



# I Kongres Zdrowia Pracodawców RP

ZDROWY OBYWATEL, ZDROWA POLSKA

## Główne rekomendacje



## *„Nie zauważasz nas” – Rola pacjenta w systemie opieki zdrowotnej*

- 1. Promocja wspólnej odpowiedzialności za zdrowie:**
  - Zatrzymanie negatywnych wzorców zdrowotnych.
  - Komunikacja pozytywna na temat zdrowia jako inwestycji.
  - Promocja świadczeniodawców współpracujących z pacjentami i ich rodzinami.
- 2. Podnoszenie świadomości skutków postępowania medycznego:**
  - Wdrożenie i monitorowanie wskaźników jakości leczenia – publikowanie i porównywanie ośrodków.
- 3. Partycypacja pacjentów w rozwoju systemu ochrony zdrowia:**
  - Udział przedstawicieli reprezentacji środowisk pacienckich we wszystkich ciałach doradczych MZ.
- 4. Poprawa komunikacji z pacjentem i odpowiednie przygotowanie do leczenia:**
  - Lekarz rodzinny jako koordynator medyczny zbierający informacje z każdego etapu leczenia.
  - Pełna informacja z ośrodków specjalistycznych na temat sposoby leczenia i przygotowania się do niego.
- 5. Odbudowanie zaufania do zawodów medycznych i systemu opieki zdrowotnej:**
  - Kształcenie lekarzy skoncentrowane na wartościach medycznych i postawach etycznych.
  - Efektywność terapeutyczna i satysfakcja Pacjenta jako główne mierniki skuteczności pracy lekarza.
  - Promowanie i publiczne nagradzanie najlepszych praktyk, placówek ambulatoryjnych i szpitali.

## *Obywatel świadom zdrowia i państwo świadome zdrowia publicznego*

- 1. Pilne wydanie rozporządzeń do aktualnej lub poprawionej ustawy o zdrowiu publicznym.**
- 2. Wdrażanie dziesięciu podstawowych funkcji zdrowia przyjętych jednogłośnie przez 53 kraje Regionu Europejskiego WHO w roku 2012 podczas posiedzenia Komitetu Regionalnego WHO/EURO na Malcie powinno leżeć w gestii Państwa jako zadanie międzyresortowe koordynowane przez Ministerstwo Zdrowia.**
- 3. Wnioski płynące z analizy doskonalonych stale wersji map potrzeb zdrowotnych powinny od roku 2018 stanowić jeden z kluczowych determinant kształtowania polityki zdrowotnej.**
- 4. Ustawa o zdrowiu publicznym wymaga korekt przywracających w znacznym stopniu jej pierwotny kształt.**
- 5. Konieczne jest rzeczywiste docenienie etosu i pracy pielęgniarek i innych zawodów medycznych w ochronie zdrowia w tym również w realizacji podstawowych funkcji zdrowia publicznego a zwłaszcza w promowaniu sprzyjających zdrowiu stylów życia i edukacji pacjentów.**
- 6. Curricula kształcenia lekarzy i pielęgniarek powinny zawierać nowoczesne, obszerne moduły poświęcone zdrowiu publicznemu, które wdrażane będą w fazie początkowej i końcowej studiów.**

