

Rysunek 2. Schemat raportów placówek do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Źródło: Opracowanie własne.

Wysyłanie jest procesem automatycznym, obsługiwanym przez aplikację elektronicznego terminarza.

W niektórych wypadkach, w odpowiedzi na uzasadnione zastrzeżenie co do poprawności prowadzenia terminarza i list oczekujących, NFZ nakłada na placówkę dodatkowo okresowo (np. na 3–6 miesięcy) obowiązek przekazywania następujących danych:

- numer wpisu w terminarzu;
- data wpisu w terminarzu;
- PESEL pacjenta.

W ten sposób może być wykonywany poszerzony nadzór nad listami oczekujących, pozwalający na odpowiednie zmotywowanie świadczeniodawcy (dodatkowe obciążenie, „patrzcie na ręce”). Jednocześnie – ponieważ jest to czynione w stosunku do wybranej, z założenia niewielkiej liczby świadczeniodawców – istnieje fizyczna możliwość monitorowania tych wpisów i konfrontowania ich z przekazanymi przez świadczeniodawców raportami o wykonaniu świadczeń.

W rezultacie Narodowy Fundusz Zdrowia staje się dysponentem najważniejszej informacji z punktu widzenia pacjenta: w której placówce, w jakim najbliższym terminie można uzyskać dane świadczenia (**Rysunek 3**). Dane zebrane w zaproponowany sposób są najbardziej aktualne i użyteczne. *Najbliższy dostępny termin przyjęcia* jest datą, która fizycznie występuje w terminarzu danego świadczeniodawcy. Informacje o kolejkach przedstawiane

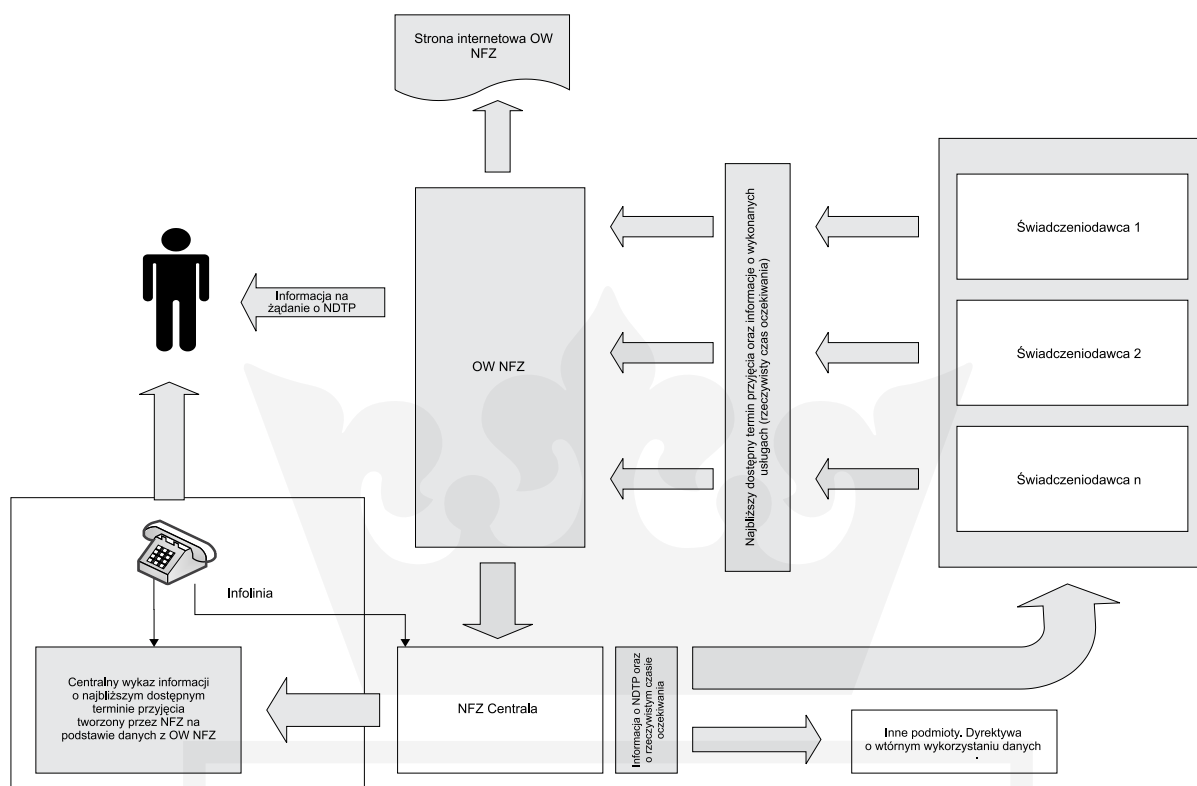
przez NFZ są na tyle rzetelne, na ile rzetelnie wysyłają je świadczeniodawcy. Jest to także data, którą poda świadczeniodawca, jeśli pacjent zwróci się do niego bezpośrednio. W ten sposób NFZ będzie w stanie zapewnić pewną i aktualną informację o terminach i „kolejkach” swoim ubezpieczonym. Rozwój informacji konsumenckiej i wsparcia pacjentów pozwoli na poprawę wizerunku NFZ i w rezultacie ustabilizuje jego sytuację, która przestanie być tak silnie kontestowana. Stąd też silna rekomendacja, aby NFZ zaczął rozwijać ten zakres działalności.

