

**Zapis dyskusji podczas seminarium poświęconego ocenie doświadczeń we wdrażaniu regulacji prawnych dotyczących organizacji list pacjentów oczekujących na deficytowe świadczenia zdrowotne**

**Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa, 11 kwietnia 2006**

**dr Adam Koziarkiewicz**

Witam państwa na spotkaniu organizowanym przez grupę lekarską istniejącą przy Fundacji im. Stefana Batorego. Spotkanie ma na celu przedyskutowanie i ocenę funkcjonowania systemu tak zwanych „list oczekujących”.

„Listy oczekujących” zostały wprowadzone przez legislatora około rok temu. Wcześniej mieliśmy już pewne zapisy w aktach prawnych, które sugerowały, że takie rozwiązanie jak „listy oczekujących” należy wprowadzić. Były to zapisy w rozporządzeniu dotyczącym dokumentacji medycznej, natomiast mniej więcej od roku pojawiały się zapisy, najpierw w ustawie o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, a następnie wydano dwa rozporządzenia, które regulowały kwestie działania „list oczekujących”.

Mamy też pewne doświadczenia, których wcześniej nie mieliśmy, mamy przemyślenia i chcielibyśmy to spotkanie poświęcić refleksji, co przez „listy oczekujących” udało się uzyskać, czego nie udało się uzyskać i ewentualnie wyjaśnić, dlaczego tak się stało?

Jeśli można kilka słów z moich dotychczasowych obserwacji, którymi na początek chciałbym się z państwem podzielić.

Potem poproszę pana doktora Jacka Grabowskiego o kilka słów i kolejno pana Tomasza Gellerta i pana Wiktora Góreckiego, oraz spojrzenie na system ze strony informatycznej, które zaprezentuje pan Andrzej Strug.

Dwa tygodnie temu postanowiliśmy zrobić krótkie badanie na temat funkcjonowania „list oczekujących” w placówkach ochrony zdrowia w Krakowie. Do tego badania zaangażowaliśmy studentów kierunku zdrowia publicznego w Instytucie Zdrowia Publicznego. Studenci dostali ankietę, którą rozesłali do placówek działających w systemie publicznym, konkretnie do dwóch grup placówek: odrębne ankiety do ambulatoriów i szpitali z prośbą o ocenę systemu – jak ten system jest odbierany przez kierowników tych placówek.

Mieliśmy dość mało czasu na wykonanie całego przedsięwzięcia, uzyskaliśmy też dość niewielką zwrotność ankiet, tak, że to nie jest w żaden sposób reprezentatywne badanie.

Raczej to jest badanie pokazujące na pewne jakościowe problemy w tym systemie.

Podsumowując w kilku słowach wyniki ankiety można powiedzieć, że nastawienie kierowników placówek opieki zdrowotnej do kwestii „list oczekujących” jest różne.

Niektórzy kierownicy mają nastawienie, nazwijmy to pro pozytywne, starają się regulacje, procedury jakoś u siebie udroźnić. Inni odrzucają całą koncepcję uważając, że jest to zbędny balans administracyjny. Nie ma tutaj przeważającej grupy. Można powiedzieć, że więcej krytycznych głosów pochodziło z placówek ambulatoryjnych, które w mniejszym stopniu zauważały jakiegokolwiek korzyści wynikające z organizacji procesu „list oczekujących”.

Więcej pozytywnych głosów pochodziło ze szpitalnictwa.

W przypadku szpitalnictwa można też rozróżnić szpitale, które się trudnią bardziej skomplikowanymi dziedzinami i szpitale, które zajmują się prostszymi tzn. bardziej powszechnymi świadczeniami. W przypadku tych szpitali, które mają proste i powszechne świadczenia często pojawiały się opinie, że „listy oczekujących” w zasadzie nie są im do niczego potrzebne, ponieważ przyjmowanie odbywa się na bieżąco. Ich stanowisko wobec „list oczekujących” wynikało z tego, że ich to zjawisko nie dotyczyło, wobec czego cały ten system jest z ich punktu widzenia zbędny.

Kilka szpitali, które zajmowały się dziedzinami nieco bardziej powiedzmy skomplikowanymi, czy też rzadszymi, mniej powszechnymi w różnym stopniu zaadaptowało te „listy oczekujących”. Generalnie zasada była taka, że „listy oczekujących” powstają w odniesieniu do poszczególnych komórek organizacyjnych i oddziałów, a nie w stosunku do szpitala w całości, i niektóre z oddziałów były a priori wyłączone z tego systemu. Kierownicy stwierdzali, że w przypadku niektórych oddziałów, co jest oczywiste, w przypadku takiego OIOM na przykład kwestia „list oczekujących” w ogóle nie wchodzi w grę, wobec czego nie starano się w ogóle tego wdrożyć. Niektóre oddziały, których moce produkcyjne i kontrakt pozwala na przyjmowanie w miarę swobodne pacjentów, również nie prowadziły „list”, ponieważ zjawisko oczekiwania w nich nie występowało.

„Listy oczekujących” pojawiały się w tych sytuacjach, gdzie faktycznie dostępność do świadczeń nie była natychmiastowa. I w tych przypadkach kierownicy tych placówek stwierdzali, że „listy” mają sens i nawet mają sens dla celów wewnętrznych, nie tylko dla celów sprawozdawczych zewnętrznych, po to żeby komuś coś sprawozdawać, ale również dla celu wewnętrznego planowania. W szczególności wskazywano na to, że dyrektor szpitala na podstawie „list oczekujących” może realokować nawet personel, może decydować o okresowym zmniejszeniu liczby łóżek i zwiększeniu w innym miejscu. Takie opinie również się pojawiały.

W przypadku ambulatoryjnej opieki zdrowotnej natomiast następująca obserwacja była charakterystyczna: występowały oczywiście poradnie, w których problem oczekiwania jest w większym czy mniejszym stopniu nabrzmiały. Natomiast te placówki miały trudność z rozróżnieniem między oczekiwaniem a planowaniem wizyt. W tym sensie, że część pacjentów nie ze względu na ograniczenia w dostępie, tylko ze względu na swoje potrzeby i cykl leczenia wpisuje się na jakiś termin. W tym względzie koncepcja „list oczekujących” nakładała się z koncepcją terminarza, czyli taką typowo logistyczną dziedziną działalności placówki i w związku z tym powstało pewne zamieszanie, jak to należy traktować. Stąd też wynikało trochę krytycznych głosów. To tyle, jeśli chodzi o podsumowanie tej krótkiej ankiety. Myślę, że w najbliższym czasie będziemy próbowali to badanie nieco bardziej rozszerzyć i bardziej sformalizować. Może uda nam się przełożyć badanie na jakieś konkretne wskaźniki liczbowe. Wtedy bardzo chętnie się z państwem podzielimy tymi obserwacjami.

## **Dr Jacek Grabowski**

Problematyką kolejek zajmuję się od długiego czasu, wraz z panem Koziarkiewiczem przygotowaliśmy szereg aktów prawnych, między innymi rozporządzenia dotyczące kolejek. Przypisuje się nam niektóre zapisy ustawowe, niesłusznie, bo nie mamy z nimi zbyt wiele wspólnego. Chcę powiedzieć, że pozytywnie bardzo odebrałem informację, że oto część środowiska dobrze ocenia system „kolejkowy”, ponieważ mam takie wrażenie, że popełniono szereg drobnych i grubych błędów w tej sprawie, które skumulowane dają nieco wątpliwy efekt końcowy.

Po pierwsze, po roku wciąż nie mamy kompletu informacji o tym, co jest wadą z punktu widzenia oddziału. Są oddziały, które mają niemal sto procent ściągalności raportów „kolejkowych”, otrzymują od świadczeniodawców dziewięćdziesiąt parę procent, ale są takie, w których wciąż procent oscyluje wokół sześćdziesięciu, to oznacza pewien kłopot, który być może wynikał między innymi z ograniczeń, o których tutaj była mowa. Nie zawsze raportowanie, nie zawsze przekazywanie informacji o kolejce w ogóle jest celowe czy potrzebne.

Po drugie położono nacisk na „kolejkę” w ujęciu, jak to w tych opisach kiedyś ujmowaliśmy – aprioryczną – czyli oczekuje się od świadczeniodawców, że bardzo precyzyjnie będą w stanie przewidzieć, co przyniesie przyszłość, na którą to wiele czynników ma wpływ i bardzo

trudno jest precyzyjnie ocenić, jak ta kolejka będzie się kształtowała się. Myślę, że precyzja jest możliwa w odniesieniu do faktów, które już miały miejsce, czyli aposteriori. Rzeczywiście taka precyzja opisu jest możliwa, jeżeli chodzi o przeszłość. Można tylko deklarować, jak ta kolejka długa mogłaby być.

Niestety z powodów przepisów ustawowych i pewnego nie zrozumienia wymagamy dużej precyzji w wybieganiu w przyszłość. Oczywiście na to nakłada się szereg bardzo szczegółowych problemów takich, jak logistyczne, ale takich również, jak nie uwzględnianie kryteriów medycznych w kształtowaniu „kolejek” w odniesieniu do stanów pilnych i stabilnych. W niektórych dziedzinach robione to jest zresztą świadomie; po części jest to próba uniknięcia tego problemu, po części pewien kłopot. Każda dziedzina medycyny ma nieco odmienną problematykę i trudno było na poziomie rozwiązań ustawowych, czy zapisów w rozporządzeniach regulować kwestię szczegółowo. Niestety ma to bardzo duży wpływ na praktykę.

W rezultacie brak jest tak naprawdę i to jest dosyć duża trudność, której przewycięzenie będzie kłopotliwe opisu, jak obsługiwać tę „kolejkę”. Dobre obsługiwane „kolejki” jest równie trudne jak obsługiwane linii lotniczej, gdzie trzeba bukować miejsca na stany nagłe, na stany pilne, trzeba to przewidzieć, trzeba to skutecznie wprowadzić w instytucje ochrony zdrowia, tak żeby nie zaburzyć jej funkcjonowania na co dzień i na bieżąco. Zabrakło szeregu precyzyjnych rozwiązań. Być może system na początku był tak niedojrzały, że też nie był w stanie przyjąć tych szczegółowych rozwiązań, na to też myślę trzeba wziąć poważny wzgląd. Ale po co my to wszystko robimy?

Oczywiście wątek antykorupcyjny na początku był oczywisty, natomiast ja dołączyłem do tej tematyki „kolejkowej” z innych ważnych powodów, przede wszystkim zawsze upatrywałem w kolejce oczekujących ważnego elementu podpowiadającego, jak alokować środki w systemie ochrony zdrowia. Mało mamy naprawdę dobrych metod, które by pomagały obiektywizować mechanizm alokowania środków finansowych i upatrywałem w „kolejce” mechanizmu, który pozwoli, przynajmniej w jakiejś części, powoływać się na wyrażone potrzeby zdrowotne ubezpieczonych.

To się poniekąd już stało, ja mam za sobą dziesięć miesięcy pełnienia funkcji dyrektora oddziału łódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Tam z racji tego, że zajmowaliśmy się „kolejkami” również na poziomie samorządu łódzkiego, szereg rozwiązań zostało stosunkowo wcześniej wprowadzonych i użyto „kolejek”, jako jednego z mechanizmów wag do alokowania środków w kierunku tych świadczeniodawców, u których kolejki są długie, a czas oczekiwania również długi.

