

**Maria Danuta Głowacka, Agnieszka Krawczyk,
Jan Nowomiejski, Bartłomiej Juras**

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W WYBRANYCH SZPITALACH. ANALIZA PORÓWNAWCZA

Streszczenie: Zapewnienie obywatelom sprawiedliwej, równej, nie dyskryminującej, a przede wszystkim nie sprawiającej problemów dostępności do świadczeń zdrowotnych jest prawnie zagwarantowanym obowiązkiem państwa. W tym celu państwo wykorzystuje narzędzie systemu opieki zdrowotnej, jakim są listy oczekujących. Celem badania zaprezentowanego w opracowaniu było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: czy struktura organizacyjna zakładu opieki zdrowotnej ma wpływ na czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne z danej dziedziny medycznej?

Słowa kluczowe: dostępność do świadczeń zdrowotnych, listy oczekujących, struktura organizacyjna zakładu opieki zdrowotnej.

1. Wstęp

Przy przyjęciu lub wyznaczeniu terminu zgłoszenia się pacjenta na leczenie szpitalne szpital ma obowiązek dokonać kwalifikacji medycznej przypadku. Przyjęcie natychmiastowe ma miejsce, gdy przypadek pacjenta zostaje określony jako pilny. Z kolei osoba, której przypadek zostaje określony jako stabilny nie wymagający natychmiastowej hospitalizacji, zostaje wpisana na tzw. listę oczekujących. Listy oczekujących na świadczenia zdrowotne to narzędzie systemu opieki zdrowotnej stosowane w wielu krajach. Mają one na celu poprawę dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych, a tym samym zaspokojenie ich potrzeb zdrowotnych. Chory jest wpisywany na listę oczekujących z danej dziedziny medycznej w chwili, gdy podmiot służby zdrowia, do którego zgłasza się pacjent, w danej chwili nie jest w stanie udzielić mu świadczenia zdrowotnego¹. Każdy zakład opieki zdrowotnej, dokonujący oceny stanu zdrowia pacjenta i kwalifikacji medycznej przypadku, nie

¹ C. Włodarczyk, S. Poździech, *Systemy społeczne. Zarys problematyki*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.

mogąc udzielić świadczenia zdrowotnego, ma obowiązek prowadzenia list oczekujących. Prowadzi je z każdej specjalizacji, z której udziela świadczeń zdrowotnych.

2. Listy oczekujących

W Polsce od kilku lat zauważa się zjawisko deficytu świadczeń opieki zdrowotnej. Głównymi przyczynami jego występowania są:

- proces starzenia się populacji,
- wzrost zachorowalności na choroby przewlekłe,
- rozwój technologii medycznych,
- wzrost oczekiwań obywateli w odniesieniu do dostępności świadczeń opieki zdrowotnej,
- ograniczoność zasobów, w szczególności finansowych.

Zgodnie z art. 68 Konstytucji RP „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”². Jednakże występują trzy zjawiska, których jednoczesne oddziaływanie powoduje deficyt w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Są to:

1) powyższe zapewnienie konstytucyjnego prawa do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, które należy traktować jako normę prawną, typową dla państwa obywatelskiego;

2) obowiązująca doktryna lekarska, nakazująca udzielanie wszechstronnej opieki medycznej na możliwie najwyższym poziomie dla każdego potrzebującego pacjenta;

3) powszechne, dotyczące wszystkich krajów świata, ograniczenia w wysokości środków, jakie możliwe są do przeznaczenia na ochronę zdrowia.

Istnieją możliwości oddziaływania na wyżej wymienione zjawiska. Jednak są one bardzo ograniczone, gdyż:

- zwiększenie poziomu finansowania powoduje wzbogacenie oferowanych świadczeń, które bardzo szybko stają się oczekiwanymi świadczeniami standardowymi, a w ich miejsce pojawiają się nowe potrzeby;
- rezygnacja z prawnych gwarancji równego dostępu i postrzeganie usługi prawnej jako przedmiotu obrotu gospodarczego jest społecznie i politycznie niemożliwa do akceptacji;
- zmiana doktryny lekarskiej jest możliwa jedynie w odniesieniu do postulatu wszechstronności poprzez ograniczenie zakresu w formie koszyka świadczeń gwarantowanych.

