

FUNDACJA



Raport podsumowujący konsultacje społeczne dotyczące wdrożenia tzw. pakietu kolejowego w Polsce

AUTORKI:

Ewa Borek

Agnieszka Chwiałkowska

Magdalena Kołodziej

Joanna Turkiewicz

Fundacja MY Pacjenci

Warszawa, czerwiec 2014



SPIS TREŚCI

Wstęp.....	3
Opis problemu.....	4
Metodyka konsultacji społecznych.....	6
Charakterystyka respondentów.....	7
Czas oczekiwania na wizytę w ramach NFZ.....	9
Hospitalizacje z powodu braku dostępu do leczenia ambulatoryjnego.....	12
Wyniki konsultacji społecznych.....	13
<i>Kto powinien podejmować decyzje o wyborze lepiej czy gorzej finansowanych dziedzin medycyny?</i>	13
<i>Wybór chorób z większym przeznaczeniem środków finansowych</i>	14
<i>Partycypacja pacjentów w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki zdrowotnej</i>	14
<i>Ocena rozwiązań zaproponowanych w pakiecie kolejkowym</i>	16
Podsumowanie.....	22
Spis tabel i wykresów.....	25
Źródła.....	26

Fundacja MY Pacjenci w partnerstwie z Fundacją Urszuli Jaworskiej realizuje projekt pt. **”Promocja konsultacji społecznych w ochronie zdrowia”** [PACJENCI DECYDUJA](#), którego celem jest przygotowanie organizacji pacjenckich do udziału w procesie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia. Działania projektowe mają na celu stworzenie grupy obywateli przygotowanej do udziału w konsultacjach społecznych z zakresu ochrony zdrowia. W ramach projektu zostały przeprowadzone szkolenia z zakresu partycypacji w procesie podejmowania decyzji i warsztaty dotyczące konsultacji społecznych konkretnych inicjatyw ustawodawczych resortu zdrowia. Organizacje pacjenckie są przygotowywane do bieżącego monitoringu, analizy i komentowania działań legislacyjnych i decyzji w obszarze ochrony zdrowia. Projekt współfinansowany jest przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej¹.

Konsultacje społeczne w sprawie wdrożenia w Polsce tzw. pakietu kolejkowego są jednymi z trzech konsultacji społecznych przeprowadzonych w ramach projektu PACJENCI DECYDUJA. Oprócz [pakietu kolejkowego](#) konsultacjom poddano także [Dyrektywę o prawach pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej](#) oraz [Ustawę refundacyjną](#).

Wyniki tych konsultacji społecznych dostępne są na stronie [pacjencidecyduja.pl](#).

Składamy **serdeczne podziękowania** wszystkim osobom i organizacjom, które przyczyniły się do przeprowadzenia konsultacji społecznych w sprawie wdrożenia w Polsce pakietu kolejkowego, szczególnie: Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń Reumatyków REF, Opolskiemu Stowarzyszeniu Chorych na Reumatyzm Milenium, Polskiemu Towarzystwu Stwardnienia Rozsianego w Olsztynie oraz portalom [TacyJakJa.pl](#) i [znanylekarz.pl](#).

¹ Konsultacje społeczne dla organizacji pacjenckich, [pacjencidecyduja.pl](#)

OPIS PROBLEMU

7 kwietnia 2014 roku Minister Zdrowia przekazał do konsultacji społecznych projekty aktów prawnych wprowadzające istotne dla pacjentów rozwiązania w ramach tzw. szybkiej ścieżki terapii onkologicznej oraz tzw. pakietu kolejkowego. Celem tych propozycji jest rozwiązanie problemu limitów dostępu w leczeniu onkologicznym i skrócenie kolejek oczekujących do lekarzy specjalistów. Najistotniejsze z proponowanych zmian dotyczą zniesienia limitów na świadczenia onkologiczne oraz skrócenia czasu diagnozy nowotworu złośliwego. Potwierdzenie lub wykluczenie choroby ma trwać nie dłużej niż siedem tygodni.

Przepustką do leczenia w ramach „Szybkiej diagnostyki onkologicznej” ma być specjalna karta, którą wyda pacjentowi lekarz POZ, jeśli będzie podejrzewał u pacjenta chorobę nowotworową. Dzięki karcie będzie można zapisać się na wizytę do onkologa lub innego specjalisty (w zależności od typu nowotworu, np. do pulmonologa). Obowiązywać tu będzie odrębna lista oczekujących na diagnostykę onkologiczną, która trwać ma nie dłużej niż 7 tygodni. Karty będzie mógł wydawać tylko ten lekarz, którego indywidualny wskaźnik skuteczności rozpoznawania nowotworów będzie nie niższy niż minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworu. Szczegóły tego rozwiązania nie są jednak jasne. Projekt przewiduje jednocześnie, iż świadczenia z zakresu leczenia onkologicznego będą tzw. świadczeniami nielimitowanymi (w przypadku wykorzystania limitu, kwota zobowiązania określona w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostanie zwiększona do faktycznego jej wykonania). **Nie zostały jednak przeznaczone żadne dodatkowe środki finansowe na wdrożenie tych zmian.**

Rząd planuje również zmiany w sprawie skrócenia kolejek do lekarzy specjalistów. Zmiany mają zacząć się już na etapie lekarza rodzinnego. Będzie on miał do dyspozycji poszerzoną listę badań diagnostycznych, m.in. o EKG wysiłkowe, Holter EKG i ciśnieniowy, spirometrię, echokardiografię. Mają też zostać wprowadzone skierowania do okulisty i dermatologa – Minister Zdrowia istotnie poszerza uprawnienia lekarzy POZ, ale nie zwiększa finansowania świadczeń w POZ. Wszystko to ma się dokonać w ramach obecnie obowiązującej kapitacyjnej stawki rocznej za leczenie POZ w wysokości 96 PLN na obywatela na rok.

Pacjent będzie mógł zapisać się na badanie lub wizytę u specjalisty tylko w jednym miejscu i w ciągu 14 dni będzie musiał dostarczyć oryginał skierowania – jeśli tego nie zrobi, zostanie skreślony z listy oczekujących.

Świadczeniodawców będzie obowiązywało cotygodniowe sprawozdawanie o najbliższym dostępnym terminie wizyty u specjalisty i podawanie tych informacji do publicznej wiadomości. Ministerstwo Zdrowia proponuje też rozszerzenie możliwości diagnostycznych dla lekarzy POZ i motywowanie specjalistów do przyjmowania i diagnozowania nowych pacjentów, zamiast

zajmowania się tylko pacjentami kontynuującymi leczenie. MZ chce ponadto ograniczenia hospitalizacji do tych, które są niezbędne, zwiększenia ilości zabiegów wykonywanych w gabinetach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wprowadzenia możliwości wypisania kontynuacji recepty bez konieczności osobistego zbadania pacjenta przez lekarza.

W projektach nowelizacji **nie zaproponowano jednak żadnych rozwiązań o charakterze finansowym, które miałyby pokryć zwiększone wydatki** związane z szybką diagnostyką onkologiczną czy skróceniem kolejek do specjalistów. W istocie zamiast rozwiązania problemu nadmiernie długich kolejek do specjalistów po raz kolejny zaproponowano udoskonalenie sposobu monitorowania i kontrolowania kolejek już istniejących.

W rozwiązaniach zaproponowanych przez resort zdrowia wyraźnie brak propozycji zmian dotyczących **bezpośredniej przyczyny kolejek** – niedofinansowania diagnostyki i leczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS).

Kolejnym brakującym rozwiązaniem jest doprowadzenie do tego, żeby prosta diagnostyka, którą można wykonać tanio w warunkach ambulatoryjnych realizowana w szpitalu stała się dla szpitala nieopłacalna. Za kilkudniową hospitalizację tzw. diagnostyczną NFZ płaci tyle co za pobyt 30-dniowy w szpitalu. Te same procedury diagnostyczne realizowane w szpitalu bywają nawet dwudziestokrotnie droższe, niż gdyby zostały przeprowadzone w warunkach ambulatoryjnych (bez pobytu w szpitalu). Szpitale powinny być miejscem zarezerwowanym do leczenia dolegliwości, których nie da się rozwiązać taniej w POZ, AOS czy opiece długoterminowej a nie wentylem bezpieczeństwa od niewydolności pozostałych pięter systemu. Takich propozycji zmian jednak w pakiecie kolejkowym nie znajdujemy².

Pakiet kolejkowy wprowadza także istotne zmiany w organizacji systemu ochrony zdrowia. Minister Zdrowia, a nie tak jak dotychczas premier, jest organem powołującym prezesa NFZ i dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ. To krok w kierunku skupienia zarządzania ochroną zdrowia w jednym ręku. Powstaną nowe ciała decyzyjne w ochronie zdrowia, tj. Rada Taryfikacji czy Wojewódzkie Rady ds. Potrzeb Zdrowotnych, bez udziału reprezentacji pacjentów. Stanowisko wskazujące na potrzebę reprezentacji pacjentów we wszystkich istniejących i nowopowolanych ciałach decyzyjnych w ochronie zdrowia wskazywała Ogólnopolska Federacja Organizacji Pozarządowych OFOP³.

