

Opinia do Projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (UA 36)

I. Opis sytuacji problemowej

Niniejsza opinia dotyczy Projektu ustawy Ministra Zdrowia z dnia 25 października 2017 r. – „O zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

Jak deklarują autorzy projektu, jego celem ma być zapewnienie szerszego dostępu do świadczeń gwarantowanych w ujęciu materialnym – poprzez zwiększenie środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych (a więc umożliwienie Narodowemu Funduszowi Zdrowia zakontraktowanie większej liczby udzielonych świadczeń).

Jednym z najistotniejszych problemów ochrony zdrowia w Polsce jest ograniczona dostępność świadczeń opieki zdrowotnej dla obywateli, co bezpośrednio przejawia się gorszymi wynikami wskaźników zdrowia w porównaniu do innych państw, w szczególności państw członkowskich Unii Europejskiej. Rozwiązaniem problemu powinno być poszerzenie dostępu do świadczeń gwarantowanych – świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez zwiększenie finansowania systemu ochrony zdrowia.

Ze względu na przyjętą w Polsce konstrukcję systemu ochrony zdrowia oraz sposób jego finansowania, powyższym ograniczeniom formalnym towarzyszą istotne ograniczenia oraz nierówności w dostępie do świadczeń gwarantowanych, wynikające w szczególności z niskiego poziomu finansowania systemu ochrony zdrowia (zarówno ze środków publicznych, jak i prywatnych). Ograniczenie dostępu do świadczeń gwarantowanych przyjmuje w szczególności postać kolejek pacjentów oczekujących na udzielenie niezbędnych świadczeń. W przypadku niektórych świadczeń czas oczekiwania może wynosić nawet kilka lat.

Zgodnie z informacjami publikowanymi przez Fundację Watch Health Care średni czas oczekiwania na świadczenia gwarantowane w naszym kraju w pierwszych miesiącach 2017 r. wynosił 3 miesiące, w tym dla angiologii, reumatologii, stomatologii wynosił średnio 7 miesięcy, a dla ortopedii i traumatologii narządu ruchu średnio 11 miesięcy. Jednocześnie zgodnie z danymi publikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach jednej dziedziny medycyny rozrzut wyników czasu oczekiwania może być od kilku dni do ponad trzech lat (np. w reumatologii).

Powyższe ograniczenia potwierdzają również źródła międzynarodowe. W raporcie OECD „Health at a Glance: Europe 2016 State of Health in the EU Cycle” Polska jest wskazana na ostatnim miejscu pod względem czasu oczekiwania na świadczenie – średni czas od diagnozy do zabiegu wynosił w 2015 r. odpowiednio dla operacji zaćmy – ponad 400 dni (przy 40 w Holandii i około 100 w Portugalii, Hiszpanii i Finlandii), operacji wymiany stawu biodrowego – ponad 365 dni (przy 40 w Holandii i około 150 w Hiszpanii, Norwegii i Węgrzech), a dla operacji wymiany stawu kolanowego – ponad 400 dni (przy 30 w Holandii, około 100 we Włoszech i Wielkiej Brytanii oraz 200 w Portugalii).

Jak częstokroć wskazują dane i opracowania międzynarodowe, jedną z głównych przyczyn takiego stanu rzeczy są niskie (w szczególności w porównaniu do innych państw) wydatki na ochronę zdrowia, w tym w szczególności wydatki publiczne w tym zakresie. W 2015 r. zgodnie z danymi OECD (raport „Health at a Glance: Europe 2016 State of Health in the EU Cycle”), publiczne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce wynosiły 4,5% PKB (podczas, gdy średnia dla Unii Europejskiej – 28 krajów wynosiła 7,7% PKB, w tym 8,9% w Danii, 8,7% w Holandii, 9,3% w Szwecji, a także 6,4% w Czechach i 6,0% w Słowenii; niższy wskaźnik niż w naszym kraju zanotowano na Łotwie – 3,4%, w Rumunii – 4,0% oraz na Litwie – 4,4%).

