

System ochrony zdrowia w Polsce

Diagnoza i kierunki reformy

Praca zespołowa pod kierunkiem dr Andrzeja Mądrali

2013

Akademia Zdrowia 2030

Autorzy

Diagnoza

Zasady

Ogólne założenia

Instytucje w systemie

Wnioski

Autorzy

Zespół Akademii Zdrowia 2030 pod kierunkiem dr Andrzeja Mądrali w składzie (w kolejności alfabetycznej):

- *Grzegorz Byszewski* Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej
- *Dorota M. Fal* Polska Izba Ubezpieczeń, ekspert Business Center Club
- *Barbara Gad-Karpierz* LUXMED
- *Małgorzata Gałzka-Sobotka* Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego
- *Roman Kolek* Wicemarszałek Województwa Opolskiego
- *Daniel Kowalczyk* FZPOZ Porozumienie Zielonogórskie
- *Jarosław Kozera* niezależny ekspert
- *Adam Koziarkiewicz* niezależny ekspert
- *Jacek Krajewski* FZPOZ Porozumienie Zielonogórskie
- *Andrzej Krupa* niezależny ekspert
- *Krzysztof Macha* Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych
- *Robert Mołdach* Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej
- *Jarosław Pinkas* Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
- *Tomasz Szelański* Federacja Pacjentów Polskich
- *Paweł Sztwiertnia* ekspert Pracodawców RP, Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA
- *Marek Wójcik* Związek Powiatów Polskich
- *Grzegorz Ziemiak* Instytut Zdrowia i Demokracji

Konsensus

Dokument jest efektem pracy zbiorowej ekspertów, z konieczności oddającej kompromis wobec ich osobistych przekonań i opinii. Dokument zatem nie oddaje w pełni opinii żadnego z ekspertów, ale jednocześnie w największym możliwym stopniu oddaje ich wspólną opinię.

