

KRZYSZTOF ŁANDA

Dostępność świadczeń gwarantowanych w Polsce na podstawie Barometru Fundacji Watch Health Care

Inspiracją powstania Fundacji Watch Health Care był deficyt w ochronie zdrowia, rozumiany jako dysproporcja pomiędzy zawartością koszyka świadczeń i wielkością środków finansowych ze składki na ubezpieczenie podstawowe, przeznaczanych na świadczenia zdrowotne w Polsce. Deficyt jest podstawową chorobą systemu ochrony zdrowia. Społeczeństwo nie odczuwa jednak samej choroby, tylko jej objawy, które prowadzą do licznych i poważnych konsekwencji (kolejki, korupcja, korzystanie z przywilejów). Im większy deficyt, tym bardziej niesprawiedliwy jest system oraz tym bardziej nasilają się patologie. System ochrony zdrowia nie może być ani efektywny, ani sprawiedliwy, jeśli koszyk świadczeń zawiera więcej technologii medycznych niż możliwe to jest do sfinansowania ze środków zebranych ze składki. Funkcjonujący dziś w Polsce publiczny system ochrony zdrowia jest niewypłacalny, a kolejek jest coraz więcej i są coraz dłuższe. Reglamentacja świadczeń zdrowotnych, nawet tych podstawowych – skutecznych i tanich (o bardzo korzystnym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu zdrowotnego), jest powszechna.

Zmieniane są pewne elementy systemu, ale nie zmienia się kluczowej rzeczy – deficytu w ochronie zdrowia. Innymi słowy, nie można powiedzieć, że w Polsce mamy za mało pieniędzy w ochronie zdrowia. Nie mamy także za mało świadczeń w koszyku. Problem polega na tym, że trzeba określić, co jest najbardziej potrzebne z punktu widzenia zdrowia społeczeństwa i dla tych świadczeń wprowadzić takie warunki, aby nie było trudności z dostępem. Najpierw należy jednak ustalić, które świadczenia się najbardziej potrzebne. Temu ma służyć fundacja Watch Health Care.

Koszyk świadczeń gwarantowanych

Potrzeba wprowadzenia koszyka świadczeń gwarantowanych była postulowana w Polsce do roku 2009, przy okazji wszystkich kolejnych wyborów parlamentarnych i prezydenckich. Stworzenie koszyka *de novo* miało stanowić panaceum, które uzdrowi system ochrony zdrowia z wszelkich bolączek. Niezrozumienie polegało na tym, że w Polsce koszyk funkcjonował od dawna, tj. od czasu wprowadzenia systemu powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego – pytanie tylko, jaki ten koszyk był. Każdy kraj, który wprowadza system ubezpieczeń zdrowotnych lub system zabezpieczenia

zdrowotnego, niejako automatycznie musi określić, co się ubezpieczonym należy lub ewentualnie co im się nie należy w ramach gromadzonych na ten cel środków.

Dzięki tzw. ustawie koszykowej¹, przygotowanej przez Ministerstwo Zdrowia i podpisanej przez Prezydenta Rzeczypospolitej, dywagacje na temat potrzeby stworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych w Polsce raz na zawsze zostały ucięte. Dzięki temu dialog społeczny wreszcie może posunąć się naprzód. Nie będzie więcej bezprzedmiotowych dyskusji o konieczności stworzenia koszyka. Zacznie się natomiast konstruktywna debata o kształcie koszyka świadczeń gwarantowanych, poprawie funkcjonalności i zasad tworzenia poszczególnych jego części oraz m.in. jego roli dla rozwoju ubezpieczeń dodatkowych w Polsce.

Zgodnie z ustawą koszykową w Polsce, zawartość poszczególnych części koszyka świadczeń gwarantowanych określana jest przez ministra zdrowia za pomocą stosownych rozporządzeń. Rozporządzenia te dotyczą m.in.: programów terapeutycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej, opieki szpitalnej, świadczeń wysokospecjalistycznych, szczepień obowiązkowych itp.

Ustawa koszykowa z roku 2009 jest aktem prawnym o wyjątkowo doniosłym znaczeniu, jeśli chodzi o możliwości naprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Dzięki niej droga do rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jest otwarta – na razie przynajmniej w zakresie ubezpieczeń komplementarnych, konkurujących świadczeniami spoza koszyka gwarantowanego. Ustawa koszykowa zmieniła sposób postrzegania uprawnień do korzystania ze świadczeń ochrony zdrowia.² Obowiązujący do 2009 r. stan prawny można było interpretować zgodnie z populistycznymi hasłami, że „wszystkim należy się wszystko”, oczywiście poza świadczeniami z koszyka negatywnego o minimalnej wielkości. Dzięki ustawie koszykowej wprowadzono tzw. rozporządzenia koszykowe, które określają, co należy się osobie uprawnionej do korzystania ze świadczeń z koszyka gwarantowanego. Oznacza to, że wszystkie świadczenia zdrowotne, które nie są w nich wymienione lub nie są objęte rozporządzeniem, znajdują się poza koszykiem, a więc nie można ich finansować ze środków publicznych (choć mogą być finansowane na innych zasadach).