Jednocześnie zgodnie z danymi OECD za 2015 r., całkowite wydatki na zdrowie wynoszą w Polsce 6,3% PKB, przy średniej dla 28 państw członkowskich Unii Europejskiej wynoszącej

9,9% PKB (niższy wskaźnik niż w Polsce występuje tylko w Rumunii i na Łotwie – odpowiednio 5,0% i 5,6%).

We wszystkich badaniach, wśród najważniejszych wartości w życiu Polacy wymieniają zdrowie. Ponadto w Polsce występuje zjawisko starzenia się społeczeństwa, co przekłada się na rosnące potrzeby i słuszne oczekiwania pacjentów. Bez dodatkowych środków nie da się powstrzymać negatywnych trendów i pogorszenia dostępu do świadczeń zdrowotnych, czyli wzrostu liczby kolejek i czasu oczekiwania na świadczenia.

Spółeczeństwo polskie starzeje się. Według Głównego Urzędu Statystycznego w 2014 r. w Rzeczypospolitej Polskiej 19% ogólnej liczby ludności stanowiły osoby w wieku poprodukcyjnym, natomiast w 2050 r. będzie ich ponad 32%. Należy przy tym podkreślić, że w oparciu o badanie z 2015 r. dla osób starszych wśród trzech najważniejszych wartości w życiu, przed rodziną i wiarą religijną, to zdrowie zdobyło największą liczbę wskazań (95,3 % wskazań). W celu realizacji ww. zapowiedzi należy dążyć do zwiększenia nakładów na służbę zdrowia.

Zawartość tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych jest dziś określona w dysproporcji w stosunku do wielkości środków finansowych na jego realizację. W koszyku jest więcej świadczeń niż możliwe jest do sfinansowania ze środków publicznych przeznaczanych na służbę zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej.

Przed wszystkim z niewystarczających środków i wskazanej dysproporcji wynikają takie patologie systemu, jak korzystanie z przywileju (znajomości), korupcja czy kolejki. W przypadku problemu kolejek według stanu na koniec 2016 r. świadczenia, do których dostępność wyrażana czasem oczekiwania była ograniczona, należą:

1) **w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej** – najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych

z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, poradni specjalistycznych:

- a) endokrynologicznych – mediana średniego czasu oczekiwania na przyjęcie w trybie stabilnym przekraczała 200 dni,
- b) chirurgii naczyniowej – mediana wynosiła 131 dni,
- c) kardiologicznych – mediana wynosiła 106 dni,
- d) gastroenterologicznych – mediana wynosiła 81 dni,
- e) okulistycznych – mediana wynosiła 65 dni;

2) w zakresie leczenia szpitalnego – do oddziałów szpitalnych, do których oczekiwało najwięcej w skali kraju osób, najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do oddziałów:

- a) chirurgii urazowo-ortopedycznej – mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wyniosła 151 dni,
- b) otolaryngologicznych dla dzieci – mediana wynosiła 149 dni,
- c) otolaryngologicznych – mediana wynosiła 144 dni,
- d) neurochirurgicznych – mediana wynosiła 117 dni,
- e) reumatologicznych – mediana wynosiła 74 dni;

3) w zakresie rehabilitacji leczniczej – czasy oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji należą do jednych z najdłuższych – najtrudniej dostępne są świadczenia oddziału rehabilitacji i oddziału rehabilitacji narządu ruchu, dla których mediana średniego czasu oczekiwania na przyjęcie w trybie stabilnym na oddział rehabilitacji przekracza 400 dni;

Wybór mechanizmu zwiększania środków finansowych dostępnych w systemie publicznym jest uzależniony od systemu, który ma miejsce w danym kraju. Autorzy Projektu uznają, że w praktyce w naszym kraju jest to możliwe na jeden z dwóch sposobów – zwiększenie składki na ubezpieczenie zdrowotne lub zwiększenie dotacji z budżetu państwa, z których to pierwsze rozwiązanie może być wyraźnie trudniejsze do wprowadzenia.

