



Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce

Wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia

DOKUMENT PODSUMOWUJĄCY

Warszawa, sierpień 2019 r.







Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce

Wyniki ogólnonarodowej debaty
o kierunkach zmian w ochronie zdrowia

DOKUMENT PODSUMOWUJĄCY

Zespół redakcyjny:

prof. dr hab. n. med. Piotr Czauderna
dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka
prof. dr hab. n. med. Paweł Górski
dr hab. n. med. prof. nadzw. Tomasz Hryniewiecki

PREZYDIUM RADY



PROF. DR HAB. N. MED. PAWEŁ GÓRSKI

Profesor tytularny od 1992 r. Kierownik I Katedry Chorób Wewnętrznych oraz Kliniki Pneumonologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W latach 2008-2016 rektor tegoż Uniwersytetu. Członek wielu towarzystw naukowych, w tym jako fellow American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology. Nagrodzony m.in. Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski.



PROF. DR. HAB. N. NED. PIOTR CZAUDERNA

Absolwent Akademii Medycznej w Gdańsku oraz Gdańskiej Fundacji Kształcenia Menedżerów i Univ. Aix-en-Provence (MBA). Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. W latach 2006-2008 Pełnomocnik Rektora AMG ds. Programu Nowego Szpitala Uniwersyteckiego (Centrum Medycyny Inwazyjnej); 1996-2000 sekretarz ZG Polskiego Tow. Chirurgów Dziecięcych, 2000-2003 sekretarz generalny PTChD, 2003-2009 przew. oddz. PTChD w Gdańsku, od 2009-2012 Prezes-Elekt PTChD, 2012-2014 Prezes PTChD; 2006-2012 Przewodniczący Międzynarodowej Grupy ds. Strategii Leczenia Guzów Wątroby u Dzieci (SIOPEL); 2009-2015 przedstawiciel Polski i członek Zarządu Sekcji Chirurgii Dziecięcej Europejskiej Unii Specjalistów Medycznych (UEMS), od 2016 prezes w.w. Sekcji, Konsultant wojewódzki ds. Chirurgii Dziecięcej w woj. pomorskim, Przewodniczący Komisji Akredytacyjnej ds. chirurgii dziecięcej w CMKP. Koordynator Sekcji Ochrony Zdrowia w Narodowej Radzie Rozwoju. Ostatnio pracował jako przewodniczący ministerialnego Zespołu ds. opracowania koncepcji i powołania Narodowego Instytutu Onkologii.



DR N. EKON. MAŁGORZATA GAŁĄZKA-SOBOTKA

Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego oraz Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia – akademickiego think-tanku zajmującego się badaniami i analizami w sektorze ochrony zdrowia. Wiceprzewodnicząca Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Opieki Zdrowotnej, Doradca Prezydenta Pracodawców RP w obszarze ochrony zdrowia. Od 2010 r. kieruje programem „MBA w Ochronie Zdrowia” oraz wieloma certyfikowanymi przez Uczelnię Łazarskiego programami szkoleniowymi dedykowanymi lekarzom, kadry zarządzającej w opiece zdrowotnej oraz pracownikom instytucji publicznych z sektora opieki zdrowotnej. Inicjatorka i liderka Sektorowej Rady ds. Kompetencji w Ochronie Zdrowia. Autorka licznych artykułów i publikacji eksperckich oraz raportów badawczych poświęconych ekonomiczno-społecznym aspektom ochrony zdrowia, zdrowia publicznego i przywództwa.



DR HAB. N. MED., PROF. NADZW. IK TOMASZ HRYNIEWIECKI

Absolwent II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie oraz studiów podyplomowych Zarządzanie ryzykiem w opiece zdrowotnej Wydziału Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego, lekarz – specjalista kardiolog i chorób wewnętrznych. Dyrektor Instytutu Kardiologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego od 2015r. Zastępca dyrektora ds. Klinicznych IK w latach 2012-2015 r. Kierownik Kliniki Wad Nabytych Serca IK od 2011 r. Kierownik Oddziału Szybkiej Diagnostyki i Izby Przyjęć IK w latach 2009-2011. Członek Rady Narodowego Kongresu Nauki w latach 2016-2018. Autor, redaktor licznych podręczników i prac naukowych oraz organizator wielu konferencji naukowych i dydaktycznych.



PROF. DR HAB. N. SPOŁ. WALDEMAR PARUCH

Profesor nauk społecznych, doktor habilitowany, politolog, historyk, kierownik Zakładu Teorii Polityki i Metodologii Politologii UMCS, autor około 200 publikacji naukowych, pełnomocnik prezesa Rady Ministrów ds. utworzenia Centrum Analiz Strategicznych, doradca marszałka Sejmu Marka Kuchcińskiego, analityk i ekspert.

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	5
1. Wizja, cele i wartości w systemie ochrony zdrowia	6
2. Profilaktyka i zdrowie publiczne	7
3. Bezpieczeństwo, jakość i efektywność	8
4. Własność i odpowiedzialność	10
5. Organizacja i zarządzanie opieką zdrowotną	11
6. Kadry w ochronie zdrowia	13
7. Finansowanie ochrony zdrowia	14
8. Rekomendacje końcowe	15
Załącznik 1: stanowisko odrębne naczelnej rady pielęgniarek i położnych w sprawie wprowadzenia nowego zawodu „technik pielęgniarstwa”	16
Podsumowanie I konferencji: Pacjent i system – naczelne zasady działania opieki medycznej	19
Podsumowanie II konferencji: Medycyna, finanse, gospodarka	25
Podsumowanie III konferencji: Własność, zarządzanie, odpowiedzialność	33
Podsumowanie IV konferencji: Kadry w ochronie zdrowia: wyzwania i rozwój	39
Podsumowanie V konferencji: Profilaktyka i zdrowie publiczne. Świadomość, odpowiedzialność i bezpieczeństwo pacjenta	45
Podsumowanie VI konferencji: Innowacje, Technologie, Efektywność	53

WPROWADZENIE

Przyszły kształt polskiego systemu ochrony zdrowia powinien odpowiadać na oczekiwania społeczeństwa, w szczególności w zakresie poprawy dostępności do świadczeń adekwatnych do rzeczywistych potrzeb. Zaproponowane rozwiązania wynikać muszą, co najmniej w części, ze społecznej świadomości potrzeb, możliwości i wspólnej odpowiedzialności za ten niezwykle ważny obszar życia społecznego i funkcjonowania państwa.

W raporcie NIK „System ochrony zdrowia – stan obecny i pożądane kierunki zmian” z maja 2019 podkreślono, że „*pierwszym krokiem reformy systemu powinno być opracowanie długookresowej strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia, która musi uzyskać powszechną akceptację społeczną i wyznaczyć wizję rozwoju systemu*”.¹

Niedawno przeprowadzone europejskie badanie populacyjne (www.foresight-fresher.eu) wskazuje, że niezależnie od założonych scenariuszy rozwoju systemów ochrony zdrowia, zmiany demograficzne polegające na stałym wzroście liczby osób w wieku senioralnym pozostają głównym i permanentnym problemem we wszystkich krajach. Oprócz nieuchronnych zmian epidemiologicznych i demograficznych, negatywną sytuację w polskim sektorze ochrony zdrowia pogłębił brak koordynacji podstawowej opieki zdrowotnej z innymi sektorami systemu oraz niekontrolowany rozwój najdroższej formy opieki medycznej jaką jest szpitalnictwo. Tym samym Polska, jako kraj z jednym z najniższych w Europie budżetów na zdrowie w przeliczeniu na mieszkańca, zbudowała nieefektywny system opieki, czego konsekwencją była znacznie ograniczona dostępność świadczeń zdrowotnych. Nieefektywne zabezpieczenie zdrowotne w lecznictwie ambulatoryjnym zrodziło u pacjentów nawyk leczenia przez specjalistów, często w szpitalach. Następstwem tego zjawiska są długie czasy oczekiwania na konsultacje i interwencje, a w konsekwencji odrzucanie pomocy osobom najbardziej jej potrzebującym.

Niezbędne stało się podjęcie rozważań na temat przebudowy polskiego systemu ochrony zdrowia. Ogólnonarodowa debata „Wspólnie dla Zdrowia” postawiła sobie za cel odpowiedź na trzy najważniejsze pytania:

1. Jak podzielić i jak najlepiej zainwestować zwiększające się w kolejnych latach wydatki publiczne na ochronę zdrowia?
2. Co zrobić, abyśmy jako społeczeństwo i poszczególni jego obywatele żyli w dobrym zdrowiu jak najdłużej?
3. W jaki sposób państwo i obywatele powinni być współodpowiedzialni za zdrowie?

Głównymi wyzwaniem, przed którymi stoi polska ochrona zdrowia są:

1. Niewystarczająca dostępność do świadczeń zdrowotnych, w szczególności do lekarzy specjalistów, w tym nierówności w zdrowiu wynikające ze statusu społeczno-ekonomicznego i miejsca zamieszkania.
2. Niesprawne zarządzanie systemem na wszystkich jego poziomach z brakiem koordynacji pomiędzy jego poszczególnymi sektorami: POZ, AOS, szpitalami, rehabilitacją, opieką długoterminową oraz opieką społeczną.
3. Braki kadrowe personelu medycznego i nieadekwatny do potrzeb model kompetencji w zawodach medycznych oraz nierównomierne rozmieszczenie pracowników medycznych.
4. Niedostateczne działania z zakresu zdrowia publicznego, profilaktyki i prewencji chorób oraz niewystarczające zaangażowanie Polaków we własne zdrowie.
5. Niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia.
6. Niedostateczna dostępność do innowacji w ochronie zdrowia, w tym do nowoczesnych terapii.
7. Brak długofalowej spójnej i ewolucyjnej wizji przebudowy systemu ochrony zdrowia.

¹ Raport Najwyższej Izby Kontroli: SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN, 2019 r., str. 12.

1. WIZJA, CELE I WARTOŚCI W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Kluczowym problemem, który należy rozwiązać w świetle Konstytucji RP, jest kwestia rzeczywistego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Odpowiedzialność i obowiązki w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej spoczywają w części na administracji państwowej, a w części również na władzach lokalnych (samorządowych), co wynika wprost z zasady pomocniczości. Dotyczy to w szczególności zapewnienia równego dostępu do świadczeń na danym terenie, a co za tym idzie, odpowiedniej alokacji i rozwoju sieci świadczeniodawców.

Niezbędne jest unowocześnienie struktury wewnętrznej polskiego systemu ochrony zdrowia. Wymagane jest również wprowadzenie zasady koordynacji działania poszczególnych jego sektorów, jak i świadczeniodawców, a także budowa systemu wymiany informacji medycznej pomiędzy nimi. Należy przypisać poszczególnym sektorom określone role oraz rozstrzygnąć usytuowanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

Przepisy Konstytucji RP w kwestiach dotyczących zdrowia:

- określają konstytucyjne prawa obywateli w zakresie ochrony zdrowia,
- wskazują na grupy obywateli (dzieci, kobiety ciężarne, osoby niepełnosprawne i osoby w podeszłym wieku), którym przysługuje prawo do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej,
- mówią o zapewnieniu obywatelom przez władze publiczne, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, których warunki i zakres określa ustawa.

Równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych nie powinien być interpretowany jako bezpłatny dostęp do wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej, tymczasem powszechne jest rozumienie finansowania ze środków publicznych jako ich bezpłatność dla pacjenta.

Przyjęto następujące założenia, które nakreślają wizję ochrony zdrowia.

W trosce o zdrowie Polaków:

<p>BUDUJEMY PARTNERSKĄ RELACJĘ:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ obywateli odpowiedzialnych za własne zdrowie ■ personelu ochrony zdrowia kompetentnego i zaangażowanego w relację swojej misji ■ władz publicznych, które w granicach swoich możliwości finansowych efektywnie inwestują w zdrowie społeczeństwa
<p>STARAMY SIĘ WYDŁUŻYĆ ZDROWIE NASZYCH OBYWATELI W ZDROWIU I POPRAWIAĆ JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBY ORAZ OGRANICZAĆ JEJ POWIKŁANIA POPRZEC WSZECHSTRONNĄ, SKUTECZNĄ, NOWOCZESNĄ:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ edukację zdrowotną w trakcie różnych etapów życia ■ profilaktykę ■ diagnostykę ■ leczenie ■ rehabilitację ■ opiekę długoterminową w połączeniu z opieką społeczną
<p>DOSTOSOWUJEMY SYSTEM DO ZMIENIAJĄCYCH SIĘ POTRZEB WYNIKAJĄCYCH Z PRZEMIAN SPOŁECZNYCH I DEMOGRAFICZNYCH ORAZ POSTĘPU WIEDZY I ROZWOJU TECHNOLOGII.</p>	

Przeobrażony system ochrony zdrowia winien być nakierowany na następujące cele:

- Zdrowy obywatel
- Skuteczne i dostępne leczenie
- Ograniczenie nierówności w zdrowiu
- Bezpieczny i zadowolony pacjent
- Stabilność finansowa
- Skuteczne współdziałanie opieki zdrowotnej i społecznej

Realizacji przyjętych celów muszą towarzyszyć zmiany w wielu obszarach systemu ochrony zdrowia i kluczowych zasadach jego organizacji

i finansowania. Kluczowe strategiczne kierunki interwencji wypracowano w toku debaty „Wspólnie dla zdrowia”. Ujęto je w sześciu obszarach:

1. Profilaktyka i zdrowie publiczne
2. Bezpieczeństwo, jakość i efektywność
3. Własność i odpowiedzialność
4. Organizacja i zarządzanie opieką zdrowotną
5. Kadry w ochronie zdrowia
6. Finansowanie ochrony zdrowia

2. PROFILAKTYKA I ZDROWIE PUBLICZNE

2.1. REGULACJE NA RZECZ ZDROWIA

Zdrowie publiczne wymaga koordynacji na poziomie państwa, ponieważ dzisiaj odpowiedzialność za nie jest rozproszona pomiędzy różnymi instytucjami administracji publicznej.

Obecnie, w procesie legislacyjnym, organy państwa zobowiązane są do identyfikowania skutków finansowych wprowadzanych regulacji. Są też zobowiązane przedstawić ich odniesienie do prawa Unii Europejskiej, a także skutki dla małych i średnich przedsiębiorstw oraz systemu stanowienia norm technicznych.

Należy wprowadzić obowiązek oceny skutków regulacji z punktu widzenia zdrowia publicznego, jako obowiązkowy element procesu legislacyjnego.

Taka ocena mogłaby być dokonywana przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na podstawie założeń aktu prawnego projektodawcy lub samego projektodawcę. Dla wykonania tego zadania używano by narzędzia Światowej Organizacji Zdrowia pn. Health Impact Assessment (HIA) po ich dostosowaniu do warunków polskich.

Należy zapewnić większą stabilność systemu prawnego ochrony zdrowia.

2.2. POMIAR I MONITOROWANIE ZAGROŻEŃ ZDROWOTNYCH

Warunkiem skutecznej i efektywnej interwencji jest właściwa diagnoza problemu. W dziedzinie zdrowia publicznego przedmiotem oceny są ryzyka i zagrożenia zdrowotne, czy to wynikające z przyczyn środowiskowych (środowisko życia, pracy itp.), zachowań zdrowotnych (żywienie, nalogi, aktywność fizyczna), czy innych, w tym dziedzicznych.

Obecnie zagrożenia zdrowotne są przedmiotem obserwacji i pomiarów wykonywanych przez różne instytucje i organizacje, które rzadko ze sobą współpracują. Stąd wynika postulat przypisania odpowiedzialności za koordynację całości zadań z zakresu zdrowia publicznego jednej instytucji.

Należy też, w większym stopniu, wykorzystać kompetencje Głównego Inspektoratu Sanitarnego (wraz z siecią wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych) w procesie pomiaru i monitorowania czynników ryzyka wystąpienia chorób, a także przeniesienia części działań z zakresu zdrowia publicznego na poziom powiatów. Należy też rozważyć jego przekształcenie w Inspektorat Zdrowia Publicznego (IZP), który prowadziłby tę działalność wraz z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny (NIZP-PZH).

Zadaniem nowej struktury powinno być dokonywanie pomiaru i monitorowanie nasilenia zagrożeń dla zdrowia mieszkańców Polski oraz przygotowywanie odpowiednich raportów dla organizacji, które mają możliwość interwencji w danej dziedzinie, w szczególności dla jednostek samorządu terytorialnego. W przypadku, gdy określone zagrożenia

zdrowotne są już przedmiotem monitorowania, IZP winien wykorzystywać zebrane już dane.

Działanie IZP, jako części składowej systemu ochrony zdrowia publicznego, powinno być finansowane z funduszu zdrowia publicznego, związanego z Narodowym Programem Zdrowia, zarządzanego przez ministra ds. zdrowia.

2.3. INTERWENCJE W ZDROWIE PUBLICZNE

Na zdrowie człowieka wpływać może wiele czynników, przy czym lista najważniejszych ryzyk i zagrożeń dla zdrowia publicznego jest stosunkowo dobrze poznana.

W raporcie NIK „System ochrony zdrowia – stan obecny i pożądane kierunki zmian” z maja 2019 podkreślono, że „*Niewystarczająca jest liczba i zakres ogólnopolskich programów profilaktycznych, które powinny wynikać z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia Polaków, a także odnosić się do najistotniejszych problemów i zagrożeń zdrowia, wynikających przede wszystkim z chorób cywilizacyjnych. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) nawet 80% chorób sercowo-naczyniowych i 40% nowotworów można skutecznie zapobiec, redukując narażenie na czynniki ryzyka*”.²

Problemem jest rozproszenie instytucji i organizacji odpowiedzialnych za interwencje, mające na celu ograniczenie istniejących zagrożeń zdrowotnych.

Priorytetami zdrowia publicznego powinny być:

- wzmocnienie świadomości i odpowiedzialności co do skutków występowania zagrożeń zdrowotnych, zwłaszcza poprzez działania w zakresie edukacji dzieci i młodzieży,
- zapewnienie powszechności dostępu do działań profilaktycznych i promujących zdrowie,
- uruchamianie długofalowych strategicznych programów ogólnopolskich skupionych na redukcji najważniejszych czynników zagrażających zdrowiu,
- ustalenie zakresu odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego (JST) za działania z obszaru zdrowia publicznego oraz zaoferowanie wsparcia merytorycznego w realizacji samorządowych programów zdrowotnych,
- wykorzystanie podstawowej opieki zdrowotnej oraz medycyny pracy do prowadzenia systematycznej oceny ryzyk zdrowotnych na poziomie indywidualnym, w postaci tzw. bilansów zdrowia dla osób dorosłych.

² Raport Najwyższej Izby Kontroli: SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN, 2019 r., str. 7.

Należy dążyć do uproszczenia modelu finansowania poszczególnych zadań poprzez konsolidację obecnie wykorzystywanych środków w jednym „Funduszu Zdrowia Publicznego”, który gromadziłby środki przeznaczane na finansowanie zadań.

Definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) określa zdrowie jako stan pełnego, dobrego samopoczucia zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brak choroby lub ułomności³. Jest to także sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego, poszerzona również o wymiar duchowy⁴. Można więc w pewnym uproszczeniu skonstatować, że **za zdrowie w pierwszej kolejności odpowiadają czynniki społeczno-ekonomiczne (w tym środowisko) oraz czynniki behawioralne (styl życia)**, a w mniejszym stopniu stan ten determinują: realizacja świadczeń opieki zdrowotnej oraz czynniki genetyczne⁵. Odpowiedzialność obywatela za swoje zdrowie powinna być zrównoważona z dobrze zorganizowaną, dostępną na czas i skuteczną ochroną zdrowia.

Prawo każdego obywatela do ochrony zdrowia winna towarzyszyć także współodpowiedzialność. Obejmuje to powinność dbania o własne zdrowie w zakresie stylu życia, przeciwdziałania chorobom zakaźnym, a także regularnego uczestniczenia w badaniach profilaktycznych

3 Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477.

4 Por. G. Uścińska, Świadczenia z zabezpieczenia społecznego w regulacjach międzynarodowych i polskich. Studium porównawcze, Warszawa 2005, s. 90 i n.

5 M. Lalonde, A new perspective on the health of Canadians, Minister of Supply and Services, Canada 1981, s. 31-35. Por. M.J. Wysocki, M. Miller, Paradigmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne, „Przegląd Epidemiologiczny”, 2003, 57(3), s. 505-512, gdzie Autorzy twierdzą, że wywodząca się prawdopodobnie z koncepcji Lalonde'a próba oszacowania procentowego wpływu czynników określanych jako biologiczne, środowiskowe, związane ze stylem życia oraz z działaniem systemu ochrony zdrowia została przedstawiona w 1995 r. przez B. Badurę, który szacował, że czynniki te wpływają na umieralność z powodu chorób układu krążenia odpowiednio w wymiarze 25% (biologia), 9% (środowisko), 54% (styl życia) i 12% (ochrona zdrowia). W przypadku nowotworów odsetki te wynosiły odpowiednio 29%, 24%, 37% i 10%, a w umieralności ogólnej 20%, 20%, 50% i 10%.

finansowanych ze środków publicznych, niepodjęwania działań, które są szkodliwe dla zdrowia innych osób i aktywne uczestnictwo w działaniach poprawiających zdrowie indywidualne i zbiorowe.

Należy zahamować, lub nawet odwrócić, negatywne trendy zdrowotne obserwowane wśród dzieci i młodzieży, wprowadzając przedmiot „zdrowie”, lub „lekcje o zdrowiu” do szkół podstawowych i średnich. W ramach tych zajęć kształtowane powinny być kompetencje w zakresie wiedzy o wpływie ludzkich zachowań oraz środowiska na zdrowie, prawach pacjenta, współodpowiedzialności za własne zdrowie oraz o sposobie korzystania z opieki zdrowotnej. Podstawa programowa takich lekcji musi uwzględniać konieczność budowania kompetencji zdrowotnych, czyli umiejętności pozwalających na wdrożenie zasad zdrowego stylu życia.

Należy rozważyć wprowadzenie systemu motywacyjnego zachęcającego do korzystania z badań profilaktycznych i szczepień finansowanych ze środków publicznych.

Od kilku lat odsetek Polaków uczestniczących w populacyjnych badaniach przesiewowych jest na niewystarczającym poziomie. Dotyczy to głównie nowotworów (np. raka piersi, raka szyjki macicy, raka jelita grubego), które są drugą najczęstszą przyczyną zgonów Polaków. Kierowanie imiennych list z zaproszeniami do pacjentów okazało się nieskuteczne, dlatego konieczne jest podejmowanie innych działań.

Należy rozszerzyć kompetencje medycyny pracy poprzez powierzenie jej obowiązków w zakresie wczesnego wykrywania chorób przewlekłych i cywilizacyjnych (np. cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, miażdżycy, chorób metabolicznych, nowotworów).

Obecnie problemem w Polsce jest zbyt późne wykrywanie chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca, choroby układu krążenia czy zaburzenia lipidowe. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy w odniesieniu do osób czynnych zawodowo jest brak wykorzystania potencjału medycyny pracy do działań profilaktycznych.

3. BEZPIECZEŃSTWO, JAKOŚĆ I EFEKTYWNOŚĆ

Kluczowym wyzwaniem dla polskiego systemu opieki zdrowotnej jest zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa przy korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych poprzez wprowadzenie rozwiązań poprawiających ich jakość i efektywność.

Należy wprowadzić regulacje dotyczące jakości i bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej.

Należy określić rozwiązania dotyczące skuteczności leczenia i efektywności klinicznej, systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych oraz

modelu edukacji na temat bezpieczeństwa pacjenta obowiązującego na wszystkich poziomach kształcenia personelu medycznego.

Należy poprawić efektywność systemu zdrowia poprzez wprowadzenie zmian nakierowanych na osiągnięcie wyników zdrowotnych leczenia (outcome oriented care; PROMS).

Obecny system finansowania świadczeń przez publicznego płatnika preferuje przede wszystkim realizację jak największej liczby świadczeń przy braku oceny ich jakości oraz celowości i efektywności. Należy jasno określić cele

zdrowotne na wszystkich poziomach opieki (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, lecznictwo szpitalne, rehabilitacja, opieka długoterminowa) wraz z miernikami ich realizacji, dla których należy opracować jednolite słowniki i formaty przekazywania danych, co możliwe będzie przy wdrożeniu elektronicznej dokumentacji medycznej.

Najwyższa Izba Kontroli w raporcie „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian” postuluje, żeby „Wprowadzić system oceny jakości udzielanych świadczeń. Zbuduje to zaufanie do systemu, a jednocześnie będzie stanowiło bodziec dla podmiotów leczniczych do poprawy jakości udzielanych świadczeń.”⁶

Należy wprowadzić rozwiązania premiowania przez NFZ świadczeniodawców ze względu na osiągnięte efekty zdrowotne i jakość świadczeń.