## *Obywatel świadom zdrowia i państwo świadome zdrowia publicznego*

- 7. Należy prawnie zapewnić odpowiednią do nabytych wiedzy i umiejętności pracę absolwentom wydziałów nauk o zdrowiu. Powinna zostać sformułowana lista stanowisk na szczeblu centralnym i samorządowym, gdzie wymaganym kryterium zatrudnienia będzie tytuł magistra nauk o zdrowiu. Sprawa ta powinna zostać załatwiona w znowelizowanej ustawie o zdrowiu publicznym lub w odpowiednim rozporządzeniu.**
- 8. Należy wzmocnić pozycję i obszar działania konsultantów wojewódzkich w obszarze zdrowia publicznego. Mianowanie konsultanta w dziedzinie zdrowia publicznego powinno być obligatoryjne dla odpowiedniego organu władzy wojewódzkiej.**
- 9. Ministerstwo Zdrowia i inne resorty oraz władze samorządowe a także NIZP – PZH i inne instytuty badawcze powinny aktywnie współpracować z mediami szczególnie w obszarach zapobiegania chorobom i promowania sprzyjających zdrowiu stylów życia. Do programów szkolnych na poziomie szkoły podstawowej i wyższym należy wprowadzić co najmniej jedną godzinę tygodniowo „nauki o zdrowiu”.**
- 10. Dla realizacji wyżej wymienionych a także związanych z postępowaniem medycyny naprawczej celów i działań absolutnie konieczne jest pilnie tzn. dokonane w ciągu 2 lat podniesienie poziomu finansowania ochrony zdrowia z obecnych 4,5% do 6,0% PKB.**

## *Pacjent i pracownik. Nowoczesna medycyna pracy*

1. **Realne potrzeby** – system ochrony zdrowia pracujących powinien obejmować *profilaktykę i wczesne wykrywanie chorób przewlekłych*, wpływających na ograniczenie produktywności pracowników.
2. **Wspólny wysiłek** – zdrowie pracowników to także zdrowie publiczne. *Specjaliści medycyny pracy, bezpieczeństwa i higieny pracy oraz pracodawcy i pracownicy* powinni wspólnie realizować działania prozdrowotne w firmie – również przy *wsparciu finansowym państwa*.
3. **Uniwersalna ochrona** – działania ukierunkowane na ochronę zdrowia pracujących powinny obejmować *wszystkich aktywnych zawodowo*, gdyż współczesny rynek pracy oferuje różne formy zatrudnienia.
4. **Skoordynowana opieka** – system medycyny pracy powinien *wymieniać informacje z pozostałymi obszarami systemu ochrony zdrowia* w celu kontynuowania opieki nad pracownikiem wymagającym diagnostyki i leczenia.

## *Jakość jako wartość dla pacjenta*

- 1. Stworzyć warunki umożliwiające podejmowanie przez pacjentów świadomych decyzji zdrowotnych, np. w obszarze wyboru placówki, lekarza, czy technologii medycznej.**
- 2. Objąć uniwersalnym systemem jakości wszystkie szpitale, rozdzielając jednocześnie obszary opracowania i uznawania standardów jakości od ich monitorowania.**
- 3. Wprowadzić dostępne dla pacjentów statystycznie adiustowane ryzykiem klinicznym obiektywne mierniki jakości.**
- 4. Udostępnić lekarzom niepenalizujące środowisko prawne i organizacyjne promujące dzielenie się doświadczeniami o zdarzeniach medycznych.**
- 5. Wprowadzenie mechanizmów pay-for-performance, to jest wynagradzania za jakość opartą na filarach Potrójnego Celu – doświadczenia pacjenta, efektywności finansowej oraz efektów klinicznych i bezpieczeństwa pacjenta.**

## *Inwestycja w zdrowie a rozwój społeczno-gospodarczy*

- 1. Zwiększenie publicznych wydatków na ochronę zdrowia do minimum 6% PKB szybciej niż w ciągu zakładanych 10 lat.**
- 2. Stworzenie systemu zarządzania i ekonomiki ochrony zdrowia określającego niezbędne potrzeby i związane z nimi wydatki zdrowotne oraz mierzenie ich efektywności zdrowotnej w czasie. Wytyczanie i weryfikacja celów ilościowych i jakościowych w perspektywie 5-10 lat.**
- 3. Urealnienie wycen procedur medycznych.**
- 4. Wprowadzenie zintegrowanego systemu informatycznego i rejestrów medycznych; publikacja danych NFZ.**
- 5. Uwzględnienie kosztów pośrednich w procesie decyzyjnym, koordynacja działań resortów Zdrowia, Rozwoju, Finansów, Cyfryzacji oraz Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.**
- 6. Inwestycje w profilaktykę, edukację na poziomie nie niższym niż średnia OECD.**
- 7. Wykorzystanie potencjału medycyny pracy przy całkowitej zmianie jej roli – z monitorowania kilku zaledwie parametrów zdrowotnych na kompleksową opiekę nad całością zdrowia osoby pracującej.**
- 8. Szersze wykorzystanie i koordynacja zaangażowania wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia – w tym także pracodawców, organizacji pacjenckich, organizacji pozarządowych.**