² E. Borek, Stanowisko Fundacji My Pacjenci w konsultacjach społecznych dotyczących tzw. pakietu kolejkowego, mypacjenci.org.

³ Stanowisko Grupy ds. zdrowia przy Ogólnopolskiej Federacji Organizacji Pozarządowych w konsultacjach społecznych dotyczących nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w ramach tzw. pakietu kolejkowego, mypacjenci.org.

METODYKA KONSULTACJI SPOŁECZNYCH

W przygotowaniu oraz testowaniu kwestionariusza wykorzystanego jako narzędzie konsultacji społecznych wzięli udział zarówno pacjenci, będący uczestnikami projektu Pacjenci Decydują, jak i współpracujący z Fundacją MY Pacjenci eksperci z zakresu ochrony zdrowia oraz prawnicy. Istotną kwestią było nie tylko zapewnienie wysokiego poziomu merytorycznego konsultacji społecznych, ale także dostosowanie narzędzi do potrzeb i możliwości pacjentów.

Podczas jednego ze spotkań zorganizowanego w ramach projektu PACJENCI DECYDUJĄ i dotyczącego m.in. pakietu kolejkowego przeprowadzono badanie pilotażowe, które umożliwiło doprecyzowanie kwestionariusza. Wzięło w nim udział 14 respondentów.

Konsultacje społeczne przeprowadzono metodą ankiety internetowej ([link do kwestionariusza](#)). Próbkę dobrano z wykorzystaniem list mailingowych organizacji pacjenckich, a także poprzez zamieszczenie informacji na portalach dedykowanych i często odwiedzanych przez pacjentów. Ten sposób doboru próby pozwolił na dotarcie do szerokiego grona osób zainteresowanych udziałem w konsultacjach społecznych.

Zważywszy na to, iż pacjenci i obywatele bardzo rzadko zabierają głos w konsultacjach społecznych w ochronie zdrowia, stanowi to o **istotności zarówno tematyki jak i dużym zainteresowaniu samym udziałem w konsultacjach społecznych.**

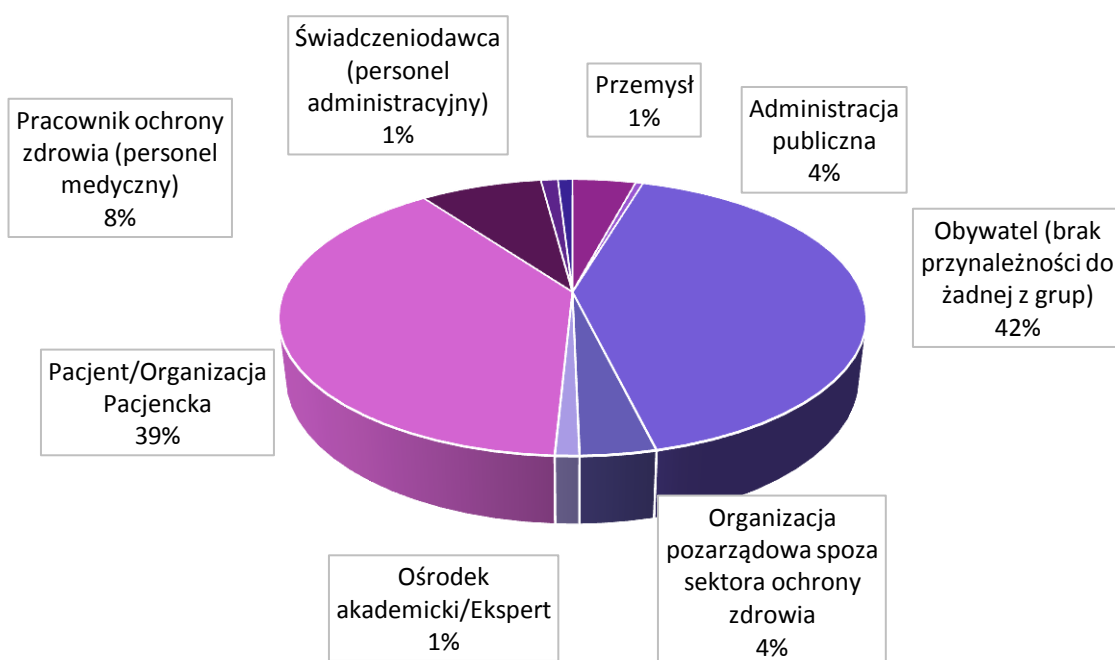
Zarówno sposób doboru próby jak i wykorzystana metoda ankiety internetowej, ograniczająca udział w konsultacjach społecznych do użytkowników Internetu, stanowi o tym, iż próby badanej nie można uznać za reprezentatywną dla ogółu społeczeństwa. Pomimo tego, **stanowią one głos w konsultacjach społecznych 626 pacjentów i obywateli.** Taki dobór próby zapewnił, że osoby skupione wokół stron organizacji pacjenckich i innych źródeł zw. z tematyką praw pacjenckich miały dostęp do tej ankiety; w związku z tym w konsultacjach społecznych wzięły udział osoby najbardziej zainteresowane tą tematyką.

CHARAKTERYSTYKA RESPONDENTÓW

W badaniu wzięło udział **626** ankietowanych będących przedstawicielami różnych grup społecznych. Niespełna połowę – 42% respondentów biorących udział w ankiecie reprezentowali obywatele, nie zaliczający się do żadnej z określonych w ankiecie typów organizacji. Kolejną bardzo liczną grupę stanowili pacjenci bądź organizacje pacjenckie – 39%. 8% stanowili przedstawiciele personelu medycznego natomiast 4% stanowili przedstawiciele organizacji pozarządowych spoza sektora ochrony zdrowia.

Szczegółowy rozkład respondentów przedstawia poniższy wykres nr 1.

WYKRES 1. PROFIL RESPONDENTA



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Respondenci reprezentowali wszystkie regiony Polski, przy czym najwięcej z nich zamieszkuje w województwach mazowieckim (21%), małopolskim (10%) oraz śląskim (9%).

Szczegółowy rozkład odpowiedzi przedstawia poniższa tabela nr 1.

TABELA 1. MIEJSCE ZAMIESZKANIA RESPONDENTA (WOJEWÓDZTWO)

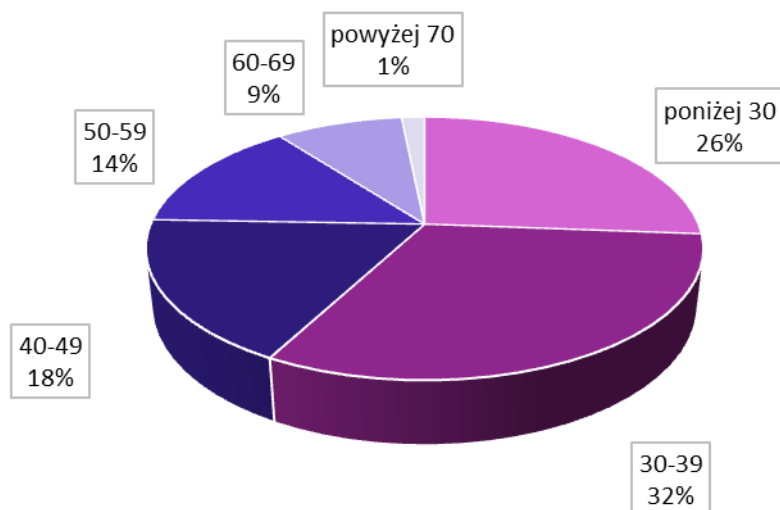
województwo	procent
dolnośląskie	8%
kujawsko-pomorskie	7%
lubelskie	5%
lubuskie	2%

łódzkie	małopolskie	mazowieckie	opolskie
6%	10%	21%	2%
podkarpackie	podlaskie	pomorskie	śląskie
3%	2%	5%	9%
świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	wielkopolskie	zachodnio-pomorskie
1%	6%	8%	4%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

W badaniu reprezentowane są różne grupy wiekowe, co przedstawia poniższy wykres nr 2. Wynika z niego, że blisko 60% respondentów stanowią osoby poniżej 40 roku życia, co może wynikać z faktu, iż kwestionariusz ankiety był dostępny wyłącznie online. W wieku 40-49 lat jest 18% respondentów, 50-59 lat – 14%, z kolei powyżej 60 roku życia już tylko 10%.

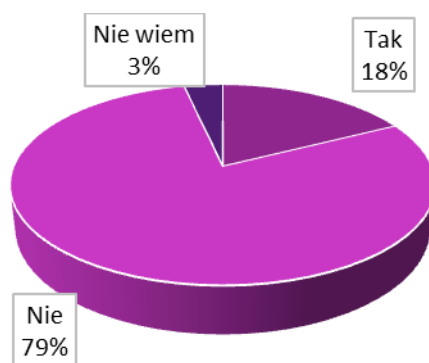
WYKRES 2. WIEK RESPONDENTÓW



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Za kwestię mogącą mieć wpływ na wynik konsultacji społecznych uznano posiadanie abonamentu na leczenie np. z zakładu pracy. Respondentów posiadających taki abonament problem kolejek i wydatków prywatnych dotyczy w znacznie mniejszym stopniu (lub w ogóle) niż tych, którzy go nie posiadają. Zgodnie z danymi zaprezentowanymi na wykresie nr 3, 79% respondentów nie posiada wspomnianego udogodnienia, a co za tym idzie jest zdanych na korzystanie z publicznej służby zdrowia lub samodzielne finansowanie całkowitych kosztów leczenia w prywatnym systemie opieki.