To zdecydowanie poprawia też ogląd tego, czy „kolejka” jest potrzebna, czy nie jest potrzebna, czy to komuś służy, czy nie. Na pewno służy pomnożeniu środków finansowych w drobnej części, ale przypisano temu wagę 15 proc. całości kwot, które dodatkowo wpłynęły w roku 2005 do oddziału łódzkiego. Było to możliwe i zostało przyjęte z dość powszechną akceptacją. Nie było protestów środowiska medycznego ani osób zarządzających instytucjami ochrony zdrowia. Uznali za naturalny fakt, że oto następuje wypłata ze strony NFZ dla tych, do których sporo osób zarejestrowało się, jako osoby oczekujące. Więc myślę, że warte to jest propagowania.

Drugi powód, czy właściwie już trzeci obok antykorupcyjnego, dla którego warto zajmować się „kolejkami”, to jest rzetelne informowanie ubezpieczonych o usłudze medycznej. Nie tylko o tym, że ona jest potencjalnie dostępna jako zakontraktowana przez NFZ i świadczeniodawca znajduje się na liście tych osób, które podpisały umowę, ale realna informacja, że do konkretnej instytucji, do konkretnego gabinetu, albo i w oczekiwaniu na konkretną procedurę ubezpieczony trafi na takie, a nie inne ograniczenie czasu oczekiwania. To niestety do dnia dzisiejszego nie zostało wykorzystane i myślę, że jednym z braków systemu „kolejkowego” jest to, że oto nie potrafimy na dzień dzisiejszy, po pierwsze zebrać

informacji w sensowny sposób tak, aby móc je jasno przedstawić. Te informacje, które prezentujemy są mało wiarygodne i rozproszone, a po drugie nie potrafimy dotrzeć też z czytelną informacją do ubezpieczonego, tak żeby on mógł to zrozumieć. Nasz żargon, nasza terminologia, którą się posługujemy w NFZ jest nie do zaakceptowania dla przeciętnego Kowalskiego i do dnia dzisiejszego nie znaleźliśmy dobrego rozwiązania. Jest oczywiście parę możliwych rozwiązań i problem wykorzystania w informacji o „kolejkach” musi być rozwiązany, bo wydaje się, że to bardzo istotna sprawa.

## **Tomasz Gellert**

Spróbuję w paru słowach przedstawić problem „kolejek”, z punktu widzenia Rzecznika Praw Obywatelskich, czyli instytucji zaliczanej do instytucji kontroli państwowej, w której priorytety wyznacza przede wszystkim pięćdziesiąt kilka tysięcy spraw indywidualnych, wpływających w ciągu roku do rzecznika. Oczywiście i na podstawie własnych obserwacji i ocen priorytety w działalności rzecznika są także wyznaczane w pewnym sensie niezależnie, czy w oderwaniu od spraw indywidualnych. I tak było w tych trudnych czasach, kiedy, jak państwo pamiętacie pod presją zbliżającego się terminu, w którym miała przestać istnieć w obiegu prawnym ustawa o ubezpieczeniu w Narodowych Funduszu, dość szybko tworzono nowe prawo, rzecznik wówczas zaangażował się w sprawę dość mocno, choć nie typowe dla rzecznika angażowanie się w proces legislacyjny. W tym przypadku na wyraźne życzenie i prośbę ówczesnego ministra zdrowia, to zaangażowanie było duże i na etapie tworzenia na różnych etapach powstawania projektu przedstawiane były opinie, sugestie, wątpliwości, uwagi dotyczące tworzonych przepisów. I na tym już etapie tworzenia, już wówczas rzecznik praw obywatelskich oceniał, że podjęcie próby rozwiązania kolejek pacjentów, którzy oczekują na wykonanie świadczeń zdrowotnych jest ważnym, jaśniejszym bym powiedział punktem tworzonej ustawy.

Uważaliśmy wówczas i nadal uważamy, że zasady tworzenia i kierowania „kolejkami” określone w ustawie należy ocenić jako nienajgorsze, powiedzmy wręcz dobre. Trudno krytykować bowiem założenie, że lista oczekujących winna być prowadzona w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, czy niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń medycznych.

Oczywisty wydaje się sposób tworzenia kolejki wskazanej w ustawie i kryteria medyczne przesądzające o miejscu konkretnego pacjenta na liście oczekujących. Pozytywnie też należy się wypowiedzieć na temat zasad wewnętrznej kontroli tworzenia i zarządzania „kolejką”. W założeniu też należy się pozytywnie odnieść do obowiązku informowania za pośrednictwem Internetu o liczbie oczekujących, czasie oczekiwania na wykonanie świadczeń w poszczególnych placówkach.

Jak te pozytywnie oceniane zasady, przekładają się na praktykę to już pierwszy występujący o tym wspominał. Jak tą praktykę można z punktu widzenia praktyki rzecznika, z perspektywy rzecznika praw obywatelskich ocenić?

W kilka tygodni po wejściu w życie ustawy przeprowadziliśmy sondażowo badania w kilku placówkach. Chodziło nam o sprawdzenie, jak przepisy dotyczące „kolejek” przyjęły się w praktyce zakładu opieki zdrowotnej. Okazało się, że bardzo różnie. Mieliśmy przykłady bardzo pozytywne, na przykład nasze spostrzeżenia pozytywne dotyczą jednej z klinik szpitala im. profesora Orłowskiego, gdzie nie mieliśmy istotniejszych zastrzeżeń. Ale już w innym szpitalu na terenie Warszawy, o niższej nieco randze stwierdziliśmy nieco dziwne rzeczy. Dyrekcja szpitala poważnie potraktowała sprawę wydając wewnętrzne zarządzenie, które powieliło normy powszechnie obowiązujące i wprowadziło jeszcze jakieś organizacyjne przepisy. Jednakże praktyka odstawała zdecydowanie od standardów narzuconych przez ustawę, oraz to zarządzenie wewnętrzne odbiegało od tych standardów narzuconych przez

prawo i reguły zarządzenia. Po pierwsze lekarze, z którymi rozmawialiśmy oświadczyli nam, że nie widzieli żadnych przepisów i norm regulujących sprawę kolejek. Pacjenci do rejestru nie byli wpisywani, nie byli informowani o pozycji w tym rejestrze i o terminie udzielenia świadczenia. A ponadto, gdy porównaliśmy rejestr zawierający około trzystu nazwisk osób oczekujących z planem operacji, które były dokonywane w dniu naszej wizytacji, to z tego porównania wynikało, że żadna z osób operowanych w tym dniu, nie była wcześniej w ogóle zapisana w rejestrze. Stwierdziliśmy jeden przypadek, że pacjentka, która figurowała wcześniej w spisie planu operacji, została z tego planu wykreślona, a wpisana inna pacjentka, która w rejestrze nie była. A gdy poprosiliśmy o wyjaśnienia dotyczące nagłości tego stanu okazało się, że dotyczy sprawa przewlekłego zapalenia zatok i zabieg operacyjny konkretnie polegał na wyprostowaniu skrzywionej przegrody nosowej. Tak mniej więcej nagłość tego przypadku wyglądała.

W jednym ze szpitali powiatowych już z poza terenu Warszawy byliśmy w kwartał po wejściu w życie przepisu i stwierdziliśmy, że te przepisy zupełnie się nie przyjęły. Listy oczekujących były prowadzone po staremu, jak to się mówi, czyli w tajnych kajetach, czy kalendarzach ordynatorów, a nawiasem mówiąc w tym szpitalu przy okazji stwierdziliśmy, że tak się splątało publiczne z prywatnym, że w NIK-owi, który tam podjął kontrolę na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, rozplątywanie tego zajęło ponad dwa miesiące i jeszcze do dziś się rozplątuje te sprawy.

Wspomniałem o sprawach indywidualnych i chcę powiedzieć, że indywidualne skargi dotyczące wyłącznie tworzenia i zarządzania kolejkami oczekujących na świadczenia wpływają do rzecznika sporadycznie. Ale blisko czterdzieści procent skarg z zakresu ochrony zdrowia, to skargi na utrudniony dostęp do świadczeń specjalistycznych udzielanych i w szpitalach i w lecznictwie otwartym, a zwłaszcza świadczeń wysoko specjalistycznych, wysoko kosztowych, to skargi na niewystarczający dostęp do lecznictwa uzdrowiskowego, do drogich procedur diagnostycznych i w części tych spraw w tle sprawa kolejki pojawia się.

W pojedynczych przypadkach podejmowaliśmy interwencję, o jednej wspomnę: dotyczy renomowanej kliniki, w renomowanym szpitalu w Warszawie. Skarżąca w tej sprawie indywidualnej zarzuciła, że została bez uzasadnienia przesunięta na odleglejsze miejsce w kolejce. I w toku wyjaśniania sprawy zarzut przesunięcia w rejestrze nie znalazł uzasadnienia ponieważ nazwisko skarżącej było cały czas pod tym samym numerem i w tym samym miejscu. Jednakże to miejsce w rejestrze nie przesądzało o niczym, a już na pewno nie o kolejności zabiegów operacyjnych, ponieważ skarżącą do dnia badania sprawy przez nas przeskoczyło dwadzieścia pięć osób z dalszych miejsc, a jeszcze do daty wyznaczonej na zabieg operacyjny, kolejne dziesięć z tych dalszych miejsc. Oczywiście- jak nam wyjaśniano przesądzały o tym względy medyczne. I trudno nam było z tym dyskutować, nie znamy się na sprawach medycznych, choć w jednym przypadku względ medyczny polegał na adresie zamieszkania w Łomiankach, bo tyle tylko wyróżniało tą pacjentkę nagłą, że tak powiem, od pacjentki, która się do nas skarżyła.

Czy rozeznanie Rzecznika Praw Obywatelskich z istoty swej przyczynkarskie i wyrwykowe, upoważnia do jakiś kategoriycznych ocen? Pewnie nie. Ale można się chyba pokusić o następujące konkluzje.

Po pierwsze wydaje się, że sama idea i założenia, zasady tworzenia i zarządzania „kolejkami” oczekujących określone w ustawie i w aktach wykonawczych można uznać za dobre. Chociaż lepsze jest wrogiem dobrego i należałoby zastanawiać się nad doskonaleniem tego systemu. Jednakże realizacja systemu w praktyce to jest osobny rozdział i na pewno tu większej uwagi wymaga zarówno ze strony, jak to ładnie w kuluarach jeden z panów określił, nacisku oddolnego ze strony organizacji pozarządowych, ze strony środowiska lekarskiego, które chyba najbardziej zainteresowane winno być eliminowaniem negatywnych stereotypów dotyczących tego środowiska. A z drugiej strony taki odgórny nacisk ze strony dyrekcji ZOZ,

ze strony organizacji założycielskich, ze strony organów nadzoru, w tym ze strony NFZ, jako płatnika w systemie ochrony zdrowia. Przecież tenże płatnik ma w swojej strukturze bardzo istotny instrument a mianowicie rzeczników praw pacjenta, którzy jak sądzę powołani są głównie po to, by być adwokatami świadczeniobiorcy w stosunkach ze świadczeniodawcą. Wydaje mi się też potrzebna modyfikacja informacji internetowej. Bowiem to, co w tej chwili jest na stronach internetowych NFZ i co dotyczy „kolejek” nie jest łatwe do ogarnięcia dla przeciętnego zjadacza chleba. Na pewno ta informacja jest wystarczająca dla wyspecjalizowanego urzędnika NFZ, który udziela informacji pacjentowi, który go pyta. Natomiast, jeśli pacjent próbuje sam znaleźć informacje, gdzie się udać, gdzie kolejka krótsza, to napotka na pewne kłopoty. Wydaje się też, że ten system informatyczny, który obsługuje świadczenia medyczne winien stworzyć możliwość respektowania zasady, która w ustawie jest zapisana, że jeden pacjent, jedno świadczenie, w jednym miejscu. Boję się, że stan naszych „kolejek” nie odzwierciedla stanu rzeczywistego ponieważ, ludzie potrafią u nas myśleć organizacyjnie i pewnie w wielu kolejkach ta sama osoba w tej samej sprawie figuruje. Na koniec chcę jeszcze jedno zdanie dodać. Nie mam ani wiedzy, ani nie czuję się kompetentny do oceny, czy i na ile obecny system tworzenia i zarządzania kolejkami powoduje ograniczenie skali zjawisk korupcyjnych.

