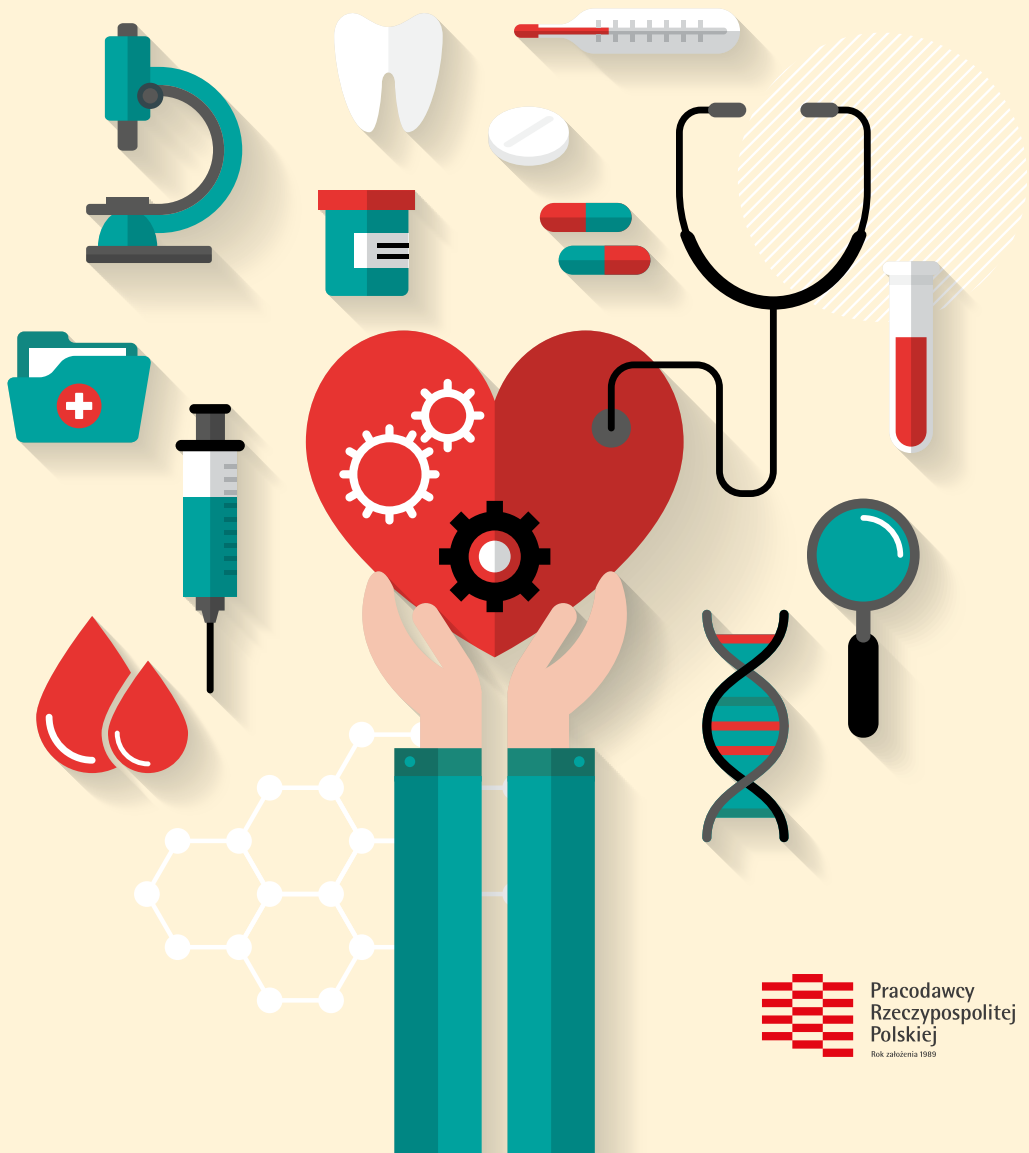




Po pierwsze

# ZDROWIE

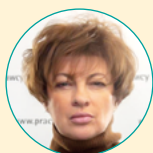




Po pierwsze

# ZDROWIE

sierpień 2023 r.



AUTORKA:

**BEATA RORANT**

Dyrektor Departamentu Zdrowia  
Pracodawców RP



KOREKTA I REDAKCJA TEKSTU:

**DARIA DZIENISZEWSKA-SMAZA**

Starszy Specjalista ds. Ochrony Zdrowia  
w Departamencie Zdrowia Pracodawców RP



Pracodawcy  
Rzeczypospolitej  
Polskiej  
104 200 000 000

Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej  
ul. Berneńska 8, 03-976 Warszawa

[www.pracodawcyrp.pl](http://www.pracodawcyrp.pl)



[www.twitter.com/zdrowiePRP](https://www.twitter.com/zdrowiePRP)

Opracowanie graficzne: Artur Gąsieniec

Druk: Drukarnia GREG



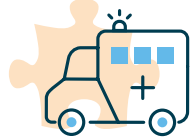
# Po pierwsze ZDROWIE

Ochrona zdrowia jako wiodący priorytet w działaniach i polityce rządu – priorytetyzacja ochrony zdrowia jest warunkiem koniecznym do rozwoju społeczno-gospodarczego kraju i zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego

## KONCENTRACJA OPIEKI NA PACJENCIE



### ZDROWIE PUBLICZNE



### ORGANIZACJA SYSTEMU



### ZASOBY SYSTEMU



### FINANSOWANIE



### INNOWACYJNE TECHNOLOGIE



### CYFRYZACJA



### LEGISLACJA

Wzmocnienie działań w zakresie edukacji, profilaktyki i wczesnej diagnostyki	Koncentracja opieki na pacjencie	Zdefiniowanie celów i katalogu wartości efektywnego partnerstwa publiczno-prywatnego	Stworzenie mechanizmów, które zapewnią stały wzrost nakładów na ochronę zdrowia	Zwiększenie dostępu do nowoczesnych technologii lekowych i nielekowych	Upowszechnienie prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej oraz wymiany danych pomiędzy podmiotami medycznymi	Transparentność procesu legislacyjnego
Włączenie mechanizmów motywacyjnych sprzyjających dbałości o zdrowie	Zwiększenie roli i znaczenia leczenia otwartego w procesie leczniczym	Optymalne wykorzystanie wiedzy i kompetencji farmaceutów w procesie terapeutycznym	Zmiana modelu finansowania systemu ochrony zdrowia – finansowanie opieki zdrowotnej w kierunku koordynowanej opieki zdrowotnej oraz opartej o wyniki zdrowotne	Wzrost środków finansowych na innowacyjne technologie lekowe – nie mniej niż 17% budżetu NFZ	Wdrażanie narzędzi do telekonsultacji, telemonitoringu i telemedycyny	Jasna, przemyślana koncepcja
Budowanie długoterminowych strategii i zarządzanie zdrowiem populacji	Podstawowa Opieka Zdrowotna podstawą systemu ochrony zdrowia	Wykorzystanie potencjału medycyny pracy	Wprowadzenie mechanizmów gwarantujących transparentność i przewidywalność planowanych wydatków	Zapewnienie dostępu do leczenia zgodnego ze standardami europejskimi	Wsparcie podmiotów środkami finansowymi w zakresie infrastruktury i szkolenia personelu	Prekonsultacje jako standard, a nie wyjątek
Optymalne wykorzystanie potencjału POZ i medycyny pracy w profilaktyce	Zapewnienie pacjentom dostępu do świadczeń medycznych na jak najwyższym poziomie	Optymalizacja ścieżek kształcenia i warunków pracy kadr medycznych	Motywowanie podmiotów leczniczych do osiągania jak najlepszych efektów całego procesu leczenia	Rozwój e-zdrowia w zakresie dostępności do telemonitoringu, robotyki i telerehabilitacji	Zapewnienie cyberbezpieczeństwa	Stabilność i spójność przepisów
Systemowa profilaktyka chorób zakaźnych realizowana na każdym etapie życia obywatela, zgodnie ze wskazaniami klinicznymi i stopniem ryzyka epidemiologicznego	Uporządkowanie organizacji leczenia szpitalnego, w tym opieki wyspecjalizowanej – tworzenie tzw. centrów kompetencji oraz ośrodków referencyjności szpitali	Przeciwdziałanie ryzyku braku dostępu do wyrobów medycznych i leków	Transparentny proces oceny jakości świadczeń i kompetencji podmiotów	Określenie ścieżek postępowania przy wprowadzaniu nowych wyrobów medycznych do systemu	Cyfryzacja w celu poprawy efektywności systemu i wprowadzenie zasad publicznego dostępu do gromadzonych danych	Równowaga w zakresie proponowanych norm, nowych obowiązków z tym związanych i ponoszonych kosztów
Wzmocnienie systemowej roli farmaceutów i aptek	Koordinacja opieki	Zapewnienie odpowiedniej infrastruktury	Poprawa sytuacji ekonomicznej i zarządczej szpitali	Poprawa wydajności procesu leczniczego oraz dostępu do diagnostyki	Wsparcie adherencji pacjenta przy wykorzystaniu narzędzi cyfrowych	Dialog społeczny
<b>DBAŁOŚĆ O PROMOCJĘ ZDROWIA I ZAPOBIEGANIE CHOROBYM</b>	<b>DBAŁOŚĆ O PACJENTA</b>	<b>DBAŁOŚĆ O ZASOBY SYSTEMU</b>	<b>DBAŁOŚĆ O EFEKTYWNE WYDATKOWANIE ŚRODKÓW FINANSOWYCH</b>	<b>DBAŁOŚĆ O ZWIĘKSZENIE WYDAJNOŚCI PROCESU LECZNICZEGO</b>	<b>DBAŁOŚĆ O WYDAJNOŚĆ ORGANIZACJI</b>	<b>DBAŁOŚĆ O PRZEJRZYSTY I TRWAŁY SYSTEM</b>



Po pierwsze

**ZDROWIE**



Pracodawcy  
Rzeczypospolitej  
Polskiej

Rok założenia 1989

# SPIS TREŚCI

<b>WSTĘP</b>	<b>3</b>
Kilka słów od Przewodniczących Platform Pracodawców RP	5
List od organizacji pacjentów	6
<b>1. ZDROWIE PUBLICZNE</b>	<b>7</b>
1. Ochrona zdrowia jako wiodący priorytet	8
2. Koncentracja opieki na pacjencie	8
3. Profilaktyka zdrowotna i wczesna diagnostyka	9
3. Profilaktyka chorób zakaźnych	11
<b>2. ORGANIZACJA SYSTEMU</b>	<b>13</b>
1. Podstawowa Opieka Zdrowotna	16
2. Opieka Ambulatoryjna	17
3. Opieka szpitalna	18
4. Opieka długoterminowa	19
5. Rehabilitacja	19
<b>3. ZASOBY SYSTEMU</b>	<b>21</b>
1. Kadry w ochronie zdrowia	22
2. Sektor prywatny	23
3. Apteki	23
<b>4. FINANSOWANIE</b>	<b>26</b>
<b>5. INNOWACYJNE TECHNOLOGIE</b>	<b>30</b>
<b>6. CYFRYZACJA</b>	<b>34</b>
<b>7. LEGISLACJA</b>	<b>36</b>
<b>8. PODSUMOWANIE I WNIOSKI</b>	<b>39</b>

# WSTĘP

## **SZANOWNI PAŃSTWO,**

w uzgodnieniu ze środowiskiem profesjonalistów medycznych, ekspertów z zakresu organizacji ochrony zdrowia, w tym oczywiście członków Pracodawców RP, ustaliliśmy listę najpilniejszych obszarów w systemie ochrony zdrowia, które wymagają natychmiastowej interwencji.

