

Obywatelska inicjatywa dotycząca organizacji list pacjentów oczekujących na deficytowe świadczenia medyczne

Autor wersji wstępnej:

Adam Koziarkiewicz, Instytut Zdrowia Publicznego CMUJ

we współpracy z:

Jackiem Grabowskim, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

....

Wstęp	3
Założenia regulacji ustawowych dotyczących problemu list oczekujących	6
Założenia regulacji wykonawczych dotyczących problemu list oczekujących	13
Założenia do zmiany rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej	13
Założenia do rozporządzenia w sprawie kategorii stanu zdrowia oraz trybu postępowania z pacjentami poszczególnych kategorii	13
Założenia do rozporządzenia w sprawie kryteriów kwalifikacji do zastosowania terapii lub diagnostyki poszczególnych rodzajów i z zastosowaniem określonych technologii	15
Założenia do rozporządzenia w sprawie zasad publicznego udostępniania, przez Narodowy Fundusz Zdrowia i świadczeniodawców, informacji na temat czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne.	15

Wstęp

W rynkowych sektorach gospodarki wielkość produkcji oraz sprzedaży zależy generalnie od popytu na określone produkty i usługi. Popyt i podaż są uzależnione od skłonności i zdolności konsumentów do poniesienia kosztów nabycia danego dobra.

W sektorze ochrony zdrowia mechanizm ten jest zaburzony przez pojawienie się tzw. *trzeciego płatnika (third party payer)*, który w imieniu konsumenta (pacjenta) ponosi koszty nabycia poszczególnych dóbr. W sytuacji takiej popyt na określone dobro jest kształtowany prawie wyłącznie potrzebami zdrowotnymi konsumentów, a czasem jedynie przeświadczeniem o takich potrzebach. Publiczny płatnik, który na podstawie decyzji politycznych jest odpowiedzialny za zaspokojenie popytu na dobra ochrony zdrowia, znajduje się pod olbrzymią presją finansową i często nie jest w stanie jej poddać. Pojawia się wtedy problem okresowego lub stałego deficytu poszczególnych dóbr i usług, co objawia się ograniczonym dostępem do nich dla konsumentów – pacjentów.

Sposób rozwiązywania problemu deficytu można, niestety, odnieść do kultury społecznej panującej w danej populacji; w jednych społeczeństwach dostęp do świadczeń deficytowych podlega społecznemu nadzorowi, jest przejrzysty i pacjenci znają oraz akceptują reguły tego dostępu, w innych natomiast dostęp ten jest sposobem na uzyskiwanie nienależnych i nielegalnych dochodów przez osoby władne regulować tym dostępem, pacjenci natomiast poszukują sposobów „obejścia” kolejki, co często realizowane jest przez zapłacenie „kopertówki”. To drugie zjawisko, dobrze znane w Polsce, jest szeroko rozpowszechnione w Europie Środkowej i Wschodniej oraz obecne w takich krajach Europy Południowej, takich jak Włochy czy Grecja.

W związku z tym oraz w nawiązaniu do Rekomendacji Rady Europy R(99)21, Grupa Lekarska działająca przy Fundacji im. Stefana Batorego podjęła wysiłki w celu uruchomienia obywatelskiej inicjatywy mającej uregulować i „ucywilizować” dostęp do świadczeń deficytowych w Polsce. Istnieje możliwość wprowadzenia odpowiedniej regulacji do wybranej ustawy z zakresu ochrony zdrowia. Warto przy tym zaznaczyć, że już obecnie, na podstawie art. 18 ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, w zakładach powinny być prowadzone tzw. księgi oczekujących, czyli element dokumentacji medycznej odnotowujący fakt czekania na wykonanie świadczenia. W regulacji tej nie ma natomiast mowy o tym, w jaki sposób organizować wpisy do ksiąg, czy też, jakie powinny być kryteria ustalania kolejności uzyskiwania dostępu do świadczeń deficytowych.

Pomiar i ocena deficytu świadczeń poszczególnych kategorii i specjalności jest także bardzo ważną przesłanką planistyczną. Zmiany wprowadzone ustawą z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) wprowadziły „planowanie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych” jako mechanizm systemowego powiązania potrzeb zdrowotnych z możliwościami nabywania świadczeń przez NFZ. W powszechnej opinii mechanizm planowania oraz narzędzie w postaci „wojewódzkich planów zdrowotnych” nie spełniają jednak pokładanych w nich nadziei.

