



Istotność planowania w opiece zdrowotnej

Olga Partyka

Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia
oraz Szpitalnictwa

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH

Kierownik: Prof. Andrzej M. Fal

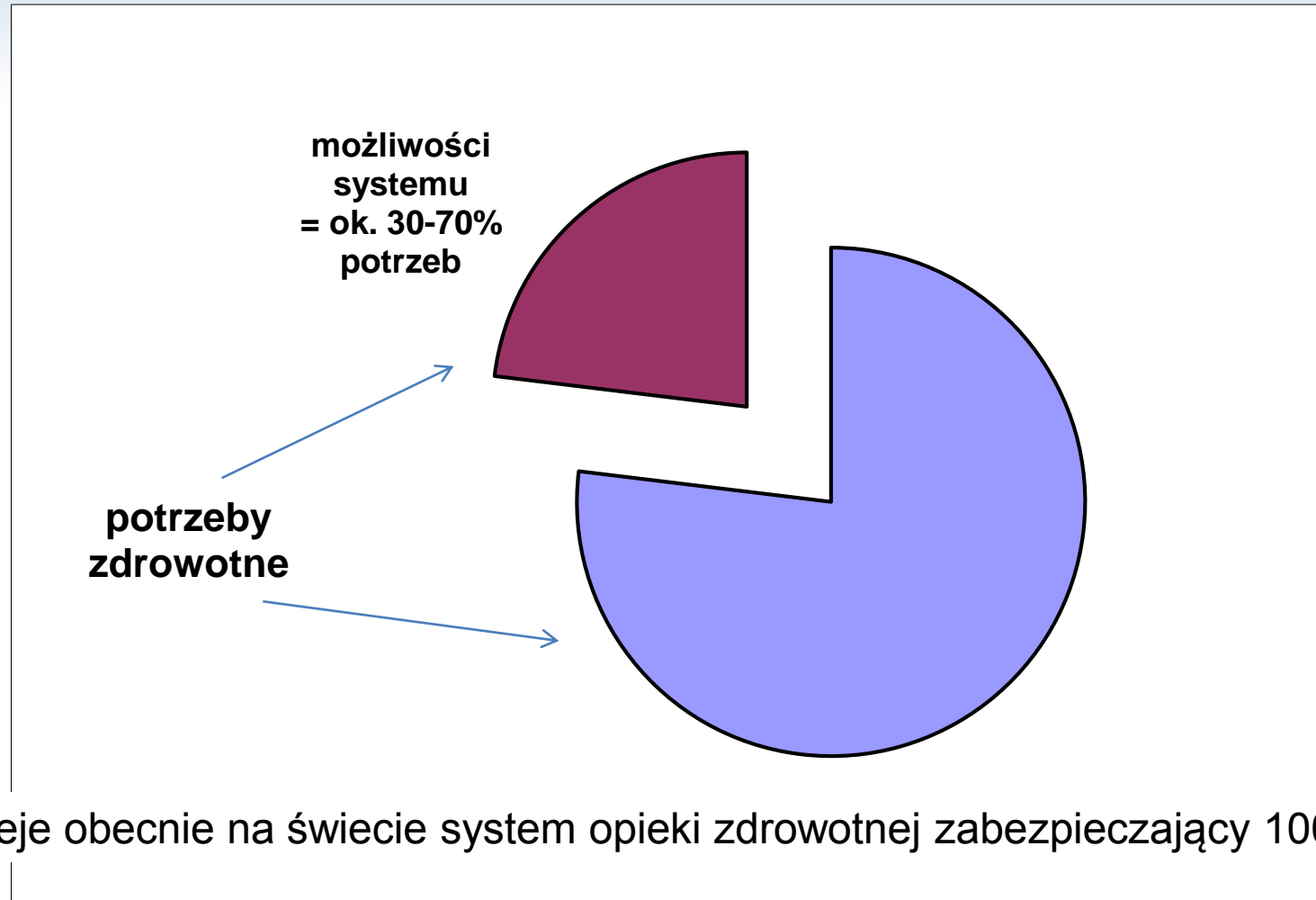
Dlaczego panowanie w ochronie zdrowia jest ważne?