## *System ochrony zdrowia – publiczny czy prywatny?*

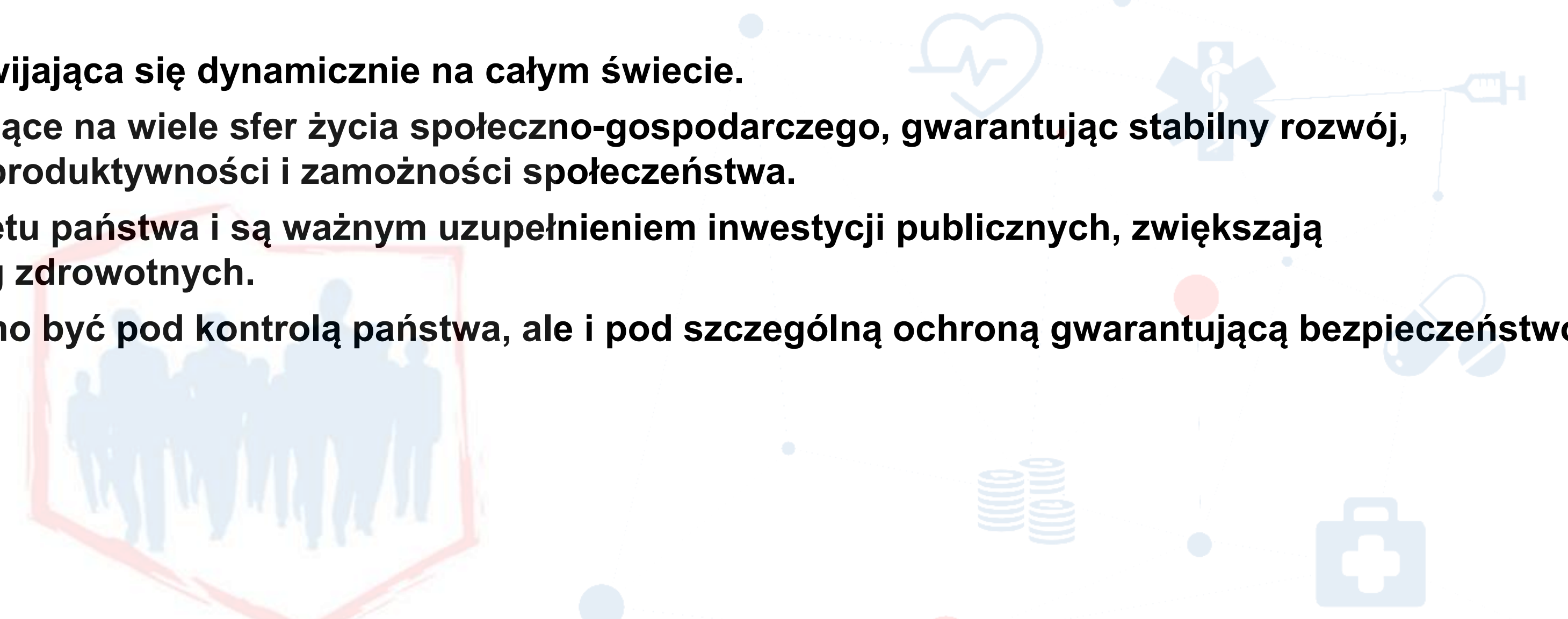
- 1. Inwestowanie w zdrowie Polaków i zmiany w systemie ochrony zdrowia jako wspólne zadanie Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Rozwoju i Ministerstwa Finansów, oraz Komitetu Ekonomicznego Rady Ministrów.**
- 2. Występowanie Państwa w roli aktywnego regulatora systemu ochrony zdrowia, zamiast roli jednoczesnego organizatora, świadczeniodawcy usług i pracodawcy dla personelu medycznego.**
- 3. Dążenie do zdecentralizowanego systemu wielu płatników (np. kas chorych) konkurujących o pacjenta i jego środki, w miejsce systemu budżetowego lub jednego płatnika (NFZ).**
- 4. Zwiększenie napływu strumienia środków do systemu ochrony zdrowia poprzez poszerzenie zakresu świadczeń w ramach medycyny pracy, wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych lub dopłat do świadczeń.**
- 5. Równouprawnienie świadczeniodawców publicznych i prywatnych w dostępie do zadań realizowanych ze środków systemowych.**
- 6. Wypracowanie nowych regulacji dotyczących komercjalizacji i prywatyzacji szpitali publicznych, w celu podniesienia efektywności działania oraz dokapitalizowania infrastruktury szpitalnej.**



