


 Medexpress, 2019-06-04 10:03

NIK: System ochrony zdrowia w Polsce nie jest przyjazny dla pacjenta



Najwyższa Izba Kontroli przeanalizowała funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia, opierając się na ustaleniach ponad 70 kontroli oraz na opiniach ekspertów.

Najwyższa Izba Kontroli opublikowała właśnie zbiorczy raport, w którym punktuje problemy polskiego systemu ochrony zdrowia i rekomenduje rozwiązania, które mają go usprawnić. - Realizacja rekomendacji sformułowanych przez NIK powinna przyczynić się do zbudowania systemu ochrony zdrowia, którego oczekują Polacy. Systemu, który będzie lepiej zorganizowany i finansowany, a także bardziej transparentny - podkreśla Krzysztof Kwiatkowski, prezes NIK.

Większość Polaków negatywnie ocenia system ochrony zdrowia

Według opublikowanych w 2018 roku badań CBOS 66 procent dorosłych Polaków negatywnie ocenia funkcjonowanie służby zdrowia w naszym kraju, w tym aż 27 procent - zdecydowanie negatywnie. Przeciwnego zdania jest 30 procent respondentów. Równocześnie ponad 57 procent Polaków uważa, że zachowanie dobrego zdrowia, obok szczęścia rodzinnego, należy do najważniejszych wartości w ich życiu.

Od lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku, drogą kolejnych reform, poszukujemy nowych rozwiązań organizacyjno-prawnych, ale wprowadzane zmiany miały często charakter doraźny, nie poprzedzała ich odpowiednia analiza dotychczas obowiązujących rozwiązań, nie były elementem strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia w naszym kraju.

W raporcie NIK postuluje przygotowanie długookresowej strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia, która powinna uzyskać powszechną akceptację społeczną i wyznaczyć wizję rozwoju systemu. Strategia ta powinna przede wszystkim określać cele systemu, z uwzględnieniem wyzwań demograficznych i epidemiologicznych, a także priorytetowe kierunki jego rozwoju. Jednocześnie wdrażanie strategii powinno podlegać monitorowaniu i okresowej ocenie, muszą być więc w nią wpisane mierzalne wskaźniki efektów. Oczywiście strategia musi także określać plan wzrostu finansowania systemu ochrony zdrowia.

Dzisiaj w Polsce są niskie, w porównaniu do innych krajów UE, nakłady publiczne na ochronę zdrowia (ok. 4,6 proc. PKB), przy jednoczesnym wysokim współdziale nakładów ponoszonych ze środków prywatnych (nakłady prywatne, jak i publiczne to ok. 6,7% PKB - patrz wykres poniżej). Uzależnia to dostęp do usług medycznych od sytuacji ekonomicznej pacjenta.

Pod względem nakładów publicznych na służbę zdrowia zajmujemy trzecie miejsce od końca spośród wszystkich państw w Europie - zauważa Prezes NIK. - Przez to jesteśmy w grupie absolutnie kilku państw, których sami obywatele, Polki i Polacy, najwięcej dokładają do procesu leczenia ze swoich prywatnych pieniędzy - dodaje Krzysztof Kwiatkowski.

Według NIK, negatywne oceny systemu ochrony zdrowia wynikają przede wszystkim z długiego oczekiwania na uzyskanie świadczenia. Gdy to już nastąpi, pacjent często musi jeszcze czekać na zleczone badania diagnostyczne czy kolejne konsultacje. Sytuacja komplikuje się, gdy w danym rejonie nie ma odpowiedniej kadry medycznej lub sprzętu i konieczne stają się dłuższe wyjazdy poza stałe

miejsce zamieszkania. Dlatego pacjenci, chcąc skrócić ten proces, korzystają z usług odpłatnych bądź starają się uzyskać skierowanie do szpitala lub też korzystają ze świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR). W wielu przypadkach udziela się tam świadczeń osobom, które nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia, a więc nie kwalifikują się do takiej formy pomocy. Sytuacja ta stwarza zagrożenie dla pacjentów, którzy faktycznie potrzebują szybkiej pomocy w SOR.