Czytelne, jasne i systemowe powiązanie potrzeb zdrowotnych z możliwościami finansowymi jest realne wtedy, gdy gromadzone dane o potrzebach zdrowotnych będą jednoznacznie

interpretowane i wykorzystywane do alokacji środków. Monitorowanie czasu oczekiwania i liczby osób oczekujących na deficytowe usługi zdrowotne pozwoli na lepszą ocenę potrzeb zdrowotnych, w szczególności tych uświadomionych a niezrealizowanych, tym samym wywołujących frustracje i niezadowolenie społeczne. Stałe śledzenie wskaźników pomiaru dostępu do usług pozwoli ocenić skalę okresowego lub stałego, lokalnego lub ogólnokrajowego deficytu poszczególnych dóbr z zakresu ochrony zdrowia. Wydaje się, że jest to element konieczny do interpretacji danych o stopniu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych.

Zakres propozycji inicjatywy obywatelskiej dotyczącej organizacji list oczekujących obejmuje zatem:

- założenia regulacji ustawowej dotyczącej problemu list oczekujących
- założenia regulacji w zakresie aktów wykonawczych.

W poniższej tabeli zamieszczono cele i proponowane mechanizmy związane z działaniem systemu list oczekujących:

<u>Pożądanee cechy funkcjonalne niezbędne do realizacji poszczególnych celów</u>	<u>Proponowane mechanizmy prawne, organizacyjne, informatyczne</u>
Cel: zapewnienie równego dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych	
Jednoznaczne zasady obsługi kolejek w skali kraju	Kategoryzacja priorytetów, definicje i kryteria rozpoczęcia i zakończenia pomiaru
Upublicznienie informacji na temat czasu oczekiwania	Wskazanie odbiorców informacji, zakresu, trybu jej przekazywania
Cel: planowanie liczby dostępnych świadczeń	
Zweryfikowana informacja o dostępie do świadczeń w okresie poprzedzającego roku	Centralny retrospektywny model informacji o dostępie do świadczeń Określenie zestawu wskaźników w układzie regionalnym, rodzajów świadczeń, wybranych procedur.
Cel: optymalizacja wykorzystania posiadanych zasobów publicznego systemu ochrony zdrowia	
Aktualna informacja o dostępie do poszczególnych rodzajów świadczeń – porównanie świadczeniodawców: <ul style="list-style-type: none"> • średni czas oczekiwania, • maksymalny czas oczekiwania. 	Prospektywny model informacji o dostępie do świadczeń dostępny regionalnie. Zapewnienie powszechnego dostępu do informacji. Uruchomienie programów zapewnienia dostępu do świadczeń dla najdłużej oczekujących.

Cel: ograniczenie liczby świadczeń realizowanych w trybie procedury E112	
Aktualna informacja o dostępie do poszczególnych procedur medycznych, które są powodem wyjazdów terapeutycznych.	Prospektywny model informacji o dostępie do świadczeń dostępny regionalnie. Zapewnienie dostępu do aktualnej informacji o świadczeniach będących powodem wyjazdów terapeutycznych.

Opis docelowego systemu

System list oczekujących oparty jest na następujących założeniach:

- w przypadku świadczeń deficytowych¹, pacjenci zakwalifikowani do uzyskania danego świadczenia uzyskują zapewnienie wykonania świadczenia w określonym czasie,
 - kwalifikacja do uzyskania świadczenia polega na stwierdzeniu jego potrzeby oraz spełniania warunków jego wykonania (zgoda pacjenta, stan kliniczny, szczepienia itp.)
- zapewnienie wykonania danego świadczenia ma charakter wpisu do odpowiedniej części dokumentacji medycznej (księgi oczekujących) oraz pisemnego potwierdzenia tego terminu dla pacjenta, w formie wypisu z tej księgi
- termin wykonania świadczenia dla danego pacjenta jest określany na podstawie kwalifikacji pacjenta do odpowiedniej kategorii (nagły, pilny, planowy itp.) w sposób, który jest przejrzysty, podlega nadzorowi społecznemu a także przewiduje możliwość odwołania się pacjenta od takiej decyzji w ramach placówki,
 - jeśli termin wykonania świadczenia musi być przesunięty z przyczyn placówki, zawiadomienie pacjenta o tym fakcie musi nastąpić z odpowiednim wyprzedzeniem,
- kierownicy placówek są zobowiązani do ujawniania publicznie informacji o spodziewanym czasie wykonywania świadczeń w poszczególnych komórkach organizacyjnych placówek
 - w celu faktycznej i efektywnej możliwości dostępu do tych informacji ze strony zainteresowanych osób i instytucji minister zdrowia uruchamia system pozwalający na prezentację tych informacji na ogólnodostępnych stronach internetowych,
- w ramach systemu monitorowania wykonywania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych przy pomocy systemu rejestru usług medycznych (lub systemu START), placówki przekazują informacje na temat daty wpisania danego pacjenta do księgi oczekujących. Poprzez odjęcie daty przyjęcia pacjenta w celu wykonania świadczenia od daty wpisania do księgi oczekujących, uzyskuje się obiektywny i faktyczny czas oczekiwania danego pacjenta na dane świadczenie.
 - w obecnym stanie prawnym sytuacja ta jest możliwa do realizacji natychmiast, o ile zostanie wdrożone w życie istniejące i obowiązujące od 3 lat rozporządzenie do art. 143 ust. 1 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Szczegółowe propozycje regulacji zagadnień list oczekujących załączono poniżej.