Jednocześnie NFZ będzie mógł wykonywać wiele analiz, w szczególności:

- porównywać bieżące terminy przyjęcia do danych komórek (lub dane świadczenia) pomiędzy różnymi świadczeniodawcami;
- porównywać deklarowane przyszłe *czasy oczekiwania* (różnica między dniem dzisiejszym a *najbliższym dostępnym terminem przyjęcia*) z rzeczywistymi czasami oczekiwania pacjentów, którzy już opuścili daną placówkę.

NFZ będzie także mógł udostępniać dane o *najbliższym dostępnym terminie przyjęcia*, czyli dane o charakterze konsumenckim, innym podmiotom, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa europejskiego (Dyrektywa transgraniczna).

Przepisy zaproponowane w niniejszym opracowaniu są uniwersalne i odnoszą się do wszystkich rodzajów



Rysunek 3. Schemat obiegu informacji o najbliższym dostępnym terminie przyjęcia.

Źródło: Opracowanie własne.

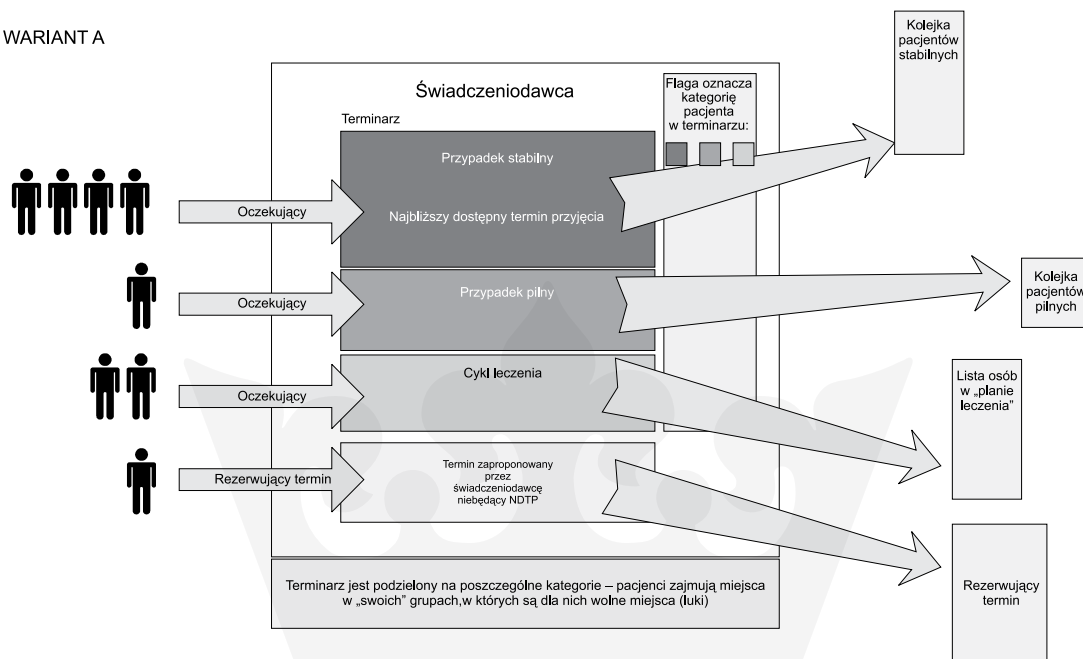
i typów placówek. Oczywiście jest jednak, że sytuacja w poszczególnych placówkach jest różna i zastosowanie ogólnych przepisów musi być adekwatne do wymienionych różnic. W szczególności różnice dotyczą rodzaju pacjentów przyjmowanych do poszczególnych placówek. W dużej części placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej większość pacjentów stanowią pacjenci w stanie *stabilnym*, zgłaszający się ze skierowaniem, czy to telefonicznie, czy też osobiście. W takim wypadku terminarz może być stopniowo i miarowo wypełniany, większość będą stanowić pacjenci *rezerwujący termin, w planie leczenia* oraz *oczekujący na najbliższy dostępny termin przyjęcia*. Rzadkie przypadki pacjentów pilnych mogą zostać wstawione między pacjentów stabilnych, w najgorszym wypadku wydłużając czas pracy personelu. Najbardziej prawdopodobnym rozwiązaniem jest jednak pewne skrócenie przyjęć/procedur wykonywanych dla pacjentów stabilnych i w ten sposób przeznaczanie zaoszczędzonego czasu na *pacjenta pilnego*. W innym razie, gdy placówka (np. oddział kardiologii inwazyjnej) przyjmuje w różnych proporcjach *pacjentów stabilnych i pilnych*, konieczne jest dokonanie wstępnego podziału dostępnego czasu i w praktyce wydzielenie dwóch list oczekujących: dla *pacjentów stabilnych* oraz dla *pacjentów pilnych* (Rysunek 4).