### **Wiktor Górecki**

Z perspektywy socjologa, to o czym mówimy, jest pewnego rodzaju skomplikowanym nieporozumieniem, tak mi się wydaje. I produkt, jakim jest to rozwiązanie i jego funkcjonowanie, też nie ma rodzica, nikt nie chce się do niego przyznać i właściwie trudno jest nawet wytropić, kto jest tego produktu autorem.

Inicjatywa pochodzi od Grupy Lekarskiej działającej przy Fundacji im. Stefana Batorego i ja tej inicjatywy chciałbym bronić. W tym momencie ważne jest spojrzenie na cel. O tym celu już była mowa. Przede wszystkim celem było uzyskanie pewnej przejrzystości, jeśli chodzi o świadczenia deficytowe. I ten cel niezależnie od tego na ile jest uświadamiany powszechnie, musi być realizowany.

Drugim celem było uświadomienie administracji faktycznych obszarów deficytu w ochronie zdrowia i o tym była tu mowa. Można powiedzieć, że tam, gdzie kolejka się wydłuża, tam pojawia się deficyt, to jest jakiś sygnał. Jest oczywiście pytanie, czy chcemy mieć wiedzę o deficytach w rzeczywistej skali, i kto chce mieć tą wiedzę? Interes jednoznaczny jest po stronie pacjentów, ale niekoniecznie instytucji, które obsługują pacjentów. Jeżeli pojawia się taki twór, który nie dobrze działa i operuje danymi, które nie są wiarygodne i jakoś to działa, no to znaczy, że nie potrzebne są dane wiarygodne, to znaczy nie potrzebne są dane o pacjentach. To jest pytanie. Być może to się tutaj ujawnia jako jakieś zjawisko. W tym sensie przeprowadzenie dyskusji na temat priorytetów też nie da się w ten sposób osiągnąć, można się tylko zastanawiać się nad mechanizmami, które powodują, że powstają takie twory, które są niechciane.

Grupa Lekarska działająca przy Fundacji im. Stefana Batorego uświadomiła sobie dosyć wcześniej, że wymogi, które sobie stawiała nie zostały spełnione i to warto wyliczyć. Rzecz dotyczy świadczeń deficytowych i „kolejka” powinna się zajmować deficytem, natomiast wymogi były w stosunku do świadczeniodawców tak szerokie, że oni czuli się obciążeni tworzeniem „kolejek” w tych miejscach, gdzie ich nie było. Ta kwestia jest niedostatecznie jasna dlatego, że szczególnie interesującym momentem jest pojawienie się „kolejki”, deficytu i jest pytanie w jaki sposób to uchwycić. No ale w tej sytuacji trudno było o tym mówić.

Bardzo istotnym wśród tych wymienionych, jest wymóg niespełniony, na którym chciałem się skupić. Narodowy Fundusz Zdrowia w założeniu nie miał budować specjalnego systemu informacyjnego dla „list oczekujących”, tylko ten cały mechanizm miał bazować,

wykorzystywać dane, które w systemie już istnieją jako naturalne produkty obrotu gospodarczego, obrotu informacją, które już funkcjonują w systemie ochrony zdrowia. To by zbliżało ten cały mechanizm informacyjny do rzeczywistości. Oczywiście dane, które dotyczą świadczeń, które przesyłają świadczeniodawcy funduszowi, też często odbiegają od prawdy, ale to byłby wspólny problem, zbliżenia tych danych i ustalenia przyczyn, dlaczego te dane są niezgodne, czy bywają niezgodne z rzeczywistością? A tutaj pojawił się nowy system, który dodatkowo w pewnej fikcji, przynajmniej częściowo funkcjonuje.

Przyjrzałem się temu, jak wygląda na stronie internetowej, to, o czym pan już tu mówił i nie znalazłem śladu, że fundusz brał pod uwagę to, co Grupa Lekarska w różnych miejscach proponowała, jako narzędzie. Była mowa o wskaźnikach oceny funkcjonowania „list”. Są nawet rekomendacje Rady Europy. Warto zwrócić uwagę na stwierdzenie, które można było sformułować stosunkowo wcześniej. Otóż i w rekomendacjach Rady Europy, i w tych enuncjacjach ze strony Grupy Lekarskiej, była mowa o wskaźnikach, wobec tego jakiś oddźwięk tego, że są wypracowane wskaźniki powinien się pojawić na stronie internetowej funduszu, co byłoby świadectwem, że fundusz analizuje za pomocą tych wskaźników procesy, które tam wokół „kolejek” się dzieją. Ale tego nie da się zauważyć.

Ale teraz tu ja mam zastrzeżenia do Funduszu. Można powiedzieć, że wszyscy uczestnicy tej gry zachowują się dziwnie i „na niby” troszeczkę. Dlatego, że Grupa Lekarska próbowała sformułować zestaw pytań kontrolnych, które miały być narzędziem dialogu między organizacjami pozarządowymi i w ogóle obywatelskimi a instytucjami, które się tymi „kolejkami” zajmują tj. szpitale, fundusz itd. Nie ma śladu, żeby tymi pytaniami ktoś się zajmował, ale też nie ma w badaniach, które miałem okazję prowadzić nad organizacjami pozarządowymi. Okazuje się, że one właściwie nie za bardzo interesują się tą dziedziną problemów, którą mogą mieć chorzy pacjenci.

I można powiedzieć że Grupa Lekarska znalazła się w pewnej pustce. Z jednej strony inicjatywa poddana tym aktorom centralnym nie została przyswojona zgodnie z intencją, z drugiej strony organizacje pozarządowe nie stworzyły jakiegoś ruchu, który by uczynił z tej propozycji jakiś środek do realizowania ich celów.

To, że nie wykorzystywano wcześniej danych, które w naturalny sposób funkcjonują w systemie do budowania na tym mechanizmie monitorowania czasu oczekiwania, świadczy o niezrozumieniu w tym całym układzie instytucjonalnym, w ogóle mechanizmów obiegu informacji, różnych rozwiązań informatycznych, które są niezwykle ważnym punktem zainteresowania i sugerują również, że mieliśmy do czynienia z pewnego rodzaju nieporozumieniem, które Fundusz realizował tak, na zasadzie strajku włoskiego. To znaczy, wymyśliliście coś zupełnie nie nadającego się do użytku, no to robimy tak jak chcieliście i macie to co chcieliście. A co z tym zrobić? - nie wiadomo.

Historia tego, co się zdarzyło, jest stosunkowo ciekawa. Dlatego, że u podstaw, u zarania nieporozumienia była wypracowanie pewnej formuły współpracy między Ministerstwem Zdrowia a Grupą Lekarską. I mam wrażenie, że była to szczerza próba. Ministerstwo zdając sobie sprawę z różnego rodzaju ograniczeń i problemów, które ma zaproponowało Fundacji im. Stefana Batorego żeby tu odegrała rolę kluczową. Fundacja im. Stefana Batorego z kolei uznając, że nie może wyręczać jednak administracji w rozwiązaniu całego tego problemu sformułowała projekt autorstwa siedzących tu osób obok, licząc, że ten projekt będzie zrealizowany.

I w związku z tym na porządku dziennym stoi takie pytanie, jaki charakter ma zadanie takiego typu, jak budowa systemu „kolejek”, i w jaki sposób powinno się rozwiązywać tego rodzaju zadania wśród instytucji, które się zajmują ochroną zdrowia. Czy to powinna robić organizacja pozarządowa, jeśli tak to w jaki sposób. Jakie role w takiego rodzaju sytuacjach może przyjmować Ministerstwo Zdrowia, czyli sektor publiczny, jakie organizacje pozarządowe i jakie NFZ.

Można powiedzieć, że jest to moment refleksji nad tożsamością i powołaniem. Chciałbym na zakończenie dodać, że prowadzimy badania w kilku układach lokalnych, pod hasłem „szpital i lokalny system ochrony zdrowia”, gdzie analizując relacje między tymi instytucjami pytaliśmy, rozmawialiśmy na temat funkcjonowania „list oczekiwania” w układach lokalnych. I musiałbym w dużym stopniu powtórzyć to co pan tutaj mówił. Wyjawszy Łódź, gdzie mieliśmy do czynienia z próbą systematycznego zajmowania się sprawą „list oczekiwania”, ale to jest zupełnie specyficzna sytuacja. Nie wiem wcale czy ten system dotarł do rzeczywistości. Mam wrażenie, że nie za bardzo.

## **Andrzej Strug**

Ponieważ pod adresem NFZ padło sporo uwag dotyczących wdrożenia systemu „kolejkowego” do paru chciałbym się odnieść. Po pierwsze rzeczywiście zapisy ustawowe, tak jak to mamy w naszym kraju w zwyczaju, pojawiły się bez oprzyrządowania i przygotowania mentalnego środowiska, nas wszystkich do zjawiska „kolejkowego”. W związku z tym było rzeczą oczywistą, że ktoś musiał zapisy ustawowe wprowadzić w życie i padło na NFZ, który wymusił na świadczeniodawcach sprawozdawanie już nie specjalnie wnikając w szczegóły, ponieważ do dzisiaj borykamy się z kompletnością danych.

Ażeby wypowiedzieć się, czy kolejka jest długa czy krótka, jaki to jest problem, musimy uzyskać komplet danych, więc oczywiście wszyscy się skarżą, że jest tak lub inaczej jeśli chodzi o te kolejki, ale po pierwsze musimy te dane mieć. Tu chyba wszyscy się co do tego zgodzą. Jestem w stanie absolutnie zaakceptować niezrozumienie różnych aspektów, ale na poziomie mocno technicznym, do którego tutaj też nie docieramy.

Proszę mi wierzyć, ta sprawa jest na prawdę wielce skomplikowana. I niestety większość osób podejmujących nieraz ważne decyzje, podejmuje je zbyt pochopnie nie wczytując się w szczegóły, które są istotne. Natomiast chcę tutaj powiedzieć jedną bardzo ważną rzecz. Ja dzisiaj przyjechałem do państwa tuż po zebraniu kierownictwa. Więc po pierwsze jest tutaj parę osób z funduszu, to świadczy o tym, że fundusz się w ogóle interesuje tematyką „kolejek” i dalej jest zaangażowany w ową sprawę, tak, że to nie jest strajk włoski.