## *Paradygmat odwrócenia piramidy świadczeń*

- 1. Zapewnienie właściwej ilości kadr, z naciskiem na to aby wszyscy lekarze w POZ posiadali specjalizacje z zakresu medycyny rodzinnej.**
- 2. Lekarz POZ powinien zostać wyposażony w atrybuty strażnika systemu „gate-keeper”.**
- 3. Wzmocnienie organizacyjne, finansowe i kadrowe podstawowej opieki zdrowotnej także poprzez innych obok lekarza, pielęgniarki i położnej profesjonalistów medycznych.**
- 4. Postawienie na efektywność procesu opieki nad pacjentem poprzez paradygmat POZ ujmujący pracę zespołową z innymi specjalistami i konsultacje, szczególnie kluczowych decyzji terapeutycznych ze specjalistami dziedzinowymi.**
- 5. Podstawowej opiece zdrowotnej należy powierzyć rolę instytucjonalnego koordynatora opieki nad pacjentem.**
- 6. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien otrzymać rzeczywistą możliwość dysponowania wszelkimi informacjami o pacjencie i jego leczeniu.**
- 7. Konieczne jest stworzenie mechanizmów, które będą stymulowały wzrost jakości i efektywności świadczeń w POZ, mierzonych m.in. dostępnością, jakością kliniczną oraz satysfakcją pacjenta.**

## *Czy medycyna może być motorem gospodarki?*

- 1. Ochrona zdrowia to istotna część gospodarki, rozwijająca się dynamicznie na całym świecie.**
  - 2. Działalność medyczna niesie wartości oddziałujące na wiele sfer życia społeczno-gospodarczego, gwarantując stabilny rozwój, wydłużenie okresu życia w zdrowiu i zwiększenie produktywności i zamożności społeczeństwa.**
  - 3. Inwestycje prywatne zmniejszają obciążenie budżetu państwa i są ważnym uzupełnieniem inwestycji publicznych, zwiększają konkurencyjność rynkową i poprawią jakość usług zdrowotnych.**
  - 4. Inwestowanie w obszar usług zdrowotnych powinno być pod kontrolą państwa, ale i pod szczególną ochroną gwarantującą bezpieczeństwo i stabilność inwestycji w długim okresie czasu.**
- 

## *Panorama szpitali a panorama potrzeb – jak dokonać translacji?*

- 1. Sprecyzowanie długookresowej wizji funkcjonowania transparentnego i stabilnego systemu ochrony zdrowia w Polsce, w tym dookreślenie roli, jaką odgrywać mają w nim szpitale.**
- 2. Zwiększenie nakładów na funkcjonowanie publicznego systemu ochrony zdrowia, tak, aby z powodu zmian demograficznych nie trzeba było ograniczać dostępności i jakości świadczeń.**
- 3. Dokonanie właściwej wyceny procedur medycznych uwzględniającej wszystkie koszty realizacji świadczeń, w tym także tych dotyczących odtwarzania majątku szpitali.**
- 4. Zrównanie możliwości działania szpitali bez względu na ich formę organizacyjno-prawną.**
- 5. Premiowanie innowacyjnych metod leczenia stosowanych w polskich szpitalach, wpływających na poprawę jakości leczenia, która to powinna stanowić podstawowy element oceny świadczeniodawców.**
- 6. Powstrzymanie nieuzasadnionego procesu podnoszenia standardów dotyczących infrastruktury szpitalnej oraz personelu medycznego.**

