

Czas oczekiwania na świadczenia medyczne w Polsce w świetle doświadczeń wybranych państw OECD

Nadesłany: 03.05.17 | Zaakceptowany do druku: 08.08.17

Anna Hnatyszyn-Dzikowska*

Celem artykułu jest krytyczna ocena dotychczasowych doświadczeń Polski w ograniczaniu czasu oczekiwania na świadczenia medyczne finansowane z pieniędzy publicznych oraz wskazanie dobrych praktyk podejmowanych przez wybrane państwa OECD. Analizie poddano wybrane obszary medycyny w Polsce. Zakres czasowy artykułu obejmuje lata 2012–2016 i opiera się na danych statystycznych zawartych w Raportach WHC Foundation, w bazie OECD Health Data oraz na danych NFZ. Na podstawie przeglądu literatury uzyskane wyniki odniesiono do doświadczeń wybranych państw OECD, wskazując na zalety i wady stosowanych rozwiązań. W analizowanym okresie ogólny trend czasu oczekiwania na świadczenia medyczne ma tendencję wzrostową. Fakt ten świadczy o braku skutecznych działań, co jest postrzegane jako jedna z najpoważniejszych wad systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Podejmowane działania w zakresie skrócenia czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia medyczne są często niespójne i nie przyczyniają się do poprawy dostępności. Wzorem dobrych praktyk stosowanych w wybranych państwach rekomenduje się podejmowanie skoordynowanych działań zarówno po stronie popytowej, jak i podażowej systemu, poprzedzonych rzetelną diagnozą systemu.

Słowa kluczowe: świadczenia medyczne, finansowanie publiczne, czas oczekiwania.

Waiting Time for Health Care Services in Poland and Selected OECD Countries

Submitted: 03.05.17 | Accepted: 08.08.17

The main purpose of the article is a critical evaluation of Poland's past experience in reducing waiting times for health care services financed by public funds. Moreover, good practices undertaken by selected OECD countries are identified. Selected medical interventions across 43 areas of medicine in Poland have been analyzed. The time range in the article covers the years 2012–2016 and is based on the statistics contained in the WHC Foundation reports, the OECD Health Data and the NHF data. The advantages and disadvantages of the solutions across OECD countries are pointed out on the basis of the literature review. Overall, the waiting time for medical services tends to increase. This fact proves the lack of effective actions, which is seen as one of the most serious defects in the health care system in Poland. Actions taken to reduce waiting times for guaranteed medical services are chaotic, inconsistent and do not contribute to improving accessibility. As a good practice in selected countries (e.g. Great Britain), it is recommended to take coordinated action on both the demand and supply side, preceded by a reliable system diagnosis.

Keywords: health services, public financing, waiting time.

JEL: I11, H41

* **Anna Hnatyszyn-Dzikowska** – dr, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zdrowia Publicznego, Zakład Ekonomiki Zdrowia.

Adres do korespondencji: Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, ul. Jagiellońska 13–15, 85-067 Bydgoszcz; e-mail: a.hnatyszyn@cm.umk.pl.

1. Wprowadzenie

Czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia medyczne jest istotnym problemem większości państw (Siciliani, Borowitz i Moran, 2013). Z jednej strony tworzenie list oczekujących stanowi środek racjonowania opieki zdrowotnej, z drugiej strony jest symptomem niedofinansowania i sytuacji nierównowagi. Z racji tego, iż czas oczekiwania na świadczenia medyczne jest przyczyną niezadowolenia pacjentów i negatywnej oceny systemu, decydenci polityczni wprowadzają pakiety reform mających na celu jego ograniczenie. Celem artykułu jest ocena poprawy dostępu pacjentów do wybranych procedur medycznych znajdujących się w koszyku świadczeń gwarantowanych w latach 2012–2016 w Polsce. Na tej podstawie zostaną zidentyfikowane działania mające na celu poprawę dostępności do świadczeń medycznych w latach 2012–2016 oraz ich ocena na tle doświadczeń wybranych państw.

Ocena funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce wskazuje na wciąż istotne nierówności w dostępie do świadczeń medycznych (EHCI, 2016), czego wyrazem są wielomiesięczne okresy oczekiwania pacjentów na każdym etapie leczenia. Niejednokrotnie pacjenci, o ile pozwala na to ich sytuacja finansowa, wybierają szybszą, lecz kosztowną konsultację, diagnostykę oraz leczenie w sektorze prywatnym. W przeciwnym wypadku zmuszeni są do wielomiesięcznego oczekiwania. Istniejące bariery w dostępie do świadczeń medycznych mogą skutkować postępowaniem choroby, co może mieć negatywny wpływ na stan zdrowia pacjenta i skutkować wzrostem kosztów pośrednich i bezpośrednich w systemie. Można więc postawić hipotezę, iż dotychczasowe działania decydentów ukierunkowane na redukcję czasu oczekiwania na świadczenia medyczne w Polsce okazały się nieskuteczne. Fakt ten determinuje potrzebę identyfikacji obszarów nierówności, ocenę dotychczasowych działań w celu ich likwidacji i próbę wskazania kierunków działań w oparciu o dobre praktyki innych państw.

2. Metodologia

W artykule poddano analizie czas oczekiwania w ramach trzech podstawowych etapów leczenia pacjenta, tj. wizyta u specjalisty, badanie diagnostyczne oraz świadczenie zabiegowe/operacyjne.

Artykuł opiera się na Raportach Fundacji Watch Health Care (WHC) z lat 2012–2017, danych zawartych w serwisie Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ, Ogólnopolski Informator Oczekiwania na Świadczenia Medyczne, <http://kolejki.nfz.gov.pl>) oraz danych zawartych w bazie OECD Health Data. Analizie poddano 43 dziedziny medycyny. Porównano czas oczekiwania na świadczenia w 2012 r. do tego samego okresu w 2017 r. Wskazano obszary, w których sytuacja uległa poprawie, pogorszeniu lub nie zmieniła się, podejmując próbę identyfikacji przyczyn zaistniałej sytuacji na podstawie czynników popytowych i podaźowych w systemie opieki zdrowotnej.

3. Strategie ukierunkowane na redukcję czasu oczekiwania na świadczenia medyczne

Literatura przedmiotu wskazuje na trzy grupy działań podejmowanych przez państwa OECD ukierunkowanych na redukcję czasu oczekiwania na świadczenia medyczne: działania zwiększające podaż świadczeń medycznych, działania redukujące popyt oraz tzw. strategie globalne (Kreindler, 2010). Ze względu na cel i zakres artykułu pominięte zostały aspekty związane z wpływem organizacji i finansowania systemu opieki zdrowotnej na czas oczekiwania na świadczenia. Tematyka ta została szeroko omówiona w badaniach (Siciliani, Moran i Borowitz, 2014; Cylus i Papanicolas, 2015).

