

UCHWAŁA Nr 43

strony pracowników i strony pracodawców Rady Dialogu Społecznego

z dnia 22 września 2017 r.

w sprawie raportowania po wejściu w życie tzw. sieci szpitali oraz kontynuacji zadań sprawozdawczych NFZ w ramach nowego systemu

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), uchwala się, co następuje:

§ 1

Strona pracowników i strona pracodawców Rady Dialogu Społecznego podkreśla konieczność uwzględnienia w przepisach szczegółowych wprowadzających w życie tzw. sieć szpitali, rozwiązań, które zapewnią ciągłość i spójność standardu raportowania zrealizowanych procedur medycznych oraz kompletność danych. Jednocześnie podkreśla konieczność starannego zaplanowania procesu przejścia na nowy system sprawozdawczy w sposób zapewniający zdolność do odwzorowania i płynnego przejęcia funkcjonalności realizowanych obecnie przez system sprawozdawczy NFZ. Merytorycznie uzasadnione byłoby zatem, aby pełna likwidacja aktualnie istniejących struktur NFZ nastąpiła dopiero po skutecznym uruchomieniu docelowego systemu sprawozdawczego.

§ 2

Dwa toczące się jednocześnie, a zarazem w dużym stopniu niezależnie procesy zmian w ochronie zdrowia stanowią zagrożenie dla zdolności regulatora do zarządzania w oparciu o dane.

Są to:

1. Wejście w życie przepisów o sieci szpitali

Płatność ryczałtowa niejako z samej zasady uchyla obowiązek ścisłego raportowania, gdyż nie determinuje rozliczenia w formie bezpośredniej za wykonane świadczenia. Dlatego też dla zachowania ciągłości i spójności danych, istotne jest, by w rozporządzeniach wykonawczych do sieci szpitali zawarte zostały mechanizmy zapewniające, że pozyskiwane dane będą kompletne, spójne oraz wysokiej jakości. Planowanie i sprawozdawczość powinno opierać się o aktualnie

obowiązujący schemat sprawozdawczy dotyczący raportów statystycznych z wykonanych świadczeń pod sankcją wstrzymania ryczału na kolejny okres.

2. Przejęcie zadań sprawozdawczych dla NFZ przez nowy system

Zadania związane ze sprawozdawczością zrealizowanych procedur medycznych docelowo mają zostać przejęte przez nowy, dedykowanym celom rozliczeniowym system. Okres przejściowy i proces przejęcia funkcji przez nowy system powinny zostać odpowiednio przygotowane tak, by zapewnić odwzorowanie funkcji realizowanych w ramach bazy danych NFZ.

Fakt, że procesy te toczą się jednocześnie, a zarazem w sposób niezależny i nie w pełni skoordynowany potęguje problem. Istnieje ryzyko, że utracona zostanie zdolność do wspartego danymi planowania zmian w opiece zdrowotnej. Skazałoby to polski system opieki zdrowotnej na realizację reform w trybie pełnego eksperymentu bez możliwości prognozowania skutków w oparciu o dane i to przez wiele kolejnych lat.

§ 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.