¹ Proponowana definicja: „świadczenia zdrowotne, na które popyt, wynikający z rzeczywistych przyczyn zdrowotnych, przewyższa, w aktualnym systemie finansowania świadczeń ze środków publicznych, ich podaż”.

Założenia regulacji ustawowych dotyczących problemu list oczekujących

Wdrożenie systemu list oczekujących wymaga wprowadzenia regulacji rangi ustawowej, przy czym możliwe jest ujęcie niniejszych zapisów w:

- ustawie o zakładach opieki zdrowotnej
- ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia
- odrębnej ustawie dedykowanej listom oczekującym.

Wybór właściwej ustawy zależeć będzie od oceny adekwatności zastosowania tych regulacji do poszczególnych sytuacji i pozostawać w gestii legislatorów Ministra Zdrowia.

Poniższe elementy założeń mogą posłużyć jako podstawa do sformułowania poszczególnych artykułów lub ustępów odpowiedniej ustawy.

Założenia koncepcyjne regulacji ustawowych są następujące:

- (a) Celem stworzenia systemu list oczekujących jest zapewnienie sprawiedliwego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do deficytowych świadczeń zdrowotnych oraz społecznego nadzoru nad tym dostępem.

W ustawie należy zdefiniować pojęcie „deficytowych świadczeń zdrowotnych”, jako że nie ma potrzeby obejmowania systemem świadczeń, które pozostają w stałym zadowalającym dostępie. W szczególności definicja mogłaby brzmieć następująco:

„świadczenia zdrowotne, na które popyt, wynikający z rzeczywistych przyczyn zdrowotnych, przewyższa, w aktualnym systemie finansowania świadczeń ze środków publicznych, ich podaż”.

Pojęcie to zatem odnosi się wyłącznie do świadczeń, które są wykonywane ze środków, lub z udziałem środków publicznych, czyli tych o których mowa m.in. w art. 68. Konstytucji RP.

Istotne jest zatem precyzyjne wskazanie środków publicznych, które wykorzystywane są do nabywania świadczeń na rzecz obywateli, jako że to określenie zdeterminuje, do jakich rodzajów świadczeń odnosi się definicja „świadczeń deficytowych”.

Zagadnieniem do rozstrzygnięcia pozostaje, KTO i w jakim trybie stwierdza, że danego rodzaju świadczenie jest deficytowe wg tej definicji, a które nie. Odniesienie do niniejszego problemu zawarte jest w dalszej części opracowania.

- (b) Listy oczekujących prowadzone są w formie ksiąg oczekujących, tworzonych zgodnie z zapisami wynikającymi z regulacji wydanej na podstawie art. 18 ust. 6 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz/lub w postaci rejestru osób oczekujących prowadzonego na podstawie art. 74 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

*Zależnie od decyzji, w której z ustaw umieścić zapisy dotyczące list oczekujących, należy wskazać element dokumentacji medycznej, który stanowi zbiorczy spis wszystkich osób oczekujących na świadczenia deficytowe, nabywane ze środków publicznych. **Należy przy tym zaznaczyć, że księgi oczekujących wg rozporządzenia z art. 18 ust. 6 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w aktualnym jej brzmieniu, prowadzone są tylko przez szpitale.***

Jeśli zatem wśród świadczeń deficytowych miałyby znaleźć się również świadczenia wykonywane w trybie innym niż szpitalnym, koniecznej jest bądź to rozszerzenie zapisów rozporządzenia z art. 18 ust. 6 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, bądź wskazanie innego źródła regulacji wspomnianego elementu dokumentacji wewnętrznej placówki.