Przedstawione działania po stronie podaży (tabela 1) wydają się z założenia skuteczne. W tym kontekście wskazuje się, iż państwa, które nie borykają się z problemem długiego czasu oczekiwania (np. Francja, Belgia, Niemcy, Szwajcaria), zazwyczaj płacą dostawcy na podstawie wielkości leczenia (zaangażowanych zasobów) bez restrykcyjnych ograniczeń dotyczących wydatków – czyli „pieniądze podążają za pacjentem” (Hurst i Siciliani, 2003). Skuteczność strategii zwiększonej zapłaty za aktywność odnotowano w Wielkiej Brytanii (Levy, Sobolev, Hayden, Kiely, FitzGerald i Schechter, 2005, s. 22) oraz Holandii (Willcox, Seddon, Dunn, Edwards, Pearse i Tu, 2007; Schut i Van de Ven, 2005). W Danii okazała się natomiast skuteczna strategia ukierunkowana na powiększanie zasobów sektora ochrony zdrowia (Hurst i Siciliani, 2003). W literaturze wskazuje się na kosztowność i brak skuteczności w redukcji czasu oczekiwania, działań związanych z opieką transgraniczną (Botten, Grepperud i Nerland, 2004). Podobnie, nie ma bezpośrednich dowodów na skuteczność większego zaangażowania podmiotów prywatnych w redukcję czasu oczekiwania na świadczenia medyczne (Mason, 2008, s. 129), choć istnieją wyjątki, co uwarunkowane jest szeregiem instytucjonalnych rozwiązań (cele właścicieli podmiotów prywatnych, struktura właścicielska, rodzaj świadczeń, stopień ryzyka powikłań u pacjentów itp.) (Davson, Gravelle, Jacobs, Martin i Smith, 2007, s. 115).

Rozwój sektora prywatnego zarówno od strony świadczenia usług, jak i finansowania (ubezpieczenia komplementarne i/lub suplementarne) nie wykazuje na tle doświadczeń państw OECD skuteczności w badanym obszarze. Akcentowany jest przede wszystkim problem pochłaniania zasobów publicznych przez sektor prywatny. Wiele krajów (np. Wielka Brytania, Irlandia, Finlandia, Włochy, Hiszpania) umożliwia lekarzom praktykowanie w sektorze publicznym i prywatnym; lekarze uzyskują wyższe dochody w tym ostatnim. Taki układ daje lekarzom wyraźną zachętę do poświęcania swoich godzin pacjentom w sektorze prywatnym, a nawet do utrzymania długoterminowych list oczekujących na publiczne świadczenia, aby kierować więcej pacjentów do ich prywatnej praktyki (Colombo i Tapay, 2004).

Biorąc pod uwagę dowody na to, że słabo zaprojektowane systemy opieki zdrowotnej mogą marnować znaczne ilości zasobów i negatywnie

Działania ukierunkowane na zwiększenie wolumenu świadczeń medycznych	Opis
Zapłata za zwiększoną aktywność (bonusy, zapłata za usługę itp.)	Gdy rozwiązanie takie wprowadzone są na określony czas, to czas oczekiwania tymczasowo maleje, ale wydłuża się ponownie, gdy skończy się dodatkowe finansowanie. Rekomenduje się, by wprowadzane w tym obszarze działania były stabilne i długookresowe, co jest możliwe tylko wtedy, gdy jest wystarczająco dużo możliwości zwiększenia aktywności podmiotów leczniczych, których działania muszą być faktycznie ukierunkowane na redukcję listy oczekujących
Powiększenie zasobów sektora ochrony zdrowia (finansowanego publicznie)	Wspiera redukcję czasu oczekiwania w długim okresie. W systemie publicznym zostają powiększone zasoby (wydatki ogółem, łóżka, kadra medyczna, sprzęt itp.). Istotne, by działania były strategicznie ukierunkowane na obszary deficytowe. Kiedy sektor publiczny nie reaguje szybko na zwiększający się czas oczekiwania na świadczenia, pacjentom proponowana jest opieka poza granicami państwa lub podpisywane są kontrakty z podmiotami prywatnymi. Niemniej dowody nie wskazują na skuteczność tych działań w redukcji czasu oczekiwania
Rozwój sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych	Czasami działanie to opisywane jest jako strategia po stronie popytu, lecz działanie to nie zmniejsza zapotrzebowania na świadczenia medyczne, jedynie redystrybuuje popyt do sektora prywatnego. Doświadczenia państw OECD wskazują na brak efektu w redukcji czasu oczekiwania na świadczenia medyczne w sektorze publicznym. Działanie to może nie poprawiać możliwości produkcyjnych sektora publicznego (np. gdy sektor prywatny i publiczny korzysta z tych samych zasobów – lekarzy, szpitali publicznych). Niemniej, osoby, które mogą sobie pozwolić na prywatne ubezpieczenia, otrzymują opiekę medyczną szybciej. Doświadczenia wskazują, iż rządowe dofinansowanie prywatnych ubezpieczeń bywa kosztowne
Wykorzystanie istniejących zasobów opieki zdrowotnej bardziej wydajnie (zachęcanie do usprawnienia procesów i lepszych systemów na szczeblu lokalnym)	Akcentowanym działaniem jest przejście na chirurgię jednego dnia, system koordynowanej opieki zdrowotnej, promowanie wdrażania najlepszych praktyk
Przekierowanie pacjentów do krótszych list oczekujących – pozostawienie wolnego wyboru pacjentom	Wskazuje się na nieliczne dowody oddziaływania tej strategii. Skuteczne może się okazać połączenie działań koordynujących kolejki ze zwiększeniem zdolności wytwórczych sektora (powiększenie zasobów sektora)

Tab. 1. Strategie redukcji czasu oczekiwania na świadczenia medyczne po stronie podaży. Źródło: opracowanie na podstawie S.A. Kreindler. (2010). Policy Strategies to Reduce Waits for Elective Care: A Synthesis of International Evidence. *British Medical Bulletin*. 95(1), 7–32.

oddziaływać na czas oczekiwania na świadczenia medyczne, to brakuje jednoznacznych badań wskazujących na zależność między poprawą efektywności systemu a czasem oczekiwania na świadczenia medyczne (Kreindler, 2010). Ostatnia z przedstawionych strategii zakłada, że pacjenci wybierają dostawców świadczeń z krótszych list oczekiwania. Badania przeprowadzone w Danii, Szwecji, Holandii nie potwierdzają tej hipotezy. To reputacja, opinia o lekarzu (świadczeniodawcy) mają kluczowy wpływ na podejmowany wybór (Fotaki, Roland, Boyd, McDonald, Scheaff i Smith, 2008, s. 178).