Przewidziane w projekcie zwiększenie środków publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia nie będzie stanowić jedynego działania realizowanego w ramach prowadzonej przez Ministra Zdrowia polityki zdrowotnej mającego na celu zwiększenie dostępności świadczeń gwarantowanych. Ma to być działanie komplementarne do innych podejmowanych w tym obszarze, a mających na celu zwiększenie efektywności wydatkowania środków publicznych – działania te obejmują w szczególności kwalifikację świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jako świadczeń gwarantowanych, ich taryfikację, kontraktowanie świadczeń zgodnie z potrzebami zdrowotnymi, w tym ich usieciowienie w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Zdaniem Ministra Zdrowia, mając na uwadze nierówny dostęp do niektórych świadczeń gwarantowanych, wskazane jest wprowadzenie rozwiązania pozwalającego na zapewnienie ich dostępności – uwzględniając listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia, szczególny charakter udzielanych świadczeń z uwzględnieniem obowiązku zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom w ciąży, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku oraz mapy potrzeb zdrowotnych.

Oczekiwanym efektem wprowadzenia ustawy powinno być:

- 1) zapewnienie dostępu do świadczeń gwarantowanych dla większej liczby osób;
- 2) zmniejszenie kolejek do świadczeń gwarantowanych (mierzone przez weryfikację średniego całkowitego czasu oczekiwania na świadczenia gwarantowane oraz weryfikację średniego czasu oczekiwania na świadczenia gwarantowane objęte rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia).

Rozwiązaniem służącym realizacji norm konstytucyjnych będą regulacje wprowadzane w nowo dodawanych art. 131c i art. 131d do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z ich brzmieniem, na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczać się będzie corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6% produktu krajowego brutto, ustalanego w oparciu o wartość określoną na

podstawie obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 5 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto, która w trakcie danego roku może zostać skorygowana, z zastrzeżeniem, iż wielkość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2024 nie może być mniejsza niż:

- 1) 4,67% produktu krajowego brutto w 2018 r.;
- 2) 4,86% produktu krajowego brutto w 2019 r.;
- 3) 5,03% produktu krajowego brutto w 2020 r.;
- 4) 5,22% produktu krajowego brutto w 2021 r.;
- 5) 5,41% produktu krajowego brutto w 2022 r.;
- 6) 5,60% produktu krajowego brutto w 2023 r.;
- 7) 5,80% produktu krajowego brutto w 2024 r.

Jednocześnie proponuje się przyjęcie zasady, iż środki finansowe odpowiadające wzrostowi nakładów na opiekę zdrowotną na dany rok, w porównaniu z rokiem poprzednim, w pierwszej kolejności przeznaczane byłyby na finansowanie z budżetu państwa, w formie dotacji przekazywanej do Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeń opieki zdrowotnej, określonych na każdy rok w drodze rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, który przy wydawaniu tego rozporządzenia powinien kierować się takimi przesłankami jak: konieczność zapewnienia dostępności do określonych świadczeń, z uwzględnieniem list oczekujących, rodzaj świadczeń z uwzględnieniem obowiązku zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom w ciąży, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku, a także wnioski płynące z mapy potrzeb zdrowotnych.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:

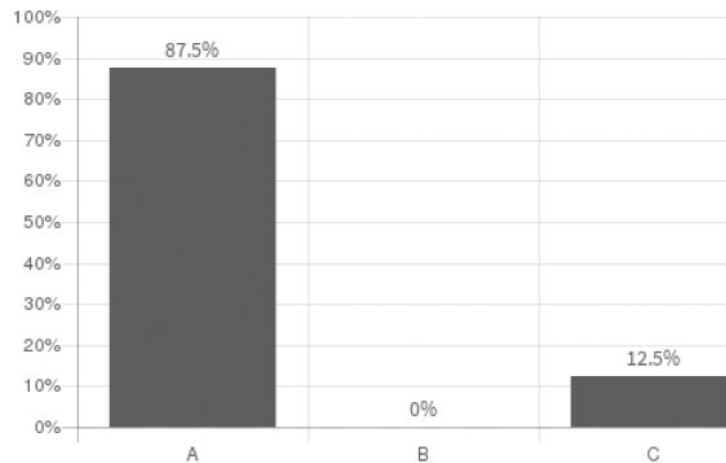
1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych, wypowiedziach oraz treści materiałów eksperckich z obszaru ochrony zdrowia.
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych). Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

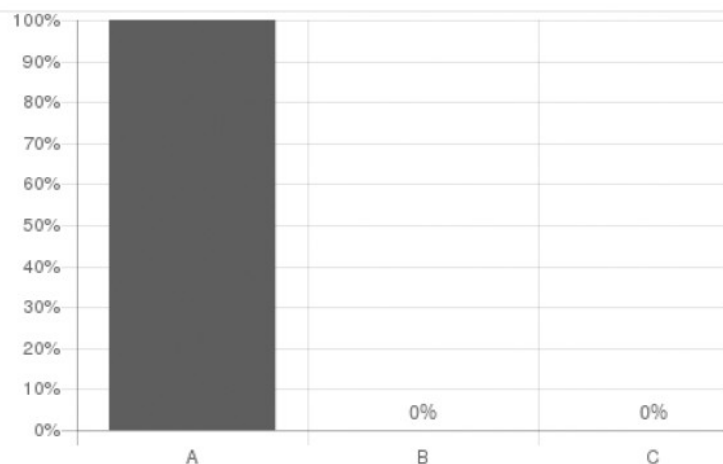
1. Czy założone przez rząd tempo zwiększania finansowania do 6 proc.PKB w 2025 roku jest odpowiednie?

- A. Tak
- B. Nie
- C. Nie mam zdania



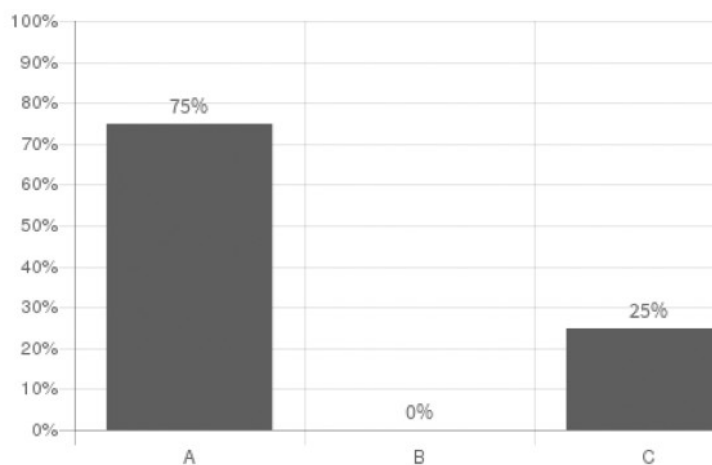
2. Czy rząd powinien uzgadniać z organizacjami pacjenckimi kierunki wydatkowania dodatkowych funduszy przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia?

- A. Tak
- B. Nie
- C. Nie mam zdania



3. Czy zmiana modelu systemu opieki zdrowotnej powinna być połączona z rozwijaniem świadczeń profilaktycznych?

- A. Tak
B. Nie
C. Nie mam zdania



Pytania otwarte:

1. Jaką rolę powinny odgrywać organizacje pacjenckie w procesie wypracowywania rozwiązań dla systemu ochrony zdrowia?
2. Jakie powinny być główne zadania kompleksowej opieki medycznej nad pacjentem?
3. Jakie zagrożenia dla pacjentów oraz jakości świadczeń medycznych niesie spadek liczby lekarzy i pielęgniarek?
4. Jakie działania systemowe należy podjąć aby zahamować spadek zatrudnienia personelu medycznego w Polsce?