Obecnie wartość wynagrodzenia za procedury medyczne finansowane przez płatnika publicznego nie uwzględnia elementu jakości osiągniętej przez świadczeniodawców. Brak tego różnicowania nie jest istotnym bodźcem dla podnoszenia jakości świadczeń zdrowotnych, które związane jest często z wyższymi kosztami. Najlepszym źródłem wiarygodnych danych są rejestry kliniczne (bazy danych gromadzące dane indywidualnych pacjentów).

Konieczne jest utworzenie systemu klinicznych rejestrów dedykowanych ocenie i poprawie jakości leczenia.

Najwyższa Izba Kontroli w raporcie „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian” postuluje, żeby „Wprowadzić zasadę odpłatności za jakość leczenia i jego efekt, a nie za samo wykonanie procedury medycznej”, ponieważ „bodźce ekonomiczne (płatność za poszczególne procedury) skłaniają podmioty lecznicze do wielokrotnego przyjmowania pacjentów; wyleczenie, czy zdecydowana poprawa stanu zdrowia, przestaje być celem samym w sobie.”⁷

Należy wprowadzić możliwość oceny podmiotów leczniczych przez pacjentów.

Od lat, zarówno w Polsce, jak i wielu krajach na całym świecie, deklaruje się i dąży do tego, aby system opieki zdrowotnej był zorientowany na pacjenta i jego potrzeby zdrowotne.

Zdecydowana większość obywateli negatywnie ocenia obecny system ochrony zdrowia, dlatego istotne jest monitorowanie pozytywnych i negatywnych doświadczeń pacjentów związanych z korzystaniem z systemu ochrony zdrowia.

Należy wprowadzić skuteczne mechanizmy finansowe ograniczające wydatki na leczenie szpitalne i zwiększające na leczenie ambulatoryjne.

Nadmierna liczba hospitalizacji jest przyczyną powstawania nieuzasadnionych kosztów oraz występowania zdarzeń niepożądanych. Coraz

więcej procedur wykonywanych obecnie w lecznictwie szpitalnym może być realizowanych również w warunkach ambulatoryjnych. Zmiana trybu udzielania wielu świadczeń jest szansą na znaczące zwiększenie dostępności, skrócenie czasu diagnostyki i poprawę wyników leczenia.

Koszt takich świadczeń jest wielokrotnie niższy niż takich samych usług medycznych wykonywanych w ramach hospitalizacji; są one także bezpieczniejsze i mniej obciążające dla chorego.

Najwyższa Izba Kontroli w raporcie „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian” wskazuje, że „utrzymuje się niekorzystna struktura kosztów świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków NFZ, z ponad 50% udziałem kosztów leczenia szpitalnego. W latach 2010–2017 nastąpił wzrost udziału tego rodzaju leczenia, które jest najdroższe w kosztach świadczeń o 3,17 punktu procentowego.

Świadczy to o niedostatecznej roli ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz zbyt częstym diagnozowaniu i leczeniu pacjentów w trybie hospitalizacji. W porównaniu z krajami Unii Europejskiej, Polska ma jeden z najwyższych współczynników liczby łóżek szpitalnych przypadających na 100 tys. mieszkańców.⁸

Należy wprowadzić zmiany dotyczące opracowania planu finansowego NFZ zmniejszającego corocznie udział w wydatkach na lecznictwo szpitalne. Jednocześnie należy zwiększyć udział w wydatkach NFZ świadczeń ambulatoryjnych i jednodniowych, co spowoduje poprawę efektywności systemu.

AOS powinien pełnić rolę konsultacyjną dla lekarzy POZ i objąć stałą opieką wybranych pacjentów w oparciu o ich stan kliniczny oraz obiektywne wytyczne przygotowane przez ekspertów i towarzystwa naukowe. Zadaniem poradni przyszpitalnych powinno być przede wszystkim przygotowanie i kwalifikacja do hospitalizacji oraz zapewnienie opieki poszpitalnej.

Całościowej zmiany wymaga obecna wycena świadczeń w AOS w kierunku premiowania jego konsultacyjnej roli.

Należy wprowadzić ogólnopolski system monitorowania zdarzeń niepożądanych.

Statystyki światowe wskazują, że corocznie ok. 7-12% pacjentów hospitalizowanych doświadcza szkody z powodu zdarzeń niepożądanych (ZN)⁹; jednocześnie 40-70% zdarzeń niepożądanych można uniknąć. W Polsce zgłaszalność zdarzeń niepożądanych jest niska, co nie oddaje rzeczywistego obrazu zjawiska. Powinny temu służyć rejestry prowadzone w każdym podmiocie leczniczym.

W związku z tym niezbędne jest stworzenie warunków sprzyjających zgłaszaniu zdarzeń niepożądanych i wprowadzaniu rozwiązań dla poprawy bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego poprzez:

6 Raport Najwyższej Izby Kontroli: SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN, 2019 r., str. 17.

7 Raport Najwyższej Izby Kontroli: SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN, 2019 r., str. 18.

8 Raport Najwyższej Izby Kontroli: SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN, 2019 r., str. 29.

9 Polska: 7,24% zdarzeń niepożądanych (2015): 47,37% zdarzeń możliwych do uniknięcia (CMJ, Projekt BSBP www.cmj.org.pl)

- wprowadzenie rozwiązań prawnych zapewniających brak sankcji wobec osób zgłaszających zdarzenia niepożądane,
- reformę istniejącego, lecz niesprawnego, systemu odpowiedzialności za zdarzenia medyczne poprzez przyjęcie odpowiedzialności na zasadzie „no fault”, czyli pozasadowego systemu nakierowanego na szybkie uzyskiwanie odszkodowania i zadośćuczynienia bez potrzeby wykazania winy osoby/osób, które spowodowały szkodę,
- ograniczenie dostępu do dokumentacji powstałej w ramach analizy zdarzeń niepożądanych,
- wprowadzenie krajowego systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych, którego celem będzie gromadzenie danych dotyczących liczby i rodzaju zdarzeń niepożądanych w systemie oraz opracowywanie zaleceń minimalizacji ryzyka na poziomie krajowym,
- zawarcie tematyki bezpieczeństwa pacjenta i poprawy jakości w kształceniu medycznym, tak przeddyplomowym, jak i podyplomowym i ustawicznym,
- zainicjowanie podnoszenia wiedzy pacjentów na temat zdarzeń niepożądanych poprzez stopniowe wprowadzenie możliwości ich udziału w systemie zgłaszania zdarzeń.

4. WŁASNOŚĆ I ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Problemem finansowym dla wielu samorządów, w szczególności powiatowych, jest narastające zadłużenie szpitali, dla których są one organem właścicielskim. Także trudności we wprowadzaniu programów restrukturyzacyjnych, polegających na dostosowaniu potencjału szpitali do potrzeb zdrowotnych, są największe na szczeblu powiatowym. W 2016 roku powołano Wojewódzkie Rady ds. Potrzeb Zdrowotnych, które mają współdziałać z wojewodą przy tworzeniu map potrzeb zdrowotnych i ustalaniu na ich podstawie priorytetów zdrowotnych dla każdego województwa.

Należy skoordynować i zwiększyć odpowiedzialność regionów w kształtowaniu polityki zdrowotnej na terenie województwa poprzez powołanie Wojewódzkich Rad Zdrowia upoważnionych do planowania strategicznego i współdecydowania o przeznaczeniu środków finansowych na opiekę zdrowotną.

W opinii Rady Społecznej inicjatywy „Wspólnie dla Zdrowia”, jak i NIK, wyrażonej w ostatnim raporcie na temat systemu ochrony zdrowia w Polsce, należy wzmocnić podejmowanie kluczowych decyzji w polityce zdrowotnej na poziomie wojewódzkim. Zgodnie z raportem NIK, w celu skoordynowania działań obejmujących tworzenie i funkcjonowanie podmiotów leczniczych, należy wprowadzić skuteczne mechanizmy koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu województwa, tak aby wyeliminować nieefektywne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia w regionie. Powinno się to odbyć poprzez zwiększenie kompetencji Wojewódzkich Rad ds. Potrzeb Zdrowotnych i przekształcenie ich w Wojewódzkie Rady Zdrowia, złożone z przedstawicieli NFZ, wojewody, samorządu województwa, konwentu powiatów, przedstawicieli Rady Dialogu Społecznego, reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców oraz pacjentów.

Jak wskazuje NIK, dotychczasowe – dwudziestoletnie – próby skoordynowania działań pomiędzy różnymi podmiotami leczniczymi oraz

ich organami właścicielskimi nie przyniosły pozytywnych rezultatów dla procesu leczenia i efektywnego gospodarowania środkami publicznymi. W wielu przypadkach na tym samym terenie występują podmioty lecznicze udzielające identycznych świadczeń, co prowadzi do zmniejszenia jednostkowych kontraktów NFZ zawieranych z tymi podmiotami i pogorszenia ich sytuacji finansowej. Zarządzić temu może proces przejmowania przez samorząd wojewódzki szpitali powiatowych i miejskich (gminnych), który powinien być połączony z oddłużeniem przejmowanych szpitali. Konsolidacja uprawnień właścicielskich w przypadku szpitali samorządowych umożliwi koordynację i optymalizację wykorzystania bazy materialnej i kadrowej systemu.

Pochodną zbyt dużej liczby szpitali w Polsce, których publicznymi właścicielami są dwa szczeble samorządu terytorialnego (województwi i powiatowy) oraz trzy ministerstwa (MZ, MON i MSWiA), a także kilkanaście uczelni medycznych w całym kraju, jest zbyt duża liczba łóżek szpitalnych określanych mianem krótkoterminowych. Jednocześnie Polska dysponuje zdecydowanie zbyt małą liczbą łóżek stacjonarnej opieki długoterminowej, która dodatkowo jest obszarem aktywności zarówno podmiotów leczniczych (publicznych i niepublicznych) w postaci Zakładów Opiekuńczo - Leczniczych (ZOL), jak i JST szczebla powiatowego w postaci Domów Opieki Społecznej (DPS). W zakresie finansowania stacjonarnej opieki długoterminowej w postaci ZOL i DPS obowiązują różne zasady, a instytucjami finansującymi są zarówno NFZ, jak i budżety JST.

System opieki zdrowotnej w Polsce powinien, w możliwie krótkim czasie, zostać zintegrowany z systemem opieki społecznej nad osobami niesamodzielnymi, w tym osobami w wieku senioralnym, by w nadchodzących latach największych potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych Polaków w podeszłym wieku dysponował odpowiednią do potrzeb organizacją i strukturą zasobów.

5. ORGANIZACJA I ZARZĄDZANIE OPIEKĄ ZDROWOTNĄ

Polski system opieki zdrowotnej charakteryzuje się silną fragmentacją i niedostatkami systemowych rozwiązań organizacyjnych, finansowych i informatycznych, które sprzyjałyby ciągłości opieki nad pacjentem oraz współpracy między personelem medycznym, a placówkami działającymi na różnych szczeblach opieki zdrowotnej.

Jednym z zasadniczych problemów pozostaje niewystarczająca dostępność ambulatoryjnych usług zdrowotnych oraz przestarzała wewnętrzna struktura systemu. Niezbędne wydaje się przeniesienie ciężaru na medycynę ambulatoryjną i jednodniową. Wymaga to wzmocnienia podstawowej opieki zdrowotnej i nałożenia na nią nowych zadań. Konieczne jest określenie roli sektora prywatnego w ochronie zdrowia w celu wykorzystania jego potencjału i zwiększenia efektywności całego systemu.

5.1. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) powinna odgrywać kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia, stanowiąc miejsce gromadzenia podstawowych informacji na temat pacjenta i jego problemów zdrowotnych oraz koordynacji procesu opieki nad pacjentem. Zespół POZ powinien być rzeczywistym przewodnikiem pacjenta po systemie ochrony zdrowia.

Należy zapewnić rozwój podstawowej opieki zdrowotnej poprzez:

- stopniowe zwiększanie zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych w zakresie działań profilaktycznych i opieki nad chorymi przewlekle,
- wypracowanie motywującego systemu finansowania składającego się oprócz stawki kapitałowej z innych składowych,
- przywrócenie integracji między POZ i innymi poziomami opieki medycznej, motywującą do przenoszenia kompetencji na najniższy poziom opieki,
- przeciwdziałanie procesowi narastających braków kadrowych i powstawania „białych plam” w dostępie do POZ, poprzez stworzenie systemu zachęt dla personelu medycznego do pracy na obszarach deficytowych, we współpracy z samorządami lokalnymi.

W ocenie raportu NIK takie rozwiązanie może przyczynić się do wykrywania chorób we wczesnym etapie ich rozwoju i poprawić skuteczność leczenia.

Nie można też, proponując rozwiązania krótko- i średnioterminowe, abstrahować od przekonań Polaków co do wyższości leczenia przez lekarzy specjalistów. Zmiana tego przekonania wymagać będzie czasu oraz edukacji personelu medycznego i pacjentów.

5.2. AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

Usprawnienie polskiego systemu ochrony zdrowia wymaga wprowadzenia zasady koordynacji działania poszczególnych sektorów systemu i części świadczeniodawców, a także budowy systemu wymiany informacji medycznej pomiędzy nimi. Należy opracować nowe zasady współpracy AOS z POZ i szpitalami.

Należy utrzymać obecną lokalizację AOS, zarówno przy szpitalach, jak i w lecnicztwie otwartym, rozdzielając jednak ich funkcje. AOS przyszpitalny powinien zajmować się przede wszystkim kwalifikacją i przygotowaniem chorych do hospitalizacji oraz ograniczoną w czasie opieką poszpitalną. Należy wydzielić z ryczałtu szpitalnego oddzielny budżet na poradnie przyszpitalne z możliwością sumowania kosztów diagnostyki.

5.3. PODSTAWOWE ZABEZPIECZENIE ZDROWOTNE (PZZ)

W dyskusji o opiece zdrowotnej na poziomie podstawowym konieczne jest rozstrzygnięcie relacji pomiędzy POZ, AOS i szpitalem powiatowym. Jednym z rozwiązań jest funkcjonalna integracja ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ze szpitalami, promująca stworzenie systemu podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego jako zaplecza diagnostyczno-terapeutycznego dla podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). **Należy wprowadzić system Podstawowego Zabezpieczenia Zdrowotnego (PZZ), który polega na współpracy i wymianie informacji podmiotów wchodzących w skład POZ, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz szpitali pierwszego poziomu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego.**

PZZ powinno zapewnić: całodobową pomoc medyczną dla zdarzeń nagłych i zachorowań (obecną nocną i świąteczną opieką zdrowotną), hospitalizację w specjalnościach określonych dla poziomu I Podstawowego Zabezpieczenia Szpitalnego, opiekę jednodniową w zakresie tych specjalności, poradnictwo ambulatoryjne, diagnostykę stanów nagłych i najczęstszych chorób przewlekłych, rehabilitację zarówno stacjonarną jak i dzienną, ambulatoryjną i domową, opiekę długoterminową, poradnictwo ambulatoryjne w zakresie zdrowia psychicznego oparte o Centra Zdrowia Psychicznego. PZZ winno również zapewniać hospitalizację w zakresie chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii, ewentualnie ginekologii i położnictwa oraz innych specjalności związanych ze szczególnymi potrzebami zdrowotnymi regionu. Powodem hospitalizacji winny być nie tylko stany nagłe, lecz także wybrane problemy diagnostyczne.

5.4. OPIEKA SZPITALNA

Na jednym obszarze działają często szpitale należące do wielu podmiotów publicznych (organów samorządu, ministerstw, uczelni), co powoduje, że wykorzystanie zasobów ludzkich i finansowych staje się nieoptymalne. Publiczni właściciele wykazują przy tym skłonność do ciągłego rozszerzania działalności, powiększania możliwości leczniczych i skupiania coraz większego pakietu świadczeń we własnych placówkach. W rezultacie szpitale rozwijają swoje zasoby niezależnie od siebie, konkurując o kadry medyczne, środki inwestycyjne i kontrakty NFZ. Wprowadzone w ostatnich latach rozwiązania planistyczne (mapy zdrowotne, IOWISZ, sieć szpitalna) w pewnym stopniu rozwiązały ten problem w zakresie nowych inwestycji.

W celu skoordynowania funkcjonowania podmiotów leczniczych należy wprowadzić skuteczne mechanizmy koordynacji działania szpitali na szczeblu województwa, tak aby wyeliminować nieefektywne wykorzystanie zasobów.

Należy wprowadzić mechanizm umożliwiający przejmowanie najbardziej zadłużonych szpitali przez krajową instytucję specjalnego przeznaczenia, np. agencję restrukturyzacji szpitali. Trzeba rozważyć podporządkowanie szpitali jednemu podmiotowi. Do rozstrzygnięcia pozostaje, czy powinien to być samorząd województwa. Proces przejęcia szpitali powinien być połączony z oddłużeniem, a także restrukturyzacją polegającą na konsolidacji bazy materialnej i kadrowej jednostek.

W raporcie NIK „System ochrony zdrowia – stan obecny i pożądane kierunki zmian” z maja 2019 podkreślono, że należy „Wprowadzić skuteczne mechanizmy koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu województwa, tak aby wyeliminować nieefektywne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia w regionie (...) w tym należy rozważyć przeniesienie prawa własności szpitali powiatowych oraz miejskich (gminnych) na jednostki samorządu województwa”.¹⁰

5.5. OPIEKA WYSOKOSPECJALISTYCZNA (SZPITALA OGÓLNOPOLSKIE, WOJEWÓDZKIE)

Należy określić zadania i uporządkować organizację opieki wysokospecjalistycznej.

Według map potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla zdecydowanej większości oddziałów szpitalnych liczba łóżek krótkoterminowych jest zbyt duża. Raport NIK „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian” pokazuje, że: „W porównaniu z krajami Unii Europejskiej, Polska ma jeden z najwyższych współczynników liczby łóżek szpitalnych przypadających na 100 tys. mieszkańców.”¹¹

Liczba ostrych łóżek szpitalnych, szczególnie wysokospecjalistycznych, jest zbyt duża. Łóżka w szpitalach wysokospecjalistycznych powinny być docelowo wykorzystywane przede wszystkim do świadczeń o tym charakterze. Dla niektórych chorób, zwłaszcza rzadkich, oraz wybranych procedur opiekę należy oprzeć na centrach doskonałości powstających na poziomie makroregionu czy nawet kraju. Z tego powodu należy rozważyć finansowanie wyżej wymienionych świadczeń na poziomie Centrali NFZ lub wprost z budżetu państwa. Z drugiej strony, pilną potrzebą jest jak najszybsze rozwiązanie deficytu i problemu finansowania łóżek intensywnej terapii.

Koncentracja infrastruktury i kadr wysokospecjalistycznych powinna dotyczyć szpitali klinicznych, resortowych, niektórych wojewódzkich oraz centrów klinicznych o uznanym międzynarodowym dorobku naukowym i usługowym. Niezbędna jest racjonalizacja rozmieszczenia usług wysokospecjalistycznych uwzględniająca stopień zabezpieczenia podstawowego, infrastrukturę regionu, demografię i występowanie regionalnych czynników ryzyka chorób.

W raporcie NIK „System ochrony zdrowia – stan obecny i pożądane kierunki zmian” z maja 2019 podkreślono, że należy „Wykonywać poszczególne procedury leczenia pacjentów na określonych

szczeblach referencyjnych systemu. Rozwiązanie to podnosi poziom bezpieczeństwa pacjentów i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych”.¹²

Rozwój nowoczesnych technologii i znaczenie doświadczenia w ich stosowaniu wymusza konieczność tworzenia, tzw. centrów kompetencji i doskonałości oraz powrót do zasady referencyjności szpitali w leczeniu różnych chorób (np. nowotworów o określonej lokalizacji narządowej, kompleksowego leczenia chorób serca w zaawansowanym stadium albo po ostrych epizodach, udarów czy chorób autoimmunologicznych). Wymaga to dobrej koordynacji i koncentracji diagnostyki i leczenia pacjentów na danym obszarze. Dlatego centra powinny być powołane w oparciu o obiektywne, powszechnie znane kryteria i odpowiednie doświadczenie. Centra kompetencji i doskonałości należy objąć odrębnym systemem finansowania, np. wprost z budżetu państwa lub z centralnego budżetu NFZ. Proces ich powołania musi być zatem w pełni transparentny i rzetelny.

Należy premiować działania w celu uzależnienia finansowania od wyników leczenia, mierzonych obiektywnymi wskaźnikami (ang. Value Based Healthcare).

Rosnące koszty opieki zdrowotnej wskutek starzenia się społeczeństw oraz presji generowanej przez nowe technologie medyczne skutkują koniecznością wdrażania opieki zdrowotnej opartej na wartości, tj. nakierowanej na pacjenta i jego rzeczywiste potrzeby. Oznacza to przejście z generowania coraz to większej liczby wizyt, hospitalizacji i różnego rodzaju procedur, na rzecz poprawy wyników leczenia pacjentów ujmowanych w sposób kompleksowy, przy jednoczesnej racjonalizacji jego kosztów.

5.6. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

Wobec szybko rosnącej liczby osób w podeszłym wieku konieczne jest podjęcie szerokich działań, które spowodują, że osoby te zostaną objęte wsparciem adekwatnie do zmieniających się potrzeb i na poziomie, który jest optymalny z punktu widzenia zasobów systemu, ale i nakierowany na jak najdłuższe utrzymanie ich samodzielności.

Należy zbudować wszechstronny system świadczeń zdrowotnych oraz społecznych, który będzie:

- w maksymalnym stopniu wspierał samodzielność podopiecznych,
- wspierał opiekunów nieformalnych,
- angażował wsparcie sąsiedzkie i środowiskowe,
- tworzył elastyczne modele form opieki profesjonalnej (mieszane, stacjonarne i domowe, dzienne, opieka „wytchnieniowa” (ang. respite care), wspomagane zamieszkanie (ang. assisted living),
- wykorzystywał nowoczesne technologie do celów nadzoru nad osobami mieszkającymi samotnie.

W związku z rosnącymi potrzebami w zakresie opieki długoterminowej, należy przekształcić nadmiar łóżek szpitalnych na potrzeby nowo tworzonych oddziałów opieki długoterminowej.

¹⁰ Raport Najwyższej Izby Kontroli: SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN, 2019 r., str. 15.

¹¹ Raport Najwyższej Izby Kontroli: SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN, 2019 r., str. 8.

¹² Raport Najwyższej Izby Kontroli: SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN, 2019 r., str. 17.

5.7. REHABILITACJA

Według definicji WHO, rehabilitacja jest kompleksowym postępowaniem w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie: pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym.

Rehabilitacja powinna być oparta na 4 zasadach:

- powszechności,
- kompleksowości,
- wczesności,
- ciągłości.

Problemem dla pacjentów jest ograniczony dostęp do rehabilitacji, w szczególności po hospitalizacji.

Należy skoordynować rehabilitację z leczeniem stacjonarnym i ambulatoryjnym.

Powinno się zabezpieczyć niezwłoczny dostęp do rehabilitacji, m.in.: dla ofiar wypadków, pacjentów po udarach mózgu i zawałach serca czy poważnych zabiegach operacyjnych, w tym w zakresie narządu ruchu. W szczególności powinno się promować model kompleksowej opieki specjalistycznej, w którym jednym z elementów leczniczych jest rehabilitacja.

Należy rozwijać telerehabilitację jako istotne narzędzie poprawy dostępności.

Nowoczesne narzędzia teleinformatyczne są w stanie zapewnić efektywną rehabilitację pacjentów w warunkach domowych

6. KADRY W OCHRONIE ZDROWIA

Narastającym problemem systemu ochrony zdrowia w Polsce są niedobory wykwalifikowanego personelu medycznego oraz jego nierównomierne rozmieszczenie. Funkcjonujący system kształcenia i szkolenia zawodowego kadr medycznych nie zapewnia przygotowania wystarczającej liczby odpowiednio wykształconych specjalistów, stosownie do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

6.1. ZARZĄDZANIE KOMPETENCJAMI

Należy zmniejszyć obecną liczbę specjalizacji lekarskich oraz wprowadzić certyfikaty umiejętności.

Zmniejszenie liczby specjalizacji lekarskich do stanu zbliżonego do listy specjalności automatycznie uznawanych w krajach członkowskich Unii Europejskiej znacznie poprawi efektywność w wykorzystaniu kadry lekarskiej. Wprowadzenie certyfikatów umiejętności zagwarantuje wysoką jakość kształcenia w węższych dziedzinach medycyny oraz wykonywaniu wybranych procedur medycznych.