Akademia Zdrowia 2030

Autorzy

Diagnoza

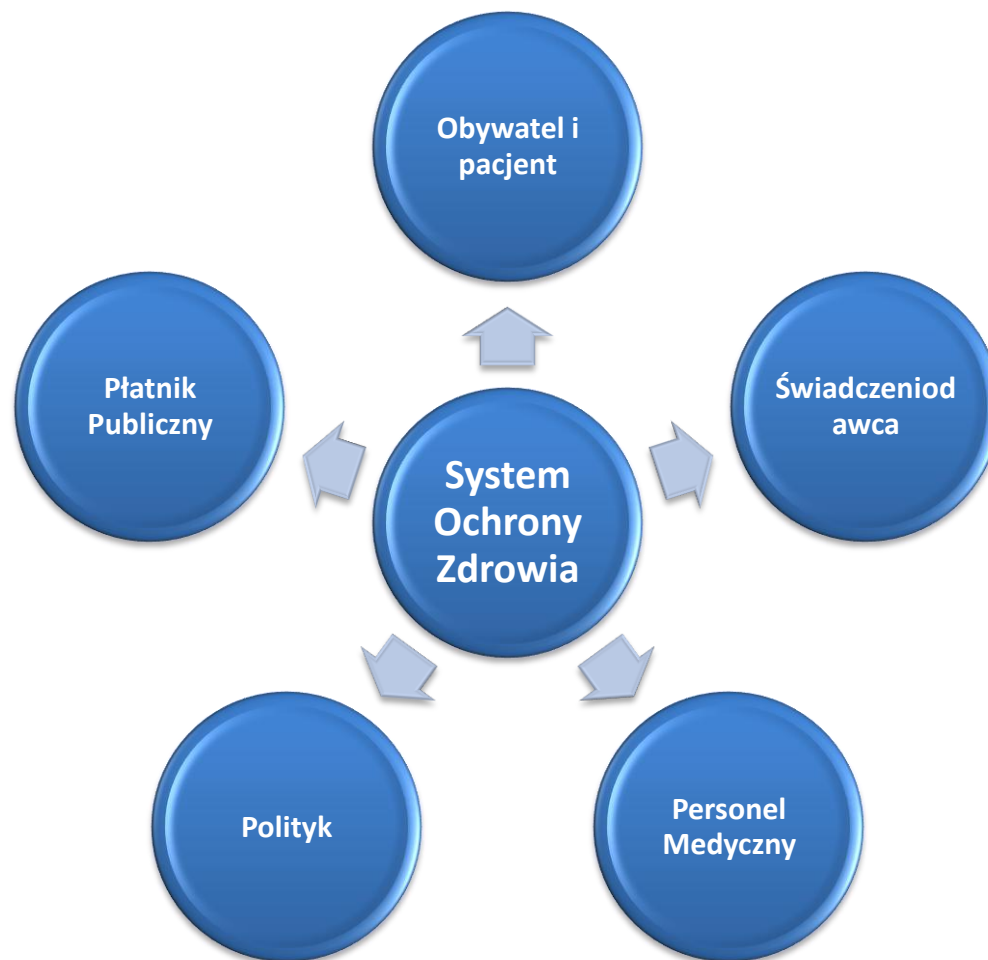
Zasady

Ogólne założenia

Instytucje w systemie

Wnioski

Diagnoza



Diagnoza

Z PERSPEKTYWY OBYWATELA I PACJENTA:

- Brak podmiotowości pacjenta w systemie – ograniczony dostęp do informacji, ograniczone możliwości wyboru zgodnego z preferencjami, niskie poczucie bezpieczeństwa, niska świadomość i odpowiedzialność zdrowotna
- Wysoki udział wydatków na ochronę zdrowia w budżecie gospodarstw domowych (Diagnoza Społeczna, prof. Czapiński),

Z PERSPEKTYWY ŚWIADCZENIODAWCY:

- Niepewność świadczeniodawców co do warunków realizacji świadczeń określanych przez regulatorów – wysoka turbulencja otoczenia
- Brak zdefiniowania roli świadczeniodawców w systemie (poziomy referencji)

Z PERSPEKTYWY PERSONELU MEDYCZNEGO:

- Niedobór kadry, wynikający ze zmian pokoleniowych, nieefektywnego systemu kształcenia przed- i podyplomowego, zmiany stylu pracy, migracji, utrudnień w dostępie do niektórych specjalizacji
- Zbiurokratyzowanie pracy przy dużym deficycie zasobów

Z PERSPEKTYWY POLITYKA:

- Ochrona zdrowia nie jest priorytetem w polityce państwa
- Brak długofalowej strategii Rządu w ochronie zdrowia

Diagnoza

Z PERSPEKTYWY PŁATNIKA PUBLICZNEGO:

- Zbyt niskie nakłady na zarządzanie systemem
- Zbyt sztywne zasady gospodarowania finansami, brak elastyczności działań
- Brak dialogu i skutecznych mechanizmów wprowadzania racjonalnych zmian do procesu wyceny świadczeń

ELEMENTY DODATKOWO IDENTYFIKOWANE PRZEZ AUTORÓW:

- Silosowe zarządzanie systemem ochrony zdrowia (MZ, NFZ, ZUS, KRUS, samorządy)
- Zmiany demograficzne – starzenie się społeczeństwa
- Traktowanie wydatków na zdrowie w kategoriach kosztów utopionych
- Nieprecyzyjne zdefiniowanie katalogu świadczeń gwarantowanych
- Dezintegracja procesu opieki: powielanie funkcji i działań, brak odpowiedzialności za rezultat, zbyt silny konflikt interesów pomiędzy poszczególnymi elementami systemu
- Kosztowe a nie jakościowe zarządzanie systemem - brak relacji pomiędzy jakością a finansowaniem

Akademia Zdrowia 2030

Autorzy

Diagnoza

Zasady

Ogólne założenia

Instytucje w systemie

Instrumenty w nowym systemie

Wnioski

Zasady

System powinien zostać oparty o niżej wymienione zasady, będące jego fundamentem

Pomocniczości

Powszechności

Solidaryzmu

Równości
pacjentów

Równości
podmiotów

Pluralizmu

Innowacyjności i
plastyczności
rozwoju

Polityka
zdrowotna oparta
na dowodach

Przyzwoitej
legislacji

Rozdzielności
funkcji
regulacyjnej od
właścicielskiej

Ograniczoności
zasobów

Akademia Zdrowia 2030

Autorzy

Diagnoza

Zasady

Ogólne założenia

Instytucje w systemie

Wnioski

Ogólne założenia

Efektywne gospodarowanie środkami w ochronie zdrowia i opiece społecznej i podniesienie zdrowotności społeczeństwa poprzez utworzenie ministerstwa odpowiedzialnego łącznie za działy administracji publicznej – zabezpieczenie społeczne i zdrowie (Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej).