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji stanowią elementy opinii wyrażonej w stanowisku Ars Vivendi.

IV. Stanowisko Ars Vivendi

Niniejsze stanowisko w sprawie przedstawionego do konsultacji społecznych Projektu powstało na podstawie przeprowadzonej wcześniej analizy stanu obecnego oraz konsultacji z organizacjami pacjenckimi.

Organizacje pacjenckie brały udział w konsultacjach publicznych dotyczących treści Projektu ustawy oraz implementacji w przyszłych okresach. Wybrane organizacje pacjenckie, w tym przedstawiciele Ars Vivendi oraz Federacji Pacjentów Polskich, weszły również w skład Zespołu do spraw systemowych rozwiązań finansowych w ochronie zdrowia, przyszłości kadr medycznych i sposobu ich finansowania.

Minister Zdrowia w zarządzeniu z dnia 17 października 2017 r. wyznaczył Zespołowi do spraw systemowych rozwiązań finansowych w ochronie zdrowia, przyszłości kadr medycznych i sposobu ich finansowania dwa główne zadania:

- opracowanie propozycji rozwiązań dotyczących wzrostu nakładów na ochronę zdrowia,
- dokonanie analizy możliwości dalszego zwiększania wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia (m.in. wynagrodzeń lekarzy rezydentów), połączonej z przeglądem funkcjonowania ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Realizując zadania wskazane w zarządzeniu, Zespół skupił się przede wszystkim na identyfikacji obszarów, do których w sposób szczególny powinny być kierowane dodatkowe środki finansowe zasilające system w ramach zwiększania nakładów do docelowego poziomu 6% PKB. Wskazując postulowane kierunki działań, Zespół brał pod uwagę uwarunkowania ujęte w treści projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druk sejmowy 1976), uznając za zasadne doprecyzowanie, że wydając corocznie rozporządzenie określające sposób wydatkowania dodatkowych środków finansowych zapewniający priorytet opiece zdrowotnej kierowanej do dzieci, kobiet w ciąży, osób niepełnosprawnych i osób w

podeszłym wieku, Minister Zdrowia powinien brać również pod uwagę wskazane w niniejszym dokumencie rekomendacje.

W procesie przygotowania rekomendacji Zespołu, organizacje pacjenckie zaproponowały szereg rozwiązań systemowych;

1. Priorytety wymienione w nowo tworzonym art. 131d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. opieka zdrowotna kierowana do dzieci, kobiet w ciąży, osób niepełnosprawnych i osób w podeszłym wieku, wynikają wprost z art. 68 ust. 3 Konstytucji RP i stanowią wyraz szczególnej dbałości państwa o wymienione grupy obywateli. Wdrożenie rekomendacji Zespołu powinno łączyć się z zapewnieniem pełnego i efektywnego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla wskazanych wyżej grup pacjentów. Priorytetem powinno być utrzymanie osób zdrowych jak najdłużej w zdrowiu, przywracanie chorych do zdrowia i do pracy oraz utrzymanie przewlekle w stanie stabilnym bez zaostrzeń.

2. Lepszy dostęp do lepiej zorganizowanych świadczeń

Należy ocenić, na podstawie dostępnych danych o czasie oczekiwania, przyczyny barier w dostępie (kolejek) do dwudziestu najtrudniej dostępnych grup świadczeń zdrowotnych w ramach zadań resortu zdrowia. Dla każdej z tych grup należy podjąć specyficzne i adekwatne działania naprawcze, biorąc pod uwagę w szczególności nierówności w dostępie do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Działania naprawcze powinny mieć charakter krótko-, średnio- i długoterminowy. W przypadku określenia jako przyczyny barier w dostępności świadczeń zbyt niskiego poziomu finansowania AOS lub procedur należy rozważyć dofinansowanie tego segmentu dla wybranej grupy trudno dostępnych świadczeń. Dla wybranych świadczeń należy wdrożyć rozwiązania pilotażowe, polegające na określeniu limitu czasu oczekiwania jako zobowiązania publicznego systemu ochrony zdrowia. Pacjentom, którzy nie mogą uzyskać pomocy w czasie określonym limitem u świadczeniodawców, z którymi NFZ zawarł umowy o udzielanie świadczeń, należy sfinansować udzielenie świadczenia u innych świadczeniodawców.