W ocenie NIK zła organizacja systemu ochrony zdrowia nie zapewnia wczesnego wykrycia choroby. Opiera się na, z natury droższej, medycynie interwencyjnej i marginalizuje prewencję. Ponadto brakuje skutecznej edukacji kształtującej poczucie osobistej odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie, a także powszechnej świadomości, że zdrowie stanowi fundament rozwoju społeczeństwa.

Pacjenci nie mają dostępu do informacji o jakości leczenia w poszczególnych placówkach. Jakość ta nie jest odpowiednio premiowana w systemie finansowania świadczeń ze środków publicznych. Brak koordynacji i ciągłości leczenia powoduje, że niejednokrotnie jego efekty są zaprzepaszczone.

Na podstawie raportów z kontroli i wniosków, które im towarzyszyły, Najwyższa Izba Kontroli zdefiniowała i podzieliła na grupy problemy, z którymi boryka się ochrona zdrowia.

Niewystarczająca koordynacja działań podmiotów leczniczych

Według NIK w obecnej organizacji systemu ochrony zdrowia wyróżnić można trzy zasadnicze grupy problemów. Pierwszy z nich to niewystarczająca koordynacja działań dotyczących tworzenia i funkcjonowania podmiotów leczniczych, co powoduje:

- funkcjonowanie na danym terenie wielu podmiotów leczniczych, podlegających różnym organom tworzącym, udzielających często identycznych świadczeń, co skutkuje nieefektywnym wykorzystaniem zasobów sprzętowych i kadrowych systemu;
- dokonywanie inwestycji bez koordynacji z pozostałymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia;
- zaspokajanie potrzeb zdrowotnych na wyższych, kosztowniejszych poziomach systemu (np. hospitalizacja pacjenta w celu wykonania badań diagnostycznych, które mogą być wykonane w trybie ambulatoryjnym).

Brak koordynacji opieki nad pacjentem

Drugi ze wskazanych przez NIK problemów to nieskoordynowana opieka nad pacjentem, spowodowana m.in.:

- nieefektywnym i nieskutecznym przepływem informacji o procesie leczenia i jego efektach (np. w związku z niedostatecznym rozwojem nowoczesnych, elektronicznych systemów obiegu informacji), co generuje także nieuzasadnione koszty dla systemu;
- niejednoznacznie sformułowanymi kompetencjami i zakresami zadań poszczególnych podmiotów, a także niewskazaniem, jakie procedury medyczne powinny być wykonywane na poszczególnych poziomach referencyjnych systemu;
- fragmentarycznością i brakiem kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych, a także odsyłaniem pacjenta do różnych podmiotów leczniczych, co z kolei negatywnie wpływa na jakość usług medycznych.

Braki kadrowe

Jako trzeci problem NIK wskazuje niewystarczające zasoby systemu (w szczególności dotyczące kadr medycznych) w relacji do potrzeb zdrowotnych ludności, co przejawia się m.in.:

- powstawaniem kolejek osób oczekujących na udzielenie deficytowych świadczeń zdrowotnych;
- migracją pacjentów pomiędzy poszczególnymi regionami kraju.

Nieefektywne finansowanie systemu ochrony zdrowia

W finansowaniu systemu ochrony zdrowia NIK wskazuje na niskie, w porównaniu z innymi krajami UE,

nakłady publiczne na ochronę zdrowia, przy jednoczesnym wysokim współdziale nakładów ponoszonych ze środków prywatnych. Uzależnia to dostęp do usług medycznych od sytuacji ekonomicznej pacjenta. Problemem jest też według Izby niekorzystna struktura finansowania świadczeń zdrowotnych. Ponad połowę kosztów świadczeń finansowanych przez NFZ stanowią koszty leczenia szpitalnego, które jest leczeniem najdroższym. Niewielka zaś część środków Funduszu przeznaczana jest na profilaktykę i zapobieganie powstawaniu chorób.