W tym wypadku operując się na doświadczeniach z przeszłości, kierownictwo zakładu rezerwuje odpowiednią liczbę miejsc w terminarzu przyjęć na *przyjęcia przyspieszone*, poza już objętymi terminami na przyję-

cia w *planie leczenia* czy dla pacjentów *rezerwujących termin*. W sytuacji gdy liczba przypadków pilnych wypełnia kalendarz, przyjmowanie przypadków stabilnych jest wstrzymane, ponieważ przyjęcia pacjentów pilnych stanowią priorytet. Pacjenci w *planie leczenia* nie powinni tracić możliwości leczenia w wyniku opisanej sytuacji.

Szczegółowe kryteria medyczne, którymi posługują się lekarze, określając kategorie pacjentów, powinny zostać opracowane na rzecz poszczególnych placówek. Placówki ochrony zdrowia zatem określają i ogłaszają kryteria medyczne, charakterystyczne dla profilu pacjentów leczonych w danej placówce, które stanowią podstawę kwalifikowania pacjentów do kategorii stanów, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy. Dodatkowo jednak kryteria medyczne, opracowane przez placówki, mogłyby wykorzystywać zalecenia publikowane przez ministra zdrowia w postaci obwieszczeń, a stanowiące zalecenia konsultanta krajowego w odpowiedniej dziedzinie medycyny, opracowane we współpracy z odpowiednimi towarzystwami naukowymi. Publikowane byłyby wytyczne kliniczne do kwalifikowania pacjentów do kategorii pilnych i stabilnych, określone wytyczne dotyczące dopuszczalnego czasu oczekiwania na świadczenia w poszczególnych stanach klinicznych, natomiast kierownicy i personel medyczny placówek interpretują te wytyczne i opracowują szczegółowe kryteria medyczne dla pacjentów, którzy najczęściej pojawiają się w danej placówce. Opracowane w ten sposób kryteria byłyby publikowane w szczególności na stronach inter-

WARIANT A



Rysunek 4. Model działania terminarza w placówce z różnymi kategoriami pacjentów (wariant A).

