

Kraków, 11 października 2017 r.

**Raport Watch Health Care**

**Czas i jakość prywatnych świadczeń  
medycznych - diagnostyka**

**Nr 1/1/10/2017**



---

**Fundacja Watch Health Care**

ul. Starowiślna 8/2

31-032 Kraków

tel.: +48 12 422 23 81

e-mail: [sekretariat@korektorzdrowia.pl](mailto:sekretariat@korektorzdrowia.pl)

**Autorzy:**

Aneta Augustyn

Natalia Śmiałek

**Komentarz:**

Prof. dr hab. n. med. Mariusz Frączek

Dr n. społ. Antonina Doroszevska

## Spis treści

Wstęp.....	4
Fundacja Watch Health Care .....	7
1. Metodyka.....	9
2. Opis wybranych świadczeń diagnostycznych – charakterystyka, rola .....	10
3. Koszyk świadczeń gwarantowanych – system zdrowotny w Polsce.....	13
Świadczenia prywatne - ich rola w systemie zdrowotnym w Polsce .....	15
4. Dostęp do wybranych świadczeń diagnostycznych w ramach ubezpieczenia społecznego.....	16
5. Dostęp do wybranych świadczeń diagnostycznych prywatnie .....	20
6. Porównanie wyników (ograniczenia w dostępie).....	23
7. Dostęp do wybranych świadczeń leczniczych.....	25
8. Jakość świadczeń zdrowotnych .....	27
9. Wnioski.....	28
Komentarz ekspertów dotyczący wyników badań: .....	31
Spis rysunków .....	36
Bibliografia.....	37

## Wstęp

Głównym celem raportu jest **porównanie informacji o dostępie do świadczeń diagnostycznych i opieki długoterminowej, realizowanych w ramach publicznej oraz prywatnej służby zdrowia.** Z punktu widzenia pacjenta jest sprawą wtórą, czy świadczenia realizowane są przez podmioty prywatne, czy też publiczne. Pacjenta, bez względu na miejsce zamieszkania, płeć czy wiek interesuje przede wszystkim szybki dostęp do świadczeń diagnostycznych oraz ich jakość. Pytaniem zasadniczym jest w tym kontekście, na ile świadczenia diagnostyczne oferowane w ramach składki podstawowej zaspokajają zobiektywizowane potrzeby pacjentów oraz jak na stan kliniczny pacjentów wpływają wszelkie limity i ograniczenia w tym zakresie.

Potrzeby pacjentów zarówno w zakresie dostępu do nowoczesnych form leczenia i terapii, w szybko starzejącym się społeczeństwie polskim, będą znacząco rosły. Zasadniczą kwestią staje się, zatem nie tyle sposób organizacji świadczeń, ile źródła ich finansowania, które będą ulegały, wraz z kurczeniem się bazy ubezpieczeniowej ZUS, wydatnemu zmniejszeniu. Ten problem może stanowić kanwę dla partnerstwa między sektorem prywatnym i publicznym, które zgodnie będą się zmagać

z dysproporcją pomiędzy możliwościami płatnika, a potrzebami pacjentów. Już dziś wiadomo, że konieczne będzie stworzenie systemu komplementarnego, czy to w postaci ubezpieczeń dodatkowych, czy też zróżnicowanych systemów kontrybucyjnych (współpłacenie, dopłaty, itp.). W interesie wszystkich interesariuszy systemu, a w szczególności pacjentów, jest wypracowanie wspólnych rozwiązań, które będą dopełnieniem do dzisiejszych mechanizmów. Wydaje się to dziś niedozwolone i etycznie konieczne wymagalne.

W raporcie porównano czasy oczekiwania na wybrane świadczenia diagnostyczne finansowane w ramach **Narodowego Funduszu Zdrowia** z tymi samymi świadczeniami wykonywanymi **prywatnie**. Długie czasy oczekiwania na świadczenia diagnostyczne mogą prowadzić do opóźniania momentu rozpoczęcia terapii, co skutkuje koniecznością leczenia bardziej zaawansowanych zmian chorobowych. To zaś wpływa na wzrost kosztów terapii, zarówno dla płatnika, jak i pacjenta i jego otoczenia społecznego, zmniejszając jednocześnie prawdopodobieństwo pełnego wyleczenia.

Opracowanie zostało przygotowane na podstawie danych Fundacji Watch Health Care (Barometr WHC, Rankingi) oraz danych pozyskanych bezpośrednio z placówek medycznych realizujących świadczenia w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz z placówek wykonujących świadczenia prywatnie. Niniejszy raport należy traktować, jako wprowadzenie do tematyki, wymagający dalszych analiz oraz uzupełnienia choćby o wskaźniki dotyczące satysfakcji pacjentów, który to aspekt jest często, ale niesłusznie pomijany. W raportach Barometr WHC, Fundacja WHC obserwuje wzrost średniego czasu oczekiwania na świadczenia diagnostyczne w Polsce. Wyniki te są niepokojące, bowiem diagnostyka jest pierwszym i zarazem niezbędnym krokiem do leczenia. Powinna ona trwać jak najkrócej, bo szybko wykryta zmiana chorobowa i odpowiednio wdrożone leczenie zwiększa szansę na poprawę stanu zdrowia, czy też na przeżycie. Kolejki do świadczeń, jak często podkreśla lek. med. Krzysztof Łanda, są technologiami o udowodnionej szkodliwości.

Warto podkreślić także, że jedyną realną i mierzalną różnicę między świadczeniami realizowanymi w ramach systemu publicznego i prywatnego stanowi wskaźnik dostępu do świadczeń. Nie ma możliwości, bowiem dokonania rzetelnej komparatystyki między świadczeniami publicznymi i prywatnymi w zakresie „jakości świadczeń”, którą bardzo trudno jest zdefiniować, a później w sposób efektywny zmierzyć. Realnie o jakości przesądza stosowanie bądź nie paradygmatu EBHC,<sup>1</sup> gdzie praktyka kliniczna realizowana jest w oparciu o najbardziej aktualną, stale uzupełnianą i personalizowaną w odniesieniu do każdego pacjenta wiedzę personelu medycznego. Jakość jest również doświadczeniem empirycznym, który można zmierzyć poziomem zadowolenia, zaufania pacjentów (patient satisfaction) jednak **„czas dostępu” do świadczeń stanowi kluczową zmienną pro jakościową**, zaś wszelkie nieuzasadnione klinicznie ograniczenia w dostępie do świadczeń należy traktować, jako, mniejsza lub większą, dysfunkcję. Raport ten pokazuje ogólny obraz w skali Polski na podstawie przykładowych świadczeń diagnostycznych.

Fundacja zbadała także dostęp do trzech świadczeń, które są konsekwencją nieleczzonej choroby: rehabilitacja po udarze, rehabilitacja po zawale serca oraz pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Niniejszy dokument przedstawia wyniki analizy danych zbieranych **od czerwca do**

---

<sup>1</sup> Evidence-Based Healthcare

sierpnia 2017 r. Z wynikami raportu można zapoznać się na stronie [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).  
Na stronie zamieszczono pełną wersję tekstową raportu (w wersji do pobrania).

Fundacja Watch Health Care od 2012 roku monitoruje zmiany dostępu do „gwarantowanych” świadczeń zdrowotnych. Nasze działania mają na celu zwrócenie decydom uwagi na problem długich kolejek w oczekiwaniu na podstawowe świadczenia, aby podejmowali oni skuteczne i odpowiedzialne działania ukierunkowane na lepsze zarządzanie koszykiem świadczeń gwarantowanych. Wierzimy, że w niedalekiej przyszłości doprowadzi to do zniesienia ograniczeń i barier w dostępie do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych oraz likwidacji elementarnych nieprawidłowości systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Zapraszam do zapoznania się z wynikami raportu i zachęcam do współpracy z Fundacją Watch Health Care.



*Jacek Siwiec (Wiceprezes Fundacji WHC)*

## Fundacja Watch Health Care

Fundacja Watch Health Care (WHC) rozpoczęła swoją działalność w marcu 2010 roku. Inspiracją do jej powstania były: rosnąca liczba kolejek i długość czasu oczekiwania na podstawowe świadczenia zdrowotne oraz brak skutecznej reakcji polityków i regulatora na pogłębiające się problemy chorych. Działania Fundacji WHC mają za zadanie naświetlić największy problem systemu opieki zdrowotnej w Polsce, jakim jest dysproporcja pomiędzy zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych, a środkami przeznaczanymi na jego realizację.

Deficyt, rozumiany jako dysproporcja zawartości koszyka „gwarantowanego” i środków na jego realizację, prowadzi do poważnych patologii w systemie opieki zdrowotnej, które z kolei są przyczyną bardzo niskiej oceny systemu przez społeczeństwo. Do największych patologii, które są skutkiem deficytu można zaliczyć: kolejki, korupcję (jawną i zawołowaną), korzystanie z przywileju (znajomości), dobry dostęp do świadczeń „luksusowych” oraz boleśnie ograniczony dostęp do podstawowych świadczeń specjalistycznych (o wyjątkowo korzystnym stosunku kosztu do uzyskiwanego efektu zdrowotnego) i innych. Szczególnie bolesne i źle odbierane przez społeczeństwo są kolejki do świadczeń, które mają być jakoby „gwarantowane”. Kolejka jednak jest technologią o udowodnionej szkodliwości (zgodnie z definicją technologii medycznej przyjętą w ustawie refundacyjnej). Wydłużony czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne, połączony z ich etapowością, wpływa negatywnie na stan zdrowia chorego – człowieka, który cierpi czekając w kolejce, jego choroba rozwija się, może nie doczekać skutecznego leczenia, a choroba może dać w międzyczasie przerzuty i/lub przejść do stadium, w którym nie będzie możliwa terapia ukierunkowana na wyleczenie, ale jedynie na paliację. Chory rozpoczyna nie tylko „walkę” z chorobą, ale również z systemem opieki zdrowotnej.

Fundacja Watch Health Care chce, by decydenci podejmowali skuteczne działania naprawcze w polskim systemie ochrony zdrowia. Obietnice składane przez polityków powinny mieć odzwierciedlenie w czynach. Obietnice bez pokrycia wpływają negatywnie na nastroje społeczeństwa, są niemoralne i prowadzą do jawnych niesprawiedliwości (przy czym sprawiedliwość rozumiana jest tu jako wywiązywanie się państwa ze składanych społeczeństwu obietnic). Na rządzących można wpływać poprzez uświadamianie praw obywatelskich oraz przez

przekazywanie zbiorczej informacji, do jakich świadczeń zdrowotnych można spodziewać się ograniczeń w dostępie, jak długie są kolejki i jak ich długość zmienia się w czasie, co świadczy o poprawie lub pogorszeniu funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę kryterium średniego czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne należy jednoznacznie stwierdzić, że od 2012 roku – od kiedy Fundacja WHC rozpoczęła projekt monitorowania kolejek, płatnik publiczny nie zapewnia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych dla wszystkich ubezpieczonych. Szczególnie niepokojące są długie czasy oczekiwania na badanie diagnostyczne, ponieważ późne postawienie diagnozy zmniejsza szanse na wyzdrowienie.

Zapotrzebowanie na usługi medyczne w Polsce jest bardzo duże. Z racji na niewydolność publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych na rynku pojawiają się inne alternatywy dla pacjentów. Pacjenci coraz częściej korzystają z prywatnych usług medycznych, wykupują pakiety medyczne czy ubezpieczenia zdrowotne lub korzystają z usług medycznych za granicą w ramach dyrektywy transgranicznej. Fundacja Watch Health Care także obserwuje rynek usług medycznych i podpowiada pacjentom rozwiązania w jaki sposób mogą szybciej skorzystać ze świadczenia.



