



## MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2011-06-22

MZ-UZ-ZR-71-24211-4/TK/11

**Pan**  
**Leszek Piechota**  
**Senator RP**  
**ul. Warszawska 6**  
**40-006 Katowice**

*Szanowny Panie Senatorze,*

W odpowiedzi na pismo z dnia 15 czerwca 2011 roku, w sprawie odniesienia się do kwestii dysproporcji w ilości chorych oczekujących na operację zaćmy między województwami: śląskim i mazowieckim, w stosunku do ponoszonych nakładów na powyższe zabiegi a także z uwagi na porównywalną ilość mieszkańców, uprzejmie proszę Pana Senatora o przyjęcie następujących informacji.

Zasady realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały określone w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 roku Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) oraz aktach wykonawczych do ww. ustawy.

Zgodnie z przepisem z art. 20 ww. ustawy, świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach są udzielane świadczeniobiorcom według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjenta oraz konieczność zwiększenia przejrzystości procedur związanych z prowadzeniem list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 26 września 2005 roku w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200 poz. 1661). Na podstawie przepisów ww. rozporządzenia, świadczeniodawca kwalifikuje i umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na

realizację świadczenia opieki zdrowotnej, kierując się kryteriami medycznymi opartymi na aktualnej wiedzy medycznej, jako:

- „przypadek pilny” – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenie świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znacznego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia;
- „przypadek stabilny” – w przypadku innym niż stan nagły i przypadek pilny.

Listę pacjentów oczekujących na realizację świadczenia prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto uprzejmie informuję, iż zgodnie z art. 30 cytowanej na wstępie ustawy, świadczeniobiorca ma prawo wyboru szpitala spośród świadczeniodawców posiadających zawarte umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz wybrać tego realizatora świadczeń, u którego czas oczekiwania na realizację danego świadczenia opieki zdrowotnej jest najkrótszy.

Równocześnie uprzejmie informuję Pana Senatora, iż przyczyn istnienia kolejek oczekujących można się dopatrywać na kilku płaszczyznach:

- 1) problem stałego wzrostu popytu na usługi opieki zdrowotnej. Spowodowane jest to m.in. zmianami demograficznymi (zwłaszcza zwiększającą się liczbą osób starszych), rozwojem medycyny i technologii medycznych, popytem na usługi wyższej jakości i wzrostem kosztów opieki zdrowotnej,
- 2) niedostateczna liczba poradni, ich nierównomierne rozmieszczenie (w szczególności koncentracja przychodni w większych miastach kosztem mniejszych powiatów) oraz zróżnicowany poziom wyposażenia. Podobnie, jak w wielu innych europejskich systemach obserwowany jest spadek wykwalifikowanej kadry medycznej prowadzący do niedoboru kadry w niektórych dziedzinach medycyny,
- 3) ze względu na ograniczone środki finansowe, jakimi dysponuje Fundusz, istnienie list oczekujących jest nieuniknione. W takim przypadku obecnie podejmowane działania skoncentrowano na skróceniu czasów oczekiwania na procedury szczególnie istotne z punktu widzenia problemów zdrowotnych w Polsce. Działania poprawiające istniejącą sytuację polegają zarówno na lepszym zarządzaniu listami, jak i przeznaczaniu większej ilości środków finansowych na procedury uznane za priorytetowe,
- 4) sami świadczeniodawcy sztucznie indukują popyt, zwłaszcza w przypadku „płacenia za usługę” (*fee for service*),
- 5) pacjentom zapewniono dostęp do informacji o czasie oczekiwania do poszczególnych poradni lub oddziałów. Informacje publikowane są na stronach internetowych



poszczególnych oddziałów wojewódzkich, uruchomione są także specjalne infolinie. Jednakże, pacjenci realizując prawo wyboru świadczeniodawcy, bardzo często **nie kierują się wyłącznie długością czasu** oczekiwania ale także renomą konkretnego świadczeniodawcy w skali kraju. Świadomie rezygnują z możliwości szybszego uzyskania dostępu do świadczenia u innego świadczeniodawcy na rzecz wykonania świadczenia u wybranego przez siebie, uznanego za najlepszego świadczeniodawcy,

- 6) sami pacjenci, zapisują się na to samo świadczenie na kilka list jednocześnie i nie informują świadczeniodawcy o fakcie uzyskania świadczenia i rezygnacji z oczekiwania.

Odnosząc się do meritum zagadnienia, uprzejmie informuję Pana Senatora, iż zgodnie z danymi prezentowanymi przez Pana Prof. Zbigniewa Zagórskiego na posiedzeniu Senackiej Komisji Zdrowia w dniu 14 czerwca 2011 roku (zał. nr 1), w latach 2009 – 2010 liczba wykonanych operacji zaćmy w województwie mazowieckim i śląskim jest do siebie zbliżona, tj.:

- 1) w 2009 roku wykonano: 25 732 operacje w województwie mazowieckim i 23 629 w województwie śląskim, co w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców stanowi odpowiednio proporcje 49:51,
- 2) w 2010 roku wykonano: 26 566 operacji w województwie mazowieckim i 21 773 operacji w województwie śląskim, co w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców stanowi odpowiednio proporcje 51:47.