Ponieważ potrzeby zdrowotne społeczeństwa zawsze są większe niż posiadane zasoby państwa w tym obszarze

Jest to podstawowy problem ekonomiki zdrowia

Planowanie wykonawcze

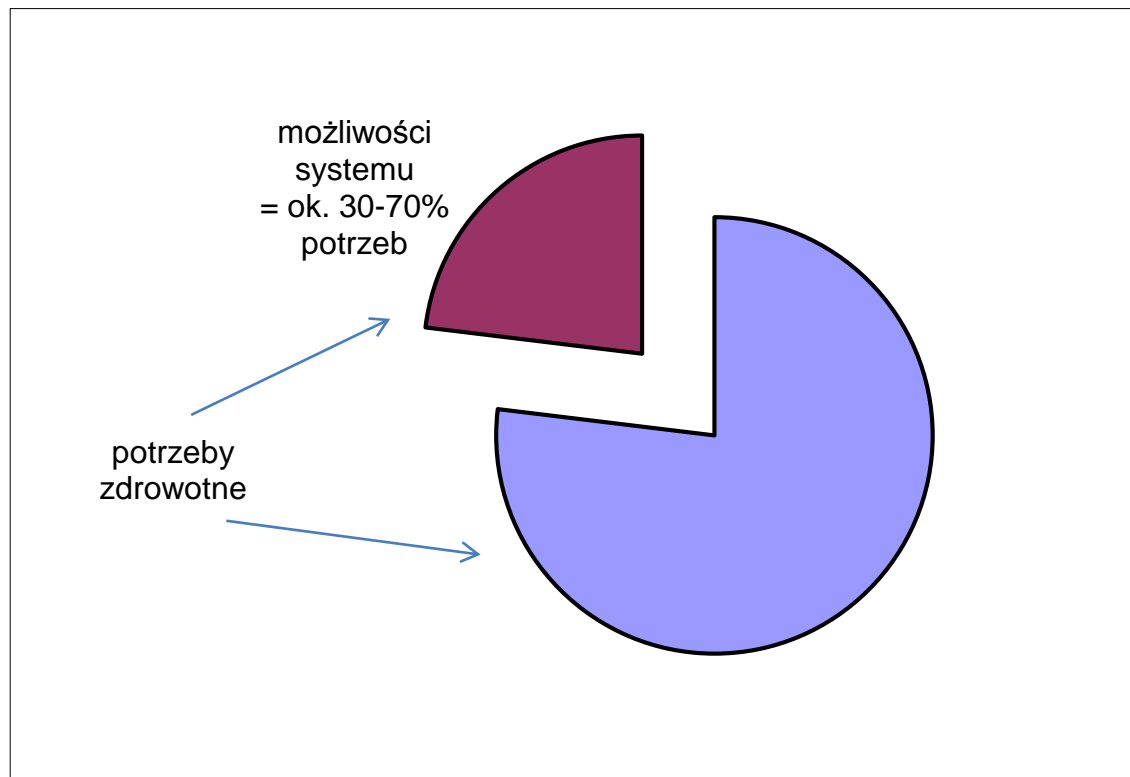


Nie istnieje obecnie na świecie system opieki zdrowotnej zabezpieczający 100% potrzeb

Planowanie strategiczne

Rozwiązanie:

- I. Ograniczenie świadczeń - racjonowanie bądź profilowanie
- II. Rozwój bazy
- III. Połączenie I i II



Kolejność zdarzeń w procesie:

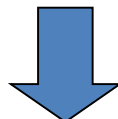
Planowanie opieki zdrowotnej

Analiza zasobów i potrzeb

Planowanie zmian I, II, III



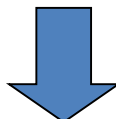
Zmiana dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej
i zmiana kosztów systemu



Poprawa jakości świadczenie, prawdopodobnie redukcja czasu
leczenia i rehabilitacji



Redukcja kosztów pośrednich - absentyzmu i prezydentyzmu



Zwrot nakładów poniesionych na powiększenie zasobów systemu
opieki zdrowotnej

Pytania pomocnicze w planowaniu opieki zdrowotnej



- Jak i gdzie alokować posiadane środki?
- Jaką drogę obrać w kształtowaniu kadr i infrastruktury opieki zdrowotnej?
- Czy i które grupy wrażliwe powinny być traktowane priorytetowo w ochronie zdrowia? Które grupy są wrażliwe społecznie a które grypy wrażliwe finansowo?

Główne ograniczenie dynamiki zmiany systemu



 Każde rozwiązanie ma inercję czasową, np.:

- Potrzeba nowych specjalistów – 10 lat
- Nowe oddziały – 5 lat
- Zmiana struktury łóżek – 2-3 lata

Czynniki warunkujące potrzebę zmiany:



Demografia

starzenie się społeczeństwa

Populacja Polski: 38,5 mln. Liczba osób powyżej 60 r.ż.: 8,5 mln

Epidemiologia

choroby zakaźne i choroby przewlekłe (nowotwory, choroby układu krążenia, choroby psychiczne)

Umieralność z powodu nowotworów złośliwych jest w Polsce wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej, o około 20% u mężczyzn i około 10% u kobiet

