

UCHWAŁA Nr 42

strony pracowników i strony pracodawców Rady Dialogu Społecznego

z dnia 22 września 2017 r.

w sprawie koordynacji prac w zakresie IT oraz regulacji dotyczących NFZ

Na podstawie art. 29 w związku z art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. o Radzie Dialogu Społecznego i innych instytucjach dialogu społecznego (Dz.U. z 2015 r., poz.1240), uchwała się, co następuje:

§ 1

Strona pracowników i strony pracodawców Rady Dialogu Społecznego wskazuje na problem niepełnej koordynacji między projektami reform oraz projektami infrastrukturalnymi realizowanymi obecnie przez rząd w obszarze zdrowia i cyfryzacji.

W obszarze legislacji dotyczy to w szczególności:

- ustawy o sieci w aspekcie ciągłości raportowania o realizowanych świadczeniach medycznych;
- ustawy o systemach jako prawnej podstawy gromadzenia, wymiany i analizy danych o charakterze medycznym;
- ustawy o jakości – kluczowej dla stworzenia ram systemu wspierania przestrzegania i monitorowania standardu postępowania medycznego, którego kształt jest ściśle związany z możliwościami technicznymi i podejściem do danych gromadzonych w systemie ustawy o Narodowym Systemie Zdrowia /w tworzeniu/

W obszarze infrastruktury:

- wprowadzenia nowego systemu sprawozdawczego
- e-zdrowia
- platformy P1
- zachowania ciągłości i integralności danych obecnie gromadzonych w bazach NFZ.

W opinii strony pracowników i strony pracodawców:

- Zagadnienia likwidacji NFZ, utworzenia nowego systemu sprawozdawczości oraz przeniesienia bazy danych NFZ do nowego układu należy traktować jako jedno zadanie,

które powinno uzyskać odpowiednie zasoby budżetowe w realistycznym okresie realizacji.

- Horyzont czasowy na zakończenie zdefiniowanych prac w IT w ochronie zdrowia jest ustalony ramowo do 2020 roku. Ten sam horyzont czasowy powinien być ustalony dla pozostałych komponentów systemu docelowego;
- Należy również rozważyć koordynację realizacji nowego systemu sprawozdawczego z pozostałymi programami IT w ochronie zdrowia, w szczególności z projektem e-zdrowie, P1 oraz ustawą o jakości i bezpieczeństwie, która w żadnym wypadku nie może być realizowana w oderwaniu od pozostałych zagadnień wymienionych powyżej.

§ 2

W perspektywie długofalowej dodatkowej uwagi wymaga zagadnienie łączenia sprawozdawczości i analityki w zakresie dotyczącym zdrowia populacji i kosztów systemu ochrony zdrowia wraz z uwzględnieniem kosztów pośrednich. Podzespół wnosi o rozważenie możliwego zakresu integracji systemów – NFZ, ZUS i KRUS w celu utworzenia spójnej platformy analitycznej i sprawozdawczej. Aktualnie nie istnieje spójna platforma, która pozwalałaby analizować zagadnienie zdrowia populacji całościowo. Jednocześnie zidentyfikowane są obszary, w których systemowo można osiągnąć istotne uprawnienia systemie (np. opieka długoterminowa – dublowanie zadań systemu zdrowia i opieki społecznej) lub strategicznie planować wydatki (np. skuteczna profilaktyka a koszty leczenia i koszty pośrednie)

Ze względu na kolejne inicjatywy legislacyjne, które mają na celu udoskonalenie infrastruktury systemów IT w ochronie zdrowia oraz kompleksowe zmiany systemowe podzespół wnosi o pilne wprowadzenie wymienionych tematów w trybie priorytetowym w tok prowadzonych prac.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Za stronę pracowników



Za stronę pracodawców



Załącznik do stanowiska stanowi podsumowanie posiedzeń Podzespołu poświęconych jakości i IT wyjaśniający tło dla podjęcia powyższego stanowiska.

Podsumowanie prac Podzespołu problemowego ds. ochrony zdrowia poświęconych

Jakości i IT

Jakość w ochronie zdrowia – koncepcja i znaczenie

1. Strona pracowników i strona pracodawców zgadzają się z koncepcją budowania systemu jakości w ochronie zdrowia, która obejmuje trzy elementy łącznie:

- powszechnie obowiązujące standardy postępowania klinicznego i wskaźniki mierzenia jakości;
- kompletność i wiarygodność danych na temat zastosowanego postępowania medycznego;
- techniczną możliwość bieżącego zbierania i analizowania kluczowych dla jakości danych.

Aby system wspierania jakości w zdrowiu funkcjonował zgodnie z intencją, elementy te muszą występować jednocześnie.

2. Opisane, powszechnie przyjęte i monitorowane standardy postępowania klinicznego oraz wynikające z nich wskaźniki powinny być integralną częścią systemu opieki zdrowotnej. Standardy postępowania klinicznego powinny powstać we współpracy ze środowiskiem medycznym i wynikać z medycyny opartej na dowodach. Wprowadzenie regulacji w tym obszarze nie oznacza przy tym ingerencji w sztukę lekarską ani ograniczenia prawa lekarza do wyboru – za zgodą pacjenta – standardu postępowania odmiennego niż ogólnie przyjęty. Szytywne i efektywnie egzekwowane powinny być wyłącznie reguły dotyczące kompletności danych oraz nieznajdującego uzasadnienia w aktualnej wiedzy medycznej postępowania terapeutycznego lub zdarzeń potencjalnie zagrażających pacjentom.

