

Maciej Pawłowski
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
„Ledan” w Łodzi

Opinie pacjentów na temat funkcjonowania nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Polsce

Opinions of patients on the functioning of out-of-hours medical care in Poland

STRESZCZENIE

Wstęp: Jedną ze składowych polskiego systemu ochrony zdrowia jest nocna i świąteczna opieka zdrowotna (NPL) — świadczenie medyczne udzielane w godzinach kiedy placówki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) pozostają zamknięte tj. od godziny 18:00 do godziny 8:00 dnia następnego, w weekendy i święta. Dnia 26 kwietnia 2017 roku opublikowano ustawę o tak zwanej sieci szpitali, czyli nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Sieć szpitali rozpoczęła działanie 1 października 2017 roku, a jej celem była poprawa dostępności świadczeń medycznych dla pacjentów, w tym dostępu do NPL, który miał być zlokalizowany w szpitalu, tak aby odciążyć pracę szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR). Po ponad roku od wprowadzenia tej ustawy pacjenci zostali zapytani, czy poprawiła ona dostęp i jakość świadczeń zdrowotnych w Polsce.

Celem artykułu była analiza opinii pacjentów na temat funkcjonowania NPL w Polsce po wprowadzeniu nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. **Materiał i metody:** Na pytania zawarte w anonimowej autorskiej ankiecie zamieszczonej na Facebooku w lutym i marcu 2019 roku udzieliło odpowiedzi 205 dorosłych ankietowanych. Wyniki zostały opracowane statystycznie za pomocą programu StatSoft Statistica 10.0 i przedstawione graficznie.

Wyniki: Według ankietowanych wprowadzenie nowelizacji ustawy nie poprawiło dostępności świadczeń, szybkości ani jakości i lokalizacji usług NPL. Ankietowani krytycznie ocenili także brak lekarza pediatry i niemożność zlecenia badań laboratoryjnych i obrazowych. Pojawiały się również opinie, że wprowadzenie nowych przepisów pogorszyło i tak słaby już dostęp i jakość.

Wnioski: Konieczne są działania polepszające świadczenie usług medycznych w NPL, tak aby pacjenci lepiej je oceniali.

Forum Medycyny Rodzinnej 2020, tom 14, nr 1, 32–39

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, pacjenci, ustawa

Adres do korespondencji:
Maciej Pawłowski
Niepubliczny Zakład
Opieki Zdrowotnej „Ledan”
Pomorska 18, 91–408 Łódź
e-mail: macpaw3@wp.pl

Copyright © 2020 Via Medica
ISSN 1897–3590

ABSTRACT

Introduction: One of the components of the Polish health care system is Out-of- Hours Medical Care (NPL) — medical service provided during hours when General Practitioner (POZ) centers remain closed, i.e. from 6 p.m. to 8 a.m. on weekdays, 24 hours on weekends and holidays. On April 26, 2017, the Act on the hospital networks, i.e. the amendment to the Act on healthcare services financed from public funds. The hospital network began on October 1, 2017, its goal was to improve the availability of medical services for patients, including access to NPL, which was to be located in the hospital so as to relieve the work of Hospital Emergency Departments (SOR). More than a year after the introduction of this Act, patients were asked whether it improved the access and quality of health services in Poland. The purpose of the article was to check how patients assess the functioning of Out-of-Hours Medical Care in Poland after the amendment of the Act on healthcare services financed from public funds.

Material and methods: 205 adult respondents answered the questions contained in the anonymous author survey posted on Facebook in February and March 2019. The results were statistically processed using StatSoft Statistica 10.0 and presented graphically.

Results: According to respondents, the introduction of the amendment to the Act did not improve the availability of services, neither the speed, nor quality and location of NPL services. The respondents also critically assessed the lack of a pediatrician and the inability to order laboratory and image tests. There were also opinions that the introduction of the new regulations had worsened the already poor access and quality. **Conclusions:** Measures are needed to improve the provision of medical services in the NPL so that patients assess them better.