Strategia	Opis
Zapobieganie chorobom w celu zmniejszenia konieczności leczenia	Nie jest jasne, w jakim stopniu podejmowane działania mogą przynieść zamierzone efekty
Ustalenie pacjentów priorytetowych i leczenie tylko tych, którzy spełniają określony próg priorytetu (racjonowanie)	W tej strategii pojawia się ryzyko wykluczenia pacjentów potrzebujących leczenia (szczególnie, jeśli próg priorytetu ustalany jest według kryterium finansowego). Stąd trudne jest opracowanie wiarygodnych, istotnych kryteriów, należy mieć bowiem na uwadze, że racjonalizacja opieki to kwestia etyki i wartości, a nie tylko ekonomii
Wylimitowanie zbędnych testów diagnostycznych i zabiegów	Z jednej strony dotychczasowe badania wskazują na brak dowodów na dużą skalę, co wynika z trudności w jednoznacznym określeniu, jaka diagnostyka czy świadczenia medyczne są zbędne

Tab. 2. Strategie redukcji czasu oczekiwania na świadczenia medyczne po stronie popytu. Źródło: opracowanie na podstawie S.A. Kreindler. (2010). *Policy Strategies to Reduce Waits for Elective Care: A Synthesis of International Evidence. British Medical Bulletin. 95(1), 7-32.*

Wskazane strategie po stronie popytu (tabela 2) są praktyce bardzo trudne do wdrożenia. Trudno jest zmienić liczbę pacjentów, którzy potrzebują lub mogą korzystać z leczenia. Zapobieganie chorobom oraz skuteczność podstawowej opieki zdrowotnej może być sposobem na zmniejszenie przyszłych potrzeb w zakresie leczenia szpitalnego, lecz brakuje badań, w jaki sposób poszczególne strategie zapobiegania mogą mieć wpływ na czas oczekiwania (Kreindler, 2010). Przedstawione strategie po stronie popytu w rzeczywistości nie zmniejszają zapotrzebowania na świadczenia medyczne, lecz dostosowują liczbę pacjentów kwalifikujących się do leczenia do dostępnej podaży świadczeń medycznych. Innymi słowy, zastępują racjonowanie przez kolejkowanie racjonowaniem według priorytetu. Strategie te, przede wszystkim z powodów etycznych, są mniej powszechne niż strategie po stronie podażowej. Największe doświadczenia w tym zakresie mają Nowa Zelandia, Włochy i Wielka Brytania (Gauld i Derrett, 2000; France, Taroni i Donatini, 2005).

Strategia	Opis
Określenie wymaganych celów (zazwyczaj maksymalny czas oczekiwania) z bezpośrednią zachętą do ich spełnienia	Dowody wskazują na istotną skuteczność w redukowaniu czasu oczekiwania na świadczenia medyczne spójnych i strategicznych działań: wyznaczania celów, wdrażania zarówno pozytywnych, jak i negatywnych bodźców stymulujących do ich osiągnięcia. Działania takie mają odzwierciedlenie zarówno w zwiększonej podaży świadczeń medycznych, jak i racjonalnym zarządzaniu popytem na nie. Niemniej, strategia ta promuje skupienie się przede wszystkim na obszarach szczególnie problemowych. Potrzeba więc czasu, by działania były zaadresowane do większości pacjentów, których dotyczy problem. Ponadto w zależności od tego, którzy pacjenci objęci są celem, zachodzi ryzyko hazardu, leczenie pacjentów poza kolejnością kliniczną oraz utrata jakości świadczeń
Wykorzystywanie mechanizmów rynkowych (np. zachęcanie do konkurencji) w celu promowania zachęt do krótszego oczekiwania	Działania oparte przede wszystkim na współpracy i koordynacji działań – tzw. koordynowana opieka zdrowotna
Inwestowanie w gromadzenie i wykorzystywanie danych, monitorowanie, raportowanie itp.	Mierzenie i monitorowanie czasu oczekiwania jest koniecznym krokiem w kierunku zrozumienia problemu i podjęcia działań w celu jego zmniejszenia/likwidacji. Niezbędne są więc wiarygodne, porównywalne informacje w celu dokonania porównań międzynarodowych i regionalnych. Działania te pozwalają na skuteczne korzystanie z dobrych praktyk

Tab. 3. Globalne strategie redukcji czasu oczekiwania na świadczenia medyczne. Źródło: opracowanie na podstawie S.A. Kreindler. (2010). *Policy Strategies to Reduce Waits for Elective Care: A Synthesis of International Evidence. British Medical Bulletin. 95(1), 7–32.*

W literaturze wskazuje się, iż państwem, które odniosło wyraźny sukces w skróceniu czasu oczekiwania na świadczenia medyczne poprzez spójne, strategiczne działania (tabela 3), jest Wielka Brytania (Anglia), w której wprowadzono maksymalny okres oczekiwania na leczenie ostateczne wynoszące 18 tygodni od momentu zdiagnozowania choroby. Stopniowo niższym celem w zakresie maksymalnego czasu oczekiwania towarzyszyło ściśle monitorowanie i zachęty finansowe, a także sankcje (np. zwolnienia osoby zarządzające podmiotami leczniczymi) (Bevan i Hood, 2006, s. 419–420; Harrison i Appleby, 2009, s. 168–173).

Warto nadmienić, iż samo ustalanie celów bez konsekwentnego egzekwowania uzyskanych wyników ma niewielki wpływ na spadek czasu oczekiwania na świadczenia medyczne, czego dowodzą doświadczenia państw OECD (Sicilani, Moran i Borowitz, 2014). Natomiast cele bez agresywnego zarządzania wydajnością wydają się mieć niewielki wpływ, czego dowodzą doświadczenia Szwecji i Danii (Anell, 2005, s. 237–254; Willcox i in., 2007). Istnieje ryzyko, że podmioty lecznicze będą opierały się postawionym celom,

postrzegając je jako zagrożenie dla wolności realizacji świadczeń klinicznych, niemniej wskazuje się, iż zaangażowanie lekarza pozytywnie wpływa na wdrażanie strategii redukcji czasu oczekiwania.