## 1. Metodyka

W ramach raportu pt.: „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka”, na podstawie Rejestru Problemów Pacjentów prowadzonego przez Fundację Watch Health Care (w ramach cyklicznego projektu Barometr WHC) przeprowadzono analizę dostępu do diagnostyki 7 wybranych, najczęściej wykonywanych świadczeń diagnostycznych:

- ✓ USG jamy brzusznej,
- ✓ Kolonoskopia,
- ✓ Gastroskopia,
- ✓ Rezonans magnetyczny (MRI) głowy,
- ✓ EKG metodą Holtera,
- ✓ Tomografia komputerowa (TK) głowy,
- ✓ Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana (BACC) tarczycy.

Dodatkowo przeanalizowany został czas oczekiwania do 3 świadczeń leczniczych:

- ✓ Pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym,
- ✓ Rehabilitacja po udarze mózgu,
- ✓ Rehabilitacja po zawale mięśnia sercowego,

do których dostęp w ramach ubezpieczenia zdrowotnego jest znacznie ograniczony od wielu lat.

Dostęp do wybranych świadczeń medycznych zbadany został zarówno dla pacjentów posiadających ubezpieczenie zdrowotne oraz dla pacjentów korzystających z danych świadczeń w ramach prywatnej opieki zdrowotnej (finansowanej bezpośrednio przez pacjenta). Dane zbierane były w okresie czerwiec-sierpień 2017 r.

Raport opracowano na podstawie danych Fundacji Watch Health Care **pozyskanych bezpośrednio z losowo wybranych placówek publicznych oraz prywatnych z całej Polski**. Informacje o czasie oczekiwania na świadczenia zdrowotne są pozyskiwane w ramach wywiadów telefonicznych u świadczeniodawców. Fundacja WHC prezentuje wyniki **z perspektywy pacjenta** – ukazuje bariery dostępu do świadczeń „oczami pacjenta”, czyli tak, jak na te bariery natrafia osoba chora.

Prezentowane średnie czasy oczekiwania wyznaczone są na losowej próbie co najmniej 6 świadczeniodawców z różnych regionów Polski dla każdego świadczenia. Jeśli rozrzut jest duży lub istnieją jakiegokolwiek podejrzenia, że dane są nieprecyzyjne, czy nieprawdopodobne, czasy oczekiwania w „podejrzanych palcówkach” są jeszcze raz sprawdzane przez pracowników Fundacji oraz dodatkowo weryfikowane u 6 innych, dodatkowych świadczeniodawców. **Uzyskane w badanym projekcie średnie wyniki czasów oczekiwania, obejmują dane z ponad 60 placówek publicznych oraz ponad 60 placówek prywatnych.** Dodatkowo zbadany został średni czas oczekiwania na wynik dla poszczególnych badań diagnostycznych dla świadczeń gwarantowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz dla tych samych świadczeń wykonywanych prywatnie, według tej samej metodologii. Zabrane dane dotyczą okresu czerwiec-sierpień 2017 r.

## 2. Opis wybranych świadczeń diagnostycznych – charakterystyka, rola<sup>2</sup>

Jednym z głównych elementów systemu opieki zdrowotnej są świadczenia diagnostyczne. Spełniają one pomocniczą rolę w zapewnieniu kompleksowej opieki zdrowotnej ludności według niezbywalnego konstytucyjnego prawa Polaków do ochrony zdrowia.

Jednak gdy w ramach gwarantowanych świadczeń zdrowotnych pacjenci zbyt długo oczekują na dane świadczenie, mogą zdecydować się na jego wykonanie prywatnie. W poniższym raporcie przedstawione zostały badania diagnostyczne, które są często wykonywane pacjentom i pomocne w szybkiej diagnostyce choroby. Aby lepiej zrozumieć potrzebę wykonania przedstawionych badań, przedstawiono poniżej ich krótką charakterystykę oraz wskazania dla których dane badania diagnostyczne są u chorego robione.

**Ultrasonografia jamy brzusznej (USG)** – badanie tego rodzaju pozwala uwidocznić strukturę narządów wewnętrznych organizmu człowieka, która wyświetlana jest na monitorze w czasie rzeczywistym. W trakcie badania można rozpoznać określone nieprawidłowości w organizmie

---

<sup>2</sup> Rozdział pisany na podstawie: Red. Szczeklik A., *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2010*, Kraków 2010.

człowieka. W badaniu nie wykorzystuje się promieniowania rentgenowskiego, a jedynie fale dźwiękowe o wysokiej częstotliwości emitowane przez przyłożoną powierzchnię główki urządzenia i odbijające się od narządów jamy brzusznej. Badanie ultrasonograficzne jest bezpieczne i szeroko stosowane między innymi w diagnostyce chorób brzucha, jelit, naczyń obwodowych, nadnerczy, nerek, tarczycy, czy trzustki.

**Endoskopia jelita grubego (kolonoskopia)** – badanie polegające na obrazowaniu jelita grubego przy pomocy wprowadzanego do niego miękkiego, giętkiego instrumentu, umożliwiającego wyświetlanie obrazu w czasie rzeczywistym na monitorze. Kolonoskopię stosuje się w trzech głównych wskazaniach: kolonoskopia diagnostyczna pozwala ocenić schorzenia dolnego odcinka przewodu pokarmowego, kolonoskopia terapeutyczna umożliwia usunięcie polipów oraz ciał obcych znajdujących się w dolnej części przewodu pokarmowego oraz kolonoskopia profilaktyczna pozwalająca monitorować stan pacjenta obciążonego ryzykiem wystąpienia raka jelita grubego, zapalenia jelita grubego, czy choroby Leśniowskiego-Crohna.

**Gastroskopia (badanie górnego odcinka pokarmowego)** – umożliwia zobrazowanie żołądka oraz dwunastnicy. Po założeniu plastikowego ochraniacza pod kontrolą obrazu endoskopowego przesuwa się wziernik przez przełyk do żołądka, a następnie do dwunastnicy. Najnowocześniejsze endoskopy wyposażone są w mikrokamerę, a obraz jest przetwarzany cyfrowo. Starsze wersje wykorzystują do oświetlania i przekazywania obrazu światłowody. Odpowiednie kanały w gastroskopie umożliwiają odsysanie płynnej treści, wdmuchiwanie powietrza, opłukiwanie końcówki wziernika i błony śluzowej oraz przeprowadzanie zabiegów diagnostycznych lub leczniczych, takich jak: pobieranie wycinków lub wymazów z błony śluzowej, usuwanie polipów, przyżeganie prądem lub ostrzykiwanie krwawiących miejsc, skleroterapię lub opaskowanie żyłaków przełyku i inne. Podczas gastroskopii wykonywany jest też dość często test urazowy na obecność **Helicobacter pylori**, pomocny w diagnostyce choroby wrzodowej żołądka.

**Rezonans magnetyczny (MRI) głowy** – jest badaniem stosowanym w chorobach układu podwzgórzowo-przysadkowego ze względu na wysoką wartość diagnostyczną. Umożliwia rozpoznawanie mikrogruczolaków przysadki, a także dokładną ocenę położenia guzów względem

struktur sąsiadujących. Obraz MRI pozwala uzyskać bardzo dokładny obraz wnętrza czaszki, w tym struktur ukrytych pod kośćmi. W przypadku badania z kontrastem dodatkowo pozwala wykryć lub ocenić wyjątkowo małe guzy. Przygotowanie do wykonania badania z kontrastem wymaga dostarczenia wyników badań laboratoryjnych poziomu kreatyniny, które nie były wykonywane dłużej niż 14 dni przed badaniem. Istnieją przeciwwskazania do wykonania badania dla osób z wszczepionym rozrusznikiem serca, metalowymi implantami, częściami, z wszczepionymi neurostymulatorami lub pompą insulinową.

**Elektrokardiogram (EKG metodą Holtera)** – jest to metoda zapisywania potencjałów elektrycznych serca na taśmie magnetycznej lub w formie cyfrowej umożliwiającej długotrwałą rejestrację EKG w różnych sytuacjach aktywności życiowej pacjenta. W zależności od typu aparatu sygnały EKG zapisywane są w różnych częstotliwościach. Pacjent podczas 24-godzinnego badania zapisuje ewentualne objawy, aby ułatwić interpretację wyniku badania. Najczęstszymi wskazaniami do wykonania EKG metodą Holtera jest ocena objawów, które mogą być skutkiem zaburzeń rytmu serca, ocena skuteczności leczenia antyarytmicznego, czy ocena sprawności wszczepionego sztucznego rozrusznika lub kardiowertera-defibrylatora.

**Tomografia komputerowa (TK) głowy** – jest popularnym badaniem wykonywanym podczas diagnostyki stanów chorobowych mózgowia, twarzoczaszki, czy zatok przynosowych. Stosowana jest też w stanach nagłych i pozwala zobrazować uszkodzenia kości, tkanek, udary niedokrwienne, a także krwotoki. W niektórych przypadkach, aby uzyskać dokładniejszy obraz, podaje się środek barwiący (kontrast). Przy pomocy aparatu rentgenowskiego oraz specjalnego komputera pozwala uwidocznić badane struktury. Tomografia komputerowa (TK) ma przewagę nad (MRI) w obrazowaniu kostnych zmian w obrębie czaszki (także ocenie zwapnień).

**Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana BACC tarczycy (badanie cytologiczne)** – badanie to polega na mikroskopowej ocenie materiału, który został pobrany poprzez nakłucie badanego narządu cienką igłą pod kontrolą obrazu USG. Dzięki tej metodzie z dużą skutecznością można zakwalifikować nakłuwaną zmianę do złośliwych, podejrzanych lub niezłośliwych i podjąć decyzję

co do dalszego leczenia. Biopsję tarczycy wykorzystuje się także w monitorowaniu leczenia pacjentów z wolem guzkowym leczonym zachowawczo oraz do opróżniania przestrzeni płynowych w tarczycy. Może pomóc również podczas formułowania rozpoznania w przypadkach zapaleń tarczycy. Wynik badania cytologicznego powinien się składać z dwóch części: opisowej i wniosku diagnostycznego. Interpretuje się go łącznie z badaniem przedmiotowym i USG tarczycy. Dlatego z powodu specyfiki badania na wynik pacjent musi dodatkowo oczekiwać.

### 3. Koszyk świadczeń gwarantowanych – system zdrowotny w Polsce

W polskim systemie ochrony zdrowia funkcjonuje koszyk świadczeń gwarantowanych. Zawiera on zbiór świadczeń opieki zdrowotnej, których gwarancję wykonania zapewnia państwo. Finansowanie koszyka świadczeń gwarantowanych odbywa się z publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, jak również w oparciu o środki pochodzące z budżetu państwa. Dostęp do świadczeń z koszyka jest gwarantowany wszystkim obywatelom Polski posiadającym ubezpieczenie zdrowotne.

Koszyki świadczeń gwarantowanych dzielą się na pozytywne lub negatywne (w zależności od sposobu wyznaczania ilości świadczeń).

Koszyk pozytywny zawiera wykaz świadczeń gwarantowanych przez państwo. Może zawierać nazwy procedur medycznych, nazwy rozpoznań lub wskazania do wykonania konkretnej procedury lub opis jej warunków stosowania zagwarantowanych obywatelom przez państwo. Natomiast koszyk negatywny jest wykazem tych świadczeń, które są nierefundowane przez państwo. Przy takiej konstrukcji wszystkie pozostałe, znane świadczenia są zagwarantowane.