Wśród problemów w finansowaniu ochrony zdrowia NIK wskazuje również:

- kierowanie środków zgodnie z zasadą, że „pieniądz idzie za kontraktem”, a nie z zasadą, że „pieniądz idzie za pacjentem”, płacenie za wykonaną usługę medyczną bez uwzględnienia jej jakości i uzyskanego efektu;
- brak jednolitego standardu rachunku kosztów dla wszystkich podmiotów leczniczych korzystających ze środków publicznych;
- przekazywanie środków ze składek ubezpieczeniowych nie na zakup świadczeń dla osób uprawnionych, lecz na podwyżki wynagrodzeń personelu medycznego.

Według NIK nieefektywne finansowanie systemu opieki jest powodem wielu negatywnych zjawisk, a w szczególności: zadłużania się podmiotów leczniczych, dekapitalizacji majątku trwałego, a w konsekwencji niespełniania norm sanitarnych czy budowlanych przy braku środków na modernizację, co negatywnie wpływa na bezpieczeństwo pacjentów.

Zagrożenia dla pacjentów

Kontrole NIK wykazały też szereg problemów w obszarze dotyczącym bezpieczeństwa pacjentów i jakości udzielanych świadczeń, m.in.:

- wykonywanie określonych zabiegów medycznych przez podmioty, które nie mają wystarczającego doświadczenia w tym zakresie;
- podejmowanie leczenia bez przeprowadzania pełnej diagnostyki umożliwiającej zastosowanie bardziej spersonalizowanego leczenia;
- wzrost liczby zakażeń szpitalnych, w tym szczepami bakterii lekoopornych, przede wszystkim w wyniku nieefektywnego działania systemu przeciwdziałania tym zakażeniom;
- brak powszechnie dostępnych wskaźników jakości udzielania świadczeń przez poszczególne podmioty lecznicze.

Nierówny dostęp do świadczeń

Z przeprowadzonych kontroli wynika, że system ochrony zdrowia cechuje też ograniczony i nierównomierny terytorialnie dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W części województw nie zabezpieczono dostępu do niektórych świadczeń zdrowotnych, w tym na poziomie lecznictwa szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i w szczególności opieki koordynowanej. Efektem gorszej dostępności świadczeń z zakresu ginekologii i położnictwa na terenach wiejskich mogą być np. różnice w liczbie zgonów okołoporodowych.

Problem z przepływem informacji

Izba wskazuje też na brak spójnej koncepcji realizacji kluczowych projektów informatycznych, ograniczoną wymianę danych pomiędzy poszczególnymi rejestrami medycznymi lub nieporównywalność zawartych w nich danych, brak przepływu informacji o procesie leczenia i jego efektach między poszczególnymi poziomami systemu oraz niezetelność danych zawartych w niektórych rejestrach medycznych.

Jak uzdrowić system ochrony zdrowia - rekomendacje NIK

Według Najwyższej Izby Kontroli pierwszym krokiem reformy systemu powinno być opracowanie długookresowej strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia, która musi uzyskać powszechną

akceptację społeczną i wyznaczyć wizję rozwoju systemu. Przyjęcie strategii pozwoli zerwać z powszechną, w ciągu ostatnich 20 lat, praktyką dokonywania często przypadkowych i doraźnych zmian powodujących np. tworzenie sprzecznych przepisów i trudności w ich interpretowaniu. Brak długookresowej strategii może niekorzystnie wpływać na funkcjonowanie instytucji ochrony zdrowia, a także zniechęcać do podejmowania decyzji inwestycyjnych w tym obszarze. Strategia ta powinna przede wszystkim określać cele systemu, z uwzględnieniem wyzwań demograficznych i epidemiologicznych, a także priorytetowe kierunki rozwoju i zasady jego funkcjonowania, w tym:

- zakres zadań i odpowiedzialności poszczególnych uczestników systemu;
- źródła finansowania;
- oraz plan wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, w połączeniu ze zwiększeniem jakości i dostępności świadczonych usług, zakres wprowadzania elementów konkurencji.