Podsumowując, tylko skoordynowane, poprzedzone rzetelną diagnozą działania mogą przynieść realne skutki w skróceniu czasu oczekiwania na świadczenia medyczne. W tym kontekście w dalszej części artykułu dokonana zostanie ocena sytuacji w polskim systemie opieki zdrowotnej wraz z diagnozą zmian w ostatnich 5 latach i na tym tle zostanie podjęta próba oceny podejmowanych działań w ramach poprawy dostępu do świadczeń medycznych.

4. Czas oczekiwania na świadczenia medyczne w Polsce w ramach wybranych dziedzin medycyny

Dane zawarte w Raportach WHC (2012; 2017) wskazują, iż między rokiem 2012 a początkiem 2017 roku średni czas oczekiwania na wybrane świadczenia medyczne wydłużył się o 0,5 miesiąca. W ciągu badanego czasu nastąpiło wydłużenie czasu oczekiwania na realizację świadczeń u 21 z 43 wybranych dziedzin medycyny. Największy wzrost czasu oczekiwania (o ponad 3 miesiące) odnotowano w reumatologii, geriatricznym angiologii oraz stomatologii i ortodontacji (tabela 4). W przypadku żadnej z badanych dziedzin nie odnotowano istotnego spadku oczekiwania, choć utrzymują się one na wysokim poziomie.

Dziedzina medycyny	Raport 1 II/III 2012 r.	Raport 16 II/III 2017 r.	Zmiana absolutna czasu oczekiwana > 3 mies. (w mies.)
Wzrost czasu oczekiwania			
Reumatologia	2,1	7,0	+4,9
Geriatriczna	2,4	7,1	+4,7
Angiologia	2,9	7,0	+4,1
Stomatologia i ortodontacja	4,0	7,0	+3,0

Tab. 4. Zmiana czasu oczekiwania na wybrane świadczenia medyczne z wybranych dziedzin medycyny. Źródło: opracowanie na podstawie WHC. (2012). Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, nr 1/1/2012. WHC; WHC. (2017). Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, nr 16/1/04/2017. WHC.

Niepokojącym zjawiskiem jest wzrost liczby dziedzin, w których czas oczekiwania na świadczenia medyczne przekroczył 3 miesiące. Na początku 2012 r. takich dziedzin było 13, na początku 2017 r. liczba ta wzrosła do 18, co dowodzi pogarszającej się sytuacji w dostępie do świadczeń medycznych na wielu płaszczyznach (tabela 5).

Raport 1 II/III 2012 r.	Raport 16 II/III 2017 r.
1. Ortopedia i traumatologia narządu ruchu (12,5)	1. Ortopedia i traumatologia narządu ruchu (11,2)
2. Okulistyka (5,2)	2. Geriatria (7,1)
3. Chirurgia naczyniowa (4,8)	3. Stomatologia i ortodoncja (7,0)
4. Diabetologia (4,8)	4. Angiologia (7,0)
5. Chirurgia plastyczna (4,1)	5. Reumatologia (7,0)
6. Stomatologia i ortodoncja (4,0)	6. Rehabilitacja lecznicza (5,9)
7. Choroby zakaźne (4,0)	7. Endokrynologia (5,0)
8. Rehabilitacja lecznicza (3,7)	8. Okulistyka (4,9)
9. Otolaryngologia (3,7)	9. Chirurgia plastyczna (4,9)
10. Endokrynologia (3,6)	10. Kardiologia (4,2)
11. Kardiologia (3,4)	11. Neurochirurgia (4,1)
12. Kardiochirurgia (3,3)	12. Otolaryngologia dziecięca (4,1)
13. Alergologia (3,1)	13. Chirurgia naczyniowa (3,4)
	14. Choroby zakaźne (3,2)
	15. Gastroenterologia (3,2)
	16. Otolaryngologia (3,1)
	17. Immunologia (3,0)
	18. Kardiologia dziecięca (3,0)

Tab. 5. Dziedziny medycyny o czasie oczekiwania powyżej 3 miesięcy (w miesiącach). Źródło: opracowanie na podstawie WHC. (2012). Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, nr 1/1/2012. WHC; WHC. (2017). Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, nr 16/1/04/2017. WHC.

Ponadto analiza zebranych przez NFZ danych zawartych w Ogólnopolskim Informatorze Oczekiwania na Świadczenia Medyczne (<http://www.kolejki.nfz.gov.pl>) wskazuje na istotne regionalne zróżnicowanie czasów oczekiwania w zależności od miast i placówek. Często czas oczekiwania w renomowanych ośrodkach jest dłuższy niż w niektórych mniejszych szpitalach. Specjalistyczne ośrodki cieszą się większym zainteresowaniem pacjentów z racji na doświadczenie lekarzy, profesjonalny sprzęt medyczny i renomę. Przyczyną istniejącego i pogarszającego się czasu oczekiwania na świadczenia medyczne jest nie tylko nierównomierne rozmieszczenie zasobów (podmiotów leczniczych, specjalistów, sprzętu medycznego) w krajowym systemie opieki zdrowotnej (Bulhol, Sowa, Golinowska i Sicari, 2012; Hnatyszyn-Dzikowska i Wyszowska, 2010). Fakt ten odzwierciedla również niedoskonałą alokację funduszy opieki zdrowotnej między 16 oddziałami NFZ, która nie odzwierciedla różnic w potrzebach zdrowotnych wśród populacji regionalnych lecz oparta jest na algorytmie uwzględniającym wiek, płeć i obciążenia finansowe z lat poprzednich. Kolejny etap analizy wskazuje, iż na średni czas oczekiwania w ramach danej dziedziny medycyny składają się terminy oczekiwania na konsultacje do specjalisty, diagnostyka oraz oczekiwanie na zabiegi.

5. Czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty

Podstawowym utrudnieniem dla pacjentów pozostają wciąż zbyt długie kolejki do lekarzy specjalistów. Wydłużenie czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty jest szczególnie niepokojące, zważywszy, iż niejednokrotnie jest to pierwszy etap wdrożenia odpowiedniego leczenia.

Biorąc pod uwagę terminy związane z oczekiwaniem na konsultację, pod uwagę wzięto konsultacje u lekarzy 42 różnych specjalności. Wydłużenie czasu oczekiwania o ponad 10 dni zaobserwowano w przypadku 19 specjalności. Szczególne pogorszenie (o ponad 3 miesiące) zaobserwowano w dostępie do: angiologa, reumatologa, specjalisty chorób zakaźnych, chirurga plastycznego oraz kardiologa dziecięcego. Istotna poprawa w dostępie do lekarzy specjalisty została zaobserwowana zaledwie w dwóch przypadkach (diabetolog, alergolog) (tabela 6). W pozostałych przypadkach nie zaobserwowano istotnej zmiany, pomimo że czas oczekiwania w niektórych sytuacjach wynosił ponad 3 miesiące.