- (c) Listy oczekujących tworzone są z poszanowaniem sprawiedliwości i równych praw obywateli do dostępu do świadczeń zdrowotnych, ich godności oraz prawa do zachowania tajemnicy danych osobowych.

W ten sposób w części realizowany będzie cel, wynikający z art. 68 Konstytucji RP, mówiącego o konieczności „równego dostępu do świadczeń zdrowotnych nabywanych ze środków publicznych”, ale także prawo do ochrony dóbr osobistych.

Wymóg zachowania tajemnicy danych osobowych oznacza, że informacja publicznie dostępna na temat list oczekujących nie może obejmować danych identyfikacyjnych osób oczekujących. Jedyne podmioty ustawowo uprawnione mają dostęp do tych danych, co w obecnym stanie rzeczy oznacza świadczeniodawców wykonujących świadczenia na rzecz pacjenta oraz w ograniczonym stopniu Narodowy Fundusz Zdrowia. Uprawnienia Funduszu do przetwarzania danych osobowych wynikają z art. 141 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Załącznik 2).

- (d) Listy oczekujących tworzone są w poszczególnych komórkach organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej, wykonujących świadczenia spełniające kryteria świadczeń deficytowych a także przez pracowników indywidualnych praktyk lekarskich, wykonujących takie świadczenia. Placówki są zobowiązane do prowadzenia list oczekujących pod groźbą zawieszenia i/lub zerwania umowy na świadczenie usług z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W przypadku list oczekujących w zastosowaniu do opieki ambulatoryjnej, konieczne jest zobowiązanie tych komórek do prowadzenia odpowiedników ksiąg oczekujących z oddziałów szpitalnych, np. w formie rejestru osób oczekujących, o którym mowa w regulacji wydanej na podstawie art. 74 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Właściwszą metodą byłoby jednak wprowadzenie odpowiednich zapisów do rozporządzeń w sprawie dokumentacji medycznej wydawanych na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy o zawodzie lekarza.

- (e) W zakładach opieki zdrowotnej, w celu bieżącego nadzoru nad prawidłowością prowadzenia ksiąg oczekujących powołuje się zespół złożony, z co najmniej trzech pracowników medycznych zakładu. Rola i zadania zespołu konstytuowane są poprzez

opracowanie regulaminu zespołu, nadanego przez kierownika zakładu. Alternatywnie można przyjąć jednoosobową odpowiedzialność za nadzór nad prawidłowością prowadzenia ksiąg, pełnioną przez kierownika placówki.

Merytoryczne decyzje związane z wpisywaniem na listy oczekujących (do ksiąg oczekujących) powinny być podejmowane zespołowo lub co najmniej podlegać zespołowemu nadzorowi. Zobowiązanie do stworzenia odpowiednich zespołów spoczywa na kierowniku zakładu, przy czym w ustawie nie określa się ani szczegółowej liczby takich zespołów w zakładzie ani konkretnych zadań, jakie te zespoły powinny wykonywać, pozostawiając kompetencje w tym zakresie kierownikowi zakładu. Jeśli mamy do czynienia z praktykami indywidualnymi, obowiązku takiego, z oczywistych względów nie można nałożyć.

Można uznać również, że tam gdzie kierownik nie powoła odpowiedniego zespołu, nadzór taki prowadzi sam.

- (f) Listy oczekujących obejmują jedynie tych pacjentów, którzy zostali zakwalifikowani do określonego rodzaju świadczenia oraz wyrazili na nie zgodę. W przypadku niemożności osobistego wyrażenia zgody na dane leczenie przez pacjenta, wynikającej ze stanu świadomości chorego, zgodę taką może wyrazić jego prawny lub faktyczny reprezentant. W przypadku, gdy po wpisaniu na listę oczekujących w danym zakładzie, pacjent zrezygnował z uzyskania danego świadczenia w tym zakładzie, zobowiązany jest powiadomić o tym fakcie zakład.

Kwalifikację do zabiegu wykonuje się w praktyce wtedy, gdy wskazania, stan fizyczny i psychiczny oraz stan przygotowań pacjenta pozwala na szczegółowe zaplanowanie daty świadczenia. Pacjent może nie być zakwalifikowany ze względu na stan zdrowia lub brak wykonania koniecznych czynności przygotowawczych (np. szczepienie WZW B).