Zawarliśmy je w tym dokumencie pod nazwą „Po pierwsze ZDROWIE” jako propozycję, które – mamy nadzieję – zainteresują rządzących, instytucje zdrowia publicznego, partie polityczne, a członkowie Pracodawców RP doczekają się ich wdrożenia. Podpowiadamy obecnym i przyszłym decydom, w jaki sposób zbudować efektywny system ochrony zdrowia.

Mając ambicję nie tylko podążać za trendami i zmianami, ale także je kształtować, organizacje zrzeszone w Pracodawcach RP chcą mieć możliwość aktywnego włączenia się w realizację priorytetów zdrowotnych państwa. Zależy nam na optymalnym wykorzystaniu już istniejących zasobów oraz potencjału naszego systemu i kraju na rzecz najważniejszego beneficjenta, jakim jest polski pacjent.

Proponowane przez nas rozwiązania kładą olbrzymi nacisk na zdrowie obywateli i utrzymanie aktywności zawodowej każdego dorosłego człowieka, a to nierozzerwalnie wiąże się z rozwojem gospodarczym naszego kraju, na którym nam wszystkim bardzo zależy.



**Rafał Dutkiewicz**

Prezes Zarządu

Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej

**SZANOWNI PAŃSTWO,**

system ochrony zdrowia to także społeczna odpowiedzialność i zrównoważony rozwój.

Społeczna odpowiedzialność w ochronie zdrowia to inwestowanie w zasoby ludzkie, w ochronę środowiska, relacje z otoczeniem – a to przyczynia się do kształtowania warunków dla zrównoważonego rozwoju społecznego i ekonomicznego.

Zrównoważony rozwój w ochronie zdrowia oznacza tworzenie takich rozwiązań, które przede wszystkim mają zapewnić bezpieczeństwo pacjentom, poprawić ekonomiczną efektywność funkcjonowania podmiotów leczniczych, a to ma służyć wzrostowi gospodarcemu naszego kraju.

Proces podnoszenia jakości świadczeń zdrowotnych i minimalizowania ryzyka zdrowotnego

z udziałem nowoczesnych technologii jest aktualnie niezwykle ważną kwestią mającą wpływ na jakość oraz minimalizowanie ryzyka zarządczego, a także prawnego podmiotów leczniczych.

Misją realizowanego przez Pracodawców RP projektu „Po pierwsze ZDROWIE” jest zainicjowanie publicznej debaty w zakresie kierunków rozwoju polskiego systemu ochrony zdrowia, w tym osiągnięcie celów związanych z poprawą jakości opieki zdrowotnej, zmniejszeniem nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz poprawą dostępu do nowoczesnych technologii.

**Jacek Cieplak**

Wiceprezes Pracodawców  
Rzeczypospolitej Polskiej  
Vice President SGI Europe

## Kilka słów od Przewodniczących Platform Pracodawców RP

System ochrony zdrowia ma wobec państwa i społeczeństwa podwójną odpowiedzialność – raz za zdrowie obywateli, którzy swoją pracą mają bezpośredni wpływ na kondycję gospodarki – oraz dwa – za rozwój i efektywne działanie samej branży zdrowotnej jako istotnej gałęzi tej gospodarki. Świadomość tej zależności i właściwe odniesienie jej do praktycznych działań państwa powinno skutkować budowaniem takich fundamentów systemu ochrony zdrowia, które zagwarantują bezpieczeństwo zdrowotne obywateli oraz sprawne funkcjonowanie gospodarki.

System ochrony zdrowia podlega ewolucji, a tempo i zakres zmian powinny być wymuszane przede wszystkim zewnętrznymi okolicznościami – zmieniającymi się potrzebami wynikającymi z przemian społecznych i demograficznych oraz postępu wiedzy, jak również rozwoju technologii, a także rozwoju działalności leczniczej w danym regionie. Rozwiązania tworzone w systemie ochrony zdrowia powinny być zawsze skupione na potrzebach pacjenta, na wynikach leczenia, na jakości opieki medycznej i dynamicznie rozwijających się innowacjach oraz technologiach telemedycznych.

Przygotowany z udziałem ekspertów, a także profesjonalistów medycznych dokument stanowi pro-

pozycje konkretnych rozwiązań, które pozwalają odpowiedzieć na poniższe pytania:

- Co zrobić i jak działać, aby sprawić, by ochrona zdrowia stała się prawdziwym priorytetem naszego rządu?
- W jaki sposób przejść z interwencyjnego na strategiczny i planowy model finansowania poprawy dostępu do świadczeń medycznych?
- W jaki sposób efektywnie alokować coroczny wzrost publicznych środków na zdrowie oraz co zrobić, aby wykorzystać zasoby systemu prywatnego w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego?
- W jaki sposób wykorzystać profilaktykę zdrowotną i wczesną diagnostykę do ograniczania kosztów przyszłych terapii, by była ona realną inwestycją, a nie kosztem w systemie ochrony zdrowia?
- Co zrobić, aby zapewnić dostęp do innowacyjnych terapii lekowych i nielekowych oraz stworzyć proste mechanizmy gwarantujące modyfikację wykazu świadczeń gwarantowanych?
- W jaki sposób przyspieszyć i efektywnie przeprowadzić cyfryzację ochrony zdrowia?
- Co zrobić, aby jakość przepisów prawa i transparentność procesu jego stanowienia była zasadą, a nie wyjątkiem od reguły?



**Dr n. przyr. Andrzej Mądrała**  
– Przewodniczący Platformy  
Zdrowe Zdrowie



**Dr n. farm. Justyna Kaźmierczak**  
– Przewodnicząca Platformy  
Aptecznej



**Agnieszka Grzybowska-Zalewska** – Przewodnicząca  
Platformy Farmaceutycznej



**Jerzy Karwowski**  
– Przewodniczący Platformy  
„Forum Pracodawców  
Rehabilitacji”



## List od organizacji pacjentów

Środowisko organizacji pacjentów od lat wspiera procesy decyzyjne w zakresie systemowych zmian w ochronie zdrowia, a także popiera inicjatywy mające na celu poprawę opieki zdrowotnej w Polsce.

Organizacje pacjentów mają bezpośrednią styczność z systemem ochrony zdrowia i potrafią zidentyfikować poszczególne problemy, które mogą być trudno dostrzegalne dla innych. Dlatego też za bardzo ważny należy uznać dokument „Po pierwsze ZDROWIE” przygotowany przez Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej.

System ochrony zdrowia oparty na wartościach etycznych powinien skupiać się przede wszystkim na trosce o dobro pacjenta i jego potrzebach, a także na zapewnieniu dostępu do świadczeń medycznych o najwyższym standardzie. Z uwagi na to fundamentalnym staje się postulat zwiększenia

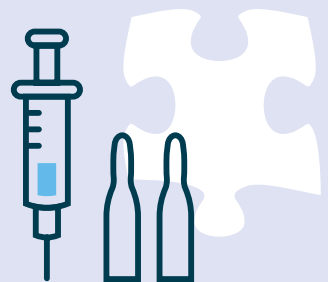
dostępu do innowacyjnych terapii lekowych i nielekowych oraz leczenia zgodnego z najnowszymi standardami i wytycznymi klinicznymi. To wszystko nierozdzielnie wiąże się z koniecznością dokonania zmian w systemie ochrony zdrowia i – jak słusznie zauważono – zwiększenia finansowania, wdrożenia mechanizmów gwarantujących wzrost nakładów, ich odpowiedzialnego rozdysponowania oraz zapewnienia przewidywalności planowanych wydatków. Konieczna jest również modyfikacja sposobu finansowania opieki zdrowotnej w kierunku koordynowanej opieki zdrowotnej oraz koncepcji ochrony zdrowia opartej o wartość, a także optymalizacja alokacji zasobów.

Pamiętajmy o tym, że zachowanie zdrowia jest najważniejszą wartością życia codziennego każdego z nas.



**Ks. dr Arkadiusz Nowak**

Prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej



# ZDROWIE PUBLICZNE

# ZDROWIE PUBLICZNE

## OCHRONA ZDROWIA JAKO WIODĄCY PRIORYTET

Priorytyzacja ochrony zdrowia jest warunkiem koniecznym do rozwoju społeczno-gospodarczego kraju i zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Konieczna jest zmiana podejścia do ochrony zdrowia – zarówno w działaniach rządu, jak i świadomości społeczeństwa.

Wpływ stanu zdrowia naszych obywateli na jakość życia społeczno-gospodarczego ma miejsce w długiej perspektywie czasowej. Dlatego też niewidoczne w krótkim czasie efekty niestety nie skłaniają decydentów do alokacji zasobów i wspierania obszaru zdrowia. W związku z powyższym niezwykle ważne jest to, aby zacząć myśleć o pozycjonowaniu rozwoju ochrony zdrowia jako inwestycji w zdrowie obywateli. Konieczne jest budowanie świadomości na temat znaczenia opieki zdrowot-

nej dla społeczeństwa i gospodarki. Pożądane jest utrwalanie myślenia o zdrowiu jako czynnika bezpośrednio powiązanym z jakością życia społecznego i gospodarczego.

## KONCENTRACJA OPIEKI NA PACJENCIE

Koncentracja opieki na pacjencie i jego potrzebach jest niezwykle ważnym postulatem, który łączy wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia – personel medyczny, administrację rządową i samorządową, płatnika publicznego, świadczeniodawców prywatnych oraz publicznych, apteki, branżę farmaceutyczną, a także producentów wyrobów medycznych.

Z perspektywy opieki zdrowotnej dobro pacjentów jest priorytetem i powinno być zawsze w centrum uwagi wszystkich uczestników systemu ochrony





### Dr n. med. Piotr Warczyński

Ekspert w zakresie organizacji ochrony zdrowia,  
Doradca Prezesa Zarządu Pracodawców RP

”**Wdrożenie działań profilaktycznych na szeroką skalę pozwala na znaczną redukcję liczby zachorowań oraz komplikacji zdrowotnych związanych ze zbyt późnym rozpoczęciem leczenia, a w rezultacie przynosi wymierne oszczędności, zarówno dla systemu ochrony zdrowia, jak i dla całej gospodarki. Profilaktyka chorób to także działania mające chronić człowieka przed potencjalnymi zagrożeniami zdrowia oraz ich szkodliwymi konsekwencjami.**

**Profilaktyka może skutkować uniknięciem choroby, zahamowaniem progresji lub ograniczeniem jej skutków. Głównym wyznacznikiem skuteczności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest jego zdolność do poprawy stanu zdrowia populacji. Dlatego wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej jest stworzenie takich rozwiązań i mechanizmów, abyśmy wszyscy świadomie zarządzali zdrowiem.**

zdrowia. Ministerstwo Zdrowia podkreśla centralną pozycję pacjenta w systemie, w dokumencie „Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce”, który wskazuje następujące ramowe cele:

- zdrowy obywatel,
- skuteczne i dostępne leczenie,
- ograniczenie nierówności w zdrowiu,
- bezpieczny i zadowolony pacjent,
- stabilność finansowa,
- skuteczne współdziałanie opieki zdrowotnej i społecznej.

Istotnym wyzwaniem dla polskiego systemu opieki zdrowotnej jest poprawa rzeczywistego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa przy korzystaniu z nich. Wskazuje na to konieczność istotnych zmian organizacji polskiego systemu ochrony zdrowia.

## PROFILAKTYKA ZDROWOTNA I WCZESNA DIAGNOSTYKA

Profilaktyka zdrowotna i wczesna diagnostyka mogą być inwestycją w podnoszenie efektywności opieki zdrowotnej.

W polskim systemie ochrony zdrowia istnieje olbrzymia przestrzeń do poprawy organizacji opieki

profilaktycznej oraz efektywności profilaktyki chorób cywilizacyjnych.

Koniecznym staje się stworzenie rozwiązań pozwalających jak najlepiej zainwestować zwiększające się wydatki publiczne na ochronę zdrowia w taki sposób, abyśmy jako społeczeństwo i poszczególni obywatele żyli jak najdłużej w dobrym zdrowiu.