Dziedzina medycyny	Raport 1 II/III 2012 r.	Raport 16 II/III 2017 r.	Zmiana absolutna czasu oczekiwana > 3 mies. (w mies.)
Wzrost czasu oczekiwania			
Wizyta u angiologa	2,0	9,0	+7,0
Wizyta u reumatologa	0,5	5,3	+4,8
Wizyta u specjalisty chorób zakaźnych	2,6	6,9	+4,3
Wizyta u chirurga plastycznego	0,6	4,4	+3,8
Wizyta u kardiologa dziecięcego	0,8	4,0	+3,2
Spadek czasu oczekiwania			
Wizyta u alergologa	5,0	1,1	-3,9
Wizyta u diabetologa	8,3	2,6	-5,7

Tab. 6. Zmiana czasu oczekiwania na konsultację do specjalisty. Źródło: opracowanie na podstawie WHC. (2012). Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, nr 1/1/2012. WHC; WHC. (2017). Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, nr 16/1/04/2017. WHC.

Szczególnie niepokojący jest wzrost liczby lekarzy różnych specjalizacji, do których czas oczekiwania na wizytę wynosi 3 miesiące i więcej (tabela 7).

Za kluczową przyczynę zaistniałej sytuacji uznaje się występowanie deficytów specjalistów, a biorąc pod uwagę trendy demograficzne, strukturę wiekową kadry medycznej i systemowe bariery w kształceniu lekarzy, zachodzą bawo o powiększenia się tych deficytów w przyszłości. W grudniu 2012 r.

Raport 1 II/III 2012 r.	Raport 16 II/III 2017 r.
1. Wizyta u diabetologa (8,3)	1. Wizyta u ortodonta (9,5)
2. Wizyta u endokrynologa (7,2)	2. Wizyta u endokrynologa (9,4)
3. Wizyta u chirurga naczyniowego (7,1)	3. Wizyta u angiologa (9,0)
4. Wizyta u ortodonta (6,9)	4. Wizyta u specjalisty chorób zakaźnych (6,9)
5. Wizyta u alergologa (5,0)	5. Wizyta u hepatologa (5,7)
6. Wizyta u hepatologa (4,9)	6. Wizyta u reumatologa (5,3)
7. Wizyta u urologa (4,3)	7. Wizyta u chirurga naczyniowego (4,5)
8. Wizyta u immunologa (3,7)	8. Wizyta u chirurga plastycznego (4,4)
9. Wizyta u nefrologa (3,0)	9. Wizyta u urologa (4,3)
	10. Wizyta u urologa dziecięcego (4,3)
	11. Wizyta u kardiologa dziecięcego (4,0)
	12. Wizyta u neurochirurga (3,8)
	13. Wizyta u urologa dziecięcego (3,8)
	14. Wizyta u immunologa (3,7)
	15. Wizyta u kardiologa (3,1)
	16. Wizyta u gastroenterologa (3,0)

Tab. 7. Konsultacje do specjalisty o czasie oczekiwania powyżej 3 miesięcy (w miesiącach). Źródło: opracowanie na podstawie WHC. (2012). Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, nr 1/1/2012. WHC; WHC. (2017). Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, nr 16/1/04/2017. WHC.

Minister Zdrowia wydał rozporządzenie (Dz.U. z 2012 r. poz 1489), w którym określono priorytetowe dziedziny medycyny, gdzie brakuje specjalistów. Zaliczono do nich takie specjalizacje, jak: geriatria, hematologia, neurologia dziecięca, psychiatria dzieci i młodzieży oraz stomatologia dziecięca. Biorąc pod uwagę dane zawarte w Raportach WHC, wyraźnie widać, iż pomimo podjętych działań, specjalizacje te nadal charakteryzują się istotnymi problemami w dostępności do świadczeń. Na przykład na początku 2017 r. czas oczekiwania na wizytę w poradni geriatrycznej wynosił powyżej 7 miesięcy, do neurologa dziecięcego powyżej 2,5 miesiąca, a do hematologa powyżej 1,5 miesiąca.

6. Czas oczekiwania na zabieg diagnostyczny

Nadal istotnym utrudnieniem jest długi czas oczekiwania na wybrane świadczenia z zakresu diagnostyki. Zmiany w ramach czasu oczekiwania na zabiegi diagnostyczne są niepokojące z uwagi na znaczenie tych badań w kolejnych etapach leczenia. Podobnie jak w przypadku zmiany czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty, czas oczekiwania na zabiegi diagnostyczne uległ pogorszeniu. Jedynie niewielka poprawa nastąpiła w przypadku zabiegów USG (tabela 8).

Wydłużyła się również lista zabiegów diagnostycznych, na które czas oczekiwania przekracza 3 miesiące (tabela 9).

Zabieg diagnostyczny (dziedzina medycyny)	Raport 1 II/III 2012 r.	Raport 16 II/III 2017 r.	Zmiana absolutna czasu oczekiwana > 3 mies. (w mies.)
Wzrost czasu oczekiwania			
Arthrografia MR (rezonans magnetyczny) stawu biodrowego (reumatologia)	3,7	20,5	+16,8
Rezonans magnetyczny kręgosłupa (radiologia i diagnostyka obrazowa)	2,8	8,5	+5,7
Rezonans magnetyczny (geriatria)	3,5	8,5	+5,0
USG Doppler (angiologia)	0,8	4,7	+3,9
Spadek czasu oczekiwania			
USG gałki ocznej (okulistyka)	4,4	1,2	-3,2
USG trzustki (diabetologia)	5,5	1,5	-4,0

Tab. 8. Zmiana czasu oczekiwania na diagnozę. Źródło: opracowanie na podstawie WHC. (2012). Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, nr 1/1/2012. WHC; WHC. (2017). Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, nr 16/1/04/2017. WHC.