Należy dokonać transferu części wiedzy i odpowiedzialności za własny stan zdrowia na pacjentów, budując ich kompetencje zdrowotne i partnerstwo. W tym celu konieczne jest podjęcie działań zmierzających do wzrostu poziomu wiedzy nt. odpowiedzialności jednostek za stan zdrowia ogółu społeczeństwa. Polegać one powinny na:

- wprowadzeniu systemu premiowania zachowań prozdrowotnych;
 - prowadzeniu działań edukacyjnych i promowanie zdrowia całego społeczeństwa poprzez realizację populacyjnych inicjatyw w ramach NPZ oraz programów zdrowotnych (NPZCHN, POLKARD itd.);
 - utworzeniu wiarygodnych źródeł informacji w ramach systemu informacji wspierającego pacjentów w samodzielnym rozwiązywaniu prostych problemów zdrowotnych bez pomocy lekarza i w poruszaniu się po systemie (działanie to powinno uwzględniać poprawę kompetencji różnych populacji pacjentów obejmujących np. rozwój umiejętności weryfikacji informacji, czytanie krytyczne);
 - rozwijaniu i monitorowaniu realizacji treści prozdrowotnych zawartych w podstawach programowych kształcenia ogólnego w różnych przedmiotach na wszystkich etapach edukacyjnych i okresowej ocenie efektywności tej edukacji (zadanie Ministerstwa Edukacji Narodowej realizowane w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia).
3. Podzielając rekomendacje organizacji pacjentów, Zespół za niezbędne uznał zwiększanie zaangażowania środowisk pacjenckich w wypracowywanie konkretnych rozwiązań dla służby zdrowia. Środowiska pacjentów reprezentowane przez zrzeszające ich organizacje powinny być stałym uczestnikiem dyskusji nad nowymi rozwiązaniami w służbie zdrowia. Organizacje pacjenckie realizują bowiem w systemie dwie niezwykle ważne funkcje:
- kierują uwagę decydentów na te aspekty proponowanych rozwiązań które kluczowe są dla najważniejszego interesariusza, tj. dla pacjenta;
 - pozwalają upowszechnić wśród pacjentów wiedzę na temat przygotowywanych nowych regulacji.

4. Położenie większego nacisku na finansowanie działań prewencyjnych oraz ambulatoryjnej / domowej opieki zdrowotnej, wykorzystanie medycyny pracy

Zwiększaniu finansowania publicznej służby zdrowia towarzyszyć muszą działania skutkujące zmianą modelu systemu opieki zdrowotnej z interwencyjnej na prewencyjną, ambulatoryjną, jednodniową i domową (deinstytucjonalizacja). Położenie większego nacisku na leczenie przed szpitalne pozwoli:

- zwiększyć efektywność systemu dzięki ograniczeniu liczby najbardziej kosztownych hospitalizacji długoterminowych;
- zracjonalizować wydatkowanie środków finansowych kierowanych na ochronę zdrowia;
- poprawić i uprościć dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej, jednocześnie czyniąc system bardziej przyjaznym dla pacjentów
 - zakres oraz harmonogram działań zostanie określone w ramach prac zespołu, o którym mowa w punkcie VII (s.7).

Zmiana modelu systemu opieki zdrowotnej powinna być połączona z rozwijaniem świadczeń profilaktycznych, w tym – co proponuje Krajowa Izba Fizjoterapii - świadczeń z zakresu fizjoprofilaktyki.