W Polsce funkcjonuje pozytywny koszyk świadczeń. Sprawne zarządzanie koszykiem świadczeń zdrowotnych ma zasadnicze znaczenie dla regulacji systemu ochrony zdrowia oraz funkcjonowania gwarantowanego ubezpieczenia zdrowotnego. Zawartość poszczególnych części koszyka świadczeń gwarantowanych formułowana jest przez Ministra Zdrowia na mocy odpowiednich rozporządzeń. Określają one między innymi programy terapeutyczne, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, podstawową opiekę zdrowotną, opiekę szpitalną (a także najnowszą część z siecią szpitali),

świadczenia wysokospecjalistyczne, pakiet onkologiczny, szczepienia obowiązkowe itp. Mimo ustaleń przez Ministerstwo Zdrowia na ostateczny kształt koszyka wpływ posiada płatnik, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia. Chcąc uniknąć przekroczeń budżetowych przez NFZ „narzuca” ograniczenia na świadczeniodawców przez co pośrednio ogranicza dostęp chorych do świadczeń zdrowotnych. NFZ zarządza finansowaniem m. in. poprzez takie narzędzia jak: konkursy ofert, limity, warunki kontraktowania świadczeń oraz ograniczenia wielkości kontraktów w oparciu o budżet historyczny świadczeniodawców. Deficyt, czyli główny problem, pojawia się gdy koszyk świadczeń zdrowotnych tworzony jest „ponad stan”, zawiera więcej świadczeń zdrowotnych niż NFZ jest w stanie sfinansować. Deficyt prowadzi do:

- zadłużania się płatnika,
- zadłużania się świadczeniodawców,
- kolejek do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.

Wraz z napływem nowych technologii medycznych, silną konkurencją podmiotów leczniczych o środki ze składki podstawowej (nie zwiększanej od lat), dysproporcja pomiędzy wielkością tych środków stale się powiększa. Prowadzi to do ograniczenia dostępności do podstawowych świadczeń zdrowotnych i zachęca, a czasami wręcz wymusza korzystanie pacjentów z prywatnych świadczeń zdrowotnych lub korzystanie ze świadczeń za granicą kraju w ramach opieki transgranicznej.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Łanda K., W: *Koszyk świadczeń gwarantowanych, a ubezpieczenia zdrowotne*, Red. Kalbarczyk W., Łanda K., Władysiuk M., *Ubezpieczenia zdrowotne, a koszyki świadczeń. Przegląd rozwiązań*, Kraków/Warszawa 2011, str. 116-118.

## Świadczenia prywatne - ich rola w systemie zdrowotnym w Polsce

Świadczenia prywatne jest to odpłatna opieka zdrowotna sprawowana nad pacjentem poza państwowym systemem zabezpieczenia zdrowotnego, bez możliwości prawnych uzyskania choćby częściowej refundacji kosztów przez NFZ. Zapotrzebowanie na prywatne świadczenia zdrowotne zrodziło się w związku z luką powstałą w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zapotrzebowanie na świadczenia jest większe, niż fundusze państwa przeznaczone na ten cel. Istotne zwiększenie podstawowej składki zdrowotnej wydaje się mało prawdopodobne. Pogłębianiu się luki sprzyja także niekorzystna proporcja liczby osób pracujących, opłacających składkę zdrowotną, do liczby osób które składki nie opłacają.

W Polsce nie ma także, i nigdy nie było konkurencji po stronie płatnika. W obecnych czasach funkcjonuje państwowy monopson – NFZ, kiedyś natomiast były to Kasy Chorych. System ten nie ma praktycznie żadnych motywacji (poza politycznymi) do dbałości o jakość, dostępność do świadczeń, zdrowotność społeczeństwa, czy kondycję świadczeniodawców. Natomiast jego obowiązkiem jest zachowanie dyscypliny budżetowej i zmieszczenie wydatków w planie finansowym.<sup>4</sup>

Postęp technologiczny dokonuje się w medycynie w ogromnym tempie. Dostarczane przez naukowców innowacje w diagnostyce, czy leczeniu są niezwykle ważne w wymiarze społecznym. Innowacyjność w branży medycznej jest niezmiernie ważna dla pacjenta ze względu na poprawę i zachowanie jego stanu zdrowia, jak również ważna dla jakości opieki zdrowotnej czy rozwoju przemysłu medycznego. Częściowym rozwiązaniem dla pacjentów stają się prywatne świadczenia zdrowotne. Potencjał sektora prywatnego w Polsce rośnie z każdym rokiem. Sektor prywatny inwestuje przede wszystkim w rozbudowę infrastruktury oraz w innowacyjny sprzęt. Niewykorzystywanie tego potencjału działa na niekorzyść dla pacjenta. Według badań CBOS w 2016 r., analogicznie do lat poprzednich najwięcej osób spośród badanej próby leczyło się w sposób „mieszany” – korzystanie ze świadczeń dostępnych zarówno w ramach NFZ jak i opłacanych prywatnie (40%). Dodatkowo 37 % korzystało tylko z usług

---

<sup>4</sup> Łanda K. W: *Pojęcie koszyka świadczeń jako narzędzia systemowego*, Red., Łanda K., Władysław-Blicharz M., Nadziejka A., Gąsiorowski M., Dziadyk M., *Podstawowe cechy i zasady tworzenia koszyków świadczeń zdrowotnych w wybranych krajach*, Kraków 2006, str. 8-11.

publicznej służby zdrowia, natomiast 7 % korzystało wyłącznie ze świadczeń prywatnych. Podstawową motywacją do korzystania ze świadczeń prywatnych był według ankietowanych krótszy czas oczekiwania na wizytę, czy badanie diagnostyczne. Prawie co 5 badany, który potrzebował konsultacji lekarza specjalisty (17 %) nie otrzymał jej w ramach publicznej służby zdrowia.<sup>5</sup>

#### 4. Dostęp do wybranych świadczeń diagnostycznych w ramach ubezpieczenia społecznego

Fundacja Watch Health Care przeanalizowała dostęp do 7 popularnych świadczeń diagnostycznych wykonywanych ambulatoryjnie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego przez placówki opieki zdrowotnej wybrane losowo z całej Polski. Dostęp do wybranych świadczeń diagnostycznych przeanalizowany został dla poniższych wskazań zdrowotnych:

Tabela 1. Świadczenia diagnostyczne przedzwaniane dla poszczególnych wskazań zdrowotnych, placówki publiczne.

Świadczenie diagnostyczne	Wskazanie
USG jamy brzusznej	mężczyzna; 60 lat; częste bóle brzucha; posiada skierowanie od internisty
kolonoskopia (endoskopowe badanie jelita grubego)	mężczyzna; 55 lat; wzdęcia brzucha oraz nadmierne oddawanie gazów, nudności, zmiana średnicy stolca, występują tzw. stolce ołówkowate; posiada skierowanie na dalszą diagnostykę
gastroskopia	kobieta; 30 lat; bóle w nadbrzuszu, zgaga, podejrzenie choroby wrzodowej żołądka; posiada skierowanie z poradni gastroenterologicznej
rezonans magnetyczny (MRI) głowy	kobieta; 68 lat; zaburzenia pamięci oraz kłopoty z wykonywaniem podstawowych czynności, problemy z orientacją; posiada skierowanie od neurologa
badanie EKG metodą Holtera	mężczyzna; 65 lat; w badaniu EKG stwierdzono arytmie, uczucie kłucia w klatce piersiowej; posiada skierowanie od kardiologa
tomografia komputerowa (TK) głowy	kobieta; 30 lat; bóle zatok, niekończący się, stale nawracający katar, kaszel; posiada skierowanie na dalszą diagnostykę

<sup>5</sup> Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (313) przeprowadzono metodą wywiadów bezpośrednich (face-to-face) wspomaganym komputerowo (CAPI) w dniach 2–9 czerwca 2016 roku na liczącej 1002 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski., CBOS 2016

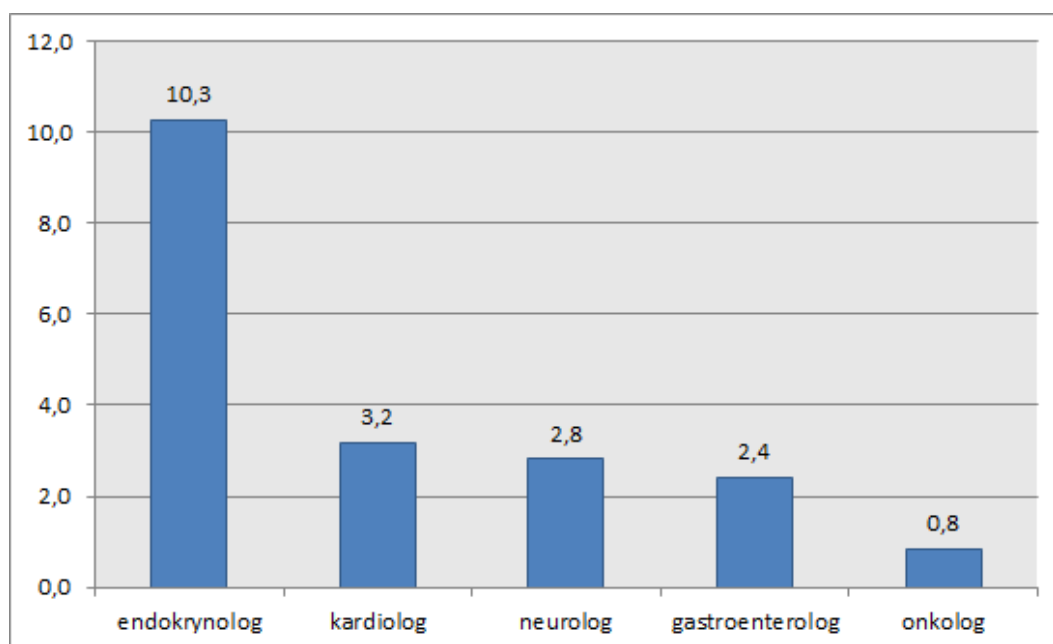
❖ Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka.”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).



biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana (BACC) tarczycy

kobieta; 45 lat; stwierdzone zmiany w tarczycy potwierdzone badaniem tomografii komputerowej; ból w przedniej okolicy szyi; skierowanie od onkologa na dalszą diagnostykę

Do badania zostali wybrani dorośli pacjenci powyżej 30 roku życia, różnej płci, którzy wcześniej odbyli już wizytę u lekarza rodzinnego, bądź lekarza specjalisty i posiadają skierowanie na dalsze badania diagnostyczne. W raporcie Fundacja WHC nie uwzględniła czasu oczekiwania na wizytę do lekarza. Należy jednak pamiętać, że kolejka oczekujących jest zróżnicowana pod względem rodzaju specjalisty, a także zróżnicowania regionalnego. Średnie czasy oczekiwania do poszczególnych specjalistów przedstawiane są w cyklicznym raporcie Fundacji „Barometr WHC”. Przykładowe czasy oczekiwania do specjalistów z najnowszego badanego okresu (czerwiec/lipiec 2017 r.) zaprezentowano na wykresie poniżej.