Forum Medycyny Rodzinnej 2020, tom 14, nr 1, 32–39

Key words: health care, patients, act

WSTĘP

Według definicji zawartej w ustawach nocna i świąteczna opieka zdrowotna (NPL) to świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielane przez świadczeniodawców poza godzinami pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności w dni wolne od pracy i w święta, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym [1, 2]. Jak definiuje to NFZ, z pomocy NPL pacjenci mogą skorzystać w sytuacjach:

- nagłego zachorowania;
- nagłego pogorszenia stanu zdrowia, gdy nie ma objawów sugerujących

bezpośrednie zagrożenie życia lub istotny uszczerbek zdrowia, a zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy;

- gdy zachodzi obawa, że oczekiwanie na otwarcie przychodni może znacząco niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia [3].

Wymagana obsada kadrowa NPL to jeden lekarz oraz pielęgniarka na 50 000 osób. Świadczenia udzielane są w trybie ambulatoryjnym i wyjazdowym. Udziela się również porad telefonicznych. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są bezpłatne dla osób ubezpieczonych i udzielane bez skierowania w dowolnym punkcie nocnej opieki, nie obowiązuje rejonizacja. W dni i godziny pracy NPL pacjentom przysługują również zabiegi pielęgniarstwa w ramach

”
**Wymagana obsada
kadrowa NPL to jeden
lekarz oraz pielęgniarka
na 50 000 osób.
Świadczenia
udzielane są w trybie
ambulatoryjnym
i wyjazdowym. Udziela
się również porad
telefonicznych**

porady udzielonej przez lekarza POZ oraz zabiegi wynikające z ciągłości leczenia. Zabiegi te mogą być wykonywane przez pielęgniarkę w gabinecie zabiegowym lub w domu pacjenta.

W dniu 26 kwietnia 2017 roku ogłoszono Ustawę z dnia 23 marca 2017 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która weszła w życie 4 maja 2017, a obowiązuje od 1 października 2017 [4]. Jest ona potocznie zwaną ustawą o „sieci szpitali”. W ramach systemu lecznictwa szpitalnego wyróżniono następujące poziomy: szpitale I, II i III stopnia; szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne; pediatryczne oraz szpitale ogólnopolskie. Szpitale zakwalifikowane do I, II i III poziomu w sieci szpitali oraz szpitale pediatryczne, zgodnie z nowymi przepisami muszą udzielać świadczeń w zakresie NPL.

Jak wynika z zarządzenia prezesa NFZ, świadczenia NPL zostały podzielone na 4 zakresy:

1. Świadczenia NPL udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniodawcy na obszarze zabezpieczenia do 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie podstawowym.
2. Świadczenia NPL udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniodawcy na obszarze zabezpieczenia do 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym.
3. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniodawcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie podstawowym.
4. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniodawcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym.

Zmienił się też model finansowania świadczeń NPL. W przypadku obszarów zabezpieczenia, w których te świadczenia

są realizowane przez kilka podmiotów, ryczałt składa się ze stawki bazowej ustalonej przez dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ, a także wartości, która uwzględnia liczbę udzielonych porad lekarskich i wizyt pielęgniarskich. Natomiast w przypadku obszarów zabezpieczenia, na których świadczenia są realizowane tylko przez jeden podmiot, wysokość ryczałtu określana jest przez dyrektora wojewódzkiego Oddziału Funduszu [5].

Celem niniejszego badania ankietowego była ocena pacjentów funkcjonowania NPL po ponad roku od wprowadzenia w życie ustawy o „sieci szpitali”.