W zakresie dotyczącym organizacji systemu NIK rekomenduje:

Wprowadzić skuteczne mechanizmy koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu województwa.

Wprowadzenie skutecznych mechanizmów koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu województwa powinno prowadzić do wyeliminowania nieefektywnego wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia w regionie. Dotychczasowe 20-letnie próby skoordynowania działań pomiędzy różnymi podmiotami leczniczymi oraz ich organami właścicielskimi nie przyniosły pozytywnych rezultatów w postaci koordynacji procesu leczenia i efektywnego gospodarowania środkami publicznymi. W wielu przypadkach na tym samym terenie występują podmioty lecznicze udzielające identycznych świadczeń, co prowadzi do zmniejszenia jednostkowych kontraktów NFZ, zawieranych z tymi podmiotami i pogorszenia ich sytuacji finansowej.

Jak wskazywali niektórzy eksperci zewnętrzni uczestniczący w panelach, należy rozważyć przeniesienie prawa własności szpitali powiatowych oraz miejskich (gminnych) na jednostki samorządu województwa. Konsolidacja uprawnień właścicielskich, w przypadku szpitali samorządowych, umożliwi koordynację i optymalizację wykorzystania bazy materialnej i kadrowej systemu, której jak pokazują kontrole NIK brakuje.

Określić relacje pomiędzy publicznym systemem ochrony zdrowia, a sektorem prywatnym.

W dyskusjach dotyczących ochrony zdrowia pojawia się temat pracy personelu medycznego w prywatnych placówkach ochrony zdrowia, pracy w publicznym szpitalach oraz braku przejrzystości na styku tych dwóch obszarów. W placówce prywatnej uzyskuje się na przykład odpłatną poradę, ale kosztowne badania pacjenta, czy zabiegi wykonywane są przez tego samego lekarza w podmiocie publicznym, a prywatna wizyta warunkuje specjalne traktowanie.

Wprowadzić „bariery wejścia” oraz „mechanizmy wyjścia” z systemu dla podmiotów chcących uczestniczyć w publicznym systemie ochrony zdrowia.

Podmioty, które chcą uczestniczyć w publicznym systemie ochrony zdrowia, powinny spełniać wymogi odnoszące się nie tylko do wskaźników ilościowych (np. liczby łóżek, personelu o określonych kwalifikacjach, wyposażenia), ale również kryteria jakościowe (np. doświadczenie w wykonywaniu określonych zabiegów). Z kolei ograniczenie działalności w systemie, w tym np. zbyt mała liczba wykonywanych zabiegów, powinno skutkować zaprzestaniem finansowania działalności placówki ze środków publicznych, przy utrzymaniu dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych na niepogorszonym poziomie.

Poprawić wykorzystanie zasobów systemu, w szczególności zasobów kadrowych.

Zdaniem NIK, w związku z niedoborem personelu medycznego konieczne jest dokonanie przeglądu kompetencji i uprawnień poszczególnych grup zawodowych celem ich szerszego wykorzystania. W

systemie ochrony zdrowia pojawiły się nowe zawody, jak np. opiekunowie medyczni. Potencjał takich grup zawodowych nie jest w pełni wykorzystany.

W celu skoordynowania opieki nad pacjentem i poprawy jej jakości NIK rekomenduje:

Zwiększyć rolę i znaczenie podstawowej oraz ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w procesie leczenia.