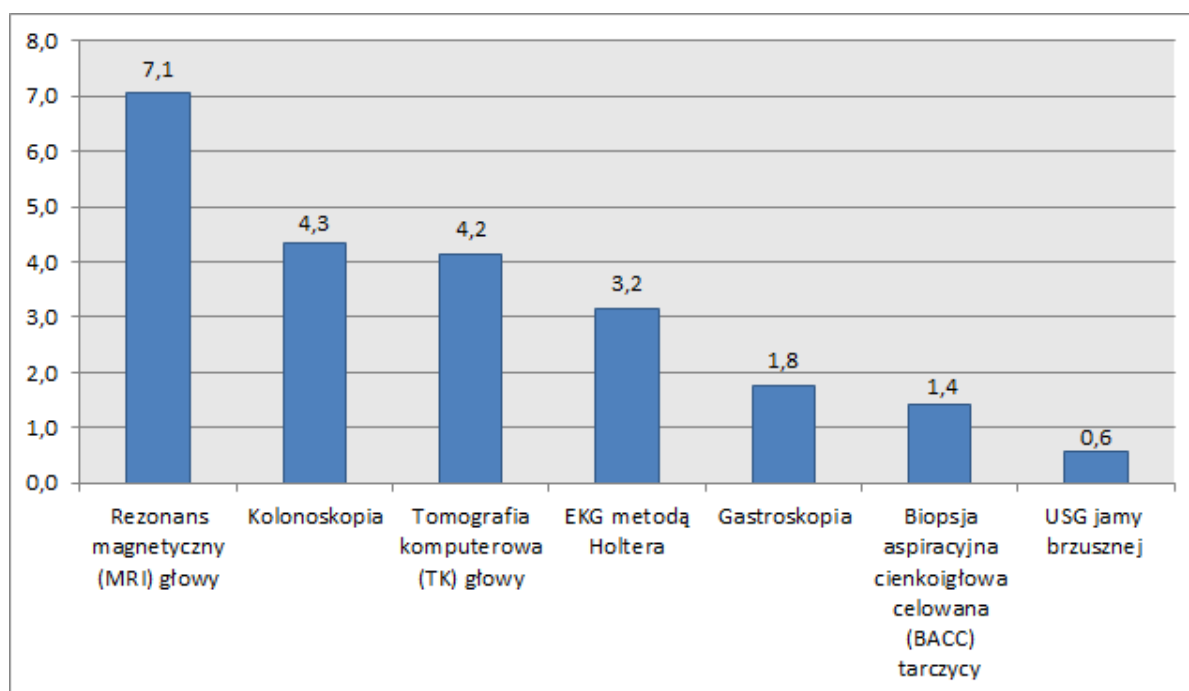


Rysunek 1. Przeciętny czas oczekiwania do wybranych specjalistów w ramach gwarantowanego ubezpieczenia zdrowotnego, stan na czerwiec/lipiec 2017 r. (miesiące).

Czasy oczekiwania na świadczenia diagnostyczne w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przedstawione zostały na wykresie numer 2. Spośród wybranych świadczeń diagnostycznych, najdłużej pacjenci oczekują na rezonans magnetyczny (MRI) głowy. Pacjent w przypadku wykonania badania z kontrastem musi mieć dodatkowo wyniki badania kreatyniny we

❖ Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka.”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).

krwi. Średni czas oczekiwania na rezonans magnetyczny (MRI) głowy bez kontrastu wyniósł 7,1 miesiąca. Drugim najdłuższym czasem oczekiwania jest kolejka na wykonanie kolonoskopii (endoskopowego badania jelita grubego). Fundacja WHC zbadała dostęp w przypadku znieczulenia żelem znieczulającym z lidokainą, który stosuje się standardowo podczas każdego badania. Możliwe są również inne metody znieczulenia pacjenta, do niektórych z nich pacjentowi proponowana jest dopłata. Pacjenci oczekują na to badanie średnio 4,3 mies.



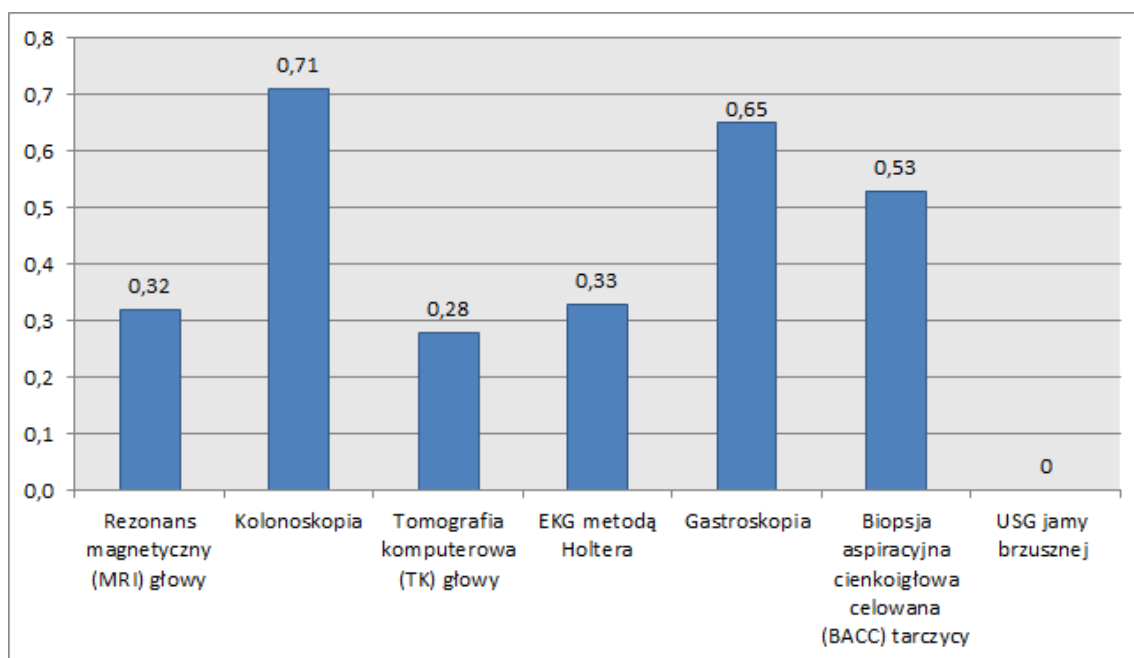
Rysunek 2. Średni czas oczekiwania na wybrane świadczenia diagnostyczne wykonywane w ramach NFZ, stan na lipiec/sierpień 2017 r. (miesiące).

Również dostęp do tomografii komputerowej (TK) głowy w przypadku stabilnym wyniósł średnio 4,2 mies. W przypadku EKG metodą Holtera pacjenci oczekują średnio 3,2 mies. Przeciętny czas oczekiwania na gastroskopię wyniósł 1,8 mies. W przypadku kolejki do wykonania biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej celowanej (BACC) tarczycy pacjent oczekuje średnio 1,4 mies. Fundacja WHC napotkała trudności ze znalezieniem placówek wykonujących biopsję ambulatoryjnie. Najkrótszy wśród badanych czas oczekiwania odnotowano w przypadku USG jamy brzusznej. Pacjent oczekuje na to badanie średnio 0,6 mies. (2,4 tyg.).

❖ Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka.”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).

W wielu placówkach posiadających kontrakt z NFZ realizowany jest obecnie program przesiewowy kolonoskopii. Po spełnieniu kryteriów kwalifikacji między innymi: wiek 50-65 lat oraz brak wykonanej w ciągu kilku ostatnich lat kolonoskopii, pacjenci po wypełnieniu dedykowanej im ankiety mogą skorzystać z szybszego dostępu do badania. Średni czas oczekiwania w ramach programu wynosi 0,8 mies. (3,2 tyg.). Niestety zaobserwowano regionalne zróżnicowanie w dostępie do programu. Przykładem może być województwo opolskie, gdzie w większości miast nie ma do końca roku wolnego terminu na to badanie, a tylko jedna placówka wykonuje kolonoskopię w ramach programu przesiewowego.

Do czasu oczekiwania na badanie diagnostyczne należy doliczyć w większości przypadków również czas potrzebny na uzyskanie wyniku badania, jeśli dodatkowo pobierane są wycinki lub potrzebny jest dokładny opis danego badania przez lekarza wykonującego. Fundacja WHC zbadała średni czas oczekiwania na poszczególne wyniki w ramach świadczeń gwarantowanych. Dane przedstawia wykres 3.



Rysunek 3. Średni czas oczekiwania na wyniki wybranych badań diagnostycznych wykonanych w ramach NFZ, stan na lipiec/sierpień 2017 r. (miesiące).

Najdłuższy czas oczekiwania na wynik badania odnotowano dla kolonoskopii, średnio 0,71 mies. (2,8 tyg.) oczekiwania. W drugiej kolejności najdłużej oczekują pacjenci na wynik gastroskopii 0,65 mies.

❖ Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka.”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).

(2,6 tyg.), biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej celowanej (BACC) tarczycy, około 0,53 mies. (2,1 tyg.). Na wyniki EKG metodą Holtera, rezonansu magnetycznego (MRI) głowy oraz tomografii komputerowej (TK) głowy oczekują się średnio 0,3 mies. (1,2 tyg.). Nie odnotowano kolejki do otrzymania wyniku w przypadku badania – USG jamy brzusznej.

## 5. Dostęp do wybranych świadczeń diagnostycznych prywatnie

W poniższym raporcie zbadany został również dostęp do wybranych 7 badań diagnostycznych wykonywanych prywatnie przez placówki zdrowotne świadczące tego rodzaju usługi z całej Polski. Placówki do badania wybrano losowo. Są to ośrodki, które wykonują badania ambulatoryjnie. Dostęp do wybranych badań diagnostycznych przeanalizowany został dla tych samych wskazań, jak w przypadku świadczeń wykonywanych w ramach kontraktu NFZ. Wspomnieć należy, że każde świadczenie prywatne ma swoją cenę, którą pacjent musi zapłacić, aby badanie zostało wykonane. Dostęp do badania diagnostycznego prywatnie można uzyskać w większości przypadków nie posiadając wcześniej skierowania na badanie.

Tabela 2. Świadczenia diagnostyczne przedzwaniane dla poszczególnych wskazań zdrowotnych, placówki prywatne.

