



Politechnika
Wroclawska



SIEĆ NAUKOWO- GOSPODARCZA „e-Zdrowie”

OPRACOWANIE

„Ekspertyza w zakresie opracowania wytycznych do projektów badawczo-rozwojowych w obszarze zarządzania służbą zdrowia w Regionie”

Autorzy opracowania:

Prof. dr hab. Ryszard Andrzejak

„TRANSFER WIEDZY POMIĘDZY SFERĄ B+R A GOSPODARKĄ DOLNEGO ŚLĄSKA” POPRZEZ TWORZENIE REGIONALNYCH SIECI NAUKOWO-GOSPODARCZYCH”

NR PROJEKTU-UMOWY: Z/2.02/II/2.6/06/05



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską i budżet Państwa

Wrocław, kwiecień, 2007

Przedmiotem niniejszego dokumentu jest dokonanie ekspertyzy odnośnie wytycznych do regionalnych projektów w obszarze zarządzania służbą zdrowia w Regionie. Problemy zarządzania są przedmiotem permanentnej krytyki przez różne środowiska opiniotwórcze, lekarzy, menedżerów ochrony zdrowia oraz pacjentów. Tematyka taka była podnoszona również w tkacie prac w zespołach ekspertów sieci e-Zdrowie, na konferencjach oraz na swojej reprezentacje w dokumentach, które opracowano w trakcie realizacji niniejszego projektu, do których chciałbym się odnieść. Tematy, które wg. mojej opinii winny zasługiwać na dalszą uwagę i być przedmiotem uruchomienia działań w kierunku nowych projektów związanych z pracami badawczo - rozwojowymi to między innymi:

1. Opracowanie modelu oddłużenia publicznej opieki zdrowotnej oraz opracowanie zasad racjonalnego zarządzania finansami
2. Podjęcie prac nad adaptacją terminologii modelu kosztów wg. CPT4
3. Podjęcie badań nad możliwością poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych poprzez usługi telemedyczne np. telekonsultacje
4. Podjęcie prac nad minimalizacją redundancji informacji sprawozdawczej.
5. Opracowanie modelu referencyjnego tworzenia dokumentacji medycznej i innej tworzonej z zakładach opieki zdrowotnej
6. Uruchomienie prac badawczych nad możliwością zastosowania portali tematycznych do promocji zdrowia i zachowań prozdrowotnych
7. Prace nad lepszym wykorzystaniem specjalistów medycznych (zasobów nt. TK, RGT innych) poprzez wdrażanie technologii telemedycznych
8. Opracowanie wskaźników, które bazują na informacji wewnętrznej w zakładach opieki zdrowotnej, a które powinny służyć menedżerom do monitorowania i zarządzania procesem leczniczym
9. Brak danych zwartych epidemiologicznych – różne instytucje *

Ad.1. Podjęcie tego tematu jest szczególnie ważne dla naszego Regionu ponieważ, Poziom zadłużenia województwa jest największy w Polsce i wynosi w udziale procentowym 13,21% kwoty globalnej w skali kraju. Te wielomilionowe długi są istotnym problemem dla bieżącego funkcjonowania SPZOZ-ów, a głównie szpitali, które mają największe poziomy zadłużenia sięgające nawet do kilkukrotności rocznego przychodu. Główne przyczyny zadłużania się szpitali w latach 1999-2007:

- niskie roczne kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- nie adekwatne do posiadanego potencjału, za duża liczba szpitali
- 76 placówek powstałych historycznie posiada o około 35-40% większy potencjał niż możliwości przychodowe,
- wysokie koszty działalności
- wysokie koszty zakupu leków, materiałów medycznych oraz ponoszenie dużych kosztów stałych, koniecznych do utrzymania posiadanej bazy (w części niewykorzystanej),
- brak pomocy ze strony organów założycielskich – organy założycielskie w większości także znacznie zadłużone ograniczyły swoją pomoc do sytuacji kryzysowych, bez stałego doinwestowywania swoich placówek,
- przerosty zatrudnienia – w dalszym ciągu, choć sytuacja na przestrzeni ostatnich lat zmieniła się pozytywnie, ZOZ-y zatrudniają zbyt wielką liczbę pracowników w stosunku do możliwości przychodowych,

Ad.2. Naczelna Rada Lekarska, realizując uchwałę IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z 1997 roku, podjęła pracę mającą na celu wprowadzenie do Polski amerykańskiego zbioru terminologii procedur medycznych o nazwie Current Procedural Terminology - 4 (CPT). Podpisano porozumienie z American Medical Association w 2004 r, zgodnie z którym Naczelna Izba Lekarska uzyskała prawo do przetłumaczenia i wydania polskiej wersji CPT oraz do przetestowania w placówkach polskich kodowania w zakresie dwóch rozdziałów CPT-4. Od wyników pilotażu zależy decyzja o skali modyfikacji systemu w jego polskiej postaci. Celem pilotażu było też określenie, w jakim stopniu CPT-4 byłoby odpowiednie w polskim systemie ochrony zdrowia, jako narzędzie oceny rzeczywistej pracy lekarza, uwzględniając przy tym aspekty zgodności systemu

CPT z praktyką lekarską w Polsce, podnoszenie jakości kodowania, podnoszenie jakości standardowych procedur medycznych.