Należy utworzyć nowy zawód medyczny „technik pielęgniarstwa”.

Ogromnym wyzwaniem dla polskiego systemu ochrony zdrowia jest pogłębiający się niedobór personelu pielęgniarstwa. Według analiz opublikowanych w ramach map potrzeb zdrowotnych średni wiek pielęgniarki w Polsce przekroczył w wielu województwach 50 lat. Wskazuje to na konieczność wprowadzenia nowych rozwiązań, mających na celu pilne uzupełnienie personelu pielęgniarstwa i wprowadzenie nowych zawodów medycznych, które zastąpią pielęgniarki przy wykonywaniu części procedur medycznych.

Technik pielęgniarstwa wykonywałby procedury medyczne tylko pod nadzorem pielęgniarki z wyższym wykształceniem. Samodzielnie mógłby

wykonywać zawód wyłącznie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Należy utworzyć nowy zawód medyczny „asystent lekarza”.

Problemem dla personelu lekarskiego i kadry zarządzającej placówkami ochrony zdrowia jest obciążenie lekarzy pracą administracyjną oraz koniecznością wykonywania prostych procedur leczniczych. W wielu państwach wprowadzono zawód asystenta lekarza, mający na celu zwiększenie efektywności pracy personelu medycznego.

Asystent lekarza wspomagałby lekarzy w pracy administracyjnej oraz wykonywałby określone procedury medyczne początkowo pod nadzorem lekarza i wyłącznie w zakresie powierzonych mu kompetencji.

Należy zwiększyć kompetencje magistrów farmacji poprzez możliwość realizacji opieki farmaceutycznej.

Idea opieki farmaceutycznej powstała w 1975 roku Stanach Zjednoczonych jako pomoc dla pacjentów w celu zapewnienia bezpiecznego i racjonalnego stosowania leków. Jej założeniem była zmiana orientacji zawodu farmaceuty ze sprzedawcy na partnera lekarza i aktywnego współtwórcę procesu leczenia.

Nowe świadczenie finansowane ze środków publicznych pod nazwą „usługi opieki farmaceutycznej” polegałoby na udokumentowanym i ustandaryzowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, udzielałby świadczeń zdrowotnych (obejmujących także proste testy diagnostyczne) i porad uzupełniających.

6.2. TECHNOLOGICZNE WSPARCIE KADR

Wzrost wydajności pracy w medycynie opiera się na osobistych interakcjach pomiędzy pracownikiem medycznym (lekarzem, pielęgniarką, itp.) a pacjentem.

Należy wdrażać rozwiązania, które będą oszczędzać czas pracowników medycznych, tak aby mogli wykorzystać go w większym stopniu na opiekę nad pacjentami.

Należy poprawić efektywność pracy personelu medycznego poprzez:

- przegląd i dokonanie zmian w zakresach kompetencji tradycyjnie przypisanych poszczególnym zawodom medycznym,
- dostarczanie informacji dla wsparcia samodzielnych decyzji pacjenta,
- obsługę administracyjną pacjenta,
- gromadzenie danych z wywiadu pacjenta,
- telemedycynę,
- rejestrowanie i transkrypcję mowy,

- robotykę i rzeczywistość wirtualną oraz modelowanie 3D w chirurgii,
- rozpoznawanie obrazów,
- urządzenia mobilne monitorujące parametry zdrowotne.

6.3. KADRY A PŁACE

Niskie wynagrodzenie jest jednym z kluczowych powodów emigracji pracowników z sektora ochrony zdrowia. Choć doszło w tym zakresie do znacznej poprawy, sytuacja nie poprawiła się we wszystkich zawodach medycznych. Znacznym problemem jest ogromne rozwarstwienie płac, także w obrębie tych samych zawodów medycznych. Brak systemowego rozwiązania wynagrodzeń pracowniczych powoduje liczne napięcia społeczno-polityczne, dlatego:

Należy kontynuować prace nad rozwiązaniem systemowym o sposobie ustalania najniższego zasadniczego wynagrodzenia pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, jak i podjąć działania nad opracowaniem kompleksowego systemu płac w ochronie zdrowia, np. w formie ponadzakładowego układu zbiorowego.

7. FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA

Bezdiskusyjna jest konieczność dalszego wzrostu publicznych nakładów na polską ochronę zdrowia. Środki te powinny być w szczególności przeznaczone na poprawę dostępu do:

- profilaktyki zdrowotnej,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- opieki psychiatrycznej,
- rehabilitacji leczniczej,
- opieki długoterminowej,
- nowoczesnych technologii medycznych.

Należy kontynuować działania, które zblizną nakłady na ochronę zdrowia do średniego europejskiego poziomu. Powinny towarzyszyć temu kroki skierowane w stronę lepszego ich wykorzystania. W tym celu należy zmierzać do finansowania świadczeń zdrowotnych uzależnionego od ich jakości.

Wzrost nakładów na zdrowie jest możliwy przy zastosowaniu alternatywnych lub komplementarnych rozwiązań, tj.:

- stopniowym zwiększaniu publicznych nakładów na zdrowie (pochozących ze składki na ubezpieczenie zdrowotne (pierwotnie planowany poziom składki zdrowotnej w 1999 r. szacowano na 11%),
- zwiększeniu składki na ubezpieczenie zdrowotne poprzez wprowadzenie dodatkowego powszechnego ubezpieczenia opiekuńczego,
- rozważeniu dodatkowych przychodów, które będą przeznaczone na finansowanie ochrony zdrowia (np. podatek od napojów o wysokiej zawartości cukru, od wyrobów tytoniowych i e-papierosów oraz alkoholu).

Zaproponowane rozwiązania utrzymują mieszany model finansowania ochrony zdrowia z dominującym udziałem przychodów ze składki zdrowotnej. W opinii ekspertów system ubezpieczeniowy zwiększa

gwarancje środków przeznaczanych na zdrowie w długiej perspektywie i jest obciążony mniejszym ryzykiem wpływów politycznych na decyzje w tym obszarze. System mieszany pozwala z kolei na większą elastyczność.

Racjonalność prywatnych wydatków na zdrowie w Polsce budzi poważne wątpliwości.

Należy:

- rozważyć wprowadzenie ulgi podatkowej od wydatków prywatnych na świadczenia zdrowotne o udowodnionej skuteczności,
- rozważyć wprowadzenie możliwości pobierania dopłaty do świadczeń o wyższym niż gwarantowany standardzie, także poprzez umożliwienie dopłat z dobrowolnego ubezpieczenia dodatkowego, co pozwoli zwiększyć dostęp do nowocześniejszego leczenia,
- rozważyć wprowadzenie możliwości uzyskania ulgi podatkowej dla pracodawców od ich wydatków na opiekę zdrowotną nad pracownikami,
- opracować nowy algorytm podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ, uwzględniający zarówno dane z map potrzeb zdrowotnych, prognozy demograficzne, jak również nowy model organizacji lecznictwa szpitalnego,
- zdefiniować uzupełniającą rolę sektora prywatnego w publicznym systemie ochrony zdrowia oraz ustalić warunki współpracy obu sektorów,
- rozszerzyć obowiązek sprawozdawczy w zakresie kluczowych problemów zdrowotnych, jak np. nowotwory, choroby zakaźne i szczepienia na świadczeniodawców działających w sektorze prywatnym.

8. REKOMENDACJE KOŃCOWE

Konieczne jest podjęcie dobrze zaplanowanej i spójnej reformy systemu ochrony zdrowia o ewolucyjnym i stopniowym charakterze. Reforma ta nie będzie możliwa bez zaangażowania profesjonalistów medycznych oraz ogółu pacjentów i obywateli, a także budowy ich świadomości na temat uwarunkowań zdrowotnych i działania systemu ochrony zdrowia.

1. **Należy przypisać odpowiedzialność za koordynację całości zadań z zakresu zdrowia publicznego jednej instytucji.**
2. **Należy zmienić model organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia poprzez wprowadzenie mechanizmów opartych na jakości i gwarantujących zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów.**
3. **Należy zwiększyć odpowiedzialność województw za kształtowanie regionalnej polityki zdrowotnej.**
4. **Należy dokonać zmiany w organizacji szpitali i leczenia ambulatoryjnego w Polsce, dostosowując je do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych obywateli w celu zwiększenia dostępności świadczeń i poprawy opieki długoterminowej.**
5. **Należy wesprzeć obecnych profesjonalistów medycznych poprzez współdzielenie kompetencji pomiędzy zawodami, a także utworzyć nowe zawody medyczne.**
6. **Należy kontynuować działania, które zbliżą nakłady na ochronę zdrowia do średniego europejskiego poziomu. W tym celu konieczne jest podjęcie decyzji o wprowadzeniu nowych mechanizmów finansowania systemu oraz przeznaczaniu dodatkowych środków, w szczególności na profilaktykę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, opiekę psychiatryczną, rehabilitację leczniczą, opiekę długoterminową oraz nowoczesnych technologii medycznych.**

PROPONUJEMY ZDEFINIOWAĆ POWYŻSZY PROJEKT HASŁEM:

**„WSPÓLNIE POPRAWIAMY
POLSKĄ OCHRONĘ ZDROWIA”**

ZAŁĄCZNIK 1

STANOWISKO ODRĘBNE NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W SPRAWIE WPROWADZENIA NOWEGO ZAWODU „TECHNIK PIELĘGNIARSTWA”

W toczącej się obecnie w Polsce dyskusji nad zasobami kadrowymi w sektorze opieki zdrowia wskazuje się na potrzebę wprowadzania owych zawodów, które miałyby odciążać lekarza, pielęgniarkę i zwiększyć jakość opieki nad pacjentem. W dokumencie zaproponowano m.in. utworzenie dwóch nowych zawodów: „asystent lekarza” i „technik pielęgniarstwa”.

Wprowadzenie nowego zawodu „asystenta lekarza” zostało zaproponowane przez środowisko lekarskie z pełnym uzasadnieniem utworzenia takiego zawodu. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych popiera wprowadzenie takiego zawodu.

Odnosnie wprowadzenia nowego zawodu „technika pielęgniarstwa” Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych w imieniu środowiska pielęgniarskiego wyraża kategorię sprzeciwu i żąda nieprzedstawiania tego rodzaju propozycji.

PRAGNIEMY ZAUWAŻYĆ CO NASTĘPUJE:

W związku z zaistniałą i prognozowaną sytuacją kadrową w sektorze opieki zdrowotnej propozycja „technika pielęgniarstwa” jest kolejnym zawodem zaproponowanym w ostatnim roku w ramach „usprawniania pracy w sektorze opieki zdrowotnej”, obok zawodów: „asystent osoby niesamodzielnej”, „asystent medyczny” czy „coaching medyczny”. Z dotychczasowych obserwacji wynika, iż wymienione powyżej propozycje nie mają merytorycznego uzasadnienia i nie mają nic wspólnego z polepszeniem jakości opieki pielęgniarskiej nad pacjentem. Są raczej realizacją indywidualnych stanowisk czy lobbingsową inicjatywą.

Obecne niedobory kadry pielęgniarskiej są następstwem wieloletnich zaniedbań władzy publicznej w zakresie polityki kadrowej środowisk medycznych, a nie następstwem niewłaściwego systemu kształcenia osób chcących wykonywać zawód pielęgniarki.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych wielokrotnie podnosiła, iż obecny system kształcenia kadry pielęgniarskiej jest optymalny, zgodny ze standardami prawa europejskiego. Obecnie zakończyły się w Ministerstwie Zdrowia prace nad ewaluacją systemu kształcenia przeddyplomowego i rozpoczynają się prace nad systemem kształcenia podyplomowego.

Z merytorycznych i praktycznych ustaleń wynika jednoznacznie, iż całkowicie błędne i zbyt proste jest założenie, iż trzeba upraszczać ścieżkę

kształcenia zawodu pielęgniarstwa na wzór niektórych krajów. Należy podkreślić, iż każdy kraj ma własny model opieki zdrowotnej, różnie usytuowana jest rola władzy publicznej w systemie, dlatego kierowanie się argumentami, że w innych krajach istnieje dochodzenie do zawodu pielęgniarki „od dołu” – jest niemerytoryczne. Polska już miała taki model „od dołu” po II wojnie światowej.

Każdy kraj ma własną historię i tradycje w zakresie kształcenia kadry pielęgniarskiej, nie ma potrzeby burzyć polskiego wypracowanego latami modelu.

Jednoznaczne stanowisko w sprawie wsparcia pielęgniarek w codziennej pracy przez wprowadzenie nowego zawodu zostało określone w dokumencie „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”, wypracowanego przez przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych oraz inne organizacje zrzeszające pielęgniarki i położne w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia. Wypracowany dokument jest wdrażany do polityki rządu, jako dokument „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”, Warszawa Grudzień 2018 (dalej: Polityka). Tym zawodem jest zawód: „opiekuna medycznego”. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża głębokie przekonanie, iż wspomniany dokument jest dokumentem wiążącym dla władzy publicznej i dla Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, a poczynione tam ustalenia są wyrazem kompromisu w formie społecznej umowy bezpieczeństwa w zakresie opieki nad pacjentem.

Przedłożoną propozycję „technika pielęgniarstwa” uważamy za kolejną próbę podważenia jednoznacznego stanowiska Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyrażonego już na pierwszym organizacyjnym spotkaniu „WSPÓLNIE DLA ZDROWIA”, iż nie ma powrotu do kształcenia kadry pielęgniarskiej na poziomie średnim w ramach szkół systemu oświatowego.

Przedłożona propozycja wskazuje, iż „technik pielęgniarstwa” ma być zawodem o charakterze technicznym, czyli wykonawczym, co oznaczałoby w praktyce „samodzielne” wykonanie polecenia lekarza. Jednocześnie z zapisu wynika, że „technik pielęgniarstwa” ma wykonywać procedury medyczne pod nadzorem pielęgniarki z wyższym wykształceniem(?), ale już w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej „technik pielęgniarstwa” mógłby wykonywać zawód samodzielnie, czyli bez nadzoru ze strony pielęgniarki. Innymi słowy, zastąpi pielęgniarkę w opiece pozaszpitalnej.

WNIOSKI:

Obecnie w polskim pielęgniarstwie zmniejsza się liczba kadry pielęgniarskiej ze średnim wykształceniem. Po wielu latach ciężkiej pracy środowisko pielęgniarskie wypracowało przejrzysty model kształcenia na poziomie licencjackim i magisterskim oraz dąży do wykonywania zawodu opartego na dowodach naukowych. Polskie pielęgniarki nabyły wiele uprawnień i kompetencji wymagających wiedzy medycznej oraz umiejętności twórczego i krytycznego myślenia. Wypracowano zasady „diagnozy pielęgniarskiej”, jako jednego z kluczowych elementów procesu świadczenia zdrowotnego. Pielęgniarka stała się współodpowiedzialna za proces medyczny w ramach zespołu terapeutycznego.

Natomiast propozycja wprowadzenia „technika pielęgniarstwa” jest kolejną próbą powrotu do kształcenia kadry pielęgniarskiej na średnim poziomie, czyli cofnięcia kadry pielęgniarskiej do systemu kształcenia z lat siedemdziesiątych XX wieku, tzw. średni personel medyczny nakierowany na czynności wykonawcze jako pomoc lekarska.

W świetle przyjętej Polityki wprowadzenie zawodu „technika pielęgniarstwa” nie zawiera żadnego uzasadnienia systemowego, merytorycznego i praktycznego, natomiast wprowadza poczucie niepokoju i burzy wypracowany w drodze negocjacji spokój społecznej homeostazy, pomiędzy władzą publiczną, a środowiskiem pielęgniarskim.

Reasumując, wnosimy jak na wstępie o odrzucenie przedłożonej propozycji.

Implementing the Sustainable Development Goals (SDGs) in the WHO European Region



Health 2020 goals
Strengthening public health and people-centred health systems is a pillar of Health 2020 implementation



NARODOWA
DEBATA O ZDROWIU



Podsumowanie I konferencji

Pacjent i System
– naczelné zasady działania opieki
medycznej

Warszawa • 13 czerwca 2018

PROGRAM

I Konferencja

PACJENT I SYSTEM – ZASADY DZIAŁANIA OPIEKI MEDYCZNEJ

w ramach debaty **WSPÓLNIE DLA ZDROWIA**

Warszawa • 13 czerwca 2018 r.

8.30-10.00 Rejestracja uczestników
9.30 Otwarcie drzwi Auli

10.00-10.10

Przywitanie gości

prof. Paweł Górski, były Rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

10.10-10.20

Oficjalne otwarcie konferencji

minister zdrowia prof. Łukasz Szumowski

10.20-10.30

Główne założenia konferencji

prof. Piotr Czaderna

10.30-11.30

WYKŁAD WPROWADZAJĄCY

Zmieniająca się rola państwa w systemach ochrony zdrowia w krajach rozwiniętych – doświadczenia międzynarodowe /
The changing role of the state in the health care systems of developed countries – international experience

WYSTĄPIENIA:

- dr Neelam Dhingra-Kumar – Coordinator, Patient Safety and Quality Improvement of World Health Organization
- Erik Jylling – Executive Vice President Danish Regions MD. MPM.
- Lenka Poliaková – Minister advisor – expert in the field of reimbursement mechanism and financing of the health

11.30-11.45 Przerwa kawowa

11.45-13.15

BLOK I ZDROWIE – PODSTAWY USTROJOWE I REGULACJE KONSTYTUCYJNE

WYKŁAD WPROWADZAJĄCY:

- Rola państwa i rola obywatela w systemie ochrony zdrowia – czy wszystko jest oczywiste i jasne?
- Czy przepisy o ochronie zdrowia w Konstytucji RP wymagają zmian? – dwugłos, prof. Dariusz Dudek, prof. Marek Świerczyński

DYSKUSJA:

- Wybrane zagadnienia ustrojowe: zdrowie w Konstytucji RP, Prawa i obowiązki obywateli w zrównoważonym systemie ochrony zdrowia, Przegląd konstytucji innych krajów, Dyskusja o obecnych i docelowych przepisach Konstytucji RP

MODERATORZY:

- prof. Dariusz Dudek, prof. Marek Świerczyński

PANELIŚCI:

- mec. Bartłomiej Chmielowiec, dr hab. Jacek Grabowski, Urszula Jaworska, lek. Andrzej Zapaśnik
- Pytania z Sali

13.15-14.00 Lunch

14.00-15.30

BLOK II SYSTEM ZORIENTOWANY NA PACJENTA

WYKŁAD WPROWADZAJĄCY:

Zasady obowiązujące w efektywnym systemie ochrony zdrowia – trójgłos:

- prof. Rafał Niżankowski: Naczelne wartości systemu zorientowanego na pacjenta i jego potrzeby
- prof. Cezary Włodarczyk: Solidaryzm czy równość – co ważniejsze w zdrowiu i czy da się je pogodzić?
- prof. Jacek Wysocki: Solidaryzm z najstarszymi jako wymóg współczesnych systemów ochrony zdrowia

Dyskusja: Fundamenty systemu ochrony zdrowia: solidaryzm, równość, konkurencja, jakość, bezpieczeństwo, wartość zdrowotna

MODERATORZY:

- prof. Cezary Włodarczyk, prof. Jacek Wysocki

PANELIŚCI:

- Beata Ambroziewicz, prof. Tomasz Hryniewiecki, Halina Kutaj-Wąsikowska, prof. Adam Maciejczyk, Marek Pławiak, Anna Rulkiewicz
- Pytania z Sali

15.30-15.45 Przerwa kawowa

15. 45-17.30

BLOK III EFEKTYWNY SYSTEM OCHRONY ZDROWIA – WIZJA, CELE, MIERNIKI

WYKŁADY WPROWADZAJĄCE:

- Strategia polskiego systemu ochrony zdrowia – lekcja historii: dr Piotr Warczyński
- Gdzie jesteśmy, dokąd idziemy – White Policy Paper 2014-2020: dr Małgorzata Gałązka-Sobotka

DYSKUSJA:

- Rola państwa i władz publicznych, długofalowa polityka zdrowotna, cel główny systemu, cele strategiczne i podstawowe miary efektywności systemu
- Wizja i cele strategiczne systemu

MODERATORZY:

- dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dr Piotr Warczyński

PANELIŚCI:

- dr Marek Balicki, dr Konstanty Radziwiłł, prof. Łukasz Szumowski, Krystyna Wechmann
- Pytania z Sali

17.30-17.50

Podsumowanie konferencji

prof. Piotr Czauderna

GŁÓWNE ZAGADNIENIA:

- KONSTITUCYJNE I USTROJOWE PODSTAWY OCHRONY ZDROWIA
- NACZELNE ZASADY SYSTEMU (SYSTEM ZORIENTOWANY NA PACJENTA)
- EFEKTYWNY SYSTEM OCHRONY ZDROWIA (WIZJA, CELE, MIERNIKI)

SESJA I

ZDROWIE – PODSTAWY USTROJOWE I REGULACJE PRAWNE

TEZY

- Obecne przepisy, w szczególności wynikające z art. 68 Konstytucji, wymagają prawidłowej interpretacji, tak aby mogły być realnie stosowane. Istnieje bowiem faktyczny brak równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych.
- Odpowiedzialność i obowiązki w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej spoczywa w części na administracji państwowej, a w części również na władzach lokalnych (samorządowych). Dotyczy to w szczególności zapewnienia równego dostępu do odpowiednich świadczeniodawców na danym terenie.
- Równy dostęp nie powinien być interpretowany jako bezpłatny dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, zresztą już dziś istnieje współpłacenie w tym zakresie, np. za wykup leków. Stwierdzenie to otwiera drogę do podjęcia dyskusji o wprowadzeniu finansowych motywatorów do stosowania zaleceń lekarskich (polepszenie stopnia przestrzegania zaleceń zdrowotnych), a także do współpłacenia za świadczenia, szczególnie w przypadkach nieprzestrzegania obowiązków pacjenta.
- Prawu każdego obywatela do ochrony zdrowia winny towarzyszyć także obowiązki. Obejmuje to zwłaszcza powinność dbałości o własne zdrowie, zanim pojawią się problemy zdrowotne.
- Aby móc realizować obowiązek dbałości o własne zdrowie, konieczne jest jednak wcześniejsze zapewnienie pacjentom prawa do rzetelnej, opartej na aktualnej wiedzy i podanej w przystępny sposób informacji dotyczącej wpływu stylu życia na zdrowie.
- Wśród warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określanych ustawą, do której Konstytucja w ust. 2 zd 2. Art. 68 (obecnie ustawa o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych), winna istnieć gwarancja wykonania świadczenia w określonym nieprzekraczalnym czasie, co jest rozwiązaniem znanym i stosowanym w Europie.
- W polityce zdrowotnej, rozumianej jako proces, obecna musi być zarówno solidarność, jak i równość. Oznacza to także wprowadzenie jednakowych dla wszystkich potencjalnych beneficjentów publicznego systemu ochrony zdrowia, zasad udziału w jego finansowaniu.
- Szczególnym wsparciem i wzmocnioną opieką muszą być otoczone grupy najsłabsze społecznie. Oznacza to faktyczne wypełnienie, nałożonego w Konstytucji, obowiązku zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

SESJA II

SYSTEM ZORIENTOWANY NA PACJENTA

TEZY

- Konieczne jest określenie podstawowych cech systemu opieki zdrowotnej, które z perspektywy pacjenta stanowią o wartości systemu.
- Zestaw cech charakteryzujących system skoncentrowany na pacjencie jest kluczowy dla dalszych działań. Należą do nich: dostępność, doświadczenie i kompetencje, skuteczność postępowania, bezpieczeństwo pacjenta, informacja i edukacja,

koordynacja i kompleksowość, ciągłość opieki, komfort pacjenta, wsparcie emocjonalne i empatia, respektowanie preferencji, indywidualizowanie opieki, wspieranie samoopieki.

- Pacjenci lub ich przedstawiciele powinni brać udział w kształtowaniu polityki zdrowotnej, zaś ocenie wartości decydujących o charakterze systemu opieki zdrowotnej ukierunkowanego na pacjenta należy nadać charakter ciągłego, profesjonalnego i zinstytucjonalizowanego pomiaru. Wymaga to kontynuowania prac nad ustawą o jakości w ochronie zdrowia.
- Ocena ta winna być zróżnicowana w trzech podstawowych obszarach: podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki i profilaktyki pierwszorzędowej. Informacje zwrotną o ocenie świadczeniodawcy winni wykorzystywać w prowadzonej stale cyklicznej poprawie jakości.
- Poprawa bezpieczeństwa systemu ochrony zdrowia wymaga stworzenia warunków do zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz umiejętności wyciągania trafnych wniosków z analiz, a także formułowania zaleceń dla zmian w organizacji minimalizujących ryzyko powtórzenia się analogicznych zdarzeń w przyszłości.
- Warunkiem podstawowym jest zapewnienie bezpieczeństwa osobom zgłaszającym zdarzenie niepożądane. Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych nie może być wykorzystywane do karania i piętnowania osób uczestniczących w zdarzeniu, ale powinno służyć uczeniu się i poszukiwaniu sposobów zmniejszenia ryzyka takich zdarzeń w przyszłości.
- Zgłaszanie to musi być rozdzielone od skarg i zażaleń, a także od postępowań związanych z odszkodowaniami za wypadki medyczne.