WYKRES 3. POSIADANIE ABONAMENTU



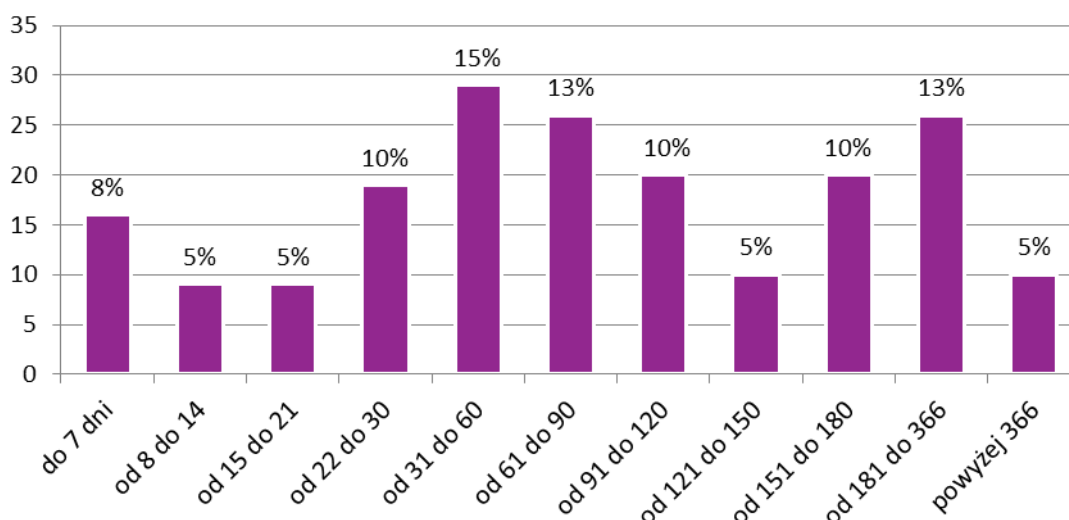
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

W niniejszych konsultacjach społecznych wzięła udział liczna grupa osób nie będących pacjentami. W analizach odpowiedzi na kolejne 3 pytania (dotyczące czasu oczekiwania na wizytę, wydatków na leczenie w prywatnych gabinetach lekarskich i odwiedzanego specjalisty) uwzględniono odpowiedzi 194 respondentów – pacjentów, którzy nie zadeklarowali posiadania abonamentu na leczenie.

CZAS OCZEKIWANIA NA WIZYTĘ W RAMACH NFZ

Respondenci zostali poproszeni o odpowiedź na pytanie o czas oczekiwania na wizytę u lekarza w ramach NFZ. Na relatywnie krótki czas oczekiwania (do 7 dni) wskazało 8% pacjentów. Za niepokojący można uznać fakt, iż 72% respondentów oczekiwało na wizytę dłużej niż jeden miesiąc, z czego niektórym (5%) zajęło to dłużej niż rok. Taki czas oczekiwania, szczególnie przy chorobach szybko postępujących, jest niedopuszczalny.

WYKRES 4. CZAS OCZEKIWANIA NA WIZYTĘ U LEKARZA W RAMACH NFZ



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

WYDATKI NA LECZENIE W PRYWATNYCH GABINETACH LEKARSKICH W CIĄGU OSTATNIEGO ROKU

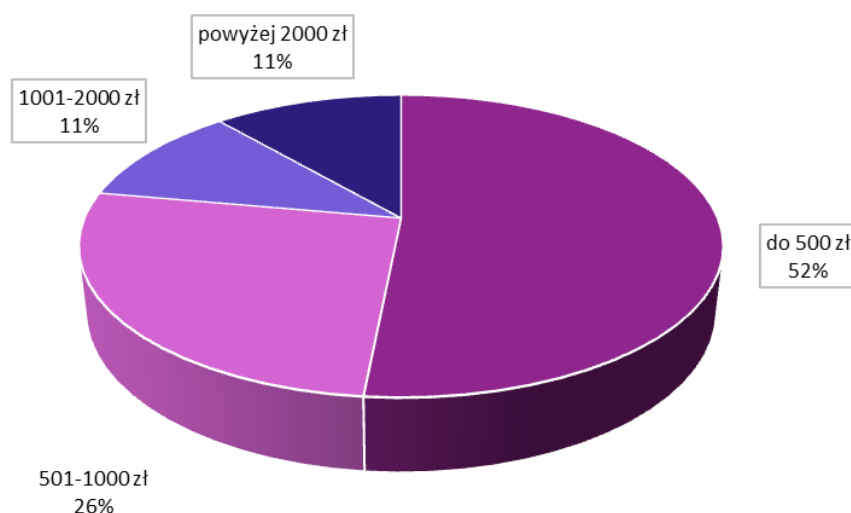
Zgodnie z Polską Konstytucją „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”.

Niestety bardzo długi czas oczekiwania na wizytę do lekarza specjalisty zmusza pacjentów do korzystania z wizyt w gabinetach prywatnych i płacenia za konsultacje czy badania, które powinny być zapewnione w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Jak wykazują ankietowani, wydatki na leczenie w prywatnych gabinetach niejednokrotnie (aż 11%) przekracza 2000 złotych miesięcznie. Kwota ta jest szczególnie znacząca, gdy zostanie skonfrontowana z minimalnym miesięcznym wynagrodzeniem za pracę w wysokości 1680 zł brutto, czy nawet średnią krajową – aktualnie niespełna 4000 zł brutto.

Szczegółowy wykaz rozkładu wydatków ukazuje wykres nr 6.

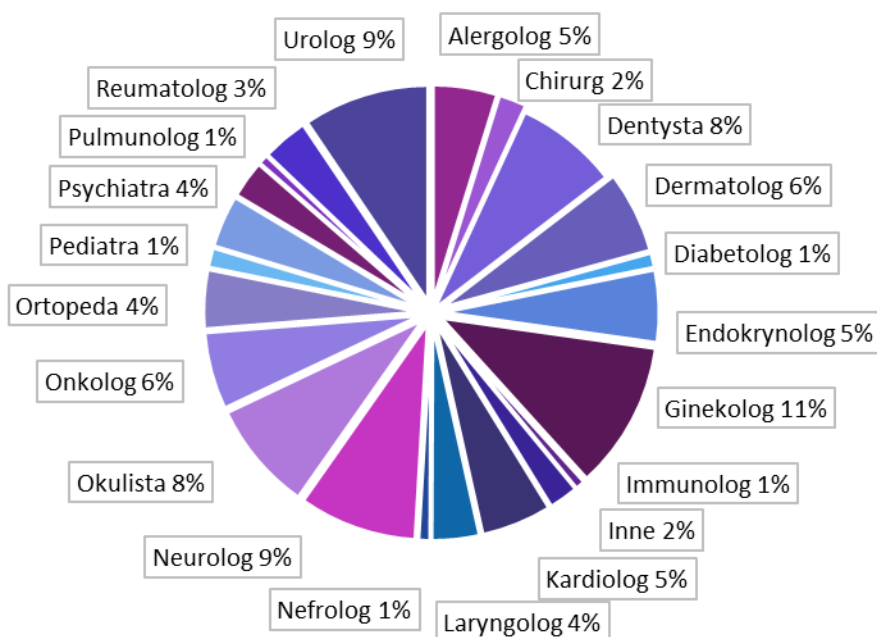
WYKRES 5. WYSOKOŚĆ WYDATKÓW NA LECZENIE W PRYWATNYCH GABINETACH LEKARSKICH



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

W celu dokonania pełnej charakterystyki respondentów zapytano o specjalistę, u którego leczą się w ramach NFZ. Poniższy wykres nr 6 pokazuje, iż nie ma nadreprezentatywności pacjentów żadnej ze specjalizacji lekarskiej. Najsilniej reprezentowani są pacjenci leczący się u ginekologa (11%), neurologa (9%), urologa (9%) i dentysty (8%). Natomiast najmniej liczną grupę stanowią pacjenci logopedy, gastrologa i hematologa (łącznie 2%).

WYKRES 6. LECZENIE U SPECJALISTÓW W RAMACH NFZ



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Można zauważyć duże zróżnicowanie w zakresie problemu zdrowotnego osób wypełniających ankietę. Blisko 60% z nich nie wskazało żadnego problemu lub wręcz oświadczyło, że są zdrowi. Największe grupy to pacjenci cierpiący na choroby neurologiczne i ortopedyczne, ale też kardiologiczne i onkologiczne.