Raport 1 II/III 2012 r.	Raport 16 II/III 2017 r.
1. Badanie elektrofizjologiczne serca (EPS) – kardiologia (7,6)	1. Arthrografia MR (rezonans magnetyczny) stawu biodrowego – reumatologia (20,5)
2. USG trzustki – diabetologia (5,5)	2. Rezonans magnetyczny – geriatria (8,5)
3. Rezonans magnetyczny głowy – neurologia dziecięca (5,2)	3. Rezonans magnetyczny kręgosłupa – radiologia i diagnostyka obrazowa (8,5)
4. USG gałki ocznej – okulistyka (4,4)	4. Badanie elektrofizjologiczne serca (EPS) – kardiologia (8,1)
5. Sigmoidoskopia – immunologia (4,1)	5. Rezonans magnetyczny głowy – neurologia dziecięca (6,2)
6. Arthrografia MR (rezonans magnetyczny) stawu biodrowego – reumatologia (3,7)	6. Echokardiografia przezklatkowa dopplerowska – kardiologia (5,3)
7. Rezonans magnetyczny – geriatria (3,5)	7. USG Doppler – angiologia (4,7)
8. Echokardiografia przezklatkowa dopplerowska – kardiologia (3,3)	8. ECHO serca – kardiologia dziecięca (4,4)
9. Donosowe próby prowokacyjne – alergologia (3,2)	9. Angiografia naczyń mózgowych – chirurgia naczyniowa (4,3)
	10. Badanie EKG metodą Holtera – kardiologia (4,0)
	11. Sigmoidoskopia – immunologia (3,3)
	12. Uroflowmetria – nefrologia (3,0)

Tab. 9. Zabiegi diagnostyczne o czasie oczekiwania powyżej 3 miesięcy (w miesiącach). Źródło: opracowanie na podstawie WHC. (2012). Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, nr 1/1/2012. WHC; WHC. (2017). Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, nr 16/1/04/2017. WHC.

7. Czas oczekiwania na zabieg lecznicze

W porównaniu z czasem oczekiwania na konsultacje u specjalisty oraz diagnostykę zaobserwowano istotne zmiany w czasie oczekiwania (zarówno pozytywne, jak i negatywne) na zabiegi lecznicze (w tym: operacyjne, terapie, rehabilitacje) (tabela 10).

Dziedzina medycyny	Raport 1 II/III 2012 r.	Raport 16 II/III 2017 r.	Zmiana absolutna czasu oczekiwana > 6 mies. (w mies.)
Wzrost czasu oczekiwania			
Endoprotezoplastyka stawu biodrowego (ortopedia i traumatologia narządu ruchu)	13,7	28,4	+14,7
Wszczepienie stymulatora głębokiej stymulacji mózgu DBS (geriatria)	0,9	14,8	+13,9
Pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (geriatria)	2,0	15,8	+13,8
Stapedotomia (otolaryngologia dziecięca)	6,0	15,2	+9,2
Leczenie aparatem ortodontycznym (stomatologia i ortodoncja)	1,3	9,7	+8,4
Spadek czasu oczekiwania			
Adenotomia – usunięcie migdałka gardłowego (otolaryngologia)	10,4	1,8	-8,6
Operacja zmniejszenia piersi (chirurgia plastyczna)	15,2	6,0	-9,2
Endoprotezoplastyka stawu kolanowego – przypadek stabilny (ortopedia i traumatologia narządu ruchu)	60,2	42,9	-17,3
Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C interferonem i rybawiryną (PT/PL) (choroby zakaźne)	18,8	1,2	-17,6
Endoprotezoplastyka stawu kolanowego – przypadek pilny (ortopedia i traumatologia narządu ruchu)	29,5	8,0	-21,5

Tab. 10. Zmiana czasu oczekiwania na zabiegi lecznicze (w tym: operacyjne, terapie, rehabilitacje). Źródło: opracowanie na podstawie WHC. (2012). Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, nr 1/1/2012. WHC; WHC. (2017). Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, nr 16/1/04/2017. WHC.

Przykładem ograniczeń dostępu, które występują niezmiennie od wielu lat, jest ortopedia i okulistyka – w tym obszarze czas oczekiwania na wykonanie zabiegu (np. endoprotezę stawu) jest najdłuższy i może wynieść nawet kilka lat. Na przykład na zabieg endoprotezoplastyki stawu kolanowego aktualnie czeka się średnio niemal 43 miesiące (około 3,5 roku) (tabela 11). Tak długi czas oczekiwania z pewnością odbija się na stanie zdrowia pacjenta, jego cierpieniu i przyszłych rokowaniach. Wiąże się to również ze zwiększonymi bezpośrednimi i pośrednimi kosztami społecznymi. Kosztem bezpośrednim jest przede wszystkim koszt dodatkowego leczenia czy rehabilitacji. Dzieje się tak dlatego, że po wielomiesięcznym oczekiwaniu na wizytę i diagnostykę do podmiotów leczniczych trafiają pacjenci w zaawansowanym stadium choroby, wymagający specjalistycznego, często drogiego leczenia lub rehabilitacji. Natomiast koszty pośrednie związane są z częściową lub całkowitą niemożnością świadczenia pracy, a więc są to koszty udzielanych rent i zasiłków czy świadczeń rehabilitacyjnych.

W ramach przeprowadzonej analizy zaobserwowano stagnację czasu oczekiwania w ramach rehabilitacji medycznej. Wskazuje się, iż brak opieki koordynowanej, w której rehabilitacja byłaby równie ważnym elementem leczenia, sprawia, że po wykonaniu zabiegu bądź operacji zaprzepaszczone zostają wysiłki lekarzy, a pacjent nie zostaje w pełni wyleczony.

Raport 1 II/III 2012 r.	Raport 16 II/III 2017 r.
1. Endoprotezoplastyka stawu kolanowego – przypadek stabilny (60,2)	1. Endoprotezoplastyka stawu kolanowego – przypadek stabilny (42,9)
2. Endoprotezoplastyka stawu kolanowego – przypadek pilny (29,5)	2. Endoprotezoplastyka stawu biodrowego (28,4)
3. Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C interferonem irybawiryną (PT/PL) (18,8)	3. Pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (15,8)
4. Operacja zmniejszenie piersi (15,2)	4. Stapedotomia (15,2)
5. Endoprotezoplastyka stawu biodrowego (13,7)	5. Wszczepienie stymulatora głębokiej stymulacji mózgu DBS (14,8)
	6. Pobyt w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym (14,3)

Tab. 11. Zabiegi lecznicze o czasie oczekiwania powyżej 12 miesięcy (w miesiącach). Źródło: opracowanie na podstawie WHC. (2012). Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, nr 1/1/2012. WHC; WHC. (2017). Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, nr 16/1/04/2017. WHC.