Deficyt w ochronie zdrowia

Od lat podstawową chorobą polskiego systemu ochrony zdrowia jest deficyt, rozumiany jako dysproporcja pomiędzy zawartością koszyka świadczeń i wielkością środków finansowych ze składki na ubezpieczenie podstawowe, przeznaczonych na świadczenia zdrowotne. Społeczeństwo nie odczuwa jednak samej choroby, tylko jej objawy, które prowadzą do licznych i poważnych konsekwencji. Ograniczenia dostępu do świadczeń „gwarantowanych”, niezależnie od charakteru tych ograniczeń, uderzają zwykle w najłabszych. Prowadzą do przerzucenia kosztów diagnostyki i leczenia na budżety rodzinne, pogorszenia stanu zdrowia społeczeństwa, choćby z uwagi na to, że wiele osób nie skorzysta z opieki zdrowotnej w ogóle, oraz wzrostu takich zjawisk patologicznych w relacji lekarz–pacjent, jak łapówkarstwo i korzystanie ze „znajomości”. Zadłużanie się monopsonisty-płatnika

1. Ustawa z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz. U. Nr 118, poz. 989).
2. Na podstawie opracowań oraz prezentacji P. Kieszkowskiej i K. Sabiño; Fundacja Lege Pharmaciae, Warszawa 2010.

w Polsce nie występuje, stąd deficyt prowadzi do przerzucania ciężaru zobowiązań na państwo. Zadłużanie się publicznych świadczeniodawców, niezależnie od tego, kto jest ich właścicielem i organem założycielskim, powoduje konieczność okresowych oddłużeń i wzrost długu publicznego.

Tak czy inaczej, im większy deficyt, tym bardziej niesprawiedliwy jest system oraz tym bardziej nasilają się patologie. System ochrony zdrowia nie może być ani efektywny, ani sprawiedliwy, jeśli koszyk świadczeń zawiera więcej technologii medycznych niż możliwe jest to do sfinansowania ze środków zebranych ze składki. Nie tylko zawartość koszyka świadczeń gwarantowanych może pozostawać w dysproporcji do wielkości środków zbieranych z podstawowej składki zdrowotnej. Polisy ubezpieczeń suplementarnych, czy koszyki ubezpieczeń komplementarnych (konkurujących świadczeniami spoza koszyka gwarantowanego), również mogą pozostawać w dysproporcji do wielkości środków finansowych zbieranych od osób ubezpieczonych.

Podstawowa choroba systemów ochrony zdrowia w poszczególnych krajach, jaką jest dysproporcja pomiędzy zawartością koszyków a wielkością środków na ich finansowanie, wywołuje wszędzie te same „objawy” i prowadzi do tych samych patologicznych zjawisk. Wyróżnia się trzy podstawowe „objawy” omawianej choroby:

- kolejki i inne formy reglamentacji („gwarantowanych”) świadczeń zdrowotnych³;
- korupcja;
- korzystanie z przywileju (znajomości).

W Polsce działa system publicznego ubezpieczenia zdrowotnego oparty m.in. o zasadę powszechności i o zasadę solidaryzmu społecznego. Niestety pomimo wzrostu nakładów finansowych, jakimi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia na zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych, system wciąż nie jest wystarczająco efektywny i boryka się z wieloma problemami, które przede wszystkim dotyczą pacjentów.

Fundacja Watch Health Care

Fundacja Watch Health Care (www.korektorzdrowia.pl) rozpoczęła swoją działalność w marcu 2010 r. Zauważono bowiem dysproporcję pomiędzy zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych a środkami zgromadzonymi w ramach składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Nadrzędnym celem działalności Fundacji WHC stało się wskazywanie obszarów nierówności w ochronie zdrowia. Poprzez zwrócenie uwagi na deficyt w systemie, Fundacja WHC chce zachęcić polskich decydentów do podjęcia działań naprawczych oraz uświadomić społeczeństwo, że brak dostępu do świadczeń będzie się pogłębiać.

Wyniki mapowania ograniczeń dostępu do świadczeń zdrowotnych fundacja przedstawia w formie Rejestru Problemów Pacjentów oraz Barometru WHC.

W ramach Rejestru Problemów Pacjentów można zapoznać się z rankingiem świadczeń, do których dostęp dla pacjentów jest ograniczony ze względu na długie kolejki, brak refundacji lub wysoki stopień współpłacenia. Od początku działalności do Fundacji WHC wpłynęło ponad dwa tysiące

3. Ograniczenia dostępu do świadczeń mogą się pojawiać m.in. pod postacią wysokiego współpłacenia, powyżej progu, którego przekroczenie znacznie zmniejsza dostęp do świadczeń – np. WHO na podstawie przeprowadzonych badań uznało, że taki stan następuje w przypadku, gdy współpłacenie za leki refundowane wynosi powyżej 40 proc.

indywidualnych zgłoszeń dotyczących ograniczeń dostępu do świadczeń, które zostały zweryfikowane i zrankingowane przez zespół analityków oraz lekarzy konsultantów przeszkolonych w zakresie Evidence Based Medicine (EBM) i Health Technology Assessment (HTA).

Barometr WHC natomiast odzwierciedla zachodzące zmiany w zakresie dostępu do wybranych, teoretycznie „gwarantowanych” świadczeń zdrowotnych. Katalog świadczeń prezentowanych w Barometrze WHC, objętych weryfikacją, ma charakter dynamiczny i zmienny w czasie. Z założenia stanowi odpowiedź na zmiany dokonujące się w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Z tego powodu dane dotyczące obserwowanych tendencji mają za zadanie zobrazowanie nie tylko aktualnej sytuacji w dostępie do świadczeń zdrowotnych, ale przede wszystkim stanowią źródło wiedzy na temat zmian zachodzących w czasie oczekiwania. Monitorowanie zachodzących zmian umożliwia zobrazowanie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Utrudnienia i bariery, na które napotykają świadczeniobiorcy, odzwierciedlają słabe strony obecnego systemu opieki zdrowotnej w kraju. Informacje dotyczące zmian zachodzących w zakresie średniego czasu oczekiwania na teoretycznie gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce analizowane są na trzech poziomach:

1. zbiorczo dla wszystkich świadczeń w Polsce,
2. zbiorczo dla świadczeń w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz
3. dla wybranych świadczeń wskaźnikowych w danej dziedzinie medycyny.