W celu stworzenia sprawnego systemu profilaktyki zdrowotnej niezbędne jest podjęcie następujących działań:

- monitorowanie, przegląd i systematyzowanie wniosków wynikających ze społecznych i ekonomicznych czynników warunkujących zdrowie populacji, które powinny być uwzględniane w polityce zdrowotnej państwa;
- określenie spójnej, kompleksowej i wieloletniej koncepcji działań profilaktycznych – zbudowanie modelu powszechnego systemu opieki profilaktycznej;
- wprowadzenie szerokiego dostępu do rzeczywistej profilaktyki chorób cywilizacyjnych poprzez równomierny geograficzny dostęp do tych świadczeń;
- rozszerzenie dostępu do nieodpłatnych i podstawowych badań – poprawa dostępu do opieki



**Prof. dr hab. n. med.**

**Jolanta Walusiak-Skorupa**

Prezes Polskiego Towarzystwa

Medycyny Pracy

Dyrektor Instytut Medycyny Pracy

im. prof. J. Nofera w Łodzi

**Badania profilaktyczne, orzecznictwo do celów Kodeksu pracy i pozostałe zadania należące służbie medycyny pracy powinny być ukierunkowane nie tylko na zawodowe czynniki ryzyka, ale również na pozazawodowe aspekty zdrowia, które mogą wpływać na możliwość wykonywania pracy. Ponieważ na obligatoryjne badania lekarskie zgłaszają się osoby często niekorzystające na co dzień z opieki zdrowotnej, lekarz medycyny pracy ma unikalną możliwość wykrycia zaburzeń w stanie zdrowia pracownika na ich wczesnym etapie, dzięki czemu może zapobiegać rozwojowi powikłań – z jednej strony obciążających zdrowie samego pracownika, a z drugiej – powodujących dodatkowe obciążenie finansowe dla całego systemu ochrony zdrowia. Dlatego też zaproponowanie w ramach aktywności służby medycyny pracy dodatkowych działań profilaktycznych i badań diagnostycznych celem identyfikacji chorób pośrednio związanych z pracą i/lub cywilizacyjnych jest niezwykle cenną inicjatywą. Wszelkim działaniom związanym z poszerzaniem zakresu badań profilaktycznych musi towarzyszyć dokładne wskazanie sposobu ich finansowania, gdyż zakres podstawowy tych badań jest finansowany przez pracodawców. Nieobciążanie pracodawców kosztami dodatkowych działań profilaktycznych z pewnością zachęci ich do wdrażania programów prozdrowotnych.**

profilaktycznej ukierunkowanej na zachowanie zdrowego trybu życia i zapobieganie chorobom, z uwzględnieniem priorytetów i wskaźników epidemiologicznych;

- usprawnienie systemowych rozwiązań dotyczących organizacji opieki profilaktycznej, w tym zbierania danych o realizacji świadczeń profilaktycznych i kontynuacji leczenia pacjentów z rozpoznanymi w czasie badań profilaktycznych chorobami przewlekłymi;
- poprawa realizacji obowiązujących procedur w zakresie profilaktyki zdrowotnej – zwłaszcza w odniesieniu do chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;
- zwiększenie odsetka pacjentów uczestniczących w programach profilaktyki zdrowotnej; dokonywanie analiz dotyczących efektywności realizowanych programów przez podmioty je finansujące;
- poprawa realizacji obowiązujących procedur w zakresie profilaktyki zdrowotnej – zwłaszcza w odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej, aptek i medycyny pracy,

w tym:

**a) zmiana organizacji opieki profilaktycznej w POZ poprzez:**

- stworzenie programów kompleksowej profilaktyki (bilansu zdrowia dorosłych) obejmujących badania przesiewowe w kierunku czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i chorób nowotworowych, wspartych odpowiednimi narzędziami informatycznymi oraz połączonych z działaniami interwencyjnymi w przypadku stwierdzenia czynników ryzyka lub innych nieprawidłowości;
- znaczne poszerzenie kompetencji, zadań i uprawnień pielęgniarki oraz położnej w realizacji programów profilaktycznych, stworzenie warunków do pracy w zespole POZ, w tym finansowych, dla: dietetyków, edukatorów zdrowotnych i psychologów;

**b) wykorzystanie potencjału aptek i opieki farmaceutycznej:**

- wystandaryzowanie opieki farmaceutycznej w zakresie realizacji opieki profilaktycznej;
- uproszczenie procedury nabywania przez farmaceutów uprawnień do świadczenia usług w zakresie wykonywania prostych badań diagnostycznych;

- rozszerzenie podmiotów sprawujących celowaną profilaktykę zdrowotną o apteki;
  - ustalenie zasad współpracy z pozostałymi interesariuszami systemu ochrony zdrowia;
  - ustalenie zasad finansowania ze środków publicznych badań profilaktycznych;
- c) zmiany organizacji medycyny pracy, pozwalające na optymalne wykorzystanie badań profilaktycznych pracowników przeprowadzanych do celów Kodeksu pracy, poprzez:**
- szczegółowe wystandaryzowanie badań lekarskich;
  - nadanie uprawnień lekarzom medycyny pracy do prowadzenia ukierunkowanych działań, takich jak: skierowanie pacjenta do poradni specjalistycznej lub na dodatkowe badania diagnostyczne;
  - opracowanie i wdrożenie do systemu opieki profilaktycznej nad pracownikami działań profilaktycznych;
  - ustalenie finansowania ze środków publicznych badań przesiewowych w taki sposób, by nie obciążać całością kosztów pracodawców.

## PROFILAKTYKA CHOROÓB ZAKAŻNYCH

Systemowa profilaktyka chorób zakaźnych powinna być realizowana na każdym etapie życia obywatela, zgodnie ze wskazaniami klinicznymi i stopniem ryzyka epidemiologicznego:

- stworzenie spójnego oraz prostego w realizacji systemu rekomendacji i realizacji szczepień osób dorosłych, zgodnie ze wskazaniami klinicznymi i stopniem ryzyka epidemiologicznego;
- przywrócenie możliwości dystrybucji szczepionek przez podmioty medyczne;
- wprowadzanie rozwiązań systemowych upraszczających realizację szczepień, skracających ścieżkę pacjenta do jednej wizyty szczepiennej w placówce medycznej lub aptece, uwzględniających uprawnienia pacjenta do refundacji ceny szczepionki,
- zwiększenie dostępności do szczepień ochronnych dorosłych poprzez rozbudowanie systemu finansowania szczepień, w szczególności pracowników istotnych strategicznie i szczególnie



**Prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas**  
Konsultant Krajowy ds. Zdrowia Publicznego

**Wprowadzenie powszechnych szczepień ochronnych było pierwszą interwencją medyczną, która wpłynęła na poprawę zdrowia publicznego na skalę światową poprzez ograniczenie bądź eliminację chorób zakaźnych. Szczepienia to jedno z najpotężniejszych narzędzi, jakim dysponuje zdrowie publiczne – są najskuteczniejszym sposobem walki z niebezpiecznymi, często śmiertelnymi chorobami zakaźnymi. Zdrowe społeczeństwo stanowi bezcenny kapitał każdego kraju. Dziś wiadomo, że**

**skuteczne zapobieganie groźnym chorobom zakaźnym, a tym samym przedwczesnej umieralności i niepełnosprawności, jest możliwe dzięki szczepieniom ochronnym. Dlatego kraje, w miarę możliwości, intensyfikują działania profilaktyczne w obszarach, gdzie istnieją skuteczne szczepionki. Warto przytoczyć stwierdzenie, które jest wciąż aktualne, że w historii działania ludzkiego nie opracowano lepszej i jednocześnie tańszej metody zapobiegania chorobom zakaźnym niż immunizacja.**



**Prof. dr hab. med. Andrzej Fal**

Prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego  
Doradca Prezesa Zarządu Pracodawców RP

Nieinfekcyjne choroby przewlekłe są na świecie przyczyną ponad 41 milionów przedwczesnych zgonów rocznie. W Polsce dotyczy to ponad 93% zgonów. Zdecydowanie najistotniejsze czynniki prowadzące do rozwoju tych chorób to czynniki behawioralne – związane z naszym zachowaniem, szerzej mówiąc – ze stylem życia.

Od ponad 40 lat wiemy, że najskuteczniejszym sposobem zapobiegania tym chorobom jest profilaktyka. Jest to również sposób najtańszy, co nie jest bez znaczenia w obliczu przeciążenia finansów publicznych, czego doświadcza większość krajów europejskich, w tym Polska.

Wydatki na profilaktykę zdrowotną są de facto inwestycją w zdrowie społeczeństwa na przyszłe lata. Dzisiaj dobrze poprowadzone programy zdrowotne zaowocują mniejszą liczbą chorych na choroby przewlekłe w następnych latach, przy jednoczesnym

obniżeniu kosztów działania medycyny naprawczej w przyszłości. Pamiętajmy jednak, że osiągnięcie tego efektu wymaga wytrwałości i czasu... co najmniej 15 lat. WHA opublikowało listę, określoną jako best buy (z ang. najlepszy zakup) – według niej wydany dzisiaj, w ramach profilaktyki i właściwej diety, jeden dolar przyniesie 13 dolarów oszczędności; wydany na ograniczenie nadmiernego spożycia alkoholu – da 8 dolarów...

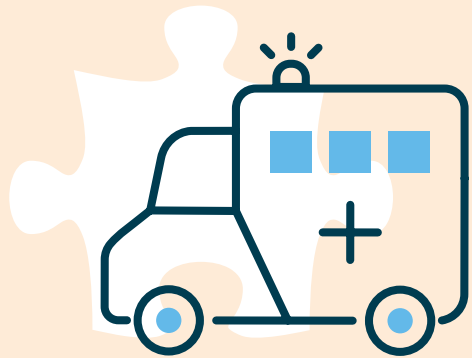
Profilaktyka jest procesem, procesem wieloetapowym. Najskuteczniejsza – i oczywiście też najbardziej długotrwała – jest profilaktyka pierwotna oparta na edukacji od pierwszych lat życia. Równie ważna jest jednak także ta pierwszo- i drugorzędowa oparta w strukturze polskiej opieki zdrowotnej o lekarzy POZ, medycynę pracy i politykę jednostek samorządu terytorialnego. Równie ważna i równie niedofinansowana...

narażonych, takich jak: pracownicy ochrony zdrowia oraz służb publicznych;

- wykorzystanie potencjału lekarzy medycyny pracy do weryfikacji statusu immunizacji, rekomendacji i realizacji szczepień ochronnych dorosłych, w szczególności pracowników narażonych na zakażenie;
- wdrożenie efektywnego systemu raportowania szczepień ochronnych, wspierającejgo komunikację z pacjentem i pracownikami ochrony zdrowia, w celu budowy motywacji do szczepień oraz lepszej kontroli chorób zakaźnych;

- wykorzystanie narzędzi oraz metod digitalowych do budowy świadomości i stymulowania zachowań prozdrowotnych (wykorzystanie doświadczeń wynikających z akcji szczepień przeciw COVID-19).

W profilaktyce, zwłaszcza w zakresie zapobiegania chorobom cywilizacyjnym, istotną rolę powinny odgrywać nowoczesne koncepcje, takie jak zarządzanie zdrowiem populacji, które uwzględnia czynniki społeczne i wykorzystuje je do realizacji długoterminowej strategii poprawy stanu zdrowia całego społeczeństwa.



