

30 sierpnia br. zostało opublikowane obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych. Zgodnie ze znowelizowanym art. 95a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wartością dodaną nowej mapy miało być wskazanie w niej rekomendowanych kierunków działań. W kolejnych artykułach będziemy przedstawiać te rekomendacje, w odniesieniu do określonych sektorów systemu ochrony zdrowia. Część 1 poświęcamy leczeniu szpitalnemu.

Rekomendowane w mapach kierunki działań w tym obszarze zostały opisane na stronach 262-263 dokumentu i obejmują:

- zwiększenie dostępności badań diagnostycznych w warunkach ambulatoryjnych, w szczególności poprzez regulacje sprzyjające realizowaniu tych świadczeń w AOS (np. adekwatna wycena świadczeń, wskaźniki jakościowe);
- tam, gdzie to jest możliwe dokonanie zmiany w hospitalizacji kilkudniowych na trwające jeden dzień;
- zrationalizować liczbę łóżek na oddziałach szpitalnych lub przekształcić je zgodnie z prognozami demograficznymi w łóżka opieki długoterminowej;
- przejęcie przez szpitale powiatowe funkcji w zakresie innych rodzajów opieki stacjonarnej, które powinny znajdować się blisko pacjenta (opieka długoterminowa, opieka paliatywno-hospicyjna). W mapie wskazano, że szpitale te powinny rozwijać się wokół sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych, zapewniając możliwie równomierną dostępność na terenie całego kraju;
- ograniczenie tworzenia i kontraktowania oddziałów udzielających świadczeń, które wykraczają poza podstawowy profil wynikający z przynależnego stopnia sieci szpitali (w szczególności w szpitalach I i II poziomu). Tutaj wskazano również, że konieczne jest zróżnicowanie zakresu świadczeń udzielanych w poszczególnych szpitalach poprzez ich dalsze profilowanie;
- dalszy proces centralizacji oraz koncentracji świadczeń w ośrodkach o odpowiednim zapleczu i doświadczeniu dla chorób rzadkich oraz innych chorób wymagających skomplikowanego oraz kompleksowego leczenia;
- kontynuację koordynacji ścieżek leczenia pacjentów leczonych w różnych ośrodkach w celu zapewnienia wysokiego standardu opieki, szczególnie w przypadku pacjentów leczonych długotrwale lub wymagających kompleksowej opieki (usieciowienia podmiotów leczniczych, np. poprzez tworzenie jednostek wyspecjalizowanych, wprowadzanie poziomów referencyjnych i tworzenie odpowiednich warunków do nadzoru i współpracy w ramach takiego usieciowienia. Dotyczy to w szczególności oddziałów o zróżnicowanym zakresie udzielanych świadczeń, gdzie nie wszystkie oddziały wykonują procedury danego rodzaju (np. oddziały udarowe);
- szersze wykorzystanie wskaźników jakości udzielanych świadczeń;
- wdrożenie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych nieopartego na winie, a także nadanie większej wagi wskaźnikowi jakościowemu w algorytmie obliczającym kwoty umów, a w konsekwencji zwiększenie roli płacenia za jakość świadczeń.

Źródło: dziennikmz.mz.gov.pl