Szczególne role powinna przypadać wczesnej diagnostyce pacjentów, która pozwoli rozpocząć proces leczenia pacjenta już we wstępnym etapie choroby. Przekładać się to powinno na konkretne oszczędności dla systemu.

Należy określić rolę i zadania z zakresu medycyny pracy, w szczególności poprzez ponowne określenie zakresu badań oraz integracji tej dziedziny z innymi dziedzinami systemu ochrony zdrowia.

5. Kompleksowe podejście do finansowania opieki medycznej

Należy wdrażać kolejne programy koordynowanej opieki zdrowotnej, uwzględniając doświadczenia programu kompleksowej opieki po zawale (KOS – Zawał). Koordynacja opieki nad pacjentem jest bowiem jednym z najefektywniejszych narzędzi do poprawy jej jakości, jak też uczynienia systemu bardziej przyjaznym dla pacjenta. Poprzez wdrożenie

kompleksowej opieki medycznej udroźniony zostanie dostęp pacjentów do diagnostyki i rehabilitacji, co skutkować będzie zwiększeniem roli opieki ambulatoryjnej i jednodniowej. Zapewnienie na wczesnym etapie leczenia właściwej diagnostyki pacjentów poprzez poszerzenie zakresu badań dostępnych już na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej pozwoli z kolei na odciążenie opieki specjalistycznej. Zmiany w tym zakresie powinny być analizowane przy pracach nad rozporządzeniami Ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych we wszystkich zakresach.

Należy dążyć do rozwoju opieki nad pacjentem opartej na współpracy zawodów medycznych (pielęgniarka, położna, dietetyk, fizjoterapeuta, farmaceuta, opiekun medyczny, psycholog, edukator zdrowotny, lekarz). Opieka koordynowana dla pacjentów przewlekle chorych i „poszpitalnych” powinna zaś być połączona z wprowadzeniem mierników jej jakościowej oceny.

Należy dążyć do stworzenia w opiece zdrowotnej kompleksowego programu polityki senioralnej, zawierającego również inne elementy niż ścisłą opiekę medyczną.

Działania skutkujące zmianami organizacyjnymi w służbie zdrowia powinny być połączone z wprowadzaniem narzędzi monitorowania i oceny jakości systemu ochrony zdrowia (jakość, bezpieczeństwo, skuteczność terapii, rejestr zdarzeń niepożądanych, populacyjne rejestry kliniczne).

Dokonać trzeba przeglądu uregulowań kwestii minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wymaganych przy udzielaniu świadczeń w poszczególnych zakresach będących przedmiotem kontraktowania przez NFZ (w szczególności świadczeń udzielanych w trybie całodobowym) oraz rozważyć ich ujednoczenie dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Kompleksowe podejście do finansowania opieki medycznej wyraża się również w koordynacji działań w tym zakresie z zadaniami z zakresu polityki społecznej (realizowanych przez administrację centralną i jednostki samorządu terytorialnego), razem służąc podtrzymaniu aktywności zawodowej pacjentów, jak również realizację zadań z zakresu rehabilitacji

społecznej oraz zawodowej. Należy nadmienić, że rozwiązanie to zostało zawartej w Strategii Odpowiedzialnego Rozwoju, przyjętej przez Radę Ministrów w lutym 2017 r.¹

6. Rozwój kompetencji, kształcenie kadr – nowe preferencje

Należy kontynuować działania mającego na celu zwiększenie dostępności kadr medycznych na rynku usług medycznych. Pozwoli to nie tylko ograniczyć zjawisko nadmiernego obciążania pracowników medycznych pracą, ale też – co najważniejsze – w zdecydowany sposób zwiększyć dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie bez systematycznego zwiększania liczby pracowników medycznych niemożliwe będzie zrealizowanie celów nakreślonych w powyżej opisanych obszarach działania.