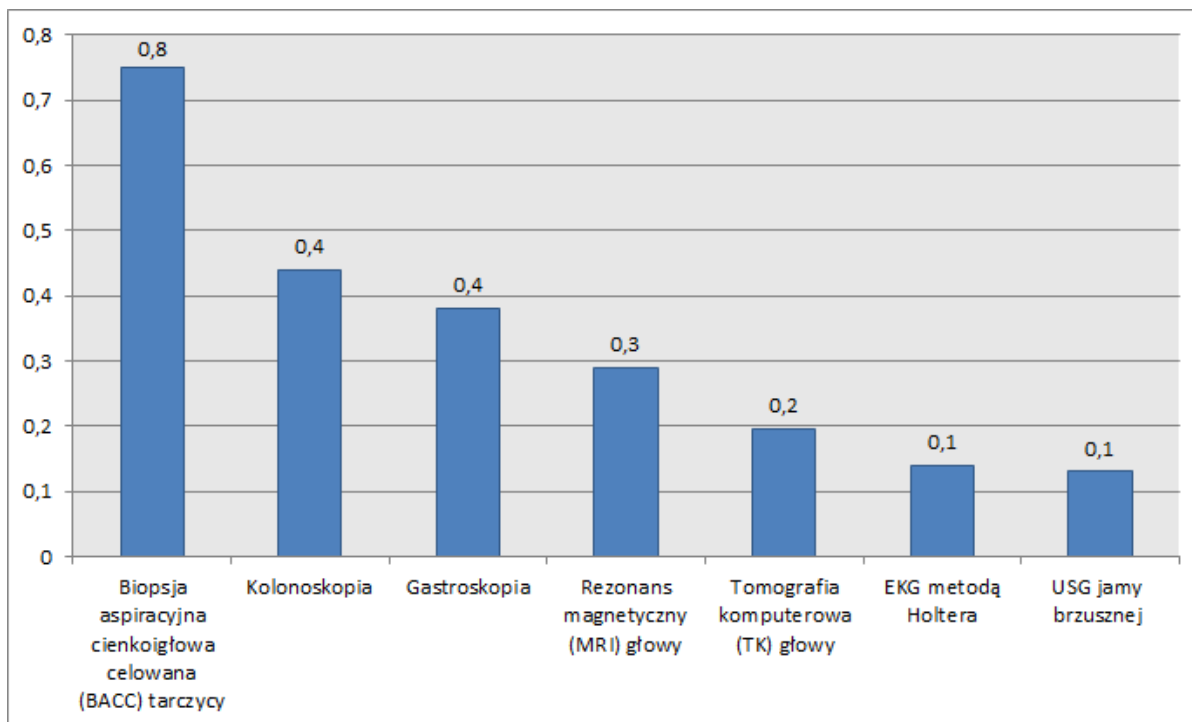
Świadczenie diagnostyczne	Wskazanie
USG jamy brzusznej	mężczyzna; 60 lat; częste bóle brzucha; posiada skierowanie od internisty
kolonoskopia (endoskopowe badanie jelita grubego)	mężczyzna; 55 lat; wzdęcia brzucha oraz nadmierne oddawanie gazów, nudności, zmiana średnicy stolca, występują tzw. stolce ołówkowate; posiada skierowanie na dalszą diagnostykę
gastroskopia	kobieta; 30 lat; bóle w nadbrzuszu, zgaga, podejrzenie choroby wrzodowej żołądka; posiada skierowanie z poradni gastroenterologicznej
rezonans magnetyczny (MRI) głowy	kobieta; 68 lat; zaburzenia pamięci oraz kłopoty z wykonywaniem podstawowych czynności, problemy z orientacją; posiada skierowanie od neurologa
badanie EKG metodą Holtera	mężczyzna; 65 lat; w badaniu EKG stwierdzono arytmie, uczucie kłucia w klatce piersiowej; posiada skierowanie od kardiologa
tomografia komputerowa (TK) głowy	kobieta; 25 lat; bóle zatok, niekończący się, stale nawracający katar, kaszel; posiada skierowanie na dalszą diagnostykę

❖ Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka.”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).

biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana (BACC) tarczycy

kobieta; 45 lat; stwierdzone zmiany w tarczycy potwierdzone badaniem tomografii komputerowej; ból w przedniej okolicy szyi; skierowanie od onkologa na dalszą diagnostykę

Czasy oczekiwania na badania finansowane prywatnie przedstawia wykres numer 4.

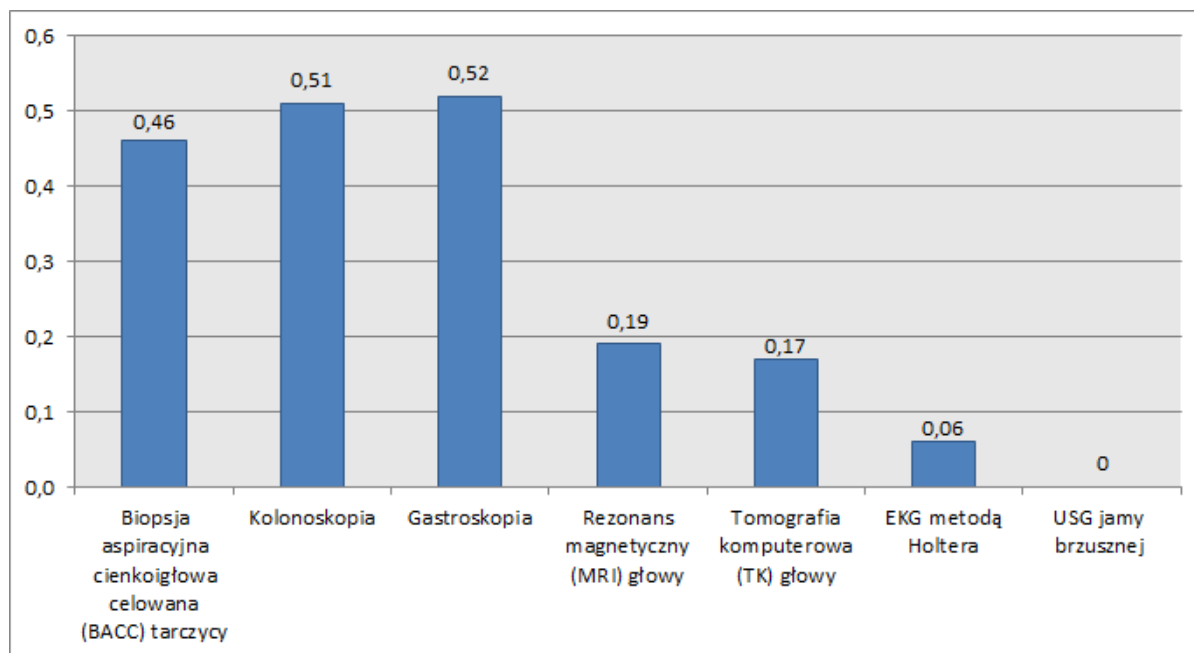


Rysunek 4. Średni czas oczekiwania na wybrane świadczenia diagnostyczne finansowane prywatnie, stan na lipiec/sierpień 2017 r. (miesiące).

W przypadku przebadanego dostępu do świadczeń diagnostycznych wykonywanych prywatnie najdłużej oczekuje się na biopsję aspiracyjną cienkoigłową celowaną (BACC) tarczycy, około 0,8 mies. (3,2 tyg.). Kolejnymi świadczeniami do których kolejka wyniosła średnio 0,4 mies. (1,6 tyg.) są kolonoskopia oraz gastroskopia. Na rezonans magnetyczny (MRI) głowy oczekuje się prywatnie około 0,3 mies. (1,2 tyg.). Świadczeniami do których czas oczekiwania jest bardzo krótki są: tomografia komputerowa (TK) głowy, badanie EKG metodą Holtera oraz USG jamy brzusznej. Aby wykonać te badania należy poczekać w kolejce 3-6 dni (0,1-0,2 mies.).

Również w przypadku świadczeń prywatnych pacjenci oczekują na wynik badania diagnostycznego. Średni czas oczekiwania na wynik przedstawiono na wykresie 5.

❖ Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka.”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).

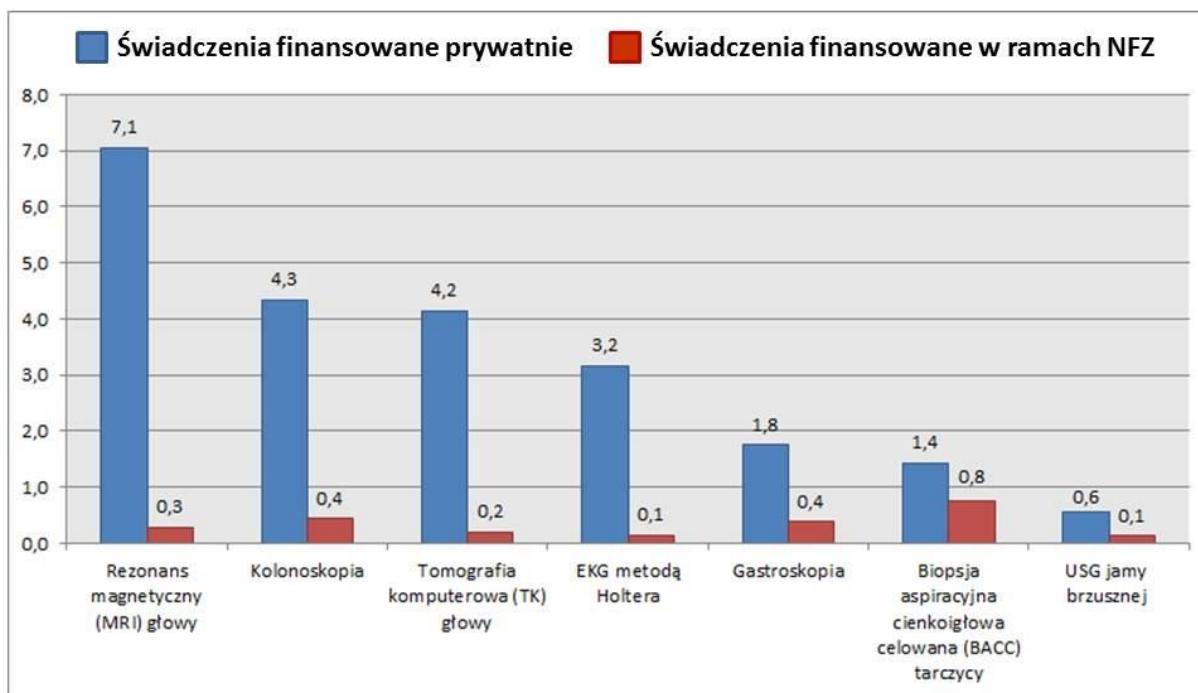


Rysunek 5. Średni czas oczekiwania na wyniki wybranych badań diagnostycznych finansowanych prywatnie, stan na lipiec/sierpień 2017 r. (miesiące).

Zarówno w przypadku świadczeń finansowanych przez NFZ, jak i świadczeń prywatnych na wynik badania trzeba poczekać. W przypadku badań prywatnych najdłuższy czas, wynoszący około 2 tygodni (0,5 mies.) odnotowano w przypadku biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BACC) tarczycy, kolonoskopii, oraz gastroskopii. We wszystkich przypadkach oczekuje się na ocenę pobranego podczas badania wycinka. W przypadku rezonansu magnetycznego (MRI) głowy oraz tomografii komputerowej (TK) głowy na wynik oczekuje się średnio 5-6 dni (0,17-0,19 mies.). Na wynik EKG metodą Holtera pacjenci oczekują prywatnie 1-2 dni (0,06 mies.). W przypadku oczekiwania na wynik USG jamy brzusznej Fundacja WHC nie odnotowała kolejki.

❖ Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka.”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).