W związku z powyższym powstał problem – co zrobić, aby każdemu obywatelowi, który ma potrzebę zdrowotną, zapewnić w miarę możliwości jak najlepszy i jak najszybszy dostęp do świadczeń zdrowotnych w celu zaspokojenia tychże potrzeb.

² Konstytucja RP, DzU 1997, nr 78, poz. 483.

Jednym z rozwiązań jest prowadzenie przez świadczeniodawców tzw. list oczekujących.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, świadczeniodawca wpisuje świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej³. Kryteriami tymi są:

- 1) stan zdrowia świadczeniobiorcy,
- 2) rokowanie co do dalszego przebiegu choroby,
- 3) choroby współistniejące, mające wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie,
- 4) zagrożenie wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niesprawności.

Stosując powyższe kryteria medyczne, zakłady opieki zdrowotnej muszą kwalifikować pacjentów do jednej z dwóch kategorii jako:

1) „przypadek pilny” – wtedy, gdy zachodzi konieczność natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na rozwój procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia;

2) „przypadek stabilny” – w przypadku, gdy jest to stan inny niż stany nagły i pilny⁴.

Podmioty służby zdrowia umieszczają chorych na listach oczekujących po stwierdzeniu, że pacjent posiada odpowiednie skierowanie na danego rodzaju świadczenie lub jest uprawniony do tego świadczenia bez skierowania. W przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalach, potwierdzenia kategorii medycznej dokonuje lekarz w szpitalu. Osobę, której stan zdrowia zakwalifikowano jako przypadek pilny, umieszcza się na liście oczekujących przed osobami, których stan zdrowia uznano jako przypadek stabilny. Jednakże pacjentów wymagających udzielenia świadczeń zdrowotnych w ściśle określonych terminach przyjmuje się zgodnie z planem leczenia.

3. Badanie

Celem badania było porównanie wybranych szpitali pod względem dostępności do świadczeń zdrowotnych (listy oczekujących) z zakresu okulistyki. Szpitale te

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 roku w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, DzU 2005, nr 200, poz. 1661.

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2005 w sprawie sposobów i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, DzU nr 206, poz. 1724.

reprezentują różne struktury organizacyjne (szpital kliniczny, szpital wojewódzki, szpital branżowy oraz szpital miejski). Wnioski opracowane z analizy materiału badawczego zebranego w tychże szpitalach są odpowiedzią na pytanie: czy struktura organizacyjna danej placówki opieki zdrowotnej ma wpływ na czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne z danej dziedziny medycznej?

Badanie zostało przeprowadzone w następujących szpitalach:

- 1) Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 Przemienienia Pańskiego Akademii Medycznej w Poznaniu
- 2) Szpital Wojewódzki w Poznaniu
- 3) 111 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Poznaniu
- 4) Zakład Opieki Zdrowotnej Poznań – Nowe Miasto.

4. Wyniki

Na podstawie wyników badania ankietowego można dokonać analizy porównawczej szpitali, w których to badanie zostało przeprowadzone. W ten sposób uzyskano odpowiedzi na pytanie: czy struktura organizacyjna zakładu opieki zdrowotnej wpływa na czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego oraz na tryb przyjęcia pacjenta do szpitala, a także na pytanie: czy struktura ta może wpłynąć na kryteria, które według respondentów zostały zastosowane przy kwalifikacji medycznej ich przypadku klinicznego?

W trzech badanych szpitalach, tj. klinicznym, wojewódzkim i miejskim, wszyscy pacjenci zostali przyjęci do szpitala w wyznaczonym terminie. Nie udzielono odpowiedzi, iż nastąpiło jakiegokolwiek przesunięcie w czasie wykonania usługi medycznej. Natomiast w szpitalu branżowym takiej odpowiedzi udzieliła większość osób. Tylko 5 osób odpowiedziało, iż ich przyjęcie do szpitala zostało przesunięte i wystąpiło to tylko jeden raz.