SESJA III

EFEKTYWNY SYSTEM OCHRONY ZDROWIA – WIZJA, CELE, MIERNIKI

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W PERSPEKTYWIE 2030 – WSPÓLNIE DLA ZDROWIA

W TROSCE O ZDROWIE FIZYCZNE I PSYCHICZNE POLAKÓW:

1. **Budujemy partnerską relację obywateli** odpowiedzialnych za własne zdrowie, personelu ochrony zdrowia kompetentnego i zaangażowanego w realizację swej misji, władz publicznych, które w granicach swoich możliwości finansowych efektywnie inwestują w zdrowie społeczeństwa.

2. **Wydlużamy życie naszych obywateli** w zdrowiu i poprawiamy jego jakość w chorobie poprzez wszechstronną, skuteczną i nowoczesną:

- edukację zdrowotną na różnych etapach życia,
- profilaktykę,

- diagnostykę,
- leczenie,
- rehabilitację.

realizowane w modelu opieki zintegrowanej, przy wykorzystaniu zdobyczy nauki i techniki, a także w oparciu o dowody naukowe.

3. **Dostosowujemy system do nowych potrzeb** wynikających z przemian społecznych i demograficznych oraz postępu wiedzy i rozwoju technologii.

PACJENT I SYSTEM
– NACZELNE ZASADY DZIAŁANIA OPIEKI MEDYCZNEJ

→ DŁUGOFALOWE CELE DLA POLSKIEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

→ KAŻDEMU CELOWI WINNY TOWARZYSZYĆ MIERZALNE WSKAŹNIKI (MIERNIKI)

CEL 1. ZDROWY OBYWATEL

- promocja zdrowego życia
- profilaktyka
- odpowiedzialność za własne zdrowie

CEL 2. SKUTECZNOŚĆ LECZENIA

- obniżenie zachorowalności, chorobowości i powikłań, w szczególności w odniesieniu do kluczowych chorób cywilizacyjnych
- zmniejszenie stopnia niesamodzielności i niepełnosprawności
- zapobieganie przedwczesnej śmiertelności
- ograniczanie chorób zakaźnych o istotnym znaczeniu dla zdrowia publicznego

CEL 3. OGRANICZENIE NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU

- zmniejszenie nierówności w zdrowiu z tytułu dochodów, dostępu do informacji, miejsca zamieszkania

CEL 4. OPIEKA ZINTEGROWANA

- zwiększony dostęp do opieki zdrowotnej w systemie leczenia otwartego, przy udziale rodziny i środowiska lokalnego, wspierany przez odpowiednio dostosowany system leczenia szpitalnego

CEL 5. EFEKTYWNA OPIEKA

- monitorowanie bezpieczeństwa pacjenta
- monitorowanie wyników leczenia (bliskich i odległych)
- zarządzanie w oparciu o dane
- rozwój kadr, ich kompetencji oraz kultury pracy zespołowej
- zrównoważone mechanizmy finansowe
- rozwój innowacyjnych procesów i narzędzi leczniczych oraz zarządczych

Materiał stanowi podsumowanie konferencji, nie jest on ostatecznym materiałem programowym.



Podsumowanie II konferencji

Medycyna,
finanse, gospodarka

Krynica • 5 września 2018

PROGRAM

II Konferencja

MEDYCINA, FINANSE, GOSPODARKA

w ramach debaty **WSPÓLNIE DLA ZDROWIA**

Krynica • 5 września 2018 r.

10.40-10.50

Wystąpienie Ministra Łukasza Szumowskiego

10.50-11.10

Pacjent i system: zasady działania opieki medycznej. Podsumowanie i konferencji „Wspólnie dla zdrowia”

Piotr Czauderna, Prezydium Rady Społecznej „Wspólnie dla
Zdrowia”

11.10-12.25

Źródła finansowania

PANELIŚCI:

- Christoph Sowada, Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ
- Tomasz Robaczyński, Ministerstwo Finansów
- Maciej Miłkowski, Ministerstwo Zdrowia
- Gertruda Uścińska, ZUS
- Julita Czyżewska, PZU Zdrowie SA, Polska
- Beata Ambroziewicz, Polska Unia Organizacji Pacjentów
- Maria Ochman, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”

MODERATORZY:

- Anna Rulkiewicz, Pracodawcy RP
- Jacek Grabowski, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

12.25-12.30

Przerwa

12.30-13.45

Zasady alokacji – finanse na rzecz najwyższej wartości zdrowotnej

WYKŁAD WPROWADZAJĄCY:

Anna Kozieł, Bank Światowy

PANELIŚCI:

- Adam Niedzielski, Narodowy Fundusz Zdrowia
- Sławomir Gadomski, Ministerstwo Zdrowia
- Michał Sutkowski, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

- Waldemar Malinowski, Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych
- Grzegorz Gielera, Wojskowy Instytut Medyczny
- Adam Rozwadowski, Enel-med
- Stanisław Maćkowiak, Federacja Pacjentów Polskich

MODERATORZY:

- Agnieszka Pachciarz, Wielkopolski Oddział NFZ
- Paweł Ptaszyński, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

13.45-14.00

Przerwa

14.00-15.15

Innowacje organizacyjne na rzecz jakości i bezpieczeństwa

WYKŁAD WPROWADZAJĄCY:

dr Marrhias Wismar, European Observatory on Health Systems and Policies

PANELIŚCI:

- Zbigniew Król, Ministerstwo Zdrowia
- Piotr Pobrotyn, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu
- Iwona Kowalska-Bobko, Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum
- Michael S. Czekał, Hunter Holmes MCGuire Center for Simulation and Healthcare Innovation Professor Critical Care Medicine Department of Anesthesiology Virginia Commonwealth University
- Urszula Jaworska, Fundacja Urszuli Jaworskiej

MODERATORZY:

- Jarosław Fedorowski, Polska Federacja Szpitali
- Artur Prusaczyk, Centrum Diagnostyczno-Medyczne w Siedlcach

15.15-15.30

Przerwa

15.30-17.00

Wspólnie dla Zdrowia – debata przedstawicieli rządu

15.30-15.45

Wystąpienie Premiera Mateusza Morawieckiego

15.45-17.00

DEBATA

PANELIŚCI:

- min. Łukasz Szumowski
- min. Teresa Czerwińska
- min. Elżbieta Rafalska
- min. Joanna Kopcińska
- min. Jerzy Kwieciński
- min. Marek Zagórski

MODERATORZY:

- Małgorzata Gałązka-Sobotka, Uczelnia Łazarskiego
- Piotr Czauderna, Gdański Uniwersytet Medyczny

17.00-17.15 Przerwa

17.15-18.30

Sektor ochrony zdrowia jako część gospodarki nastawionej na rozwój

WYKŁAD WPOWADZAJĄCY:

Eamon Gilmore, Vice Premier i Minister Spraw Zagranicznych Irlandii w poprzednim rządzie

PANELIŚCI:

- Łukasz Szumowski, Minister Zdrowia
- Małgorzata Adamkiewicz, Adamed

- Iwona Pokwicka, Medcover Polska
- Miłosz Gruca, Prezes Zarządu Selvita
- Robert Rusak, Prezes Zarządu POLMED
- Jarosław Oleszczuk, Infarma (Astra Zeneca)
- Reinier Schlatmann, CEO of Philips Central and Eastern Europe, Philips Polska Sp. z o.o., Holandia

MODERATORZY:

- Tomasz Hryniewiecki, Instytut Kardiologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego
- Dorota Hryniewiecka-Firlej, Infarma

18.30-18.45 Przerwa

18.45-20.00

Czy jesteśmy gotowi do przejścia na model płacenia za efekty: *value-based*, *performance-based*?

PANELIŚCI:

- Łukasz Szumowski, Minister Zdrowia
- Andrzej Ryś DG SANTE, European Commission
- Andrzej Jacyna, Narodowy Fundusz Zdrowia
- Roman Topór-Mądry, AOTMiT
- Szymon Chrostowski, Międzynarodowa Grupa Sterująca Projektu All.Can przy Parlamencie Europejskim

w otwartej dyskusji z uczestnikami konferencji

MODERATORZY:

- Małgorzata Gałązka-Sobotka, Uczelnia Łazarskiego
- Piotr Czauderna, Gdański Uniwersytet Medyczny

GŁÓWNE ZAGADNIENIA:

→ INWESTYCJE W ZDROWIE A GOSPODARKA ZDROWIA – WYZWANIA ZDROWOTNE PAŃSTWA W KONTEKŚCIE ROZWOJU GOSPODARCZEGO

→ ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

→ ZASADY ALOKACJI – FINANSE NA RZECZ NAJWYŻSZEJ WARTOŚCI ZDROWOTNEJ

→ INNOWACJE ORGANIZACYJNE NA RZECZ JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA

→ SEKTOR OCHRONY ZDROWIA JAKO CZĘŚĆ GOSPODARKI NASTAWIONEJ NA ROZWÓJ

→ GOTOWOŚĆ SYSTEMU DO PRZEJŚCIA NA MODEL PŁACENIA ZA EFEKTY: VALUE-BASED, PERFORMANCE-BASED

SESJA PLENARNA INWESTYCJE W ZDROWIE A GOSPODARKA ZDROWIA – WYZWANIA ZDROWOTNE PAŃSTWA W KONTEKŚCIE ROZWOJU GOSPODARCZEGO

Sesja plenarna z udziałem Premiera Mateusza Morawieckiego oraz przedstawicieli rządu: ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego, minister finansów Teresę Czerwińską, minister rodziny, pracy i polityki społecznej Elżbietę Rafalską, minister Joanną Kopcińską, ministrem inwestycji i rozwoju Jerzym Kwiecińskim, ministrem cyfryzacji Markiem Zagórskim.

- Ochrona zdrowia jest priorytetem w polityce państwa. Jest traktowana jako ważny sektor gospodarki i „koło zamachowe” w wielu obszarach zwłaszcza innowacyjnych.
- Wydatki na zdrowie są wymierną inwestycją.
- Największymi wyzwaniami dla systemu są: sprawiedliwy podział środków na ochronę zdrowia, ograniczenie różnic w dostępie do świadczeń, a także ich jakości pomiędzy poszczególnymi regionami.
- Konieczne jest zdefiniowanie relacji pomiędzy nakładami na profilaktykę a nakładami na medycynę naprawczą.
- System ochrony zdrowia musi zabezpieczyć narzędzia do oceny jakości opieki i transformacji systemu w kierunku jakości, wyników zdrowotnych tzw. Value Based Healthcare.
- Sektor finansów publicznych musi się zmierzyć z koniecznością pokrycia rosnących kosztów związanych z jednej strony z postępem technologicznym, a z drugiej strony starzeniem się społeczeństwa.
- Ochrona zdrowia wymaga unowocześnienia: e-recepta, e-skierowanie i e-zwolnienie mają służyć lepszej identyfikacji pacjenta i uniknięciu nieprawidłowości oraz różnego rodzaju nadużyć.
- Rząd stara się zabezpieczyć w budżecie środki na ochronę zdrowia, tak aby z roku na rok rosły i w roku 2024 osiągnęły poziom

min. 6% PKB. Ale już dzisiaj musimy liczyć się z faktem, iż nakłady na ochronę zdrowia będą musiały w przyszłości wzrosnąć znacznie powyżej tych 6% PKB.

- Konieczne jest rozpoczęcie prac nad metodologią liczenia łącznych kosztów chorób w rachunku finansów publicznych.
- Kluczowe znaczenie dla rozwoju państwa mają innowacje, w sferze medycyny mamy potencjał do udziału w globalnej konkurencji. Polska nauka stoi na stosunkowo wysokim poziomie, niestety wyniki badań naukowych znajdują małe zastosowanie w gospodarce. Musimy stworzyć system efektywnego wykorzystania badań medycznych w naszej gospodarce i w naszej ochronie zdrowia.
- Zrównoważony rozwój powinien zachodzić równomiernie w całym kraju. Konieczne jest dostosowanie wszystkich naszych placówek do standardów europejskich.
- Wydatki na ochronę zdrowia traktować należy jako wydatki rozwojowe. Kraje Unii Europejskiej, które mają najlepsze efekty w ochronie zdrowia wydają na ten cel od 10 do 12 proc. PKB. Aktualnie łączne wydatki na zdrowie (publiczne i prywatne) sięgają w Polsce około 7 proc. To jest około 1,5 razy mniej niż w krajach UE i dwa razy mniej niż w Stanach Zjednoczonych. Ta relacja ukazuje drogę, którą musimy podążać.
- Ważnym zadaniem w systemie jest nadrobienie wieloletnich zaległości w wynagrodzeniach pracowników systemu ochrony zdrowia.
- Obszarem, który wymaga poprawy jest dostępność do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
- Cyfryzacja i informatyzacja to narzędzia, które musimy wykorzystywać w procesie budowania systemu opartego na jakości, a więc nakierowanego na wartość zdrowotną.

- Istotnym problemem państwa są wysokie wskaźniki absencji pracowników. Roczne wydatki na ten cel wynoszą 21 mld zł. Do tej wartości należy doliczyć 6,3 mld wydatków pracodawców. Stąd wynika potrzeba stałej poprawy opieki zdrowotnej, która mogłaby powstrzymać tę niekorzystną tendencję.
- Dezaktywizacja zawodowa ze względu na stan zdrowia powinna być przedmiotem analiz i konkretnych rozwiązań.

SESJA I ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

1. Wydaje się oczywiste, że uzyskanie poziomu 6% PKB dla publicznych nakładów na zdrowie w perspektywie roku 2024 nie będzie możliwe bez podniesienia składki ubezpieczenia zdrowotnego lub zwiększenia nakładów na programy rządowe i samorządowe, a także bezpośrednich dotacji z budżetu przeznaczonych na wybrane wysokospecjalistyczne świadczenia, np. na przeszczepianie narządów, czy programy lekowe.
2. Wszystkie te źródła mogą okazać się niezbędne dla finansowania systemu, choć niewątpliwie wzrost nakładów musi być także powiązany z mechanizmami podniesienia efektywności ponoszonych wydatków.
3. System finansowania ochrony zdrowia powinien pozostać mieszany, ponieważ kompensuje to niedostatki systemu publicznego w odniesieniu do osób pracujących. Uzyskanie poziomu 6% PKB nie pozwoli na istotną zmianę w tym zakresie. Dlatego pożądane jest stymulowanie dalszego rozwoju wydatków prywatnych na zdrowie i tworzenie zachęt dla ich uporządkowania, np. w formie dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych czy też pracowniczych pakietów zdrowotnych oraz ulg podatkowych. Powinno to stanowić kontrast dla zbyt wysokiego obecnie udziału współpłacenia za usługi zdrowotne bezpośrednio z kieszeni pacjentów.
4. Wysoki poziom współpłacenia przez osoby przewlekle chore jest niezgodny z zasadami solidaryzmu i powinien być systematycznie ograniczany. Wymaga to porządkowania zasad współpłacenia w dążeniu do maksymalizacji równości w zdrowiu.
5. Należy zapobiegać wydatkom związanym z nabywaniem produktów i świadczeń o nieznannej lub znikomej skuteczności, zwłaszcza suplementów diety szeroko reklamowanych jako inwestycja w zdrowie. Niezwykle ważna jest budowa odpowiedniej polityki informacyjnej i edukacyjnej w tym zakresie.

SESJA II ZASADY ALOKACJI – FINANSE NA RZECZ NAJWYŻSZEJ WARTOŚCI ZDROWOTNEJ

1. Respektując systemową zasadę równości dostępu rekomendowaną (docelową) zasadą alokacji powinna być alokacja oparta na efektywności.
2. Poszukując optymalnego dla polskiego społeczeństwa modelu alokacji należy przyjąć także zasadę transparentnego określania priorytetów (adresatem tej zasady są decydenci ochrony zdrowia).
3. Model alokacji środków musi jako punkt wyjścia traktować: zmiany demograficzne polskiego społeczeństwa oraz wysoką świadomość i oczekiwania pacjentów (świadczeniobiorców), wynikające z dostępu do wiedzy nt. nowoczesnych metod leczenia.
4. Alokacja – w odniesieniu do rodzajów świadczeń zdrowotnych. Na obecnym poziomie finansowania celem alokacji dodatkowych środków powinny być wszystkie rodzaje świadczeń. Jednak powinny zostać wyeliminowane mechanizmy niesłużące uzyskiwaniu optymalnych efektów zdrowotnych. Wśród najbardziej niesłużących systemowi należy wskazać:

W ZAKRESIE LECZENIA SZPITALNEGO:

- hospitalizowanie pacjentów w sytuacjach, gdy ten sam efekt zdrowotny można uzyskać korzystając z innych, mniej kosztownych i ryzykownych dla pacjenta rodzajów świadczeń
- problem powtórnych hospitalizacji wynikający z braku motywacji do rozwiązania problemu zdrowotnego pacjentów w ramach jednego prawidłowo prowadzonego leczenia szpitalnego

W ZAKRESIE LECZENIA AMBULATORYJNEGO:

- wysoki odsetek prostych (recepturowych) wizyt u specjalistów, zwłaszcza w specjalnościach, w których po zakończeniu leczenia pacjent powinien trafić do podstawowej opieki zdrowotnej
- istniejąca możliwość korzystania z usług wielu lekarzy tej samej specjalności

- brak skutków dla podmiotów leczniczych za kierowanie na specjalistycznie badania diagnostyczne (RM, TK etc), kiedy diagnozę mogą postawić na podstawie innych dostępnych metod

W ZAKRESIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ:

- brak danych statystycznych/epidemiologicznych, które pozwoliłyby na ocenę efektywności opieki

Alokacja – w odniesieniu do organizacji usług medycznych powinna być niezależna od formy prawnej i właścicielskiej podmiotów leczniczych oraz wobec zdiagnozowanego rozdrobnienia rynku usług medycznych powinna opierać się na ocenie efektywności nakładów (jako przykład: brak celowości funkcjonowania oddziałów położniczych o niskiej liczbie porodów).

SESJA III

INNOWACJE ORGANIZACYJNE NA RZECZ JAKOŚCI I BEZPIECZEŃSTWA

Zgodnie z definicją z podręcznika OSLO Manual 2005 Innowacja organizacyjna to wdrożenie nowej metody organizacji w zakresie praktyk biznesowych, organizacji miejsca pracy bądź relacji ze środowiskiem zewnętrznym, które nigdy wcześniej nie były w tym przedsiębiorstwie stosowane oraz fakt, że wdrożenie danej zmiany organizacyjnej jest wynikiem strategicznych decyzji podjętych przez zarząd.

Jej celem jest zwiększenie sprawności funkcjonowania przedsiębiorstwa poprzez redukcję kosztów administracyjnych i/lub transakcyjnych, poprawa satysfakcji pracowników ze sposobu zorganizowania miejsca pracy i w konsekwencji wzrost jej wydajności, zdobycie dostępu do aktywów nie podlegających sprzedaży, takich jak nieskodyfikowana wiedza zewnętrzna, a także redukcja kosztów dostawy zaopatrzenia.

ZA EFEKTYWNA INNOWACJĘ ORGANIZACYJNA W OCHRONIE ZDROWIA UZNAJE SIĘ TĘ ZMIANĘ LUB INTERWENCJĘ, KTÓRA PROWADZI DO:

- wyższej jakości usługi
 - satysfakcji pacjenta (Patient Experience)
 - racjonalnego zaspokajanie potrzeb zdrowotnych
- lepszego zdrowia populacji
 - dłuższego życia w zdrowiu
 - poprawy wskaźników epidemiologicznych
 - zwiększenie uczestnictwa pacjentów w programach medycznych (populacyjnych programach profilaktycznych i programach zarządzania chorobami)
 - poprawy wyników klinicznych leczenia

- niższych kosztów
 - redukcji zbędnych procedur i kosztów
 - finansowania powiązanego z jakością i efektywnością procesów zarówno dla podmiotów leczniczych, jak i dla pracowników
 - wyższe wynagrodzenie dla pracowników za aktywną pracę budującą wartość opieki

WARUNKIEM REALIZACJI INNOWACJI NAKIEROWANYCH NA JAKOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO PACJENTÓW JEST:

- zmiana mentalności (postaw), płynąca od liderów zawodów medycznych
- zmiana kultury organizacji pracy

WYKORZYSTANIE EWALUACJI WSKAŹNIKÓW JAKO RZETELNEJ OCENY RZECZYWISTOŚCI I WYNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

Dostrzegając potrzeby nieuchronnych zmian, interesariusze polskiego systemu ochrony zdrowia wprowadzają innowacje technologiczne i organizacyjne, bazujące na doświadczeniach międzynarodowych dostosowując je do krajowych uwarunkowań.

GLÓWNE KIERUNKI PODEJMOWANYCH DZIAŁAŃ TO:

- stosowanie rozwiązań telemedycznych w zakresie diagnostyki i telekonsylia usprawniające komunikację między lekarzami, przepływ dokumentacji medycznej oraz monitorowanie procesów tworzenia łańcuchów optymalnej wartości opieki

- wprowadzenie e-recepty oraz dalsze prace nad cyfryzacją – e-zwolnienie, e-skierowania
- komunikacja – m.in. ogólnopolska infolinia dla pacjentów „Telefoniczna Informacja Pacjenta” jako wspólna inicjatywa Narodowego Funduszu Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta, Call Center w profilaktyce
- wykorzystanie narzędzia analiz dokumentacji naukowej do kontroli procesu jakości obsługi procesów oraz analizy „big data” do budowy „ścieżek pacjenta” w nowoczesnym podejściu do profilaktyki zdrowotnej i badaniu „patient experience”
- wykorzystanie elementów Lean Management do wyceny świadczeń i oceny efektywności procesów diagnostyczno-terapeutycznych
- skill mix, krzyżowanie kompetencji pracowników medycznych i innych pracowników ochrony zdrowia na rzecz jakości i bezpieczeństwa
- innowacyjne modele Koordynowanej opieki np. POZ PLUS, innowacja organizacyjna, polegająca na zamianie usług fragmentarycznych na spójny kompleksowy proces, zarówno dla badań profilaktycznych, jak również opieki nad pacjentami przewlekle chorymi

SESJA IV

SEKTOR OCHRONY ZDROWIA JAKO CZĘŚĆ GOSPODARKI NASTAWIONEJ NA ROZWÓJ

1. Poprawa dostępu do innowacyjnych technologii medycznych (terapii, sprzętu, procesów) przynosi bezpośrednie korzyści zdrowotne pacjentom i pośrednie korzyści ogólnogospodarcze.
2. Dostęp do nowoczesnych technologii w Polsce jest jak dotąd ograniczony, głównie z uwagi na systemowe braki finansowe oraz brak przewidywalności i stałości rozwiązań prawno-podatkowych.
3. W tym kontekście szczególne znaczenie w tworzeniu i rozwijaniu innowacji w Polsce mają: udogodnienia podatkowe, skoordynowana współpraca podmiotów prywatnych i państwowych oraz kooperacja przemysłu polskiego z firmami zagranicznymi, tak aby potencjał badawczy, finansowy i wdrożeniowy ze wszystkich wymienionych podmiotów – został jak najlepiej wykorzystany.
4. Obserwowana w ostatnich latach wzmożona aktywność polskich firm prywatnych w medycznej działalności badawczej jest cenna, ale biorąc pod uwagę ryzyko inwestycyjne i konieczność ponoszenia bardzo wysokich nakładów na badania, istnieje potrzeba wypracowania bardziej skutecznych modeli współpracy podmiotów prywatnych i państwowych. Potencjalne modele współpracy powinny być efektywne i odwołujące się do mierzalności skuteczności określonych technologii medycznych poprzez ocenę uzyskanych efektów terapeutycznych (Value Healthcare System).
5. W oparciu o konkretne cele zdrowotne, ustalone na podstawie analiz epidemiologicznych oraz prognoz, istnieje potrzeba stworzenia spójnej długoterminowej strategii zdrowotnej, w której powstanie i wdrożenie byłoby zaangażowani wszyscy interesariusze, a nie jedynie Ministerstwo Zdrowia.
6. Procedury refundacyjne mogłyby być sprawniejsze (aktualnie trwają one minimum 12 miesięcy) z uwzględnieniem nie tylko ceny i kosztów leczenia, ale również kosztów pośrednich.
7. Współpraca nauki z biznesem mogłaby być intensywnie wspierana ulgami podatkowymi lub ułatwieniami inwestycyjnymi.
8. Należy podkreślić konieczność kontynuowania rozwoju i efektywnego wykorzystania nowoczesnych technologii, np. telemedycyny, robotów chirurgicznych, e-recepty, e-zwolnienia.