## *Profesjonaliści medyczni – jak kształcić, motywować i zniwelować deficyt*

- 1. Opracowanie długoterminowej strategii rozwoju kadr medycznych, którą poprzedzi rzetelna analiza sytuacji bieżącej oraz prognoza na nadchodzące lata. Analiza ta powinna zapoczątkować monitoring w zakresie kształcenia i migracji personelu medycznego.**
- 2. Uaktualnienie standardów kształcenia przed i podyplomowego profesjonalistów medycznych.**
- 3. Optymalne wykorzystanie kompetencji wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych.**
- 4. Zintegrowanie aktów prawnych regulujących wykonywanie zawodów medycznych.**
- 5. Budowanie pozytywnego wizerunku służby zdrowia w mediach społecznościowych.**

*Jak daleko może sięgać interwencjonizm państwa w organizacji ochrony zdrowia?*

- 1. Utworzenie kilku źródeł finansowania zdrowia poprzez dopełnienie finansowania ze środków publicznych systemem ubezpieczeń dodatkowych. Przyjęcie modelu konkurujących ze sobą płatników/ubezpieczycieli jako gwarantu celowości i oszczędności wydatkowania środków publicznych.**
- 2. Ustalenie wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnej z faktycznymi kosztami prowadzonej działalności z zawartymi mechanizmami umożliwiającymi automatyczną waloryzację wyceny w sytuacji, gdy istotnie zmieniają się warunki systemu ochrony zdrowia.**
- 3. Organizacja opieki zdrowotnej na podstawie transparentnych kryteriów jakościowych, których spełnienie zależy wyłącznie od zdolności podmiotu leczniczego.**
- 4. Wprowadzenie do procedur konkursowych kryteriów promujących efektywność funkcjonowania, jak i reinwestycję zysku podmiotów leczniczych.**
- 5. Wdrożenie jasnej i czytelnej komunikacji zmian systemowych, zrozumiałej dla wszystkich uczestników systemu.**

## *Opieka koordynowana*

- 1. Opracowanie nowego modelu dysponowania budżetem na świadczenia (fund-holdingu) uwzględniającego wymagania koordynacji, poprzez dodanie do klasycznych trybów rozliczeń elementów premiowania motywacyjnego za wdrażanie i utrzymanie standardów koordynacji.**
- 2. Wprowadzenie zachęt do wdrażania pojedynczych technik koordynacji – nawet bez zmiany finansowania, nie czekając na rozwiązania regulacyjne czy kontraktowe w dużej skali.**
- 3. Zbudowanie mechanizmu monitoringu stopnia wdrożenia koordynacji w całym systemie (na poziomie krajowym).**
- 4. Promowanie wiedzy o koordynacji wśród wszystkich interesariuszy systemu, włączenie zagadnień koordynacji do programu kształcenia, promowanie rozwoju i wdrażanie standardów interoperacyjności danych medycznych.**
- 5. Zwiększenie transparentności informacji o funkcjonowaniu systemu opieki, zwiększenie udziału konsultacji społecznych w projektowaniu zmian modelu opieki i w procesie legislacyjnym, włączenie Pacjentów w proces opiniowania.**

