

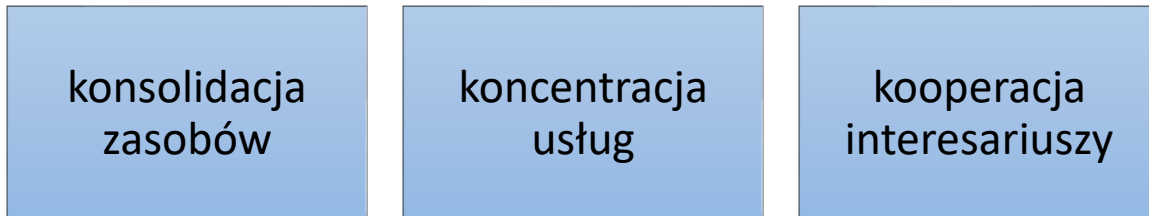


OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK
PRACODAWCÓW
SZPITALI POWIATOWYCH



ZWIĄZEK
POWIATÓW
POLSKICH

Szpital powiatowy (konsorcjum szpitali powiatowych) jako lokalne centrum zdrowia, wokół którego następuje:



ZADANIA W PAKIECIE

- **Profilaktyka i promocja zdrowia w społeczności lokalnej** (obszar działania lokalnego centrum zdrowia, konsorcjum lokalnych centrów zdrowia).

Obecnie samorządy mają ograniczone możliwości działania w zakresie realizacji zadań z szeroko rozumianego zdrowia publicznego. Nawet jeżeli takie zadania są realizowane to często stanowią *de facto* odpowiedź na potrzeby, które powinny być zaspokajane przez innych interesariuszy systemu ochrony zdrowia.

W obecnym systemie, na poziomie powiatowym trudno mówić o możliwości koordynacji zadań z zakresu ochrony zdrowia istotnych dla mieszkańców danej wspólnoty samorządowej, z uwagi na brak instrumentów umożliwiających wywieranie wpływu na realizację zadań przez inne podmioty (np. POZ). Położenie większego nacisku na promocję zdrowia i profilaktykę mogłoby przynieść wymierne korzyści finansowe dla systemu ochrony zdrowia oraz ograniczyć dublowanie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

- **Podstawowe oddziały szpitalne** (oddział wewnętrzny, chirurgia ogólna planowa, oddział pediatryczny, ginekologia i położnictwo – przy liczbie porodów nie mniejszej niż ustalony przez Ministra Zdrowia wskaźnik jakościowy z założeniem obniżenia wskaźnika, z uwagi na warunki geograficzne – albo izby porodowe, chirurgia jednego dnia, laboratorium diagnostyczne).
- **Opieka długoterminowa w tym świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach domowych.**

Opieka długoterminowa będzie miała coraz większe znaczenie w kolejnych latach. Konieczne jest wprowadzenie systemu, który zapewni płynne przechodzenie mieszkańców pomiędzy instytucjami zapewniającymi pomoc dla osób wymagających takiego wsparcia – np. z oddziału szpitalnego do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, z ZOL do Domu Pomocy Społecznej albo do środowiska domowego, z zapewnieniem wsparcia na poziomie lokalnym.

Tutaj konieczna byłaby zmiana modelu finansowania zadań pomocy społecznej, tak aby o dostępie do danej usługi nie decydował mechanizm i źródło finansowania a rzeczywiste potrzeby danej osoby.



- **POZ i część AOS** (powiązanie POZ i AOS z lokalnym centrum zdrowia na podstawie umowy cywilnoprawnej lub prowadzenie działalności bezpośrednio przez lokalne centrum zdrowia).

W obecnym systemie POZ finansowana jest za gotowość, a nie za zaspokajanie określonych i zdefiniowanych potrzeb na rzecz społeczności lokalnej. Narodowy płatnik nie posiada instrumentów prawnych i finansowych do tego aby właściwie wykorzystać potencjał opieki zdrowotnej na poziomie podstawowym, a POZ żadnej motywacji aby widzieć szerzej swoją rolę w systemie. Z uwagi na oddalenie POZ od płatnika, nie działa również mechanizm tzw. kontroli społecznej. Konsekwencje takiego stanu rzeczy ponoszą wszyscy – i pacjenci i inni uczestnicy systemu (przerzucenie diagnostyki pacjenta na leczenie szpitalne).