Planowanie opieki zdrowotnej a polityka senioralna



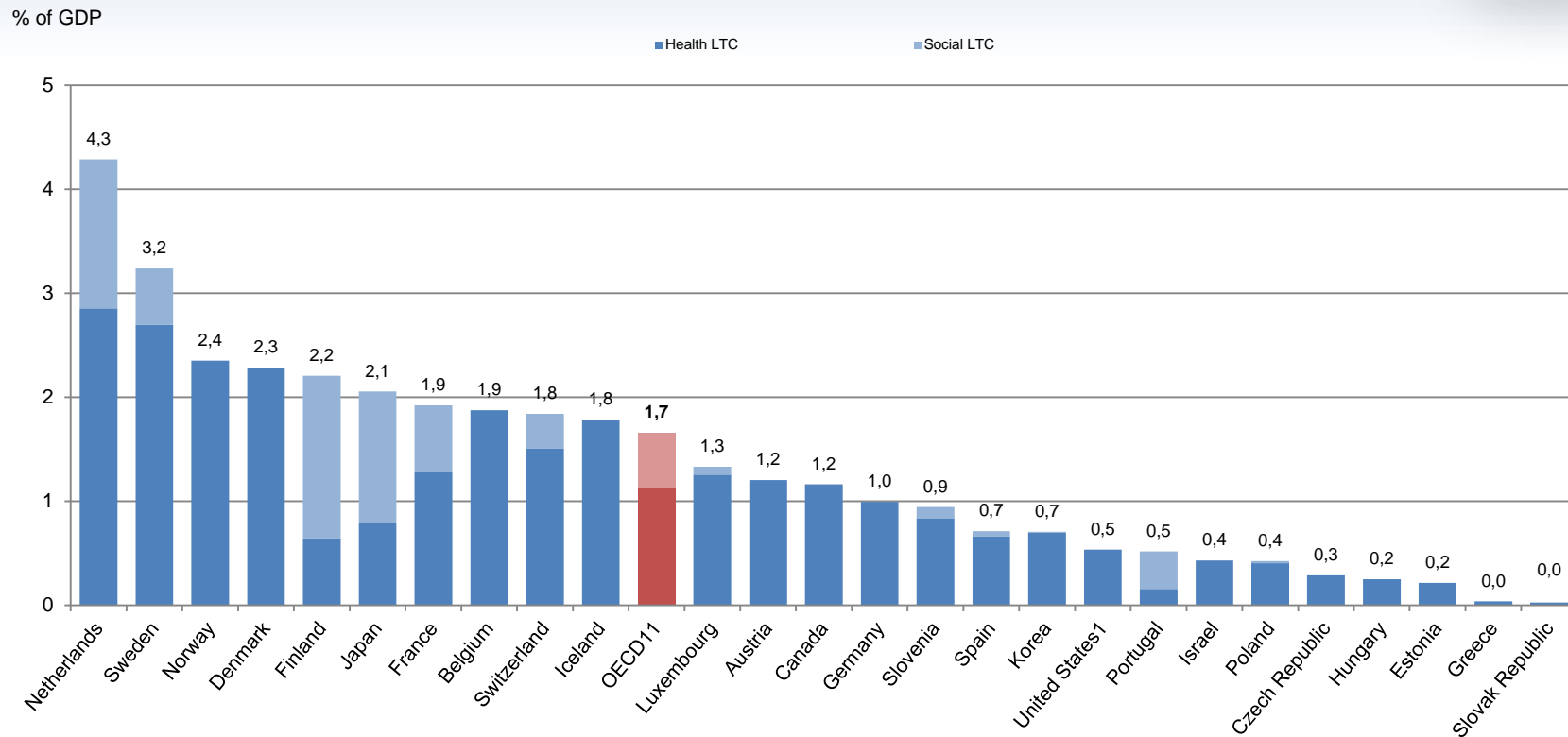
Liczba lekarzy geriatrów: **332**
(0,8 na 100 tys. ludności)