Po drugie tylko na tym jednym zebraniu aż w dwóch aspektach rozmawialiśmy o „kolejkach”. Jeden aspekt był taki – chcę państwu uświadomić, na ile głęboko fundusz jest zaangażowany i na ile wykorzystuje te dane. Jeden aspekt dotyczył endoprotez i deficytu w dostępie do tych świadczeń na terenie różnych oddziałów NFZ i zapadła decyzja o zbieraniu tam rozlicznych informacji, wspierających decyzję niezbędną do alokowania dodatkowych środków i skracania kolejek czekających. Takie informacje jak to czy świadczeniodawcy są w ogóle zdolni wykonać więcej świadczeń bo to, że do kogoś jest długa kolejka czasem jest również oznaką niewydolności tej instytucji. Już po prostu nie są w stanie, niektórzy więcej pracować i to też trzeba brać pod uwagę. Ale też i zapadła decyzja sprawdzenia na ile Pesele osób oczekujących w tych kolejkach powtarzają się. Ja taką operację przeprowadziłem na terenie oddziału łódzkiego w odniesieniu do kolejek oczekujących na zabieg zaćmy i chcę powiedzieć, że liczba powtórzeń wynosiła 0,4 proc. To oznacza tyle, że te kolejki nie są wirtualne, to po prostu są znikome powtórzenia i nawet trudno tutaj postulować, żeby wdrażać jakiś system eliminowania tych powtórzeń.

Oczywiście jesteśmy ciekawi jak to w przypadku innych procedur ma miejsce w szczególności endoprotezy nas bardzo interesują, bo to też jest taka modelowa, powszechna w świecie kolejka w związku z tym na pewno warta obsługi. Natomiast chcę państwu powiedzieć, że po roku my w praktyce te dane wykorzystujemy, choć oczywiście problemów jest multum.

Uznałem, że warto parę rzeczy pokazać. Ja powiedziałbym tak, ja nie jestem przedstawicielem jednej firmy, w której pracuję tylko. Natomiast tworzy się związek firm

informatycznych rynku ochrony zdrowia, gdyż mamy straszne problemy z rozporządzeniami, z zapisami tworzonymi przez Ministerstwo. One są po prostu często nie realizowane. Widać, że to wymaga wsparcia i chcielibyśmy móc wpływać na różne decyzje tak, żeby świadczeniodawcy, których obsługujemy, no mogli działać sensownie. Ustaliłem tu z kolegami, że warto parę rzeczy pokazać państwu, aczkolwiek jeżeli będzie wola zrobienia tego bardziej szczegółowo, to kiedyś na innej prezentacji.

Ustawa jest źle napisana. Owszem dobrze, że zapisy dotyczące „kolejek” tam się w ogóle znalazły i powinny tam być. Natomiast one powinny być na zupełnie innym poziomie ogólności: decydować o tym generalnie, co wolno a czego nie wolno świadczeniodawcy w odniesieniu do „kolejki”. Czy wolno przyjmować spoza kolejki i w jaki sposób to robić. Natomiast całe szczegółowe rozwiązania powinny być przeniesione na szczebel rozporządzenia.

Kolejna sprawa jest taka, że teoretycznie potrafimy sobie wyobrazić świetny system „kolejkowy”, rejestracje przez NFZ wszystkiego, wszystkich danych o kolejkach, tylko po co? Przynajmniej nie na początku. Ja z powątpiewaniem patrzę na dyrektorów instytucji, świadczeniodawców generalnie, którzy chcą wdrożyć od razu cały kompleksowy system informatyczny. Jestem przekonany, że to im się nie uda. Jeżeli mówią, od razu chcę, zaczynam wdrażanie i za rok będę miał gotowe, to jest nieprawda, to nie będzie miał tego systemu. Trzeba potrafić budować pewne etapy, stopniować wdrożenie, ale oczywiście trzeba wiedzieć do czego zmierzamy.

Mam wrażenie, że obecnie w Ministerstwie bardzo trudno uzyskać kontakt z osobą, która by wiedziała, w jakim kierunku zmierza model systemu informacyjnego.

Ale przechodząc teraz do konkretów, chciałbym uporządkować pewną wiedzę, to co może wszyscy jakoś tam wiemy, ale warto sobie jeszcze raz tak, jak widzi to informatyk uporządkować i zaproponować, będą na końcu pewne rozwiązania oczywiście, tak, że proszę się nie przerażać teoretyzowaniem.

O co właściwie chodzi w „kolejkach”? Zapewnienie uczciwej kolejności przyjęć. Chodzi o to, żeby pacjent miał świadomość tego, że nikt nie wejdzie przed nim, jeżeli nie ma takiego prawa wynikającego z czegoś tam, oraz udostępnienie informacji o czasie oczekiwania dla celów planistycznych, strategicznych i innych. To są właściwie dwa elementy, tutaj można jeszcze mówić o informacji o czasie, że to jest czas przewidywany, oraz czas rzeczywisty.

I teraz tak, często mówi się o kolejkach. Tutaj koledzy mnie poprawiają, że rzeczywiście w ustawie jest zapisana „lista oczekujących”, co już jest lepszym pojęciem, ale właśnie warto zdać sobie sprawę, że w przypadku szpitali i ambulatoryjnej opieki mamy do czynienia z dwoma różnymi przypadkami.

„Kolejka” to jest pojęcie matematyczne, tam jest jasno powiedziane – „kolejka fifo”, czyli kto pierwszy się zapisał powinien być pierwszy obsłużony. Generalna zasada „kolejki” jest taka, tak musi być, to jest kolejka. Natomiast nie obsługujemy wyjątków tego, że ktoś tam z racji zdrowotnych musi przeskoczyć kolejkę. Jeżeli mówimy „kolejka”, to może się odnosić moim zdaniem tylko do szpitali, nie do ambulatoryjnej opieki gdzie są tworzone terminarze. Natomiast ustawa i rozporządzenia traktują oba te podmioty, czy obie grupy podmiotów tak samo, co wprowadza bałagan i powoduje, że ludzie właśnie oszukują, no nie przestrzegają tego, bo po co. Wysyłają jakieś dane do NFZ, robi się ogólny śmietnik, z którego nic nie wynika. Przecież te strony internetowe nikomu nie służą, chyba tylko po to żeby politycy mogli powiedzieć, że mamy rozwiązany problem kolejek, bo jakieś dane pojawiają się na stronie internetowej.

A więc wyraźnie bym podzielił, „kolejka” - jest w szpitalach, w przychodniach natomiast jest terminarz.

Jakie są cechy „kolejki”? Stosunkowo nieduża liczba pacjentów, w kolejce. To jest istotne, może to nie jest bardzo ważne, ale weźmy to słowo stosunkowo. W kolejce do szpitala czeka

kilkadziesiąt, no może kilkaset osób najwyżej. Natomiast w przychodniach, jeżeli chcielibyśmy obserwować to są tysiące osób. Kto jest w stanie skontrolować to taką samą metodą, jak w szpitalu. Kto wcześniej się zapisał będzie wcześniej przyjęty, to jest podstawowa zasada kolejki. Łatwość weryfikacji swojego miejsca w kolejce na podstawie numeru, to jest ważna cecha, którą warto właśnie wykorzystać. Ja przy próbie pokazania tego mogło funkcjonować będą to wykorzystywał. A więc miejsce w kolejce pozwala nam łatwo pilnować czy jestem oszukiwany, czy nie. No i brak konkretnego terminu przyjęcia. Oczywiście podaje się jakiś planowany termin, ale nie wiadomo, czy on będzie przestrzegany czy nie będzie. To dopiero w terminarzu można sobie powiedzieć, że mamy inną sytuację.

Jakie są problemy dodatkowe? No więc olbrzymie zło przyniosło rejestrowanie „kolejek” w odniesieniu do procedur kontraktowanych przez NFZ. To jest w ogóle absurd, no nie chcę używać mocniejszych słów. Niczego to nie daje.

W polskich warunkach, póki mamy system ordynatorski, oddziałowy, nie ma sensu rejestrowanie „kolejek” na procedury, z drobnymi wyjątkami. Normalną praktyką powinno być rejestrowanie kolejek na oddziale. Oczywiście jeżeli będzie taka wola, że rezygnujemy z modelu oddziałowego, czyli tak jak w niektórych krajach zachodnich mamy oddział A, B, C, który może wykonywać różne procedury i decyduje o tym jakiś tam centralnie zarządca szpitala o tym, gdzie pacjent trafia to w porządku. Natomiast nie wprowadzimy innego modelu zarządzania w szpitalach przepisami dotyczącymi kolejek. To jest wielka sprawa, i oczywiście rozmawialiśmy niedawno w szerszym gronie na temat, czy warto iść w tym kierunku, na razie wydaje się, że nie należy otwierać nowej wojny i w związku z tym ten model gdzie ordynator jest bramkarzem do oddziału pozostanie.

W związku z tym rejestrować się powinno kolejki tylko i wyłącznie na oddziały, za wyjątkiem np. endoprotez, czy generalnie takich procedur, które do wykonania wymagają czegoś więcej niż łóżka na oddziale. Bo jeżeli wymagane jest coś więcej, to oczywiście trzeba do tego pacjenta w kolejce dodać ten drobny element, bo może się okazać, że przyjdzie jego kolejka do położenia na oddział, ale z powodu braku elementu, jakiegoś materiału, czy nawet lekarza, jeżeli on jest tylko dorywczo osiągalny, on chwilowo zatrzymuje się w kolejce i to tylko po to jest potrzebne. Natomiast co się dzieje dzisiaj. Dzisiaj się rejestruje setki procedur, które są możliwe do wykonania i po jakimś czasie na przykład mieliśmy akurat taki przypadek właśnie w tym miesiącu – po jakimś czasie okazuje się, że do danej procedury nie ma nikogo w kolejce. I teraz jeżeli pacjent chciałby się dowiedzieć, czy ja będę przyjęty od zaraz nagle się dowiaduje, że nie, nie będzie, no jak to nie ma kolejki a ja nie będę przyjęty. No, bo przecież na oddział się nie dostanie, bo na oddział czeka sto tysięcy innych osób z innymi procedurami. W związku z tym jest to bezsensowne.

Przekazywania średniego czasu oczekiwania obliczanego, zrobione jest w sposób mało sensowny. No to oczywiście to nie jest uregulowane, to jest po prostu tak ktoś pstryknął palcami w NFZ, panie prezesie, i zaczęto rejestrować jakiś dziwny sposób, który liczy dwa razy tych samych pacjentów. Liczy pacjentów, którzy już są przyjęci, liczy tych pacjentów, którzy jeszcze czekają, byle by wszyscy pojawili się w miesiącu na przykład marcu. Czy coś z tego wynika? Nic z tego nie wynika. Podaje się liczebności pacjentów, a jakie to ma znaczenie, jaka jest liczba pacjentów w kolejce jeżeli i tak ten pacjent inny, który chce się dowiedzieć ile miałbym czekać nie wie jaki jest przerób tego oddziału, czy tej poradni. To mu nic nie daje, liczba pacjentów, bo to zależy od limitów, od przerobu oddziału. W związku z tym inny element musi być tutaj mierzony. Ten algorytm jest zły i należy go natychmiast zmienić. Ja wiem, że jest przygotowywane rozporządzenie Ministra Zdrowia i chciałbym tam trochę pogrzebać, natomiast nie bardzo wiem czy to się uda. Ale tam mówi się tylko o rzeczywistym czasie, co znowu jest bezsensowne. Liczenie średniej oczekiwania na podstawie rzeczywistego czasu jest zbędne. Od roku 2001 w rozporządzeniu o przekazywaniu danych o wykonanym świadczeniu, występuje czas rejestracji w kolejce. Wtedy to umieściliśmy i tak

naprawę NFZ na podstawie tej danej może sam sobie te średnie policzyć. Natomiast w odniesieniu do planowanego mówi się: średnia wyznaczona przez świadczeniodawcę na podstawie jego doświadczeń. Nic z tego nie wynika.