SESJA V

GOTOWOŚĆ SYSTEMU DO PRZEJŚCIA NA MODEL PŁACENIA ZA EFEKTY: VALUE-BASED, PERFORMANCE-BASED

1. Polski system ochrony zdrowia powinien przyszłościowo opierać się na zasadzie Value Based Health Care (VBHC).
możemy zapominać, że zwiększenia efektywności wymaga także struktura zasobów przeznaczanych na zdrowie.
 2. Większe nakłady na ochronę zdrowia muszą prowadzić do poprawy dostępności, równości, bezpieczeństwa, większej skuteczności i efektywności opieki, a także stymulować dobre doświadczenia pacjenta z korzystania z systemu. W konsekwencji powinny prowadzić one do poprawy wyników zdrowotnych.
EWOLUCJA POLSKIEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W KIERUNKU VBHC MUSI PROMOWAĆ:
 - wydajność, która pozwala na obniżkę kosztów
 - powtarzalność, która sprzyja jakości
 - porównywalność, która sprzyja przejrzystości
 3. Przepływy pieniądza powinny być pochodną efektu zdrowotnego gwarantowanego przez świadczeniodawcę. Tym samym, płatnik, a także sami lekarze i inny personel medyczny, w oparciu o wiarygodne dane powinni poszukiwać „najlepszych praktyk” w leczeniu i opiece nad pacjentem.
KONIECZNE JEST PODJĘCIE DZIAŁAŃ:
 - w kierunku budowania i promowania kultury mierzenia wartości w oparciu o zdefiniowane wskaźniki na wszystkich poziomach systemu oraz w odniesieniu do wszystkich nośników wartości, tj. zasobów, procesów, wyników
 - na rzecz rozwoju integracji działań i ich koordynacji we wszystkich tych obszarach, w których możliwe jest osiągnięcie dodatkowej wartości zdrowotnej, w relacji do ponoszonych nakładów
 - na rzecz powiązania finansowania z efektami interwencji w systemie ochrony zdrowia
 4. Model ten gwarantuje, że dostępne zasoby są wykorzystywane przede wszystkim do interwencji zdrowotnych dających wyniki, które pacjenci najbardziej cenią, a nie tych, które są najbardziej opłacalne dla świadczeniodawców.
 5. Budowanie systemu opartego na wartości zdrowotnej jest procesem stopniowym, który wymaga stworzenia nowoczesnej architektury informacyjnej oraz informatycznej w systemie ochrony zdrowia z centralną rolą jakościowych rejestrów medycznych.
 6. Gromadzenie, przetwarzanie i analizowanie danych medycznych pozwoli nam przejść z systemu płacenia za usługę do płacenia za jej efekt.
 7. Dla różnych obszarów medycyny i opieki inne są mierniki wartości zdrowotnej, zaś sama metodologia pomiaru wartości zdrowotnej ma swoją rozległą praktykę w innych krajach, z których to doświadczeń powinniśmy skorzystać.
 8. W procesie tworzenia systemu nakierowanego na wartość nie
System ochrony zdrowia kroczący w kierunku opieki zdrowotnej nakierowanej na wartość promuje pracę zespołową oraz partnerstwo wszystkich interesariuszy systemu na rzecz jak najlepszych wyników dla pacjentów.
Już dziś można wymienić pewne obecne w Polsce praktyki nakierowane na rzecz wartości w opiece zdrowotnej: POZ PLUS, Krajowa Sieć Onkologiczna, IOWISZ, KOS-Zawał, Środowiskowa opieka psychiatryczna, Rejestr raka płuca, itp. Należy je wzmacniać i rozwijać!
- Materiał stanowi podsumowanie konferencji, nie jest on ostatecznym materiałem programowym.*



Podsumowanie III konferencji
**Własność, zarządzanie,
odpowiedzialność**

Łódź • 29 listopada 2018

PROGRAM

III Konferencja

WŁASNOŚĆ, ZARZĄDZANIE, ODPOWIEDZIALNOŚĆ

w ramach debaty **WSPÓLNIE DLA ZDROWIA**

Łódź • 29 listopada 2018 r.

8.00 Rejestracja uczestników
9.30 Otwarcie drzwi Auli

10.00-10.10

Przywitanie gości

Paweł Górski, były Rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

10.10-10.20

Otwarcie konferencji

Łukasz Szumowski, Minister Zdrowia

10.20-10.45

Wybór doświadczeń z projektów międzynarodowych uczelni medycznych dla zmian w OZ w Polsce.

Jacek Grabowski, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

10.45-11.10

Wykład

Maria Rauch-Kallat, była Minister Zdrowia w Austrii

11.10-12.40

Podstawowe zabezpieczenie zdrowotne

MODERATORZY:

- Andrzej Zapaśnik, Polska Fundacja Opieki Zintegrowanej
- Adam Kozierekiewicz, ekspert w ochronie zdrowia

PANELIŚCI:

- Urszula Jaworska, Fundacja Urszuli Jaworskiej
- Jacek Krajewski, Porozumienie Zielonogórskie
- Waldemar Malinowski, Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych
- Elżbieta Rucińska-Kulesz, Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ
- Anna Rulkiewicz, Pracodawcy RP
- Zdzisław Szramik, Region Podkarpacki Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy
- Paweł Żuk, Centrum Medyczno-Diagnostyczne w Siedlcach

11.10-11.40 Prezentacja efektów pracy zespołu

11.40-12.40 Dyskusja plenarna nad тезami

12.40-13.00 Przerwa

13.00-14.30

Opieka wysokospecjalistyczna

MODERATORZY:

- Maciej Banach, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki
- Grzegorz Gielerak, Wojskowy Instytut Medyczny

PANELIŚCI:

- Krzysztof Chlebus, Gdański Uniwersytet Medyczny
- Marek Kulus, Warszawski Uniwersytet Medyczny
- Filip Nowak, Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ
- Andrzej Matyja, Naczelna Rada Lekarska
- Maciej Miłkowski, Ministerstwo Zdrowia
- Krystyna Wechmann, Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”

13.00-13.30 Prezentacja efektów pracy zespołu

13.30-14.30 Dyskusja plenarna nad тезami

14.30-15.30 Lunch

15.30-17.00

Zarządzanie systemem

MODERATORZY:

- Marek Bałicki, Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego
- Iwona Kowalska-Bobko, Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński

WYKŁAD:

- Christoph Sowada, Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński
- Dawid Sześciło, Uniwersytet Warszawski

PANELIŚCI:

- Beata Ambroziewicz, Polska Unia Organizacji Pacjentów „Obywatele dla Zdrowia”
- Aldona Frączkiewicz-Wronka, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach
- Małgorzata Gałązka-Sobotka, Uczelnia Łazarskiego

- Tomasz Holecki, Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- Damian Marciniak, Wielkopolski Urząd Wojewódzki
- Roman Kolek, Opolski Urząd Wojewódzki
- Cezary Włodarczyk, Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński

15.30-16.00

Prezentacja efektów pracy zespołu

16.00-17.00

Dyskusja plenarna nad tezami

17.00-17.20

Podsumowanie

Jacek Grabowski, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

17.20-17.30

Uwagi końcowe. Zamknięcie konferencji

Paweł Górski, były Rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

GŁÓWNE ZAGADNIENIA:

- PODSTAWOWE ZABEZPIECZENIE ZDROWOTNE
- OPIEKA WYSOKOSPECJALISTYCZNA
- ZARZĄDZANIE SYSTEMEM

SESJA I

PODSTAWOWE ZABEZPIECZENIE ZDROWOTNE

REKOMENDACJE:

1. Podstawowe zabezpieczenie zdrowotne w zakresie najczęstszych chorób przewlekłych powinno polegać na opiece koordynowanej obejmującej lekarzy i inne medyczne służby wchodzące w skład POZ, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS) i szpital powiatowy lub inny odpowiadający mu zadaniami i zakresem świadczeń. Zabezpieczenie podstawowe musi uwzględniać stałą aktywność opieki koordynowanej w zakresie profilaktyki w obszarach o udowodnionej naukowo skuteczności i przy zastosowaniu prostych, tanich, dostępnych i skutecznych metod.
2. Rekrutacja do przesiewowych, ogólnopolskich programów profilaktycznych szczególnie w obszarze najczęstszych chorób nowotworowych, cukrzycy i jej powikłań, otyłości, przewlekłych chorób dróg oddechowych, nadciśnienia tętniczego i choroby wieńcowej powinna być dokonywana na szczeblu zabezpieczenia podstawowego. Metodologię tych badań oraz ich zakres na poszczególnych piętrach referencyjności powinno ustalać Ministerstwo Zdrowia po uwzględnieniu opinii centrów specjalistycznych uwzględniających regionalne uwarunkowania realizacji programów.
3. Do zadań podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego powinien należeć program interwencji edukacyjno-behawioralnej w zakresie zdrowego stylu życia u osób: chorujących na otyłość, wykazujących małą aktywność fizyczną, uzależnienie od używek. Programy edukacyjne nie mogą ograniczać się do przedstawiania wytycznych dla podnoszenia jakości życia, ale muszą służyć do pogłębienia świadomej odpowiedzialności za własne zdrowie osób edukowanych. Ponadto powinny kształtować ostrożną samoopiekę i współdziałanie członków rodziny chorego.
4. Ogólnopolskie programy zdrowotne dla chorych przewlekle po krótkich ocenach w ramach pilotażu powinny być upowszechniane niezwłocznie.
5. Należy opracować i niezwłocznie wdrożyć ogólnokrajowy program kompleksowej opieki medycznej nad chorymi obłożnie. Program nie może ograniczać się do zabezpieczenia centrów specjalistycznej opieki paliatywnej, lecz musi opierać się o wspomaganie opieki domowej, w tym rodzinnej, na szczeblu podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego.
6. W zakresie opieki nad osobami nie w pełni samodzielnymi należy wdrożyć system aktywnej profilaktyki i rehabilitacji ambulatoryjnej, domowej i stacjonarnej.
7. Świadczenia zdrowotne, w tym głównie w zakresie powszechnie występujących chorób przewlekłych, w POZ powinien koordynować lekarz rodzinny, współpracując z pielęgniarkami, edukatorami, dietetykami, fizjoterapeutami. Wskazane jest także współdziałanie z lokalną apteką.
8. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie najczęstszych chorób przewlekłych może mieć charakter ciągły tylko u następujących chorych: w stadiach zagrożenia życia, wobec poważnych powikłań choroby, w sytuacjach długotrwale niesprecyzowanych diagnoz lub powikłań terapii, oraz na wyraźne życzenie lekarza rodzinnego.
9. W pozostałych przypadkach ambulatoryjna opieka specjalistyczna winna stanowić zaplecze konsultacyjne i diagnostyczne dla lekarza POZ.
10. Najbardziej wskazaną formą współdziałania POZ i AOS jest pełna integracja funkcjonalna.
11. Przyjmując za trudne do zrealizowania w krótkim czasie, jednakże niezbędne, zintegrowanie strukturalne i funkcjonalne ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ze szpitalami w ramach powiatowego centrum zdrowia, koniecznym jest opracowanie zasad współdziałania AOS z ambulatoryjnym poradnictwem przyszpitalnym z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych regionu. Tam, gdzie lokalne warunki pozwolą, należy już dziś dokonać reorganizacji AOS uwzględniającej powyższe zalecenie docelowe.

12. Zaleca się tworzenie powiatowych centrów zdrowia, jako zaplecza diagnostyczno-terapeutycznego podstawowej opieki zdrowotnej w regionie poprzez pełną integrację funkcjonalną obu struktur.
 13. Powiatowe centra zdrowia powinny zapewnić: całodobową pomoc medyczną dla zdarzeń nagłych, hospitalizacje w specjalnościach określonych dla poziomu I wg PZS, opiekę jednodniową w zakresie tych specjalności, poradnictwo ambulatoryjne, diagnostykę stanów nagłych i najczęstszych chorób przewlekłych na poziomie wystarczającym do podjęcia decyzji kwalifikacyjnych do poszczególnych pięter referencyjności oraz do monitorowania chorych zakwalifikowanych do opieki w POZ lub AOS podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego, rehabilitację zarówno stacjonarną jak i dzienną, ambulatoryjną i domową, opiekę długoterminową, poradnictwo ambulatoryjne w zakresie zdrowia psychicznego.
 14. Powiatowe centrum zdrowia winno zapewniać hospitalizacje w zakresie chorób wewnętrznych, położnictwa, chirurgi oraz innych specjalności związanych ze szczególnymi potrzebami zdrowotnymi regionu. Powodem hospitalizacji winny być nie tylko stany nagłe, lecz także wybrane problemy diagnostyczne oraz konieczność wykonywania czynności medycznych stanowiących kontynuację świadczeń wykonanych na wyższych poziomach referencyjności.
 15. Niezbędny jest szczegółowy plan tworzenia powiatowego centrum zdrowia uwzględniający specyfikę regionu.
 16. Ważnym elementem planu tworzenia centrum powinno być zdefiniowanie zasad współdziałania centrum z opieką wysokospecjalistyczną w tym opracowanie zasad nadzoru specjalistycznego, zasad wspomaganie ze strony podmiotów opieki wysokospecjalistycznej. W centrum należy utworzyć zespoły analizy efektów opieki koordynowanej oraz opracować regionalne zasady zarządzania informacją. W pracę tych multidyscyplinarnych zespołów, składających się ze specjalistów zdrowia publicznego, statystyków, socjologów, menadżerów mogą być włączone powiatowe organa inspekcji sanitarnej i inne jednostki zgodnie z partykularnymi potrzebami regionu.
- Uwaga: Rada Społeczna dostrzega, że konferencja nie odpowiedziała na kilka ważnych pytań, a mianowicie:
1. Nie udało się sprecyzować celów krótko, średnio i długoterminowych. Na przeszkodzie stanęła niepełna znajomość realiów finansowych i możliwości uzgodnień międzyresortowych w celu prowadzenia odpowiednich zmian prawnych.
 2. Nie udało się określić możliwości i zasad współdziałania POZ ze służbami medycyny pracy.
 3. Nie dyskutowano odrębności opieki pediatrycznej.
 4. Starannie przedyskutowano zależności poziome wraz z sugestiami dotyczącymi hierarchii zarządczej, jednakże nie udało się zadowalająco zdefiniować zasad opieki specjalistycznej pionowej w tym zasad współdziałania ze szpitalami i opieką specjalistyczną najwyższego piętra referencyjności. Dotyczy to także ogólnopolskich programów profilaktycznych.
 5. Nie udało się wypracować modelu kształcenia rodzinnych lekarzy i pielęgniarek, który w szybkim czasie umożliwiłby uzupełnienie poważnych niedoborów kadrowych. Postulowane podczas konferencji konieczne ograniczenia systemów sprawozdawczości, postulaty ekonomiczne, zasady informatyzacji wymagają dodatkowej, szczegółowej dyskusji i mogą być przedmiotem ustaleń podczas ostatecznego formułowania tekstu strategii ochrony zdrowia.

SESJA II

OPIEKA WYSOKOSPECJALISTYCZNA

REKOMENDACJE:

6. Liczba hospitalizowanych, a zatem niezbędnych łóżek szpitalnych szczególnie wysokospecjalistycznych jest zbyt duża. Przyczyną jest zła praktyka hospitalizacji w szpitalach lub na wysokospecjalistycznych oddziałach zakontraktowanych świadczeń, które powinny być wykonywane na innych piętrach referencyjności.
7. Łóżka w szpitalach wysokospecjalistycznych powinny być docelowo wykorzystywane wyłącznie do świadczeń o tym charakterze.
8. W ramach opieki wysokospecjalistycznej powinna istnieć rezerwa kadrowa i infrastrukturalna dla zabezpieczenia zdarzeń nadzwyczajnych, niekomercyjnych badań klinicznych i unikatowych świadczeń na przykład transplantologicznych, neurochirurgicznych, nieinwazyjnej wentylacji.
9. Koncentracja infrastruktury i kadr wysokospecjalistycznych powinna dotyczyć szpitali klinicznych, resortowych, niektórych wojewódzkich, oraz centrów klinicznych o uznanym międzynarodowym dorobku naukowym i usługowym.
10. Niezbędna jest racjonalizacja rozmieszczenia usług wysokospecjalistycznych uwzględniająca stopień zabezpieczenia podstawowego, infrastrukturę regionu, demografię i występowanie

- regionalnych czynników ryzyka chorób. Konieczność kształcenia kadr i jakościowej odrębności świadczeń wymaga stosowania innego systemu normatywnego dla kadr zatrudnionych w opiece wysokospecjalistycznej.
11. Opieka wysokospecjalistyczna powinna uzupełniać system jako miejsce nadzoru, monitorowania i prowadzenia utylitarnej działalności badawczej w zakresie oceny potrzeby wdrażania nowatorskich metod i technologii medycznych na szczeblu regionalnym.
 12. Zadania wysokospecjalistyczne powinny być finansowane ze środków publicznych.
 13. Istnieje pilna potrzeba dokonania racjonalizacji kosztów świadczeń.
 14. Szpitale kliniczne i resortowe wymagają odrębnego systemu finansowania uwzględniającego koszty działalności edukacyjnej, eksperckiej i naukowej w tym innowacyjnej zarówno w zakresie technologii medycznych, jak i profilaktyki oraz organizacji.
 15. Należy dokonać starannie przemyślanej konsolidacji usług wysokospecjalistycznych przede wszystkim wśród usługodawców finansowanych ze środków publicznych. Działalność skonsolidowanych szpitali powinna przede wszystkim zabezpieczać potrzeby zdrowotne regionu i Państwa a proces konsolidacji ma na celu wyłącznie ekonomizację systemu.

SESJA III

ZARZĄDZANIE SYSTEMEM

REKOMENDACJE :

16. Należy opracować plan stopniowej decentralizacji zarządczej i finansowej w zakresie zabezpieczenia podstawowego w ochronie zdrowia.
17. Należy opracować system nadzoru nad procesami decentralizacji.
18. System liberalnego zarządzania i finansowania w ochronie zdrowia jest nieefektywny w zakresie podstawowych mierników zdrowia ludności.
19. Rada Społeczna uważa, że system oparty o kilku właścicieli dysponujących publicznymi środkami infrastrukturalnymi i finansowymi utrudnia racjonalną politykę zdrowotną na danym terenie. Należy przekonać decydentów politycznych, a następnie opracować zasady prawne unifikacji systemu pod tym względem.
20. Proces decentralizacji i funkcjonowanie podmiotów ochrony zdrowia powinny być poddane społecznej kontroli ponad wszelkimi politycznymi i światopoglądowymi podziałami, co jest warunkiem stałości strukturalnej i budowania świadomej odpowiedzialności zarządzających ochroną zdrowia na każdym piętrze systemu.



Podsumowanie IV konferencji

Kadry w ochronie zdrowia: wyzwania i rozwój

Lublin • 17 stycznia 2019

PROGRAM

IV Konferencja

KADRY W OCHRONIE ZDROWIA: WYZWANIA I ROZWÓJ

w ramach debaty **WSPÓLNIE DLA ZDROWIA**

Lublin • 17 stycznia 2019 r.

10.00-10.10

Otwarcie konferencji

- Tomasz Hryniewiecki (Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie-Aninie, Prezydium rady „Wspólnie dla Zdrowia” – WdZ)
- Paweł Ptaszyński (Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, WdZ)

10.10-10.20

Wystąpienie Ministra Zdrowia

prof. Łukasz Szumowski

10.20-10.35

Wykład wprowadzający: Zawody medyczne

Paweł Ptaszyński (Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, WdZ)

10.35-12.05

Sesja: Kształcenie przed- i podyplomowe kadr medycznych

MODERATORZY:

- Adam Fronczak (Pracodawcy RP/Lewiatan, Warszawski Uniwersytet Medyczny)
- Grażyna Iwanowicz-Palus (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)

PANELIŚCI:

- Waldemar Andrzej Krupa (Związek Rzemiosła Polskiego)
- Zofia Małas (Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, WdZ)
- Andrzej Matyja (Naczelna Rada Lekarska, WdZ)
- Ewa Ochrymczuk (Forum Związków Zawodowych)
- Elżbieta Piotrowska-Rutkowska (Naczelna Izba Aptekarska, WdZ)
- Elżbieta Puacz (WdZ)
- Zbigniew Wroński (Krajowa Izba Fizjoterapeutów)

10.35-10.50 Prezentacja efektów pracy zespołu

10.50-12.05 Dyskusja

12.05-12.25 PRZERWA

12.25-12.40

Sprawozdanie z prac Zespołu przygotowującego projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

- Jarosław Biliński (Naczelna Rada Lekarska, Porozumienie Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, WdZ)
- Ryszard Gellert (Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego)

12.40-14.10

Sesja: Nowe zawody w medycynie – ich rola i miejsce w systemie ochrony zdrowia

MODERATORZY:

- Ryszard Maciejewski (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)
- Dorota Karkowska (Uniwersytet Łódzki)

PANELIŚCI:

- Jarosław Fedorowski (Pracodawcy RP/Lewiatan, WdZ)
- Renata Górna (Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych)
- Longina Kaczmarska (Forum Związków Zawodowych – Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych)
- Wojciech Kłosiński (Business Center Club)
- Katarzyna Zimmer-Drabczyk (NSZZ „Solidarność”)

12.40-12.55 Prezentacja efektów pracy zespołu

12.55-14.10 Dyskusja

14.10-15.10 LUNCH

15.10-15.25

Wykład: Kadry w zasobach NFZ

Adam Niedzielski (Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. Operacyjnych)

15.25-16.55

Sesja: Wynagrodzenia w ochronie zdrowia

MODERATORZY:

- Jakub Pawlikowski (Uniwersytet Medyczny w Lublinie, WdZ)
- Dariusz Dudek (Katolicki Uniwersytet Lubelski)

PANELIŚCI:

- Dorota Gałczyńska-Zych (Pracodawcy RP/Lewiatan)
- Urszula Michalska (Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych)
- Maria Ochman (NSZZ „Solidarność”, WdZ)
- Krystyna Ptok (Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, WdZ)
- Dżdzisław Szramik (Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, WdZ)

15.25-15.40

Prezentacja efektów pracy zespołu

15.40-16.55

Dyskusja

16.55-17.15

Podsumowanie i zamknięcie konferencji

- Tomasz Hryniewiecki (Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie-Aninie, Prezydium rady WdZ)
- Paweł Ptaszyński (Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, WdZ)

GŁÓWNE ZAGADNIENIA:

- KSZTAŁCENIE PRZED- I PODYPLOMOWE KADR MEDYCZNYCH
- NOWELIZACJA USTAWY O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY
 - NOWE ZAWODY W MEDYCYNIE
- WYNAGRODZENIA W OCHRONIE ZDROWIA

SESJA I

KSZTAŁCENIE PRZED- I PODYPLOMOWE KADR MEDYCZNYCH

KSZTAŁCENIE PRZED- I PODYPLOMOWE LEKARZY:

- Czy można skrócić czas studiów? Zweryfikować rozbudowane przedmioty. Mniejsze grupy studenckie.
- Większa liczba godzin z psychologii klinicznej – lepszy kontakt z chorym.
- Forma LEK do zmiany? Poddawanie w wątpliwość ocen ze studiów.
- Staż podyplomowy – kierunkowy (pod kontrolą przyszłego kierownika specjalizacji).
- Zwiększenie kompetencji kierownika specjalizacji (m.in. decyzje o skróceniu lub wydłużeniu czasu specjalizacji i podejściu do egzaminu specjalizacyjnego).
- Skrócenie czasu specjalizacji lekarskich – skrócenie kursów, staży.
- Asystentami lekarzy mogliby być absolwenci kierunku zdrowia publicznego.
- Rezydentury nie „wiążą” młodych lekarzy z zakładem pracy – lepsze zatrudnienie przez zakłady a pieniądze celowane do jednostek kształcących?
- Obowiązkowe kształcenie ustawiczne z zaliczeniem.
- Zweryfikować aktualne specjalizacje modułowe – zmniejszenie liczby.