MATERIAŁ I METODY

W anonimowej autorskiej ankiecie opublikowanej na portalu Facebook, w lutym i marcu 2019 roku wzięło udział 205 dorosłych ankietowanych z całej Polski. Udział w ankiecie był dobrowolny, ankieta uniemożliwiła identyfikację osób udzielających odpowiedzi na pytania. W ankiecie zawarto pytania zamknięte dotyczące wieku, płci ankietowanych, częstości korzystania przez nich ze świadczeń NPL przed 30 września i po 1 października 2017 roku, opinii na temat jakości, szybkości, dostępności i lokalizacji świadczeń NPL, jak również ich opinii na temat obecności lekarza pediatry oraz możliwości zlecenia badań. Pytania otwarte dotyczyły opinii ankietowanych na temat ewentualnych pozytywnych i negatywnych zmian w funkcjonowaniu NPL po wprowadzeniu w życie ustawy o sieci szpitali jak również tego, co ich zdaniem należałoby zmienić, tak aby funkcjonowanie NPL było korzystnie oceniane przez pacjentów. Wyniki ankiety opracowano za pomocą programu STATISTICA 10.0 oraz przedstawiono graficznie.

WYNIKI

Ankietowani udzielili odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie (tab. 1).

Ankietowanym zadano również pytania otwarte. Pierwsze z nich dotyczyło ewentualnych pozytywnych zmian w funkcjonowaniu NPL po

Tabela 1. Pytania zawarte w ankiecie wraz z odpowiedziami

Pytanie	Odpowiedź	Liczba ankietowanych
Płeć ankietowanych	Kobieta (87,6%), mężczyzna (12,4%)	202
Wiek ankietowanych	26–35 lat (55,9%), 36–45 lat (21,1%), 18–25 (17,2%), 46–55 lat (3,9%), ponad 56 lat (2%)	204
Częstotliwość korzystania z usług NPL przed 30 września 2017	Od dwóch do pięciu razy (56,7%), jeden raz (27,1%), co najmniej 6 razy (16,3%)	203
Częstotliwość korzystania z usług NPL po 1 października 2017	Od dwóch do pięciu razy (48,5%), jeden raz (39,5%), co najmniej 6 razy (12%)	200
Czy zdaniem ankietowanych poprawiła się dostępność usług NPL po 1 października 2017	Nie (65,3%), nie wiem (18,3%), tak (16,3%)	202
Czy zdaniem ankietowanych poprawiła się lokalizacja NPL po 1 października 2017	Nie (69,5%), tak (21,7%), nie wiem (8,9%)	203
Czy zdaniem ankietowanych poprawiła się jakość usług NPL po 1 października 2017	Nie (77,5%), nie wiem (11,8%), tak (10,8%)	204
Czy zdaniem ankietowanych poprawiła się szybkość usług NPL po 1 października 2017	Nie (76,5%), tak (13,7%), nie wiem (9,8%)	204
Czy zdaniem ankietowanych powinien być obecny obowiązkowo lekarz pediatra w NPL	Tak (91,2%), nie (4,9%), nie wiem (3,9%)	204
Czy zdaniem ankietowanych w każdym NPL powinna być możliwość robienia badań laboratoryjnych i obrazowych (USG, RTG)	Tak (81,3%), nie (15,8%), nie wiem (3%)	203

wprowadzeniu ustawy o „sieci szpitali”. Niestety zdecydowana większość ankietowanych odpowiedziała, że nie zmieniło się nic. Pojawiały się także komentarze, że jest jeszcze gorzej niż było — NPL jest bardziej oddalony od miejsca zamieszkania, że lekarze są niesympatyczni. Odnotowano nieliczne pozytywne opinie, że jest podzięk na NPL i SOR, że jest lepsza dostępność.

Kolejne pytanie otwarte dotyczyło ewentualnych negatywnych zmian w funkcjonowaniu NPL po wprowadzeniu ustawy o „sieci szpitali”. Respondenci chętnie udzielali komentarzy — ich zdaniem jest większy bałagan, gorsza lokalizacja, brak pediatry, niekompetentny personel, mniejsza liczba placówek, brak możliwości zlecenia badań.

Na koniec zapytano co powinno zostać zmienione, aby ulepszyć funkcjonowanie NPL. Ankietowani uznali w większości, że w każdym powinno się zatrudnić pediatrę, powinno być więcej lokalizacji, mniej odesłań do szpitali, większe zaangażowanie niektórych lekarzy, powinno się także umożliwić diagnostykę obrazową.