Przechodzimy do przychodni. Jest bardzo duża liczba pacjentów w kolejkach, czy na listach oczekujących. I teraz kto wcześniej się zapisuje ma prawo wyboru terminu. Proszę zwrócić uwagę w kolejce ma być pierwszy przyjęty, natomiast tutaj ma prawo wyboru, za to termin udzielenia świadczenia jest od razu znany i zwykle nie jest zmienialny, jeżeli nie zdarzy się coś nie oczekiwanego to właściwie czas planowany jest równy czasowi wykonanemu. W związku z tym pewne rzeczy jak państwo zobaczycie stosunkowo łatwo wyznaczyć. Pojawiają się też problemy. Jeżeli termin się zwolni bo jakiś pacjent się wycofa, są tacy, ja sam się wycofuję, zdarza się, zgłaszam to, nie da się przesunąć terminu wszystkim oczekującym. A więc na jego miejsce trzeba zarejestrować kogoś nowego. Jeżeli przyjdzie kontrola, czy jeżeli będzie tam jakiś algorytm rejestracji zaczną się zgrzyty, a dlaczego, po co, jak i dlaczego. Bardzo trudno, a przy takiej ilości pacjentów, jaka występuje w przychodniach praktycznie kontrola jest niemożliwa. Opuśćmy to sobie jeżeli nie chcemy zrobić większego bałaganu.

Pacjent nie ma prostej możliwości sprawdzenia, czy ktoś zapisał się później i został przyjęty wcześniej. Jak to się odbywa, przecież pacjent przychodzi do okienka nie ma wglądu obecnie w terminarz, negocjuje z rejestratorką, przyjmuje to, co ona mu mówi. Ona mu mówi jest wolne miejsce za tydzień akceptuje lub nie, ja wolę w piątek, lub wolę gdzieś tam. Natomiast praktycznie nie ma żadnego wpływu i czy chcemy czy nie, nie zmienimy tej praktyki obecnie, chyba że zrobimy wszechogarniający system. Można sobie taki wyobrazić, że NFZ będzie rejestrował wszystko, będzie weryfikował na krzyż tylko to jest tak naprawdę taki RUM, to jest skala Rejestru Usług Medycznych. Tam mówi się o świadczeniach wykonanych, natomiast tu zrobilibyśmy RUM w odniesieniu do świadczeń planowanych. Wydaje mi się, że to przesada jak na dzisiaj. No i tak jak mówiłem kontrola może mieć problemy z weryfikacją zależności kolejność zapisu, a wyznaczony termin, bo musiałby dodatkowo wiedzieć, kto chciał być przyjęty jak najszybciej, a kto sam sobie wybrał termin. Proszę zwrócić uwagę tego teraz się nie rejestruje. Data zapisywania się w terminarzu nie jest datą pożądaną przez pacjenta. On często mówi, ja chcę w przyszły czwartek - tak, jeżeli jest z kolejną wizytą, to w ogóle mówi za dwa miesiące czy za trzy miesiące. Gdybyśmy chcieli to zrobić porządnie, oczywiście można narzucić, ale to musielibyśmy kazać rejestratorce w terminarzach rejestrować również to, czy pacjent chciał jak najszybciej, czy podał ten termin. I wtedy ewentualny czas oczekiwania liczy się od terminu wskazanego przez pacjenta, do terminu faktycznie uzyskanego, a nie od czasu kiedy on przyszedł tutaj. Jeżeli ja chcę być przyjęty za dwa tygodnie a rejestratorka mówi mi, że mam miejsce za trzy, to ja czekam tydzień a nie trzy tygodnie. Zgrubnie rzecz biorąc to są problemy, na które chcę zwrócić uwagę no i teraz jak najłatwiej to rozwiązać żeby nie cierpieć za bardzo.

Po pierwsze kolejki przypisywane powinny być do oddziałów, tak jak powiedziałem, w wyjątkowych przypadkach dodatkowo rejestrowane procedury medyczne, rozumiecie państwo w jakich momentach. Co wystarczy? Wystarczy publikowanie numeru w kolejce ostatnio przyjętego pacjenta. Nawet codziennie. Na podstawie tego, można wyliczyć teoretyczny czas przyjęcia. Jeżeli będziemy mieli te dane w miarę regularnie rejestrowane to na podstawie tego ktoś, kto ma numer 1250 może sobie sprawdzić jaki jest teoretyczny termin przyjęcia, nic więcej nie jest mu potrzebne. Co więcej publikacja tego numeru właśnie ujawnia te rzeczy, o których tu mówił przedstawiciel rzecznika. Jeżeli pacjent ma prawo wglądu i to przy każdej rejestracji wisi, tak że ostatnio przyjęliśmy pacjenta o takim numerze, a najlepiej wisi to również w Internecie, zrobienie takiej aplikacji internetowej to jest naprawdę bardzo prosta rzecz, ponieważ to nie wymaga wielkiej ilości danych, tylko po prostu przekazania jednej informacji ostatnio zarejestrowany pacjent. Numer z kolejki

ostatnio zarejestrowanego pacjenta wszystko jest jasne. Oprócz tego NFZ oczywiście rejestruje średnią rzeczywistych czasów oczekiwania, ale na podstawie sprawozdawanych danych o wykonanych świadczeniach, przecież sprawozdawczość istnieje, wszyscy przesyłacie państwo te dane, tam wystarczy dodać jedno pole o tym, kiedy pacjent został zapisany w kolejce i dalej średnie sobie liczy NFZ. Dzisiaj jeden szpital liczy tak, jakaś przychodnia liczy tak - tak jak im wymyślą informatycy. Później okazuje się, że przychodzi pani X oddziału NFZ i jej się taka średnia nie podoba, ona woli inną średnią. Z czego ta średnia wynika? Nie wiadomo, jej się po prostu tak wydaje, że tak powinno być. I to jest, proszę zwrócić uwagę, dla szpitala nic więcej nie trzeba. Publikuje się tylko numer ostatnio przyjętego pacjenta w miarę często, tutaj jest oczywiście dyskusja. Dzisiaj te dane zbiera się raz na miesiąc. Zanim one trafiają do centrali, zanim zostaną włożone na stronę informacji mijają dwa miesiące. Ja sobie wyobrażam małą aplikację, która by rejestrowała te dane nawet codziennie. Przychodzi się rano do pracy, pani rejestratorka włącza Internet, wklepuje numer i jest, nic więcej nie trzeba. Można to robić raz na tydzień, to tutaj NFZ ma panie prezesie wskazać, na co się zdecyduje.

W przychodniach nie bardzo ma sens rejestracja rzeczywistego czasu oczekiwania. Dlatego właśnie tak jak powiedziałem, bo w gruncie rzeczy musielibyśmy zobowiązać świadczeniodawców do rejestrowania dodatkowej informacji o pacjencie, czyli o terminie, który on chciał. Nie o terminie, kiedy on przyszedł do rejestracji, tylko jaki on chciał uzyskać, bo dopiero w tym zestawieniu byłaby to rzeczywista wartość. Można powiedzieć, że to margines, że to jest kilka procent, że w zasadzie jak się przychodzi do przychodni to mówi się ja chcę od razu, okay, no być może tak jest, w związku z tym nie bronię się za bardzo. Można powiedzieć dostarczać do NFZ razem z wykonaniem świadczenia, datę wpisu do terminarza. Ale chciałbym zwrócić uwagę, że nie jest to precyzyjna informacja. Być może wystarczy to, o czym chcę powiedzieć dalej.

Tak naprawdę to co by wystarczyło, to jest codzienna informacja pierwszego wolnego terminu. Codziennie rano rejestratorka przychodzi do pracy patrzy w terminarz i publikuje przy okienku i w Internecie, kiedy jest pierwszy wolny termin. Jeżeli robimy to regularnie codziennie, to proszę zobaczyć, tworzą się po prostu pewne interwały czasowe, codziennie jak się zmienia to coś i pacjent sam może sprawdzić jak zajrzy. Ja byłem w tej rejestracji dnia 6 marca, oni wtedy rejestrowali to co jest rano 6 marca, a to co jest rano 7 marca. Jeżeli ten pacjent chciał dostać termin jak najszybszy to oznacza, że musiał dostać termin w tym publikowanym. Jeżeli rejestratorka powiedziała mu inny termin to znaczy, że go oszukała. Natomiast jeżeli pacjent chciał jakiś inny termin, bo chciał za miesiąc, za dwa tygodnie, no to nie przeżywa tego. Natomiast informacja o pierwszym wolnym terminie każdego dnia rano wyznacza dokładne informacje potrzebne do kontroli, do weryfikacji tego, co się dzieje w systemie. Ot i wszystko. Wydaje mi się, że cały ten problem kolejek trzeba przemyśleć, zrobić z tego normalny projekt koncepcyjny, rozpisać to na rozporządzenia i dopiero wtedy wdrażać.

## **Dyskusja:**

### **dr Grzegorz Luboiński**

Niech mi będzie wolno podzielić się swoją refleksją i paroma uwagami od początku dziejów, tzn. od sześciu lat, kiedy powstała grupa lekarska do walki z korupcją przy Fundacji Batorego. Ponieważ problem korupcji w opiece zdrowotnej jest problemem dostrzeganym, jest problemem, o którym się mówi, więc chcąc coś rozwiązać, postanowiliśmy znaleźć jakiś obszar, a ponieważ pacjenci skarżyli się, że takim obszarem korupcyjnym jest

przyspieszanie terminu przyjęć na procedury deficytowe. I wydawało nam się, że stworzenie list oczekujących na procedury deficytowe będzie taką furtką.

Jak tutaj prelegenci mówili, nieznanym jest ojciec tego projektu. Tak to zwykle bywa, że systemem istnienia listy oczekującej nie jest nikt zainteresowany. Pacjenci nie są tym zainteresowani, żeby były listy oczekujące, pacjenci są zainteresowani wyłącznie tym, żeby byli jak najszybciej przyjęci. Decydenci, którzy byli u podstaw systemu tworzenia list, czyli ci, którzy do tej pory trzymają kalendarze w kieszeni i tak jak pacjenci mówią, no sytuacja jest taka, że ja już chyba pójdę do tej lecznicy ordynatorsko-profesorskiej, żeby dowiedzieć się kiedy wreszcie będę przyjęty, też nie są zainteresowani tym, żeby te listy istniały.

I wreszcie dowiaduję się, że właściwie system funkcjonuje tak, że okazuje się, że i NFZ nie jest specjalnie tym zainteresowany, jak również ministerstwo nie jest tym zainteresowane.