Równocześnie, zgodnie z danymi Funduszu na temat liczby pacjentów oczekujących na realizację świadczeń operacyjnego leczenia zaćmy (zał. nr 2), w województwie:

- 1) mazowieckim: oczekuje 22 654 osoby (przy średnim czasie oczekiwania 182 dni) (przypadek stabilny),
- 2) śląskim: oczekuje 42 285 osób (przy średnim czasie oczekiwania 328 dni) (przypadek stabilny).

Dysproporcja w liczbie pacjentów oczekujących na realizację operacyjnego leczenia zaćmy w omawianych województwach jest prawdopodobnie wynikiem wyboru przez pacjentów zakładów opieki zdrowotnej położonych na terenie województwa śląskiego (wybór najlepszego świadczeniodawcy). W tym miejscu należy zwrócić uwagę na fakt, iż zgodnie z przytoczonymi na wstępie przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeniobiorca ma możliwość wyboru szpitala, w którym zostanie wykonane świadczenie gwarantowane, na terenie całego kraju.

2 powazaniem

Z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU

Marek Haber

REGION	2009		2010		Populacja w mln	Ilość zaćm na 10 000 mieszk.	
	PLN	ilość zaćm	PLN	ilość zaćm		2009	2010
MAZOWIECKIE	82 340 913	25 732	85 010 637	26 566	5 213 855	49	51
PODKARPACKIE	22 987 418	7 184	22 949 917	7 172	2 100 389	34	34
DOLNOŚLĄSKIE	44 602 199	13 938	44 415 270	13 880	2 876 641	48	48
KUJAWSKO-POMORSKIE	34 500 977	10 782	34 175 250	10 680	2 068 809	52	52
LUBELSKIE	27 823 509	8 695	22 138 120	6 918	2 159 800	40	32
ŚLĄSKIE	75 612 551	23 629	69 674 619	21 773	4 642 942	51	47
LUBUSKIE	14 636 184	4 574	12 983 727	4 057	1 009 621	45	40
ŁODZKIE	34 814 303	10 879	34 666 947	10 833	2 545 493	43	43
OPOLSKIE	11 015 949	3 442	11 024 160	3 445	1 031 922	33	33
PODLASKIE	9 650 424	3 016	9 103 612	2 845	1 190 828	25	24
POMORSKIE	31 496 660	9 843	31 971 802	9 991	2 224 942	44	45
SWIETOKRZYSKIE	10 469 994	3 272	10 080 711	3 150	1 271 213	26	25
WARMINSKO- MAZURSKIE	11 812 008	3 691	11 099 538	3 469	1 427 671	26	24
ZACHODNIO POMORSKIE	24 632 592	7 698	24 595 617	7 686	1 693 284	45	45
MALOPOLSKIE	33 170 196	10 366	31 140 957	9 732	3 292 805	31	30
WIELKOPOLSKIE	38 167 272	11 927	35 192 675	10 998	3 403 174	35	32
Cała Polska	507 442 704	158 576	490 223 559	153 195	38 153 389	42	40



Załącznik nr 3 - Łączna liczba osób oczekujących oraz średni rzeczywisty czas oczekiwania na zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) w podziale na kategorie medyczne oraz OW NFZ - stan na dzień 2 czerwca 2011 r.

Nazwa OW NFZ	Kategoria medyczna	Łączna liczba osób oczekujących	Średni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach)
Dolnośląski	Przypadek pilny	2 647	124
	Przypadek stabilny	39 936	492
Kujawsko-Pomorski	Przypadek pilny	802	131
	Przypadek stabilny	18 675	359
Lubelski	Przypadek pilny	633	60
	Przypadek stabilny	9 821	236
Lubuski	Przypadek pilny	581	107
	Przypadek stabilny	4 483	271
Łódzki	Przypadek pilny	1 067	117
	Przypadek stabilny	22 422	358
Małopolski	Przypadek pilny	644	110
	Przypadek stabilny	18 475	327
Mazowiecki	Przypadek pilny	1 141	80
	Przypadek stabilny	22 654	182
Opolski	Przypadek pilny	1 087	161
	Przypadek stabilny	7 031	502
Podkarpacki	Przypadek pilny	2 005	226
	Przypadek stabilny	13 165	411
Podlaski	Przypadek pilny	135	129
	Przypadek stabilny	6 680	319
Pomorski	Przypadek pilny	605	145
	Przypadek stabilny	22 813	408
Śląski	Przypadek pilny	1 206	98
	Przypadek stabilny	42 285	328
Świętokrzyski	Przypadek pilny	1 124	196
	Przypadek stabilny	7 325	325
Warmińsko-Mazurski	Przypadek pilny	22	86
	Przypadek stabilny	13 254	557
Wielkopolski	Przypadek pilny	1 223	163
	Przypadek stabilny	12 654	226
Zachodniopomorski	Przypadek pilny	219	81
	Przypadek stabilny	12 905	449