Przytoczone w artykule wyniki z Raportów WHC są potwierdzone w ramach publikowanego corocznie rankingu EHCI (Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia), gdzie Polska niezmiennie od 5 lat plasuje się na ostatnich miejscach w ocenie: dostępności do lekarza specjalisty, czasu oczekiwania na operacje, dostępu do wczesnej terapii onkologicznej oraz

czasu oczekiwania na tomografię komputerową. Również według opracowań ekspertów Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego z danych NFZ dotyczących kolejek efektywność opieki zdrowotnej pogarsza się w czasie (dane za lata 2010–2014). W przypadku badanej opieki ambulatoryjnej dotyczącej kolejek w poradniach okulistycznych, neurologicznych oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej czas oczekiwania do specjalistów wzrastał z każdym rokiem (Wojtyniak i Gorynski, 2016, s. 405–409). Pomimo iż istnieją rozbieżności w sprawozdawczości kolejek do specjalistów według Raportów WHC NFZ, nie zmienia to faktu, iż kolejki te istnieją i stanowią rzeczywiste ograniczenie dla pacjentów potrzebujących opieki medycznej. Potwierdzeniem tego są m.in. wyniki badania CBOS pt. *Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej z 2016 r.*, według którego 88% respondentów uważa, iż dostęp do specjalisty jest istotnie utrudniony w polskim systemie opieki zdrowotnej.

8. Dyskusja i wnioski

Przedstawiona w artykule diagnoza czasu oczekiwania na świadczenia medyczne w Polsce wskazuje, iż listy oczekujących tworzone są na poszczególnych etapach procesu leczenia. Najdłuższe kolejki dotyczą specjalistów leczących choroby cywilizacyjne (choroby układu krążenia, cukrzyca, choroby tarczycy), które wymagają regularnej kontroli lekarskiej. Opóźnienie interwencji może skutkować postępowaniem choroby, przewlekłym cierpieniem i pogorszeniem jakości życia pacjenta, a nawet śmiercią, co rodzi istotne koszty społeczne. Istniejąca sytuacja może również prowadzić do przerzucania kosztów diagnostyki i leczenia na budżety gospodarstw domowych. W konsekwencji może to skutkować pogorszeniem stanu zdrowia społeczeństwa, co jest wynikiem rezygnacji z korzystania ze świadczeń medycznych. Kowalska i in. (Kowalska, Sagan, Mokrzycka i Zabdyr-Jamroz, 2015) wskazują, iż przyczyną zaistniałej sytuacji jest niedofinansowanie publicznego systemu opieki zdrowotnej, niskie kontrakty, nakładane limity na świadczenia, braki kadrowe, a także słaba koordynacja leczenia pacjenta (etapowość leczenia).

W wyniku istniejącej sytuacji i rosnącego niezadowolenia pacjentów z funkcjonowania publicznej opieki zdrowotnej w marcu 2014 r. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło dwa pakiety reformy mające na celu skrócenie długiego czasu oczekiwania – tzw. pakiet kolejkowy i pakiet onkologiczny. W czerwcu 2014 r. oba te pakiety zostały przyjęte przez Radę Ministrów i przedstawione Parlamentowi w formie poprawek do Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Pakiet został uchwalony przez Parlament w lipcu 2014 r. i podpisany przez Prezydenta i ogłoszony w sierpniu 2014 r. Większość postanowień weszło w życie w dniu 1 stycznia 2015 r. Bezpośrednim celem podjętej reformy była poprawa dostępu pacjentów do specjalistów poprzez skrócenie kolejek oczekujących. Aby osiągnąć ten cel, wprowadzono szereg

regulacji, które wpływają na długość kolejek zarówno bezpośrednio, jak i poprzez ogólne zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Do podjętych działań ukierunkowanych na zmniejszenie kolejek można zaliczyć przede wszystkim:

- nadanie większych uprawnień lekarzom POZ (np. w zakresie zlecenia badań diagnostycznych);
- wprowadzenie obowiązku rejestracji wyłącznie z oryginałem skierowania;
- zniesienie obowiązku konsultacji chorych przewlekle pacjentów u lekarza specjalisty raz na 12 miesięcy;
- wynagradzanie specjalistów, którzy szybko zdiagnozują, podejmą terapię i przekażą pacjenta z powrotem do lekarza pierwszego kontaktu;
- wprowadzenie pojęcia „porady/wizyty receptowej”, podczas której lekarz specjalista nie ma obowiązku badać pacjenta, jeśli jest to pacjent kontynuujący leczenie;
- bodźce finansowe do wykonywania zabiegów jednodniowych i krótszych czasów hospitalizacji;
- zwiększenie transparentności systemu poprzez obowiązek cotygodniowego składania sprawozdań i upublicznianie najbliższego dostępnego terminu wizyty u specjalisty (listy oczekujących mają być scentralizowane, aby zwiększyć przejrzystość i usprawnić zarządzanie listą, np. w celu uniknięcia sytuacji, w których jeden pacjent znajduje się na liście oczekujących kilku dostawców w tej samej procedurze);
- w celu zmniejszenia nierówności regionalnych kontraktowanie NFZ ma się opierać na mapach potrzeb zdrowotnych, zgodnie z jednolitymi wytycznymi;
- prace nad urealnieniem cen usług poprzez przekazanie kompetencji wyceny świadczeń medycznych Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- zmiany w systemie kształcenia lekarzy (np. tzw. krótka ścieżka specjalizacyjna w najbardziej deficytowych dziedzinach medycyny).

Ponadto długi czas oczekiwania zachęca pacjenta do szukania ośrodka, gdzie kolejki na zabieg są krótsze. W związku z tym chory może migrować pomiędzy województwami lub za granicę w celu wykonania zabiegu w ramach przyjętej dyrektywy o transgranicznej opiece zdrowotnej. W ramach jej funkcjonowania została stworzona możliwość dla chorych na świadczenie opieki zdrowotnej w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej. Ustawa weszła w życie 15 listopada 2014 r. i objęła swoją regulacją także przypadki leczenia transgranicznego rozpoczętego przed tym dniem. Do tej pory najczęściej udzielanym świadczeniem, za które NFZ dokonał zwrotu kosztów, były operacje usunięcia żądnicy (NFZ, 2016).

Na tle przeprowadzonego przeglądu strategii ukierunkowanych na redukcję czasu oczekiwania można zauważyć, iż zaplanowano działania zarówno po stronie popytowej, podażowej, jak i strategii globalne, obejmujące m.in. aspekty związane z transparentnością i gromadzeniem danych o czasie ocze-

kiwania w systemie. Wskazuje się na pewne podobieństwo podjętej reformy ze skutecznymi działaniami przeprowadzonymi w Wielkiej Brytanii (Kowalska i in., 2015, s. 259). Proponowane pakiety są pierwszą próbą stworzenia narodowej strategii redukcji czasu oczekiwania w Polsce. Ukierunkowane są przede wszystkim na rozwój i wzmocnienie opieki podstawowej oraz koordynację procesu leczenia.

Jednakże potencjalna opozycja lekarzy pierwszego kontaktu może zmniejszyć sukces proponowanych działań w fazie wdrażania. Pojawia się ryzyko, że niedostateczne kompetencje lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej mogą nieumyślnie doprowadzić do zwiększonego wykorzystania porad w ramach przyszpitalnych izb przyjęć (Kowalska i in., 2015, s. 262).