Co przyswiewcało nam przy organizowaniu dzisiejszego seminarium. Ja szykowałem się na zadawanie pytań dwóm decydom, to znaczy przedstawicielowi ministra, przedstawicielowi NFZ. W świetle tego, o czym wspomniał tutaj pan Gellert, że podczas kontroli przeprowadzonej przez rzecznika okazało się, że żaden z pacjentów będących na liście operowanych nie funkcjonował przedtem na liście oczekujących. Wydaje mi się, że czegoś więcej można by oczekiwać od Narodowego Funduszu np., żeby w ramach sprawozdawczości chciał, aby świadczeniodawcy dostarczali dwie równoległe listy. Jedna lista oczekujących i druga lista tych, u których to świadczenie, na które oczekują zrealizowano. Przecież wtedy te listy powinny być przesunięte w fazie. Niczego więcej tutaj nie można od tych deficytowych procedur wymagać. Oczywiście, że można sprowadzić problem do problemu nie realizowalnego do poszukiwania terminów w przychodniach, do poszukiwania terminów w oddziałach. No niech mi będzie jeszcze wolno podzielić się osobistą refleksją: ja uważam, że system ordynatorsko-profesorski jest systemem korupcjogennym, prusko-bolszewickim i ja uważam, że dobrze funkcjonuje tylko system, w którym szpital jest hotelem, w którym przyjmują wysoko kwalifikowani konsultanci i zresztą w paru prywatnych szpitalach, które powstają – żaden z prywatnych szpitali systemu ordynatorskiego nie robi, tylko wszędzie są systemy konsultanckie. Tak, że myślę, że ta uwaga pana, że nie daje się wprowadzić oczekiwania na procedury, to jest petryfikowanie systemu korupcjogennego, który powoduje to, że to ordynator ma decydować o przyjęciach.

Z czasów, kiedy powstało całe rozporządzenie dotyczące systemu list oczekujących wszyscy pamiętamy gwar medialny, jak to tłumaczono, że tego się na pewno nie da zrobić, że to będzie nieetyczne, że to jak tych pacjentów będzie się selekcjonowało. No, przecież wszyscy wiemy, ja sam od dwudziestu trzech lat pełnię tak zwane funkcje ordynatorskie, więc wiemy jak to funkcjonuje, że to do tej pory każdy z nas jakimiś kryteriami się kieruje przy przyjęciu tych pacjentów. Tak że stworzenie systemu list oczekujących, nie jest niczym nowym, jest po prostu stworzeniem tego systemu, który powinien funkcjonować, tylko on powinien być klarowny i przejrzysty i powinien być dostępny też dla innych, a nie mieścić się tylko w kieszeni fartucha. Stąd ja oczekuję, że po pierwsze ministerstwo w ramach oceny tych jednostek, które mu podlegają realizując te wytyczne swojego rozporządzenia, na przykład będzie chciało, żeby powołane wszędzie te zespoły, które miały oceniać realizację rozporządzenia ministra dotyczące utworzenia list leków refundowanych, może minister na przykład zażyczy sobie, żeby przesłano sprawozdania, które co miesiąc te komisje miały tworzyć. Przyznam szczerze, że jak pytałem kolegów pracujących w innych szpitalach, nie słyszałem, żeby w jakimkolwiek szpitalu taka komisja się czymkolwiek wykazała. Tak, że jak mówimy, że one nie funkcjonują to nie dlatego, że nie mogą funkcjonować, tylko dlatego, że chyba w zbyt wielu miejscach zależy na utrzymaniu systemu mętnej wody, a nie rzeczywiście funkcjonujących list oczekujących. No i oczekuję też, że Narodowy Fundusz będzie po prostu podpisując umowę zwłaszcza na procedury deficytowe, zwłaszcza na te procedury, których

jest mało, po prostu będzie wymagał tego, żeby te dwie równoległe listy były funduszowi dostarczane.

### **Dr Jacek Grabowski**

Ja jeszcze raz powtórzę, że NFZ nie tylko się interesuje, ale robi różne rzeczy, o których już mówiłem w związku z tym to nie jest deklaracja, tylko to jest rzeczywistość. Natomiast chcę powiedzieć, że te dwie kolejki o których tutaj była mowa i zjawisko omijania kolejki pod hasłem nagły lub pilny jest rzeczywistym dużym problemem, którego nie rozwiążemy szybko. Dlaczego? Dlatego, że to kryteria medyczne decydują o omijaniu i zawsze można znaleźć dostatecznie dobre uzasadnienie, dlaczego ktoś staje się pacjentem nagłym. Badając ten problem na poziomie makro, nie mówię o poszczególnym szpitalu, ale w takim oglądzie, na przykład endoprotez stawu biodrowego, okazało się że 38% przypadków nagłych na terenie oddziału łódzkiego miało miejsce i były to próby ominięcia kolejki. Wydaje się, że bez ustalenia elementarnych zasad, co może być przypadkiem nagłym, a co pilnym, a co stabilnym NFZ w gruncie rzeczy nie będzie w stanie wejść w dysputę na poziomie merytorycznym mając chyba dwóch ortopedów zatrudnionych w całym funduszu. W związku z czym muszą to być wytyczne czy to towarzystw naukowych, czy to konsultantów wojewódzkich lub krajowych, ponieważ musimy mieć narzędzie, którego niestety zabrakło w tym pierwotnym pomysłe rozporządzenia o kryteriach medycznych. Był taki zapis, że oto dyrektor szpitala ma ustalać zasady. Te zasady są inne w każdej specjalności, to na prawdę rzecz się bardzo komplikuje. Na przykład w okulistyce kiedyś przygotowaliśmy dla ministra zdrowia, można wprost wpisać schorzenia, które powodują, że jakiś przypadek jest nagły, pilny lub stabilny, a w wielu innych dziedzinach jest to o wiele bardziej skomplikowane i tylko pewne kategorie i to bardzo zgrubnie określone mogą sugerować sytuację. W związku z tym to nie jest automat. Ja przestrzegałbym przed takim pomysłem, że oto NFZ powinien pójść w postaci tych ortopedów i skontrolować. My wykorzystujemy usilnie owych dwóch ortopedów, bo reszta odeszła z powodu art. 112, w związku z tym próbujemy – natomiast w dokumentacji wszystko jest w porządku. Tutaj jest potrzebna bardzo poważna merytoryczna praca, bo nie tylko przesyłanie i liczenie tych danych.

### **Prof. Krzysztof Ziaja**

Z wielkim zadowoleniem wysłuchałem pana dyrektora, bo dopiero w tej chwili zbliżyliśmy się do pacjenta. Przedtem mówiliśmy o cyferkach, zupełnie niezrozumiała dla mnie wypowiedź informatyka, bo ja się wytłumaczę dlaczego. Ja jestem lekarzem. Niezrozumiała była dlatego proszę pana, bo pan ustawił wszystkich w jednej kolejce. Dopiero w tej chwili pan dyrektor był uprzejmy zwrócić uwagę, że to jednak nie jedna kolejka. Jako konsultant KF do spraw angiologii, wspólnie z konsultantem krajowym do spraw chirurgii naczyniowej myśmy takowe propozycje grup chorych, przypadków nagłych, pilnych i stabilnych stworzyli. Państwo je macie do dyspozycji. A w związku z tym proszę pana ustawienie tych ludzi w jednej kolejce jest niemożliwe i nielogiczne.

Mało tego w tym drugim przypadku, kiedy będziemy mówili o przypadkach tak zwanych pilnych, czyli tych gdzie granica i termin przyjęcia wahać się powinien od dwóch tygodni, do trzech może do pięciu, może sześciu miesięcy jest wielki ambaras, ponieważ ci ludzie też nie mogą być ciągle w jednej kolejce. Bo dzisiaj przyjęty Kowalski i wpisany jako numer sto, jutro będzie wymagał doraźnego przyjęcia. Ten chory musi być o tym poinformowany, że co prawda on będzie miał termin przyjęcia trzydziestego pierwszego maja, ale gdy się coś stanie

to będzie przyjęty 1 kwietnia i to nie na żarty. Tak, że stworzenie systemu jednej kolejki, praktycznie rzecz biorąc jest niemożliwe, co wreszcie podkreślił pan dyrektor w swojej, ale już późniejszej wypowiedzi (nie tej pierwszej). Kolejna sprawa. Stworzenie systemu kolejkowego jest elementem kolejnego przerzucenia odpowiedzialności, niewydolności finansowego systemu na lekarza. Pan dyrektor był uprzejmy mówić o endoprotezach. W zasadzie, jeżeli jest to wymiana stawu biodrowego, to jest w sumie zdrowy człowiek, którego boli noga. Natomiast zupełnie inaczej ma się rzecz, jeżeli mamy do czynienia z chorym na miażdżycę – celowo mówię, chory na miażdżycę nie na serce, na nogę tylko na miażdżycę – mówię to świadomie, bo to jest chory cały człowiek, nie jego kawałek, no to tutaj sytuacja już się ma zupełnie inaczej. Dynamika tej choroby jest inna. Konieczność doraźnego przyjęcia często wymuszana jest z godziny na godzinę, a czas oczekiwania po sześciu godzinach w zasadzie już nie ma czego leczyć, trzeba amputować.

Czyli jest to jakieś kolejne przerzucenie odpowiedzialności na lekarza, który wpisuje do tej kolejki jako chorego pilnego. Jeżeli ten chory umiera, a umierają ci ludzie w kolejce, jako ci pilni, to czyja to jest wina? Lekarza, albowiem on powinien przewidzieć możliwość pogorszenia się choroby i zapisać go odpowiednio wcześniej. Czyli znowu mamy początek wszystkiego. Zły jest ten lekarz, no bo on jest korupcyjny.

Dalej proszę państwa, biorąc pod uwagę odpowiedzialność tego, który zapisuje, pan mówi, że tak pięknie się zapisze pierwsze wolne miejsce, to nie jest tak. Na przykład do poradni chorób naczyń, zgłasza się chory od lekarza rodzinnego, który nie jest zapisywany na kolejkę, bo jak on ma napisane pilne, to jego musi obejrzeć lekarz. Czyli on przeskakuje wszystkie możliwe i niemożliwe kolejki. A może się okazać, że to jest chory z tętnem na stopie, a ten, który będzie przesunięty umrze w kolejce, znowu bardzo drastyczny przykład, ale proszę mi wierzyć numerycznie nie jest to takie proste, jak pan to powiedział. Pierwszy wolny termin sprawa załatwiona. To jest dynamiczna choroba. Państwo dali przykłady i bardzo pan pięknie mówił o swoim województwie łódzkim, ale też trzeba powiedzieć, że w województwie łódzkim, jego magnificencja rektor jednym pociągnięciem pióra zlikwidował jedyną klinikę naczyniową, w związku z tym problem chorób naczyń, dynamiki ich leczenia w zasadzie został rozwiązany.

### **dr Jacek Grabowski**

Mamy dwa dobre oddziały proszę się niepokoić.

### **Prof. Krzysztof Ziaja**

Ja proszę pana dyrektora bardzo precyzyjnie wiem, jakie to są oddziały, czym one się zajmują i to nie jest tak, że one są wydolne do końca.