Zakłady opieki zdrowotnej, w których zostało przeprowadzone badanie, różnią się zasadniczo, jeśli mówimy o czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Najkrótszy czas, wynoszący 1-2 miesiące, występuje w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 Przemienienia Pańskiego Akademii Medycznej w Poznaniu oraz w 111 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SP ZOZ w Poznaniu. Z kolei najdłuższy czas oczekiwania odnotowano w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu i wynosi aż 19-24 miesięcy. Czas pośredni, tzn. 7-8 miesięcy, zgodnie ze wskazaniami respondentów, występuje w Zakładzie Opieki Zdrowotnej Poznań – Nowe Miasto.

Również w trzech szpitalach: klinicznym, wojewódzkim i miejskim, od takiej samej liczby pacjentów (po 40 osób) oddziałów okulistycznych tychże szpitali wymagano konsultacji lekarza rodzinnego przed przyjęciem do szpitala. Od pozostałych ankietowanych (po 10 osób) nie wymagano opinii lekarza pierwszego kontaktu na temat ich stanu zdrowia oraz wskazania ewentualnych przeciwwskazań do zabiegów operacyjnych. Z kolei w szpitalu branżowym proporcja ta jest inna, tzn. od po-

łowy pacjentów wymagano konsultacji medycznej lekarza rodzinnego, a od drugiej połowy nie wymagano.

W przypadku szpitala klinicznego i szpitala branżowego pacjenci tychże zakładów opieki zdrowotnej nie mieli problemów z przyjęciem na leczenie szpitalne z powodu braku koniecznych badań diagnostycznych. Respondenci ci twierdzili, iż wszystkie niezbędne do zabiegu operacyjnego badania zostały wykonane już w szpitalu. Z kolei w szpitalu wojewódzkim takich problemów nie miało 40 osób. Pozostałych 10 respondentów przyznało, iż przed przyjęciem na oddział miały problemy z powodu braku koniecznej dokumentacji medycznej. W szpitalu miejskim takie kłopoty miało 20 ankietowanych. Nie mieli oni badania EKG, badania USG oraz ogólnych badań krwi i moczu. Interesującą kwestią jest jednak to, że żaden z pacjentów ocenianych podmiotów służby zdrowia nie został poproszony o wykonanie dodatkowych badań. Na tej podstawie można sądzić, iż respondenci mieli problemy z przyjęciem do szpitala z powodu braku dokumentacji medycznej, np. badania EKG, a w celu uzupełnienia dokumentów badanie to zostało wykonane po przyjęciu na oddział szpitalny.

Pacjenci leczeni w badanych zakładach opieki zdrowotnej jako osobę kierującą na leczenie szpitalne najczęściej wskazywali lekarza specjalistę posiadającego kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wszyscy ankietowani byli również zgodni w ocenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Według respondentów czas ten jest raczej do zaakceptowania, mimo iż w niektórych szpitalach jest on bardzo długi, a w innych bardzo krótki.

Wszystkie osoby biorące udział w badaniu przyznały, iż kryterium medyczne miało zdecydowany wpływ na decyzję o odłożeniu w czasie udzielenia świadczenia zdrowotnego. Jednakże w przypadku kryterium ekonomicznego raczej nie wpłynęło ono na wyznaczenie terminu przyjęcia do szpitala w opinii pacjentów Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 Przemienienia Pańskiego Akademii Medycznej w Poznaniu i Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu. Natomiast dla osób hospitalizowanych w 111 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SP ZOZ w Poznaniu i Zakładzie Opieki Zdrowotnej Poznań – Nowe Miasto kryterium ekonomiczne było zupełnie nieistotne.

Dla osób leczących się w dwóch pierwszych opisywanych szpitalach, tj. klinicznym i wojewódzkim, kryterium społeczne zdecydowanie nie oddziaływało na termin przyjęcia na oddział okulistyczny. Jego oddziaływania raczej nie zauważyli ankietowani leczący się w szpitalu miejskim. Z kolei pacjenci branżowej placówki służby zdrowia zauważyli wpływ kryterium społecznego na wpisanie na listę oczekujących.

Wszyscy pacjenci stwierdzili, iż w każdym z omawianych szpitali kwalifikacji medycznej dokonał lekarz mający do tej czynności odpowiednie uprawnienia. Często podkreślali, że zrobiono to dokładnie i profesjonalnie. Jednakże stosunek przypadków stabilnych do przypadków pilnych w każdym z badanych zakładów opieki zdrowotnej był inny. Najwięcej przypadków pilnych odnotowano w szpitalu

klinicznym (35 osób), a następnie w szpitalu branżowym (20 osób). Najmniej przypadków pilnych przyjął szpital miejski (tylko 5 osób). Natomiast szpital wojewódzki przyjął 10 osób.