KSZTAŁCENIE PRZEDDYPLOMOWE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH:

- Zwiększenie liczby studentów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, liczby uczelni o lepszej jakości.
- Opracowanie jasnego wykazu kompetencji kształcenia I i II stopnia pielęgniarek i położnych.
- Zmiana profilu kształcenia na studiach II stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo z praktycznego na ogólnoakademicki.

KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH:

- Zmniejszenie liczby dziedzin specjalizacji (do 10), kursów kwalifikacyjnych, kursów specjalistycznych.
- Uwzględnienie e-learningu kształcenia teoretycznego.
- Dofinansowanie jednej specjalizacji ze środków publicznych

zgodnej z profilem zatrudnienia.

- Prowadzenie szkoleń specjalizacyjnych wyłącznie przez szkoły, uczelnie wyższe prowadzące kształcenie na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo na I i II stopniu, instytuty badawcze i naukowe prowadzące działalność kliniczną.

KSZTAŁCENIE PRZEDDYPLOMOWE FARMACEUTÓW:

- Zmiana standardów kształcenia – system modułowy (ukierunkowanie studenta).
- Unowocześnienie programu kształcenia: – nacisk na praktyczny aspekt wykonywania zawodu (opieka farmaceutyczna).
- Kształcenie interdyscyplinarne (wspólne zajęcia studentów farmacji i medycyny).
- Zwiększenie limitu przyjęć na studia.

KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE FARMACEUTÓW:

- Unowocześnienie programu specjalizacji (opieka farmaceutyczna, farmaceuta szpitalny członkiem zespołu terapeutycznego).
- Specjalizacja finansowana ze środków publicznych.
- Zreformowanie szkoleń ciągłych – zniesienie podziału na punkty twarde/miękkie oraz wzmocnienie roli e-learningu.
- Wprowadzenie certyfikowanych kursów kwalifikacyjnych zwiększających uprawnienia farmaceuty.

KSZTAŁCENIE PRZEDDYPLOMOWE DIAGNOSTÓW

LABORATORYJNYCH:

- Dostęp do zawodu tylko dla absolwentów kierunku analityka medyczna/medycyna laboratoryjna (jednolite studia magisterskie oparte na standardach kształcenia).
- Szkolenie zawodowe powinno być prowadzone w laboratoriach szpitali klinicznych, na bazie których należy tworzyć zakłady naukowo-dydaktyczne.
- Kierunek analityka medyczna/medycyna laboratoryjna powinien być związany z dziedzinami medycznymi a nie farmaceutycznymi.

KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH:

- Określenie roli i wymogów udziału diagnosty laboratoryjnego posiadającego tytuł specjalisty w poszczególnych świadczeniach medycznych.
- Otworzenie specjalizacji we wszystkich dziedzinach medycyny laboratoryjnej.
- Finansowanie specjalizacji dla diagnostów laboratoryjnych.
- Wymóg posiadania przez uczelnie medyczne kształcące na kierunku analityka medyczna/medycyna laboratoryjna bazy pracowników posiadających doświadczenie kliniczne i tytuł specjalisty w poszczególnych dziedzinach medycyny laboratoryjnej.

KSZTAŁCENIE PRZEDDYPLOMOWE FIZJOTERAPEUTÓW:

- Trzeba opracować jednolite standardy kształcenia zgodne z nową ustawą - praktyki zawodowe, kształcenie w przedmiotach praktycznych przez fizjoterapeutów.

KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE FIZJOTERAPEUTÓW:

- Wprowadzenie obowiązku kształcenia ciągłego – tego punktu brakuje w ustawie, a jest on obecny w ustawach wszystkich innych zawodów medycznych.
- Wprowadzenie specjalizacji kierunkowych – obecna specjalizacja z fizjoterapii obejmuje wszystkie aspekty zawodu fizjoterapeuty, np. rehabilitacja neurologiczna, ortopedyczna czy kardiologiczna – odpowiednio do lekarskich.

OCZEKIWANIA FIZJOTERAPEUTÓW O WYKSZTAŁCENIU TECHNIK FIZJOTERAPII ORAZ LICENCJAT FIZJOTERAPII:

- Umożliwienie podnoszenia kwalifikacji w formie e-learning, lub studiów pomostowych finansowanych z Budżetu Państwa.

- Kursy specjalistyczne certyfikowane dające awans zawodowy technikom.
- Płatny urlop szkoleniowy.

OCZEKIWANIA TECHNIKÓW ANALITYKI MEDYCZNEJ:

- Umożliwienie podnoszenia kwalifikacji w formie e-learning, lub studiów pomostowych finansowanych z Budżetu Państwa.
- Możliwość kursów kwalifikacyjnych oraz kursów specjalistycznych z uzyskaniem tytułu technika specjalisty, np. w dziedzinie hematologii, krzepnięcia itp.
- Możliwość uzyskania tytułu asystenta diagnosty dla technika analityki ze stażem co najmniej 20 letnim, oraz z uzyskaniem tytułu specjalisty.
- Kształcenie ustawiczne, płatny urlop szkoleniowy.

OCZEKIWANIA TECHNIKÓW ELEKTORADIOLOGII:

- Ustawa o zawodzie Elektrykologa – tak jak w przypadku innych zawodów medycznych.
- Konieczność wprowadzenia jednolitych standardów nauczania na wszystkich poziomach kształcenia – kształcenie w szkołach policealnych tylko dziennych.
- Możliwość uzyskania stopnia licencjata dla techników z długoletnim stażem pracy drogą np. e-learningu lub studiów pomostowych finansowanych przez MZ.
- Poprawa jakości kształcenia techników elektroradiologii, studentów I i II stopnia poprzez zwiększenie nacisku na wiedzę praktyczną.
- Kursy specjalizacyjne dla techników, licencjatów i magistrów również finansowane z Ministerstwa Zdrowia.
- Utworzenie studiów podyplomowych, specjalizacji (USG, Fizyka medyczna, Radiologia...). Płatny urlop szkoleniowy.

SESJA II

NOWE ZAWODY W MEDYCYNIE

- W obowiązujących aktach prawnych (w tym w nowelizowanym obecnie Rozporządzeniu Ministra Zdrowia ws. kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami) należy uwzględnić „trójpodział” grup pracowniczych w medycynie:
 - zawody medyczne,
 - zawody współpracujące (paramedyczne, współtworzące, w tym tzw. socjalno-społeczne, pozamedyczne np. epidemiologia, inżynieria medyczna, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, psychologia kliniczna, zdrowie publiczne, zdrowie i profilaktyka środowiskowa),
 - zawody wykonujące usługi na rzecz zawodów medycznych i współpracujących w celu zapewnienia właściwych procedur techniczno-administracyjnych.
- Nowe zawody w medycynie powinny być określane i umieszczane w zbiorach grup zawodów wg specjalizacji medycznych (np. inżynierowie i technicy w medycynie nuklearnej, terapeuci i pracownicy socjalni w psychiatrii i inni). Są to pracownicy, których praca (w tym techniczno-administracyjna) niezbędna jest do wykonania świadczenia.
- Zbiór zawodów musi być otwarty i okresowo aktualizowany – rozwój medycyny, zmiany demograficzne pacjentów i pracowników, wymuszający wspomaganie dotychczasowych zawodów.
- Należy uwzględnić i sklasyfikować pracowników i zawody związane z telemedycyną i informatyzacją systemu.

SESJA III

WYNAGRODZENIA W OCHRONIE ZDROWIA

- Wyraźnie należy wskazać podmiot odpowiedzialny za politykę płacową w ochronie zdrowia na poziomie centralnym i samorządowym i jasno rozdzielić w tym zakresie kompetencje dyrektora podmiotu leczniczego, Ministra Zdrowia, płatnika i podmiotu założycielskiego.
- Wynagrodzenia należy kształtować w sposób systemowy unikając doraźnych rozwiązań partykularnych; będzie to służyć odbudowie więzi i efektywnej współpracy pomiędzy osobami i grupami zawodowymi zatrudnionymi w podmiotach zdrowotnych.
- Należy dążyć do sytuacji, w której wynagrodzenie z podstawowego miejsca pracy zabezpieczy podstawowe potrzeby pracownika i jego rodziny i pozwoli ukierunkować aktywność zawodową na pracę w podstawowym miejscu zatrudnienia, z respektowaniem norm pracy i odpoczynku dla bezpieczeństwa własnego i pacjentów.
- Należy wskazać obszary centralnego (budżetowego) i wolnorynkowego mechanizmu kształtowania wynagrodzeń osób zatrudnionych w podmiotach finansowanych ze środków publicznych.
- Wycena świadczeń powinna uwzględniać koszty pracy i wynagrodzeń.
- Należy zadbać o pozapłacowe składowe wynagrodzeń.
- Wynagrodzenia powinny być oparte o zasady wartościowania pracy uwzględniające: kwalifikacje, doświadczenie, ryzyko, odpowiedzialność i złożoność pracy.
- Osoby zarządzające publicznymi podmiotami ochrony zdrowia powinny cechować się wysokim profesjonalizmem; należy rozważyć wprowadzenie „korpusu menedżerskiego w ochronie zdrowia” wyłonionego na podstawie kompetencji i doświadczenia, z którego byłaby możliwość powoływania osób zarządzających placówkami medycznymi.
- W ustawie o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia należy „odmrozić” kwotę bazową i odnieść ją do średniego wynagrodzenia wg GUS oraz wskazać źródła finansowania wynagrodzeń w podmiotach publicznych.
- Należy wypracować przejrzyste regulaminy wynagrodzeń w podmiotach finansowanych ze środków publicznych uwzględniające wszystkie grupy osób zatrudnionych oraz wychodzące od jasno określonej podstawy prawnej, np. kwoty bazowej w ustawie o minimalnym wynagrodzeniu.
- Systemowe rozwiązywanie problemu zatrudnienia i wynagrodzeń w ochronie zdrowia wymaga ujednoczenia i skodyfikowania prawa medycznego.

– wyzwania i rozwiązania

Moderatorzy:

dr Grzegorz Juszczak • prof. Tomasz Zdrojewski

Paneliści:

Zbigniew J. Król prof. Wojciech Hanke
dr hab. Jarosław Pinkas Mieczysław Struk
Waldemar Kraska Anna Rulkiewicz
prof. Waldemar Paruch

V Konferencja: PROFILAKTYKA I ZDROWIE PUBLICZNE... w ramach debaty WSPÓLNIE DLA ZDROWIA
28 lutego 2019 • Gdańsk



Podsumowanie V konferencji

Profilaktyka i zdrowie publiczne.
Świadomość, odpowiedzialność
i bezpieczeństwo pacjenta

Gdańsk • 28 lutego 2019

PROGRAM

V Konferencja

PROFILAKTYKA I ZDROWIE PUBLICZNE. ŚWIADOMOŚĆ, ODPOWIEDZIALNOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA

w ramach debaty **WSPÓLNIE DLA ZDROWIA**

Gdańsk • 28 lutego 2019 r.

9.00-9.05

Przywitanie gości

prof. Piotr Czaundera (GUMed, Sekcja Ochrony Zdrowia w Narodowej Radzie Rozwoju)
– członek Rady Społecznej

9.05-9.25

Oficjalne otwarcie konferencji

- prof. Łukasz Szumowski, Minister Zdrowia
- prof. Marcin Gruchała, Rektor GUMed

9.25-10.00

Wykład wprowadzający

prof. Jan Mainz, Danish Center for Health Services Research; Psychiatry, Region North Denmark, Dania

10.00-11.30

SESJA I: SKUTECZNOŚĆ LECZENIA I BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA

MODERATORZY:

- prof. Rafał Niżankowski
- Halina Kutaj-Wąsikowska
- Barbara Kutryba

SKUTECZNOŚĆ LECZENIA (30 min)

- prof. Rafał Niżankowski (Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński) – członek Rady Społecznej
- dr Łukasz Dutka (Akademiczne Centrum Komputerowe Cyfronet)
- Jan Mainz (Danish Center for Health Services Research)
- prof. Marek Jasiński (Wrocławski Uniwersytet Medyczny, Stowarzyszenie Klub Kardiologów Polskich)

Pytania i komentarze z sali (5 min)

POPRAWA BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA (30 min)

- Halina Kutaj-Wąsikowska (Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia) – członek Rady Społecznej
- mec. Jolanta Budzowska (Kancelaria Budzowska, Fiutowski i Partnerzy)
- dr hab. Mariusz Wyleżół (Towarzystwo Chirurgów Polskich, WUM)

Pytania i komentarze z sali (5 min)

EDUKACJA W BEZPIECZEŃSTWIE PACJENTA (30 min)

- Barbara Kutryba (Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia) – członek Rady Społecznej
- dr hab. Agnieszka Zimmermann (GUMed)
- Krystyna Wechmann (Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych) – członek Rady Społecznej

Pytania i komentarze z sali (5 min)

11.30-11.40 Przerwa

11.40-12.20

Warsztaty w dwóch grupach tematycznych:

- Jak poprawiać skuteczność leczenia? (aula główna)
- Jak zwiększać bezpieczeństwo pacjenta? (sala 105)

12.20-13.15 Lunch

13.15-15.00

SESJA II: ZDROWIE PUBLICZNE – wyzwania i rozwiązania

MODERATORZY:

- dr Grzegorz Juszczyk (NIZP-PZH) – członek Rady Społecznej
- prof. Tomasz Zdrojewski (Komitet Zdrowia Publicznego PAN, GUMed) – członek Rady Społecznej

WYSTĄPIENIA WPROWADZAJĄCE:

1. Jak wydłużyć trwanie życia mieszkańców Polski?, dr Piotr Bandosz (GUMed)
2. Skuteczne interwencje dla kluczowych zagrożeń zdrowia publicznego, prof. Tomasz Zdrojewski (KZP PAN, GUMed)
- 3.
4. Finansowanie i struktura systemu zdrowia publicznego w Polsce – dzielenie czy łączenie?, dr Grzegorz Juszczyk (NIZP-PZH)
5. Nowa wizja Państwowej Inspekcji Sanitarnej, dr hab. Jarosław Pinkas (Główny Inspektorat Sanitarny)

PANELIŚCI:

- Zbigniew J. Król (Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia)
- dr hab. Jarosław Pinkas (Główny Inspektor Sanitarny, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego)
- Beata Libera-Malecka (Sejm RP, Zespół Parlamentarny ds. Zdrowia Publicznego)

- Waldemar Kraska (Senat RP, Komisja Zdrowia) – członek Rady Społecznej
- prof. Waldemar Paruch (Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Centrum Analiz Strategicznych) – członek Rady Społecznej
- prof. Wojciech Hanke (Instytut Medycyny Pracy, konsultant krajowy ds. medycyny środowiskowej)
- Mieczysław Struk (Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego)
- Anna Rulkiewicz (Pracodawcy RP) – członek Rady Społecznej

Pytania i komentarze z sali

15.00-15.15 Przerwa

15.15-16.45

SESJA III: PRAWA / OBOWIĄZKI PACJENTA – nowe rekomendacje i wytyczne

MODERATORZY:

- Urszula Jaworska (Przewodnicząca Zespołu ds. Praw Pacjenta MZ, Fundacja Urszuli Jaworskiej) – członek Rady Społecznej
- Beata Ambroziewicz (Zespół ds. Praw Pacjenta MZ, Polska Unia Organizacji Pacjentów „Obywatele dla Zdrowia”) – członek Rady Społecznej

WYSTĄPIENIA WPROWADZAJĄCE:

1. Bartłomiej Chmielowiec (Rzecznik Praw Pacjenta)
2. Wprowadzenie do panelu, podsumowanie celu i prac, Urszula Jaworska (Przewodnicząca Zespołu Praw Pacjenta MZ, Fundacja Urszuli Jaworskiej)
3. Pacjent w badaniach klinicznych – bezpieczeństwo pacjenta w badaniach, Beata Ambroziewicz (Zespół Praw Pacjenta MZ, Polska Unia Organizacji Pacjentów „Obywatele dla Zdrowia”) – członek Rady Społecznej

PANELIŚCI:

- mec. Rafał Janiszewski (Zespół ds. Praw Pacjenta MZ, prawnik)
- Katarzyna Skrętowska-Szysko (Przedstawiciel Rzecznika Praw

- Dziecka, Zespół ds. Praw Pacjenta MZ)
- dr hab. Andrzej Nawrocki (Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zespół ds. Praw Pacjenta MZ)
- dr Marcin Mikos (Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego) – członek Rady Społecznej
- Anna Śliwińska – (Polskie Stowarzyszenie Diabetyków) – członek Rady Społecznej

15.30-16.30

SESJA RÓWNOLEGŁA: ZDROWIE PUBLICZNE W PRAKTYCE – jak skutecznie zwiększać zgłaszalność na badania przesiewowe

MODERATOR:

Artur Prusaczyk (Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp. z o.o. w Siedlcach)

WYSTĄPIENIE WPROWADZAJĄCE:

Karol Szwałek (ekspert w zakresie badań profilaktycznych)

Prezentacja nowoczesnych rozwiązań, które motywują oraz ułatwiają pacjentom wykonanie badań w ramach programów profilaktycznych. Podczas dyskusji zostaną omówione obecne trudności w skutecznym zapraszaniu na badania, jak również dobre praktyki międzynarodowe i krajowe, które można zastosować na szerszą skalę w Polsce.

PANELIŚCI:

- Adam Niedzielski (zastępca Prezesa NFZ ds. operacyjnych)
- prof. Rafał Gierczyński (zastępca dyrektora NIZP-PZH ds. bezpieczeństwa epidemiologicznego i środowiskowego)
- Kamil Barczyk (ekspert ds. ochrony zdrowia, Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu)
- Aleksandra Rudnicka (Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych)

16.45-17.00

Podsumowanie i zakończenie konferencji

REKOMENDACJE ZBIORCZE

KONFERENCJA „WSPÓLNIE DLA ZDROWIA”

– GDAŃSK, 27.02.2019

GŁÓWNE ZAGADNIENIA:

- SKUTECZNOŚĆ LECZENIA I BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA
- ZDROWIE PUBLICZNE – WYZWANIA I ROZWIĄZANIA
- PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA - NOWE REKOMENDACJE I WYTYCZNE

SESJA I

SKUTECZNOŚĆ LECZENIA I BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE MONITOROWANIA SKUTECZNOŚCI LECZENIA:

Uwzględniając iż:

- głównym oczekiwaniem pacjentów jest uzyskanie skutecznej pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia, skutecznej diagnostyki i leczenia i/lub skutecznej poprawy jakości życia,
- podstawą wiarygodnej oceny skuteczności jest stałe monitorowanie wskaźników uzyskiwanych wyników leczenia, a dla poprawy skuteczności kluczowe znaczenie ma odnoszenie oceny do poszczególnych świadczeniodawców (benchmarking),
- monitorowanie wskaźników wyniku leczenia jest, obok oceny spełniania standardów postępowania czy standardów akredytacyjnych, podstawową metodą oceny jakości opieki zdrowotnej,
- najlepszym źródłem wiarygodnych danych są dedykowane rejestry kliniczne (bazy danych gromadzące dane indywidualnych pacjentów), należy też pamiętać, że wyraźnie mniej wiarygodne wskaźniki wyniku leczenia mogą pochodzić z samo-raportowania przez świadczeniodawców lub być obliczane w oparciu o dane sprawozdawane płatnikowi.

Konieczne jest pilne utworzenie w Polsce, na wzór skandynawskich systemu rejestrów medycznych dedykowanych ocenie i poprawie jakości leczenia.

Informacje pozyskiwane z powyższych rejestrów winny przede wszystkim stymulować poszukiwanie sposobów poprawy jakości opieki medycznej.

W celu efektywnej i ekonomicznie uzasadnionej konstrukcji systemu rejestrów klinicznych niezbędne jest:

- zapewnienie ich jednolitego, wysokiego standardu oraz okresowego przeglądu ich spełniania,
- zapewnienie finansowania dla ich utworzenia oraz prowadzenia,
- zapewnienie udziału w zarządzaniu rejestrami przedstawicielom odpowiednich (do tematyki rejestru) specjalności medycznych i przedstawicielom pacjentów,
- utworzenie zespołu wyspecjalizowanych w problematyce rejestrów klinicznych profesjonalistów z zakresu informatyki, zarządzania danymi, epidemiologii, statystyki i badań ankietowych,
- opracowanie wszechstronnej platformy cyfrowej, na której można będzie tworzyć poszczególne rejestry, która to platforma wykorzystwałaby możliwości współczesnej technologii informatycznej dla zapewnienia transferu danych między platformą rejestrową a różnorodnymi szpitalnymi systemami informacyjnymi.

Rozważano, kto powinien prowadzić rejestry. Zaproponowano **utworzenie krajowego ośrodka klinicznych rejestrów jakości**. Choć w niektórych krajach funkcjonują modele wielu, niezależnych organizacji rejestrów klinicznych, to dominowało przekonanie, iż należy uczyć się na doświadczeniu Danii, która skoncentrowała początkowo rozproszone rejestry. **Uczestnicy panelu opowiedzieli się za umiejscowieniem krajowych rejestrów w jednostce ds. monitorowania jakości opieki podległej Ministrowi Zdrowia, ewentualnie w części w CSiOZ.** Niektórzy paneliści wskazywali na wady rozwiązania polegającego na prowadzeniu rejestrów przez NFZ. **Wskazana jest też współpraca z innymi krajami mającymi doświadczenie w prowadzeniu rejestrów klinicznych.**

Ponadto, konieczne jest szybkie doprowadzenie do uchwalenia ustawy o jakości i bezpieczeństwie w opiece zdrowotnej rozstrzygającej bardziej szczegółowe kwestie dotyczące poszerzaniu i doskonalenia systemu monitorowania jakości w ochronie zdrowia w Polsce.

REKOMENDACJE DOTYCZĄCE POPRAWY BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA I JAKOŚCI OPIEKI

Statystyki światowe wskazują, że corocznie ok. 7-12 %¹ pacjentów korzystających z opieki szpitalnej doświadcza szkody z powodu zdarzeń niepożądanych (ZN). Tymczasem 40-70% zdarzeń niepożądanych można zapobiec. Około 15% wydatków szpitalnych można przypisać kosztom związanym z brakiem bezpieczeństwa. Tymczasem koszty prewencji zdarzeń niepożądanych są niższe niż koszty wynikłych z nich szkód².

¹ Polska: 7.24% zdarzeń niepożądanych (2015): 47.37% zdarzeń możliwych do uniknięcia (CMJ, Projekt BSBP www.cmj.org.pl)
² Sławomirski L, Aaraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017

Jakość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej stanowią podstawowy wymiar i istotne wyzwanie dla każdego systemu ochrony zdrowia, zaś edukacja kadry medycznej w tym zakresie jest ważnym elementem działań, jakie należy podejmować w celu poprawy świadczonej opieki.

W związku z tym niezbędne jest stworzenie warunków sprzyjających zgłaszaniu zdarzeń niepożądanych i wprowadzaniu rozwiązań poprawy bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego poprzez:

- Wprowadzenie rozwiązań prawnych, zapewniających brak sankcji wobec osób zgłaszających zdarzenia niepożądane.
- Reformę istniejącego, lecz niesprawnego systemu odszkodowań za zdarzenia niepożądane w formie „no fault”, czyli systemu nakierowanego na szybkie uzyskiwanie odszkodowań bez orzekania o winie.
- Ograniczenie dostępu do dokumentacji powstałej w ramach analizy zdarzeń niepożądanych.
- Wprowadzenie krajowego systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych, którego celem będzie gromadzenie danych dotyczących liczby i rodzaju zdarzeń niepożądanych w systemie oraz opracowywanie zaleceń minimalizacji ryzyka na poziomie krajowym.
- Zawarcie tematyki bezpieczeństwa pacjenta i poprawy jakości w kształceniu medycznym, tak przeddyplomowym, jak i podyplomowym i ustawicznym.
- Zainicjowanie podnoszenia świadomości pacjentów na temat zdarzeń niepożądanych poprzez stopniowe wprowadzenie możliwości ich udziału w systemie zgłaszania zdarzeń.

SESJA II

SYSTEM ZDROWIA PUBLICZNEGO Z DEBATY „WSPÓLNIE DLA ZDROWIA”

GLÓWNE WYZWANIA DLA SYSTEMU ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE

W dotychczasowej dyskusji ekspertów zdrowia publicznego oraz w opinii autorów wielu opracowań¹ zdefiniowane zostały główne potrzeby skutecznego systemu zdrowia publicznego:

- konieczność określenia pakietu świadczeń profilaktycznych i innych świadczeń zdrowia publicznego opartych na dowodach naukowych i spełniających kryterium zapewnienia równego dostępu,

¹ dotyczących: organizacyjnych i funkcjonalnych aspektów zdrowia publicznego (R. Niżankowski, A. Wojtczak), prawnych aspektów zdrowia publicznego (H. Izdebski, M. Dercz), raportu „Diagnoza istniejącej organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce – rzeczywisty sposób działania systemu (red. D. Cianciara, K. Lewtak, M. Gajewska, M. Piotrowicz, E. Urban) sporządzonych w 2016 i 2017 r.