# ORGANIZACJA SYSTEMU



# ORGANIZACJA SYSTEMU

Reformowanie i organizacja systemu ochrony zdrowia powinny być skoncentrowane na trosce o pacjenta, na zapewnieniu pacjentom równego dostępu do świadczeń medycznych na jak najwyższym poziomie, tak aby osiągnąć możliwie dobre wyniki leczenia w całym jego cyklu, biorąc pod uwagę dostępne finansowanie i zasoby, takie jak kadry czy infrastruktura. Wymaga to wprowadzenia zasady koordynacji działania poszczególnych komponentów systemu ochrony zdrowia oraz aktywnej współpracy świadczeniodawców z sektora zarówno publicznej, jak i prywatnej ochrony zdrowia. Osiągnięcie efektu synergii, pożądanego przez pacjentów, wydaje się niemożliwe bez regularnej wymiany informacji i dobrych praktyk między poszczególnymi elementami systemu ochrony zdrowia. Należy zwiększyć rolę, a także znaczenie leczenia otwartego w procesie leczniczym poprzez zwiększenie nakładów na profilaktykę i wczesną diagnostykę realizowaną jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta.

Zdecentralizowanie systemu, jasne zdefiniowanie ścieżek pacjenta i wzmocnienie znaczenia podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki ambulatoryjnej pozwoli adekwatnie alokować zasoby kadrowe, jak również kompetencje personelu medycznego do stopnia skomplikowania potrzeb zdrowotnych polskich pacjentów. Lepsze zrozumienie zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia przez pacjentów przyczyni się do ograniczenia kosztów świadczeń realizowanych w specjalistycznych placówkach (np. szpitalach), których stopień referencyjności nie jest adekwatny do stopnia skomplikowania potrzeb zdrowotnych pacjentów.

Koniecznym wydaje się także osiągnięcie konsensusu co do roli prywatnych świadczeniodawców medycznych w krajowym systemie ochrony zdrowia oraz zdefiniowanie i zoptymalizowanie zasad współpracy obu sektorów. Niezbędna jest także optymalizacja alokacji zasobów w ochronie zdrowia, jak również odpowiednie zarządzenie

nimi, w tym wykorzystanie unikalnych zasobów oraz kompetencji systemu prywatnego w procesie zaspokajania potrzeb zdrowotnych polskiego pacjenta.

Skuteczne partnerstwo publiczno-prywatne to olbrzymia szansa na duże zmiany w systemie ochrony zdrowia. Partnerstwo publiczno-prywatne oznacza partnerską relację między podmiotami sektora publicznego i prywatnego w celu współpracy/współfinansowania konkretnych zadań czy projektów. Prywatne podmioty aktualnie inwestują w nowoczesne technologie, sprzęt, specjalistów m.in. w zakresie onkologii, radioterapii czy operacje z wykorzystaniem robotów medycznych. Poza wiedzą i innowacjami, którymi na szerszą skalę przedstawiciele sektora prywatnej ochrony zdrowia chcą, jak również mogą się dzielić z podmiotami publicznymi, ważnym elementem wydaje się także systematyczna wymiana najlepszych praktyk zarządczych między managerami z sektora publicznej i prywatnej ochrony zdrowia.

Warto wskazać, iż korzystne z perspektywy pacjentów wydaje się także jak najszybsze rozpoczęcie prac nad zintegrowaniem systemów opieki zdrowotnej i opieki społecznej, w szczególności w aspekcie sprawowania efektywnej opieki nad osobami niesamodzielnymi, w tym osobami w wieku senioralnym. Z uwagi na wyzwania związane z postępującym procesem starzenia się polskiego społeczeństwa istotne jest, by w nadchodzących latach państwo było gotowe do efektywnego zadresowania potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych obywateli w podeszłym wieku w taki sposób, by system ochrony zdrowia dysponował odpowiednią do potrzeb seniorów organizacją oraz strukturą zasobów.

Niezbędne wydaje się oparcie w większym stopniu systemu ochrony zdrowia na medycynie ambulatoryjnej i jednodniowej. Wymaga to wzmocnienia podstawowej opieki zdrowotnej. Poza tym należy premiować działania w celu uzależnienia finanso-



### Artur Białkowski

Członek Zarządu i Dyrektor Zarządzający ds. Usług Biznesowych Medicover  
Wiceprezes Zarządu Pracodawców Medycyny Prywatnej  
Członek Rady Pracodawców RP

Należy zdać sobie sprawę, że za adresowanie bieżących, codziennych potrzeb zdrowotnych pacjentów w naszym kraju odpowiadają m.in.: placówki POZ, laboratoria, apteki, przychodnie specjalistyczne, punkty dentystyczne. Ich ważną rolę w umacnianiu całego sektora widzimy tym bardziej teraz, mierząc się z rekordowo długim sezonem infekcyjnym, poważnym długiem zdrowotnym wywołanym przez pandemię koronawirusa, a także obserwując znaczną większą świadomość zdrowotną pacjentów. W opiece ambulatoryjnej – począwszy od POZ,

a skończywszy na opiece specjalistycznej – aż 90% podmiotów to ośrodki prywatne, które inwestują w zasoby – w nowoczesne technologie i ustawiczne kształcenie personelu medycznego. Dostrzeżenie całościowego wkładu sektora prywatnego w poprawianie kondycji ochrony zdrowia w Polsce i międzysektorowa, partnerska synergia byłoby realną szansą na trwałe, pozytywne zmiany w systemie, a w konsekwencji – na istotną poprawę jakości życia naszych pacjentów.



### Andrzej Sokołowski

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych

Priorytetem dla lecznictwa szpitalnego jest efektywne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia, w tym z uwzględnieniem prywatnych szpitali. Koniecznym jest wprowadzenie rozwiązań mających na celu poprawę sytuacji ekonomicznej i zarządczej

szpitali, jak również cyberbezpieczeństwa. Ryzyko finansowe, prawne, ale przede wszystkim związane z zagrożeniem bezpieczeństwa pacjentów, jest tak potężne, że konieczne jest podjęcie systemowych działań prowadzących do jego minimalizowania.

wania od wyników leczenia, mierzonych obiektywnymi wskaźnikami. Rosnące koszty opieki zdrowotnej skutkują koniecznością wdrażania opieki opartej o wartość i skierowanej na pacjenta, a także jego potrzeby zdrowotne. Oznacza to przejście z generowania coraz to większej liczby wizyt, hospitalizacji oraz różnego rodzaju procedur na rzecz poprawy wyników leczenia pacjentów ujmowanych w sposób kompleksowy przy jednoczesnej racjonalizacji kosztów.

Zasadna wydaje się także systematyczna analiza i rewizja skali samodzielnych wydatków pacjentów na realizację świadczeń zdrowotnych oraz wyeliminowanie zjawiska „podwójnej płatności” pacjenta za świadczenia, do których dostęp powinien mieć zagwarantowany w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Jednym z rozwiązań korzystnych z perspektywy pacjenta wydaje się wprowadzenie możliwości odliczenia wydatków na świadczenia zdrowotne z koszyka gwarantowane-

go, które zrealizowane zostały przez świadczeniodawców prywatnych poza kontraktami NFZ (np. w modelu abonamentowym czy FFS).

Innym rozwiązaniem, którego wdrożenie pozwoli poprawić jakość i efektywność ścieżki terapeutycznej, wydaje się udostępnienie pacjentom możliwości samodzielnego finansowania niegwarantowanej (pozakoszykowej) części świadczenia zdrowotnego, np. poprzez możliwość wyboru wyższej jakości wyrobów medycznych, efektywniejszych, lecz niefinansowanych publicznie terapii etc.

### PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Podstawowa Opieka Zdrowotna stanowi podstawę wszystkich nowoczesnych systemów ochrony zdrowia na świecie. Do pełnego wykorzystania potencjału POZ w Polsce niezbędne są jednak zmiany systemowe obejmujące m.in. rozwijanie jej w modelu medycyny rodzinnej, w tym stopniowe zwiększanie zakresu kontraktowania świadczeń aż do maksymalnego wykorzystania kompetencji lekarzy, pielęgniarek i położnych, nabywanych w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej, jak również upowszechnienie specjalizacji z medycyny rodzinnej oraz ułatwienia w jej uzyskaniu przez oso-

by pracujące w POZ, a także promocją tej specjalizacji wśród absolwentów kierunków medycznych. Konieczne jest powołanie regionalnej sieci instytucji odpowiedzialnych za organizację kształcenia personelu medycznego na potrzeby POZ. Podstawowa Opieka Zdrowotna powinna być dostępna dla każdego – prawo do korzystania z POZ finansowanej ze środków publicznych dla wszystkich obywateli i rezydentów mieszkających w Polsce, niezależnie od posiadania ubezpieczenia zdrowotnego. System kontraktowania powinien być motywujący do pracy zespołowej lekarzy, pielęgniarki i położne POZ, przy utrzymaniu możliwości łącznego lub oddzielnego kontraktowania. Konieczne jest stworzenie motywacyjnego systemu do tworzenia wspólnych list pacjentów przez lekarza, pielęgniarkę i położną POZ oraz przenoszenie kompetencji na najniższy efektywny poziom, w tym część obowiązków z lekarzy na personel nielekarski.

Konieczne jest w większym niż do tej pory stopniu zorientowanie Podstawowej Opieki Zdrowotnej na profilaktykę i promocję zdrowego stylu życia oraz opiekę nad chorymi przewlekle.

Profilaktyka chorób zakaźnych to przede wszystkim szczepienia, które powinny być powszechnie



**Jacek Krajewski**

Prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia  
Porozumienie Zielonogórskie

**Podstawowa Opieka Zdrowotna w swoim kluczowym założeniu stanowi fundament całego systemu ochrony zdrowia. Lekarze POZ „prowadzą pacjenta za rękę” przez system opieki zdrowotnej, stanowią drogowskaz, ale są również elementem odciążającym wiele innych obszarów opieki zdrowotnej. Niestety, stale borykamy się tu z niedoborem wykwalifikowanych kadr i wysoką średnią wieku personelu medycznego. Biorąc pod uwagę istotę Podstawowej Opie-**

**ki Zdrowotnej, należy doskonalenie tej sfery traktować jako długotrwały i stały proces, który powinien być na bieżąco modyfikowany oraz oparty o reagowanie na potrzeby – zarówno środowiska, jak i pacjentów. Tylko takie podejście może zagwarantować sukces w dostarczaniu chorym rozwiązań na współczesne wyzwania cywilizacyjne, ale też w sprawnym zarządzaniu systemem ochrony zdrowia.**

dostępne i wolne od wszelkich biurokratycznych ograniczeń, np. braku możliwości dystrybucji szczepionek w podmiotach medycznych. Przesiewowe badania w kierunku chorób sercowo-naczyniowych powinny być realizowane razem z możliwością prowadzenia interwencji prozdrowotnych w przypadku stwierdzenia modyfikowalnych czynników ryzyka. Wskazane jest również większe zaangażowanie placówek POZ w realizację badań przesiewowych w kierunku chorób nowotworowych.

Opieka nad chorymi przewlekle w POZ obecnie rozwijana jest w formie opieki koordynowanej, finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia z budżetu powierzonego. Należy dążyć do upowszechnienia tej formy opieki, a w dalszej perspektywie poszerzenia listy chorób przewlekłych nią objętych.

Przyjęty do realizacji model opieki koordynowanej w POZ jest pozytywnym przykładem współpracy Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia z przedstawicielami środowiska medycznego – zarówno na etapie przygotowania założeń, jak i podczas wdrażania konkretnych rozwiązań. Ten pozytywny przykład należy potraktować jako wzór działania we wdrażaniu wszelkich projektów zmian systemowych w przyszłości.