Źródło: Opracowanie własne.

netowych placówki oraz w inny sposób udostępniane pacjentom, powodując, że proces decyzyjny, jaki następuje po takiej publikacji, staje się bardziej kontrolowany, a tym samym po pewnym czasie bardziej transparentny.

Sposób prowadzenia list oczekujących podlega nadzorowi zespołu ds. list oczekujących (lub zespołu ds. monitorowania jakości) lub, po ostatniej zmianie ustawy, kierownikowi zakładu lub świadczeniodawcy jako takiemu. Raporty z działalności zespołu byłyby przedstawiane kierownikowi zakładu oraz Radzie Społecznej w wypadku publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W szpitalach oraz większych przychodniach kierownik zakładu tworzyłby regulamin prowadzenia list oczekujących.

Szczegółowy sposób prowadzenia terminarzy oraz sposób i tryb przekazywania informacji o czasie oczekiwania powinno określać rozporządzenie wydane do ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych², tak jak jest to obecnie w odniesieniu do list oczekujących. Terminarze będą wtedy stanowić element dokumentacji medycznej i będą prowadzone w formie elektronicznej, z wyznaczeniem *vacatio legis* dla tego przepisu, różnie odległego dla różnych typów placówek. W ten sposób zostałby rozstrzygnięty dylemat rozważany na etapie analizy, w jakim akcie prawnym ustanowić zakres danych gromadzonych w terminarzu. Uznano bowiem, że podobnie jak inne rodzaje regulowanych prawem dokumentów terminarz także powinien doczekać się regulacji co do zakresu danych, które są w nim gromadzone, choć nie powinna to być regulacja na poziomie ustawy, lecz rozporządzenia. Obecnie w rozporządzeniu wydanym do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³ występuje dokument pod nazwą lista oczekujących.

Wnioski

Przedstawiona koncepcja realizacji list oczekujących nie została dotychczas wdrożona, choć w propozycji zmian prawnych sformułowanych przez ministra zdrowia w kwietniu 2014 r. pojawiły się jej elementy, np. *najbliższy dostępny termin przyjęcia*. Oprócz tego elementu jednak nie zaproponowano pozostałych, wprowadzono natomiast bardzo wiele obowiązków gromadzenia i przekazywania danych do NFZ. Przede wszystkim jednak proponowanie zmian rozpoczęto i zakończono na zaproponowaniu zapisów prawnych, pomijając etap analityczny oraz etap projektowania systemu organizacyjnego i informacyjnego, którego przykład zaprezentowano w niniejszej publikacji. Za kilka lat będzie zapewne można ocenić, z jakim skutkiem wprowadzono wymienione zmiany.

Przypisy

¹ Do kategorii pacjentów oczekujących zostaną zaliczeni pacjenci, którzy skorzystali z możliwości zapisania na *najbliższy możliwy termin przyjęcia* lub inny dogodny termin, lecz nie późniejszy niż dwa tygodnie po *najbliższym możliwym terminie przyjęcia*. Do kategorii pacjentów oczekujących zaliczają się także pacjenci z kategorii pilnych, oczekujący na *przyjęcie przyspieszone*.

² Rozporządzenie wydane na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

³ Rozporządzenie wydane na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw

Pacjenta (Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r., Nr 96, poz. 620).

