



Razem dla Zdrowia

nr 8/2017

W tym numerze:

1. Słowo od realizatorów projektu
2. Realna wolność wyboru - marzenie pacjentów o idealnym systemie opieki zdrowotnej.
3. Kontakt



Słowo od realizatorów projektu

Szanowni Państwo!

Zapraszamy do zapoznania się z najnowszymi informacjami dot. przebiegu projektu Razem dla Zdrowia. Szczególnej uwadze polecamy Państwu nasze kolejne badanie opinii – temat bardzo ważny i związany ze zdrowiem przyszłych pokoleń. Zapraszamy też oczywiście do aktywnego udziału w naszych spotkaniach, warsztatach i debatach – wrzesień to będzie miesiąc pod znakiem informatyzacji i finansowania ochrony zdrowia.

W tym numerze postanowiliśmy trochę puścić wodze fantazji i przedstawić wizję systemu ochrony zdrowia, który byłby spełnieniem marzeń pacjentów. Jest ona wynikiem naszych własnych doświadczeń i rozmów z pacjentami.

Zapraszamy do lektury, a także do zabierania głosu w naszych badaniach opinii oraz do udziału w warsztatach.

Zespół Fundacji MY Pacjenci

BADANIE OPINII

Rozpoczęło się właśnie kolejne badanie opinii. Zapraszamy do zabierania głosu w **badaniu na temat profilaktyki otyłości dzieci**.

Celem badania jest zebranie informacji na temat tego, jak powinna być zorganizowana w Polsce walka z tym poważnym i narastającym problemem jakim jest otyłość u dzieci. Zebrane informacje pomogą nam zaproponować resortowi zdrowia program profilaktyki otyłości dzieci, wychodzący naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom społeczeństwa.

Ankieta znajduje się pod adresem <http://razemdlazdrowia.pl/konsultacje>

Aktualne konsultacje:

Tytuł konsultacji	Etap	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Zabierz głos
Rozwiązania dotyczące e-zdrowia	IV	2017-06-06	2017-06-30	ZABIERZ GŁOS

Warsztaty

Wrzesień to intensywny czas warsztatowy dla przedstawicieli organizacji pacjenckich i zawodów medycznych. Zaplanowaliśmy dla Państwa 2 spotkania: w Warszawie i w Gdańsku.

- I. Pierwsze ze spotkań zaplanowane jest na 11 września 2017 r. i odbędzie się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej przy ul. Sobieskiego 110 w Warszawie. Tematem spotkania będzie: **System ochrony zdrowia, z którego zadowoleni są pacjenci – finansowanie systemu i świadczeń.**
- II. Drugie spotkanie, to warsztaty lokalne, które tym razem odbędą się w ramach Forum eZdrowia w Gdańsku w dniu 15 września 2017 r. Warsztaty poświęcone będą tematowi informatyzacji w ochronie zdrowia. Na spotkanie zapraszamy szczególnie przedstawicieli organizacji, którym temat informatyzacji w ochronie zdrowia jest bliski.

Warunkiem uczestnictwa w spotkaniu jest rejestracja oraz podpisanie deklaracji uczestnictwa w projekcie (wzór dostępny na stronie projektu).

Organizatorzy pokrywają koszty spotkania. Liczba miejsc jest ograniczona, a każde zgłoszenie będzie podlegać weryfikacji. Programy warsztatów oraz formularze rejestracji dostępne są na stronie projektu: <http://razemdlazdrowia.pl/spotkania>

ZAPRASZAMY DO REJESTRACJI.

Realna wolność wyboru - marzenie pacjentów o idealnym systemie opieki zdrowotnej



1. Ograniczony czas oczekiwania na świadczenia

W mechanizmie dialogu społecznego powinien zostać określony maksymalny czas oczekiwania na świadczenie – POZ, AOS, badanie diagnostyczne, leczenie zamknięte, opieka długoterminowa. Jeśli system publiczny nie jest w stanie zrealizować tego świadczenia w tym czasie, pacjent ma prawo udać się do dowolnie wybranego świadczeniodawcy publicznego lub prywatnego i uzyskać pomoc. Płatnik publiczny płaci świadczeniodawcy wskazanemu przez pacjenta stawkę zgodną z wyceną w koszyku, resztę dopłaca pacjent, jeśli koszty świadczenia są wyższe niż jego koszykowa wycena.



2. Wolny wybór świadczeniodawcy

Pacjent powinien mieć prawo leczyć się w dowolnie wybranej placówce, publicznej lub prywatnej. Powinien istnieć centralny system informacji o jakości i bezpieczeństwie leczenia oraz czasie oczekiwania we wszystkich placówkach lecznictwa zamkniętego, który wspiera podejmowanie decyzji pacjenta o wyborze miejsca leczenia. Pacjent dokonując wyboru miejsca leczenia pokrywa opłatę ryczałtową ujętą w cenniku, za poradę, badanie, pobyt w szpitalu. Koszty świadczenia zgodne z wyceną w koszyku świadczeń pokrywa płatnik publiczny. Jeśli pacjent wybrał świadczeniodawcę prywatnego u którego koszt świadczenia jest wyższy niż refundacja płatnika – pacjent pokrywa różnicę między ceną świadczenia i refundacją.