## 6. Porównanie wyników (ograniczenia w dostępie)



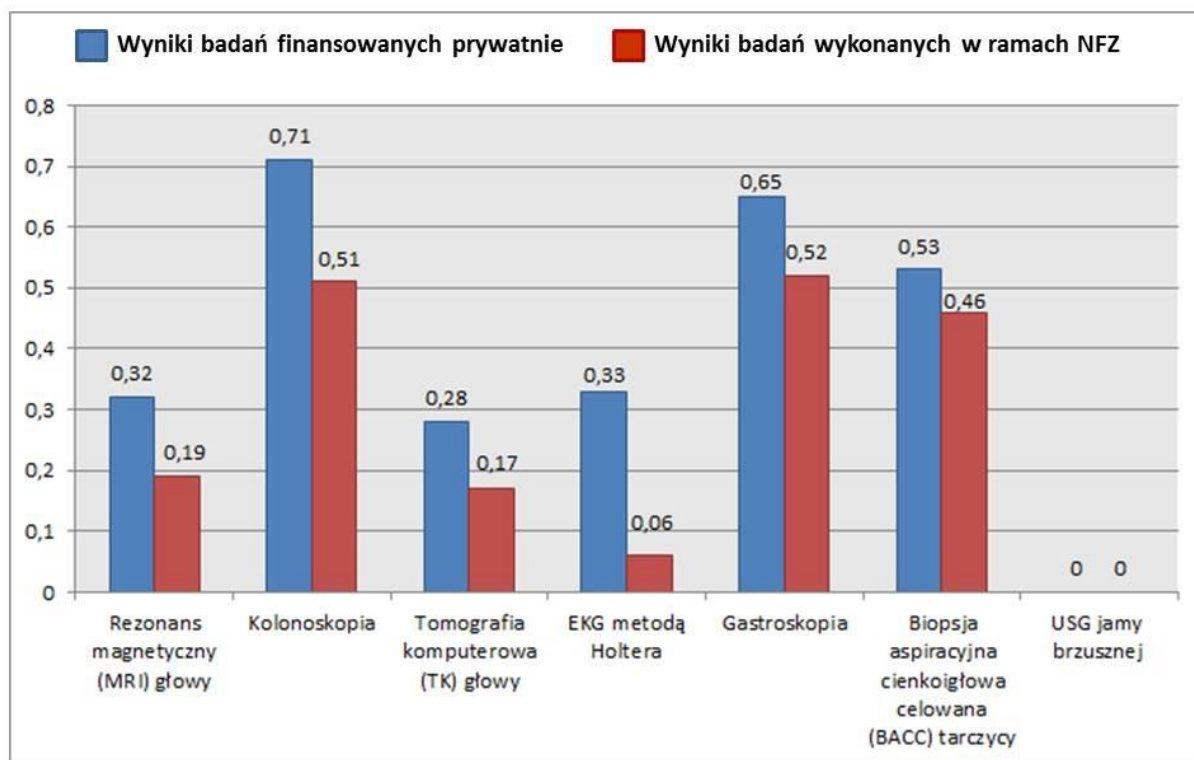
Rysunek 6. Porównanie średniego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne finansowane w ramach NFZ vs. świadczenia finansowane prywatnie, lipiec/sierpień 2017 r. (miesiące).

Z przeanalizowanych przez Fundację WHC danych dotyczących dostępu do badań diagnostycznych wykonywanych w ramach gwarantowanego ubezpieczenia oraz prywatnie wynika, że czasy oczekiwania na diagnostykę są znacznie niższe w przypadku świadczeń prywatnych. Różnica między kolejką „publiczną”, a „prywatną” w przypadku badania rezonansu magnetycznego (MRI) głowy wyniosła średnio 7 miesięcy. Oznacza to, że prawie 24 razy dłużej oczekują pacjenci na to gwarantowane świadczenie (przypadek stabilny). Znaczną różnicę w czasie oczekiwania zaobserwowano również dla świadczeń kolonoskopia, tomografia komputerowa oraz EKG metodą Holtera. Na świadczenia te prywatnie oczekuje się od 3-11 dni. W ramach gwarantowanego ubezpieczenia zdrowotnego średni czas oczekiwania dla kolonoskopii wyniósł 4,3 mies., tomografii komputerowej (TK) głowy 4,2 mies. oraz EKG metodą Holtera 3,2 mies. O 1,4 mies. dłużej oczekują pacjenci w kolejce na gwarantowane świadczenie gastroskopii, o 0,6 mies. (2,5 tyg.) dłużej w przypadku biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej celowanej (BACC) tarczycy oraz o 0,5 mies. (2 tyg.) dłużej na USG jamy brzusznej. Pacjenci decydując się na wykonanie badania prywatnie mają do wyboru

❖ Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka.”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).

więcej metod wykonania danego badania oraz możliwość wybrania dodatkowego znieczulenia. Praktyką w wykonywaniu badań diagnostycznych publicznie jest wykonywanie ich w standardowym znieczuleniu, bądź w niektórych przypadkach bez niego. Znieczulenie ogólne stosowane jest w przypadku osób obciążonych zdrowotnie i badanie wykonuje się na oddziale szpitalnym. Jeśli pacjent obawia się danego badania, w ramach publicznej opieki nie ma możliwości wyboru znieczulenia.

Zarówno w przypadku badań diagnostycznych wykonywanych w ramach gwarantowanego świadczenia zdrowotnego oraz prywatnie pacjent musi oczekiwać na wynik badania. Krócej oczekują w kolejce pacjenci prywatni. Różnica ta nie jest jednak duża. Wynosi kilka dni. Najdłuższą odnotowaną różnicą w kolejce „publicznej”, a „prywatnej” jest o 1 tydzień dłuższy czas oczekiwania na wynik w przypadku EKG metodą Holtera.



Rysunek 7. Porównanie średniego czasu oczekiwania na wynik badań wykonanych w ramach NFZ vs. wyniki badań finansowanych prywatnie, lipiec/sierpień 2017 r. (miesiące).

❖ Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka.”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).



## 7. Dostęp do wybranych świadczeń leczniczych

Dodatkowo w raporcie zbadano dostęp do świadczeń leczniczych dla osób starszych oraz znacznie schorowanych w podziale na świadczenia gwarantowane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz finansowanych prywatnie. Osoby chore, przebywające w szpitalu, z danym stopniem niepełnosprawności często nie są w stanie same zapewnić sobie opieki poszpitalnej. Dlatego w tym celu potrzebują rodziny, bliskich, którym niekiedy pierwszy raz przychodzi zetknąć się z funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej. Fundacja WHC zbadała dostęp dla osób starszych do świadczeń polepszających jakość życia, a także w niektórych przypadkach ratujących życie. Dostęp do świadczeń badany był w placówkach publicznych oraz placówkach prywatnych, według wskazań zdrowotnych przedstawionych w tabeli poniżej.

**Tabela 3. Świadczenia lecznicze przedzwaniane dla poszczególnych wskazań zdrowotnych, placówki publiczne oraz prywatne.**

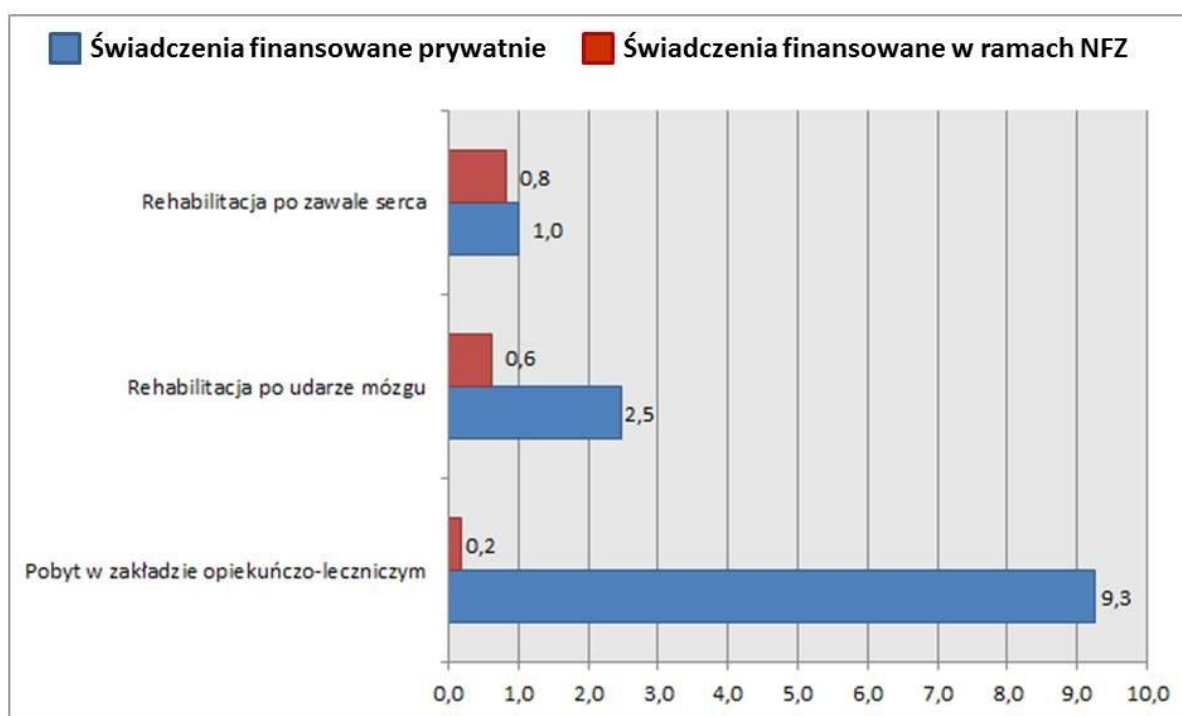
Świadczenie zdrowotne	Wskazanie
pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym	kobieta; 70 lat; po przebytych udarze mózgu; całkowity niedowład; afazja; karmiona przez sondę
rehabilitacja po udarze mózgu	kobieta; 70 lat; po udarze niedokrwiennym; niedowład prawostronny; skierowanie od neurologa na rehabilitację stacjonarną
rehabilitacja po zawale serca	mężczyzna; 76 lat; po przebytych zawale mięśnia sercowego; skierowanie na rehabilitację stacjonarną

Najdłuższą odnotowaną różnicą w czasie oczekiwania na świadczenia lecznicze dla osób starszych był pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (dane zawarte na wykresie numer 7). Czas oczekiwania na przyjęcie chorego w ramach świadczeń NFZ wyniósł 9,3 mies., natomiast prywatnie czas ten wyniósł 0,2 mies. (około 1 tydzień). W przypadku kolejki oczekujących na świadczenia rehabilitacji medycznej po zawale serca oraz udarze mózgu płatnik publiczny zdecydował się na dwie kolejki do świadczeń. Priorytetowo traktowani są pacjenci po niedawnym zawale serca, bądź udarze mózgu. Jeśli od danego zdarzenia minął dłuższy okres czasu pacjenci zapisywani są do „normalnej kolejki”. Niestety czasy oczekiwania w takiej kolejce na rehabilitację mogą wynieść niekiedy 2 lata.

❖ Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka.”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).

W przypadku świadczeń rehabilitacyjnych wykonywanych zaraz po wystąpieniu zdarzenia, różnica w czasie oczekiwania „publicznie”, a „prywatnie” w przypadku rehabilitacji po udarze mózgu wynosi 1,9 mies. dłużej w przypadku placówek publicznych. Nieznaczną różnicę odnotowano w kolejce do rehabilitacji po zawale serca 0,2 mies. (ok. 1 tydz.) na korzyść świadczeniodawcy prywatnego.

Wspomnieć należy, że w przypadku świadczeń takich jak rehabilitacja po zawale serca, bądź udarze mózgu czas ma istotne znaczenie, a brak odpowiedniej pomocy może skutkować utratą sprawności, bądź zaprzepaścić korzyści uzyskane w wyniku leczenia szpitalnego. Kursy rehabilitacyjne oferowane prywatnie mają różne programy dostosowane dla pacjenta. Wybór rehabilitacji odpowiedniej dla stopnia danego schorzenia pacjent powinien skonsultować z lekarzem prowadzącym, aby uzyskać najwyższe korzyści płynące z prywatnego leczenia.



Rysunek 8. Porównanie średniego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia lecznicze w ramach NFZ vs. świadczenia finansowane prywatnie, lipiec/sierpień 2017 r. (miesiące).

❖ Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka.”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).

## 8. Jakość świadczeń zdrowotnych

Jakość wykonywanych badań diagnostycznych, czy świadczeń leczniczych ma istotne znaczenie z punktu widzenia pacjenta. Chory, który korzysta z usług służby zdrowia może być zdezorientowany w związku z ilością świadczeń, procedurami które musi spełnić oraz czasem oczekiwania na daną usługę. Pamiętać należy, że badania chcą wykonać w większości przypadków ludzie chorzy, u których mogą występować różnego rodzaju niepokojące objawy i którzy chcieliby jak najszybciej uzyskać wiedzę na temat swojego stanu zdrowia i wdrożyć leczenie.