### **dr Jacek Grabowski**

Ja tylko dwa zdania, bo rzeczywiście pan nie zrozumiał wszystkiego. Ja chcę uprościć. Bo pan protestuje przeciwko kolejkom. Natomiast chcę uprościć bałagan, który jest dzisiaj. Oczywiście te wszystkie elementy związane z przesuwaniem w kolejkach występują, ale ja mówiłem, że mam krótkie wystąpienie bez szczegółów, żeby pokazać, że trzeba naprawić to co jest zepsute dzisiaj.

### **prof. Mieczysław Szostek**

Jestem profesorem chirurgii, a więc profesjonalistą, a dodatkowo jeszcze w jakimś stopniu zaangażowany w problem, o którym dzisiaj mówimy. Chciałem zapytać, czy jest na sali ktoś z Ministerstwa Zdrowia? Widzę tylko doktora Masłowskiego, który był dostojnikiem, ale już zdaje się nie chce się przyznać do tej instytucji. Nie, nie ma nikogo. Przepraszam za to pytanie, ale nie jest wykluczone, że ministerstwo doszło do wniosku, że albo to jest spotkanie za wcześnie, albo spotkanie za późno zorganizowane. Między innymi dlatego, że kolejka osób oczekujących jest nam znana od wielu, wielu lat. Ona funkcjonuje nie tylko w Polsce. Jest to znane zjawisko funkcjonujące w większości cywilizowanych i dużo bogatszych krajów od naszego.

I ci, którzy pracowali za granicą wiedzą, że taka kolejka w Anglii nazywa się „waiting list” i ma swoją olbrzymią długość, i także jest w innych krajach też bogatych, może mniej jest w Ameryce, bo tam każdy płaci i określoną usługę musi dostać w określonym czasie.

Ten system kolejkowy jest zły, niedostateczny, niedobry i chcę państwa pocieszyć, że on jest w trakcie właściwie zaawansowanej poprawy, czy naprawy. Natomiast nie będzie lista oczekujących zlikwidowana. Ta dyskusja, czy wątpliwości o tym, czy ona ma być, czy nie być należy do przeszłości. Lista oczekujących jest, resort o tym wie, mało tego mogą państwu powiedzieć, wspominał pan marginalnie o tym, Unia Europejska wymusiła na nas, na Polskę, aby była to bardzo precyzyjnie sformułowana zasada oczekiwania na poszczególne procedury. I te procedury nie są zależne od tego, jakie ktoś ma widzi mi się, tylko one są bardzo precyzyjnie sformułowane. Tak jak mówił profesor Ziąja o tym, że jest chory tak zwany nagły, to są też określone bardzo precyzyjne pojęcia, i taki chory nie śmie opuścić izby przyjęć. Jeżeli jest podejrzenie tętniaka pękającego, jeżeli jest krytyczne, zaangażowane zwężenie tętnicy szyjnej, taki chory musi być przyjęty do szpitala i on jest tym, który nie opuści izby przyjęć. Są i tacy, którzy są w tej grupie pilnych, który może tydzień, dwa, miesiąc czekać. I ta lista w odniesieniu do tych oczekujących jest w tej chwili formułowana w ministerstwie. Nie wiem, czy ja zdradzę tajemnicę czy nie, ale powiem, że tym problemem zajmuje się bardzo aktywnie pan minister Wojtyła, oczywiście wszystkich, wszystkim zajmuje się minister Religa, żeby nie było wątpliwości, ale kompetentnym wykonawcą do tych spraw jest pan minister Wojtyła i on jest w tej problematyce, bardzo, bardzo zorientowany. Nie ma żadnej wątpliwości, że to są rzeczy, które w tej chwili się dzieją. A więc z tego punktu widzenia gdybyśmy dzisiaj chcieli mówić o jakiś formach, czy one są dobre, czy złe i doskonalić, to jeszcze troszkę za wcześnie, bo one nie są ostatecznie ustalone jeszcze. One są w trakcie ustalania.

Proszę państwa problemów jest bardzo dużo, oczywiście i nie bez winy jesteśmy my, ponieważ nasze możliwości hospitalizacji i wykonywania poszczególnych procedur w szpitalach nie są tak idealne, jakbyśmy sobie tego życzyli. I organizacja pracy nie jest dostateczna. Są takie szpitale gdzie bardzo drogi blok operacyjny, świetna aparatura i sprzęt, czynne są od godziny 8.00 rano do godziny 13.00, 14.00, po południu są nieczynne. Są i takie argumenty, o których pan z NFZ też doskonale wie, o tak zwanych limitach, punktacji. Są tak zwane nie do wykonania, nad wykonania, do dzisiaj szpitale się jeszcze procesują z NFZ regionalnymi o te tak zwane nad wykonania, są to liczby chorych wyleczonych, przyjętych, zoperowanych, za które NFZ nie płaci, dlatego, że one są pozalimitowe.

Proszę państwa zapalenie wyrostka, pęknięty tętniak, zapalenie pęcherzyka żółciowego jest patologią, która nie musi się poddawać żadnym rygorom planistycznym. Taka choroba przychodzi w sposób niespodziewany i taki chory musi być przyjęty i leczony. Gdyby mój asystent nie przyjął takiego chorego spotkałby się z reprimendą z mojej strony, a prawdopodobnie w najbliższym czasie pan prokurator by go poprosił do siebie i rozpoczął proces postępowania karnego, bo nie udzielił temu człowiekowi świadczenia zgodnie z zasadą postępowania. Chory człowiek powinien być przyjęty. Ale taka jest rzeczywistość, taka jest prawda. Mówicie państwo o tych endoprotezach. Nie tylko endoprotezy są

świadczeniami, które są bardzo kosztowne. Oczywiście ja rozumiem w NFZ jest suma przeznaczona na leczenie, ale to jest oddzielna zupełnie sprawa i chciałoby się w tym zagadnieniu wiedzieć coś więcej niż tylko tą czystą matematyką, czystą - nawet najdoskonalszą - tą obliczoną modyfikacji zasadę list oczekujących. Ale tego się nie da przewidzieć. I rzeczywiście prawda jest taka, że człowiek będący na 36 miejscu oczekującego na operację pęcherzyka żółciowego nagle się znajdzie na pierwszym miejscu i w tym dniu, kiedy pojawi się ponownie natychmiast jest operowany, bo takie są wymogi. To nie jest łatwe, to nie jest proste. My nad tym pracujemy, ja też jestem w tym zespole. Nie mówię, że jesteśmy w łatwej sytuacji, na pewno bardzo trudnej, uwarunkowania są wielorakie, łącznie z finansowymi. Zasady listy oczekujących w odniesieniu do przeszczepu nerki są zupełnie inne niż w odniesieniu do endoprotez. Ale i jedna i druga patologia musi uwzględniać listę oczekujących.

Moja propozycja jest taka, żeby powrócić do tego koniecznie. Ja też się zobowiązuję, przyjdę i się podzielę swoimi uwagami. Tylko chciałbym, żeby przyszli ci, którzy od paru tygodni bardzo intensywnie nad tym pracują. Żeby przedstawili w tym zakresie już swoje propozycje, uwagi i przyjęte ustalenia. My z prof. Ziąją stworzyliśmy listę oczekujących w odniesieniu do patologii naczyniowej, tętnicznych, tego typu zmian chorobowych. W najbliższym czasie wszystkie procedury medyczne, wszystkie choroby będą ujęte w podobne ramy. Ja myślę, że to jest m.in. wymuszone przez Unię Europejską, a poza tym to będzie bardzo potrzebne do tego o czym marzy NFZ, co się nazywa koszykiem usług, tzw. koszyk usług gwarantowanych. Procedury, tych świadczeń, o których mówimy, że one są zagwarantowane, muszą być wyraźnie nazwane, zgrupowane, wyliczone, prawdopodobnie także i w jednostkach pt. złoty, cenach tych, które będzie musiał uwzględnić NFZ. Czy na to nas Polaków stać, jeżeli nie, to skąd powinny być wzięte pieniądze, aby można było ten koszyk gwarantowany ludziom zagwarantować.

### **Prof. Tadeusz Tołłoczko**

Ja zacznę od pytania. Dlaczego w tym samym wykazie nie został wskazany jeden problem, jak zależność funkcjonowania listy oczekujących właśnie od limitów. Jest to jeden z zasadniczych problemów, który nie został w ogóle poruszony. A jest jednym z najważniejszych. I drugie pytanie, dlaczego panowie tego problemu nie poruszyli - funkcjonowanie list oczekujących a limity.

Jeżeli jest podejrzenie na cokolwiek, że jest powikłanie ja chorego muszę przyjąć. I jeżeli on to powikłanie będzie miał to wszyscy statystycy i administratorzy będą zadowoleni. A okaże się, że podejrzenie się nie sprawdzi i wtedy od razu doniesienie, że ktoś przyszedł spoza listy, niepotrzebnie itd. A kto odpowiada za pomyłkę w ustaleniu, w przyjęciu podejrzenia na coś? Odpowiada lekarz, żaden z administratorów. Administrator wymyśli kryteria, sankcje ale to nie ulega żadnej kwestii.

Dziwi mnie jedna rzecz, że wśród referentów nie ma żadnego klinicysty, który z tym na co dzień ma do czynienia, tak jakby problem listy oczekujących zależał tylko i wyłącznie od administracji, przepisów itd. Myślę, że problem można sprowadzić do jednego zagadnienia, pomijając te wszystkie słuszne zresztą punkty, jak różnicować przyjęcie chorego do szpitala ze wskazań merytorycznych i ze wskazań nie merytorycznych. Tymi punktami wszystkimi na to się nie da odpowiedzieć. Myślę, że one są w jakimś aspekcie zupełnie abstrakcyjne.

Państwo chcą systemem administracyjnym rozwiązać problem natury moralnej. I to jest w ogóle skaza myślenia współczesnego, że wszyscy chcą administracyjnie, finansowo, statystyką, ankietami, rejestracją, a tego się nie da zrobić. Musimy zdać sobie sprawę, że im mniej pieniędzy tym więcej problemów moralnych. Państwo chcą problem natury moralnej mierzyć jakimiś parametrami wymiernymi. Tego się nie da zrobić. Nie da się zrobić systemu.

Są dwa elementy, które powinny decydować o przyjęciu, jest element pewnej moralności decydenta i z drugiej strony jego obiektywnych, merytorycznych wskazań, którymi się posługuje. To są te dwa elementy, które decydują.

Problem nadzoru rady społecznej został poruszony. Myślę, że to bardzo ładnie brzmi i koncepcja jest niewątpliwie słuszna, ale tam się nikt nie zna. I będzie sprawdzał statystkę i będzie znów jedna, odrębna statystka, której nikt nie będzie rozumiał, nie będzie żadnych wniosków wyciągał, bo się nie da. A poza tym w ogóle nie został poruszony problem odpowiedzialności. Odpowiedzialność spada w końcu na tego decydenta. Był tutaj jeszcze poruszony problem, że buduje się opinie na podstawie skarg - które chorzy składają - to jest ich subiektywna rzeczywistość, ale subiektywna, a nie obiektywna. I na zasadzie subiektywnej rzeczywistości nie można budować obiektywnego obrazu. Był okres, który ja sam przeżyłem, że dobrym ordynatorem, dobrym lekarzem był ten, na którego nie było skarg, a teraz dobrym lekarzem, czy ordynatorem jest ten, który nie przekracza limitów. To jest to kryterium. Ale dobrym jest również ten, który potrafi w sposób właściwy zorganizować sobie pracę.