Liczba specjalizujących się lekarzy: **169**

Liczba pielęgniarek geriatrycznych: **465**

Liczba specjalizujących się pielęgniarek: **538**

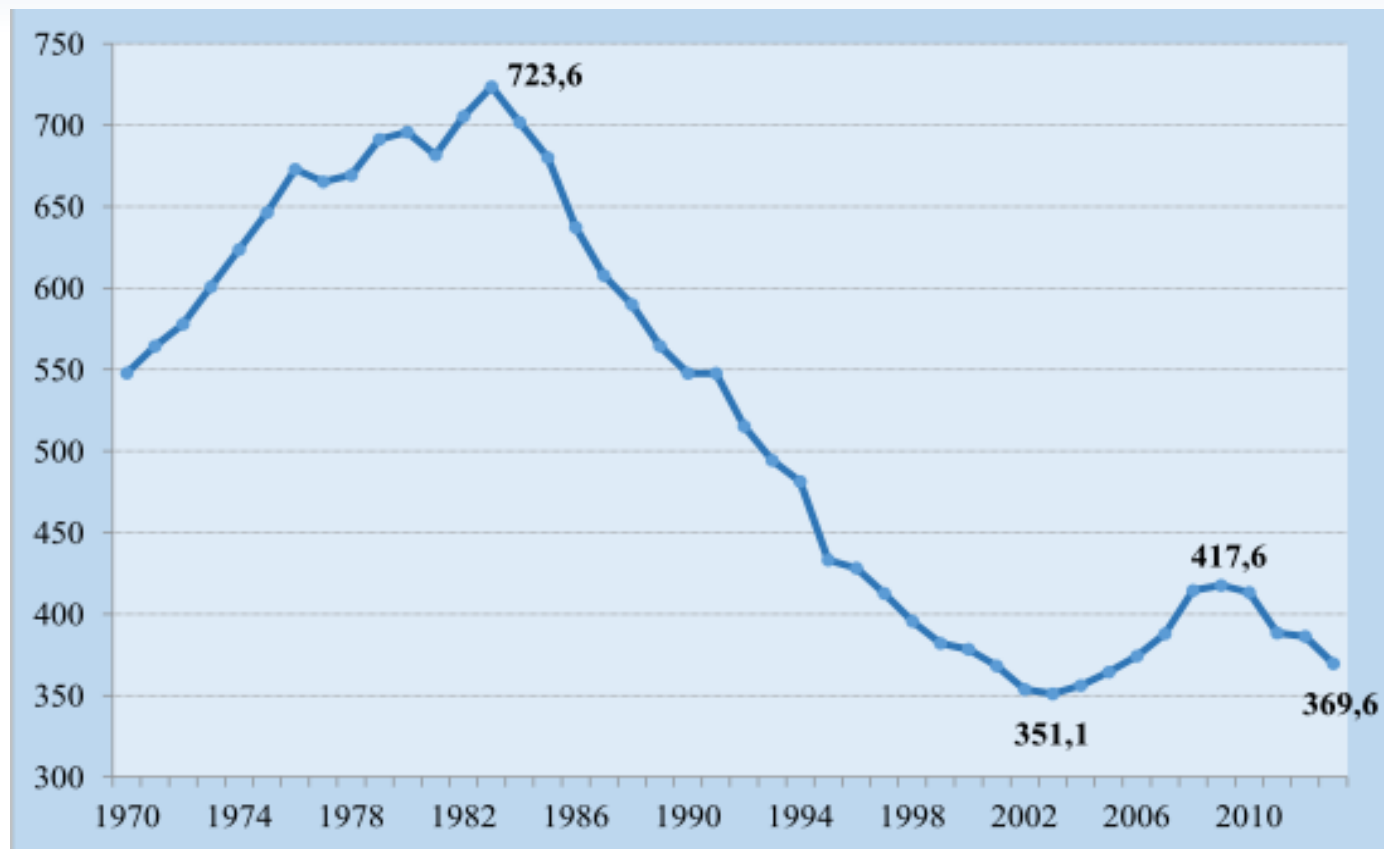
Wydatki na długoterminową opiekę zdrowotną (% PKB)



Planowanie opieki zdrowotnej a polityka prorodzinna



Urodzenia w Polsce w latach 1970-2013



Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050, GUS

Planowanie opieki zdrowotnej a polityka prorodzinna



Liczba lekarzy specjalistów położnictwa i ginekologii					
	2009 rok	2010 rok	2011 rok	2012 rok	2013 rok
POLSKA	4 741	4 665	4 710	4 584	4 458
Liczba łóżek na oddziałach ginekologiczno-położniczych					
POLSKA	18598	18 634	18 612	18 214	18 065

73% lekarzy specjalistów ginekologii i położnictwa jest
powyżej 50 r.ż.

Planowanie opieki zdrowotnej a polityka prorodzinna



- Niedobór lekarzy pediatrów występuje w woj. opolskim (140 pediatrów, w tym 78 w wieku emerytalnym), w woj. podkarpackim (spośród 324 pediatrów, 60 w wieku emerytalnym) i w woj. pomorskim (spośród 581 pediatrów, 184 jest w wieku emerytalnym)

Planowanie opieki zdrowotnej



- Aby zapewnić zastępowalność pokoleń należy zwiększyć limit przyjęć na studia medyczne o około 400-600 osób rocznie
- Należy zwiększyć liczbę rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne tak, aby każdego roku rozpoczynało je przynajmniej o 430 osób więcej niż obecnie, czyli ponad 4000 (wzrost o 12%)