TABELA 2. PROBLEM ZDROWOTNY RESPONDENTÓW

brak problemu zdrowotnego	cukrzyca	alergia/astma	choroby tarczycy	choroby kardiologiczne
58%	3%	5%	4%	5%
choroby psychiatryczne	choroby neurologiczne	choroby onkologiczne	choroby ginekologiczne	choroby ortopedyczne
2%	8%	5%	4%	7%

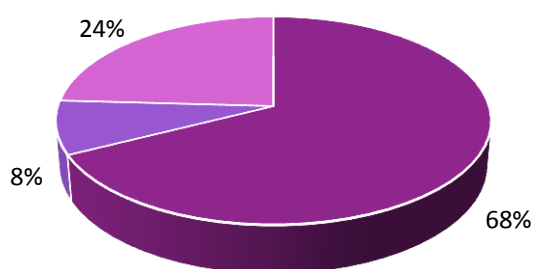
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

HOSPITALIZACJE Z POWODU BRAKU DOSTĘPU DO LECZENIA AMBULATORYJNEGO

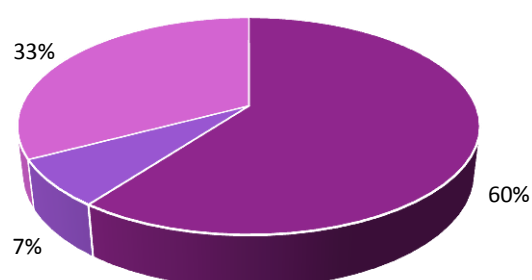
Brak dostępu do specjalistycznej opieki ambulatoryjnej oznacza, że jest ona wykonywana w warunkach szpitalnych, generując wielokrotnie wyższe koszty. Trudność w dostępie do specjalistów w poradniach oznacza także, że wszelkie powikłania czy zaostrzenia chorób przewlekłych są leczone w lecznictwie zamkniętym. Jak wynika z analizy wypełnionych ankiet, aż 24% respondentów miało wykonywane badania w szpitalu ze względu na długi czas oczekiwania na te badania w poradni specjalistycznej, a aż 33% trafiło do szpitala, gdyż nastąpiło zaostrzenie choroby lub wystąpiły powikłania, a do lekarza w poradni nie można się było pilnie dostać z powodu kolejki oczekujących.

WYKRES 7. HOSPITALIZACJA

Czy kiedykolwiek zdarzyło Ci się leżeć kilka dni w szpitalu w celu zrobienia badań?



Czy zdarzyło się Ci się trafić do szpitala, gdyż nastąpiło zaostrzenie choroby lub wystąpiły powikłania, a do lekarza w poradni nie można się było pilnie dostać z powodu kolejki?



■ Nie ■ Nie pamiętam ■ Tak

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

WYNIKI KONSULTACJI SPOŁECZNYCH

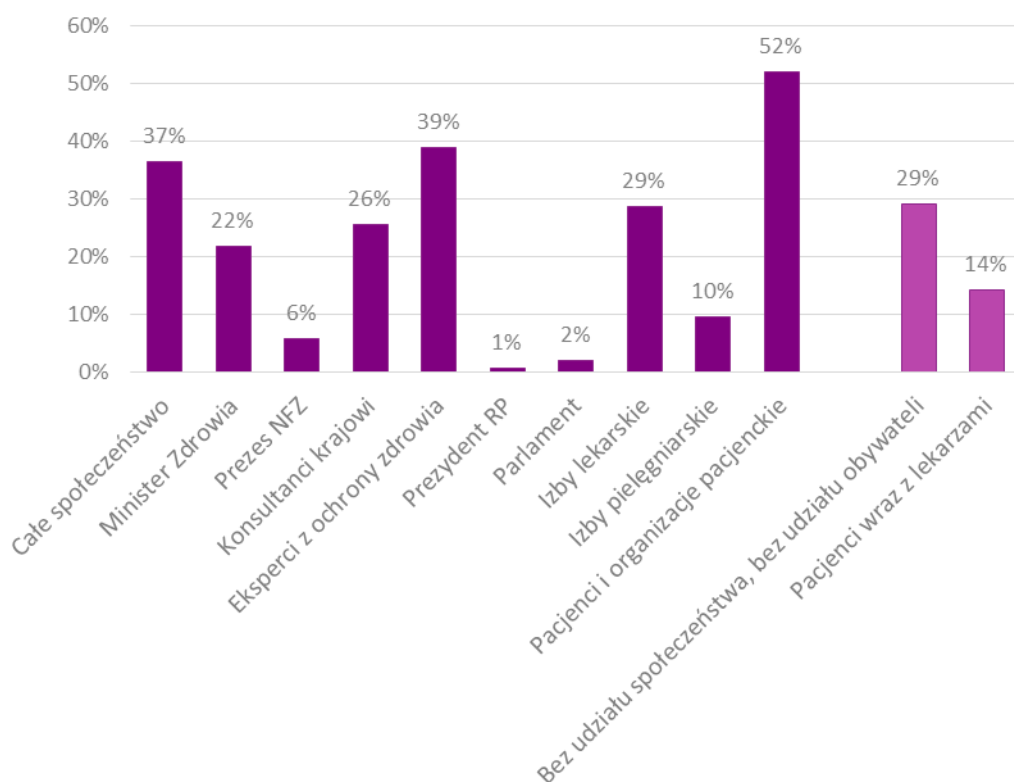
KTO POWINIEN PODEJMOWAĆ DECYZJE O WYBORZE LEPIEJ CZY GORZEJ FINANSOWANYCH DZIEDZIN MEDYCZYNY?

Wśród respondentów widać wyraźny podział opinii na ten temat. Ponad 50% uważa, że takie decyzje powinny być podejmowane przy udziale pacjentów czy organizacji pacjenckich, kolejne 37% respondentów uważa, że powinni być w to włączeni wszyscy obywatele, ale z kolei blisko 30% zupełnie wyklucza z tego typu decyzji głos pacjentów i obywateli.

Bardzo ważna wydaje się być opinia konsultantów krajowych czy ekspertów z dziedziny ochrony zdrowia. 39% respondentów wymienia ekspertów z ochrony zdrowia jako osoby najbardziej kompetentne przy dokonywaniu tego typu wyborów. Jedynie 22% respondentów wskazało, że decyzje takie może samodzielnie podejmować Minister Zdrowia.

Pytanie dopuszczało wybór kilku podmiotów odpowiedzialnych. 60% respondentów skorzystało z tej możliwości i zaznaczyli więcej niż jedną odpowiedź.

WYKRES 8. PODMIOTY DECYZYJNE

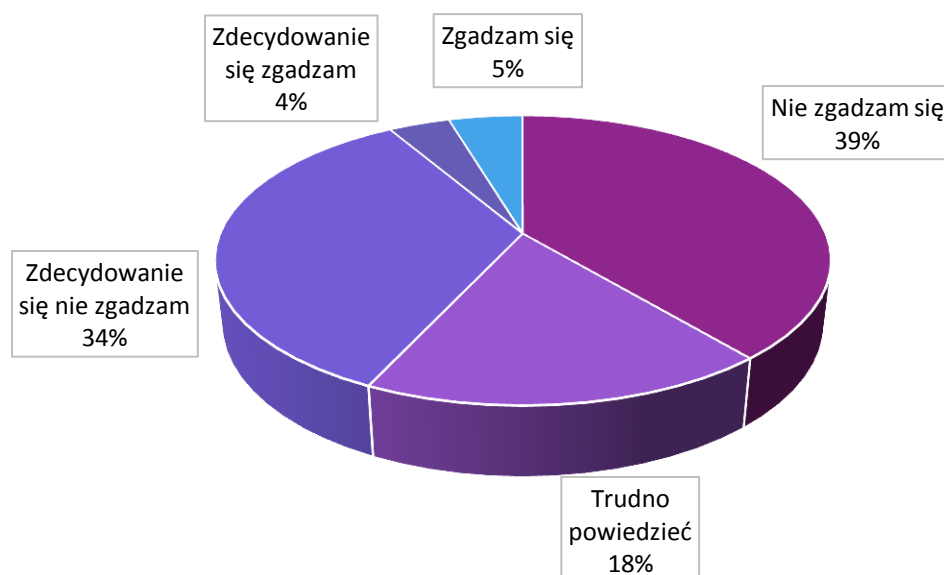


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

WYBÓR CHORÓB Z WIĘKSZYM PRZEZNACZENIEM ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Zdecydowana większość respondentów (73%) zdecydowanie się nie zgadza lub nie zgadza się ze stwierdzeniem, że „Minister Zdrowia może samodzielnie dokonywać wyboru, na leczenie jakich chorób należy przeznaczyć większe środki finansowe”. Ze stwierdzeniem tym zgadza się jedynie 9%. Pokazuje to jak wielka jest rozbieżność pomiędzy realnymi działaniami i oczekiwaniami polskiego pacjenta a stanem rzeczywistym. W przypadku pakietu kolejkowego to właśnie Minister Zdrowia wskazał na onkologię jako jedyną dziedzinę objętą preferencyjnymi zasadami finansowania.

