

ANALIZA STOWARZYSZENIA „INKUBATOR UMOWY SPOŁECZNEJ”

OPIEKA ZDROWOTNA: LEPIEJ ZORGANIZOWANA I BLIŻEJ LUDZI

Agnieszka Chłoń-Domińczak

UMÓWMY SIĘ NA
POLSKĘ



www.nowaumowa.pl



www.nowaumowa.pl

OPIEKA ZDROWOTNA: LEPIEJ ZORGANIZOWANA I BLIŻEJ LUDZI

Agnieszka Chłoń Domińczak

Opieka zdrowotna jest kluczową polityką z perspektywy bezpieczeństwa socjalnego obywateli. Głównym źródłem jej finansowania powinna pozostać składka zdrowotna, a jej uzupełnieniem mogą być programy budżetowe (np. finansujące rzadkie i kosztowne świadczenia) oraz lokalne programy zdrowotne. Z perspektywy samorządów lokalne programy zdrowotne mogą odpowiadać na specyficzne potrzeby mieszkańców. Mogą to być na przykład programy dotyczące zdrowia prokreacyjnego, w tym m.in. wspieranie procedur in-vitro, które zależą od preferencji i poglądów lokalnych społeczności. Innym przykładem są działania ukierunkowane na wsparcie opieki nad osobami starszymi, szczególnie w tych samorządach, gdzie udział osób starszych jest znacznie wyższy.

System opieki zdrowotnej powinien się również zmieniać, przy czym zmiany te powinny mieć raczej charakter ewolucyjny, ukierunkowany na poprawę jego efektywności. Możemy wskazać na trzy kierunki takich zmian.

Poprawa efektywności

Pierwszym z nich jest poprawa efektywności organizacyjnej systemu ochrony zdrowia na poziomie krajowym. Nadal w systemie jest wiele nakładających się pomiędzy różnymi instytucjami kompetencji, niezbędne jest ich odpowiednie mapowanie i jasne przypisanie odpowiedzialności za określone działania do właściwych instytucji. Z jednej strony uprości to system, a z drugiej



www.nowaumowa.pl

ograniczy pola występujących konfliktów. Mapowanie powinno odbyć się w szczególności na poziomie instytucji centralnych, ze szczególnym uwzględnieniem tych procesów, które nie kończą się decyzjami systemowymi oraz takich, które angażują te same osoby w tym samym czasie (przykładowo konsultant krajowy który pracuje przy tworzeniu wytycznych klinicznych i jest równocześnie organem doradczym Ministra Zdrowia w zakresie przyjęcia tych wytycznych). Efektem tego działania powinna być eliminacja nieefektywności przez ograniczenie popytu na pracowników o podobnych kompetencjach przez tworzenie zbliżonych kompetencyjnie zespołów w różnych instytucjach wchodzących w skład systemu ochrony zdrowia (np. w Ministerstwie Zdrowia i w Narodowym Funduszu Zdrowia), co prowadzi do niepotrzebnego konkurowania o podobne kompetencje. Nieefektywności można również ograniczyć, na przykład, przez poprawę współpracy pomiędzy instytucjami (np. poprzez jasne określenie poszczególnych procesów). Współpraca pomiędzy centrum a województwami powinna być wspierana przez funkcjonowanie sieci konsultantów centralnych i wojewódzkich (z jasno określonymi kompetencjami oraz wynagrodzeniami).

Usprawnienie zarządzania

Kolejnym kierunkiem działań jest usprawnienie zarządzania systemem ochrony zdrowia, przez zarządzanie bazujące na danych (*Evidence Informed Decision Making*). Przykładem takich działań, już podejmowanych, jest opracowywanie map potrzeb zdrowotnych – wnioski i rekomendacje płynące z opracowanych map powinny być rozszerzone o rekomendacje działań dotyczących współpracy pomiędzy województwami. Dane gromadzone w bazach systemu ochrony zdrowia powinny być podstawą do regularnych analiz, prowadzonych we współpracy z konsultantami krajowymi i wojewódzkimi, których wyniki powinny być publikowane. Ponadto, powinny być określone i gromadzone zestawy danych pozwalających na odpowiednią ocenę procesu terapeutycznego, w tym jego efektów zdrowotnych, a także skutków w postaci finansowanych świadczeń (nie



www.nowaumowa.pl

tylko zdrowotnych, ale też zasiłków czy rent wypłaconych w związku z daną chorobą). Pogłębione analizy mogą pozwolić na optymalizację wykorzystania środków dostępnych na ochronę zdrowia.

Kolejnym działaniem na szczeblu centralnym jest praca nad rozwiązaniami legislacyjnymi (zmiana koszyka, wprowadzenie wskaźników jakościowych do wyliczenia ryczałtu), organizacyjnymi (np. otwieranie/zamykanie oddziałów), finansowymi (zmiana wycen, zmiana struktury finansowania) mającymi na celu realizację wniosków i wytycznych na poziomie województw, czyli wprowadzających możliwości decentralizacji decyzji, przy centralnym określaniu celów polityki zdrowotnej. Model ten opiera się również na jasno określonych zasadach i obszarach współpracy pomiędzy konsultantem krajowym, konsultantami wojewódzkimi oraz ordynatorami.