Jeden wniosek administracyjny, dlatego, że nie było żadnego wystąpienia klinicysty – należy rozpocząć budowę nowego systemu informacji to jest jedna rzecz i wskaźnik - rygorystyczne przestrzeganie, nadzór rady społecznej - chodzi o zbudowanie nowej instytucji, typowej administracyjnej, mnożenie jeszcze jednego elementu, który na czynniki moralne i merytorycznej zupełnie nie ma wpływu. W żadnym z tych punktów, o którym państwo powiedzieliście nie było żadnego elementu dotyczącego merytorycznych wskazań, przesunięcie z grupy nagły do pilny, z pilny do nagły, a to decyduje o właściwości listy.

### **Prof. Krzysztof Ziaja**

Jeżeli można uzupełnić, chcę zwrócić uwagę na bardzo niekorzystną tendencję. Mówię o chirurgii doraźnej, naczyniowej, która bardzo często wymaga godzin nie dni, tygodni, miesięcy. Zaczyna gwałtownie wzrastać odsetek zabiegów wykonywanych doraźnie, w stosunku do tych wykonywanych planowo. On w tej chwili zaczyna przekraczać sporo ponad 30 proc. Jest to związane, niestety z tym, że państwo narzucili nam konieczność wykazania najpierw ostrego przypadku, a później planowanego. To nie da się zaplanować, nie da się zaplanować eleganckiego przyjęcia, utrzymania tej listy kolejkowej, którą pan chce utrzymać. Ja jestem jednym z twórców takiej listy, ale nie da się utrzymać tej listy kolejkowej w momencie, kiedy ma się 15 dyżurów dla regionu, czyli dla kilku milionów ludzi. To niebezpieczeństwo przesunięcia się naszego działania na doraźne, wiąże się z kolejnym elementem - pogorszenia naszych usług, czego też nie można pominąć w systemie kolejkowym, bo chory planowano przygotowany, planowo zoperowany to nie jest ten sam chory, który jest zoperowany doraźnie wtedy, kiedy mamy do dyspozycji tych przysłowiowych sześć złotych godzin.

### **dr Jacek Grabowski**

Proszę państwa, mam dla państwa złą informację, mianowicie problem nadlimitów zniknął, to już są pojedyncze procenty świadczeń, za które Fundusz nie zapłacił w zeszłym roku i dotyczy to tylko części oddziałów NFZ, w tym niestety łódzkiego i paru jeszcze, ale Fundusz zapłacił za wszystkie świadczenia. To jest zła informacja, bo panowie mieliście pewną koncepcję, która dotyczy zjawiska, które zanikło. Natomiast kolejka jest miarą deficytu w dostępie do świadczenia, który może wynikać z rozlicznych problemów, m.in. takich, że potrzeby pacjentów lokowane są u konkretnego świadczeniodawcy, a nie równomiernie wszędzie. I to, że my obserwujemy, że liczba ograniczeń limitowych przestaje być

problemem, a w tym roku prawdopodobnie w ogóle ten problem zniknie, to nie znaczy, że w wielu miejscach pacjenci nie będą się ustawiali w kolejce, bo to ich dobre prawo i zawsze tam będą się ustawiali.

Ja chcę powiedzieć, że oto my mamy do podziału 36 mld złotych i to jest wielce moralny problem, żeby podzielić sensownie te pieniądze w taki sposób, żeby trafiły tam, gdzie chcą pacjenci. Te kolejki, czas oczekiwania to są, jak wspominałem, jedne z nielicznych mierników, jakimi można ująć to zjawisko. Musimy mierzyć po to, aby pieniądze trafiały tam, gdzie potrzeba, a nie tam, gdzie one nie zostaną wykorzystane i wrócą do budżetu w Funduszu i w kolejnym roku będą po raz kolejny nietrafnie alokowane w systemie. Świat się komplikuje i nie ma na to rady, co nie znaczy, że należy go komplikować nadmiernie i wiele rzeczy trzeba uprościć.

### **Andrzej Strug**

Ale nikt nie podejmuje tego, że 36 mld i 37 mln to wychodzi 800 zł, czyli cztery obiady na dobrą sprawę, o tym nikt nie dyskutuje. Podsumuję to, co prezes Grabowski powiedział - limity wynikają również ze spraw finansowych i kolejki wynikają w związku z tym z limitów. Tak samo, jak wynikają z braku miejsca na oddziałach być może, tak samo, jak wynikają z braku narządów do przeszczepu, tak samo jednym z elementów, który wpływa na ograniczenie jest brak finansowy. I stąd się biorą limity. Nie mówimy o limitach, bo wynikiem limitów, między innymi, są również braki finansowe. Ja jestem atakowany tutaj i ja się dziwię. Wydaje mi się, że poddałem krytyce dzisiejszy system zbierania kolejek, natomiast wygląda na to, że proponuję coś gorszego. Każdej kolejce potrzebna jest kategoryzacja, bo słyszałem takie zdanie od doktorów - informatyka jest nudna, ja nie chcę tutaj wchodzić w głąb, ale każdej kolejce potrzebna jest kategoryzacja pacjentów, chociażby na przypadki nagłe, pilne, a pilnych być może nie warto rejestrować, bo tak jak pan powiedział one powinny leżeć i czekać na doktora. Ale jeżeli mamy kilka kategorii to te numery, które są wyświetlane, oczywiście są wyświetlane i podawane w ramach każdej kategorii. Jeżeli ktoś przechodzi z jednej kategorii do drugiej, to jest to do objęcia. Ja chcę powiedzieć, że ten system można zrealizować w dużo prostszy sposób.

### **Wiktor Masłowski - Federacja Pracodawców**

Mnie martwi jakieś takie uciekanie każdego trzeba czy nie trzeba, od tego, że nikt nie jest autorem tegoż pomysłu, czy teźże listy. Ja powiem uczciwie, będąc tym dostojnikiem, byłem przymuszony do tego, w ministerstwie robi się różne czynności, też musiałem wykonać, zupełnie nie był to mój obszar działalności, zająć się ustawą o finansowaniu świadczeń zdrowotnych. I współpracowałem z Adamem Koziarkiewiczem, żeby w jak najlepszy sposób starać się ten problem szalenie ważny, istotny i problem ważny głównie dla pacjenta. Bo jakie było motto, zanim ten pomysł powstawał, mottem było „czekać po ludzku”. Nie uciekajmy od tego autorstwa, bo tu nie ma się czego wstydzić. Jeśli chodzi o tego typu spotkania, to nie ważne, czy one są za wcześnie, czy za późno, dobrze, że w ogóle są i trzeba takie spotkania robić, i to jest ważne z punktu widzenia interesu pacjenta. Bo system był budowany nie dla administratorów, nie dla lekarzy, tylko dla pacjenta, żeby okres, sposób otrzymywania świadczenia medycznego był czytelny, przejrzysty, żeby było wiadomo na jakiej zasadzie co i jak się odbywa. Pewno, że to się nie da oddzielić od administrowania systemem, od problemów medycznych, co tutaj panowie mówili. Ale jak panowie zauważyli funkcjonuje w innych krajach i być może pewne doświadczenia z tamtych krajów udałoby się u nas zaszczyć. Ja się nie wstydzę, że się zajmowałem tym problemem. Staraliśmy się to zrobić jak najlepiej. To nie jest tak, że wyszło jak zawsze, tylko trzeba pamiętać o tym, że dyskusja

w komisji sejmowej była szalenie dynamiczna. I de facto zapisy, które są w obecnej ustawie, nie są autorstwem osób tu zebranych, ale są autorstwa komisji, a każdy miał inne pomysły na brzmienie danego artykułu. A prawo jest niedoskonałe i nigdy nie było doskonałe. To prawo trzeba doskonalić.

Ja chciałem zwrócić uwagę na jedną rzecz, oprócz tego, co zostało tutaj bardzo wiele powiedziane, że trzeba zastanowić się nad brzmieniem art. 20 w ust. 9, 10, dotyczącym obowiązków pacjentów. Bo co komplikuje, co podraża funkcjonowanie systemu i co czyni mało produktywnym ten system udzielania świadczeń to jest kwestia zapisywania się pacjenta nie do jednego świadczeniodawcy, ale do wielu świadczeniodawców, mimo że nie wolno mu tego robić, bo robili to całe życie. Bo teraz chorują ci, którzy zostali wychowani w systemie kolejkowym z epoki znanej nam wszystkim. I kolejką organizowali nie urzędnicy, tylko społeczeństwo, ludzie sobie organizowali kolejkę i wtedy ta kolejka była dobrze zorganizowana. Być może to jest jakieś doświadczenie, z którego warto skorzystać. Natomiast nie polecam korzystać ze sklepów komercyjnych, ówczesnych, stąd jest pewna niechęć do ubezpieczeń dodatkowych, bo komercyjne sklepy jak się szybko pojawiły wówczas, tak szybko też i zniknęły. W czym jest generalnie problem. Problem polega na tym, że pacjenci zapisują się do wielu świadczeniodawców, nie zgłaszają tego, że już gdzieś tą wizytę odbyli i często jest tak, że jak lekarz ma zapisanych 30 pacjentów, przychodzi 10. Dopóki system kolejek nie funkcjonował myśmy zawsze zapisywali jakiś procent więcej tych pacjentów, ten lekarz był wykorzystany i nie był opłacany bezproduktywnie. Jest to wspólny interes pacjenta, lekarza i funduszu.

#### **dr Adam Koziarkiewicz**

Oczywiście byliśmy zaangażowani, tutaj wiele osób, w proces legislacyjny, tylko to jest tak, że w tym procesie jest wielu autorów, na różnych fazach i mają na różne elementy wpływ. Podstawowy problem, który można i należy tu podnieść jest taki, że zapisy ustawy nakładają pewne dość rygorystyczne zasady działania kolejki. One były budowane przez osoby, już konkretnie, prawdopodobnie w komisji zdrowia, które nie miały - z różnych powodów - doświadczeń z kolejkami, bo tych formalnych kolejek wcześniej nie mieliśmy, a po drugie nie miały może specjalnie wyobraźni, tak bym to nazwał. To spowodowało, że wszystkie kolejne działania są znacznie obciążone poważnym błędem.

Nasze spotkanie, mam nadzieję, podsumowuje pewien okres, który możemy uznać z jednej strony za pewien sukces, bo w jakimś stopniu ten system został opanowany, ale z drugiej strony widzimy, jakie są szczegółowe problemy. Jeśli z dzisiejszego spotkania uda nam się kilka takich podstawowych idei zawrzeć i skierować je do aktualnych decydentów z postulatami zmian, byłoby bardzo dobrze. Natomiast myślę, że warto na tym etapie zaznaczyć, że zapisy ustawy, które siłą rzeczy są bardzo ogólne, niestety muszą brać pod uwagę te elementy, do których zszedł Andrzej Strug, bo w pewnym momencie schodzi się do tego poziomu szczegółowości. Jeśli to nie będzie przewidziane na etapie zapisów ustawowych, to w pewnym momencie się okaże, że ramy rozporządzenia, delegacji do rozporządzenia są nietrafione.