Pacjent, który został zakwalifikowany i wpisany na listę oczekujących placówki, a w międzyczasie zrezygnował (lub uzyskał dane świadczenie w innej placówce), powinien zawiadomić o tym fakcie placówkę, w której był wpisany na listę oczekujących. Niestety nie można liczyć na skuteczną realizację tego wymogu ze strony pacjentów, zatem administracja zdrowotna musi znaleźć niezależny, skuteczny sposób weryfikacji takich przypadków.

- (g) Nie wprowadza się na listy oczekujących pacjentów oczekujących na przeszczepy organów pochodzących od dawców, dla których zasady określania list oczekujących regulowane są odrębnymi przepisami, ani pacjentów, którzy w aktualnym stanie zdrowia nie kwalifikują się do zastosowania danego leczenia.

Nie objęcie pacjentów do przeszczepów w systemie list oczekujących wynika wprost z Rekomendacji Rady Europy, a uzasadnienie tego jest takie, że termin przeszczepu w zasadniczej mierze zależy od dostępu do organów a nie kolejności zgłoszeń. Tym niemniej w toku ustaleń z specjalistami transplantologami można ewentualnie wypracować szczególne zasady prowadzenia list oczekujących w zastosowaniu do transplantologii.

Jednocześnie w odrębnej regulacji dotyczącej przeszczepiania narządów, kwestie te zostały uregulowane.

- (h) Pacjenci umieszczani są na listach oczekujących w kolejności wynikającej z terminu zgłoszenia i kategorii stanu zdrowia, jaki prezentują. Kategorie stanu zdrowia oraz tryb postępowania z pacjentami poszczególnych kategorii określa, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii izby lekarskiej i właściwych medycznych towarzystw naukowych. (patrz: Załącznik 1).

*Podstawowa zasada równości w dostępie oznacza, że pacjenci w podobnym stanie zdrowia uzyskują dostęp **w kolejności, jaka wynika z kolejności ich zgłaszania się**. Z uwagi jednak na fakt, że te same rodzaje świadczeń mogą być wykonywane na rzecz pacjentów w różnych stanach zdrowia, przydatne jest określenie kategorii stanów zdrowia pacjentów, które służyć będą do ustalania terminów przyjęć. Minister zdrowia, wzorem np. Australii, określa kategorie schorzeń, które są podstawą do określania terminu przyjęcia pacjenta. Szczegółowe kwalifikowanie stanów zdrowia do poszczególnych kategorii zostanie zaprezentowane w rozporządzeniu ministra zdrowia. Zatem **o terminie przyjęcia decydować ma kategoria stanu zdrowia, a w ramach tej kategorii, kolejność zgłaszania**.*

- (i) Kryteria kwalifikacji do zastosowania terapii lub diagnostyki poszczególnych rodzajów i z zastosowaniem określonych technologii, **może** określić, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii izby lekarskiej i odpowiedniego medycznego towarzystwa naukowego.

*I w ten sposób rozpoczęty zostanie nielatwy i mozolny proces uzgadniania kryteriów kwalifikacyjnych do zabiegów itp. Proces ten może jednak być bardzo twórczy, również z medycznego punktu widzenia, z uwagi na konieczność zastosowania zasad EBM. W razie braku zgody środowisk **można** nie wydać takiego rozporządzenia.*

- (j) Pacjent uzyskuje pisemne potwierdzenie zapisów w księdze oczekujących, lub innych częściach dokumentacji medycznej dotyczącej list oczekujących, w szczególności dotyczące planowanego terminu przyjęcia celem wykonania danego świadczenia, na ogólnych zasadach do dokumentacji medycznej, określonych regulacjami wydanymi na podstawie art. 18 ust. 6 ustawy.

W ten sposób pacjent uzyskuje pisemne zapewnienie przyjęcia w określonym terminie, które jest podstawą do tego przyjęcia.

- (k) Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi bieżący nadzór nad czasem oczekiwania na poszczególne świadczenia, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń deficytowych, z wykorzystaniem informacji gromadzonych w trybie określonym w art. 143 ust. 1. ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Załącznik 3). Pacjenci, organizacje i instytucje reprezentujące pacjentów, organizacje konsumenckie oraz poszczególne organy administracji publicznej mają prawo na bieżąco uzyskiwać informacje o czasie oczekiwania na świadczenia zdrowotne osób, które uzyskały dany rodzaj świadczeń.