Nadmierna liczba hospitalizacji jest przyczyną powstawania nieuzasadnionych kosztów, a nawet stanowi zagrożenie dla pacjentów, z uwagi na występowanie lekoopornych szczepów bakterii w środowisku szpitalnym. Wiele procedur medycznych - wykonywanych obecnie w lecznictwie szpitalnym - można dziś wykonać również w warunkach ambulatoryjnych. Koszt takich świadczeń jest niższy w porównaniu do takich samych usług medycznych wykonywanych w ramach hospitalizacji. Powinno się zatem rozważyć przekształcenie części dotychczasowych szpitali w zespoły opieki ambulatoryjnej (ZOA), których stałym zadaniem będzie udzielanie kompleksowych świadczeń z zakresu diagnostyki, opieki specjalistycznej, a także świadczeń usprawniających (rehabilitacja).

Wprowadzić mechanizmy promujące podejmowanie profilaktyki.

Niewątpliwie bardzo istotnym problemem współczesnej Polski stają się choroby cywilizacyjne, które występują globalnie i są bardzo powszechne także w naszym kraju. Dlatego Izba wskazuje na konieczność ustalenia listy badań profilaktycznych, w tym populacyjnych, kierowanych do określonych grup osób wraz z określeniem interwałów czasowych ich wykonywania oraz stworzenie systemu zachęt do ich realizacji.

Badania powinny dotyczyć kluczowych problemów zdrowotnych ludności, przede wszystkim wynikających z chorób cywilizacyjnych. Wprowadzeniu tego rozwiązania musi towarzyszyć stworzenie bazy danych, które pozwoli ocenić faktyczne uczestnictwo obywateli w badaniach profilaktycznych.

Wykonywać poszczególne procedury leczenia pacjentów na określonych szczeblach referencyjnych systemu.

Rozwiązanie to podnosi poziom bezpieczeństwa pacjentów i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Wprowadzić system oceny jakości udzielanych świadczeń.

Zbuduje to zaufanie do systemu, a jednocześnie będzie stanowiło bodziec dla podmiotów leczniczych do poprawy jakości udzielanych świadczeń. Placówki ochrony zdrowia, które leczą skutecznie i bezpiecznie, powinny być premiowane. System oceny jakości powinien przewidywać publikację wskaźników jakościowych dla poszczególnych podmiotów leczniczych na stronie internetowej prowadzonej przez organ publiczny.

W zakresie finansowania ochrony zdrowia NIK rekomenduje:

Wprowadzić jednolity standard rachunku kosztów dla podmiotów leczniczych korzystających ze środków publicznych.

W ocenie NIK rozwiązanie to pozwoli na rzetelną analizę kosztów udzielonych świadczeń ponoszonych przez podmioty lecznicze i będzie miało istotne znaczenie dla przeprowadzenia urealnionej wyceny procedur medycznych. Wraz z ustaleniem standardów organizacyjnych udzielania świadczeń pozwoli to na określenie cen zakupu świadczeń przez płatnika publicznego. Jednolity standard rachunku kosztów powinien także ułatwić tworzenie analiz zarządczych w systemie.

Urealnić wycenę świadczeń zdrowotnych i uzależnić ją od poziomu referencyjnego podmiotu leczniczego.

Dane zebrane na podstawie jednolitego rachunku kosztów, wraz z ustaleniem standardów

organizacyjnych udzielania świadczeń, powinny stanowić podstawę do ponownej wyceny świadczeń. Zapobiegnie to zadłużaniu się podmiotów leczniczych o najwyższej referencyjności, wykonujących najbardziej złożone procedury medyczne.

Zmiana wyceny świadczeń ambulatoryjnych, profilaktycznych, a także świadczeń poszpitalnych pozwoli na zmianę niekorzystnej struktury udzielanych świadczeń, a w szczególności kosztownych hospitalizacji.

Wprowadzić zasadę odpłatności za jakość leczenia i jego efekt, a nie za samo wykonanie procedury medycznej.

W obecnie funkcjonującym systemie, bodźce ekonomiczne, czyli płatność za poszczególne procedury, skłaniają podmioty lecznicze do wielokrotnego przyjmowania pacjentów. Wyleczenie, czy zdecydowana poprawa stanu zdrowia, przestaje być celem samym w sobie.