Niestety, jak wynika z przeprowadzonej ankiety, respondenci w przeważającej

większości twierdzą, że wprowadzenie ustawy o sieci szpitali nie przyniosło poprawy świadczeń w NPL. Ankietowani najbardziej krytykują brak lekarza pediatry w NPL, brak możliwości zlecenia badań laboratoryjnych i obrazowych, a także narzekają na brak poprawy jakości i szybkości usług. W tabelach 2–4 przedstawiono zależności szczegółowe.

Mężczyźni częściej wskazywali na poprawę dostępności, jakości, szybkości. Kobiety z kolei częściej wskazywały na potrzebę obecności pediatry i możliwości wykonania badań laboratoryjnych oraz RTG, USG (tab. 3).

Stwierdzono brak zależności między wiekiem a rozkładem odpowiedzi na pytania w kwestionariuszu (tab. 4).

Stwierdzono zależność między częstością korzystania z usług NPL przed 30.09.2017 a:

- oceną poprawy dostępności usług NPL po 1.10.2017: dokł. test Fishera ($n = 201$) = 12,29; $p < 0,05$; V Cramera = 0,18;
- oceną poprawy jakości usług NPL po 1.10.2017: dokł. test Fishera ($n = 203$) = 15,17; $p < 0,01$; V Cramera = 0,20;



Jak wynika z przeprowadzonej ankiety, respondenci w przeważającej większości twierdzą, że wprowadzenie ustawy o sieci szpitali nie przyniosło poprawy świadczeń w NPL

Tabela 2. Zależność między płcią ankietowanych a ich odpowiedziami na pytania zawarte w kwestionariuszu

	Pytania 5–10	Test Fishera	df	n	Istotność	V
Płeć	Dostępność	11,33	2	200	0,002	0,26
	Lokalizacja	3,32	2	201	0,177	0,13
	Jakość	7,54	2	202	0,017	0,21
	Szybkość	6,83	2	202	0,023	0,20
	Pediatra	10,00	2	202	0,004	0,26
	Badania	18,26	2	201	< 0,001	0,33

Tabela 3. Zależność między wiekiem ankietowanych a ich odpowiedziami na pytania zawarte w kwestionariuszu

	Pytania 5–10	Test Fishera	df	n	Istotność	V
Wiek	Dostępność	3,84	8	202	0,879	0,11
	Lokalizacja	8,22	8	203	0,345	0,15
	Jakość	9,58	8	204	0,221	0,16
	Szybkość	10,53	8	204	0,164	0,17
	Pediatra	9,61	8	204	0,213	0,15
	Badania	6,48	8	203	0,544	0,13

Tabela 4. Zależność między korzystaniem z usług NPL przed 30.09.2017 i po 1.10.2017 przez ankietowanych a ich odpowiedziami na pytania zawarte w kwestionariuszu

	Pytania 5–10	Test Fishera	df	n	Istotność	V
Korzystanie z usług NPL przed 30.09.2017 i po 1.10.2017	Dostępność	12,29	4	201	0,014	0,18
	Lokalizacja	4,72	4	202	0,314	0,11
	Jakość	15,17	4	203	0,003	0,20
	Szybkość	11,05	4	203	0,022	0,17
	Pediatra	4,72	4	203	0,282	0,11
	Badania	4,24	4	202	0,345	0,10

**”
Korzystający częściej niż jednorazowo z usług NPL częściej wskazali na brak poprawy dostępności, jakości i szybkości usług.**

— oceną poprawy szybkości usług NPL po 1.10.2017: dokł. test Fishera ($n = 203$) = 11,05; $p < 0,05$; V Cramera = 0,17.

Korzystający częściej niż jednorazowo z usług NPL częściej wskazali na brak poprawy dostępności, jakości i szybkości usług.