Wg. mojej opinii prace te należy kontynuować w tym celu wykorzystać wyniki pilotażu, który dotyczył rozdziałów Badanie i Określanie Postępowania (Evaluation & Management; E/M) oraz Narząd Rodny Kobiety (Female Genital System, FGS), przeprowadzony został w 12 placówkach w kraju: szpitalach, przychodniach, tak publicznych jak i prywatnych, z czego część stanowiły placówki ginekologii i położnictwa.

Ad.3. Uruchomienie prac badawczo-rozwojowych oraz np. prac doktorskich, których zadaniem byłoby wskazanie obszarów działalności medycznej, których wsparcie technikami telemedycznymi poprawia efektywność działania placówki ochrony zdrowia oraz w skali Regionu jest źródłem poprawy dostępu do usług medycznych oraz lepszej jakości.

Ad.4. Redundancja informacji, jej brak spójności oraz problemy przetwarzania, powodują, że następuje zniechęcenie do wypełniania wielu formularzy statystycznych, sprawozdawczych, ponieważ brak syntetycznej informacji zbiorczej na ich podstawie w odpowiednim czasie, powoduje, że panuje pogląd o ich miernej przydatności. Podnosi się pogląd, że koszty i czas poświęcony na te działania nie uzasadniają efekty jakie powinny z tego być w zakresie zarządzania placówkami ochrony zdrowia. Propozycja zakresu prac oraz ich sposoby realizacji są przedmiotem jednego z opracowań, które powstało w ramach niniejszego projektu.

Ad.5. Ten temat powinien być przedmiotem szczególnej troski, ponieważ, nformatyzacja sektora ochrony zdrowia nie przynosi dotychczas oczekiwanych efektów, pomimo znacznego okresu czasu jaki upływa. Po spektakularnej realizacji projektu informatyzacji kilkuset polskich szpitali za środki finansowe z pożyczki Banku Światowego (Ruch Chorych, Apteka) dalszy proces tworzenia zintegrowanych środowisk IKT¹ aby uzyskać efekt organizacyjny i finansowy z eksploatacji oprogramowania, staje się pełzający i rozmyty. Można znaleźć kilka pojedynczych przykładów, które są zaprzeczeniem tej opinii, niemniej jednak w skali kraju informatyzacja szpitali czy centrów medycznych w tym większych NZOZ, które wdrażają systemy wspomagające zarządzanie (tzw. szare) oraz sferę medyczną-leczniczą (tzw. białe) odbywa się kosztem czasami nadmiernych wyrzeczeń a czasami nadmiernych kosztów z uwagi na brak strategii i programów informatyzacji. Przyczyn można upatrywać się w sytuacji politycznej państwa oraz braku odpowiednich uregulowań w przepisach prawnych, które do niedawna ograniczały wykorzystanie elektronicznej dokumentacji medycznej. Inną kwestią jest brak stosowania modeli referencyjnych oraz modelowania procesów czy badanie efektywności wdrażanych systemową informatycznych, których opracowanie rozpowszechnienie powinno być przedmiotem prowadzonych prac badawczo-rozwojowych w trakcie których wypracowane zostaną między innymi wskaźniki oceny trwałości i efektywności projektów IKT.

Ad.6. W tym temacie należy podjąć już prace nad przygotowaniem wniosków np. z RPO aby takie portale dla Regionu zbudować.

Ad.7. Prace w tym obszarze należy połączyć w tematyka z pkt. 3.

Ad.8. Temat związany z opracowanie wskaźników, które bazują na informacji wewnętrznej w zakładach opieki zdrowotnej, a które powinny służyć menedżerom do monitorowania i zarządzania procesem leczniczym, wymaga zintegrowania wyników prac z pkt 5 oraz adaptacja proponowanego modelu CPT 4.

Ad.9. Wyniki prac z pkt.4 po implementacji winny być podstawa prac analitycznych i badawczych w zakresie implementacji systemu raportującego w technologii WEB.

¹ Jest to polski odpowiednik terminu szeroko używanego w literaturze anglojęzycznej: ICT - *Information and Communication Technologies*