## *Ryzyko i zarządzanie ryzykiem w medycynie*

- 1. Wprowadzenie zmian w systemie kształcenia przedstawicieli zawodów medycznych poprzez wprowadzenie do procesu edukacyjnego zagadnień związanych z bezpieczeństwem pacjenta, ryzykiem w medycynie i procesem zarządzaniem tym ryzykiem.**
- 2. Wprowadzenie na poziomie ustawowym obowiązku zarządzania ryzykiem klinicznym w sektorze medycznym jako standard organizacji z jednoczesnym określeniem minimalnego zakresu tego procesu dla wszystkich szpitali w Polsce, przy szczególnym uwzględnieniu ryzyka zakażeń.**
- 3. Wsparcie ze strony Państwa w procesie centralnego gromadzenia i analizy przez polskie szpitale danych na temat błędów medycznych oraz zdarzeń niepożądanych.**
- 4. Aktualizacja standardów europejskich w zakresie wytycznych projektowania, wykonania, odbioru i eksploatacji systemów wentylacji dla podmiotów leczniczych**

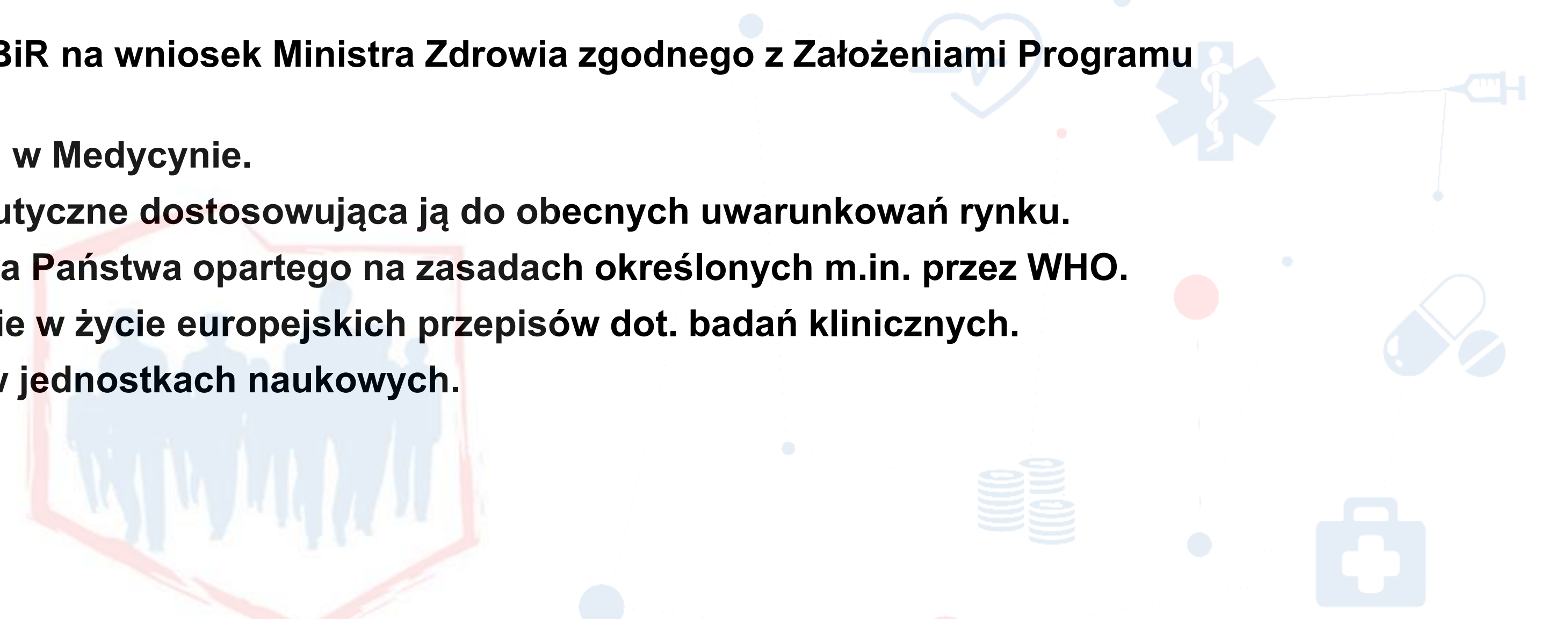
## *Dodatkowa refundacja leków w programach zdrowotnych pracodawców*