Barometr Fundacji WHC jest obecnie jedynym wiarygodnym źródłem informacji na temat zmian w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej. Serwis prowadzony przez Narodowy Fundusz Zdrowia ma charakter retrospektywny i ogranicza się do publikacji danych dotyczących kolejek do wybranych komórek organizacyjnych (np. poradni specjalistycznej, oddziału szpitalnego) oraz do wybranych świadczeń zdrowotnych u poszczególnych świadczeniodawców.

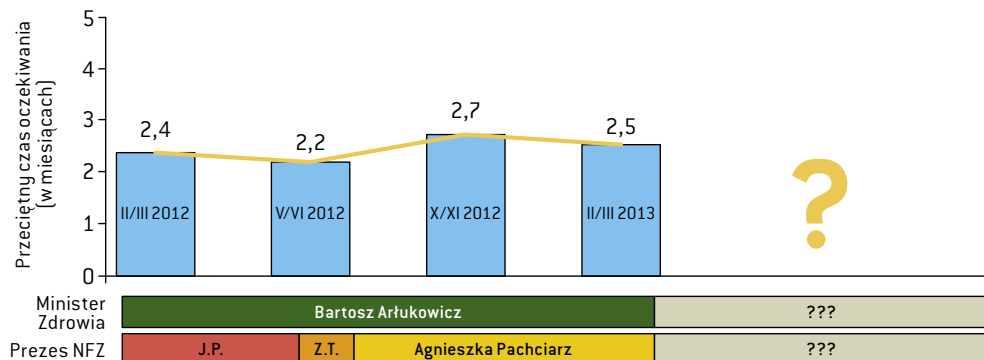
Wyniki Barometru WHC

Wyniki najnowszego Barometru WHC pokazują, że Polacy czekają średnio 2,5 miesiąca na teoretycznie gwarantowane świadczenia zdrowotne (stan na luty/marzec 2013 r.). To nieco mniej w porównaniu z końcem ubiegłego roku, gdy polscy pacjenci czekali w kolejkach średnio 2,7 miesiąca. Zaobserwowana zmiana nie daje jednak powodów do zadowolenia. Skrócenie czasu oczekiwania na początku roku z reguły wynika z nowych kontraktów i zazwyczaj oznacza krótkotrwałą poprawę. Ponadto w porównaniu do tego samego okresu w zeszłym roku (luty/marzec 2012 r.) czas oczekiwania się wydłużył. W ubiegłym roku, na przełomie lutego i marca Polacy czekali w kolejkach „po zdrowie” 2,4 miesiąca, co może stanowić potwierdzenie braku spójnych, długofalowych działań ze strony decydentów i regulatorów.

Szczegółowe informacje, w których dziedzinach medycyny odnotowano poprawę w dostępie do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, a w których dostęp się pogorszył bądź nie zaobserwowano znaczących zmian, przedstawia rysunek 2. Należy też zwrócić uwagę, że zarówno poprawa, jak i brak zmiany mogą się wiązać z utrzymującym się nadal długim średnim czasem oczekiwania na realizację wybranych świadczeń zdrowotnych z zakresu danej dziedziny medycyny, co decyduje o występowaniu istotnych ograniczeń lub barier w dostępie, na które napotykają pacjenci.

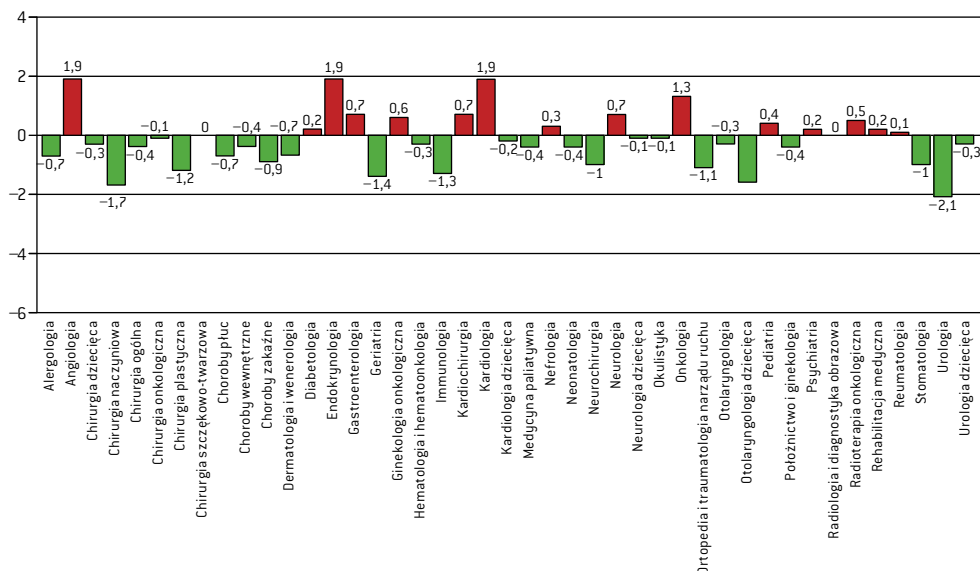
Barometr WHC powstał w oparciu o prowadzony przez Fundację WHC Rejestr Problemów Pacjentów i ilustruje zachodzące zmiany w zakresie dostępu do gwarantowanych świadczeń zdrowot-

Rysunek 1. Zmiana przeciętnego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce (w miesiącach) a podmioty odpowiedzialne za zarządzanie koszykiem świadczeń gwarantowanych



Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 2. Zmiany w czasie oczekiwania (w miesiącach) na realizację określonych świadczeń zdrowotnych w poszczególnych dziedzinach medycyny



Źródło: opracowanie własne.

nych. Narzędzie to odpowiada na potrzeby informacyjne pacjentów. Zwrócenie uwagi na doświadczenie przez pacjentów bariery w dostępie do świadczeń zdrowotnych ma na celu uświadomienie społeczeństwu znaczenia opisywanego problemu. Zobrazowanie tego problemu stanowi również warunek konieczny do podjęcia właściwych kroków, niezbędnych w celu poprawy funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Według Barometru WHC największymi barierami w dostępie do świadczeń zdrowotnych, które napotykać pacjenci, są nadal utrzymujące się bardzo długie kolejki do lekarzy specjalistów. Przy uwzględnieniu również długiego czasu oczekiwania na wykonanie niezbędnej diagnostyki (będącej warunkiem

sine qua non postawienia właściwej diagnozy i rozpoczęcia procesu leczenia), może to skutkować niekorzystnymi następstwami postępującego procesu chorobowego. W konsekwencji dochodzi również do wzrostu kosztów społecznych, w postaci wypłat z tytułu niesprawności i niezdolności do pracy.

Obserwowane nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych, odczuwane przez chorych, pozostają w sprzeczności do zapisu art. 68 Konstytucji RP, na mocy którego państwo zobowiązane jest do zapewnienia wszystkim obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Reasumując, zebrane i zweryfikowane dane pokazują niekorzystny dla pacjenta obraz polskiego systemu opieki zdrowotnej. Chorzy nadal długo czekają na podstawowe świadczenia specjalistyczne. Uwzględniając charakter niektórych schorzeń, niejednokrotnie opóźnienie w diagnostyce, a w konsekwencji opóźnienie adekwatnego leczenia, może oznaczać dla pacjenta niekorzystny czynnik rokowniczy, a w skrajnych przypadkach przekreślić szanse na całkowite wyleczenie.

Jak sobie poradzić z deficytem?

Funkcjonujący dziś w Polsce system ochrony zdrowia jest od dawna niewyważalny, dysproporcja zaś między stale rosnącą zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych a wielkością środków z podstawowej składki zdrowotnej jest coraz większa. Kolejek jest coraz więcej i są coraz dłuższe. Reglamentacja świadczeń zdrowotnych, nawet tych podstawowych, skutecznych i tanich (o bardzo korzystnym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu zdrowotnego) jest powszechna. Ustalane limity w ramach kontraktowania świadczeń z monopsonistą NFZ prowadzą do ustawicznego zadłużania się świadczeniodawców. Prywatne środki w ochronie zdrowia poza dyspozycją NFZ sięgają już 34 mld zł rocznie, a korupcja i korzystanie z przywileju czy znajomości są na porządku dziennym.

Jednym ze sposobów radzenia sobie z dysproporcją pomiędzy zawartością koszyka gwarantowanego a wielkością środków publicznych na ochronę zdrowia jest wprowadzenie komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Dzięki wprowadzeniu komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych można osiągnąć kilka celów jednocześnie – można m.in.: poprawić efektywność wykorzystania środków prywatnych wydawanych na ochronę zdrowia; wprowadzić możliwość wyboru dodatkowego ubezpieczenia dla obywateli; wprowadzić mechanizmy konkurencji, zarówno w obszarze płatników, jak też pobudzić konkurencję pomiędzy świadczeniodawcami; zlikwidować lub ograniczyć szarą strefę w ochronie zdrowia; zwiększyć wielkość środków w systemie bez podnoszenia podatków; zwiększyć dostępność do świadczeń zdrowotnych w koszyku gwarantowanym, dla tych których stać jedynie na płacenie składki podstawowej oraz tych, którzy korzystają z bezpłatnej opieki zdrowotnej; zasadniczo ograniczyć reglamentację świadczeń gwarantowanych, korupcję i korzystanie z niepisanych "przywilejów" w ochronie zdrowia przez likwidację dysproporcji pomiędzy wielkością środków ze składki podstawowej a zawartością koszyka gwarantowanego.

Dla rozwoju dodatkowych ubezpieczeń komplementarnych konkurujących świadczeniami spoza koszyka gwarantowanego, czyli dla rynku ubezpieczeń dodatkowych o największym potencjale, najważniejsze znaczenie ma określenie wielkości koszyka świadczeń gwarantowanych jako całości. Chcąc zachować proporcjonalną zawartość do wielkości środków ze składki podstawowej, koszyk świadczeń gwarantowanych w Polsce powinien być znacznie mniejszy niż dziś opisany rozporządzeniami koszykowymi lub wielkość środków na jego realizację musi zostać zwiększona.

Teoretycznie im większy koszyk gwarantowany, czyli im więcej pieniędzy publicznych na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, tym mniej miejsca na rynkową grę towarzystw ubezpieczeń komplementarnych oraz tworzenie przez te instytucje swoistych produktów ubezpieczeniowych obejmujących świadczenia zdrowotne nie finansowane ze składki podstawowej. Wielkość rynku ubezpieczeń komplementarnych koreluje bowiem bezpośrednio z wielkością i zawartością koszyka gwarantowanego. Innymi słowy, im większa będzie liczba świadczeń i procedur, które pozostaną poza koszykiem gwarantowanym oraz im większa ich „atrakcyjność” dla klientów, tym większy będzie potencjalny rynek ubezpieczeń komplementarnych, i odwrotnie.