## OPIEKA AMBULATORYJNA

Usprawnienie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej wymaga wprowadzenia zasady koordynacji, a także budowy systemu wymiany informacji medycznej. Konieczne jest opracowanie zasad współpracy AOS z POZ i szpitali. AOS należy rozdzielić na:

- wysokospecjalistyczny (m.in. w zakresie chorób rzadkich, transplantologii, neurochirurgii, kardiologii i kardiologii) – kontraktowane w trybie pozakonkursowym lub odrębnych konkursów opartych na odmiennych kryteriach konkursowych;
- okołoszpitalny (w zakresie jednoimiennych do oddziałów poradni, udzielających świadczeń na rzecz pacjentów przed i po hospitalizacji oraz w stanach zaawansowanych, narażonych na częste rehospitalizacje) – kontraktowane w ramach sieci szpitali;
- ambulatoryjny (m.in. w zakresie położnictwa i ginekologii, dermatologii i neurologii, kardiologii, pulmonologii, alergologii, endokrynologii i gastroenterologii oraz świadczeń na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji w zakresie otolaryngologii, okulistyki, urologii, chirurgii ogólnej i ortopedii) – kontraktowane jak dotąd w trybie konkursowym lub bezkonkursowym – w ramach budżetu powierzonego przekazywa-





### Artur Białkowski

Członek Zarządu i Dyrektor Zarządzający ds. Usług Biznesowych Medicover  
Wiceprezes Zarządu Pracodawców Medycyny Prywatnej  
Członek Rady Pracodawców RP

**Szczególną rolą opieki ambulatoryjnej jest budowanie i umacnianie prozdrowotnych nawyków, realne wpływanie na te obszary życia pacjenta, które determinują jego stan zdrowia i ogólny wellbeing (dobrostan). Kompleksowe, zintegrowane podejście do opieki ambulatoryjnej może pomóc zarówno**

**w zapobieganiu chorobom, lecz także w zatrzymaniu, a nawet odwróceniu procesu chorobowego u konkretnego pacjenta, a patrząc na to długofalowo – umożliwia zredukowanie negatywnego wpływu wielu chorób cywilizacyjnych, takich jak: cukrzyca, nadciśnienie, nadwaga i otyłość.**

nego dla POZ (m.in. na konsultacje lekarz-lekarz i lekarz-pacjent pacjentów pozostających pod opieką lekarza POZ) lub finansowania pakietowego koordynowanej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (POZ, REH i AOS w ramach jednego budżetu).

Konieczna jest także standaryzacja świadczeń ambulatoryjnych, które – wraz ze sposobem finansowania – powinny być oparte o wytyczne oraz zalecenia diagnostyczne i terapeutyczne. Należy tu:

- zapewniać planowanie i ciągłość opieki z uwzględnieniem etapów postępowania i zadań na różnych jej poziomach;
- motywować do współpracy pomiędzy poszczególnymi poziomami opieki, zachęcać do przekazywania pacjentów na niższy efektywny poziom opieki;
- zapewniać właściwy przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi poziomami opieki, poprzez rozwój odpowiednich narzędzi IT.

Niezbędne jest podjęcie działań na rzecz stworzenia systemu poprawy jakości świadczeń w AOS m.in. przez określenie wskaźników jakości i efektywności opieki, umożliwienie ich porównania pomiędzy podmiotami (benchmarking) oraz motywację finansową do ich realizacji.

Należy położyć większy nacisk na rozwój różnorodnych form ambulatoryjnej opieki koordynowanej oraz kompleksowej opieki okołoszpitalnej nad

pacjentami w zaawansowanym stadium choroby przewlekłej, w tym rozwiązań typu „home hospital”.

### OPIEKA SZPITALNA

Konieczne jest wprowadzenie skutecznych mechanizmów koordynujących ochronę zdrowia na szczeblu województwa, tak aby wyeliminować nieefektywne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia w regionie. Niezbędne jest także wprowadzenie rozwiązań mających na celu poprawę sytuacji ekonomicznej i zarządczej szpitali, a tym samym zapewnienie bezpieczeństwa ich funkcjonowania – niezależnie od formy organizacyjno-prawnej szpitali. Powinno się wprowadzić mechanizmy planowej restrukturyzacji oraz narzędzia sanacji finansów niektórych szpitali przy zachowaniu zasad:

- dobrowolności – możliwość restrukturyzacji i sanacji finansowej powinna być przedstawiona placówkom i ich organom tworzącym/właścicielom na zasadzie dobrowolności;
- czasowego zarządu – by sanacja i restrukturyzacja były skuteczne, instytucja odpowiedzialna za ten proces powinna mieć możliwość przejmowania czasowego zarządu nad placówką. Formuła czasowego zarządu nie powinna pozbawiać majątku organu tworzącego (majątek powinien być zwrócony w stanie niepogorszonym) oraz docelowej odpowiedzialności za prowadzenie placówki;
- adaptacji do potrzeb – restrukturyzacja powinna być prowadzona w sposób pozwalający



### Dr n. med. Piotr Warczyński

Ekspert w zakresie organizacji ochrony zdrowia

Doradca Prezesa Zarządu Pracodawców RP

**Polski system opieki zdrowotnej powinien być oparty na jakości i bezpieczeństwie pacjenta, dzięki czemu powinna nastąpić zmiana organizacji systemu i finansowania na model oparty o wyniki. Model organizacji oparty o wyniki przyczyni się do premiowania podmiotów leczniczych o najwyższych wynikach jakościowych, a to zapewne poprawi dostępność do świadczeń i do innowacyjnych technologii. Dodatkowo dla świadczeniodawców zorientowanych na jakość będzie to szansa na rozwój działalności leczniczej. Jednak regulacja ta powinna być dopracowana i kompleksowa.**

na dostosowanie do istniejących i przewidywanych potrzeb zdrowotnych populacji, co oznacza konieczność ich wszechstronnego określenia (mapy potrzeb zdrowotnych) oraz zsynchronizowania z działalnością innych podmiotów działających na określonym obszarze;

- kompensacji (zasada „jeden do jednego”) – restrukturyzacja wiąże się z redukcją działalności podmiotów leczniczych w danym obszarze i powinna być skojarzona z rozwojem działalności w innym (pożądanym w wieloletniej perspektywie), aby lokalna społeczność nie wiązała jej ze stratą, a raczej ze zmianą, która uzupełni niedobory w dostępie do świadczeń zdrowotnych w innych niezbędnych obszarach;
- pilotażu – działalność restrukturyzacyjna musi być kształtowana stopniowo, w miarę nabywa-

nia doświadczeń. W szczególności w pierwszym okresie powinna mieć charakter pilotażu, a po co najmniej wstępnym potwierdzeniu wykonalności i efektywności – stopniowo rozszerzana.

Należy określić zadania i uporządkować organizację lecznictwa szpitalnego, w tym opieki wyspospecjalistycznej. Przy tak potężnym rozwoju nowoczesnych technologii zasadne jest tworzenie tzw. centrów kompetencji oraz ośrodków referencyjności szpitali w leczeniu różnych chorób. Centra powinny powstawać w oparciu o obiektywne, powszechnie znane kryteria i odpowiednie doświadczenie, a proces ich tworzenia musi być w pełni transparentny i rzetelny.

Należy premiować działania w celu uzależnienia finansowania od wyników leczenia, mierzonych obiektywnymi wskaźnikami (ang. *Value Based Healthcare*). Konieczne jest wprowadzenie rozwiązań podnoszących poziom bezpieczeństwa pacjentów i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

## OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

Wobec obecnych zmian demograficznych, czyli starzejącego się społeczeństwa, konieczne jest podjęcie działań, które spowodują, że osoby niesamodzielne zostaną objęte wsparciem adekwatnym do ich zmieniających się potrzeb. Należy zbudować wszechstronny system świadczeń zdrowotnych oraz społecznych, który będzie wspierał samodzielność podopiecznych, tworzył elastyczne modele form opieki profesjonalnej – stacjonarnej, dziennej oraz domowej, a także będzie wsparciem dla opiekunów nieformalnych.

## REHABILITACJA

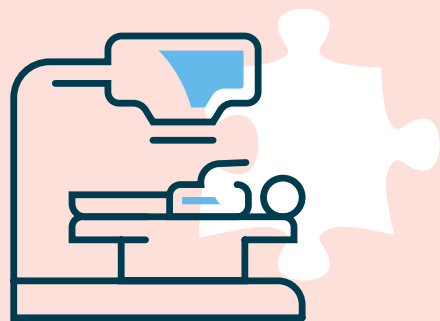
Ograniczony dostęp do rehabilitacji, w szczególności po przebytych leczeniu szpitalnym, wymaga skoordynowania rehabilitacji z leczeniem stacjonarnym i ambulatoryjnym. Konieczne jest zapewnienie dostępu do rehabilitacji m.in. dla ofiar wypadków, pacjentów po udarach mózgu, zawałach serca, czy też poważnych zabiegach operacyjnych. Właściwym jest, aby promować model kompleksowej opieki specjalistycznej, w którym jednym z elementów jest rehabilitacja lecznicza.

**Jerzy Karwowski**

Prezes Zarządu Centrum Kompleksowej Rehabilitacji  
Przewodniczący Platformy „Forum Pracodawców Rehabilitacji”

”  
**Rehabilitacja lecznicza, tak często pomi-  
jana w dyskusjach o stanie służby zdrowia  
i chronicznie niedofinansowana, spełnia nie-  
zwykle istotną rolę w praktycznie każdym  
procesie leczniczym, jak i całym systemie  
prozdrowotnym dotyczącym ogółu społec-  
zeństwa. Zdając sobie sprawę, iż łatwiej za-  
pobiegać niż leczyć, należy podjąć zdecydo-  
wane działania, aby rehabilitacja medyczna  
mogła w pełni wykorzystać potencjał**

**prewencji leczniczej oraz wdrażania zasad  
zdrowego trybu życia. Nie mniej istotne jest  
opracowanie i wdrożenie systemu komplek-  
sowej, szeroko dostępnej zdrowotnej opieki  
specjalistycznej, w której pacjenci – po  
przebytych urazach i operacjach – otrzymają  
niezwłocznie spersonalizowaną i jednocze-  
śnie najlepszą pod względem jakości opiekę  
rehabilitacyjną.**



**ZASOBY SYSTEMU**



# ZASOBY SYSTEMU

Podstawowym celem systemu powinno być osiągnięcie maksymalnego efektu zdrowotnego przy efektywnym wykorzystaniu dostępnych zasobów, co przełoży się na wydłużenie życia w zdrowiu.

Konieczna jest zatem poprawa wykorzystania możliwości systemu, w szczególności:

- zasobów kadrowych;
- określenie relacji pomiędzy publicznym systemem ochrony zdrowia a sektorem prywatnym;
- optymalne wykorzystanie wiedzy i kompetencji farmaceutów w procesie terapeutycznym;
- wykorzystanie potencjału medycyny pracy;
- optymalizacja ścieżek kształcenia i warunków pracy kadr medycznych;
- przeciwdziałanie ryzyku braku dostępu do wyrobów medycznych i leków;
- zapewnienie odpowiedniej infrastruktury.