*W ten sposób NFZ i jego następcy prawni zostaną zobowiązani do prowadzenia systemu monitorowania czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne. Przy tym założono, że do monitorowania tego czasu użyty zostanie system wykorzystywany rutynowo do gromadzenia informacji o wykonanych świadczeniach. **Rozporządzenie regulujące ten system, wraz z czasem oczekiwania, jest obecne w legislacji krajowej od roku 2001, choć niestety nie jest realizowane.** Ewentualną zmianą do tego rozporządzenia może być dopisanie obowiązku o wprowadzeniu informacji o czasie oczekiwania w stosunku do świadczeń ambulatoryjnych, albowiem aktualnie obowiązek taki istnieje w stosunku do świadczeń szpitalnych.*

*Pacjenci i różne instytucje, które mogą poczuwać się do reprezentowania interesów pacjentów, mają prawo żądać na bieżąco określonych informacji będących w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia. Dostęp do tych informacji będzie regulować rozporządzenie Ministra Zdrowia (patrz: niżej). **Informacje przekazywane przez NFZ mają mieć charakter faktycznych, statystycznych wskaźników oddających rzeczywiste trendy dotyczące czasu oczekiwania w danym czasie w danej placówce ochrony zdrowia w stosunku do danego schorzenia i komórki organizacyjnej.** Dane te muszą zatem pochodzić z wysoce wiarygodnych źródeł i zawierać sprawdzalne informacje. Dane te stanowią także podstawę do ewentualnych porównań z **spodziewanymi czasami oczekiwania** jakie deklarują świadczeniodawcy (patrz: niżej).*

- (l) Każdy ma prawo uzyskiwać informacje na temat **spodziewanych czasów oczekiwania** na deficytowe świadczenia wykonywane w poszczególnych komórkach organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki indywidualnej od kierowników tych zakładów oraz właścicieli praktyk. Minister zdrowia, w drodze rozporządzenia, określi zasady publicznego udostępniania, przez Narodowy Fundusz Zdrowia i świadczeniodawców, informacji na temat czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne.

*Pacjenci i różne instytucje, które mogą poczuwać się do reprezentowania interesów pacjentów, mają prawo żądać na bieżąco określonych informacji od świadczeniodawców. Dane uzyskiwane bezpośrednio od świadczeniodawców mają **charakter deklaracji a nie obiektywnych statystycznych wyliczeń.** Stąd określenie „**spodziewanych czasów oczekiwania**” co zakłada możliwość wystąpienia różnicy pomiędzy tymi czasami a faktycznym czasem uzyskania świadczenia w przypadku danego pacjenta. Informacje te w praktyce mogłyby być przedstawiane w systemie informatycznym obsługującym rejestr zakładów opieki zdrowotnej, przy czym kwestia ta regulowana powinna być już na poziomie rozporządzenia.*

- (m) Nadzór nad poprawnością prowadzenia list oczekujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej prowadzi rada społeczna zakładu, składając roczny raport organowi, który utworzył zakład. Prowadzenie wyżej wymienionego nadzoru, przewodniczący rady społecznej może powierzyć organizacji pozarządowej, organizacji konsumenckiej szczególnie zainteresowanej z uwagi na swoją działalność statutową, dostępnością do świadczeń danego rodzaju.

Publiczne zakłady opieki zdrowotnej, stają się obiektem szczególnego zainteresowania, a jako że posiadają społeczne organy nadzorcze, te organy mogą pełnić nadzór nad procesem prowadzenia list oczekujących. Jednocześnie,

przewodniczący rady społecznej, zapewne w odzewie na zainteresowanie określonej organizacji reprezentującej pacjentów może, w celu uzyskania większej przejrzystości, powierzyć tej organizacji prowadzenie ww. nadzoru.

Założenia regulacji wykonawczych dotyczących problemu list oczekujących

Założenia do zmiany rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania.

Proponuje się w:

w § 31. 1.2. po słowie „formie” wprowadzić słowa „*księgi oczekujących i*”

a. Założenia do zmiany rozporządzenia w sprawie danych gromadzonych przez świadczeniodawców i przekazywanych kasom chorych

W rozporządzeniu zastępującym rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2001 r. w sprawie zakresu niezbędnych danych gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych danych oraz ich udostępniania kasom chorych, Prezesowi Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i wojewodom, w tym także rodzajów wykorzystywanych nośników informacji oraz wzorów dokumentów.