WYKRES 9. MINISTER ZDROWIA MOŻE SAMODZIELNIE DOKONYWAĆ WYBORU, NA LECZENIE JAKICH CHORÓB NALEŻY PRZEZNACZYĆ WIĘKSZE ŚRODKI FINANSOWE



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

PARTYCYPACJA PACJENTÓW W PODEJMOWANIU DECYZJI DOTYCZĄCYCH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Respondenci zostali poproszeni o ocenę stopnia istotności następujących kwestii dotyczących obecności przedstawicieli pacjentów w różnych ciałach, które podejmują decyzje o organizacji opieki zdrowotnej w Polsce:

1. Obecność przedstawicieli pacjentów w Radzie NFZ i radach oddziałów NFZ;
2. Obecność przedstawicieli pacjentów w Radzie Taryfikacji, czyli wyceny świadczeń;
3. Obecność przedstawicieli pacjentów w wojewódzkich Radach ds. potrzeb zdrowotnych;
4. Członkostwo w tych ciałach oparte o wyniki konkursu kompetencji.

Obecność pacjentów w ciałach decyzyjnych dotyczących ochrony zdrowia uważana jest przez zdecydowaną większość respondentów za istotną i bardzo istotną (od 73 do 87%), przy czym największy odsetek ankietowanych wskazuje na znaczenie obecności przedstawicieli pacjentów w Radzie NFZ i radach oddziałów wojewódzkich NFZ (87%) oraz obecności przedstawicieli pacjentów w wojewódzkich Radach wojewódzkich ds. potrzeb zdrowotnych (84%). Należy jednocześnie zauważyć, iż respondenci dostrzegają, iż członkostwo w tych ciałach powinno być poparte odpowiednimi kwalifikacjami bądź doświadczeniem i 73% z nich wskazuje, iż powinno ono być oparte na wynikach konkursu kompetencji.

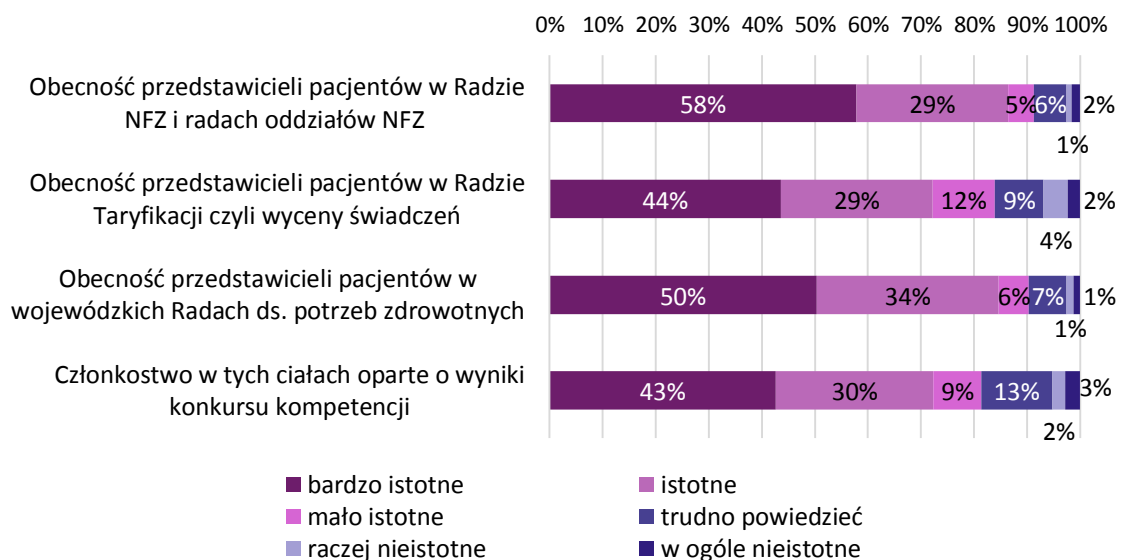
Partycypacja polskich pacjentów w podejmowaniu decyzji w ochronie zdrowia

Wyróżnić można kilka poziomów i narzędzi partycypacji dostępnych dla polskich pacjentów. Organizacje pacjenckie mogą brać udział w konsultacjach społecznych propozycji aktów prawnych regulujących ochronę zdrowia i dostęp do leczenia. Drugim forum, na jakim organizacje pacjenckie mogą prezentować swoje poglądy jest Sejmowa czy Senacka Komisja Zdrowia. Trzecią okazją do przekazania opinii środowisk pacjenckich jest istniejący od 2012 roku „Dialog dla Zdrowia” – forum wymiany opinii i dialogu pacjenckich organizacji parasolowych z urzędnikami Ministerstwa Zdrowia i NFZ. Jedynym ustrukturalizowanym przejawem próby dopuszczenia reprezentacji pacjentów do udziału w procesie podejmowania decyzji w ochronie zdrowia jest, od lutego 2012, obecność dwóch przedstawicieli Rzecznika Praw Pacjenta z prawem głosu w 20 osobowym składzie Rady Przejrzystości.

Źródło: E. Borek, A. Chwiałkowska, PARTYCYPACJA PACJENTÓW W PROCESIE PODEJMOWANIA DECYZJI W OCHRONIE ZDROWIA W POLSCE, „Journal of Health Sciences”, Vol. 2014; 04(01) s. 289-296.

Szczegółowy rozkład odpowiedzi przedstawia poniższy wykres nr 10.

WYKRES 10. PARTYCYPACJA PACJENTÓW W CIAŁACH DECYZYJNYCH

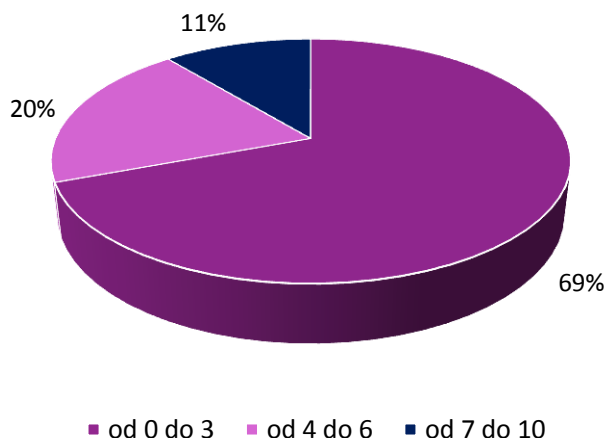


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Respondenci zwracają uwagę na konieczność zaangażowania pacjentów w próby reformy polskiej służby zdrowia. „Powinno być znacznie więcej możliwości wypowiedania się na te tematy przez społeczeństwo - chore osoby - czy ich rodziny mające utrudniony dostęp do świadczeń”. Jak również na to, że gdyby nie dostęp do Internetu i te konsultacje społeczne respondenci nie wiedzieliby nawet o proponowanych przez rząd zmianach.

Powyższa informacja znajduje także odzwierciedlenie w odpowiedziach na pytanie dotyczące wiedzy respondentów dotyczącej pakietu kolejkowego przed zapoznaniem się ze stroną www.pacjencidecyduja.pl, zaprezentowanych na wykresie nr 11. Niemal 70% respondentów ocenia swoją wiedzę jaką małą, przyznając maksymalnie 3 punkty w skali 0-10. Swoją wiedzę za relatywnie dużą oceniło zaledwie 11% respondentów, co może być cenną wskazówką diagnozującą przyczyny niewielkiego udziału społeczeństwa w konsultacjach społecznych dotyczących ochrony zdrowia. Stanowi to także wyraźną przesłankę do przygotowania kampanii społecznej mającej na celu zarówno edukację obywateli w zakresie metod, technik partycypacji, poszczególnych aktów prawnych, jak i wzrost świadomości znaczenia konsultacji społecznych.

WYKRES 11. WIEDZA NA TEMAT TZW. PAKIETU KOLEJKOWEGO PRZED ZAPOZNANIEM SIĘ Z MATERIAŁAMI DOSTĘPNYMI NA STRONIE WWW.PACJENCIDECYDUJA.PL



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

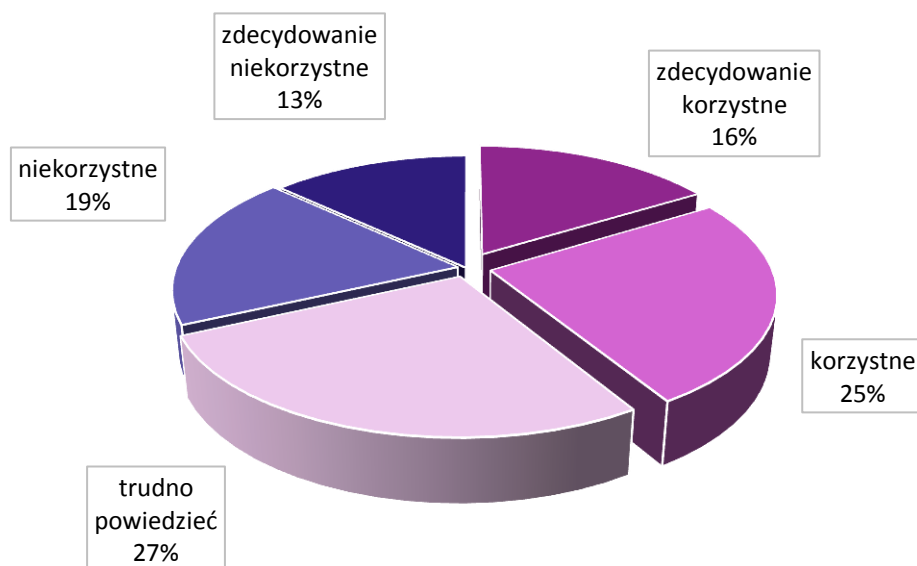
OCENA ROZWIĄZAŃ ZAPROPONOWANYCH W PAKIECIE KOLEJKOWYM

Zgodnie z propozycjami Ministerstwa Zdrowia, pacjent będzie mógł zapisać się na badanie lub wizytę u lekarza specjalisty tylko w jednym miejscu i w ciągu 14 dni będzie musiał dostarczyć oryginał skierowania do poradni specjalistycznej, do której się zapisał. Jeśli tego nie zrobi,

zostanie skreślony z listy oczekujących. W związku z tym, respondenci zostali poproszeni o ocenę, czy zaproponowane rozwiązanie jest korzystne dla pacjentów.