## KADRY W OCHRONIE ZDROWIA

Istotnym problemem systemu ochrony zdrowia w Polsce są niedobory personelu medycznego oraz kształcenie kadr bez ścisłego powiązania z potrzebami systemu opieki zdrowotnej. Funkcjonujący system kształcenia i szkolenia zawodowego kadr medycznych oraz organizacji systemu ochrony zdrowia nie sprzyja budowaniu atrakcyjności zawodów medycznych. Należy przede wszystkim zidentyfikować krótko i długoterminowe potrzeby kadrowe podmiotów leczniczych w kluczowych zawodach medycznych, w tym specjalizacje lekarskie i pielęgniarskie oraz zmienić system kształcenia, wprowadzić certyfikaty umiejętności, a także poszerzyć kompetencje personelu w powiązaniu z potrzebami rynku pracy. Należy wdrażać rozwiązania, które będą oszczędzać czas pracowników medycznych, tak aby mogli wykorzystać go w większym stopniu na opiekę



**Jarosław J. Fedorowski**

Prof. Univ, MD, PhD, MBA, FACP, FESC, FPAMC  
Prezes Polskiej Federacji Szpitali  
Członek Rady Pracodawców RP

**W obszarze kształcenia kadr medycznych proponujemy wprowadzenie studentów wyższych lat medycyny do zespołów terapeutycznych w szpitalach, zmianę systemu kształcenia, skrócenie czasu trwania szkolenia w trybie rezydenckim z jednoczesną reformą szkolenia w kierunku jego instytucjonalizacji i reorganizacji, reformę egzaminów lekarskich, w tym zniesienie egzaminów ustnych na rzecz sprawdzianów w zinstytucjonalizowanych programach szkolenia rezydenckiego lekarzy. Proponujemy, aby stopniowo zwiększać**

**uprawnienia pielęgniarek, umożliwić wybranym pielęgniarkom pełnienie funkcji diagnostycznych oraz terapeutycznych w ograniczonym zakresie, na przykład formule tak zwanej pielęgniarki praktykującej w zespołach leczniczych. Konieczne jest także wprowadzenie do podmiotów leczniczych dodatkowych i nowych zawodów medycznych. Jesteśmy za wzmocnieniem roli farmaceutów, zarówno klinicznych, jak i w aptekach, popieramy szczepienia w aptekach oraz porady farmaceutyczne.**



### Dr n. przyr. Andrzej Mądrala

Prezes Zarządu Pracodawców Medycyny Prywatnej  
Członek Rady Pracodawców RP

**Konieczne jest, aby cały system ochrony zdrowia skorzystał z wybranych dobrych praktyk sektora prywatnego, którego siłą jest sprawność organizacyjna, umiejętność szacowania ryzyka, efektywność kosztowa oraz nowoczesne podejście, angażujące pacjentów w dbanie o stan swojego zdrowia jako przejaw profilaktyki zachorowań.**

nad pacjentami. Należy stworzyć rozwiązania, które przyczynią się do poprawy efektywności pracy personelu medycznego poprzez obsługę administracyjną pacjenta, gromadzenie danych, telemedycynę, robotykę czy telemonitoring.

## SEKTOR PRYWATNY

Określenie miejsca, jak również roli sektora prywatnego w systemie ochrony zdrowia i relacji z sektorem publicznym powinno prowadzić do tego, by środki wydatkowane były w sposób przejrzysty oraz możliwie efektywny, z jak największą korzyścią dla pacjenta.

Medycyna prywatna to skuteczna organizacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego, to nośnik jakości i nowych technologii, to realne zaplecze dla realizacji programów poprawiających dostępność do świadczeń dla polskiego pacjenta. Biorąc pod uwagę skuteczne uzupełnianie przez podmioty prywatne sektora publicznego, ich doświadczenie w tworzeniu modelu opieki skoncentrowanej na jakości, jak również efektywności leczenia, wspólne

działania obu sektorów – publicznego i prywatnego – są obecnie wyjątkowo ważne.

## APTEKI

Zmiana i wzmocnienie roli aptek w systemie ochrony zdrowia pomoże odciążać pozostałe elementy systemu. Farmaceuci pracujący w aptekach stanowią doskonale wykształcone źródło wsparcia dla lekarzy i pielęgniarek. Wprowadzenie do aptek nowych usług, takich jak np.: przeglądy lekowe, proste badania diagnostyczne, pomoc w leczeniu drobnych dolegliwości, recepta kontynuowana – zdecydowanie pomoże poprawić dostęp pacjentów do bardziej równomiernie rozłożonej opieki medycznej.

Funkcja apteki polegająca na wydawaniu pacjentom produktów leczniczych oraz informowaniu o działaniu farmaceutyków jest powszechnie znana. Ustawa o zawodzie farmaceuty wprowadziła dodatkowe usługi, które mogłyby być świadczone w aptekach. Jednak brak dalszych zdecydowanych rozwiązań prawnych, praktycznych szkoleń czy nawet edukacji społeczeństwa co do większej roli farmaceutów skutecznie blokuje wprowadzenie do aptek nowych usług prozdrowotnych. Dlatego potrzeba szerszego, szybszego działania, które dla dobra pacjentów pozwoli lepiej zintegrować apteki z pozostałymi elementami systemu ochrony zdrowia.

Apteki w systemie ochrony zdrowia mogą odegrać niezwykle istotną rolę, szczególnie biorąc pod uwagę wciąż zwiększające się zapotrzebowanie na dostęp do leczenia, diagnostyki oraz profilaktyki. Z tej przyczyny konieczne jest utrzymanie obecnej infrastruktury na rynku aptek ogólnodostępnych. Liczba aptek w Polsce spada, tymczasem mniej aptek, to mniej miejsc, gdzie można zrealizować receptę, to mniejsza konkurencja na rynku i wyższe ceny leków, większe kolejki i brak czasu oraz miejsca na świadczenie dodatkowych usług. Konieczne do wprowadzenia, w ramach systemu ochrony zdrowia, wydają się następujące rozwiązania w aptekach:

- przeglądy lekowe – pozwolą na uniknięcie wielu niebezpiecznych interakcji i we współpracy z lekarzami mogą pomóc w optymalizacji terapii pacjenta;
- proste badania diagnostyczne (np. badanie glikemii, ciśnienia krwi, w kierunku *Helicobacter*

- Pylori, PSA, Grypa, COVID-19 itp.) – umożliwiają wykrywanie na wczesnych etapach i rozpoczęcie odpowiednio wczesnego leczenia wielu niebezpiecznych chorób – czy to zaliczanych do grona cywilizacyjnych, czy to do grona chorób infekcyjnych;
- dostawa leków prosto do pacjenta – wśród pacjentów jest wielu, którzy – ze względu na wiek, liczne choroby czy niepełnosprawność – nie są w stanie regularnie zaopatrywać się w leki, co stanowi olbrzymie zagrożenie dla zdrowia i życia;
  - przygotowywanie oraz rozdozowywanie leków na miejscu w aptece (np. małym pacjentom zawiesinę antybiotyku, a starszym pacjentom leki do np. tygodniowych pojemników);
  - kontynuacja recepty – umożliwienie wystawienia recepty kontynuowanej przez farmaceutów zdecydowanie odciążyłoby lekarzy w ich codziennej pracy;
  - usługa „drobne dolegliwości” poparta np. prostymi testami diagnostycznymi (CRP, angina, grypa, COVID-19, RSV), ale i wypracowanymi standardami, a także wytycznymi pozwoli uzyskać szybką oraz skuteczną pomoc pacjentom i nie kierować ich do gabinetów POZ lub na SOR, gdy nie będzie to niezbędne;
  - poszerzenie gamy szczepień – lokale apteczne są dostosowane do prowadzenia szczepień, a farmaceuci odpowiednio do tego przeszkoleni;
  - program „prehabilitacji” przed planowymi zabiegami – apteki mogą pomóc w przygotowaniu pacjenta do planowych operacji poprzez pomoc pacjentowi w rzucaniu palenia, zwiększeniu aktywności fizycznej pacjentów, przedoperacyjnym przeglądzie lekowym, kontroli stosowanych przez pacjenta leków OTC oraz suplementów, a także wprowadzeniu suplementacji przyspieszającej powrót do sprawności po zabiegu.
- Biorąc pod uwagę powyższe, konieczna jest jak najszybsza pełnowymiarowa integracja aptek do systemu opieki zdrowotnej – możliwość wglądu przez farmaceutę do historii leczenia pacjenta oraz utworzenie kanału komunikacji na linii farmaceuta-lekarz, by móc dzielić się wzajemnie uwagami co do stanu zdrowia pacjenta, skuteczności farmakoterapii czy profilaktyki, wystawianie recept refundowanych, poszerzenie katalogu szczepień czy dystrybucji środków farmakologicznych potrzebnych do zażycia w sytuacjach wyjątkowych. To niezwy-



kle istotne elementy, które mogą poprawić dostępność do opieki zdrowotnej.

Niezwykle ważne jest określenie roli farmaceutów i miejsca aptek w polskim systemie opieki zdrowotnej oraz wskazanie wyraźnej ścieżki pacjenta w kontekście usług aptecznych. Konieczne jest jak najszybsze wdrożenie kompleksowego zestawu rozwiązań regulacyjnych, które pozwolą farmaceutom, zgodnie z obowiązującym porządkiem prawnym, świadczyć usługi opieki farmaceutycznej i pozostałe usługi prozdrowotne w aptekach. Wprowadzenie jednoznacznych wytycznych w zakresie sposobu świadczenia usług aptecznych poprzez opisanie, sklasyfikowanie i ustandaryzowanie kompetencji niezbędnych do świadczenia poszczególnych usług, jak również umożliwienie elektronicznego obiegu informacji oraz dokumentacji medycznej między lekarzem a farmaceutą w celu objęcia pacjenta bardziej

kompleksową opieką i wypracowania zasad komunikacji między lekarzem a farmaceutą zapewne przyczyniłoby się do poprawy opieki nad polskim pacjentem. Zasadnym wydaje się także potwierdzenie możliwości świadczenia opieki farmaceutycznej, a także wskazanie jasnych zasad jej realizacji zarówno w modelu finansowania publicznego, jak i komercyjnym. W przypadku wybranych, opisanych powyżej, usług konieczne jest jak najszybsze uruchomienie kursów dla farmaceutów, uprawniających do ich świadczenia (np. realizowania badań diagnostycznych), a w przypadku, gdy to zbędne, rezygnacja z kursów oraz jak najszybsze wdrożenie tych usług do aptek. Konieczne jest również podnoszenie społecznej świadomości na temat opieki farmaceutycznej poprzez umożliwienie aptekom informowania o świadczonych usługach (oddzielenie informacji o usługach oferowanych przez apteki od zakazanej reklamy aptek).



**Dr n. farm. Justyna Kaźmierczak**

Prezes Czwartej Apteki Zdrowit

Przewodnicząca Platformy Aptecznej Pracodawców RP

**Ostatnie trzy lata były przełomowe dla branży aptecznej. Regulacje dotyczące zawodu farmaceuty, szczepień oraz e-recepty, a także zakończony z sukcesem pilotaż opieki farmaceutycznej to dowody na to, że farmaceuci są zwarci i gotowi, a apteka jest**

**ważną placówką ochrony zdrowia. Opieka farmaceutyczna to wyraz elementarnej odpowiedzialności za środki publiczne, za zdrowie naszych pacjentów i jakość ich życia.**



# FINANSOWANIE

## FINANSOWANIE

Konieczny jest dalszy wzrost nakładów finansowych na polską ochronę zdrowia. Należy stworzyć mechanizmy, które zapewnią stały wzrost nakładów na system ochrony zdrowia oraz zbliżą przeznaczane w Polsce nakłady z tego obszaru do średniego europejskiego poziomu. Wzrost nakładów na finansowanie sektora ochrony zdrowia pozwoli na zwiększenie zatrudnienia personelu medycznego oraz tworzenie warunków umożliwiających poprawę dostępności do innowacyjnych technologii, co finalnie wesprze proces skutecznego leczenia.

Należy dbać o efektywną alokację środków – wprowadzić finansowanie opieki zdrowotnej w kierunku koordynowanej opieki zdrowotnej oraz opartej o wyniki zdrowotne (VBHC, ang. *Value Based Healthcare*). Zasady finansowania w istotny sposób wpływają na funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia z uwagi na fakt, iż determinują sposób leczenia i użyte technologie.

Taki model finansowania oparty o wyniki zapewni, że płatność nie będzie oparta na wykonanej usłudze w postaci świadczenia zdrowotnego, czy też użytych zasobów, a zdecydowanie na różnicy pomiędzy wynikami zdrowotnymi, które uzyskano a kosztami poniesionymi na ich osiągnięcie. Dodatkowo ten model finansowania ograniczy nieoptymalne korzystanie z zasobów i zapewne przyczyni się do poprawy dostępności do innowacyjnych technologii.