- 1. Wprowadzenie tematu dodatkowej refundacji leków w programach zdrowotnych pracodawców jako stałego elementu polityki zdrowotnej państwa – wyznaczenie celów strategicznych, ram czasowych ich osiągnięcia oraz mierników realizacji tych celów.**
- 2. Wprowadzenie tematu dodatkowej refundacji leków w programach zdrowotnych pracodawców pod obrady Rady Dialogu Społecznego.**





## *Innowacje w medycynie*

- 1. Uruchomienie Programu Strategicznego przez NCBiR na wniosek Ministra Zdrowia zgodnego z Załoženiami Programu „Cyfrowa Medycyna”.**
  - 2. Powołanie Zarządzeniem MZ Zespołu ds. Innowacji w Medycynie.**
  - 3. Kompleksowa nowelizacja ustawy Prawo Farmaceutyczne dostosowująca ją do obecnych uwarunkowań rynku.**
  - 4. Stworzenie i wdrożenie dokumentu Polityka Lekowa Państwa opartego na zasadach określonych m.in. przez WHO.**
  - 5. Zmiany regulacji prawnych umożliwiające wejście w życie europejskich przepisów dot. badań klinicznych.**
  - 6. Stworzenie bazy informacyjnej o zakresie działań w jednostkach naukowych.**
- 

## *Edukacja jako skuteczne narzędzie polityki prozdrowotnej*

- 1. Edukacja prozdrowotna powinna być prowadzona długofalowo na zasadzie zintegrowanego, holistycznego podejścia, obejmować jak największe grupy społeczne i być realizowana przy zaangażowaniu szerokiego grona stron zainteresowanych (środowisko naukowe, administrację publiczną, społeczeństwo obywatelskie, jak i sektor prywatny).**
- 2. Aktywny, podmiotowy udział sfery biznesu w działania prozdrowotne może skutecznie wspierać zarówno programy edukacyjne, jak również aktywnie wspierać konsumentów w zakresie stosowania w praktyce zasad zdrowego stylu życia.**
- 3. Przemysł spożywczy, powinien być wspierany w podejmowaniu inicjatyw prozdrowotnych m.in. poprzez promowanie rozwiązań samoregulacyjnych i/lub koregulacyjnych (współregulacyjnych).**
- 4. Przy prowadzeniu działań należy mieć na względzie, że nie powinny one zawierać elementów mogących ograniczać prawo jednostki do swobodnego wyboru stylu życia i sposobu odżywiania.**

## *Problemy osób w wieku podeszłym w polityce zdrowotnej państwa*

- 1. Należy wszystkie cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia rozpatrzyć pod kątem ich wdrażania w miejscach pracy.**
- 2. Konieczne jest tworzenie innowacyjnych rozwiązań w sferze farmakoterapii i technicznego wsparcia dla osoby w wieku podeszłym.**
- 3. Podejmowanie działań niwelujących skutki ubóstwa, poprawa zabezpieczenia socjalnego, chroniącego przed skutkami niepełnosprawności i inwalidztwa, a także budowanie właściwych relacji społecznych, więzi pokoleniowych, walka z wykluczeniem społecznym. Dostosowanie warunków pracy do osób w wieku emerytalnym.**
- 4. Przygotowanie systemu opieki zdrowotnej do rozwiązań niezbędnych dla wzrastającej w tej grupie wiekowej wielochorobowości i inwalidztwa, ze szczególnym zwróceniem uwagi na rozwój geriatricy i wprowadzenie jej do praktyki lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.**
- 5. Wczesne wykrywanie i prewencja chorób przewlekłych, poprzez badania skryningowe i programy profilaktyczne.**
- 6. Podnoszenie kompetencji i kwalifikacji osób starszych.**
- 7. Zmienić rolę i miejsce lekarza medycyny pracy.**