Szczegółowy rozkład odpowiedzi przedstawia zobrazowano na poniższym wykresie nr 12.

WYKRES 12. OCENA ROZWIĄZANIA ZAPROPONOWANEGO PRZEZ MINISTRA ZDROWIA



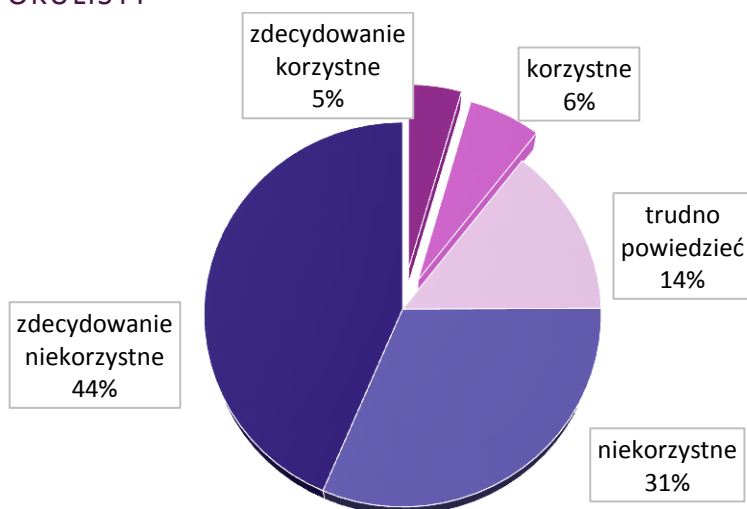
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Wśród respondentów nie ma zgodności co do tego, czy zaproponowane przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązanie jest dla nich jako pacjentów korzystne czy też nie – 41% wskazuje, że jest korzystne, a 32%, że tak nie jest. Należy jednocześnie zwrócić uwagę na bardzo wysoki odsetek odpowiedzi „trudno powiedzieć” (27%). Pacjenci będą mieli możliwość dokonania oceny tego rozwiązania dopiero po wejściu przepisów w życie.

Kolejna z propozycji w ramach pakietu kolejkowego to wprowadzenie konieczność posiadania skierowań do lekarza dermatologa i okulisty. Dotychczas dostęp pacjentów do tych dwóch specjalistów był bezpośredni, bez konieczności posiadania skierowania. Oceny respondentów dotyczące korzystności takiego rozwiązania dla pacjentów przedstawia poniższy wykres nr 13.

W tym przypadku zdecydowana większość respondentów zwraca uwagę, że jest to rozwiązanie niekorzystne bądź zdecydowanie niekorzystne dla pacjenta (ogółem 75%), przy czym niemalże połowa podkreśla, że jest ono zdecydowanie niekorzystne. Jedynie 11% ankietowanych ma odmienne zdanie, a 14% nie ma w tej sprawie zdania.

WYKRES 13. WPROWADZENIE KONIECZNOŚCI POSIADANIA SKIEROWAŃ DO LEKARZA DERMATOLOGA I OKULISTY

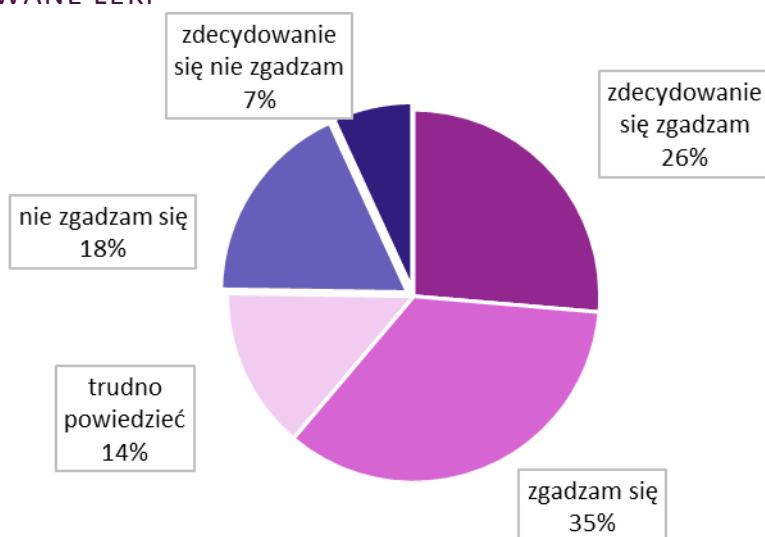


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Większość badanych negatywnie odnosi się do proponowanej konieczności posiadania skierowania do dermatologa i okulisty, zwracając uwagę na to, że nie tylko spowodują one wydłużenie czasu oczekiwania do tych specjalistów, ale co więcej ograniczy dostęp do lekarzy POZ i internistów.

Respondenci zostali zapytani również o to w jakim stopniu zgadzają się ze stwierdzeniem: „Pielęgniarki powinny móc wystawiać pacjentom recepty na stale przyjmowane leki”. Szczegółowy rozkład odpowiedzi przedstawia poniższy wykres nr 14.

WYKRES 14. OPINIA NA TEMAT WYSTAWIANIA RECEPT PRZEZ PIEŁĘGNIARKI NA STAŁE PRZYJMOWANE LEKI



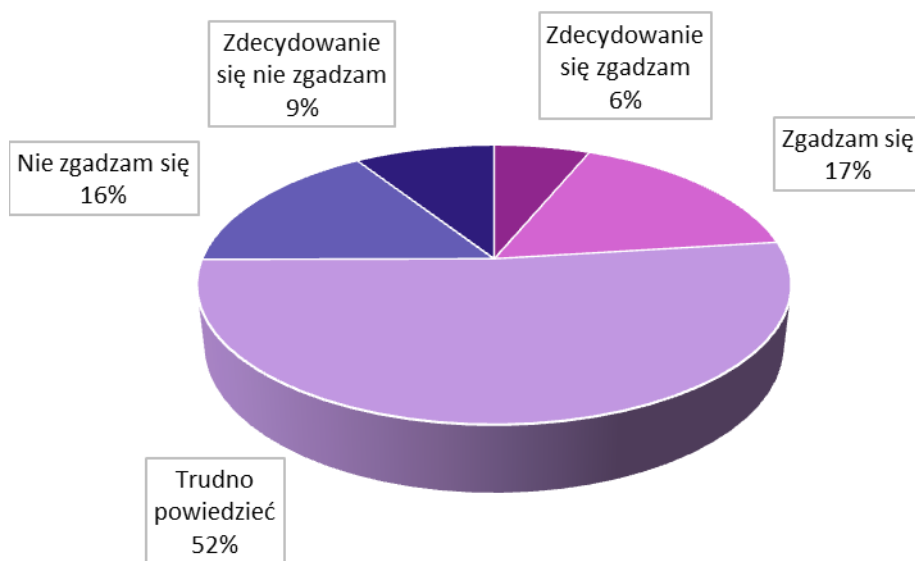
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Zdecydowana większość – 61% respondentów jest zdania, że pielęgniarki powinny móc wystawiać pacjentom recepty na stale przyjmowane leki, nie zgadza się z tym stwierdzeniem jedynie co czwarty respondent. Zgodnie z propozycjami zawartymi w pakiecie kolejkowym lekarz będzie mógł wystawić pacjentowi z chorobą przewlekłą, którego sytuację zna, receptę bez konieczności odbycia wizyty. Na jednej receptce będzie można zapisać ilość leku na 120 dni kuracji, wydłuży się też czas, na jaki może być dokonana preskrypcja – do 360 dni. Co więcej, od 2016 r. recepty na wybrane leki (lista jeszcze nie jest znana) będą mogły wystawiać także pielęgniarki i położne – te z tytułem magistra samodzielnie, a z tytułem licencjata – tylko na zlecenie lekarza. Ma to odciążać pracę lekarzy. Rozwiązanie wydaje się być nowatorskie, ale z perspektywy pacjentów korzystne, ponieważ nie zmusza pacjentów do oczekiwania w kolejkach do specjalistów jedynie po wypisanie leków na kontynuację przewlekłej terapii.

Opinie reespondentów nie są jednak tak zgodne w sprawie wypisywania recept przez pielęgniarki. Niektórzy z nich piszą „Wypisywanie recept przez pielęgniarki znacznie skróci kolejki do lekarzy, którzy obecnie wypisują recepty”, inni biorą pod uwagę to, że ta grupa pracowników zostanie obciążona większymi obowiązkami, które należą do lekarza, jak pisze jeden z ankietowanych „Pielęgniarka zarabia 4-5 razy mniej niż lekarz, dlaczego ma jeszcze przejmować jego kolejne obowiązki”.