Piśmiennictwo

- Halik J., Borkowska-Kalwas T., Pączkowska M., *Dostępność świadczeń zdrowotnych*, Biuletyn Informacyjny, Nr 31, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1997.
- Kozierkiewicz A., Grabowski J., *Obywatelska inicjatywa dotycząca organizacji list oczekujących*, Grupa Lekarska, Program Przeciw Korupcji Fundacji Batorego, www.batory.org.pl/doc/lista-pacjentow.pdf; dostęp: 15.09.2014.
- VITAPOL, Dokumenty dotyczące list oczekujących opracowane w ramach Projektu programu Środki Przejściowe nr 2004/016-829.01.06 pn. *Przygotowanie wewnętrznych procedur i instrumentów polskiego systemu ubezpieczenia zdrowotnego do zastosowania regulacji wynikających z koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego*, w: Jasudowicz T., Czepek J., Kapelańska-Pręgowska J., *Międzynarodowe Standardy Bioetyczne. Dokumenty i Orzecznictwo*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014: 123–127.
- Zalecenie nr R (99) 21 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich z dnia 30 września 1999 r. w sprawie kryteriów zarządzania listami oczekujących i czasem oczekiwania w ochronie zdrowia.
- Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz.Urz. WE L 149 z 05.07.1971 r., z późn. zm.), zastąpione przez Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Urz. WE L, Nr 166 z 30.04.2004 r.).
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U., Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U., Nr 200, poz. 1661).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 5 października 2005 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U., Nr 206, poz. 1724).
- Pączkowska M., *Dostępność do świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków. Raport z badań*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2006.
- Biniak Z., *System Monitorowania List Oczekujących Na Wysokospecjalistyczne Świadczenia Medyczne*, w ramach projektu finansowanego ze środków Grantu Japońskiego TF051897, przyznanego Ministrowi Zdrowia przez Bank Światowy, 2005.
- Gray B., *Międzynarodowe rozwiązania stosowane obecnie w zarządzaniu i monitorowaniu list oczekujących na wysokospecjalistyczne świadczenia zdrowotne*, raport końcowy, przygotowany przez: Haro Consulting Group Ltd, Victoria, B.C., Canada, w ramach projektu finansowanego ze środków Grantu Japońskiego TF051897, przyznanego Ministrowi Zdrowia przez Bank Światowy.
- Informacja o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2005 roku oraz sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia za 2005 rok*, druk sejmowy nr 789.
- Kubiak A., *Pacjenci i lekarze o korupcji w ochronie zdrowia*, Program Przeciw Korupcji, Fundacja Batorego, Warszawa 2001.
- Kopińska G., *Korupcja, jej zakres i metody ograniczania*, Ośrodek Myśli Politycznej, Warszawa 2003.
- Dokument Rady Ministrów, Program zwalczania korupcji – Strategia Antykorupcyjna – II etap wdrażania 2005–2009.
- Kozierkiewicz A., Gilewski D., Gajda K., Trąbka W., Jańczak E., Luboiński G., Romaszewski A., Klich J., *Analiza istniejącego systemu zarządzania listami oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej oraz opracowanie raportu zawierającego wnioski z analizy i zalecenia usprawnień tego systemu celem zapewnienia jego skuteczności w zapobieganiu i zwalczaniu zjawisk korupcyjnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Raport z prac analitycznych wykonanych w ramach realizacji umowy nr CRU 8020/JFK/PPt-DI/2006-TF2004/016-829.05.02.04 na rzecz Ministerstwa Zdrowia*, dokument wewnętrzny.
- Appleby J., Boyle S., Devlin N., Harley M., Harrison A., Locock L., Thorlby R., *Sustaining Reductions in Waiting Times: Identifying Successful Strategies*, Final Report to the Department of Health, King's Fund, London 2005.
- Egli H., *Grundformen der Wirtschaftskriminalität. Fallanalyse aus der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland*, Heidelberg 1985.
- Hargreaves J., Moon L., Penm R., *Waiting Times For Elective Surgery In Australia 1997–98*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra 2000.
- Lewis R., Appleby J., *Can the English NHS Meet the 18-week Waiting List Target?*, „Journal of the Royal Society of Medicine” 2006; 99(1): 10–13.
- Łuków P., *Racjonowanie świadczeń a troska o dobro pacjenta*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2004; II(1): 35–41.
- Siciliani L., Hurst J., *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries*, OECD Health Working Papers No. 7, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris 2003.
- It's About Time! Achieving Benchmarks and Best Practices in Wait Time Management*, Final Report by the Wait Time Alliance for Timely Access to Health Care, Canadian Medical Association – Wait Time Alliance, Ottawa 2005.
- Kontrakty 1–3 w ramach projektu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji nr 2004/016-829.05.02 pn. *Intensyfikacja procesu wdrażania działań antykorupcyjnych w Polsce*, finansowanego ze Środków Przejściowych 2004.
- Informacja Ministra Zdrowia o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2005 roku*, Warszawa 2006, www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zalacznik_r_09.pdf; dostęp: 15.09.2014.