Wprowadzić takie zasady finansowania świadczeń, które urzeczywistnią ideę, iż „pieniądz podąża za pacjentem”.

Dotychczasowa praktyka wskazuje, że środki finansowe dotychczas podążały za kontraktem, ale nie zawsze zgodnie z potrzebami pacjentów. Skierowanie środków „za pacjentem” spowoduje zmianę tego podejścia. Działanie takie nie może jednak odbywać się bez równoczesnego wprowadzenia publicznie dostępnych wskaźników oceny jakości udzielonych świadczeń, określonych przez ministra właściwego ds. zdrowia, przy udziale wyspecjalizowanej jednostki podległej ministrowi.

Uwzględnić w algorytmie podziału środków większą liczbę czynników oddziałujących na system ochrony zdrowia w regionie.

Stosowany obecnie algorytm podziału środków nie uwzględnia szeregu czynników epidemiologicznych charakterystycznych dla poszczególnych regionów. Tym samym nie odpowiada aktualnym potrzebom zdrowotnym. Należy zauważyć, że został on ustalony 10 lat temu, a w tym czasie zmieniła się sytuacja epidemiologiczna (np. znacznie wzrosła zachorowalność na nowotwory złośliwe), a także dokonano szeregu istotnych zmian organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia.

Wylimitować przekazywanie przez NFZ środków na wynagrodzenia personelu odrębnym strumieniem, niepowiązanym z zakupem świadczeń zdrowotnych dla pacjentów.

W ostatnich latach ze składek ubezpieczonych finansowane są inne koszty niż zakup świadczeń dla pacjentów, np. podwyżki wynagrodzenia personelu medycznego. Wzrost wynagrodzeń personelu medycznego powinien być konsekwencją wzrostu nakładów na system ochrony zdrowia i powinien wpływać na wycenę świadczeń. Nałożenie na formalnie niezależne podmioty lecznicze kosztów podwyżek wynagrodzeń personelu medycznego, które nie są w pełni pokrywane przez płatnika, nie tylko ogranicza wielkość środków przeznaczanych na zakup świadczeń dla pacjentów, lecz również stanowi dla poszczególnych placówek zagrożenie dalszego funkcjonowania. Zasadne jest kompleksowe uregulowanie zagadnień związanych z wynagrodzeniami całego personelu medycznego.

Uszczelnienie systemu finansowania.

Obecnie możliwe jest wykazywanie do rozliczania świadczeń, które w ogóle nie zostały wykonane. Głównie od „czujności pacjenta” zależy, czy takie fikcyjne świadczenie zostanie wykryte. Aby wyeliminować tego rodzaju zjawiska należy, możliwie szybko, wprowadzić rozwiązania informatyczne, które pozwolą np. na autoryzację wykonania świadczenia przez pacjenta.

Przeprowadzenie analizy rozwiązań organizacyjnych i prawnych funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia, pod kątem wyeliminowania nieefektywnego finansowania.

Na przykład należy zminimalizować ryzyko finansowania tych samych zadań w ramach programów

profilaktycznych finansowanych z różnych źródeł środków publicznych.

Wydzielenie w stawce kapitacyjnej, przekazywanej lekarzowi POZ, kwotę przeznaczoną na badania diagnostyczne, w tym profilaktyczne.

W ocenie NIK, jak i zewnętrznych ekspertów, takie rozwiązanie może przyczynić się do wykrywania chorób we wczesnym etapie ich rozwoju i poprawy skuteczności leczenia.

Wydzielenie z systemu ochrony zdrowia usługi o charakterze opiekuńczym.

Z uwagi na proces starzenia się społeczeństwa, zasadnym jest wydzielenie usług opiekuńczych i finansowanie ich z odrębnej puli środków.

W zakresie dostępu pacjentów do świadczeń NIK rekomenduje:

Preferować w systemie finansowania te podmioty, które udzielają świadczeń w sposób ciągły i kompleksowy.