Poza dyskusją jest konieczność zapewnienia stabilności prawa, w przeciwnym razie rynek ubezpieczeń dodatkowych w Polsce nie będzie atrakcyjny dla poważnych inwestorów. Również dla funkcjonowania koszyka świadczeń gwarantowanych w systemie ochrony zdrowia, zasadnicze znaczenie ma określenie ram regulacyjnej roli państwa względem rynku ubezpieczenia powszechnego w relacji do ubezpieczeń komplementarnych. Konieczność racjonalnej regulacji z uwagi na wyjątkowe cechy rynku świadczeń zdrowotnych jest w dzisiejszym świecie poza dyskusją, biorąc pod uwagę zarówno pozytywne przykłady regulacji w takich państwach jak Holandia czy Australia, jak też negatywne przykłady wybiórczej regulacji np. w Stanach Zjednoczonych.

Polski system ochrony zdrowia wciąż się rozwija. Umiemy coraz lepiej zarządzać koszykiem świadczeń, poprawia się przejrzystość systemu, rozpoznaliśmy podstawową chorobę systemu i choć jeszcze nasilone są jej objawy, to dojrzeliliśmy do wprowadzenia ubezpieczeń komplementarnych na szeroką skalę. W rozwoju w kierunku EBHC pomagają nam członkostwo w Unii Europejskiej. Skoro jesteśmy „skazani na rozwój” to należy dbać, żeby ten rozwój był równomierny, stabilny, możliwie szybki i odbywał się w dobrym kierunku. Oby też obyło się bez wpadek, kroków wstecz i niepotrzebnych turbulencji. Aby to osiągnąć Polska powinna brać przykład z krajów, gdzie ochrona zdrowia rozwinęła się najlepiej, tzn. gdzie koszty są ponoszone w racjonalny sposób i pod kontrolą oraz gdzie zdrowie społeczeństwa i satysfakcja ubezpieczonych są na najwyższym poziomie. Zamiast więc wyważać otwarte drzwi, korzystajmy z rozwiązań, które sprawdziły się w takich krajach, jak Holandia czy Australia.

Wykaz źródeł

- Kalbarczyk W., Łanda K., Władysiuk M. i wsp. [2011], *Ubezpieczenia zdrowotne a koszyki świadczeń. Przegląd rozwiązań*, Warszawa, CEESTAHC.
- Władysiuk-Blicharz M., Łanda K., Nadzieja A., Gąsiorowski M. & Dziadyk M. [2006], *Basic characteristics and rules of creating health benefits packages in chosen countries*, Kraków: HTA Consulting, Fundacja Watch Health Care, BAROMETR WHC Raport nr 1/2013 http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/barometr-whc-1_2013.pdf



LEK. MED. KRZYSZTOF ŁANDA – prezes oraz założyciel Fundacji Watch Health Care, badającej ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych w Polsce. Wspólnik HTA Audit, firmy doradczej zajmującej się audytem raportów oceny technologii medycznych. Ekspert BCC ds. systemu ochrony zdrowia.

www.korektorzdrowia.pl
www.WatchHealthCare.eu

Dostępność świadczeń gwarantowanych w Polsce na podstawie Barometru Fundacji Watch Health Care

Lek. med. Krzysztof Łanda

Fundacja Watch Health Care

Misja

Dostarczenie szerokiej, kompletnej, wiarygodnej i opartej na dowodach naukowych informacji na temat dysproporcji środków finansowych i zawartości koszyka oraz związanych z tym ograniczeń w dostępie do opieki zdrowotnej

Cele Fundacji

Działalność

- o mapowanie ograniczeń dostępu do świadczeń zdrowotnych
- o organizacja seminariów naukowych
- o wytyczne i standardy postępowania
- o ranking absurdów w ochronie zdrowia
- o PATtube





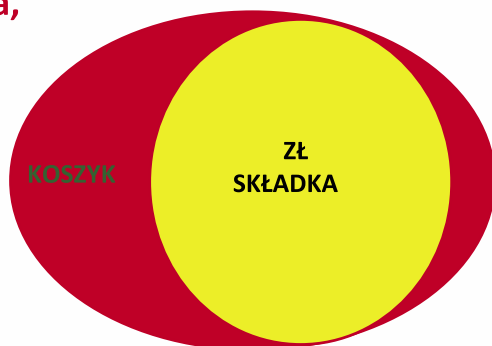
KSIĘŻYCE MARSA: DEIMOS (Z GR. TRWOGA) I PHOBOS (Z GR. STRACH)



KOSZYK MOŻNA NAPOMPOWAĆ PONAD MIARĘ, ALE BUDŻET NIE JEST Z GUMY

**Im większa dysproporcja,
tym bardziej nasilone
patologie w ochronie
zdrowia**

Likwidacja przyczyn
choroby (dysproporcji)
likwiduje objawy





Możliwości zbilansowania zawartości BBP i wielkości środków ze składki podstawowej

- **FINANSOWE:** Zwiększenie składki zdrowotnej (podatku na zabezpieczenie zdrowotne) lub wprowadzenie wysokiego współpłacenia nie tylko w odniesieniu do leków refundowanych
- **ZARZĄDZANIE KOSZYKIEM:** Usunięcie z BBP (Basic Benefit Package, koszyk świadczeń gwarantowanych) świadczeń drogich i mało opłacalnych
- **UBEZPIECZENIA KOMPLEMENTARNE: Rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych nowego typu – ubezpieczeń komplementarnych**



Barometr WHC

<http://www.korektorzdrowia.pl/barometr/>

O WHC Problemy pacjentów **Barometr WHC** Konferencje Wytyczne i standardy postępowania Dla pacjenta

mahta Opracowania HTA - najwyższej wiarygodności

Problemy pacjentów

Świadczenia w koszyku Świadczenia spoza koszyka Świadczenia częściowo gwarantowane

Zmiana profilowania zgłoszonych świadczeń. Złoty proszek nie w koszyku gwarantowanym, ale do 300 zł dostępny w aptekach, w tym samym czasie w aptekach, aptekach.