- zapewnienie systemowego wsparcia (merytorycznego i finansowego) dla jednostek samorządu terytorialnego (JST) w planowaniu, wdrażaniu oraz ewaluacji działań prozdrowotnych,
- pokonanie trudności w skutecznej koordynacji/współpracy działań w obszarze zdrowia publicznego rządu z jednostkami samorządu terytorialnego,
- zdefiniowanie minimalnej koniecznej/wystarczającej aktywności JST w zdrowiu publicznym, która umożliwiłaby zapewnienie równości w dostępie do świadczeń zdrowia publicznego,
- precyzyjne określenie zadań systemu opieki zdrowotnej w zdrowiu publicznym,
- rozróżnienie kompetencji poszczególnych szczebli JST oraz uporządkowanie finansowania zdrowia publicznego na poziomie JST,
- uregulowanie kwestii kadr w zdrowiu publicznym.

Niezbędne jest (w kontekście ograniczonych zasobów) **określenie priorytetów działań w zdrowiu publicznym. Należy skoncentrować się wokół strategicznych problemów zdrowia populacji** (przewlekłe choroby o charakterze cywilizacyjnym i zaburzenia psychiczne).

Podstawowymi celami działań prozdrowotnych w najszerszym ujęciu powinno być wydłużanie życia oraz wydłużanie życia w zdrowiu. Należy również zmapować interwencje już realizowane, w szczególności działania najważniejszych aktorów w systemie oraz odpowiedzi na potrzeby zdrowotne w kluczowych problemach (cukrzyca, nowotwory, choroby serca i naczyń).

Mając na względzie następujące uwarunkowania:

- prognozy demograficzne i epidemiologiczne wskazujące na konieczność zaspokojenia stale narastającego społecznego zapotrzebowania na opiekę zdrowotną,
 - ustalone obowiązki władz publicznych w zakresie zapewnienia dostępu do ochrony zdrowia, w tym działań prewencyjnych,
 - wnioski z monitorowania działań administracji samorządowej i rządowej powstałe w ramach realizacji Narodowego Programu Zdrowia,
 - niedostatecznie rzetelną ewaluację prowadzonych działań pod kątem oceny ich efektywności,
 - luki w działaniach profilaktycznych na poziomie lokalnym ograniczające realizację równego dostępu do profilaktyki zdrowotnej,
 - brak jednoznacznie określonych uprawnień i obowiązków administracji publicznej w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia,
- niezbędne jest dokonanie gruntownego, choć ewolucyjnego, przebudowania obecnego systemu profilaktyki chorób i promocji zdrowia w Polsce.

W celu prawidłowego wdrożenia działań polegających na profilaktyce oraz promocji zdrowia, których celem będzie wydłużenie życia oraz lat życia w zdrowiu polskiego społeczeństwa, niezbędne jest wdrożenie następujących wytycznych systemowych:

1. **Zapewnienie powszechności dostępu do działań profilaktycznych i promujących zdrowie** odpowiadających strukturze chorób cywilizacyjnych i ich determinantom. Za priorytetowe należy uznać działania związane z kontrolą chorób układu sercowo-naczyniowego, nowotworów oraz chorób mózgu, w tym zaburzeń zdrowia psychicznego i uzależnień.
2. Uproszczenie modelu finansowania poszczególnych zadań poprzez **konsolidację obecnie wykorzystywanych środków w jeden „Fundusz Zdrowia Publicznego”, który akumulowałby środki przeznaczone na finansowanie zadań NPZ przez Ministerstwo Zdrowia, profilaktykę uzależnień i szkód wynikających ze spożywania alkoholu, a także problemów hazardowych.** Fundusz ten zapewni stabilne i długofalowe finansowanie instytucji publicznych tworzących system zdrowia publicznego, szczególnie Państwowej Inspekcji Sanitarnej, instytutów badawczych i agencji rządowych oraz jednostek samorządu terytorialnego, które mogą w realizacji zadań współpracować z podmiotami leczniczymi czy organizacjami sektora pozarządowego.
3. **Wprowadzenie przedmiotu „Zdrowie” lub „Lekcje o zdrowiu” w ramach innych przedmiotów do szkół podstawowych i średnich.** W jego ramach można będzie zdobyć wiedzę o wpływie zachowań i środowiska na zdrowie, informacje o prawach pacjenta oraz o sposobie korzystania z opieki zdrowotnej. Jego podstawa

programowa musi uwzględniać konieczność budowania kompetencji zdrowotnych, czyli umiejętności pozwalających na wdrożenie zasad zdrowego stylu życia.

4. **Przyjęcie podejścia zakładającego nakierowanie działań w ramach długofalowych strategicznych programów ogólnopolskich finansowanych ze źródeł publicznych przede wszystkim czynników warunkujących zdrowie (determinant), a nie samych problemów zdrowotnych.**
 - a) **Znaczące poszerzenie profilu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej** o zadania z zakresu przeciwdziałanie chorobom cywilizacyjnym poprzez utworzenie w powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych zespołów ds. wsparcia i koordynacji działań prozdrowotnych JST i współpracy z zespołami podstawowej opieki zdrowotnej oraz zapewnienie stałego finansowania na realizację ww. zadań.
5. **Zwiększenie roli systemowej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH)** poprzez zapewnienie stabilnego finansowania zadań zleconych przez administrację rządową (w szczególności poprzez Ministra Zdrowia oraz przez Głównego Inspektora Sanitarnego), w tym szczególnie monitorowanie sytuacji zdrowotnej oraz opracowywanie opartych na dowodach naukowych, rekomendacji w zakresie interwencji systemowych.
6. **Ustalenie minimalnego zakresu odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego (JST), szczególnie powiatów, za działania z obszaru zdrowia publicznego oraz wsparcie merytoryczne w realizacji samorządowych programów prozdrowotnych:**
 - a) podejmowanie działań prozdrowotnych w obszarach innych niż kontrola chorób układu sercowo-naczyniowego, nowotworów oraz chorób mózgu powinno być możliwe po zabezpieczeniu podstawowego dostępu do promocji zdrowia i profilaktyki w danej JST w trzech obszarach priorytetowych,
 - b) konieczne jest **dostarczenie JST gotowych do wdrożenia programów** opartych o podstawy naukowe i przynoszących pozytywne wyniki ewaluacji w oparciu o pilotaże – to zadanie powinno zostać zrealizowane przez AOTMiT we współpracy z NIZP-PZH,
 - c) w celu ułatwienia wdrażania programów w JST powinny powstać zachęty do zawierania porozumień międzygminnych i międzypowiatowych, szczególnie uzasadnione w przypadku małych JST, dla których ten proces może być zbyt dużym obciążeniem przy braku kadr wykształconych w zakresie realizacji zadań zdrowia publicznego.
7. **Wprowadzenie maksymalnej przejrzystości i dostępności informacji o sytuacji zdrowotnej w JST i jej uwarunkowaniach (w tym społecznych i ekonomicznych) oraz o podejmowanych działaniach prozdrowotnych i ich rezultatach.**
8. **Wyodrębnienie środków na badania stanu zdrowia społeczeństwa, w szczególności niezbędne jest rozpoczęcie cyklicznego badania na reprezentatywnej grupie pozwalającej oceniać trendy epidemiologiczne.**
9. **Ukierunkowanie działań służby medycyny pracy na poprawę stanu zdrowia pracowników w szerszym wymiarze, zgodnie z rekomendacjami Instytutu Medycyny Pracy, w szczególności wczesnego wykrywania chorób przewlekłych jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze czy zaburzenia gospodarki lipidowej.**

10. Określenie **kompetencji zespołu POZ** jako lidera w promocji zdrowia i profilaktyce osób objętych opieką, we współpracy z ekspertami z zakresu zdrowia publicznego (w tym szczególnie Inspekcji Sanitarnej) oraz zapewnienie finansowanie tego typu działań w POZ.
11. **Dokonanie zmian w kształceniu na kierunku zdrowie publiczne** poprzez wprowadzenie ścieżek specjalizacyjnych dla studentów w oparciu o określone stanowiska i miejsca zatrudnienia w systemie ochrony zdrowia oraz docelowe systemu potwierdzania kompetencji w postaci egzaminu i akredytacji krajowej dla uczelni, które chcą kształcić na tym kierunku.

Pracownicy powiatowych i wojewódzkich stacji powinni pełnić rolę doradców ds. zdrowia dla jednostek samorządu terytorialnego – szczególnie dla małych urzędów gminnych, gdzie nigdy nie uda się zbudować kapitału ludzkiego, który mógłby sprostać oczekiwaniom realizacji polityki prozdrowotnej na szczeblu lokalnym. Należy zadbać, żeby ci doradcy posiadali usystematyzowany zakres wiedzy i adekwatne umiejętności.

Powinno zostać zapewnione stałe źródło finansowania dla instytutów eksperckich na badania cykliczne. Należy wprowadzić populacyjne prospektywne badanie kohortowe stanu zdrowia i nawyków żywieniowych społeczeństwa.

SESJA III

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA – NOWE WYTYCZNE I REKOMENDACJE

Zwrócono szczególną uwagę na konieczność ustanowienia instytucji pełnomocnika medycznego oraz kuratora medycznego, a także powołania Rady Organizacji Pacjentów.

W oparciu o prace Zespołu ds. praw i bezpieczeństwa pacjenta przy MZ zaznaczono konieczność podkreślenia w przepisach praw pacjenta w badaniach klinicznych.

REKOMENDACJE KOŃCOWE:

1. Konieczne jest stworzenie definicji dokumentacji medycznej. Należy w tym celu uporządkować wszystkie przepisy, które jej dotyczą. Postulowano stworzenie odrębnej ustawy temu poświęconej, która powinna obejmować zarówno przepisy dotyczące dokumentacji papierowej jak i elektronicznej oraz uwzględnić oddzielny aspekt praw dziecka, które trzeba potraktować priorytetowo.
2. Świadczenia dla dzieci powinny być udzielane poza kolejnością i w możliwie jak najbardziej komfortowych warunkach w oparciu o respektowanie zasady obecności przy dziecku opiekuna.

3. Przepisy Europejskiej Karty Praw Dziecka w Szpitalu powinny być włączone do polskich przepisów ustawowych. Dziecko powinno być leczone w warunkach szpitalnych tylko wówczas, kiedy jest to niezbędne.

4. Obecnie mamy połączone prawo do intymności i godności. Jednakże prawo pacjenta do godności ze względu na jego szczególne znaczenie należy potraktować odrębnie, w tym należy przywrócić się szczególnie traktowaniu pacjentów przebywających pod opieką psychiatryczną.

5. Istotne jest aktywne włączenie pacjenta do procesu leczenia. Pacjent powinien oprócz praw mieć również obowiązki. To on powinien być współodpowiedzialny za profilaktykę oraz przestrzeganie zaleceń lekarskich. Współpraca pacjenta z lekarzem umożliwi poprawę skuteczności leczenia i będzie miała wpływ na jego lepsze efekty.

6. Postuluje się usprawnienie kontaktu pacjenta z placówkami medycznymi poprzez szersze wdrożenie rozwiązań informacyjnych.

ORGANIZACJA BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH

Konieczne jest zastosowanie skutecznych, wydajnych i opłacalnych działań na rzecz zwiększenia, obecnie zdecydowanie zbyt niskiej, zgłaszalności na badania przesiewowe. Jednym z rozwiązań mogą być zaproszenia telefoniczne, które sprawdzają się w różnych projektach, zarówno onkologicznych, jak i metabolicznych. Najważniejsza jest rozmowa z pacjentem, która jest kluczem do sukcesu wzrostu zgłaszalności. Ważne jest przejęcie

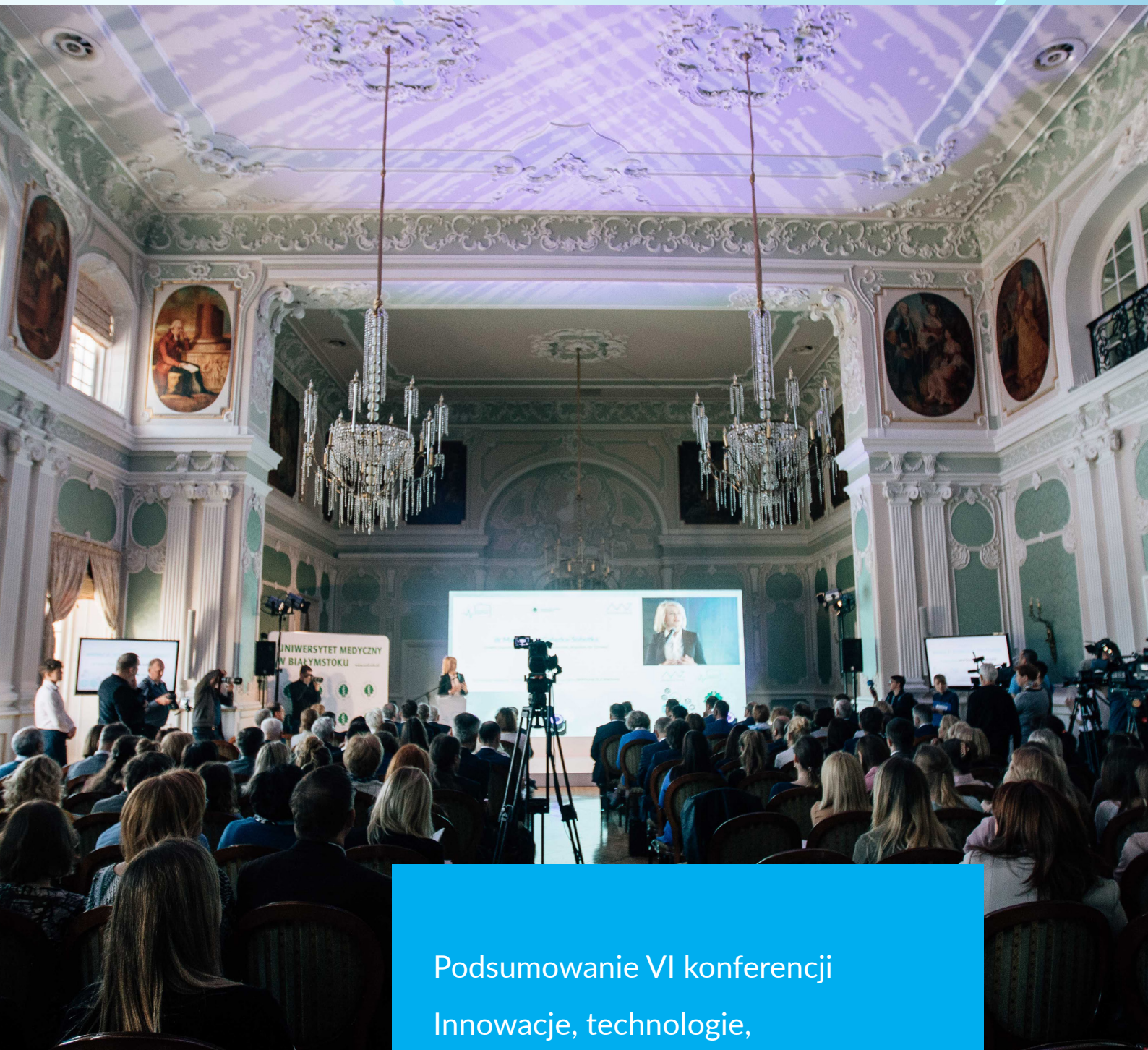
inicjatywy przez świadczeniodawców i zmiana ich postawy na bardziej aktywną wobec pacjentów. Winna ona uwzględniać, m.in. przypomnienie o kolejnym badaniu czy konsekwencję w procesie umawiania wizyt.

Ogromną rolę odgrywa edukacja społeczeństwa. Należy postawić na racjonalne przekonywanie pacjentów, a nie na nakazowość. Istotną

jest też dbałość o ciągłość programów przesiewowych, które ponadto powinny zapewniać możliwość dalszej interwencji. Dlatego konieczne jest opracowanie długoterminowego planu realizacji badań przesiewowych z ujęciem elementu opieki nad zdiagnozowanymi pacjentami. Kolejnym krokiem powinno być połączenie działań profilaktycznych i przesiewowych poprzez uwzględnienie danych nt. społecznych determinant zdrowia (opracowanie wzorców zachowań wzrostu ryzyka, personalizacja szczegółowych danych pozwalających na predykcję ryzyka pacjentów, profilaktyka celowana). Dla koniecznych interwencji behawioralnych należy wykorzystać zespoły POZ, w tym odpowiednio zmotywowane pielęgniarki.

REKOMENDACJE KOŃCOWE:

1. Poprawa efektywności działań systemu w ramach już możliwych rozwiązań.
2. Rozproszenie programów generuje chaos, dlatego wskazana jest integracja programów oraz ich uproszczenie oraz ograniczenie i ujednoczenie ich źródeł finansowania, wytycznych, a także wymiana doświadczeń i dobrych praktyk celem ich szybkiego upowszechnienia.
3. Powołanie jednego, krajowego centrum zarządzania (szczególnie w aspektach koordynacji i ewaluacji) programami pod nadzorem centralnym, np. NIZP-PZH z integracją funkcjonalną, informatyczną i finansową programów oraz projektów.
4. Możliwość dostarczania różnych programów w skali lokalnej, przez różnych świadczeniodawców, co pozwala na maksymalne wykorzystanie potencjału struktury i procesów,
5. Obligatoryjność umów profilaktycznych dla wszystkich świadczeniodawców, w tym zaangażowanie w profilaktykę lekarzy rodzinnych w celu osiągnięcia min. 50% uczestnictwa w programach profilaktycznych, z możliwością przekazania części obowiązków pielęgniarkom/położnym.
6. Poprawa wyceny świadczeń przesiewowych i zwiększenie przeznaczanego na nie budżetu ze względu na ich efektywność wpływu na zdrowie populacji.



Podsumowanie VI konferencji Innowacje, technologie, efektywność

Białystok • 8 maja 2019

PROGRAM

V Konferencja

INNOWACJE, TECHNOLOGIE, EFEKTYWNOŚĆ

w ramach debaty **WSPÓLNIE DLA ZDROWIA**

Białystok • 8 maja 2019 r.

9.00-9.05

Przywitanie gości

prof. Piotr Czauderna (GUMed, Sekcja Ochrony Zdrowia w Narodowej Radzie Rozwoju)
– członek Rady Społecznej

9.05-9.25

Oficjalne otwarcie konferencji

- prof. Łukasz Szumowski, Minister Zdrowia
- prof. Marcin Gruchała, Rektor GUMed

9.25-10.00

Wykład wprowadzający

prof. Jan Mainz, Danish Center for Health Services Research; Psychiatry, Region North Denmark, Dania

10.00-11.30

SESJA I: SKUTECZNOŚĆ LECZENIA I BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA

MODERATORZY:

- prof. Rafał Niżankowski
- Halina Kutaj-Wąsikowska
- Barbara Kutryba

SKUTECZNOŚĆ LECZENIA (30 min)

- prof. Rafał Niżankowski (Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński) – członek Rady Społecznej
- dr Łukasz Dutka (Akademickie Centrum Komputerowe Cyfronet)
- Jan Mainz (Danish Center for Health Services Research)
- prof. Marek Jasiński (Wrocławski Uniwersytet Medyczny, Stowarzyszenie Klub Kardiochirurgów Polskich)

Pytania i komentarze z sali (5 min)

POPRAWA BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA (30 min)

- Halina Kutaj-Wąsikowska (Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia) – członek Rady Społecznej
- mec. Jolanta Budzowska (Kancelaria Budzowska, Fiutowski i Partnerzy)
- dr hab. Mariusz Wyleżół (Towarzystwo Chirurgów Polskich, WUM)

Pytania i komentarze z sali (5 min)

EDUKACJA W BEZPIECZEŃSTWIE PACJENTA (30 min)

- Barbara Kutryba (Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia) – członek Rady Społecznej
- dr hab. Agnieszka Zimmermann (GUMed)
- Krystyna Wechmann (Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych) – członek Rady Społecznej

Pytania i komentarze z sali (5 min)

11.30-11.40 Przerwa

11.40-12.20

Warsztaty w dwóch grupach tematycznych:

- Jak poprawiać skuteczność leczenia? (aula główna)
- Jak zwiększać bezpieczeństwo pacjenta? (sala 105)

12.20-13.15 Lunch

13.15-15.00

SESJA II: ZDROWIE PUBLICZNE – wyzwania i rozwiązania

MODERATORZY:

- dr Grzegorz Juszczyk (NIZP-PZH) – członek Rady Społecznej
- prof. Tomasz Zdrojewski (Komitet Zdrowia Publicznego PAN, GUMed) – członek Rady Społecznej

WYSTĄPIENIA WPROWADZAJĄCE:

1. Jak wydłużyć trwanie życia mieszkańców Polski?, dr Piotr Bandosz (GUMed)
2. Skuteczne interwencje dla kluczowych zagrożeń zdrowia publicznego, prof. Tomasz Zdrojewski (KZP PAN, GUMed)
3. Finansowanie i struktura systemu zdrowia publicznego w Polsce – dzielenie czy łączenie?, dr Grzegorz Juszczyk (NIZP-PZH)
4. Nowa wizja Państwowej Inspekcji Sanitarnej, dr hab. Jarosław Pinkas (Główny Inspektorat Sanitarny)

PANELIŚCI:

- Zbigniew J. Król (Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia)
- dr hab. Jarosław Pinkas (Główny Inspektor Sanitarny, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego)
- Beata Libera-Matecka (Sejm RP, Zespół Parlamentarny ds. Zdrowia Publicznego)
- Waldemar Kraska (Senat RP, Komisja Zdrowia) – członek Rady Społecznej
- prof. Waldemar Paruch (Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Centrum Analiz Strategicznych) – członek Rady Społecznej
- prof. Wojciech Hanke (Instytut Medycyny Pracy, konsultant krajowy ds. medycyny środowiskowej)

- Mieczysław Struk (Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego)
- Anna Rulkiewicz (Pracodawcy RP) – członek Rady Społecznej

Pytania i komentarze z sali

15.00-15.15 Przerwa

15.15-16.45

SESJA III: PRAWA / OBOWIĄZKI PACJENTA – nowe rekomendacje i wytyczne

MODERATORZY:

- Urszula Jaworska (Przewodnicząca Zespołu ds. Praw Pacjenta MZ, Fundacja Urszuli Jaworskiej) – członek Rady Społecznej
- Beata Ambroziewicz (Zespół ds. Praw Pacjenta MZ, Polska Unia Organizacji Pacjentów „Obywatele dla Zdrowia”) – członek Rady Społecznej

WYSTĄPIENIA WPROWADZAJĄCE:

1. Bartłomiej Chmielowiec (Rzecznik Praw Pacjenta)
2. Wprowadzenie do panelu, podsumowanie celu i prac, Urszula Jaworska (Przewodnicząca Zespołu Praw Pacjenta MZ, Fundacja Urszuli Jaworskiej)
3. Pacjent w badaniach klinicznych – bezpieczeństwo pacjenta w badaniach, Beata Ambroziewicz (Zespół Praw Pacjenta MZ, Polska Unia Organizacji Pacjentów „Obywatele dla Zdrowia”) – członek Rady Społecznej

PANELIŚCI:

- mec. Rafał Janiszewski (Zespół ds. Praw Pacjenta MZ, prawnik)
- Katarzyna Skrętowska-Szysko (Przedstawiciel Rzecznika Praw Dziecka, Zespół ds. Praw Pacjenta MZ)
- dr hab. Andrzej Nawrocki (Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zespół ds. Praw Pacjenta MZ)
- dr Marcin Mikos (Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego) – członek Rady Społecznej
- Anna Śliwińska – (Polskie Stowarzyszenie Diabetyków) – członek Rady Społecznej

15.30-16.30

SESJA RÓWNOLEGŁA: ZDROWIE PUBLICZNE W PRAKTYCE – jak skutecznie zwiększać zgłaszalność na badania przesiewowe

MODERATOR:

Artur Prusaczyk (Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp. z o.o. w Siedlcach)

WYSTĄPIENIE WPROWADZAJĄCE:

Karol Szwałek (ekspert w zakresie badań profilaktycznych)

Prezentacja nowoczesnych rozwiązań, które motywują oraz ułatwiają pacjentom wykonanie badań w ramach programów profilaktycznych. Podczas dyskusji zostaną omówione obecne trudności w skutecznym zapraszaniu na badania, jak również dobre praktyki międzynarodowe i krajowe, które można zastosować na szerszą skalę w Polsce.