Efekty leczenia pacjentów w systemie ochrony zdrowia są często zaprzepaszczone z powodu niezapewnienia kompleksowości i ciągłości leczenia, głównie poprzez odsyłanie pacjentów do innych podmiotów, często odległych od ich miejsca zamieszkania.

Ustalić listę badań profilaktycznych, w tym populacyjnych, kierowanych do określonych grup osób wraz z określeniem interwałów czasowych ich wykonywania oraz stworzyć system zachęt do ich realizacji.

Badania te powinny dotyczyć kluczowych problemów zdrowotnych ludności (chorób cywilizacyjnych). Wprowadzeniu tego rozwiązania musi towarzyszyć stworzenie bazy danych, które pozwolą ocenić faktyczne uczestnictwo obywateli w badaniach profilaktycznych.

Wdrożyć system zachęt sprzyjający powstawaniu podmiotów leczniczych na terenach, na których nie zabezpieczono świadczeń dla pacjentów.

Rozmieszczenie podmiotów leczniczych na terenie kraju nie odpowiada potrzebom zdrowotnym ludności, a proces przebudowy struktury terytorialnej systemu będzie długotrwały. Istotną rolę powinno odegrać państwo, które poprzez system zachęt (w tym fiskalnych) powinno stymulować tworzenie nowych podmiotów, tam gdzie występuje deficyt świadczeń określonego rodzaju.

Rozwijać i upowszechniać stosowanie telemedycyny.

Jest to najnowocześniejsza forma świadczenia usług medycznych wykorzystująca zaawansowane osiągnięcia informatyki i telekomunikacji do monitorowania pacjentów na odległość. Niewystarczające zasoby personelu medycznego, liczne przypadki występowania u pacjentów wielu chorób jednocześnie, wskazują na potrzebę dokonywania wielopoziomowych konsultacji między lekarzami różnych specjalizacji. Telemedycyna pozwoli ograniczyć odsyłanie części pacjentów na konsultacje do odległych ośrodków.

W zakresie prawa i bezpieczeństwa pacjentów NIK rekomenduje:

Ustalić standardy organizacyjne udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Minister zdrowia powinien, w większym niż do tej pory stopniu, wykorzystać delegację ustawową pozwalającą na ustalenie standardów organizacyjnych udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Dotychczas standardy takie ustalono jedynie w kilku obszarach.

Standaryzacja zwiększa prawdopodobieństwo, że w procesie leczenia zostanie zastosowany najlepszy z możliwych wariantów. W praktyce wykorzystywanie standaryzacji stanowi dowód działania zgodnie z najnowszą wiedzą, a ponadto ma wpływ na czytelność kosztów funkcjonowania (dla usługodawcy i płatnika), co jest szczególnie istotne w sytuacji występowania stałego deficytu środków finansowych w

ochronie zdrowia.

Bez wprowadzenia standardów nie da się zapewnić równego traktowania pacjentów. Nie będzie również możliwe ustalenie rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń oraz dokonywanie ich porównań pomiędzy poszczególnymi podmiotami leczniczymi. Standardy pozytywnie oddziałują również na jakość udzielanych świadczeń, a także stanowią formę ochrony kadry medycznej przed nieuzasadnionymi roszczeniami pacjentów. Wprowadzenie standardów organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych musi obejmować możliwie najszerszy zakres usług medycznych finansowanych ze środków publicznych.

Wprowadzić skuteczne mechanizmy zwalczania zakażeń szpitalnych.

Jak niedawno wykazała kontrola NIK, skuteczność obecnego systemu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym jest niewystarczająca. W sytuacji pojawienia się szczepów bakterii lekoopornych może to stanowić zagrożenie dla pacjentów, szczególnie tych po zabiegach i z osłabioną odpornością.

Stworzyć system informacji dla pacjenta.

Chodzi o system oparty o autoryzowany, nowoczesny i przyjazny dla użytkownika zasób wiedzy o zdrowiu i leczeniu, np. w postaci portalu internetowego.