Tabela 1. Zestawienie porównawcze szpitali, w których przeprowadzono badanie ankietowe

Cecha	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 AM w Poznaniu	Szpital Wojewódzki w Poznaniu	111 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Poznaniu	Zakład Opieki Zdrowotnej Poznań – Nowe Miasto
Przesunięcie przyjęcia do szpitala	NIE – 50 osób	NIE – 50 osób	TAK – 5 osób (1 raz) NIE – 45 osób	NIE – 50 osób
Czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala	1-2 miesiące	19-24 miesiące	1-2 miesiące	7-8 miesięcy
Konsultacja lekarza rodzinnego przed przyjęciem do szpitala	TAK – 40 osób NIE – 10 osób	TAK – 40 osób NIE – 10 osób	TAK – 25 osób NIE – 25 osób	TAK – 40 osób NIE – 10 osób
Problemy z powodu braku koniecznych badań	NIE – 50 osób	NIE – 40 osób TAK – 10 osób	NIE – 50 osób	NIE – 30 osób TAK – 20 osób
Wykonanie dodatkowych badań	NIE – 50 osób	NIE – 50 osób	NIE – 50 osób	NIE – 50 osób
Osoba kierująca do szpitala	lekarz specjalista posiadający kontrakt z NFZ	lekarz specjalista posiadający kontrakt z NFZ	lekarz specjalista posiadający kontrakt z NFZ	lekarz specjalista posiadający kontrakt z NFZ
Ocena czasu oczekiwania	raczej do zaakceptowania	raczej do zaakceptowania	raczej do zaakceptowania	raczej do zaakceptowania
Kryterium medyczne	zdecydowanie tak	zdecydowanie tak	zdecydowanie tak	zdecydowanie tak
Kryterium ekonomiczne	raczej nie	raczej nie	obojętne	obojętne
Kryterium społeczne	zdecydowanie nie	zdecydowanie nie	raczej tak	raczej nie
Kryterium prywatne	zdecydowanie nie	zdecydowanie nie	raczej nie	zdecydowanie nie raczej nie
Kwalifikacja medyczna	TAK – 50 osób	TAK – 50 osób	TAK – 50 osób	TAK – 50 osób
Ocena stanu zdrowia pacjenta	stabilny – 15 osób pilny – 35 osób	stabilny – 40 osób pilny – 10 osób	stabilny – 30 osób pilny – 20 osób	stabilny – 45 osób pilny – 5 osób
Osoba dokonująca wpisu na listę oczekujących	lekarz dyżurny	rejestratorka	ordynator oddziału	rejestratorka

Źródło: opracowanie własne.

Pacjenci Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu i Zakładu Opieki Zdrowotnej Poznań – Nowe Miasto jako osobę dokonującą wpisu na listę oczekujących najczęściej wskazywali szpitalną rejestratorkę. W 111 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SPZOZ w Poznaniu osobą taką był ordynator oddziału okulistycznego tej placówki. Z kolei na lekarza dyżurnego najczęściej wskazywali pacjenci Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 Przemienienia Pańskiego Akademii Medycznej w Poznaniu.

Zestawienie porównawcze szpitali, w których zostało przeprowadzone badanie ankietowe przedstawia tab. 1.

Na podstawie porównania czterech poznańskich szpitali można wysunąć wniosek, iż struktura organizacyjna zakładu opieki zdrowotnej może wpływać na czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Mimo iż większość cech opisywanych szpitali jest identyczna, np. najczęściej wskazywaną osobą kierującą do szpitala był lekarz specjalista posiadający kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, pacjenci tych placówek nie musieli wykonywać dodatkowych badań przed przyjęciem do szpitala, czas oczekiwania został oceniony jako „raczej do zaakceptowania” itd., to wpływ struktury organizacyjnej można zauważyć w liczbie przyjętych przypadków pilnych i stabilnych.