3. Roczny limit dopłat do świadczeń i do leków

Pacjent korzystając ze świadczeń pokrywa koszty opłat ryczałtowych za wizyty, badania i leki. W wyniku dialogu społecznego i przeprowadzonych badań społecznych zostaje ustalony maksymalny roczny limit wydatków na leki i świadczenia jakie pacjent ponosi z własnej kieszeni. Opłaty ryczałtowe jakie pacjent ponosi u świadczeniodawców i w aptekach są odnotowywane. Po przekroczeniu wartości rocznego limitu wydatków ryczałtowych pacjent otrzymuje świadczenia i leki nieodpłatnie do granicy wyceny ich kosztów w koszyku. Jeśli korzysta z leków lub świadczeń droższych niż ich wycena koszykowa – dopłaca różnicę w cenie.



4. Dostęp do informacji i wsparcia 24/7

Dostęp do informacji jest podstawą przejścia przez pacjentów odpowiedzialności za swoje zdrowie i świadomego samoleczenia oraz dokonywania wyborów dotyczących zdrowia i poruszania się w systemie opieki zdrowotnej. Brak dostępu do informacji jest równie dużym problemem jak brak dostępu do świadczeń i jest obecnie jedną z najpilniejszych potrzeb jakie powinny zostać zaspokojone.

Powinny powstać systemy informacji dostępne dla pacjentów wspierające ich w samodzielnym radzeniu sobie z prostymi problemami zdrowotnymi. Infolinia 24/7 czy internetowy czat z pracownikiem służby zdrowia, który udzieliłby doraźnego wsparcia i pomocy w przypadku prostych dolegliwości i udzielił porad z zakresu odpowiedzialnego samoleczenia przy pomocy leków bez recepty w istotny sposób ograniczyłyby potrzebę kontaktu z lekarzem POZ. Infolinia nie będąca numerem pogotowia ratunkowego (na wzór brytyjskiej 111 non-emergency line), która pomogłaby pacjentom podejmować decyzje w przypadkach wymagających interwencji medycznej, kierując pacjenta do odpowiedniej placówki, pozwoliłaby uniknąć wielogodzinnych kolejek na SORach.



5. Profilaktyka w POZ

Podstawowym celem opieki w POZ powinno być utrzymanie jak najdłużej zdrowych w zdrowiu a pacjentów z chorobami przewlekłymi w stanie stabilnym. Miarą sukcesu tak działającego POZ jest niska liczba hospitalizacji w populacji objętej opieką a miara ta powinna być ujęta jako element systemu finansowej motywacji dla placówki POZ. W świetle tej koncepcji głównym filarem sprawowanej opieki jest nie lekarz, ale współpracujący z nim wielozadaniowy zespół pracowników medycznych.



6. Nowa rola szpitala – zarządzanie zdrowiem w swoim regionie

Leczenie szpitalne powinno być zawsze traktowane jako ostateczność i porażka skuteczności leczenia na niższych piętrach systemu opieki zdrowotnej. Szpital powinien przejąć rolę kreatora i organizatora kompleksowej opieki medycznej na swoim terenie. Rola szpitala ewoluuje z miejsca leczenia w miejsce organizowania opieki zdrowotnej dla lokalnej społeczności, gdzie leczenie w szpitalu jest ostatecznością z uwagi na wysokie koszty a problemy zdrowotne rozwiązywane są w placówkach ambulatoryjnych oferujących opiekę przed i po szpitalną. Filozofia dbania o utrzymanie zdrowych jak najdłużej w zdrowiu i niedopuszczanie do zaostrzeń chorób przewlekłych oraz koordynacja opieki stają się w tym modelu źródłem oszczędności, którymi dzielą się wszyscy uczestnicy systemu. Sukces w tym modelu polega na unikaniu hospitalizacji. Szpital staje się także organizatorem i animatorem edukacji zdrowotnej i profilaktyki dla swojej społeczności. Jest to w kontekście planów wdrożenia finansowania budżetowego sieci szpitali model który warto analizować i rozważać w Polsce. Jego efektem byłaby zupełna zmiana roli szpitala i redukcja zbędnych już dziś szpitalnych łóżek. Medycyna na świecie wychodzi ze szpitali do ambulatoriów. Te zmiany mieściłyby się zatem w tym nieuchronnym trendzie, a przede wszystkim pozwoliłyby na wygenerowanie oszczędności, które mogłyby finansować ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, skracając olejki - główny problem polskiej ochrony zdrowia.



7. Leczenie ambulatoryjne i jednodniowe

Dla pacjentów leczenie szpitalne to ostateczność. Wolą badać się w trybie ambulatoryjnym a leczyć w trybie jednodniowych hospitalizacji. W kilku krajach UE połowa hospitalizacji dokonuje się w trybie jednodniowym. Zmiany powinny zmierzać więc w kierunku wzmocnienia AOS, aby zbędne stać się mogły tzw. hospitalizacje diagnostyczne, w celu wykonania prostych i tanich badań, których nie można wykonać w racjonalnym terminie ambulatoryjnie. Także pobyty kilkudniowe w szpitalu w celu podania leku w programie lekowym, zwłaszcza dotyczące dzieci, powinny stać się skrajnie nieatrakcyjne finansowo dla szpitali. Te dwie korekty wyceny świadczeń wdrożone przez płatnika już dziś mogłyby przynieść wymierne oszczędności i zmniejszyć zużycie zasobów w lecnictwie zamkniętym.