Proponowana zmiana sprowadza się do – zmiany płatnika na lokalne centrum zdrowia (bliżej obywatela), powiązaniu POZ z innymi zadaniami z zakresu zdrowia realizowanymi na poziomie lokalnym (zwłaszcza profilaktyką). Szansa na rozwiązanie problem zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w DPS-ach oraz stwierdzania zgonu w warunkach domowych.

System powinien być poszerzony o część usług realizowanych obecnie przez AOS, tak aby pacjent miał zapewnione, jak najbliżej miejsca zamieszkania, zabezpieczenie najczęściej poszukiwanych przez niego świadczeń.

- **Opieka psychologiczna i psychiatryczna środowiskowa.**

Obecnie trudno mówić o koordynacji realizacji zadań związanych z zapewnieniem dobrej kondycji psychofizycznej mieszkańców na poziomie lokalnym. Na tym poziomie istnieje szereg podmiotów (działających niestety resortowo), które realizują zadania związane z szeroko rozumianym zdrowiem psychicznym mieszkańców – poradnie psychologiczno-pedagogiczne, PCPR-y, ośrodki interwencji kryzysowej, zakłady leczenia odwykowego. Nie ma instytucji, która wypełniałaby lukę pomiędzy pomocą psychologiczną, a pomocą psychiatryczną oraz zapewniała płynne przechodzenie pacjentów pomiędzy systemem pomocy społecznej/edukacji/wsparcia rodziny, a systemem ochrony zdrowia.

- **Koordinacja leczenia pacjentów w innych ośrodkach** (opiekun pacjenta przy współpracy z POZ).

Obecnie nie istnieje system, który w intuicyjny sposób pomagałby pacjentowi w poruszaniu się po systemie ochrony zdrowia. Załączki takiego systemu są budowane w onkologii. Problem ma jednak szerszy wymiar.

- **Koordinacja współpracy z innymi podmiotami na obszarze działania lokalnego centrum zdrowia w zakresie jego działania** (domy pomocy społecznej, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, ośrodki interwencji kryzysowej, centra usług społecznych, młodzieżowe ośrodki wychowawcze, placówki wsparcia dziennego, jednostki systemu pieczy zastępczej, państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni).



OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK
PRACODAWCÓW
SZPITALI POWIATOWYCH



ZWIĄZEK
POWIATÓW
POLSKICH

INNE USŁUGI OSOBNO KONTRAKTOWANE

- Ratownictwo medyczne.
- Pozostałe oddziały szpitalne.
- Rehabilitacja lecznicza.
- Opieka paliatywna i hospicyjna.
- Pilotáže.
- Zlecenie zadań w przypadku wystąpienia sytuacji nadzwyczajnych.

DODATKOWE ŹRÓDŁO DOCHODÓW

Możliwość prowadzenia działalności komercyjnej również w obszarach pokrywających się z działalnością finansowaną ze środków publicznych.

FINANSOWANIE

- **Finansowanie bezpośrednio przez płatnika w tym możliwość zawierania umów z konsorcjum lokalnych centrów zdrowia** (np. konsorcjum szpitali z terenu dwóch/trzech powiatów w tym również powiatów graniczących ze sobą leżących na terenie więcej niż jednego województwa)
- lub
- **finansowanie budżetowe jako zadanie własne albo zadanie zlecone JST** co otwierałoby drogę do wykorzystania instrumentów współpracy z ustawy o samorządzie powiatowym (zawiązanie związków powiatowych czy porozumień w celu wspólnej realizacji zadań publicznych w obszarze zdrowia).

SINE QUA NON

- Stałe zwiększanie limitów przyjęć na kierunkach lekarskich.
- Wprowadzenie obowiązku częściowego odbywania praktyk zawodowych osób kształcących się na kierunkach medycznych w lokalnych centrach zdrowia.
- Wprowadzenie zachęt dla budowy konsorcjów szpitali i koncentracji zasobów (np. program dotacji na zmianę profilu działania).
- W przypadku finansowania bezpośrednio przez płatnika wprowadzenie umów wieloletnich oraz określenie zasad waloryzacji wynagrodzenia.
- **Wdrożenie prezentowanego modelu jako całości (a nie tylko wybranych elementów).**