Konieczne jest także wprowadzenie mechanizmów gwarantujących transparentność i przewidywalność planowanych wydatków oraz rozwiązań opartych na jakości.

W ochronie zdrowia niezbędne jest systemowe badanie efektywności świadczeniodawców w oparciu o jasno zdefiniowane i logiczne kryteria oraz powiązanie płatności z efektami leczenia. Niezbędne jest wprowadzenie standardów orga-



### Jarosław J. Fedorowski

Prof. Univ, MD, PhD, MBA, FACP, FESC, FPAMC

Prezes Polskiej Federacji Szpitali

Członek Rady Pracodawców RP

**Polska Federacja Szpitali popiera jak najszybsze zwiększanie nakładów na ochronę zdrowia w naszym kraju, przypominając jednak o postulowanej zmianie mechanizmów konkurencyjności pomiędzy podmiotami leczniczymi z konkurencji o pieniądze na konkurencję o wynik leczenia pacjentów w całym cyklu choroby.**

**PFSz propaguje zasady zrównoważonego rozwoju i odpowiedzialności ESG (Environment, Social, Governance) – postulujemy znaczne inwestycje w transformację ener-**

**getyczną oraz dalszą transformację cyfrową polskich podmiotów leczniczych. Popieramy modernizację podmiotów leczniczych, także przy wsparciu specjalnych funduszy krajowych oraz ze środków unijnych lub innych. Jesteśmy za harmonijną współpracą ze wszystkimi podmiotami gospodarczymi rynku medycznego, zwracamy uwagę na kwestie dostępności wyrobów medycznych, a także ich jakości, certyfikacji i możliwości korzystnego finansowania.**



### Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka

Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego  
i Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego  
Dyrektor Center of Value Based Healthcare  
Doradca Prezesa Zarządu Pracodawców RP

Modele organizacji i finansowania zorientowane na efekty leczenia, a nie sam proces udzielania świadczeń, nie tylko sprzyjają upowszechnieniu opieki koordynowanej oraz kompleksowej, ale także budowie kultury współpracy i współdziałania na rzecz wspólnego celu, jakim są wyniki terapii, jak

również satysfakcja pacjenta. Doświadczenia krajów, które sięgnęły po takie rozwiązania, wskazują na uzyskanie dodatkowych korzyści w postaci ograniczenia skali kosztów przenoszonych na pacjentów z racji zwiększenia dostępności do usług niezbędnych dla optymalnej diagnozy i leczenia.



### Kamil Sobolewski

Główny Ekonomista Pracodawców RP

Ochrona zdrowia w Polsce w ciągu najbliższych 20 lat jeszcze bardziej zyska na znaczeniu i stanie się jednym z najważniejszych tematów społecznych. Zdrowie własne i osób bliskich będzie generować lawinowo rosnące potrzeby. Wynika to z nieubłaganej demografii, której nie da się zmienić w horyzoncie 20 lat, ze starzenia się społeczeństwa – aby znaleźć się w starszej połowie społeczeństwa dziś wystarczy mieć 41 lat, ale już do 2050 roku będzie to 52 lata. Ponad połowa Polaków po 50-tce! Do 2050 roku ubędzie 4 miliony Polaków, ale grupa osób w wieku poprodukcyjnym zwiększy się o 3 miliony. Realne zapotrzebowanie na produkty i usługi medyczne wzrośnie, ale liczba pracujących, którzy zapewniają finansowanie tych potrzeb, a także produkcję towarów oraz usług niezbędnych potrzebującym, skurczy się o 25%. Starzenie się będzie dotyczyć także personelu medycznego, z wpływem na jego dostępność, np.: pokolenia pielęgniarek

przed 40. rokiem życia są dziś co najmniej 2-krotnie mniej liczne niż pokolenia pielęgniarek po 50-tce, a przed 60-tką. Będzie to ogromnym wyzwaniem także dla rodzin osób wymagających opieki – już dziś 60% kobiet i 20% mężczyzn w wieku produkcyjnym, ale nieaktywnych zawodowo, wskazuje potrzebę opieki nad bliskimi jako podstawowy powód rezygnacji z pracy. Ten odsetek jest w Polsce dwukrotnie wyższy niż średnio w UE. Stabilne i odpowiednio wysokie finansowanie ochrony zdrowia oraz efektywne wykorzystanie tych funduszy to priorytet na najbliższe lata. Na każde 100 osób w wieku produkcyjnym dziś przypada 39 osób na emeryturze, do 2050 roku będzie to 71 osób. Kurcząca się grupa pracujących nie będzie pokoleniem 20-30 latków, ale będzie coraz bardziej obciążana podatkami i składkami na ZUS oraz dwa razy częściej niż dziś będzie realizować obowiązki opiekuńcze lub płacić za usługi opiekuńcze.



nizacyjnych (procesowych) postępowania medycznego opartych na wytycznych klinicznych, możliwych do implementacji w systemie opieki zdrowotnej oraz kryteriów oceny efektywności i jakości opieki, a także mechanizmów, jak również zachęt wspierających ich podnoszenie.

Monitorowanie działalności w najważniejszych obszarach umożliwia usprawnianie organizacji i motywowanie podmiotów leczniczych do osiągnięcia jak najlepszych efektów całego procesu leczenia, a nie tylko pojedynczych świadczeń, zgodnie z ustalonymi celami.





# INNOWACYJNE TECHNOLOGIE

## INNOWACYJNE TECHNOLOGIE

Optymalizacja opieki zdrowotnej to właściwy model opieki uwzględniający nowoczesne technologie.

Dostępność technologii lekowych i nielekowych (wyróbów medycznych) prowadzi do wzrostu efektywności opieki nad chorymi – redukcji zgonów oraz redukcji powikłań. Dlatego niezwykle ważną kwestią jest stworzenie rozwiązań prawnych, które zapewnią dostęp do nowoczesnych technologii, zgodnych z wytycznymi klinicznymi, poprzez ich szybką implementację do systemu ochrony zdrowia, w tym wprowadzenie ram czasowych w procesie legislacyjnym dotyczących włączania wyróbów medycznych do koszyka świadczeń gwarantowanych.

Szeroki dostęp do nowoczesnej farmakoterapii przekłada się nie tylko na zmniejszenie wydatków

związanych z ochroną zdrowia, ale także z ubezpieczeniami społecznymi i jest istotnym elementem wspierania polskiej gospodarki. Dzięki innowacyjnym terapiom choroby dotychczas nieuleczalne stają się uleczalne, a śmiertelne stają się chorobami przewlekłymi. Chorzy są leczeni skutecznie i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, co ogranicza potencjalne powikłania i dolegliwości. Zdrowsi pacjenci nie tylko generują mniejsze koszty dla systemu ochrony zdrowia, ale są również bardziej produktywni w pracy, dlatego potrzebna jest zmiana podejścia do wydatków na nowoczesne leki, tak aby zacząć traktować je jako inwestycję w zdrowe społeczeństwo i prężną gospodarkę.

Największym wyzwaniem w tym obszarze jest obecnie wyrównywanie dostępu polskich pacjentów do innowacyjnych terapii, ponieważ Polska zajmuje bardzo niskie pozycje nie tylko na tle Europy, ale nawet krajów Grupy Wyszehradzkiej. Tylko 26% terapii zarejestrowanych w Europie w latach 2017-2020 jest stosowane w Polsce (dane: EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2021). W niektórych krajach Europy Środkowo-Wschodniej dostęp do takich leków jest nawet dwa razy lepszy niż w Polsce. Polscy pacjenci muszą czekać na decyzję refundacyjną dla nowoczesnych terapii nawet do trzech lat. Średnio 844 dni. Dłużej czekają tylko chorzy w Rumunii i Albanii.

Główne bariery dostępu do innowacyjnych terapii to wprowadzane przez Ministerstwo Zdrowia ograniczenia w dopuszczeniu danego leku do refundacji oraz czas, jaki upływa od momentu rejestracji do refundacji. Dlatego też niezbędne jest nawiązanie dialogu pomiędzy wszystkimi interesariuszami systemu ochrony zdrowia i wypracowanie kierunków działań niezbędnych do przyspieszenia procesów dopuszczenia leków do refundacji – a co za tym idzie – wyrównania dostępu do nowoczesnego i efektywnego leczenia oraz zapewnienie adekwatnego do potrzeb finansowania, które będzie wzrastać procentowo proporcjonalnie do dynamiki wzrostu nakładów na pozostałe części budżetu NFZ.



### **Prof. dr hab. n. med. Marcin Czech**

Kierownik Zakładu Farmakoekonomiki  
i Kierownik Zespołu ds. Kontroli Zakażeń  
Szpitalnych w Instytucie Matki i Dziecka

**Warto podkreślić znaczenie inicjatywy Pracodawców RP „Po pierwsze ZDROWIE”. Od lat ekonomiści ochrony zdrowia podkreślają nierozzerwalny związek zdrowia i gospodarki. Personel jest najcenniejszym zasobem wpływającym na wzrost produktu krajowego, dbanie o zdrowie obywateli jest najlepszą metodą zapewniającą wzrost gospodarczy i rozwój państwa.**



### **Agnieszka Grzybowska-Zalewska**

Prezes Zarządu Sanofi-Aventis  
Prezes Zarządu Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA  
Członek Rady Pracodawców RP  
Przewodnicząca Platformy Farmaceutycznej Pracodawców RP

**Przemysł innowacyjny odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu szeroko rozumianego systemu ochrony zdrowia, a więc i w debacie publicznej na ten temat, wspierając kształtowanie mocnego oraz stabilnego sektora ochrony zdrowia w naszym kraju, realnie wpływając na poprawę dostępu polskich pacjentów do najnowszych terapii, a w konsekwencji na ich zdrowie, ale także**

**komfort życia. Dzisiaj niezwykle ważną kwestią jest zmniejszenie różnic w dostępie do innowacyjnych terapii w Polsce w stosunku do standardów europejskich, poprawa jakości, jak również przewidywalności prawa refundacyjnego, zwiększenie niezależności, a także wzmocnienie polskiego systemu ochrony zdrowia.**

Konieczne jest także wzmocnienie działań z zakresu e-zdrowia – podjęcie wysiłków w celu ich zrównoważonej implementacji i poprawy funkcjonowania systemu, w sposób angażujący, jak również poprawiający pozycję pacjenta, wzmacniając jego

prawo do wyboru formy opieki. Rozwój e-zdrowia w zakresie telemedycyny oraz telemonitoringu pacjentów, który jest przyszłością Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej, jest dzisiaj konieczny. Korzyści wynikające z takiej formy opieki to m.in.:



### **Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka**

Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego i Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego  
Dyrektor Center of Value Based Healthcare  
Doradca Prezesa Zarządu Pracodawców RP

**Lukę niedoboru pomiędzy zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne wysokiej jakości a aktualnymi możliwościami systemu, definiowanymi przede wszystkim dostępem do kadr medycznych, możemy realnie ograniczyć dzięki wykorzystaniu potencjału nowoczesnych technologii lekowych, nielekowych oraz organizacyjnych o udowodnionej skuteczności. Stałe rozszerzanie dostępu refundacyjnego i dystrybucyjnego do nowoczesnych technologii wzmocni proces optymalizacji ścieżki pacjenta, racjonalizacji zasobów poprzez rozwój np. opieki ambulatoryjnej i domowej, a co najistotniej-**

**sze – przełoży się na efekty leczenia oraz doświadczenia pacjentów. Starzejące się społeczeństwo, presja epidemiologiczna oraz przyrost długu zdrowotnego w następstwie pandemii zmuszają nas do pilnego wdrożenia nowych rozwiązań prawnych i modeli organizacyjno-finansowych, które zmotywują świadczeniodawców do sięgania oraz wykorzystywania nowoczesnych rozwiązań medycznych, a także telemedycznych dostarczanych zarówno przez państwo – np. rozwiązania e-Zdrowia, jak również podmioty prywatne – np. systemy telemonitorowania, AI.**

stały kontakt pacjenta z lekarzem, w domu i podczas podróży, to zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa, to bieżąca kontrola polegająca na dostępie do informacji o stanie zdrowia, to możli-

wość odbycia planowej wizyty kontrolnej w formie teleporady, to możliwość wykorzystania nowoczesnych rozwiązań z zakresu telemedycyny, automatyzacji oraz AI do profilaktyki.