Proponuje się w:

§ 2. 1. 8. dodać

pkt. a. / data wpisu w księdze oczekujących

w Załączniku nr 7 dodaje się

1 a. przyjęcie planowe pacjenta ze statusem *pacjentów z opóźnionym przyjęciem*,

Założenia do rozporządzenia w sprawie kategorii stanu zdrowia oraz trybu postępowania z pacjentami poszczególnych kategorii

Ustala się następujące kategorie pacjentów z punktu widzenia terminu i trybu wykonywania świadczeń zdrowotnych na ich rzecz:

Kategorie pacjentów przeznaczonych do hospitalizacji

Kategoria 0 – konieczna hospitalizacja nagła, stan zagrożenia życia lub możliwość jego rozwinięcia

w ciągu najbliższych godzin i dni,

kategoria I - pożądana hospitalizacja w ciągu 30 dni ze względu na możliwość szybkiego pogorszenia aż do stanu zagrożenia życia

kategoria II - pożądana hospitalizacja w ciągu 90 dni ze względu na możliwość wystąpienia bólu, dysfunkcji lub niesprawności, przy małym prawdopodobieństwie szybkiego pogorszenia lub wystąpienia stanu zagrożenia życia

kategoria III - hospitalizacja w możliwym do zaakceptowania czasie w przyszłości z uwagi na możliwość wystąpienia w minimalnym stopniu bólu, dysfunkcji lub niesprawności, przy czym nieprawdopodobne jest szybkie pogorszenie lub wystąpienie stanu zagrożenia życia.

Kategorie pacjentów do leczenia ambulatoryjnego, w tym diagnostyki:

Kategoria 0 – świadczenie konieczne w trybie nagłym, stan zagrożenia życia lub możliwość jego rozwinięcia w ciągu najbliższych godzin i dni,

kategoria I - świadczenie pożądaną w ciągu 30 dni ze względu na możliwość szybkiego pogorszenia aż do stanu zagrożenia życia

kategoria II - świadczenie pożądaną w ciągu 90 dni ze względu na możliwość wystąpienia bólu, dysfunkcji lub niesprawności, przy małym prawdopodobieństwie szybkiego pogorszenia lub wystąpienia stanu zagrożenia życia

kategoria III – świadczenie w możliwym do zaakceptowania czasie w przyszłości z uwagi na możliwość wystąpienia w minimalnym stopniu bólu, dysfunkcji lub niesprawności, przy czym nieprawdopodobne jest szybkie pogorszenie lub wystąpienie stanu zagrożenia życia.

Pacjenci zakwalifikowani są do odpowiedniej kategorii na podstawie ich stanu klinicznego i znanych powszechnie w środowisku profesjonalnym naturalnych historii rozwoju tego stanu, przez lekarza odpowiedzialnego w danej placówce za kwalifikację pacjentów w danym stanie zdrowia, działającego pod nadzorem *zespołu ds. nadzoru nad prawidłowością prowadzenia ksiąg oczekujących*.

Pacjenci planowani są do uzyskania świadczenia w kolejności osiągnięcia stanu gotowości do jego uzyskania, w ramach grupy pacjentów danej kategorii. W przypadku, gdy pacjent nie zgadza się na wyznaczony przez kwalifikującego termin wykonania świadczenia, ma możliwość przedstawienia swoich zastrzeżeń *zespołowi* i/lub kierownikowi placówki.

Za stan gotowości do uzyskania danego świadczenia uznaje się stan, w którym pacjent posiada odpowiednie skierowania (za wyjątkiem stanu nagłego oraz innych sytuacji, które nie wymagają tego dokumentu), wyraża zgodę na danego rodzaju świadczenie oraz jest przygotowany klinicznie do otrzymania tego świadczenia (np. odpowiednie szczepienia). Stan gotowości do uzyskania danego świadczenia określany jest przez lekarza odpowiedzialnego w danej placówce za kwalifikację pacjentów w danym stanie zdrowia, działającego pod nadzorem *zespołu ds. nadzoru nad prawidłowością prowadzenia ksiąg oczekujących*.

Pacjent w danej kategorii, który osiągnął stan gotowości do uzyskania świadczenia, zostaje powiadomiony na piśmie o planowanej dacie przyjęcia oraz liczbie pacjentów danej kategorii, oczekujących na przyjęcie do danego świadczenia przed nim.

W dniu planowego przyjęcia w celu uzyskania danego świadczenia pacjent stawia się o oznaczonej porze w miejscu wykonania danego świadczenia. W razie braku stawiennictwa pacjenta, procedura ustalania daty przyjęcia rozpoczyna się od nowa.