DYSKUSJA

System opieki zdrowotnej w Polsce jest regularnie poddawany ocenie społecznej. W ciągu ostatnich lat, mimo wprowadzenia licznych reform mających na celu rozszerzenie zakresu opieki zdrowotnej oraz poprawę opieki

nad pacjentem, odnotowuje się niski poziom zadowolenia z systemu ochrony zdrowia zarówno przez pacjentów, jak i lekarzy. Pomimo wzrastających nakładów na ochronę zdrowia w Polsce, nadal dużym problemem jest niedo-finansowanie. Całkowite wydatki na ochronę zdrowia w 2016 roku wyniosły 5,4% PKB, podczas gdy średnia dla krajów Unii Europejskiej wynosi 10% PKB, co daje 1,259 EUR na jednego mieszkańca [6]. W wyniku protestu lekarzy rezydentów Ministerstwo Zdrowia przyjęło ustawę gwarantującą wzrost PKB na ochronę zdrowia do poziomu 6% do roku 2024 [7].

Niedofinansowanie ochrony zdrowia powoduje liczne problemy, do których zaliczyć trzeba m.in. niedobór personelu medycznego (głównie lekarzy i pielęgniarek). W Polsce na 1000 mieszkańców przypada 25 pracowników ochrony zdrowia, w tym — zgodnie z danymi OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) — zaledwie 2,3 lekarza [8, 9]. To jeden z najniższych wskaźników zarówno wśród krajów UE (średnia dla 28 krajów UE wynosi 3,5 lekarza na 1000 osób), jak i OECD (średnia dla 35 krajów OECD wynosi 3,4 lekarza na 1000 osób). Rząd podejmuje działania zmierzające do wzrostu liczby lekarzy pracujących w Polsce. Zwiększone zostały limity przyjęć na wydziały lekarskie, otworzono nowe wydziały, na przykład w Opolu, Radomiu. Nastąpił również niewielki wzrost wynagrodzeń dla lekarzy poprzez wprowadzenie tak zwanego „bonu lojalnościowego” [10].

Mimo że ochrona zdrowia boryka się z licznymi problemami, pozytywnie ocenia ją coraz więcej Polaków — 40% dostrzega pozytywne zmiany, jakie dokonały się w ciągu ostatnich lat [11]. Co czwarty z badanych uważa również, że dostęp do świadczeń medycznych jest powszechny i równy dla wszystkich (żadnych zmian w tym obszarze jednak nadal nie dostrzega aż co drugi Polak; jednak dla porównania w 2014 roku zmian nie dostrzegało 75% Polaków) [12].

Jednym z ważniejszych projektów rządowych mających na celu usprawnienie działania ochrony zdrowia w Polsce było wprowadzenie „sieci szpitali”. Powstała oficjalna strona rządowego projektu sieci szpitali, na której można przeczytać, że „ustawa tworząca tak zwaną sieć szpitali wprowadza nowe rozwiązania, które usprawnią organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitale oraz przychodnie przyszpitalne i poprawią dostęp pacjentów do leczenia specjalistycznego w szpitalach. Pozwolą one zoptymalizować liczbę oddziałów specjalistycznych i umożliwią lepszą koordynację świadczeń szpitalnych

i ambulatoryjnych. Ułatwią także zarządzanie szpitalami. Rozwiązania zawarte w ustawie zagwarantują odpowiedni poziom, a także ciągłość i stabilność finansowania szpitali, których funkcjonowanie jest niezbędne dla zapewnienia Polakom opieki zdrowotnej. Szpitale, spełniające kryteria kwalifikacyjne określone w ustawie i rozporządzeniu, utworzą tak zwany system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ). Na funkcjonowanie tego systemu będzie przeznaczony około 93% środków, z których obecnie jest finansowane leczenie szpitalne. Zakwalifikowanie szpitala do PSZ będzie gwarancją, że Fundusz zawrze z nim umowę — bez konieczności uczestniczenia w postępowaniu konkursowym” [13]. Bardzo ważnym celem do realizowania przez rządzących było znaczne skrócenie kolejek w SOR i izbach przyjęć poprzez umieszczenie przychodni NPL przy SOR i izbach przyjęć. Niestety, ten cel nie został osiągnięty.