PANELIŚCI:

- Adam Niedzielski (zastępca Prezesa NFZ ds. operacyjnych)
- prof. Rafał Gierczyński (zastępca dyrektora NIZP-PZH ds. bezpieczeństwa epidemiologicznego i środowiskowego)
- Kamil Barczyk (ekspert ds. ochrony zdrowia, Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu)
- Aleksandra Rudnicka (Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych)

16.45-17.00

Podsumowanie i zakończenie konferencji

REKOMENDACJE ZBIORCZE

KONFERENCJA „WSPÓLNIE DLA ZDROWIA”

– BIAŁYSTOK, 08.05.2019

GŁÓWNE ZAGADNIENIA:

- DIGITALIZACJA MEDYCyny NA RZECZ ZWIĘKSZENIA EFEKTYWNOŚCI SYSTEMU
- WARUNKI ROZWOJU BIOTECHNOLOGII W POLSCE
- INNOWACJE A POTRZEBY PACJENTA

SESJA I

DIGITALIZACJA MEDYCyny

NA RZECZ ZWIĘKSZENIA EFEKTYWNOŚCI SYSTEMU

REKOMENDACJE

1. Wzrost efektywności polskiego systemu ochrony zdrowia rozumianej jako poprawa wyników zdrowotnych oraz doświadczeń pacjentów z korzystania z opieki zdrowotnej przy jednocześnie lepszym wykorzystaniu środków finansowych możliwy jest tylko poprzez szerokie zastosowanie nowoczesnych technologii cyfrowych i wdrażanie innowacji procesowych.
 - a) perspektywa pacjenta
 - b) podejście populacyjne do procesów
 - c) zespół
 - d) wszystkie dane w jednym miejscu
 - e) gdzie usługa, tam rozliczenie
 - f) znajomość następnego kroku
 - g) każdy kontakt z pacjentem jest ważny
2. System ochrony zdrowia trzeba projektować i budować wokół pacjenta, jego tożsamości, a nie tak jak dotychczas wokół podmiotów leczniczych lub płatnika. Aby informatyzacja przyniosła zamierzony efekt, świadczeniodawcy i płatnicy muszą działać w sposób komplementarny na rzecz odbiorcy swoich usług, a nie samych siebie.
3. Istotą transformacji cyfrowej jest innowacja procesowa, która dokonuje się za pomocą narzędzi informatycznych. W ich wdrażaniu kluczowe są następujące elementy, których współistnienie decyduje o wartości wprowadzanej zmiany procesowej, tj.:
 4. Dla powodzenia procesu digitalizacji polskiego systemu ochrony zdrowia niezbędne jest jasne sprecyzowanie celów tego procesu. Menedżerowie podmiotów leczniczych skupiają się na bieżącej działalności, rozwiązywaniu codziennych problemów związanych z niedoborem kadry, zobowiązaniami wobec NFZ, dlatego innowacje nie są dla nich dzisiaj priorytetem. Tylko przy udziale silnego koordynatora centralnego, który postawi przed placówkami konkretne, określone w czasie cele, do których powinni dążyć i wesprzeć je finansowo, proces digitalizacji będzie przebiegał tak, jak powinien.

5. Za kluczowe dla poprawy efektywności polskiego systemu ochrony zdrowia, a przede wszystkim lepszego zaspokojenie potrzeb pacjenta należy uznać:
 - a) Rozwój i upowszechnienie Telemedycyny – jest korzystana, zarówno dla pacjenta, jak również lekarza. Badania potwierdzają, że pacjenci doceniają korzyści płynące z takiego rozwiązania. Aż 65 proc. ankietowanych deklaruje chęć korzystania z rozwiązań telemedycznych. Co zaskakujące, są to osoby starsze, które często niesłusznie posądzają się o opór wobec takiej formy opieki. Budowa relacji pacjent-lekarz w świecie on-line wymaga edukacji obu stron, która przynosi znacznie szybsze i znacznie lepsze rezultaty niż zwykle się ich spodziewamy. Ponadto rozwiązania mobilne mogą okazać się najskuteczniejszym narzędziem racjonalizacji konsumpcji usług medycznych. Istnieją pewne obszary (np. profilaktyki, wczesnego diagnozowania), w których technologie mogą odciążyć lekarza i przesunąć jego uwagę na pacjentów, którzy wizyty rzeczywiście wymagają.
 - b) Budowę, zwiększanie dostępu i wykorzystywanie dużych baz danych (Big Data – każdy pacjent dostarcza do bazy danych rocznie ok. 25 tys. rekordów. Dane te należy analizować i na tej podstawie kierunkować rozwój systemu ochrony zdrowia. Szpitale powinny także zwiększać swoje kompetencje medyczne w oparciu o BIG DATA, ale ich rola powinna koncentrować się przede wszystkim na wykorzystywaniu innowacji w tym obszarze, a nie tworzeniu. W procesie tworzenia dużych zbiorów danych konieczne jest zobligowanie wszystkich dostawców systemów teleinformatycznych do udostępnienia danych, które posiadają.
 - c) Integrację danych medycznych pacjenta – obecnie te dane są fragmentaryczne, a lekarze i pacjenci nie mają dostępu do pełnych informacji medycznych. Brakuje spójnego systemu danych, przez co mamy do czynienia z mniejszą efektywnością leczenia i obniżonym bezpieczeństwem pacjenta. Częstszy kontakt z pacjentem i monitorowanie stanu jego zdrowia umożliwiają wcześniejszą diagnostykę i leczenie pacjenta jeszcze zanim choroba się rozwinie. To także szansa na uniknięcie nieuzasadnionego powtarzania niektórych procedur i lepszą koordynację opieki nad pacjentem.
 - d) Stworzenie systemu zachęt do wdrażania e-zdrowia w profesjonalny i kompleksowy sposób – pieniądze nie powinny być wydawane tylko na zakup technologii czy infrastruktury, ale skierowane na budowanie motywacji do jej wdrożenia oraz uwolnienia na ich podstawie potencjału naukowego w Polsce.

SESJA II

WARUNKI ROZWOJU BIOTECHNOLOGII W POLSCE

REKOMENDACJE

1. Rozwój biotechnologii w Polsce to cel wpisany w kluczowe dokumenty strategiczne Rady Ministrów RP, tj. Strategię Odpowiedzialnego Rozwoju Premiera Mateusza Morawieckiego oraz dokument „Polityka Lekowa”. Dla realizacji tego celu konieczne jest zbudowanie fundamentu infrastruktury prawnej oraz skutecznych i kompleksowych mechanizmów zachęt i wsparcia dla uczestników tego sektora. Z uwagi na obowiązkowy obowiązek europejskiej, centralnej rejestracji leków biologicznych: oryginalnych i biopodobnych, niezbędne jest dalsze konsekwentne wdrażanie i promocja obowiązujących w Unii Europejskiej regulacji prawnych, które szczegółowo regulują zasady prowadzenia prac badawczych, rozwojowych, tworzenia dokumentacji i rejestracji innowacyjnych leków biologicznych i leków biopodobnych.
2. Niezbędne jest doprowadzenie do rzeczywistego dialogu przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Przedsiębiorczości, MNISW, NFZ w celu ustalenia konkretnych celów szczegółowych, działań, dat ich zakończenia oraz instytucji odpowiedzialnych za realizację poszczególnych faz rozwoju biotechnologii.
3. Konieczne jest wypracowanie nowego profilu działania narodowych instytucji regulatorowych takich jak URPL, GIF, NIL. Niezbędna jest transformacja ich dotychczasowej roli instytucji nadzoru nad bezpieczeństwem i jakością i oceną produktów leczniczych - typowej dla kraju posiadającego tylko odtwórczy przemysł farmaceutyczny do roli instytucji wspierających i promujących innowacje. W ślad za zaleceniami i wypracowanymi wzorcami takich praktyk poprzez EMA oraz inne kraje UE należy reformować narodowe instytucje regulacyjne do spełniania roli przystosowanej do aspiracji i celów polskiej nauki i przemysłu w zakresie rozwoju biotechnologii i innowacyjnego polskiego przemysłu farmaceutycznego. Oznacza to pilną konieczność podjęcia przez wymienione instytucje działań w zakresie szerokiego, naukowego i regulacyjnego wspierania badań i rozwoju, stymulacji innowacji i edukacji w zakresie regulacji prawnych, obowiązujących w krajach Wspólnoty Europejskiej. Celem tej transformacji jest udzielenie realnego i kompleksowego wsparcia polskim naukowcom, grupom badawczym i przedsiębiorstwom działającym w obszarze biotechnologii. Ogromną rolę w tym procesie mogą i powinni odegrać polscy eksperci, naukowcy, prawnicy, którzy w okresie potransformacyjnym reprezentowali Polskę w licznych ciałach formalnych i doradczych EMA takich jak : CHMP, BWP, CAT, PRAC, PDCO, COMP, etc.
4. Konieczność (bezpłatnego) wsparcia merytorycznego przez ekspertów finansowanych przez budżet państwa i stworzenia

procedury „scientific advice” dla małych polskich przedsiębiorstw biotechnologicznych, tworzących prototypy nowych leków biologicznych. Oferta wsparcia dla ciał akademickich, będących inkubatorami innowacyjnych substancji, produktów i farmakoterapii, powinna obejmować wszystkie etapy badań i rozwoju nowych technologii lekowych, tak by od wczesnego etapu badań ich rozwój zaplanowany był tak, by na każdym dalszym etapie spełniał wymogi regulacyjne. Dzięki temu droga innowacyjnych leków biologicznych i leków biopodobnych od pomysłu poprzez badania, rozwój, europejską rejestrację do pacjenta zostanie znacznie skrócona.

5. Konieczność stworzenia mechanizmów umożliwiających efektywną współpracę małych przedsiębiorstw biotechnologicznych, przedsiębiorstw Big Pharma i naukowców. Eco system innowacji

powinien być otwarty i przyjazny nie tylko wielkim podmiotom, ale także mniejszym grupom badawczym, udzielając im wsparcia i mentoringu na drodze rozwoju i integracji ze światem „dużej biotechnologii”.

6. Zastosowanie szybkiej ścieżki refundacji dla nowych leków biologicznych równoważnych. Jednocześnie istotne jest ostrożne regulowanie wysokości refundacji leków biologicznych równoważnych – zbyt niskie ceny tych leków mogą paradoksalnie zdemotywowwać producentów leków od wprowadzania kolejnych leków na rynek. Obniżeniu ceny leku powinno towarzyszyć zwiększenie liczby pacjentów, dla których lek staje się dostępny.
7. Umożliwienie wejścia do przetargów leków biologicznych równoważnych w momencie pojawienia się ich na rynku.

SESJA III

INNOWACJE A POTRZEBY PACJENTA

REKOMENDACJE

Dla właściwego pozycjonowania innowacji w systemie ochrony zdrowia istotne jest uporządkowanie definicyjne tego pojęcia. Na potrzeby całej debaty Wspólnie dla Zdrowia oraz wynikających z niej rekomendacji przyjęto definicję opublikowaną w Podręczniku Oslo Manual¹, według którego innowacją jest:

- wdrożenie nowego lub istotnie ulepszanego produktu (wyrobu lub usługi),
- nowego lub istotnie ulepszanego procesu,
- nowej metody marketingu,
- nowej metody organizacji w zakresie praktyk działalności, organizacji miejsca pracy bądź relacji ze środowiskiem.

Na potrzeby sektora ochrony zdrowia należy dodać, że nowości, o których mowa powyżej powinny prowadzić do skuteczniejszej ochrony, istotnej poprawy stanu zdrowia pacjentów raz efektywniejszego wykorzystania ograniczonych zasobów wykorzystywanych w sektorze zdrowia na rzecz kapitału zdrowia.

Produkty (wyroby i usługi), procesy i metody (techniczne, organizacyjne i marketingowe) są innowacjami, jeśli są nowe lub istotnie ulepszone przynajmniej z punktu widzenia wdrażającego je podmiotu. Oznacza to, że definicja innowacji według podręcznika Oslo Manual obejmuje pełne spektrum nowości – od nowości na skalę światową, poprzez nowości w skali rynku, na którym działa organizacja, po nowości tylko z punktu widzenia danego podmiotu. Istotne jest, że innowacja nie musi być opracowana przez samo wdrażające ją przedsiębiorstwo. Podmioty sektora

ochrony zdrowia mogą również wdrażać innowacje opracowane we współpracy z innymi przedsiębiorstwami lub instytucjami, a także innowacje, których autorami są inne przedsiębiorstwa lub instytucje.

Zrównoważony system ochrony zdrowia w sposób świadomy i w oparciu o obiektywne kryteria absorbuje innowacje technologiczne, procesowe i organizacyjne w celu skuteczniejszego zaspakajania potrzeb pacjentów i podnoszenia efektywności wykorzystania wszystkich dostępnych zasobów. W każdym z wymienionych typów innowacji zidentyfikowano kluczowe warunki brzegowe, których spełnienie zwiększa efektywność ich wdrożenia.

1. Dostęp do innowacyjnych leków

- Przy decyzji o refundacji leku pod uwagę powinna być brana innowacyjność produktu oparta na rzeczywistych wyliczeniach efektów jego stosowania (na podstawie koncepcji VBHC).
- Udostępnienie leku innowacyjnego w ramach refundacji powinno dotyczyć wszystkich wskazań terapeutycznych dla pełnej populacji chorych – rezygnacja z zastrzania kryteriów wejścia do programów lekowych, które przeczą zasadzie wczesnego dostępu do terapii o udowodnionej skuteczności klinicznej.
- W ocenie technologii medycznych, należy uwzględnić koszty pośrednie i dane z rejestrów medycznych monitorujących praktykę kliniczną.
- Włączenie do praktyki refundacyjnej instrumentów dzielenia ryzyka (ang. risk sharing schemes, tzw. RSS-ów), opartych o efekt zdrowotny, pozwoli na uzyskanie refundacji dla drogich innowacyjnych, ale skutecznych leków, poprzez weryfikację skuteczności rzeczywistej produktu w stosunku do badań klinicznych i zniwelowanie zagrożenia

¹ OECD/Wspólnoty Europejskie, (2005), Podręcznik Oslo: Zasady gromadzenia i interpretacji danych dotyczących innowacji, Warszawa.

finansowaniem nieskutecznych leków (optymalizacja zarządzania środkami publicznymi).

- Ze względów medycznych i etycznych powinny być wprowadzone mechanizmy wczesnego dostępu do leków, jeszcze przed ich rejestracją i/lub wprowadzeniem do pełnej refundacji, w uzasadnionych i wyjątkowych przypadkach m.in.
 - compassionate use (udostępnienie leku po badaniach klinicznych, przed rejestracją) – 20 z 28 krajów unijnych mają mechanizmy wczesnego dostępu np. Austria, Belgia, Bułgaria, Czechy i nawet Rumunia,
 - doprecyzowanie przepisów dotyczących ratunkowego dostępu do technologii lekowych (m.in. wskazanie RDTL jako świadczenia odrębnie finansowanego).
- Przeznaczanie na refundację leków minimum 16,5% z całościowych środków na ochronę zdrowia i zwiększanie tego pułapu w miarę rosnących potrzeb zdrowotnych.

2. Dostęp do innowacyjnych wyrobów medycznych

- Uporządkowanie procesu oceny i refundacji wyrobów medycznych, wzorem oceny i refundacji technologii lekowych.
- Przy decyzji o refundacji technologii nielekových pod uwagę powinna być brana innowacyjność produktu oparta na rzeczywistych wyliczeniach efektów jego stosowania (na podstawie koncepcji VBHC).
- Konieczne jest wdrożenie metodologii oceny technologii nielekových na poziomie szpitala (ang. Hospital Based HTA).
- Ze względów medycznych i etycznych powinny być wprowadzone mechanizmy umożliwiające dopłatę pacjenta do wyższego standardu wyrobu medycznego poza standardem gwarantowanym w ramach refundacji.

3. Dostęp do innowacji procesowych i organizacyjnych

Brak odpowiedniej ilości kadr medycznych w połączeniu z rosnącym zapotrzebowaniem na usługi medyczne powodują jednak, że poszukiwanie sposobów na poprawę wydajności pracy i powiększanie wartości dodanej z pracy pracowników ochrony zdrowia stanie się przymusem. Możliwość wzrostu wydajności pracy leży w innowacyjności, tak produktowej (produkty i urządzenia zwiększające wartość dodaną), jak organizacyjnej. W szczególności należy poszukiwać rozwiązań, które będą oszczędzać czas pracowników medycznych, aby mogli oni wykorzystać go na lepszą opiekę nad pacjentami oraz zwiększenie liczby pacjentów, którymi może zajmować się dana osoba. Rozwiązania te mieszczą się w koncepcji value-based healthcare.

Potencjał poprawy wydajności pracy możliwy jest w szczególności poprzez:

1. Dostarczanie informacji dla wsparcia samodzielnych decyzji pacjenta – edukacja pacjenta i wyposażenie pacjenta w kompetencje w zakresie podejmowania samodzielnych decyzji jest powszechnie zgłaszanym postulatem. Dobre, aktualne i sprawdzone pod kątem merytorycznym, źródła informacji, np. w postaci odpowiedniego serwisu internetowego, które pozwolą pacjentowi na łatwy dostęp do niezbędnych informacji.
2. Obsługa administracyjna pacjenta – funkcje począwszy od sprawdzenia dostępności terminów, rejestracji, uzupełniania danych pacjenta w dokumentacji, poprzez udostępnianie danych pacjenta poszczególnym (uprawnionym) pracownikom placówki, po przygotowanie i wysłanie w odpowiednie miejsca określonych np. pacjenta, ewentualne botów opartych na AI. Wymienione funkcje stanowią podstawę sprawnych systemów informatycznych placówek (w zakresie tzw. ADT), które w połączeniu z możliwościami Internetu ułatwiają proces przyjmowania pacjenta w placówkach i zarządzania jego danymi.
3. Gromadzenie danych z wywiadu – większość kontaktów personelu medycznego z pacjentami rozpoczyna się od zebrania wywiadu (badanie podmiotowe). Znane i praktykowane są metody strukturyzowanego wywiadu (ankiety), które mogą usprawnić i przyspieszyć zebranie istotnych dla procesu diagnostyczno-terapeutycznego danych. Zastosowanie ankiet, w szczególności w formie elektronicznej, jest szczególnie uzasadnione w odniesieniu do znanych już placówce pacjentów, cierpiących na choroby przewlekłe, świadomych swojej choroby i uwrażliwionych na wybrane elementy samopoczucia.
4. Telemedycyna – komunikacja personelu medycznego między sobą, oraz personelu z pacjentami, przekazywanie danych i wykonywanie badań na odległość może się odbywać z zastosowaniem systemów telemedycznych redukując czas konieczny na przemieszczanie się tak personelu medycznego jak pacjentów.
5. Rejestrowanie i transkrypcja mowy – nagrywanie wypowiedzi lekarza oraz transkrypcja jej na tekst pisany jest znaną praktyką, znacznie wyprzedzającą pojawienie się informatyki. W dobie informatyki, transkrypcja jest dodatkowo wspomagana przez systemy informatyczne.
6. Robotyka w chirurgii – technologia pozwala na większą precyzję, mniejsze uszkodzenia tkanek sąsiadujących (małoinwazyjność), a także szybsze i mniej męczące (po uzyskaniu biegu) przeprowadzanie zabiegów chirurgicznych.
7. Rozpoznawanie obrazów – od wielu lat prowadzone są prace nad rozpoznawaniem obrazów, w szczególności w dziedzinie radiologii, patomorfologii, dermatologii, okulistyki itp. W ostatnich latach rozwój algorytmów głębokiego uczenia znacznie poprawiają skuteczność i sprawność rozpoznawania patologicznych zmian narządach.
8. Urządzenia mobilne monitorujące parametry zdrowotne – urządzenia, noszone przez pacjenta, monitorują parametry pacjenta i przekazują dane do centrów analitycznych. Użyteczne do nadzoru nad pacjentami chorymi przewlekle.
9. Internet rzeczy (IoT) – rozwiązania monitorujące stan urządzeń/sprzętów medycznych, a także położenie i działania personelu oraz pacjentów.
10. Programy pilotażowe – mogą być polem doświadczalnym dla innowacji organizacyjnych, a także innych (np. technologicznych),

jednocześnie ograniczając ryzyko niepowodzeń do określonego zakresu świadczeniodawców i świadczeniobiorców oraz określonego czasu (trwanie pilotażu). Mogą być proponowane przez poszczególne środowiska profesjonalne (np. towarzystwa naukowe), regiony (np. oddziały NFZ, urzędy marszałkowskie), a także placówki medyczne i ich grupy. Innowacje organizacyjne, które mogłyby być przedmiotem pilotażu obejmują:

- a) Programy opieki koordynowanej – obecnie trwają programy pilotażowe oparte na POZ (POZ PLUS, POZ OK), zbudowane wokół problemów zdrowotnych (KOS ZAWAL, KONS) czy całych dziedzin medycyny (psychiatria). Istnieje uzasadnienie uruchomienia kolejnych programów, w szczególności nakierowanych na poszczególne problemy zdrowotne; jednocześnie umożliwiając ich łączenie, w szczególności w celu rozwiązania problemów wielochorobowości.
- b) Dzielenie funkcji administracyjnych – sieciowa forma współpracy placówek, w szczególności szpitali, może pozwolić na oszczędności wynikające z dzielenia zasobów, w szczególności wspólne funkcje administracyjne, zakupy itp.
- c) Funkcjonalna i strukturalna integracja szpitali – formuła

współpracy placówek ustanawiających wspólne struktury zarządzania, koordynująca zakresy działania i optymalizująca zarządzanie zasobami.

- d) Wysokowolumenowe nabywanie usług z finansowaniem kosztów krańcowych – rozwiązanie organizacyjno-finansowe, w szczególności dla wąskich specjalistycznych dziedzin, wykorzystujących kosztowne wyposażenie techniczne.
- e) Integracja opieki medycznej i społecznej – współpraca i wzajemne uzupełnianie się dostawców usług z dwóch systemów; opieki społecznej i zdrowotnej, w ramach pojedynczej umowy.
- f) Powiatowe centra medyczne – transformacja tradycyjnego szpitala powiatowego w kierunku placówki łączącej usługi w trybie nagłym, ambulatoryjne z szeroką bazą diagnostyczną (potencjalny outsourcing),

Wprowadzanie wyżej wymienionych oraz wielu niewymienionych rozwiązań, prócz niezbędnych nakładów finansowych, wymaga otwartości na zmianę i promocję innowacyjności przez administrację publicznej ochrony zdrowia.

PODSUMOWANIE

W procesie refundacji innowacyjnych terapii, mając ograniczony budżet, regulator powinien w sposób transparentny i obiektywny podejmować decyzje o dopuszczeniu danej technologii do refundacji. Rozstrzygnięcia w tej sprawie powinny być oparte na ocenie efektywności technologii w kontekście ich wpływu na kompleksowość leczenia i skuteczność realizacji celów zdrowotnych wyznaczonych w polityce zdrowotnej państwa, uwzględniając przy tym konieczność łączenia egalitarnego i utylitarne podejścia. Każdą z innowacji należy oceniać w kontekście szerokiego wpływu na wyniki zdrowotne i łączne koszty terapii lub danej placówki. Brak konsekwencji w tym obszarze ogranicza możliwości pełnej absorpcji korzyści płynących z wdrożenia innowacji.

Pacjentowi jest obojętne, czy dostanie lek innowacyjny, czy nie. Pacjent i gospodarka mają ten sam cel – być jak najszybciej zdrowym

i aktywnym zawodowo. Z punktu widzenia systemu nakierowanego na wartość to pacjenci powinni odgrywać ważną rolę w procesie podejmowania decyzji, jakie leki czy technologie nielekowe będą dostępne, ale powinni być edukowani w tym zakresie. Pacjenci oczekują także dobrze zorganizowanej i skoordynowanej opieki, np. po wyjściu ze szpitala. Doskonale wiedzą, że dostęp do nowoczesnego leczenia bez koordynacji opieki w całym procesie nie rzadko obniża oczekiwane wyniki zdrowotne i marnuje pieniądze zainwestowane w leczenie. Polski system potrzebuje innowacji systemowej, rozumianej jako nakierowanie decyzji na kompleksowość rozwiązań technologicznych i organizacyjnych. Bez niej każda innowacja odbije się rykoszetem, zarówno na zdrowiu, jak i gospodarce. Pacjenci muszą mieć swoje miejsce w systemie oceny wprowadzanych innowacji. Innowacje powinny być wdrażane kompleksowo – od gabinetu lekarza POZ do łóżka pacjenta w szpitalu.





Ministerstwo Zdrowia