W razie braku możliwości wykonania świadczenia w zaplanowanym dniu, pacjent poinformowany zostaje o najbliższej możliwej dacie uzyskania świadczenia dla osób w danej kategorii. W uzgodnieniu z pacjentem ustalana jest kolejna data planowanego wykonania danego świadczenia i pacjent otrzymuje status *pacjenta z opóźnionym przyjęciem*.

Placówki są zobowiązane do powiadomienia pacjenta i konieczności przesunięcia terminu przyjęcia z kilkudniowym wyprzedzeniem, oraz nie powinno to nastąpić więcej niż 2 razy. Pacjent z przesuniętym terminem przyjęcia uzyskuje status „opóźnionego” i taka informacja przekazywana jest do NFZ.

Założenia do rozporządzenia w sprawie kryteriów kwalifikacji do zastosowania terapii lub diagnostyki poszczególnych rodzajów i z zastosowaniem określonych technologii

Niniejsze rozporządzenia, które będą tworzone wokół poszczególnych dziedzin medycyny, specjalności medycznych czy problemów zdrowotnych, są opcjonalne, co oznacza, że mogą zostać wydane o ile w danej dziedzinie kryteria kwalifikacji do zastosowania danej terapii lub diagnostyki z zastosowaniem danej technologii są wystarczająco jednoznaczne w środowisku medycznym.

W przypadku technologii i stanów zdrowia, w których nie ma takiej jednoznaczności rozporządzenia nie wydaje się.

Założenia do rozporządzenia w sprawie zasad publicznego udostępniania, przez Narodowy Fundusz Zdrowia i świadczeniodawców, informacji na temat czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne.

Cześć I

Narodowy Fundusz Zdrowia gromadzi dane jednostkowe, zidentyfikowane co do osób, na temat świadczeń uzyskiwanych przez pacjentów w poszczególnych placówkach świadczeniodawców, z uwzględnieniem wielu szczegółowych danych, w tym przyczyny uzyskania danego świadczenia, rodzaju zastosowanej procedury, dat i trybu wykonania świadczenia itp.

Dane te służą do stworzenia zestawu sprawozdań obejmujących:

- średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne w danej placówce z podziałem na komórki organizacyjne, kategorie pacjentów, procedury, jednostki chorobowe

- rozpiętość czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne w danej placówce z podziałem na komórki organizacyjne, kategorie pacjentów, procedury, jednostki chorobowe
- odsetek pacjentów przyjmowanych z udziałem wpisu w księgach oczekujących placówki, w danej placówce z podziałem na komórki organizacyjne, kategorie pacjentów, procedury, jednostki chorobowe
- odsetek pacjentów o statusie *pacjentów z opóźnionym przyjęciem*, w danej placówce z podziałem na komórki organizacyjne, kategorie pacjentów, procedury, jednostki chorobowe
- średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne w placówkach danego powiatu i województwa, z podziałem na komórki organizacyjne, kategorie pacjentów, procedury, jednostki chorobowe
- rozpiętość czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne w placówkach danego powiatu i województwa, z podziałem na komórki organizacyjne, kategorie pacjentów, procedury, jednostki chorobowe
- odsetek pacjentów przyjmowanych z udziałem wpisu w księgach oczekujących placówek, w placówkach danego powiatu i województwa, z podziałem na komórki organizacyjne, kategorie pacjentów, procedury, jednostki chorobowe
- odsetek pacjentów o statusie *pacjentów z opóźnionym przyjęciem*, w placówkach danego powiatu i województwa, z podziałem na komórki organizacyjne, kategorie pacjentów, procedury, jednostki chorobowe

Zestawienia, o których mowa udostępniane są w Internecie, co najmniej w formie plików do pobrania.

Część II

Świadczeniodawcy gromadzą informację na temat czasu oczekiwania na świadczenia deficytowe w formie wpisów do ksiąg oczekujących i/lub rejestrów czasu oczekiwania.

Na podstawie tych danych kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz właściciele praktyk lekarskich zobowiązani są informować o **aktualnych spodziewanych czasach oczekiwania** na danego rodzaju świadczenia, przy czym Minister Zdrowia zobowiązany jest do umożliwienia prezentacji tych informacji na stronach internetowych (np. rejestru zakładów opieki zdrowotnej).

Informacje przekazywane są na żądanie w szczególności:

- pacjentom,
- organizacjom i instytucjom reprezentujące pacjentów,
- organizacjom konsumenckim oraz poszczególne
- organom administracji publicznej.