



Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce

Wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia

DOKUMENT PODSUMOWUJĄCY

Warszawa, 4 lipca 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

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.

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

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. 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 CHOROBIĘ 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 finansowanych ze środków publicznych, niepodejmowania 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) składają 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 szpitalnej.

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.

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)

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

- 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 pozasądowego 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 przewlekłe,
- 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 lecznictwie 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 nowych 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 kategoryczny sprzeciw 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 pielęgniarzkiej ze średnim wykształceniem. Po wielu latach ciężkiej pracy środowisko pielęgniarzkie 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 pielęgniarzkiej”, 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 pielęgniarzkiej na średnim

poziomie, czyli cofnięcia kadry pielęgniarzkiej 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 pielęgniarzkim.

Reasumując, wnosimy jak na wstępie o odrzucenie przedłożonej propozycji.





Ministerstwo Zdrowia