



# Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce

Wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia  
SKRÓCONY DOKUMENT PODSUMOWUJĄCY



25 czerwca 2019 r. • Warszawa



# 1. Wizja, cele i wartości w systemie ochrony zdrowia

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

## 2. Profilaktyka i zdrowie publiczne

- Należy wprowadzić obowiązek oceny skutków regulacji z punktu widzenia zdrowia publicznego, jako obowiązkowy element procesu legislacyjnego.
- Priorytetami zdrowia publicznego powinny być:
  - wzmacnianie świadomości i odpowiedzialności, co do skutków występowania zagrożeń zdrowotnych, zwłaszcza poprzez działanie 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 minimalnego zakresu odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego (JST),
- za działania z obszaru zdrowia publicznego oraz wsparcie merytoryczne w realizacji samorządowych programów prozdrowotnych,
- wykorzystanie podstawowej opieki zdrowotnej oraz medycyny pracy, do wprowadzenia systematycznej oceny ryzyk zdrowotnych na poziomie indywidualnym, w postaci tzw. bilansów zdrowia dla osób dorosłych.

## 2. Profilaktyka i zdrowie publiczne (c.d.)

- 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 jego ramach kształtowane powinny być kompetencje w zakresie wiedzy o wpływie ludzkich zachowań oraz środowiska na zdrowie, prawach pacjenta 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 w okresie późniejszego życia młodego człowieka.
- Należy rozważyć wprowadzenie systemu motywacyjnego zachęcającego do korzystania z badań profilaktycznych i szczepień finansowanych ze środków publicznych.
- Należy rozszerzyć kompetencje medycyny pracy poprzez powierzenie jej obowiązków w zakresie wczesnego wykrywania chorób przewlekłych i cywilizacyjnych (np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca tętnic w różnych obszarach, ryzyko nowotworów).

## 3. Bezpieczeństwo, jakość i efektywność

- Należy poprawić efektywność systemu zdrowia poprzez wprowadzenie zmian nakierowanych na osiągnięcie wyników zdrowotnych leczenia (outcome oriented care).
- Należy wprowadzić rozwiązania premiowania przez NFZ świadczeniodawców ze względu na osiągnięte efekty zdrowotne i jakość świadczeń.
- Należy wprowadzić ocenę podmiotów leczniczych przez pacjentów.
- Należy wprowadzić skuteczne mechanizmy finansowe ograniczające wydatki na leczenie szpitalne i zwiększające na leczenie ambulatoryjne.
- Należy wprowadzić ogólnopolski system monitorowania zdarzeń niepożądanych.
- 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,

## 3. Bezpieczeństwo, jakość i efektywność (c.d.)

- 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.

## 4. Własność i odpowiedzialność

- 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.
- 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 latach największych potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych Polaków w podeszłym wieku dysponował odpowiednią do potrzeb organizacją i strukturą zasobów.
- Należy wydzielić w stawce kapitacyjnej przekazywanej lekarzowi POZ kwotę przeznaczoną na badania diagnostyczne, w tym profilaktyczne. Należy również wprowadzić elementy oceny jakości w POZ i uzależnić od nich finansowanie.
- Należy utrzymać obecną lokalizację AOS, zarówno przy szpitalach, jak i w lecznictwie otwartym, rozdzielając jednak ich funkcje. AOS przyszpitalny powinien zajmować się 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.

## 4. Własność i odpowiedzialność (c.d.)

- Należy wprowadzić Podstawowe Zabezpieczenie Zdrowotne (PZZ), które polega na współpracy i wymianie informacji podmiotów wchodzących w skład POZ, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i szpitali pierwszego poziomu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego.
- W celu skoordynowania funkcjonowania podmiotów leczniczych należy wprowadzić skuteczne mechanizmy koordynacji działania szpitali na szczeblu województwa, tak aby wyeliminować nieefektywne wykorzystanie zasobów.
- Należy określić zadania i uporządkować organizację opieki wysokospecjalistycznej.
- Należy premiować działania w celu uzależnienia finansowania od wyników leczenia, mierzonych obiektywnymi wskaźnikami (ang. Value Based Healthcare).
- Należy zbudować wszechstronny system świadczeń zdrowotnych oraz społecznych, który będzie:
  - w maksymalnym stopniu wspierał samodzielność podopiecznych,
  - wspierał opiekunów nieformalnych,
  - angażował wsparcie sąsiedzkie i środowiskowe,



## 4. Własność i odpowiedzialność (c.d.)

- tworzył elastyczne modele form opieki profesjonalnej (mieszane; stacjonarne i domowe, 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 nowotworzonych oddziałów opieki długoterminowej.
- Należy skoordynować rehabilitację z leczeniem stacjonarnym i ambulatoryjnym.
- Należy rozwijać telerehabilitację jako istotne narzędzie w poprawie dostępności.

## 5. Kadry w ochronie zdrowia

- Należy zmniejszyć obecną liczbę specjalizacji lekarskich oraz wprowadzić certyfikaty umiejętności
- Należy utworzyć nowy zawód medyczny „technik pielęgniarstwa”
- Należy utworzyć nowy zawód medyczny „asystent lekarza”
- Należy zwiększyć kompetencje magistrów farmacji poprzez możliwość realizacji opieki farmaceutycznej
- Należy wdrażać rozwiązania, które będą oszczędzać czas pracowników medycznych tak, aby mogli wykorzystać go na lepszą opiekę nad pacjentami.
- Należy poprawić efektywność pracy personelu medycznego poprzez:
  - 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 3 D w chirurgii,
  - rozpoznawanie obrazów,
  - urządzenia mobilne monitorujące parametry zdrowotne.

## 6. Finansowanie ochrony zdrowia

- Należy kontynuować działania, które zbliżą nakłady na ochronę zdrowia do średniego europejskiego poziomu. W tym celu konieczne jest podjęcie decyzji o stopniowej zmianie wysokości danin ponoszonych przez obywateli na ochronę zdrowia.
- Należy:
  - wprowadzić w Polsce ulgi podatkowe od wydatków prywatnych na świadczenia zdrowotne o udowodnionej skuteczności,
  - wprowadzić dobrowolne ubezpieczenia dodatkowe, co pozwoli zwiększyć dostęp do bardziej nowoczesnego leczenia oraz przełożyć się na poprawę wyników zdrowotnych,
  - wprowadzić możliwość dopłaty do technologii o wyższym niż gwarantowanym standardzie,
  - wprowadzić możliwość 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 leczenia szpitalnego,

## 6. Finansowanie ochrony zdrowia (c.d.)

- zdefiniować uzupełniającą rolę sektora prywatnego w publicznym systemie ochrony zdrowia oraz ustalić warunki współpracy,
- rozszerzyć obowiązek sprawozdawczy w zakresie kluczowych problemów zdrowotnych, jak np.

nowotwory, choroby zakaźne i szczepienia na świadczeniodawców działających w sektorze prywatnym.

## 7. Rekomendacje końcowe (c.d.)

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 dokonać gruntownej zmiany w zakresie kompetencji obecnych profesjonalistów medycznych 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 o przeznaczeniu dodatkowych środków, w szczególności na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, opiekę psychiatryczną, rehabilitację leczniczą, opiekę długoterminową.

Proponujemy zdefiniować ten projekt hasłem:

„WSPÓLNIE POPRAWIAMY  
POLSKĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ”.