Efektom tych działań powinno być usprawnienie podejmowania decyzji na poziomie regionalnym z uwzględnieniem roli regionalnego decydenta w obszarze zdrowia, połączona z regularną weryfikacją postępów i zarządzaniem celami systemu ochrony zdrowia na poziomie centralnym.

Organizacja dostępu do świadczeń

Ostatnim kierunkiem działań jest odpowiednia organizacja dostępu do świadczeń, zapewniających świadczenia zdrowotne, które są oferowane w sposób bezpieczny, a jednocześnie jak najbliżej domu. Można tu wydzielić dwie grupy świadczeń. Pierwsza z nich to świadczenia dostępne najbliżej domu. Powinny one być oferowane przez przekształcone szpitale powiatowe, działające jako centra szybkiej diagnostyki, a także placówki zapewniające podstawowe leczenie ostre (np. w przypadku złamań czy urazów) oraz leczenie chorób przewlekłych. Placówki blisko domu powinny mieć również rozbudowywane części paliatywno-hospicyjnej i opiekuńczo-leczniczej (lecniczo-pielęgniarskiej), co wynika z rosnących potrzeb tego typu świadczeń w związku ze starzeniem się ludności.



www.nowaumowa.pl

Celem takich zmian jest zwiększenie liczby świadczeń udzielanych w trybie dziennym wraz z wykorzystaniem infrastruktury do świadczeń długoterminowych. Oferowanie wymienionych świadczeń na poziomie lokalnym powinna prowadzić do dochodzenia do modelu zintegrowanej w jednym miejscu opieki podstawowej (POZ) + opieki specjalistycznej (AOS i hospitalizacja w jednym miejscu). Ważnym elementem lokalnego systemu ochrony zdrowia jest wzmocnienie realizacji programów profilaktycznych przez POZ, przy współpracy z lokalnymi samorządami. Programy te powinny być współfinansowane ze środków samorządowych.

Druga grupa świadczeń do świadczenia, które mogą być dostępne w pewnej odległości od miejsca zamieszkania, ale przy zapewnieniu ich wysokiej jakości i bezpieczeństwa. Świadczenia te powinny być skoncentrowane w wyspecjalizowanych ośrodkach z zespołami posiadającymi duże doświadczenie w dostarczaniu danego typu usług zdrowotnych. Podobnie należy rozmieścić dostęp do wysokospecjalistycznej diagnostyki, z wykorzystaniem kosztownych technologii medycznych. Przykładem takiej praktyki mogłoby być rozmieszczenie akceleratorów optymalizujące odległość od ośrodka do miejsca zamieszkania oraz liczbę pacjentów niezbędną do ekonomicznego uzasadnienia zakupu nowego sprzętu. Obecnie niestety, szpitale kupują sprzęt i poprzez naciski polityczne próbują pozyskać kontrakt, co prowadzi nie tylko do nieefektywności ekonomicznej lecz również skutkuje ograniczeniem bezpieczeństwa pacjentów. Zbyt mała liczba pacjentów na ośrodek nie gwarantuje podtrzymania umiejętności terapeutycznych, często też konieczność pracy lekarza w kilku ośrodkach. Innym przykładem takich działań jest takie rozmieszczenie oddziałów położniczych, aby zapewnić, że odbędzie się w nich minimum 400 porodów rocznie, co ponownie daje odpowiednie bezpieczeństwo pacjentów. Z przypadku oddziałów pediatrycznych można rozważyć takie ich rozmieszczenie, które zakłada minimum 700 hospitalizacji rocznie (taka „bezpieczna” wartość progowa powinna być ustalona z konsultantami wojewódzkimi), natomiast pozostałe oddziały powinny być przekształcone w centra diagnostyczno-obsługowe (do



www.nowaumowa.pl

24h). W przypadku rzadkich, wysokospecjalistycznych procedur (np. chirurgia onkologiczna, transplantologia) istotna jest centralizacja działań w relatywnie małej liczbie ośrodków. Przy zbyt małej liczbie zabiegów wzrasta ryzyko zgonu i powikłań. Zmiana taka wymaga jednak budowanie świadomości pacjentów, że warto przejechać nawet 400 km, aby zwiększyć szansę na wyleczenie.



www.nowaumowa.pl

O autorce



Agnieszka Chłoń-Domińczak - ekonomistka, urzędniczka państwowa, wykładowczyni akademicka, doktor habilitowany nauk ekonomicznych, w latach 2004–2005 i 2008–2009 podsekretarz stanu w resortach zajmujących się polityką społeczną. Profesorka w Szkole Głównej Handlowej i prorektorka uczelni w kadencji 2020–2024.