Na wykresie 15 zaprezentowano opinie respondentów na temat wpływu rozwiązań zaproponowanych w pakiecie kolejkowym na poprawę dostępności i jakości opieki onkologicznej.

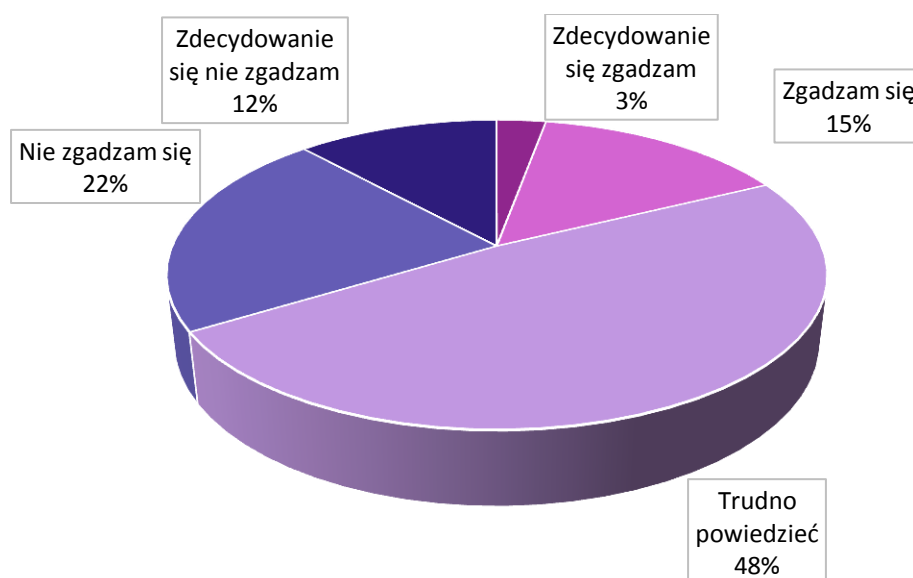
WYKRES 15. PAKIET KOLEJKOWY WPŁYNIE NA POPRAWĘ DOSTĘPNOŚCI I JAKOŚCI OPIEKI ONKOLOGICZNEJ DLA PACJENTÓW



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

W skuteczność pakietu kolejkowego jako inicjatywy, która poprawi dostęp pacjentów do leczenia onkologicznego wierzy jedynie 23% respondentów. Podobnie w skuteczność pakietu kolejkowego jako rozwiązania, które skróci kolejki do specjalistów wierzy zaledwie 18% respondentów. Wysoki wskaźnik odpowiedzi „trudno powiedzieć”, zarówno w pytaniu powyższym (52%), jak i w pytaniu dotyczącym wpływu pakietu kolejkowego na skrócenie kolejek do wszystkich lekarzy specjalistów, zilustrowanym na wykresie 16 (odpowiedzi „trudno powiedzieć” udzieliło 48% respondentów) wskazuje, że respondenci nie postrzegają proponowanych przez resort zdrowia zmian jako na tyle wyrazistych, żeby przełożyły się na spełnienie oczekiwań społecznych i spowodowały istotne zmiany systemowe w ochronie zdrowia. Odpowiedzi te mogą być także wyrazem braku społecznego zaufania do działań reformatorskich Ministra Zdrowia w wyniku licznych deklaracji składanych dotychczas, które jednak nie przekładają się na widoczną dla pacjentów poprawę.

WYKRES 16. PAKIET KOLEJKOWY WPŁYNIE NA SKRÓCENIE KOLEJEK DO WSZYSTKICH LEKARZY SPECJALISTÓW



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Badani respondenci zwracają w komentarzach uwagę, na to, że pakiet kolejkowy nie rozwiąże istniejących w polskim systemie zdrowia problemów dostępności do leczenia onkologicznego oraz nie doprowadzi do faktycznego skrócenia czasu oczekiwania na wizytę specjalisty, podkreślając jednocześnie, że wiele chorób wymaga natychmiastowej interwencji specjalisty. Jak pisze jeden z pacjentów „Pakiet kolejkowy ma na celu stworzenie statystycznej fikcji, na podstawie, której będzie można ogłosić, że kolejki do specjalistów znacznie się skróciły a dostępność do świadczeń specjalistów wzrosła. W praktyce, jedyną możliwością skrócenia

kolejek jest zwiększenie dostępności poprzez zakontraktowanie większej ilości świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Ponadto jest wiele dziedzin medycyny (poza onkologią) w których długotrwałe oczekiwanie na diagnostykę specjalistyczną i podjęcie prawidłowego leczenia zagraża zdrowiu i życiu pacjenta. Z Konstytucji wynika, że w sposób wyjątkowy powinny być traktowane dzieci (specjalistyka dziecięca), kobiety w ciąży, osoby chore psychicznie, osoby starsze i niepełnosprawne.”

Argumentują oni również, że zaproponowane rozwiązanie może doprowadzić paradoksalnie do wydłużenia kolejek do świadczeń w onkologii, wywołanego celową diagnozą onkologiczną mającą na celu pomoc pacjentowi przez uzyskanie szybszego dostępu do badań. Jak pisze jeden z respondentów *„Należy ograniczyć kompetencję Ministra Zdrowia w zakresie samodzielnego wyboru leczenia poszczególnych kategorii chorób dofinansowanych z budżetu państwa, a dopuścić do głosu w tym zakresie środowisko pacjenckie (...) Przedstawiony pakiet NIE ROZWIĄDUJE ZUPEŁNIE problemu kolejek. Problem dostępu do lekarzy specjalistów, brak profilaktyki i skutecznego rozsądnego leczenia generuje coraz większą liczbę pacjentów onkologicznych i w żaden sposób nie podnosi bezpieczeństwa ochrony zdrowia. Zmniejszenie kolejek dla pacjentów onkologicznych nie powinno nawet podlegać dyskusji i kolejki i limity dla tych pacjentów nie powinny mieć miejsca WCALE. Konieczna jest zmiana systemu ochrony zdrowia, żeby tych pacjentów było jak najmniej, leczyć należy wcześniej a nie dopiero kiedy zagrożone jest życie ludzkie”.*

Badani podkreślają także, że proponowane zmiany w istocie utrudnią życie osobie chorej zamiast je ułatwiać oraz wskazują na konieczność usprawnienia systemu w taki sposób aby zarówno rejestracja jak i skierowania dokonywane były online *„Pacjent to z założenia człowiek chory, tymczasem wprowadzane zmiany zakładają, że chory człowiek będzie biegać (...) od lekarza do lekarza i od ośrodka do ośrodka. Na coś takiego może nie mieć sił zdrowy człowiek a tym bardziej chory. Nie każdy ma rodzinę, która załatwi sprawę za pacjenta. Takie rozwiązanie miałyby sens gdyby skierowania miały formę elektroniczną i pacjent nie musiałby nic nosić tylko stawiać się na oznaczony termin wizyty. To lekarze lub inni pracownicy służby zdrowia powinni wprowadzać do systemu niezbędne skierowania, które powinny oczekiwać na pacjenta w miejscu ustalonej wizyty”.*

PODSUMOWANIE

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest wąskim gardłem polskiego systemu ochrony zdrowia. Polscy pacjenci długo czekają na wizytę do specjalistów i ponoszą w związku z tym wysokie koszty opieki w prywatnej służbie zdrowia. Pacjent przeciętnie czeka na wizytę do specjalisty 135 dni i wydaje na opiekę w prywatnych gabinetach 1384 PLN na rok. Co czwarty pacjent korzystał z tzw. szybkiej ścieżki diagnostycznej w szpitalu wskutek utrudnień dostępu do diagnostyki ambulatoryjnej. Co trzeci pacjent trafił do szpitala z powodu braku możliwości rozwiązania problemu zaostrzenia lub powikłań przewlekłej choroby w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Kolejki do lekarzy specjalistów to główny problem systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Pakiet kolejkowy miał za zadanie, poprzez usunięcie tego wąskiego gardła systemu pod postacią dostępu do poradni specjalistycznych, skrócić kolejki do lekarzy specjalistów i poprawić sytuację pacjentów onkologicznych, którzy w tych kolejkach nie mogą czekać. Zorganizowanie sprawnej opieki specjalistycznej w poradniach mogłoby także zmniejszyć prywatne wydatki pacjentów na leczenie i koszty bardzo drogiej opieki szpitalnej dla budżetu państwa. Szpital obecnie stanowi wentyl bezpieczeństwa dla niewydolnego systemu opieki ambulatoryjnej. Pacjenci i obywatele (łącznie 81% respondentów konsultacji społecznych) wypowiedzieli się w przeprowadzonych przez Fundację MY Pacjenci konsultacjach społecznych w sprawie propozycji skrócenia kolejek do lekarzy zawartych w tzw. pakiecie kolejkowym Ministra Arłukowicza.