Jakość świadczeń zdrowotnych oferowana prywatnie posiada tę przewagę nad świadczeniami gwarantowanymi przez NFZ, że pacjent posiada w wielu przypadkach komfort wyboru terminu. Nie są to terminy roczne, czy kilkumiesięczne, tylko dostosowane do potrzeb pacjenta, jego możliwości czasowych. Odnośnie metod wykonywania badań diagnostycznych, czy sposobów leczenia pacjentowi w placówkach prywatnych proponowane są różne metody wykonywania świadczeń, często nowoczesne, a sprzęt którym wykonywane są badania jest nowszy.

Świadczeniodawcy prywatni zwracają uwagę na wygląd pomieszczeń, tak aby pacjent czuł się możliwe jak najbardziej komfortowo w ich placówce i by chętnie do nich wrócił ponownie. Prywatnie na badanie diagnostyczne można zapisać się bez wcześniejszej wizyty u specjalisty i bez potrzeby skierowania na badanie. Nie ma problemów z zapisem telefonicznym, coraz częściej praktykowane są zapisy przez stronę internetową, a do rozmów z pacjentami ośrodki prywatne często zatrudniają firmy zewnętrzne. Odbieralność rozmów telefonicznych jest dużo lepsza w placówkach prywatnych niż publicznych. Jednak może istnieć problem w przypadku uzyskania bardziej szczegółowych informacji odnośnie danego świadczenia. W placówkach publicznych rejestrację obsługują częściej pielęgniarki, które mają większe pojęcie o specyfice danych świadczeń. Należy jednak podkreślić, że nie jest to regułą. Problem natomiast w podmiotach publicznych pojawia się z odbieralnością telefonów. Dlatego pacjent w obecnych czasach niekiedy zmuszony jest czekać osobiście w porannej kolejce do rejestracji „po numerek”, a należy zaznaczyć, że są to osoby chore.

Jakość to sprawna obsługa pacjenta, efektywność zarządzania, wrażliwości na potrzeby i uwagi pacjentów, szybkie i sprawne procesowanie zmian i podnoszenie standardów.

❖ Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka.”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).

## 9. Wnioski

- 🕒 Kolejki do świadczeń diagnostycznych i leczniczych występują zarówno w publicznej, jak i prywatnej opiece zdrowotnej.
- 🕒 Znacznie dłużej oczekuje się w przypadku publicznego ubezpieczenia zdrowotnego na badania: **rezonans magnetyczny (MRI) głowy** oczekują się w ramach gwarantowanego ubezpieczenia zdrowotnego prawie 24-razy dłużej (7,1 mies.), niż prywatnie (0,3 mies.). Również na wyniki (MRI) pacjenci oczekując krócej prywatnie. W przypadku często wykonywanych badań: **kolonoskopii** pacjenci oczekują w ramach NFZ 4,3 mies., prywatnie 0,4 mies. (1,6 tyg.); **tomografii komputerowej (TK) głowy** 4,2 mies. NFZ, prywatnie 0,2 mies. (niecały tydz.), **EKG metodą Holtera NFZ** 3,2 mies., prywatnie 0,1 mies. (1-3 dni) oraz **gastroskopii** 1,8 mies. NFZ, w porównaniu do 0,4 mies. (1,6 tyg.) prywatnie.
- 🕒 Placówkom prywatnym łatwiej postawić na tzw. efektywne zarządzanie niż placówkom publicznym, które są ograniczone kontraktami z NFZ. W placówkach prywatnych pacjent ma również większą możliwość wpływu na proces zmiany i dostarczenie oczekiwanych standardów.
- 🕒 Pacjenci by wykonać badanie finansowane przez NFZ muszą posiadać skierowanie od lekarza rodzinnego, bądź specjalisty. Czasy oczekiwania do specjalistów są w Polsce długie. Badania w prywatnych placówkach w większości przypadków mogą być wykonywane bez uprzedniego skierowania.
- 🕒 **Kolejki w prywatnej służbie zdrowia mogą świadczyć o niedoborach kadry medycznej w Polsce.** Odpłatność za wizyty nie umożliwia natychmiastowego przyjęcia i wykonania badania. Świadczy to o braku dostępności lekarzy.
- 🕒 Na świadczenia lecznicze osoby starsze oczekują dłużej w przypadku świadczeń gwarantowanych ubezpieczeniem zdrowotnym, szczególnie na świadczenie – **pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.**

❖ Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka.”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).

- 🕒 W przypadku **rehabilitacji po zwale serca i udarze mózgu** różnica między kolejką publiczną i prywatną nie jest duża. Świadczenia rehabilitacyjne, które wykonywane są zaraz po wypisie pacjenta z oddziału szpitalnego po wystąpieniu zdarzenia traktowane są przez płatnika publicznego priorytetowo. W przypadku dłuższego okresu po wystąpieniu zdarzenia odnotowano, że kolejki w ramach ubezpieczenia zdrowotnego są znaczne.
- 🕒 Zaobserwowano, że w **większych ośrodkach**, które nastawione są na leczenie w ramach przyznanego kontraktu NFZ, a przyznane środki finansowe są wystarczające, kolejka do świadczeń prywatnych jest taka sama jak do świadczeń gwarantowanych.
- 🕒 W placówkach które nastawione są na **świadczenie usług prywatnie (często sieci ośrodków)**, na usługi wykonywane w ramach NFZ oczekuje się znacznie dłużej z powodu małych kontaktów tych placówek.
- 🕒 W okresie urlopowym **placówki publiczne** w większości przypadków zapewniają ciągłość wykonywanych świadczeń, natomiast **placówki prywatne** często przesuwają terminy do powrotu specjalisty. Podkreślić należy jednak, że proponowane terminy w większości wypadków są krótsze niż, proponowane pacjentowi w ramach ubezpieczenia NFZ.
- 🕒 W placówkach prywatnych pacjent ma **większy wybór** co do sposobu znieczulenia, metody badania, leczenia, wykonania dodatkowych testów laboratoryjnych, łatwiej jest mu uzyskać informację.
- 🕒 **W ośrodkach prywatnych łatwiej jest się zapisać na badanie telefonicznie.** Zdarza się, że pacjenta obsługuje wynajęta zewnętrznie firma, co może wiązać się z niedoinformowaniem o specyfice danego świadczenia. Z kolei w placówkach publicznych pojawiają się kłopoty z zapisem telefonicznym. Ciężko jest także uzyskać pacjentowi informację w przypadku bardziej skomplikowanych świadczeń zdrowotnych.

- ⌚ Prywatnie po uzyskaniu wyniku pacjent musi **zadbać o wizytę u specjalisty**, który dokona interpretacji wyników i wdroży odpowiednie leczenie jeżeli jest taka konieczność. Często praktyką w publicznych placówkach jest **wpisanie pacjenta na „drugorazową” wizytę** u specjalisty u którego pozna on wynik badania i ma wdrożone leczenie.
  
- ⌚ W przypadku czasu oczekiwania na **biopsję aspiracyjną cienkoigłową celowaną (BACC) tarczycy** różnica między oczekiwaniem w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, a prywatnie nie jest duża. Spowodowane to może być praktyką wykonywania biopsji przez duże specjalistyczne szpitale, często centra onkologii, które posiadają większe kontrakty oraz mogą zlecić badanie w ramach pakietu onkologicznego.
  
- ⌚ Dostęp do **badania w ramach programów przesiewowych** ogłaszanych przez Ministerstwo Zdrowia jest znacznie lepszy niż w przypadku zwykłego skierowania w ramach NFZ, ale gorszy niż prywatnie (przykład - program przesiewowy kolonoskopii).

## Komentarz ekspertów dotyczący wyników badań:

[Prof. dr hab. n. med. Mariusz Frączek](#) - Kierownik II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Konsultant Wojewódzki ds. Chirurgii Ogólnej w województwie mazowieckim, Przewodniczący Rady Naukowej LUX MED, Redaktor Naczelny "Chirurgii po Dyplomie".

Raport Fundacji Watch Health Care pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych – diagnostyka” przedstawia wnioski dotyczące przede wszystkim porównania czasu oczekiwania na badania diagnostyczne wykonywane w ramach gwarantowanego ubezpieczenia zdrowotnego a prywatnej opieki zdrowotnej. Autorzy raportu wskazali, że jednym ze zjawisk mających wpływ na jakość pracy systemu opieki zdrowotnej świadczonej przez NFZ oraz placówki prywatne jest lepszy kontakt pacjentów z placówkami prywatnymi oraz łatwiejszy dostęp do informacji. Słusznie zwrócono uwagę na brak kadr medycznych w Polsce, jest on odczuwalny również w pracy placówek prywatnych. Jakość świadczeń zdrowotnych to oczywiście satysfakcja chorego (lepszy dostęp do informacji, lepszy wygląd pomieszczeń), ale i prawidłowość wykonanych badań. ***Dla mnie, jako lekarza praktyka podstawowym kryterium jakości badań jest przede wszystkim trafność rozpoznania. Jest oczywiste, że placówki diagnostyczne dysponują różnej jakości sprzętem. Postęp technologii medycznej sprawia, że badania mają coraz większą wartość diagnostyczną, niemniej jakość opisu badania zależy w znacznym stopniu od lekarza, który go wykonuje. Ważne jest doświadczenie lekarza i znajomość sytuacji klinicznej. Innymi słowy istotny jest zarówno sprzęt na którym badanie zostało wykonane jak i lekarz wykonujący jego interpretację. Często w placówkach publicznych jak i prywatnych pracują ci sami lekarze. Znaczenie mają tu również warunki pracy i czas jaki mogą przeznaczyć na przeanalizowanie materiału.***

W jednym z kluczowych punktów raportu omówiono dostęp do wybranych świadczeń diagnostycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz porównano wyniki czasu oczekiwania na badania w placówkach prywatnych. Największe różnice wykazano w stosunku do oczekujących na badania MRI głowy, badanie kolonoskopowe, TK głowy i EKG metodą Holtera.

❖ Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka.”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).

Długie oczekiwanie na badania przedłuża podjęcie kwalifikowanego leczenia. Jest to szczególnie istotne podczas leczenia nowotworów – im wcześniej wykryjemy chorobę, tym większe są szanse na jej wyleczenie.

Okres oczekiwania na badania diagnostyczne w Polsce jest stanowczo zbyt długi. W tej sytuacji wykorzystanie całości potencjału diagnostycznego – zarówno państwowego jak i prywatnego wydaje się jedynym logicznym rozwiązaniem. Dziwi w takiej sytuacji nowelizacja ustawy o działalności leczniczej uniemożliwiająca dzierżawienie pomieszczeń na prywatne laboratoria czy pracownie hemodynamiczne w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Jest to eliminacja dodatkowych form działalności leczniczej, przy braku alternatywnej możliwości (przynajmniej w najbliższym czasie).

W Polsce rynek prywatny zapewnia prawie 30% usług medycznych. Wynika to między innymi z faktu, że podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest w rękach prywatnych. Ze zrozumiałych względów POZ to podstawa piramidy ponad którą gromadzą się bardziej specjalistyczne usługi medyczne. Na POZ przewidziano w projekcie finansowym NFZ na 2017 rok prawie 10 mld zł (13,5% planowanych nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej). Według planów Ministerstwa Zdrowia wydatki na POZ mają stopniowo wzrastać, osiągając w perspektywie 10 lat 20% wszystkich wydatków na świadczenia zdrowotne. Trudno zatem mówić o braku finansowania placówek publicznych jeżeli przeznaczamy na POZ docelowo 20% wszystkich wydatków. Chorzy z POZ muszą przejść dalszy proces poprzedzający leczenie – diagnostykę. Patrząc z tej perspektywy wypracowanie właściwych, korzystnych dla obu stron form współpracy wydaje się koniecznością.