Uznać, że system opieki zdrowotnej powinien być oparty na założeniach pragmatycznych a nie ideologicznych, tj.: świadczeniodawca reprezentuje zasadniczo własne interesy bez względu na formę organizacyjną i właściciela.

Uznać, że system ochrony zdrowia jest przyszłościową rozwijającą się dziedziną gospodarki, a nie szeroko pojętą sferą budżetową i wyłącznie centrum kosztów.

Traktować wydatki na zdrowie jako inwestycje w zdrowie i podnoszenie komfortu życia obywateli.

Uznać zasadę ograniczoności zasobów w odniesieniu do ochrony zdrowia i aktywnie oraz świadomie dokonywać wyborów.

Akademia Zdrowia 2030

Autorzy

Diagnoza

Zasady

Ogólne założenia

Instytucje w systemie

Wnioski

Instytucje

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej

Mapa potrzeb zdrowotnych
Narodowy Plan Zdrowia

Urząd Wojewódzki

Regionalna Mapa Potrzeb
Zdrowotnych

Plan zakupu świadczeń
zdrowotnych

Samorząd Województwa

Regionalna Strategia Ochrony
Zdrowia

Plan zakupu świadczeń
zdrowotnych

Samorząd lokalny

Regionalna Strategia Ochrony
Zdrowia

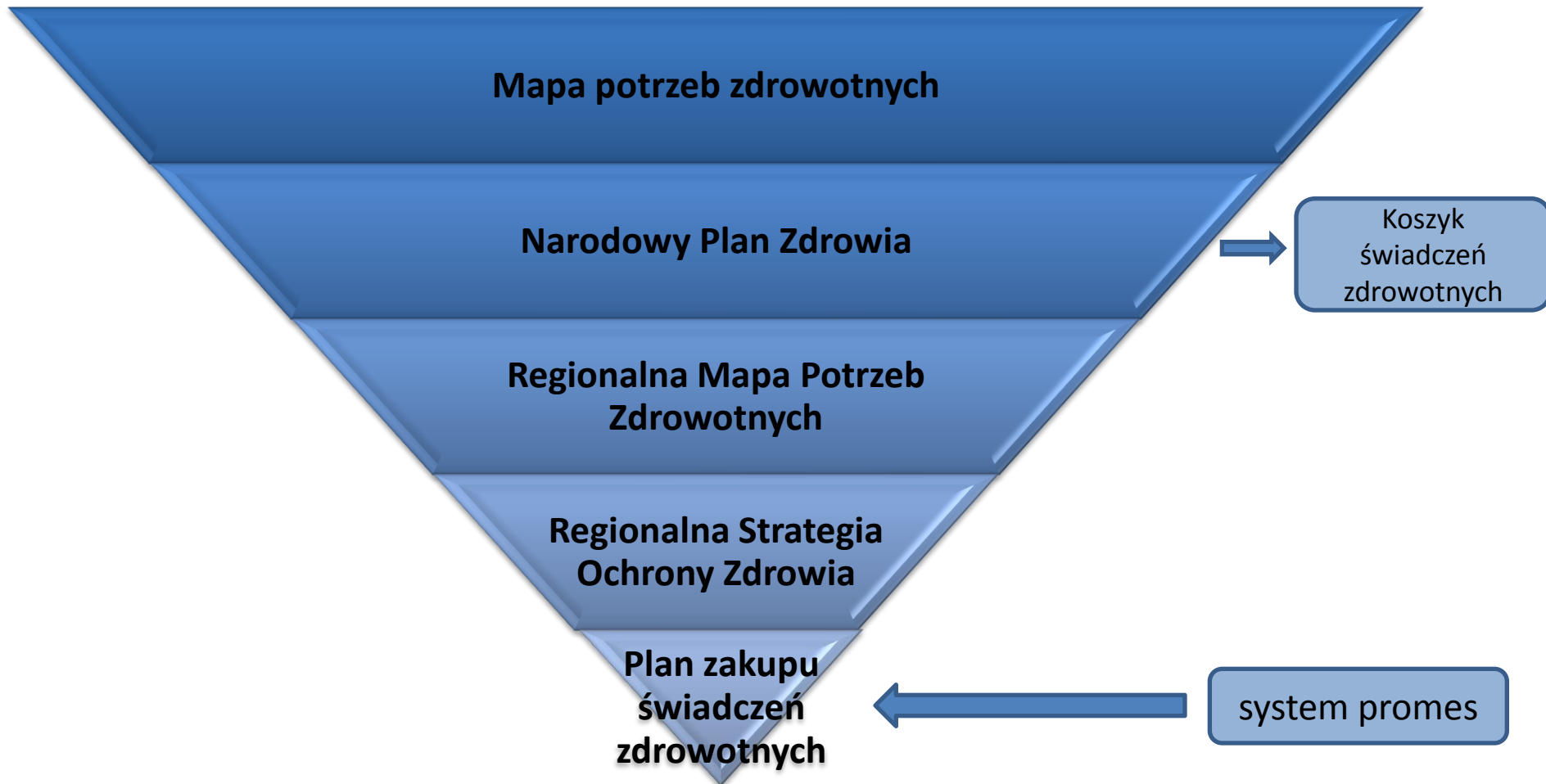
Plan zakupu świadczeń
zdrowotnych

Państwowa Agencja Zdrowia

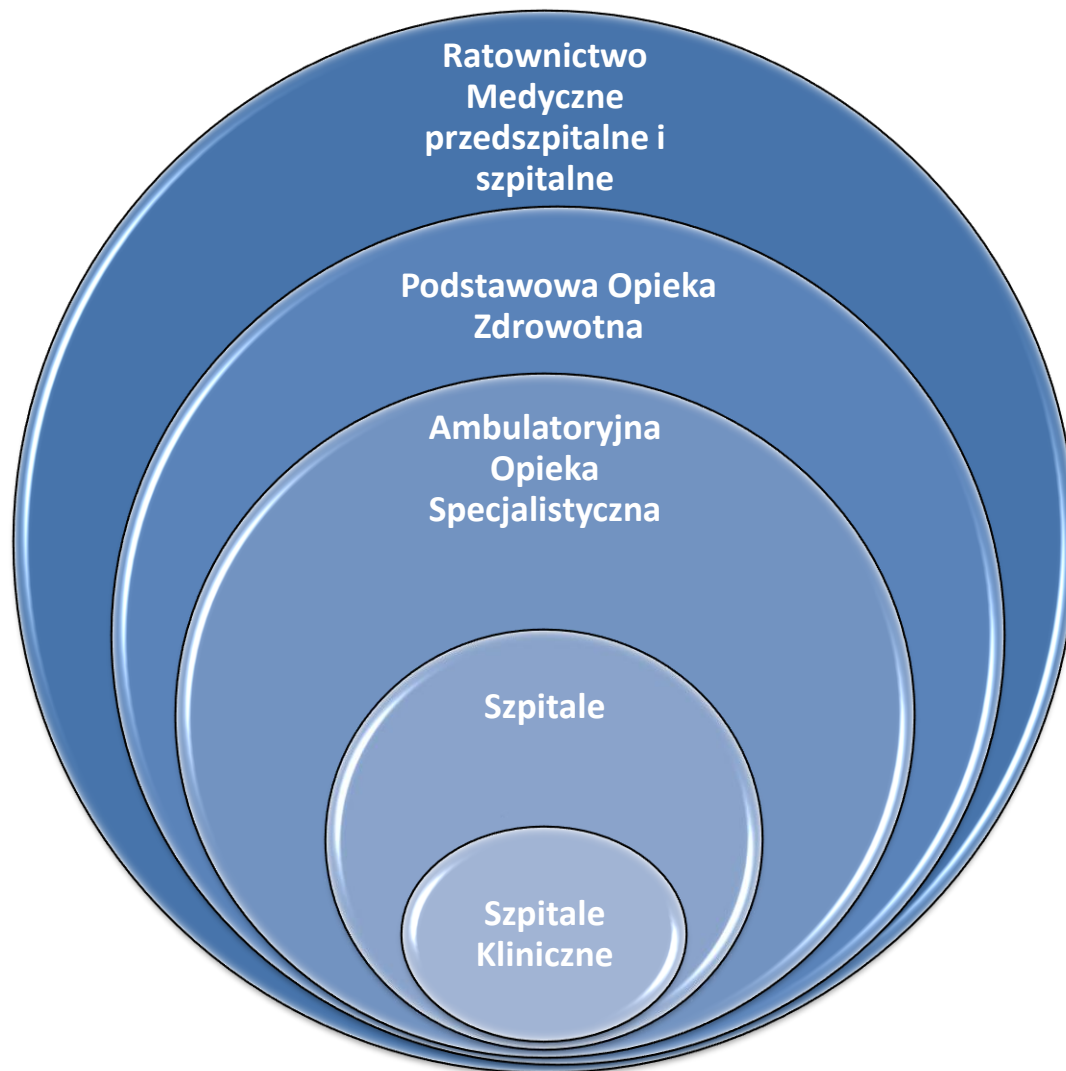
Płatnik dysponujący środkami publicznymi