Na podstawie przeprowadzonych konsultacji społecznych można stwierdzić, że pacjenci i obywatele nie są przekonani, że zaproponowane przez Ministra Zdrowia zmiany przyczynią się do poprawienia dostępności świadczeń onkologicznych czy skrócenia kolejek do lekarzy specjalistów. W niektórych przypadkach mogą je one nawet wydłużyć w wyniku konieczności pozyskiwania skierowań do dermatologa i okulisty, które wcześniej nie były wymagane, o czym jest przekonane 75% ankietowanych. Przedstawione przez resort propozycje nie są wystarczająco rozległe, odważne i zdecydowane, żeby doprowadzić do potrzebnej pacjentom radykalnej zmiany polegającej na skróceniu kolejek. Za propozycjami rozwiązań organizacyjnych nie poszły w ślad rozwiązania o charakterze zwiększenia finansowania np. zniesienia limitów na diagnostykę i leczenie onkologiczne. Zaproponowano w istocie nie skrócenie kolejek do specjalistów, tylko po raz kolejny udoskonalono system monitorowania kolejek. Lepsze monitorowanie kolejek nie da efektu ich skrócenia. Żeby skrócić kolejki należy istotnie zwiększyć finansowanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Polsce. Obecnie NFZ przeznacza na ten segment opiek 5 mld PLN a pacjenci zostawiają w prywatnych gabinetach 12 mld PLN rocznie. Opieka specjalistyczna jest więc dziś w 70% finansowana przez pacjentów.

W skuteczność pakietu kolejkowego jako inicjatywy, która poprawi dostęp pacjentów do leczenia onkologicznego wierzy jedynie 23% respondentów. Pojawiają się opinie pacjentów, że zaproponowane rozwiązania mogą paradoksalnie doprowadzić do wydłużenia kolejek do świadczeń w onkologii, wywołanego celową diagnozą onkologiczną mającą na celu pomoc pacjentowi w uzyskaniu szybszego dostępu do badań. Podobnie w skuteczność pakietu kolejkowego jako rozwiązania, które skróci kolejki do specjalistów wierzy zaledwie 18% respondentów. Ankietowani podkreślają także, że proponowane zmiany dotyczące dostarczania skierowań do poradni specjalistycznych w istocie utrudnią życie osobie chorej zamiast je ułatwiać oraz wskazują na konieczność usprawnienia systemu w taki sposób, aby zarówno rejestracja jak i skierowania były dokonywane i przekazywane online. Wysoki wskaźnik odpowiedzi „trudno powiedzieć” w pytaniach dotyczących skuteczności pakietu kolejkowego wskazuje, że respondenci nie postrzegają proponowanych przez resort zdrowia zmian jako na tyle wyrazistych, żeby przełożyły się na spełnienie oczekiwań społecznych i przyczyniły się do dokonania niezbędnych z perspektywy pacjentów zmian systemowych w ochronie zdrowia. Odpowiedzi te mogą być także wyrazem braku społecznego zaufania do działań reformatorskich Ministra Zdrowia, w wyniku licznych deklaracji składanych dotychczas, które jednak nie przekładają się na widoczną dla pacjentów poprawę.

Pacjenci nie akceptują tego, że decyzje o lepszym finansowaniu wybranej medycznej specjalności (w przypadku pakietu kolejkowego jest to onkologia) podejmuje arbitralnie Minister Zdrowia. Zdecydowana większość respondentów (73%) „zdecydowanie się nie zgadza” lub „nie zgadza się” ze stwierdzeniem, że „Minister Zdrowia może samodzielnie dokonywać wyboru, na leczenie jakich chorób należy przeznaczyć większe środki finansowe”. Ponad 50% respondentów uważa, że takie decyzje powinny być podejmowane przy udziale pacjentów czy organizacji pacjenckich, a 37% respondentów uważa, że powinni być w to włączeni wszyscy obywatele.

Pacjenci wyraźnie też wskazują na fakt, że nie powinny być już tworzone nowe ciała decyzyjne w ochronie zdrowia bez udziału reprezentacji pacjentów. Obecność pacjentów w ciałach decyzyjnych dotyczących ochrony zdrowia uważana jest przez zdecydowaną większość respondentów za sprawę istotną i bardzo istotną (od 73 do 87%), przy czym największy odsetek ankietowanych wskazuje na znaczenie obecności przedstawicieli pacjentów w Radzie NFZ i radach oddziałów wojewódzkich NFZ (87%) oraz obecności przedstawicieli pacjentów w Radach wojewódzkich ds. potrzeb zdrowotnych (84%) oraz w Radzie Taryfikacji (73%). Respondenci dostrzegają, iż członkostwo w tych ciałach powinno być poparte odpowiednimi kwalifikacjami bądź doświadczeniem i aż 73% z nich wskazuje, iż powinno ono być oparte na wynikach konkursu kompetencji.

Pacjenci nie mają natomiast problemu z zaakceptowaniem rozwiązań z pakietu kolejkowego, które dają pielęgniarcom prawo do wystawiania recept na leki stosowane w przewlekłej terapii.

Wyniki konsultacji społecznych pokazują, jak ważne jest angażowanie zarówno samych pacjentów jak i organizacji pacjenckich w tworzenie rozwiązań systemowych i reform polskiej służby zdrowia, tak aby rozwiązania te nie tylko na papierze, ale również w praktyce wychodziły naprzeciw potrzebom pacjentów. Brak włączenia pacjentów do etapu tworzenia pakietu kolejkowego zaowocował propozycjami mało wyrazistych, pozornych i powierzchownych zmian, które nie dadzą efektu oczekiwanego przez pacjentów.

W opinii pacjentów celem pakietu kolejkowego nie jest skrócenie kolejek. Po raz kolejny okazuje się, że zmiany planowane bez udziału pacjentów nie poprawiają sytuacji pacjentów w systemie. Takie zmiany nie mające akceptacji społecznej trudniej się też wdraża. Dialog społeczny opłaca się pacjentom, ale przede wszystkim opłaca się administracji publicznej. Dlatego warto uwzględnić uwagi pacjentów i obywateli zawarte w niniejszym raporcie na etapie prac parlamentarnych i istotnie pakiet kolejkowy naprawić, tak żeby przełożył się na rzeczywiste skrócenie kolejek do lekarzy specjalistów.

Pacjenci są największym niewykorzystanym zasobem służby zdrowia!

Projekt współfinansowany przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej

SPIS TABEL I WYKRESÓW

SPIS TABEL

Tabela 1. Miejsce zamieszkania respondenta.....	7
Tabela 2. Problem zdrowotny respondentów	11

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1. Profil respondenta.....	7
Wykres 2. Wiek respondentów	8
Wykres 3. Posiadanie abonamentu	9
Wykres 4. Czas oczekiwania na wizytę u lekarza w ramach NFZ	9
Wykres 5. Wysokość wydatków	10
Wykres 6. Leczenie u specjalistów w ramach NFZ	11
Wykres 7. Hospitalizacja	12
Wykres 8. Podmioty decyzyjne	13
Wykres 9. Minister Zdrowia może samodzielnie dokonywać wyboru, na leczenie jakich chorób należy przeznaczyć większe środki finansowe.....	14
Wykres 10. Partycypacja pacjentów w ciałach decyzyjnych.....	15
Wykres 11. Wiedza na temat tzw. Pakietu kolejkowego przed zapoznaniem się z materiałami dostępnymi na stronie www.pacjenciecyduja.pl	16
Wykres 12. Ocena rozwiązania zaproponowanego przez Ministra Zdrowia	17
Wykres 13. Wprowadzenie konieczności posiadania skierowań do lekarza dermatologa i okulisty	18
Wykres 14. Opinia na temat wystawiania recept przez pielęgniarki na stale przyjmowane leki. 18	
Wykres 15. Opinia na temat wpływu Pakietu kolejkowego na poprawę dostępności i jakości opieki onkologicznej dla pacjentów	19
Wykres 16. Wpływ Pakietu kolejkowego na skrócenie kolejek do wszystkich lekarzy specjalistów	20

ŹRÓDŁA

Borek E., Chwiałkowska A., *Partycypacja pacjentów w procesie podejmowania decyzji w ochronie zdrowia w Polsce*, „Journal of Health Sciences”, Vol. 2014; 04(01) s. 289-296.

Borek E., *Stanowisko Fundacji My Pacjenci w konsultacjach społecznych dotyczących tzw. pakietu kolejkowego*, mypacjenci.org.

Stanowisko Grupy ds. zdrowia przy Ogólnopolskiej Federacji Organizacji Pozarządowych w konsultacjach społecznych dotyczących nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w ramach tzw. pakietu kolejkowego, mypacjenci.org.

Fundacja My Pacjenci, *Konsultacje społeczne dla organizacji pacjenckich*, pacjencidecyduja.pl.

Fundacja My Pacjenci, *Raport podsumowujący konsultacje społeczne - Dyrektywa o prawach pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej*, mypacjenci.org.

Ministerstwo Zdrowia, *Informacja prasowa – pakiet kolejkowy*.

Ministerstwo Zdrowia, *Pakiet kolejkowy*.

F U N D A C J A



p a c j e n c i

**FUNDACJA
MY PACJENCI**

www.mypacjenci.org

info@mypacjenci.org

Tel./fax +48 22 6155710