9600 Problemy: 13 lat, 4 lat temu został dopuszczony do sprzedaży, od 3 lat istnieje lista produktów chemicznych, leków i produktów farmaceutycznych od 300 zł do 300 zł w aptekach.

9300 Problemy: 13 lat, opieka na zewnątrz i wewnątrz szpitala, procedura znieczulenia od 300 zł do 300 zł.

9300 Problemy: 13 lat, opieka na zewnątrz i wewnątrz szpitala, procedura znieczulenia od 300 zł do 300 zł.

Barometr WHC

Składowe koszty leczenia

Problemy z dostępnością w świadczeniach

Przejdź do komentarzy WHC

Zgłoś problem z dostępem do usług medycznych!
2013-05-16 **Zgłoś problem**

Ranking absurdów w służbie zdrowia
Do rankingu



Zmiana średniego czasu oczekiwania w X/XI 2012 r. oraz w II/III 2013 r. [w mies.] w endokrynologii

kobieta; 26 lat; hiperandrogenizm; niemożność zajścia w ciążę; badanie USG wykazało obustronny przerost nadnerczy; posiada skierowanie od ginekologa

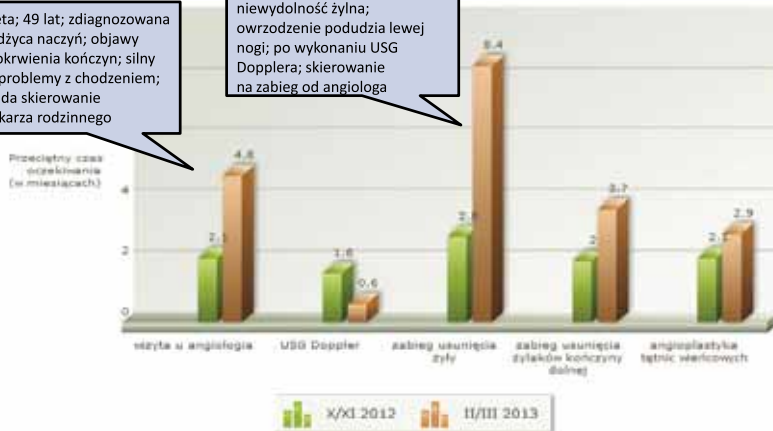
kobieta; 43 lata; w badaniu USG stwierdzono liczne guzki tarczycy; skierowanie na wykonanie biopsji



Zmiana średniego czasu oczekiwania w X/XI 2012 r. oraz w II/III 2013 r. [w mies.] w angiologii

kobieta; 49 lat; zdiagnozowana miażdżycza naczyń; objawy niedokrwienia kończyn; silny ból i problemy z chodzeniem; posiada skierowanie od lekarza rodzinnego

kobieta; 63 lata; przewlekła niewydolność żylna; owrzodzenie podudzia lewej nogi; po wykonaniu USG Dopplera; skierowanie na zabieg od angiologa





Zmiana średniego czasu oczekiwania w X/XI 2012 r. oraz w II/III 2013 r. [w mies.] w kardiologii

mężczyzna; 39 lat; ogólne osłabienie; częste uczucie „kołatania serca” i zawroty głowy; potwierdzona przez lekarza rodzinnego arytmia; posiada skierowanie od lekarza rodzinnego

mężczyzna; 50 lat; zaburzenia rytmu serca; w diagnostyce nieinwazyjnej (EKG, ECHO serca, testy wysiłkowe) nie znaleziono przyczyny objawów; posiada skierowanie od kardiologa



Wyniki Barometru WHC

Nadal nie ma w Polsce dziedziny medycyny, w której pacjenci nie napotykaliby ograniczeń w dostępie do teoretycznie gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.

Największymi barierami w dostępie do świadczeń zdrowotnych, które napotykają pacjenci są nadal utrzymujące się kolejki do lekarzy specjalistów. Przy uwzględnieniu również długiego czasu oczekiwania na wykonanie niezbędnej diagnostyki (będącej warunkiem *sine qua non* postawienia właściwej diagnozy i rozpoczęcia procesu leczenia), może skutkować to niekorzystnymi następstwami postępującego procesu chorobowego.



Dziedziny medycyny, w których średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty jest najdłuższy

DZIEDZINA MEDYCYNY	ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA X/XI 2012 R. (W MIES.)	ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA II/III 2013 R. (W MIES.)	RÓŻNICA	
endokrynologia	3,5	7,1	3,7	↑
angiologia	2,1	4,8	2,7	↑
nefrologia	1,8	4,5	2,7	↑
kardiochirurgia	1,2	3,9	2,8	↑
hematologia i hematoonkologia	1,5	3,5	1,9	↑
choroby wewnętrzne	3,1	3,5	0,4	↑
diabetologia	1,4	3,2	1,8	↑
kardiologia	2,1	3,2	1,1	↑



Badania diagnostyczne, na które średni czas oczekiwania jest najdłuższy

BADANIE DIAGNOSTYCZNE	ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA X/XI 2012 R. (W MIES.)	ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA II/III 2012 R. (W MIES.)	RÓŻNICA	
badanie elektrofizjologiczne (EPS)	3,1	11,6	8,5	↑
badanie bezdechu śródsewnego	7,8	10,3	2,5	↑
biopsja guzków tarczycy	1,7	6,3	4,6	↑
artrografia stawu biodrowego	4,7	5,3	0,6	↑
rezonans magnetyczny (MRI) u osoby starszej	4,9	4,4	0,5	↓



Barometr WHC

www.korektorzdrowia.pl

Projekt Barometr WHC ma na celu monitorowanie zmian w zakresie dostępu do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.