8. Nowy podział zadań między zawodami medycznymi

Czy wszystko musi robić lekarz? Badać, prowadzić dokumentację, edukować pacjenta, wyjaśniać zalecenia, wystawiać recepty, zaświadczenia i zwolnienia? Optymalnym rozwiązaniem wydaje się model opieki, w którym to nie pacjent przychodzi do lekarza, ale lekarz przychodzi do pacjenta, przygotowanego do badania przez pielęgniarkę. Pielęgniarka bada pacjenta, prowadzi dokumentację, referuje lekarzowi problem pacjenta, lekarz bada, podejmuje decyzję, pielęgniarka ją wdraża, przepisuje leki. Pielęgniarka prowadzi też edukację i zajmuje się profilaktyką. Lekarz współpracowałby też z zespołem dietetyków, psychologów, rehabilitantów, edukatorów i farmaceutów, wyręczających go w zadaniach innych niż rozpoznawanie i leczenie chorób. Co zatem stoi na przeszkodzie, żeby do profilaktyki i edukacji dopuścić pielęgniarki i inne zawody medyczne a lekarzom powierzyć zadania związane z rozpoznawaniem i leczeniem chorób? Potrzeba ustalenia w mechanizmie dialogu społecznego zupełnie nowego podziału zadań między zawodami medycznymi i określenie ich nowych ról. Następnie należy te nowe role i obowiązki wyćwiczyć i zaproponować wynagrodzenia personelu medycznego.



9. E zdrowie i telemedycyna narzędziem wdrożenia potrzeb pacjentów i generowania oszczędności

W wyniku wprowadzenia e-recepty w ogarniętej kryzysem Grecji wydatki budżetu na leki zmniejszyły się w 2010 roku z 4,5 bln do 2 bln Euro. Informatyzacja ma potencjał identyfikowania marnotrawstwa w systemie. Telemedycyna rozwija się na świecie ponieważ generuje oszczędności - zmniejsza potrzebę wizyt na oddziałach ratunkowych o 15%, liczbę planowych przyjęć o 14% czy zużycie szpitalnych łóżek o 14%. W USA połowa wizyt u lekarzy dermatologów odbywa się online, ponieważ teleporada jest o połowę tańsza od porady w gabinecie. AOTMiT powinna identyfikować i wprowadzać z urzędu do koszyka świadczeń porady telemedyczne, telekonsultacje, telerehabilitację jako terapie dominujące czyli o podobnej skuteczności, ale znacznie tańsze. Informatyzacja jest to prosty sposób na wyrównanie nierówności w zdrowiu i poprawę dostępności i jakości w ramach dostępnych środków. Jej rozwój powinien stać się priorytetem.



10. Budowanie kompetencji zdrowotnych pacjentów i ich postaw odpowiedzialności za własne zdrowie

Co drugi pacjent w Polsce podejmuje próbę samoleczenia, a 90% tych prób kończy się powodzeniem. Dr Google pod rękę z farmaceutą sprawiają, że co drugi pacjent nie dociera do lekarza w przypadku banalnych problemów takich jak ból czy przeziębienie. Rozwija się ogólna wiedza w społeczeństwie jak się leczyć określana jako health literacy. Lekarz nie musi przecież leczyć kataru. Wystarczyłoby wesprzeć ten trend publicznym portalem z autoryzowanymi zasobami wiedzy o zdrowiu i infolinią 24/7 wspierającą pacjentów w rozwiązywaniu banalnych problemów zdrowotnych. Pacjentom do wzięcia odpowiedzialności za swoje zdrowie potrzeba jeszcze systemu informacji w jakich szpitalach najskuteczniej i najbezpieczniej leczy się dany problem zdrowotny – np. raka piersi czy prostaty. Taka wiedza plus wolność wyboru jest w stanie zbudować postawy empowered patients u polskich pacjentów.



11. Udział przedstawicieli pacjentów w ciałach decyzyjnych w ochronie zdrowia

Nie powinny już powstawać żadne ciała decyzyjne w ochronie zdrowia bez udziału pacjentów, którzy są przecież końcowym odbiorcą wszystkich wypracowanych rozwiązań i są niejednokrotnie wysokiej klasy ekspertami w swojej jednostce chorobowej i w poruszaniu się w systemie.

BIURA PROJEKTU

Fundacja MY Pacjenci
ul. Łąbędzia 61
04-806 Warszawa
tel.: +48 22 559 13 10

Naczelna Izba Lekarska
ul. Sobieskiego 110
00-764 Warszawa
tel.: +48 22 615 57 10

Infolinia: 690-677-446

e-mail: kontakt@razemdlazdrowia.pl

www.razemdlazdrowia.pl

www.facebook.com/razemdlazdrowia