**CYFRYZACJA**

# CYFRYZACJA

Cyfrowy postęp w polskim systemie ochrony zdrowia to kolejne wyzwanie do realizacji, tym bardziej, że digitalizacja może się okazać najlepszym sposobem walki z brakami kadrowymi.

Zatem konieczne jest:

- upowszechnienie prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej oraz wymiany danych pomiędzy podmiotami medycznymi;
- efektywne wdrażanie telekonsultacji, telemonitoringu i telemedycyny w celu tworzenia modeli koordynowanej opieki zdrowotnej;
- wsparcie podmiotów środkami finansowymi w zakresie infrastruktury i szkolenia personelu;
- wprowadzenie nowoczesnych cyfrowych rozwiązań do profilaktyki;
- wprowadzenie rozwiązań zakładających automatyzację oraz AI;
- popularyzacja standardów organizacyjnych oraz medycznych gwarantujących jakość telemedycyny i e-zdrowia.



**Jan Pachocki**

Prezes Zarządu Telemedycznej Grupy Roboczej

**Transformacja cyfrowa daje szansę na zmianę modelu opieki nad pacjentem z opieki ograniczonej jedynie do wizyt pacjenta w gabinecie na model opieki ciągłej. W tym celu konieczne jest: zapewnienie bezpieczeństwa medycznego i organizacyjnego poprzez standaryzację, wprowadzenie rozwiązań stawiających pacjenta w pozycji partnerskiej, rozwój e-zdrowia oraz implementacja nowoczesnych technologii IT w tym zakresie, telemonitoring.**



**Artur Białkowski**

Członek Zarządu i Dyrektor Zarządzający ds. Usług Biznesowych Medicover  
Wiceprezes Zarządu Pracodawców Medycyny Prywatnej  
Członek Rady Pracodawców RP

**Pandemia koronawirusa była impulsem do dynamicznego rozwoju oferty usług telemedycznych. Pacjenci szybko docenili możliwości, jakie niesie ze sobą telemedycyna, co odzwierciedlały monitorowane przez nas wyniki badań satysfakcji i biznesowe statystyki. Wprowadzenie odpowiednich standardów organizacyjnych oraz medycznych w skali całego systemu ochrony zdrowia jest kluczowe. Pozwoli to na dalszy rozwój telemedycyny – zarówno w kontekście nowych rozwiązań**

**np. telediagnostycznych, jak i odpowiedniej integracji tego kanału komunikacji z lekarzem w całym systemie opieki nad pacjentem. Warto tu również wspomnieć o rosnącym znaczeniu algorytmów AI, czy rozszerzonej i wirtualnej rzeczywistości, które na coraz większą skalę wspierają diagnostykę i leczenie. Wykorzystanie takich osiągnięć techniki w procesie leczenia staje się nie tylko szerzej dopuszczane i akceptowane, ale daje podstawę do definiowania nowych złotych standardów leczenia.**



**LEGISLACJA**

# LEGISLACJA

System tworzenia prawa w Polsce w zakresie ochrony zdrowia wymaga nadzwyczajnej uwagi. Potrzeba stabilności i przewidywalności legislacyjnej jest niezwykle ważna. Dbanie o jakość przepisów prawa oraz transparentność procesu jego stanowienia powinno być zasadą, a nie wyjątkiem od reguły. Konieczne jest, by proces legislacyjny był przejrzysty i umożliwiał uczestniczenie w nim każdego zainteresowanego obywatela, czy też podmiotu.

Niezwykle ważną kwestią jest, aby decydenci dokonywali zmian w prawie w sposób przewidywalny i by przepisy powstawały po konsultacjach

z partnerami społecznymi, z poszanowaniem głosu wszystkich stron, z odpowiednio długim *vacatio legis*, co pozwala przygotować się do wprowadzanych zmian.

Zasadą w procesie stanowienia prawa powinna być jego transparentność i określenie celu danej inicjatywy legislacyjnej. Projektodawca musi mieć jasną koncepcję przyszłej regulacji, która powinna być spójna i przemyślana. Przygotowanie projektów aktów prawnych, jak i sam proces konsultacji powinny być prowadzone w ramach dialogu obywatelskiego. Ważne jest, aby proces legislacyjny był przejrzysty i umożliwiał uczestniczenie w nim



**Dr Maciej Berek**

Główny legislator Pracodawców RP

„**Każdy akt prawny – obowiązujący i projektowany – ma określonego adresata. Adresat będzie go realizował, korzystał z przyznanych uprawnień, wykonywał obowiązki; adresat to także ten podmiot, na którego akt będzie choćby pośrednio oddziaływał. Wadliwie skonstruowany dokument zawsze wywołuje negatywne skutki dla jego adresatów. W systemie ochrony zdrowia adresaci aktów prawnych mają szczególny charakter. Są nimi nie tylko podmioty świadczące usługi zdrowotne, ale przede wszystkim pacjenci. Wszelkie usterki uchwalanych regulacji, nagłe, nieprzemyślane zmiany prawa – wywołują bardzo negatywne konsekwencje dla szerokiego grona osób, które i tak borykają się ze swoimi osobistymi problemami zdrowotnymi. Świadczeniodawcy zaskakiwani zmianami, obarczani obowiązkiem realizo-**

**wania wadliwych, sprzecznych, niezrozumiałych przepisów – zamiast optymalizować obsługę pacjentów, muszą skupiać się na ochronie swoich interesów prawnych. Z tych właśnie powodów w systemie ochrony zdrowia niezwykle istotne jest przestrzeganie przez prawodawcę postulowanych od dawna reguł projektowania aktów prawnych. Przewidywalność zmian, powiązanie legislacji ze stabilnymi długookresowymi koncepcjami, zagwarantowanie przestrzeni dla prawdziwego dialogu społecznego na etapie prac nad projektem – to fundamenty pozwalające unikać błędów. Im mniej błędów w legislacji, tym sprawniej funkcjonuje system ochrony zdrowia, a to powinno być wspólnym celem zarówno organów państwa, jak i świadczeniodawców.**



każdej zainteresowanej strony. Powszechność i przejrzystość procesu to podstawowe zasady prowadzenia prac legislacyjnych. Przygotowywanie projektów aktów prawnych powinno być przewidywalne, a proces prowadzenia prekonsultacji, przygotowywania założeń do projektów ustaw, konsultacji społecznych powinien być standardem, a nie wyjątkiem. Należy pamiętać też o tym, że dobre rozwiązania są efektem dokładnej analizy, konsultacji z zainteresowanymi podmiotami, a także uzgadniania wspólnych stanowisk. Nie odbierając prawa do dokonywania zmian oraz podejmowania nowych decyzji, ważne jest utrzymanie ciągłości koncepcji i zapewnienie realizacji długo-

falowych polityk. Żadna firma, żaden pracodawca, żaden podmiot leczniczy nie funkcjonuje w próżni. Wpływ na jego działalność mają właśnie regulacje prawne. Dlatego bardzo cenna jest stabilność i spójność prawa.

Mamy olbrzymią nadzieję, że procedowanie aktów prawnych w systemie ochrony zdrowia będzie ulegało poprawie, a prawo będzie tworzone w sposób przemyślany, konsekwentny, przewidywalny i w wyniku konsultacji z partnerami, z poszanowaniem głosu wszystkich stron, z odpowiednio długim *vacatio legis*, by móc się przygotować do wprowadzanych rozwiązań.



# PODSUMOWANIE I WNIOSKI

System ochrony zdrowia w Polsce musi się zmieniać, aby zgodnie z koncepcją *Value Based Healthcare* koncentrować się na wartości dla pacjenta, na nowoczesnych technologiach i efektach leczenia. Jest to szczególnie istotne w obliczu doświadczeń związanych z pandemią koronawirusa, która uświadomiła nam wszystkim, jak ważny jest sprawnie funkcjonujący system ochrony zdrowia, jego elastyczność i szybkość reagowania, zdolność do zapewnienia wszystkim pacjentom właściwej opieki, a także odporność na sytuacje kryzysowe. Ważne jest również, aby w przyszłym kształcie systemu opieki zdrowotnej została dostrzeżona i uwzględniona rola prywatnej opieki medycznej.

Konieczne jest tworzenie takich rozwiązań, które przyczynią się do odbudowy zdrowia publicznego. Zdrowie jest czynnikiem bezpośrednio powiązanym z jakością życia społecznego i gospodarczego, a wczesne inwestowanie w opiekę zdrowotną to zdrowe społeczeństwo, to pracownicy aktywnie uczestniczący w życiu zawodowym oraz przyczyniający się do wzrostu PKB.

**Konieczne są zatem pilne inwestycje w profilaktykę i wczesną diagnostykę chorób zakaźnych, jak również cywilizacyjnych. Pożądane jest utrwalanie myślenia o zdrowiu jako czynniku bezpośrednio powiązanym z jakością życia społecznego i gospodarczego.**

Zdrowie społeczeństwa jest inwestycją, a nie kosztem. Dzięki inwestycji w zdrowie publiczne zachowamy bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, a to przełoży się na sprawne funkcjonowanie i rozwój naszego państwa.

**Konieczny jest pogłębiony dialog i współpraca ze wszystkimi interesariuszami, co pozwoli na wspólne kreowanie rozwiązań pro-pacjentkich poprawiających dostęp do leczenia, zapewniających jakość oraz optymalizację wykorzystania zasobów.**

## WNIOSKI

- Ochrona zdrowia jako wiodący priorytet w działaniach i polityce rządu.
- Rozumienie ochrony zdrowia jako warunku koniecznego do rozwoju społeczno-gospodarczego kraju i zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.
- Koncentracja opieki na pacjencie.
- Zwiększenie finansowania sektora ochrony zdrowia i wdrożenie mechanizmów gwarantujących wzrost nakładów, ich odpowiedzialną alokację oraz zapewnienie przewidywalności planowanych wydatków.
- Modyfikacja sposobu finansowania opieki zdrowotnej w kierunku koordynowanej opieki zdrowotnej oraz koncepcji ochrony zdrowia opartej o wartość (*Value Based Healthcare*).
- Optymalizacja alokacji zasobów w ochronie zdrowia – postrzeganie nakładów w tym obszarze jako inwestycji, odpowiednie zarządzanie nimi, w tym wykorzystanie zasobów systemu prywatnego w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego.
- Zapewnienie innowacyjnych terapii lekowych i nielekowych – mechanizmy gwarantujące modyfikację wykazu świadczeń gwarantowanych.
- Profilaktyka zdrowotna i wczesna diagnostyka jako inwestycja w podnoszenie efektywności systemu ochrony zdrowia.
- Systemowa profilaktyka chorób zakaźnych realizowana na każdym etapie życia obywatela, zgodnie ze wskazaniami klinicznymi i stopniem ryzyka epidemiologicznego:
- Wykorzystanie potencjału aptek oraz lekarzy medycyny pracy w systemie wdrażania programów profilaktycznych, w tym szczepień ochronnych.
- Cyfryzacja.
- Legislacja – dbanie o jakość przepisów prawa i transparentność procesu jego stanowienia zasadą, a nie wyjątkiem od reguły.



Pracodawcy  
Rzeczypospolitej  
Polskiej

Rok założenia 1989