Barometr WHC prezentuje informacje dotyczące zachodzących zmian w zakresie średniego czasu oczekiwania na podstawowe świadczenia zdrowotne w Polsce na trzech poziomach:

1. zbiorczo dla wszystkich świadczeń w Polsce,
2. zbiorczo dla świadczeń w poszczególnych dziedzinach medycyny,
3. dla wybranych świadczeń wskaźnikowych w danej dziedzinie medycyny.



Barometr WHC
www.korektorzdrowia.pl

Do wskaźnikowych świadczeń zdrowotnych należą:

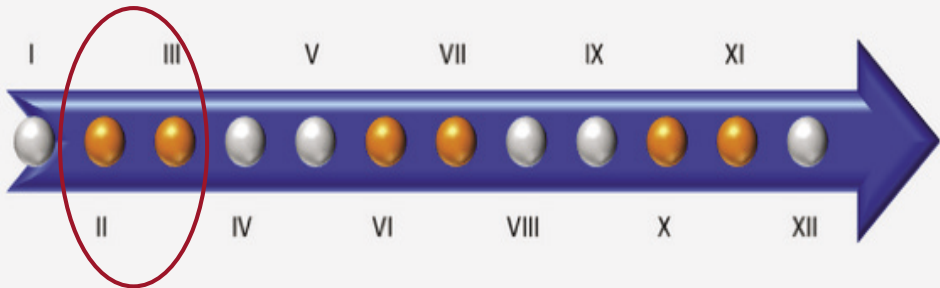
- wizyta u specjalisty;
- badanie diagnostyczne;
- trzy (lub więcej) często wykonywane procedury (np. zabieg operacyjny, zabieg rehabilitacyjny).

ALERGOLOGIA	ANGIOLOGIA	CHIRURGIA ESTETYCZNA	CHIRURGIA MĄCZYNIOWA
CHIRURGIA OGÓLNA	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA	CHIRURGIA PLASTYCZNA	CHIRURGIA SZCZĘKOWO-TWARZOWA
CHOROBY PŁUC	CHOROBY WONNOCZNE	CHOROBY ZAKAŻNE	DERMATOLOGIA I WENEREOLOGIA
DIABETOLOGIA	ENDOCRINOLOGIA	GASTROENTEROLOGIA	GERIATRIA
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	HEMATOLOGIA I HEMATOONKOLOGIA	IMUNOLOGIA	KARDIOCHIRURGIA
KARDIOLOGIA	KARDIOLOGIA DZIECIĘCA	MIĘDZYWYDZIAŁOWA PALIATYWA	NEUROLOGIA
NEONATOLOGIA	NEUROCHIRURGIA	NEUROLOGIA	NEUROLOGIA DZIECIĘCA
OKULISTYKA	ONKOLOGIA	ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDZI SŁUCHU	OTOLARYNGOLOGIA
OTOARYNOLOGIA DZIECIĘCA	PERIATRIA	POZOSTA DZIEDZINA ONKOLOGICZNA	PSYCHIATRIA
RADIOLOGIA I DIAGNOSTYKA OBRAZOWA	RADIODIAGNOSTYKA ONKOLOGICZNA	REHABILITACJA FIZYCZNA	REUMATOLOGIA
STOMATOLOGIA	UROLOGIA	UROLOGIA ESTETYCZNA	



Barometr WHC publikowany jest cyklicznie

CYKL BAROMETRU WHC



Ranking problemów pacjentów

The screenshot shows the website www.WydziałSzczepien.pl. The navigation menu includes: O WHC, Problemy pacjentów, Barometr WHC, Konferencje, Wytyczne i standardy postępowania, and Dla pacjenta. The main content area is divided into two sections:

- Problemy pacjentów**: A section with three buttons: "Świadczenia w koszyku", "Świadczenia spoza koszyka", and "Świadczenia częściowo gwarantowane". Below these buttons, there is a list of patient problems with their counts:
 - 9600: "niepełzono, 83 lata, 8 lat temu dostał zawału serca i od tamtej pory nie może chodzić samodzielnie, leżąc w łóżku"
 - 9300: "skazała się na skuteczną terapię, która pozwoliłaby na odzyskanie samodzielności"
- Barometr WHC**: A section titled "Dostępna medycyna rehabilitacyjna i kardiorehabilitacja" featuring a bar chart showing the percentage of patients with access to services in different months. Below the chart is a button: "Płyń do barometru WHC".



Świadczenia w koszyku

<input type="checkbox"/>	Punkty	Informacje o świadczeniu
<input type="checkbox"/>	8000	<p>Wskazanie/choroba: dziecko; 11 lat; zdiagnozowana cukrzyca; rutynowe badanie moczu wykazało obecność glukozy; trudno poddaje się kontrol; nawracające zakażenia cewki moczowej z dużą bolesnością; posiada skierowanie od lekarza pediatry</p> <p>Świadczenie/interwencja: wizyta u urologa</p> <p>Średni czas oczekiwania: 5 mies.</p> <p>Szczegóły: Świadczenie oddzielne Plakat publiczny</p>
<input type="checkbox"/>	7800	<p>Wskazanie/choroba: mężczyzna; 56 lat; trudności z oddawaniem moczu; niski poziom czerwonych krwinek; wysokie stężenie PSA (swiady antygen prostaty); wykonano badanie per rectum oraz USG gruczołu krokowego; zdiagnozowany rak prostaty potwierdzony badaniem histopatologicznym; posiada skierowanie od chirurga onkologa</p> <p>Świadczenie/interwencja: prostatektomia – chirurgiczne usunięcie prostaty</p> <p>Średni czas oczekiwania: 2,6 mies.</p> <p>Szczegóły: Świadczenie oddzielne Plakat publiczny</p>
<input type="checkbox"/>	7800	<p>Wskazanie/choroba: rak gruczołu krokowego; przerzuty do kręgosłupa; zagrożenie kompresji rdzenia kręgowego</p> <p>Świadczenie/interwencja: rezonans magnetyczny (MR) kręgosłupa</p> <p>Średni czas oczekiwania: 3,8 mies.</p> <p>Szczegóły: Świadczenie oddzielne Plakat publiczny</p>