Wzmocnić i koordynować działania podmiotów realizujących zewnętrzny nadzór instytucjonalny.

W obecnym stanie prawnym nadzór nad systemem ochrony zdrowia jest rozproszony pomiędzy różne instytucje, które w ograniczonym stopniu współpracują ze sobą.

Poprawić funkcjonowanie pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów.

Obecnie funkcjonujący, w założeniu alternatywny do drogi sądowej, system kompensacyjny orzekania o zdarzeniach medycznych nie chroni pacjenta i nie zapewnia mu skutecznego narzędzia dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia. Liczba spraw w sądach powszechnych nie zmniejszyła się, a czas niezbędny na rozpatrzenie sprawy przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jest niezadowalający. Wydane przez komisje orzeczenia i propozycje odszkodowań, przedstawiane przez szpitale, często nie satysfakcjonują pacjentów i w związku z tym sprawy trafiają do sądów.

W zakresie dotyczącym obiegu informacji NIK rekomenduje:

Zakończyć budowę tzw. systemu P1 i wdrożyć go do użytku.

Konieczne jest jak najszybsze pełne wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej. Wybrane dane pochodzące z tej dokumentacji, takie jak np. wyniki wybranych badań, których konieczność wykonania powinna wynikać ze standardów organizacji udzielania świadczeń, muszą na bieżąco zasilać epidemiologiczne rejestry medyczne, żeby można było oceniać np. efekty leczenia. To z kolei pozwoli Ministrowi Zdrowia na włączanie do tzw. „koszyka świadczeń finansowanych ze środków publicznych”, przy uwzględnieniu rachunku kosztów, tylko tych procedur medycznych, których skuteczność będzie udowodniona.

Objąć obowiązkiem sprawozdawczym zjawisk epidemiologicznych również podmioty prywatne.

Coraz większa część środków wydatkowana jest poza systemem publicznym, a tak szerokie korzystanie z usług prywatnych świadczeniodawców ogranicza wiedzę organizatorów systemu na temat zjawisk epidemiologicznych. Niepełna informacja o zachodzących w systemie zjawiskach utrudnia organom państwa planowanie i podejmowanie decyzji organizacyjnych w skali całego systemu.

Opracować jednolite słowniki i formaty przekazywania danych.

Brak jednolitości w tym obszarze może powodować szereg negatywnych skutków, takich jak np. nieporównywalność danych o kosztach udzielonych świadczeń, czy brak możliwości oceny ich jakości, co uniemożliwia porównanie efektów stosowanych procedur terapeutycznych.

Poprawić jakość danych wprowadzanych do systemu informacyjnego ochrony zdrowia.

Kluczowe znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania systemu informacyjnego ma jakość wprowadzanych do niego danych. Kontrole NIK wykazały natomiast szereg nieprawidłowości zarówno we wprowadzaniu odpowiednich danych do dokumentacji medycznej pacjentów, jak i do sporządzanych przez podmioty lecznicze sprawozdań. Dlatego konieczne jest rzetelne wprowadzanie danych do systemu informacyjnego.

Uwagi końcowe

Realizacja rekomendacji sformułowanych przez NIK powinna przyczynić się do zbudowania systemu ochrony zdrowia, którego oczekują Polacy. Systemu, który będzie lepiej zorganizowany i finansowany, bardziej transparentny, a także oparty na rozwiązaniach z obszaru e-zdrowia. Wzrośnie znaczenie komunikacji, gromadzenia i wymiany rzetelnych danych medycznych oraz publikowania informacji wspierających podejmowanie decyzji przez uczestników systemu. Wszystkie te rozwiązania będą służyły pacjentowi i ułatwią poruszanie się po bezpiecznym i przyjaznym systemie opieki zdrowotnej. Jednocześnie powstaną warunki sprzyjające utrzymaniu równowagi między coraz większymi oczekiwaniami, a ograniczonymi zasobami ludzkimi i finansowymi, które można przeznaczyć na zdrowie.

Źródło: NIK