Pacjenci zgłaszają się na SOR w sytuacjach, gdy ich życiu i zdrowiu nie zagraża poważne niebezpieczeństwo. Niestety, SOR-y nadal w świadomości społecznej funkcjonują jako miejsca, gdzie można skrócić czas na konsultację specjalistyczną [14]. Jak wynika z badań, czynnikami zwiększającymi liczbę zgłoszeń z dolegliwościami niewymagającymi pilnej konsultacji medycznej są: młody wiek pacjenta, samotność, przewlekłe choroby, bliskość położenia SOR w zależności od miejsca zamieszkania, okres weekendu (czas wolny od pracy), przeświadczenie pacjenta o szybkim uzyskaniu porady w SOR, brak satysfakcji z leczenia przez lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty, brak możliwości telefonicznej konsultacji z POZ lub brak miejsc na dany dzień w POZ, ale także nieograniczony dostęp pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych — ubezpieczony pacjent nie płaci za wizytę w SOR. Pacjenci potrafią zgłosić się do SOR także za namową innych osób, w tym pracowników ochrony zdrowia [15–20].



W Polsce na 1000 mieszkańców przypada 25 pracowników ochrony zdrowia, w tym zaledwie 2,3 lekarza



Wykazano jednak, że jeśli punkty NPL działały w szpitalu, zmniejszała się liczba pacjentów na SOR tej samej placówki

Warto przypomnieć, że w 2011 roku zniesiono również rejonizację, która obowiązywała pacjentów w NPL [1]. Przed 1 marca 2011 roku deklaracja pacjenta dotycząca wyboru lekarza POZ wiązała go również w zakresie świadczeń nocnej pomocy lekarskiej. Pacjent był przypisany obligatoryjnie do jednego miejsca udzielania świadczeń. W 2011 roku powinien zatem poprawić się dostęp do świadczeń NPL. Jednak, jak wynika z raportu Najwyższej Izby Kontroli, tak się nie stało. Wykazano jednak, że jeśli punkty NPL działały w szpitalu, zmniejszała się liczba pacjentów na SOR tej samej placówki. Z otrzymanych odpowiedzi wynikało, że jeśli w szpitalu funkcjonował tylko NPL (nie ma SOR), to po świadczenie zdrowotne zgłaszało się o ponad 30% mniej pacjentów niż w sytuacji, gdy w szpitalu istniał również SOR. Natomiast gdy w szpitalu działał tylko SOR (nie było NPL), do SOR zgłaszało się o ponad 70% więcej pacjentów niż wówczas, gdy w szpitalu funkcjonował także NPL [21]. Te wnioski mogły się przyczynić do wprowadzenia ustawy o sieci szpitali. Niestety, jak wynika z badań autorów cytowanych w powyższym akapicie, nie okazały się do końca słuszne, gdyż pacjenci zgłaszali się, zgłaszają się i będą zgłaszać do SOR w sytuacji, gdy ich życie i zdrowie nie są zagrożone.

WNIOSKI

- Większość ankietowanych uznała, że wprowadzenie ustawy o „sieci szpitali” nie przyniosło poprawy w udzielaniu świadczeń Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, mimo że taki był zamysł Ministerstwa Zdrowia.
- Pacjenci korzystający częściej niż jednorazowo z usług NPL częściej wskazali na brak poprawy dostępności, jakości i szybkości usług. Część z ankietowanych uznała, że te parametry uległy nawet pogorszeniu.
- Konieczne są dalsze działania w celu polepszenia świadczonych usług medycznych w NPL. Być może dobrym rozwiązaniem byłoby umożliwienie w każdym NPL

zlecenia badań laboratoryjnych i obrazowych, zatrudnienie większej liczby personelu, w tym lekarzy pediatrów.