Do szpitala klinicznego, w którym udziela się zazwyczaj świadczeń wysoko specjalistycznych, trafiają osoby, których stan zdrowia jest kwalifikowany jako przypadek pilny. Większość pacjentów (35 osób) Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 Przemienienia Pańskiego Akademii Medycznej w Poznaniu to osoby przyjęte w trybie pilnym. Pacjenci ci często wskazywali, iż zostali przyjęci do tego właśnie szpitala, gdyż w innej placówce albo nie mogli uzyskać pomocy, albo stan ich zdrowia nie pozwalał na jeszcze dłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

O podobnej sytuacji mówimy w przypadku szpitala branżowego. Jednak zjawisko to jest tutaj mniej nasilone, ponieważ prawie połowa przyjętych pacjentów (20 osób) to przypadki pilne. Jednak osoby hospitalizowane w tym zakładzie opieki zdrowotnej wskazywały na inne przyczyny takiego stanu rzeczy niż osoby hospitalizowane w szpitalu klinicznym. Pacjenci bardzo często podkreślali, iż 111 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Poznaniu jest (jak sama nazwa wskazuje) branżową organizacją służby zdrowia, a więc dla określonych grup zawodowych. Dlatego też ten zakład opieki zdrowotnej przyjmuje pacjentów, których stan zdrowia zakwalifikowano jako przypadek pilny dużo częściej niż inne szpitale.

Z kolei Szpital Wojewódzki, który przyjmuje pacjentów z całego województwa wielkopolskiego, oraz Zakład Opieki Zdrowotnej Poznań – Stare Miasto, który jest szpitalem miejskim (powiatowym) i przyjmuje pacjentów z powiatu poznańskiego, są nastawione na przyjmowanie chorych wg planowanych przyjęć. Duża rozległość terenu, z którego pochodzą pacjenci, sprawia, iż łatwiej zaplanować przyjęcie do szpitala niż przyjmować pacjentów, np. ponad limit łóżek. Osoby hospitalizowane w tych szpitalach przyznawały, iż są z daleko położonych od Poznania miejsc i że

nawet tak długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego pozwolił im zaplanować podróże i pobyt w szpitalu.

Poznańskie szpitale, w których zostało przeprowadzone badanie ankietowe, tak jak inne organizacje służby zdrowia w całym kraju, mają przede wszystkim zaspokajać potrzeby zdrowotne i udzielać niezbędnych świadczeń zdrowotnych. O tym, jak długo pacjent musi czekać na wykonanie usługi medycznej, decyduje jej charakter.

5. Zakończenie

Badanie ankietowe przeprowadzone w czterech poznańskich szpitalach dowodzi, iż listy oczekujących na świadczenia zdrowotne, jako instrument poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, nie do końca spełniają założone cele. W rzeczywistości są one narzędziem systemu opieki zdrowotnej i jako takie wymagają jeszcze pewnego dopracowania. Polski system opieki zdrowotnej wymaga reformy. Racjonalizując ten system, należy jednak działać rozważnie i patrzeć na niego oczami pacjenta, ponieważ to on ma korzystać z systemu i to w sposób nie sprawiający mu jakichkolwiek problemów. Obecnie dla chorego nie jest ważne w jakim szpitalu – klinicznym, branżowym, wojewódzkim czy miejskim lekarze udzielą mu świadczenia zdrowotnego, którego on potrzebuje. Człowiek, który cierpi, oczekuje tylko jednego – pomocy.

Literatura

Konstytucja RP, DzU1997, nr 78, poz. 483.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 roku w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, DzU 2005, nr 200, poz. 1661.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2005 roku w sprawie sposobów i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, DzU nr 206, poz. 1724.

Włodarczyk C., Poździoch S., *Systemy społeczne. Zarys problematyki*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.

AVAILABILITY OF HEALTH SERVICES IN CHOSEN HOSPITALS. COMPARATIVE ANALYSIS

Summary: The assurance of the citizens' just, equal, non-discriminate and non problematic provision of health services is a legal guarantee and at the same time the duty of the state. It also has the obligation, when it is impossible to satisfy health needs of patients, to guarantee them its service in a definite time. To achieve it the country uses the instrument of health system, i.e. waiting lists. The aim of this research is to answer the question: does the organizational structure of health care facility have the influence on time of waiting for health services of a given medical specialization?