W literaturze przedmiotu istnieje również pogląd, iż – wbrew powszechnemu przekonaniu – bezpośredni dostęp do opieki specjalistycznej nie tworzy problemów związanych z dostępem do specjalistów, który wynikałby ze zwiększonego zapotrzebowania na tego typu usługi. Oczekiwanie na opiekę specjalistyczną to cecha głównie systemów, w których wymagane jest skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu (Siciliani i Hurst, 2003).

Ponadto akcentowany jest brak całościowej, perspektywicznej wizji dotyczącej kształcenia kadr medycznych. W raporcie NIK dotyczącym edukowania kadr medycznych (NIK, 2016) wskazuje się, iż obecny system kształcenia nie jest skuteczny w zaspokojeniu zapotrzebowania na specjalistów. Kluczowe jest więc rzetelne zaplanowanie liczby specjalistów w systemie w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa (Domagała, 2013, s. 148–158).

W proponowanym pakiecie brakuje także systemowych rozwiązań pozwalających wyraźniej rozdzielić pracę kadry medycznej w publicznym i prywatnym sektorze, co – jak wcześniej wspomniano – może być zachętą do utrzymywania kolejek w sektorze publicznym, by zwiększyć popyt na świadczenia prywatne.

Sukces obowiązującej reformy jest w związku z wyżej zidentyfikowanymi słabymi stronami w dużej mierze niepewny. Podejmowane dotychczas działania nie przyniosły jeszcze widocznej poprawy średniego czasu oczekiwania pacjentów.

Bibliografia

- Anell, A. (2005). Swedish Healthcare under Pressure, *Health Economics*, 14(51), <https://doi.org/10.1002/hec.1039>.
- Bevan, G. i Hood, C. (2006). Have Targets Improved Performance in the English NHS? *BMJ*, 332, <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7538.419>.
- Botten, G., Grepperud, S. i Nerland, S.M. (2004). Trading Patients. Lessons from Scandinavia, *Health Policy*, 69(3), <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.12.014>.
- Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S. i Sicar, P. (2012). Improving the Health-care System in Poland. *OECD Economics Department Working Papers*, (957), <https://doi.org/10.1787/18151973>.

- Colombo, F. i Tapay N. (2004), Private Health Insurance in OECD Countries. *OECD Health Working Papers*, <https://doi.org/10.1787/18152015>.
- Cylus, J. i Papanicolas, I. (2015), An Analysis of Perceived Access to Health Care in Europe: How Universal is Universal Coverage? *Health Policy*, 119(9), <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.07.004>.
- Dawson, D., Gravelle, H., Jacobs R., Martin, S. i Smith, P.C. (2007). The Effects of Expanding Patient Choice of Provider on Waiting Times: Evidence from a Policy Experiment, *Health Economics*, 16(2), <https://doi.org/10.1002/hec.1146>.
- Domagała, A. (2013). Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego – potrzeba czy konieczność? *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 11(2).
- EHCI. (2016). *Europejski konsumencki indeks zdrowia w 2015 r. Raport*. Health Consumer Powerhouse. Pozyskano z: http://www.polisynazdrowie.pl/files/2015_europejski_konsumencki_indeks_zdrowia.pdf.
- Fotaki, M., Roland, M., Boyd, A., Mcdonald, R., Scheaff, R. i Smith, L. (2008). What Benefits Will Choice Bring to Patients? Literature Review and Assessment of Implications. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(3), <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.007163>.
- France, G., Taroni, F. i Donatini, A. (2005). The Italian Health-care System. *Health Economics*, 14(S1), <https://doi.org/10.1002/hec.1035>.
- Gauld, R. i Derrett, S. (2000). Solving the Surgical Waiting List Problem? New Zealand's 'Booking System'. *International Journal of Health Planning and Management*, 15(4), <https://doi.org/10.1002/hpm.596>.
- Harrison, A. i Appleby, J. (2009). Reducing Waiting Times for Hospital Treatment: Lessons from the English NHS. *Journal of Health Services Research & Policy*, 14(3), <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.008118>.
- Hnatyszyn-Dzikowska, A. i Wyszowska, Z. (2010). Ocena konwergencji sytuacji zdrowotnej w polskich regionach na tle podaży usług zdrowotnych. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, (17).
- Hurst, J. i Siciliani, L. (2003). Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. *OECD Working Papers*, (6).
- Kowalska, I., Sagan, A., Mokrzycka, A. i Zabdyr-Jamroz, M. (2015). The First Attempt to Create a National Strategy for Reducing Waiting Times in Poland: Will It Succeed? *Health Policy*, 119(3), <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.010>.
- Kreindler, S.A. (2010). Policy Strategies to Reduce Waits for Elective Care: A Synthesis of International Evidence. *British Medical Bulletin*. 95(1), 7–32, <https://doi.org/10.1093/bmb/ldq014>.
- Levy, A.R., Sobolev, B.G., Hayden, R., Kiely, M., FitzGerald, J.M. i Schechter M.T. (2005). Time on Wait Lists for Coronary Bypass Surgery in British Columbia, Canada, 1991–2000. *BMC Health Services Research*, 5, <https://doi.org/10.1186/1472-6963-5-22>.
- Mason, C. (2008). Public-private Health Care Delivery Becoming the Norm in Sweden. *CMAJ*, 179(2).
- NFZ. (2016). *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2015 r.* Warszawa: NFZ.
- NIK. (2016). *Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli – Departament Zdrowia.
- Schut, F.T. i Van de Ven, W.P. (2005). Rationing and Competition in the Dutch Health-care System. *Health Economics*, 14(S1), <https://doi.org/10.1002/hec.1036>.
- Siciliani, L., Borowitz, M. i Moran, V. (red.). (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works? OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>.
- Siciliani, L. i Hurst, J. (2003). Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries. *OECD Health Working Papers*, (7), <https://doi.org/10.1787/18152015>.

- Siciliani, L., Moran, V. i Borowitz, M. (2014). Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries. *Health Policy*, 118(3), <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.08.011>.
- WHC. (2012). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce*, nr 1/1/2012. WHC.
- WHC. (2017). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce*, nr 16/1/04/2017. WHC.
- Willcox, S., Seddon, M., Dunn, S., Edwards, R.T., Pearse, J. i Tu, J.V. (2007). Measuring and Reducing Waiting Times: A Cross-national Comparison of Strategies, *Health Affairs*, 26(4), <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.1078>.
- Wojtyński, B. i Goryński, P. (red.). (2016). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.