PIŚMIENNICTWO:

- Ustawa zmieniająca z dnia 29 października 2010 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych. (Dz. U. Nr 225 poz. 1465 z dnia 30.11.2010).
- Załącznik nr 5 do Rozporządzenia MZ z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 i Nr 211, poz. 1642).
- Narodowy Fundusz Zdrowia, „Nocna i świąteczna opieka zdrowotna”. <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/nocna-i-swiateczna-opieka-zdrowotna/> (22.03.2019).
- Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017 poz. ; 844).
- Zarządzenie Nr 71/2017/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
- ECORYS. 2017. Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector. Final Report. Brussels: European Commission.
- Ministerstwo Zdrowia, „Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy o 6 % PKB na zdrowie”. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rada-ministrow-przyjela-projekt-ustawy-o-6-pkb-na-zdrowie> (24.03.2019).
- OECD Health Statistics 2016, Definitions, Sources and Methods. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2016.pdf> (24.03.2019).
- Health at a Glance 2017, OECD Indicators . <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2017-Chartset.pdf> (24.03.2019).
- Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532).
- Medycyna Praktyczna, „Rośnie zadowolenie z opieki zdrowotnej” . <https://www.mp.pl/kurier/170593,rosnie-zadowolenie-z-opieki-zdrowotnej.html> (24.03.2019).
- Solecka M. „Polacy bardziej zadowoleni z ochrony zdrowia?” Medycyna Praktyczna . <http://www.mp.pl/kurier/170695,polacy-bardziej-zadowoleni-z-ochrony-zdrowia> (24.03.2019).
- Sieć Szpitali, Oficjalna Strona Rządowego Projektu Sieci Szpitali. <http://siecszpitali.mz.gov.pl/> (24.03.2019).
- Gula P, Karawan K. Wykorzystanie analizy Lean do oceny funkcjonowania Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych na podstawie doświadczeń własnych. Lek Wojsk. 2012; 90(3): 1–4.
- Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, et al. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. Am J Manag Care. 2013; 19(1): 47–59, indexed in Pubmed: 23379744.

16. Honigman LS, Wiler JL, Rooks S, et al. National Study of Non-urgent Emergency Department Visits and Associated Resource Utilization. *West J Emerg Med.* 2013; 14(6): 609–616, doi: [10.5811/westjem.2013.5.16112](https://doi.org/10.5811/westjem.2013.5.16112), indexed in Pubmed: [24381681](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24381681/).
17. Tsai JCH, Liang YW, Pearson WS. Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: patient preference and emergency department convenience. *J Formos Med Assoc.* 2010; 109(7): 533–542, doi: [10.1016/S0929-6646\(10\)60088-5](https://doi.org/10.1016/S0929-6646(10)60088-5), indexed in Pubmed: [20654793](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20654793/).
18. Pines JM, Asplin BR, Kaji AH, et al. Frequent users of emergency department services: gaps in knowledge and a proposed research agenda. *Acad Emerg Med.* 2011; 18(6): e64–e69, doi: [10.1111/j.1553-2712.2011.01086.x](https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01086.x), indexed in Pubmed: [21676051](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21676051/).
19. Penson R, Coleman P, Mason S, et al. Why do patients with minor or moderate conditions that could be managed in other settings attend the emergency department? *Emerg Med J.* 2012; 29(6): 487–491, doi: [10.1136/emj.2010.107276](https://doi.org/10.1136/emj.2010.107276), indexed in Pubmed: [21561984](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21561984/).
20. Chen BK, Cheng Xi, Bennett K, et al. Travel distances, socioeconomic characteristics, and health disparities in nonurgent and frequent use of Hospital Emergency Departments in South Carolina: a population-based observational study. *BMC Health Serv Res.* 2015; 15: 203, doi: [10.1186/s12913-015-0864-6](https://doi.org/10.1186/s12913-015-0864-6), indexed in Pubmed: [25982735](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25982735/).
21. Gostyńska M., Departament Zdrowia NIK, raport opracowany na podstawie: Informacji o wynikach kontroli dostępności świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, marzec 2014 r., nr ewid. 1/2014/P13129/KZD.