Zgłoś problem z dostępem do świadczeń

Jeżeli napotkalisz problem z dostępem do usług medycznych z koszyka gwarantowanego, zgłoś to nam.

[Zgłoś problem](#)



Świadczenia spoza koszyka

<input type="checkbox"/>	Punkty	Informacje o świadczeniu
<input type="checkbox"/>	6300	<p>Wskazanie/choroba: leczenie pierwszego rzutu pacjentów z przewlekłą białaczką limfocytową (stadium choroby II lub C wg klasyfikacji Bineta) uprzednio nieleczonych</p> <p>Świadczenie/interwencja: bendamustyna</p> <p>Średni czas oczekiwania: obszar B mies.</p> <p>Szczegóły: Polisa Świadczenie oddzielne Plakat publiczny</p>
<input type="checkbox"/>	5580	<p>Wskazanie/choroba: dorośli pacjenci z niedrobnokomórkowym rakiem płuca (NDRP), miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami z aktywną mutacją EGFR-TK</p> <p>Świadczenie/interwencja: gefitinib</p> <p>Średni czas oczekiwania: obszar B mies.</p> <p>Szczegóły: Polisa Świadczenie oddzielne Plakat publiczny</p>
<input type="checkbox"/>	5220	<p>Wskazanie/choroba: zapobieganie powikłaniom kostnym (łznięcia patologiczne, konieczność napromieniania kości, wirsk rdzenia kręgowego lub konieczność wykonywania zabiegów operacyjnych kości) u dorosłych z przerzutami guzów łitych do kości</p> <p>Świadczenie/interwencja: denosumab 120 mg raz w dostrykiwacji</p> <p>Średni czas oczekiwania: brak mies.</p> <p>Szczegóły: Polisa Świadczenie oddzielne Plakat publiczny</p>

Zgłoś problem z dostępem do świadczeń

Jeżeli napotkalisz problem z dostępem do usług medycznych z koszyka gwarantowanego, zgłoś to nam.

[Zgłoś problem](#)



Poradnik dla Pacjenta

www.korektorzdrowia.pl





Poradnik dla pacjenta

- Porady dla Pacjentów
- Artykuły
- Detalok Mądrego Ministra Zdrowia



„Poradnik dla Pacjenta” jest nowym projektem realizowanym przez Fundację Welch Health Care. W ramach projektu udostępniane są na portalu wykłady dotyczące różnych tematów związanych z ochroną zdrowia. Pierwszą zjadą Państwo nagrane dotychczas prezentacje.

Wykłady starostki mają przede wszystkim służyć poradom dla pacjentów. W przyszłości sposób prezentowane będą informacje o chorobach, sposobach diagnostyki i leczenia. W Poradniku znajdą Państwo również praktyczne informacje jak poruszać się w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

Udział w projekcie może wstać każdy. Szczególnie zachęcamy lekarzy, studentów medycyny i inne osoby związane zawodowo z ochroną zdrowia, ale także osoby chore, które chciałyby udzielić innym użytkownikom porad czy opinie zdrowotnej. Wyślijcieś swój zaproszenie do współpraci i prosimy o kontakt:

Instytucje wspierające






Partnerzy







Wytyczne i standardy postępowania

www.standardypostepowania.pl

Wytyczne i standardy >>

Dziedziny medycyny

O wytycznych

Dekalog Ministra Zdrowia

O Fundacji WHC

Aktualności

Współpraca

Kontakt

Poinformuj o nowych wytycznych



Wytyczne i standardy postępowania

Szukaj

Rekordy we wszystkich dziedzinach medycyny

Liczba wyszukanych rekordów: **441**

Strona 1 z 45

Lp	Tytuł		Data publikacji	Instytucja	www	Słowa kluczowe		Dziedzina medycyny	pdf	Informacje i komentarze
	polski	oryginalny				polskie	zagraniczne			
1	Pharmalgen stosowany w leczeniu alergii na jad pszczoły i os		2012	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)		pharmalgen, jad pszczoły, jad os, alergii, alergii na jad pszczoły		alergologia		
	Pharmalgen for the treatment of bee and wasp venom allergy					pharmalgen, bee venom, wasp venom, allergy, bee venom allergy, wasp venom allergy				
2	Zasady postępowania w alergicznym nieżytu nosa		2012	Kolegium Lekarzy Rodzinnych		alergiczny nieżyt nosa, ANN, prewencja wtórna, prewencja pierwotna, rytynoskopia przednia, niedrożność nosa, alergiczne zapalenie spojówek oczu, nieżyt nosa u osób starszych		alergologia		
	Management of allergic rhinitis					allergic rhinitis, ANN, secondary prevention, primary prevention, anterior rhinoscopy, nasal obstruction, allergic eye conjunctivitis, rhinitis in the elderly			otolaryngologia	