3. Celem jest zatem:

- posiadanie wiedzy na temat realnie zastosowanego standardu postępowania w odniesieniu do potrzeb pacjentów;
- monitorowania go w oparciu o mierzalne, obiektywne, możliwe do pozyskania wskaźniki jakościowe;

- wspieranie jawności w tym obszarze, wymiany wiedzy i promowania dobrych praktyk.

4. W tak rozumianym systemie wspierania jakości w ochronie zdrowia wiodącą rolą regulatora jest stworzenie warunków do zaistnienia opisanych powyżej procesów. W tym w szczególności:

- stworzenia i prawnego umocowania standardów postępowania medycznego oraz wskaźników jakości;
- zbierania, gromadzenia i analizowania danych dotyczących zastosowanego standardu postępowania medycznego oraz ich kompletności;
- powstania warunków technicznych do realizacji tych zadań – uwzględniających ograniczanie obciążeń biurokratycznych dla uczestników systemu.

5. Wiarygodne i kompletne dane na temat epidemiologii w połączeniu z informacją o standardzie postępowania pozwalają przewidywać i planować zasoby niezbędne do zaspokojenia potrzeb medycznych (epidemiologia + standard postępowania = potrzebne zasoby). Efektywne zarządzanie budżetem – rozumiane jako adekwatność wydatków do potrzeb oraz właściwa alokacja środków – na ochronę zdrowia i strategiczne planowania zasobów nie będzie możliwe bez tych komponentów. Przyjęcie jakości w ochronie zdrowia ma więc znaczenie nie tylko z punktu widzenia zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa i adekwatnej do potrzeb terapii, ale również zarządzania i planowania.

6. Realizacja postulatu kompletności danych oraz technicznej możliwości bieżącego ich zbierania ściśle wiąże się z informatyzacją służby zdrowia. IT w zdrowiu warunkuje możliwość wdrożenia systemu wspierającego jakość i bezpieczeństwo pacjenta.

Kontekst bieżący i wyzwania

1. Ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta - kluczowy dokument dający ramy prawne do przyszłego systemu wspierającego jakość i bezpieczeństwo pacjenta (w przygotowaniu; etap projektu założeń do projektu ustawy).

2. Realizacja przepisów pakietu onkologicznego zakładających: opracowanie standardów postępowania medycznego, ogłoszenie ich w trybie obwieszczenia, wypracowanie wskaźników jakościowych i ich raportowanie. Z punktu widzenia całościowego systemu wspierania jakości w zdrowiu – pełni funkcję pilotażową.

3. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (sieć szpitali) wchodzący w życie w 2017 roku. W związku ze zmianą sposobu finansowania świadczeń (ryczałt zamiast fee for service) pojawiają się dwa aspekty:

- zgłaszane przez interesariuszy w toku konsultacji społecznych obawy o utrzymanie jakości i dostępności do leczenia – wobec ograniczonych możliwości ich monitorowania do czasu wdrożenia systemu opisanego w ustawie o jakości i bezpieczeństwie pacjenta;
- wyzwanie: utrzymanie struktury i kompletności raportowania przynajmniej na dotychczasowym poziomie jako warunek niezbędny dla ciągłości danych i możliwości analizy istotnych zjawisk w systemie (np. przyczyny zadłużenia szpitali).

4. Wprowadzenie Narodowej Służby Zdrowia i likwidacja NFZ – w aspekcie zachowania ciągłości danych:

- bazy NFZ są obecnie podstawowym, najbardziej kompletnym i wiarygodnym źródłem informacji na temat ochrony zdrowia, mimo swoich ograniczeń (ograniczony dostęp; brak niektórych kategorii informacji takich jak stopień zaawansowania w onkologii) stanowiły podstawę do opracowania map potrzeb zdrowotnych i mogą być źródłem dla analiz i diagnozy stanu wyjściowego w obszarze jakości – ich zachowanie i ciągłość raportowania jest z tego punktu widzenia kluczowa;
- wyzwanie: okres przejściowy w działaniach zaplanowanych w ramach projektu e-zdrowie (działania CSIOZ oraz prace infrastrukturalnych prowadzone przez Ministerstwo Cyfryzacji) - luka w procesie przekazywania kompetencji i koordynacji zadań między NFZ i CSIOZ.

5. Informatyzacja służby zdrowia (w tym status projektu P1) jako zapewnienie technicznej możliwości wdrożenia systemu jakości i bezpieczeństwa pacjenta, wiarygodności danych, ograniczania barier administracyjnych i wymogów biurokratycznych.

6. Ustawa o informacji w ochronie zdrowia – w aspekcie ujednolicenia przepisów dotyczących tworzenia rejestrów medycznych, dostępu do danych oraz możliwości ich łączenia na potrzeby pogłębionych analiz.

