

Grup 5 DEPENDÈNCIA I SERVEIS SOCIALS

Joan Cunill Ollé (coordinació)

Eulàlia Cucurella Fabregat

Luis Juan Castán

Esther Pallarès Fernández

Dolors Quera Aymà

Jordi Roca Casas

Neus Saiz Antón

La creixent demanda social de salut té un gran pes sobre el sistema sanitari que en un moment de crisi com el que estem vivint fa necessària una reordenació en la prestació de serveis sanitaris i el disseny dels serveis i assistència que es donen.

Han sorgit en el grup diferents propostes que podrien contribuir a un estalvi i creiem que no solament mantenir la qualitat del sistema sinó millorar-lo.

1. Despesa farmacèutica: es podria arribar a un important estalvi econòmic establint unes guies farmaco-terapèutiques que fossin aplicables a tots els centres.
2. Igualment establir un sistema de compres tant de medicació com material fungible a majoristes o dipòsits de farmàcia seria una mesura fàcil d'aplicar i que ocasionaria una important disminució de la despesa i racionalització de la prescripció i de la utilització de material sanitari.
3. Despesa farmacèutica: suspendre la medicació crònica quan el pacient està ingressat.
4. Llei de dependència: aplicació de les prestacions de dependència i elaboració àgil del PIA prioritzant els serveis davant la prestació econòmica sempre que es pugui. Participació en el PIA de personal sanitari. Triar els processos urgents i avaluació per equips específics formats.
5. Llei de dependència: individualitzar les prestacions i establir clarament les incompatibilitats entre elles. Suspendre les prestacions si està ingressat.
6. Organització: distribució territorial de les residències, que la seva dependència sanitària sigui del centre socio sanitari de referència. (preferentment aquell que ofereixi tots els serveis socio sanitaris (llarga estada, convalsència, pal·liatiu, PADES, EAIA) i no de l'atenció primària. Això disminuiria els ingressos hospitalaris, el nombre de fàrmacs, les visites, les visites especialistes.
7. Organització: traspasar a l'àmbit de la dependència la majoria de llits de llarga estada actuals amb modificació clara del copagament de l'usuari. Implementar el copagament en les places de llarga estada socio sanitària des del primer dia d'ingrés.
8. Organització: abordar de forma decidida i de manera conjunta amb els dispositius d'AP el servei prestat en residències per garantir una adequada qualitat d'atenció. Equips especialitzats que donin suport, sense duplicar

- competències ni crear conflictes, evitar hospitalitzacions inadequades i visites a UCIES i especialistes així com tractaments innecessaris.
9. Racionalitzar els desplaçaments tant per visites ambulatories com proves diagnòstiques.
 10. Racionalitzar la transició hospital, socio sanitari, residència.
 11. Corresponsabilització en la despesa sanitària, transport sanitari no urgent i en les prestacions ortopèdiques.
 12. Reorganització de l'assistència per evitar duplicitat i conflicte de competències. Adequació de la distribució entre residències i socio sanitaris. Coordinació de la prestació de serveis entre els diferents agents que intervenen en l'atenció (primària, PADES, aguts, llarga estada, residència). No duplicar serveis i evitar ingressos innecessaris.
 13. La necessitat d'una més eficaç coordinació pot ser fins i tot la integració de la salut i sistemes d'assistència social en l'atenció al pacient gran amb multimorbilitat (enfocament LTC long term care).
 14. Classificar els socio sanitaris i les residències socials en funció de la seva capacitat d'ingressar pacients complexos i adequar els ratis.
 15. Individualitzar les prestacions i establir clarament les incompatibilitats entre elles.
 16. Copagament des de l'inici a les places de llarga estada.
 17. Autonomia en la gestió i incorporació de l'ICASS a les comissions socio sanitàries (comitès operatius de gestió sectorial).

ANNEX 1: FITXA dependència

PROPOSTA G5 DEPENDÈNCIA	REDUCCIÓ DESPESA	FACILITAT IMPLEMENTACIÓ	TEMPS NECESSARI
Racionalitzar la transició hospital, socio sanitari i residència	A	B	B
Triar processos urgents Avaluació per equips específics formats	A	Disminueix ucies i despesa farmacèutica	
Despesa farmacèutica: guies farmacoterapèutiques.	A	A	A
Individualitzar les prestacions i establir clarament les incompatibilitats entre elles . Aturar prestacions si està ingressat.	A	Fàcil amb la informàtica	B
Corresponsabilització en la despesa sanitària, transport sanitari no urgent i en les prestacions ortopèdiques	A	B	B
Reorganització de l'assistència a residències evitar duplicitat i conflicte de competències	A	C	B
Evitar duplicitat en l'assistència. Racionalització i adequació de la distribució entre residències i socio sanitaris	A	B	B
Copagament des de l'inici a les places de llarga estada	A	A	B
Desplaçaments racionalitzats a			

visites ambulatories i proves diagnòstiques	A	B	B
Coordinació de prestació de serveis entre els diferents agents que intervenen en l'atenció (primària, PADES, aguts, llarga estada, residència). No duplicar serveis i evitar ingressos innecessaris.	B	B	C
Compres medicació amb recepta o OTC a majoristes o dipòsits de farmàcia, no oficina de farmàcia.	A	A	B
Compres material fungible, gasses, sondes, apòsits, etc. A majoristes o dipòsits de farmàcia.	A	A	A
Aplicació de les prestacions de dependència i elaboració del PIA àgil.	A	B	C
Especialització en l'atenció, o equips especialitzats que donin suport, sense duplicar competències i crear conflictes, per evitar ingressos i tractaments innecessaris	A	B	C

Valoració ponderada en 3 graus sobre el que suposa en:

- reducció de la despesa (molt **(A)**, mig **(B)**, poc **(C)**)
- facilitat d'implementació (fàcil **(A)**, regular **(B)**, difícil **(C)**)
- temps (curt **(A)** , mig **(B)**, llarg termini **(C)**)