Plan zakupu świadczeń
zdrowotnych

Instrumenty i ich realizacje w nowym systemie



Organizacja opieki zdrowotnej



Opieka długoterminowa, rehabilitacyjna,
senioralna

Akademia Zdrowia 2030

Autorzy

Diagnoza

Zasady

Ogólne założenia

Instytucje w systemie

Instrumenty w nowym systemie

Wnioski

Wnioski

Świadomy pacjent jest celem i sensem systemu ochrony zdrowia. Jako podmiot znajdujący się w jego centrum koncentruje działalność pozostałych interesariuszy na zaspokajaniu jego potrzeb.

Konieczne jest wzmocnienie odpowiedzialności za zdrowie wszystkich uczestników sektora, w tym regulatorów, organizatorów, świadczeniodawców i pacjentów w zakresie ról i zadań przypisanych tym podmiotom.

Podniesienie znaczenia politycznego zdrowia
(Minister w randze Wicepremiera).

Niezbędne jest międzyresortowe postrzeganie zadań ochrony zdrowia. Efektywność alokacji zasobów na potrzeby „produkcji zdrowia” wymaga uwzględniania kosztów pośrednich, w tym utraty produktywności z powodu deficytu zdrowia (integracja polityki zdrowotnej i społecznej).

Integracja merytorycznych funkcji regulatora, realizowanych dotychczas przez kilka instytucji (np. AOTM, CMJ, CSIOZ).

Wnioski cd.

Stworzenie transparentnego procesu decyzyjnego, obejmującego identyfikację potrzeb – od planowania do kontraktowania.

Demonopolizacja płatnika publicznego i docelowe stworzenie konkurujących ze sobą płatników o szerszym zakresie oddziaływania niż region.

Zwiększenie roli lecznictwa otwartego, podniesienie roli POZ, maksymalizacja usług udzielanych w trybie ambulatoryjnym i wsparcie koordynacji opieki.

Zasada nieograniczonych potrzeb i ograniczonych zasobów zmusza do precyzyjnego zdefiniowania koszyka świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych.

Wprowadzenie współpłacenia za świadczenia towarzyszące oraz wyższy standard procesu dydaktycznego-terapeutycznego lub komfortu opieki, niż ten możliwy do sfinansowania ze środków publicznych. Nie może dotyczyć omięcia kolejki w ramach finansowanych z środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej.

Masowe dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne jako istotny strumień finansowy w systemie poprawi dostępność i jakość świadczeń oraz pozycję świadczeniodawców.