Reasumując - okres oczekiwania na badania diagnostyczne w Polsce jest stanowczo zbyt długi. Brak możliwości szybkiej diagnostyki to również wydłużenie czasu do podjęcia profilowanego dla konkretnego chorego leczenia. Korzystanie z form przyspieszonej diagnostyki w placówkach prywatnych może budzić niepokój z populistycznego punktu widzenia. Z drugiej strony niedomagania systemu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych nie wynikają ze „złej woli” a są skutkiem ograniczonych możliwości finansowych. W tej sytuacji wykorzystanie całości potencjału diagnostycznego – zarówno państwowego jak i prywatnego wydaje się jedynym logicznym rozwiązaniem.

❖ Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka.”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).



**Dr n. społ. Antonina Doroszevska** - doktor nauk społecznych, asystent, Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Warszawski Uniwersytet Medyczny. Członek Rady Języka Polskiego przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, sekretarz Zespołu Języka Medycznego Rady Języka Polskiego przy Prezydium PAN, członek European Society for Health and Medical Sociology, członek Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Autorka lub współautorka ponad 30 publikacji naukowych z zakresu socjologii medycyny i komunikacji lekarz – pacjent. Autorka lub współautorka ponad 30 prezentacji na konferencjach w kraju i za granicą.

Czas jest soczewką, przez którą można przyrzeć się zarówno systemowi opieki zdrowotnej, funkcjonowaniu instytucji medycznych, jak i lepiej zrozumieć sytuację pacjenta.

### **Perspektywa instytucjonalna**

W klasycznej pracy E. Zerubavel wykorzystał kategorię czasu do ukazania dynamiki i struktury szpitala. Czas wyznacza rytm funkcjonowania szpitala – rok, rotacje, tydzień, dzień, termin wykonania zadania. Widać pewną powtarzalność, która porządkuje, tworzy strukturę, określa dynamikę, wyznacza zakres zadań personelu, określa rozkład dnia, do którego muszą dostosować się pacjenci. Ta powtarzalność określonych czynności, sytuacji, zadań organizuje funkcjonowanie instytucji, gwarantuje pewną przewidywalność, a także umożliwia kontrolę nad realizacją i jakością udzielanych świadczeń. Funkcjonalność instytucji można mierzyć zatem m.in. sprawnością wykonywania zadań w określonym czasie. Czas jest nie tylko elementem porządku społecznego, w dużym stopniu kształtuje porządek społeczny instytucji medycznej.

### **Perspektywa pacjenta**

Przebieg choroby i leczenia z perspektywy pacjenta ma charakter bardzo subiektywny i zindywidualizowany. Pacjent najpierw czeka na wizytę u lekarza, który ma wyjaśnić przyczyny niepokojących chorego objawów, potem nierzadko musi czekać na dodatkowe badania i ich wyniki, a następnie ponownie na wizytę u lekarza, który postawi diagnozę, ustali przebieg leczenia. To pewien schemat drogi pacjenta od podjęcia decyzji o konieczności kontaktu z lekarzem do postawienia diagnozy. Ten czas oczekiwania na wizytę, na badania, na wyniki, niejednokrotnie, jak pokazują dane zawarte w raporcie, długi, to czas obaw i niepokojów, z którymi chory musi sobie radzić. Dzień, tydzień,

❖ Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka.”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).

kilka tygodni z perspektywy dynamicznie działającej instytucji medycznej mijają niepostrzeżenie. Z perspektywy chorego, który musi radzić sobie z obawami o swoje zdrowie, życie, czy będzie mógł funkcjonować mimo choroby, czy leczenie nie przysporzy dodatkowego cierpienia i będzie skuteczne, czas płynie niezwykle wolno. Jak pokazują wyniki przedstawione w raporcie ten trudny czas oczekiwania na badania diagnostyczne można znacznie skrócić, decydując się na wykonanie ich prywatnie. Na rezonans magnetyczny głowy w ramach NFZ trzeba czekać 7 miesięcy, podczas gdy prywatnie to badanie można wykonać w ciągu 10 dni. W prywatnych placówkach znacznie krócej należy czekać także na inne badania, które są często zalecane przez lekarzy, takie jak kolonoskopię, tomografię komputerową głowy, EKG metodą Holtera czy gastroscopię. Badania te prywatnie można wykonać w ciągu kilku/kilkunastu dni, podczas gdy w ramach gwarantowanego ubezpieczenia chory musi czekać kilka miesięcy. Spośród poddanych porównaniu popularnym badaniom diagnostycznym różnica czasu oczekiwania między placówkami publicznymi i państwowymi jest mniejsza niż 3 tygodnie tylko w przypadku biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej celowanej tarczycy (2,5 tygodnia dłuższy czas oczekiwania w ramach NFZ) i USG jamy brzusznej (2 tygodnie dłuższy czas w ramach NFZ).

Podczas oczekiwania na badanie diagnostyczne rodzą się też u wielu chorych obawy o czas, który pozostał, czy diagnoza nie wyznaczy końca, nie ograniczy przyszłości informacją o nieuleczalnej chorobie. Chory zwykle musi sam radzić sobie z emocjami, czasem otrzymuje wsparcie bliskich, dla których sytuacja ta również jest niezwykle obciążająca emocjonalnie. W oczekiwaniu czas nie wyznacza rytmu i dynamiki, płynie wolno, rodzi coraz więcej pytań i obaw. Dlatego tak ważne jest dla pacjentów, by jak najkrócej czekać na wizytę, badanie, wyniki. Potwierdzają to wyniki ogólnopolskich badań. Czas jest najważniejszym czynnikiem decydującym o wyborze placówki. Właśnie krótki okres oczekiwania na wizytę powoduje, że Polacy coraz częściej wybierają prywatne placówki (CBOS, 2016). Warto również podkreślić, co jest bardzo ważne z perspektywy pacjenta, że dane przedstawione w raporcie wskazują, że w prywatnych placówkach bardziej dostępne są różne metody znieczulenia stosowane w trakcie badań diagnostycznych. Prywatne placówki umożliwiają również szybszy kontakt telefoniczny lub zdalny, który ułatwia zapisanie się lub odwołanie wizyty. Dla współczesnych pacjentów szybki (najlepiej zdalny) kontakt z placówką ochrony zdrowia ma duże znaczenie. W tym zakresie lepiej wypadają placówki prywatne, choć, co pokazują wyniki raportu, w placówkach publicznych rozmowy telefoniczne częściej prowadzi osoby, które mogą udzielić pacjentowi merytorycznych informacji dotyczących badania. Zapewne zatem z perspektywy pacjenta najlepiej

❖ Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka.”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).

byłoby połączyć te dwa elementy i zapewnić chorym sprawny (telefoniczny bądź zdalny) oraz merytoryczny kontakt z placówką, umożliwiającą rejestrację na badanie i otrzymanie wyników.

### **Perspektywa organizacyjna**

Czas oczekiwania na wizytę, na badania jest czynnikiem wpływającym na nierówności społeczne w zdrowiu. Dłuższy czas oczekiwania prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia chorego – choroba staje się bardziej zaawansowana, stan psychofizyczny pacjenta ulega pogorszeniu, ograniczeniu ulegają możliwości leczenia i powrotu do zdrowia. W konsekwencji wykorzystywane muszą być bardziej skomplikowane metody, zwiększa się ryzyko skutków ubocznych leczenia czy powikłań, jednocześnie też nierzadko rosną koszty leczenia. Wyniki raportu jednoznacznie wskazują, że w prywatnych placówkach czas oczekiwania na badanie diagnostyczne jest krótszy niż w placówkach publicznych. Dostępność do prywatnych placówek wynika przede wszystkim z sytuacji materialnej pacjenta, choć duża część chorych jest gotowa zapłacić, by krócej czekać na badanie. Nierówności pogłębia również utrudniony dostęp wynikający z miejsca zamieszkania – niektóre badania diagnostyczne można wykonać tylko w pojedynczych placówkach w województwie.

Krótki czas oczekiwania na badanie jest kluczowym czynnikiem decydującym o korzystaniu przez Polaków z usług prywatnej opieki zdrowotnej, ma ogromne znaczenie dla chorego, dla którego im dłuższy czas, tym dłużej trwające obawy, niepokoje, troski, ma znaczenie również z perspektywy instytucji – szybciej stawiane diagnozy zwiększają efektywność i ograniczają koszty leczenia. Z tego względu tematyka raportu ma kluczowe znaczenie w analizie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej świadczonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz placówki prywatne.

❖ Wszelkie prawa zastrzeżone – cytowanie fragmentów dozwolone ze wskazaniem źródła: Raport WHC pt. „Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych - diagnostyka.”, [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl).

## Spis rysunków

Tabela 1. Świadczenia diagnostyczne przedzwaniane dla poszczególnych wskazań zdrowotnych, placówki publiczne. ....	16
Tabela 2. Świadczenia diagnostyczne przedzwaniane dla poszczególnych wskazań zdrowotnych, placówki prywatne. ....	20
Tabela 3. Świadczenia lecznicze przedzwaniane dla poszczególnych wskazań zdrowotnych, placówki publiczne oraz prywatne. ....	25
Rysunek 1. Przeciętny czas oczekiwania do wybranych specjalistów w ramach gwarantowanego ubezpieczenia zdrowotnego, stan na czerwiec/lipiec 2017 r. (miesiące). ....	17
Rysunek 2. Średni czas oczekiwania na wybrane świadczenia diagnostyczne w ramach NFZ, stan na lipiec/sierpień 2017 r. (miesiące). ....	18
Rysunek 3. Średni czas oczekiwania na wyniki wybranych badań diagnostycznych w ramach NFZ, stan na lipiec/sierpień 2017 r. (miesiące). ....	19
Rysunek 4. Średni czas oczekiwania na wybrane świadczenia diagnostyczne prywatnie, stan na lipiec/sierpień 2017 r. (miesiące). ....	21
Rysunek 5. Średni czas oczekiwania na wyniki wybranych badań diagnostycznych prywatnie, stan na lipiec/sierpień 2017 r. (miesiące). ....	22
Rysunek 6. Porównanie średniego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne vs. świadczenia prywatne, lipiec/sierpień 2017 r. (miesiące). ....	23
Rysunek 7. Porównanie średniego czasu oczekiwania na wynik w ramach NFZ vs. prywatnie, lipiec/sierpień 2017 r. (miesiące). ....	24
Rysunek 8. Porównanie średniego czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenia lecznicze vs. świadczenia prywatne, lipiec/sierpień 2017 r. (miesiące). ....	26

## Bibliografia:

1. CBOS, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*, Warszawa, sierpień 2016.
2. Łanda K., *Koszyk świadczeń gwarantowanych, a ubezpieczenia zdrowotne*, W: Red. Kalbarczyk W., Łanda K., Władysiuk M., *Ubezpieczenia zdrowotne, a koszyki świadczeń. Przegląd rozwiązań*, Kraków/Warszawa 2011, str. 116-118.
3. Łanda K. *Pojęcie koszyka świadczeń jako narzędzia systemowego*, W: Red., Łanda K., Władysiuk-Blicharz M., Nadziejka A., Gąsiorowski M., Dziadyk M., *Podstawowe cechy i zasady tworzenia koszyków świadczeń zdrowotnych w wybranych krajach*, Kraków 2006, str. 8-11.
4. Red. Szczeklik A., *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2010*, Kraków 2010.