Działania te powinny być ukierunkowane – po pierwsze - na wzrost liczby absolwentów kierunków medycznych, zwłaszcza dziennych studiów stacjonarnych na kierunkach lekarskim, pielęgniarstwie, położniczym oraz – po drugie - na przenoszenie części zadań wykonywanych przez lekarzy, pielęgniarek i przedstawicieli innych zawodów medycznych, na inne – czasem nowo wprowadzane do systemu - grupy zawodowe. Realizacja pierwszego ze wskazanych celów powinna odbywać się poprzez odpowiednie systematyczne zwiększanie dotacji budżetowej dla uczelni publicznych kształcących lekarzy, pielęgniarki i położne oraz wspieranie przez budżet państwa inicjatyw mających na celu uruchamianie kierunków medycznych przez kolejne uczelnie publiczne. Zwłaszcza te, które funkcjonują w regionach z odczuwalnym deficytem kadr medycznych.

Należy też dążyć do wprowadzenia mechanizmów ułatwiających powstawanie nowych uczelni kształcących na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo lub pozwalających uczelniom już istniejącym na dostosowanie bazy dydaktycznej i kadrowej na potrzeby prowadzenia studiów na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo w tych regionach kraju gdzie jest odczuwalny obecnie wyraźny deficyt kadry pielęgniarskiej. Ponadto należy rozwijać kompetencje zawodów medycznych w zakresie budowania współodpowiedzialności pacjentów – partnerstwo w leczeniu.

¹ Uchwała nr 8 Rady Ministrów z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie przyjęcia Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.), M. P. z 2017 r. poz. 260.

Finansowane ze środków publicznych kształcenie podyplomowe lekarzy – niezależnie od ewentualnych zmian w tym zakresie - powinno być w bardziej niż dotąd zdecydowany sposób ukierunkowane na kształcenie w tych dziedzinach medycyny, w których obecnie najbardziej odczuwalny jest deficyt specjalistów, oraz w tych, w których zwiększenie dostępności do leczenia specjalistycznego stanowi realizację konstytucyjnego obowiązku zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom w ciąży, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

7. Informatyzacja usprawniająca działanie systemu w służbie i interesie pacjenta.

Optymalne rozwiązania w zakresie informatyzacji w ochronie zdrowia w dużym stopniu przyczynią się do odciążenia personelu medycznego w związku z wykonywanymi czynnościami o charakterze administracyjnym. Tym samym lekarze, pielęgniarki itp. będą mogli przeznaczać więcej czasu na bezpośredni kontakt z pacjentem. Dodatkowym zyskiem będzie poprawa jakości i bezpieczeństwa terapii.

Elementem niezbędnym dla zapewnienia nowoczesnej opieki nad pacjentem jest rozwijanie instytucji rejestrów medycznych. Należy przy tym dążyć do zintegrowania systemów raportowania oraz systemów sprawozdawczych ewidencyjnych.

Należy też kontynuować wprowadzanie elektronicznej dokumentacji pacjenta oraz e-recepty. Elektroniczna dokumentacja pacjenta powinna przy tym umożliwiać koordynowanie leczenia, w tym również profilaktyki i fizjoterapii.

Rozwijane muszą być nadal te rozwiązania z zakresu e-Zdrowia, które wprost ułatwiają funkcjonowanie pacjentom w systemie, takie jak aplikacje umożliwiające pacjentowi sprawdzenie czasu oczekiwania na dane świadczenie zdrowotne lub zapisanie się na wizytę z wykorzystaniem Internetu.

Rozwiązania z zakresu telemedycyny, zadania ułatwiające realizację świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem środków technicznych na bazie istniejących rozwiązań.

Uporządkować trzeba również wzajemne relacje pomiędzy rejestrami medycznymi i publicznymi bazami wiedzy (NFZ, ZUS, GUS) w celu poprawy jakości leczenia i wdrożenia zarządzania opartego o dane. Jest to warunek konieczny dla tworzenia polityk zdrowotnych,

a więc m.in. dla podejmowania działań na rzecz zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom w ciąży, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Opinię przygotował:

Witold Michałek



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

