**REKOMENDACJE ZBIORCZE KONFERENCJA „WSPÓLNIE DLA ZDROWIA” – GDAŃSK, 28.02.2019**

1. SKUTECZNOŚĆ LECZENIA I BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA
2. **Rekomendacje dotyczące monitorowania skuteczności leczenia:**

Uwzględniając iż:

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

**konieczne jest pilne utworzenie w Polsce, na wzór zagraniczny systemu rejestrów kontraktowych/klinicznych dedykowanych ocenie i poprawie jakości leczenia**.

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

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

* 1. zapewnienie ich jednolitego, wysokiego standardu oraz okresowego przeglądu ich spełniania,
  2. zapewnienie finansowania dla ich utworzenia oraz prowadzenia,
  3. zapewnienie udziału w zarządzaniu rejestrami przedstawicielom odpowiednich (do tematyki rejestru) specjalności medycznych i przedstawicielom pacjentów:

Rozważyć należy, kto powinien prowadzić rejestry. Zaproponowano **utworzenie krajowego ośrodka klinicznych rejestrów jakości,** choć w niektórych krajach funkcjonują konkurencyjne modele organizacji systemu rejestrów**.** Otwarte pozostaje pytanie o jego umiejscowienie: Ministerstwo Zdrowia, CMJ czy NFZ. Zapewnić jednak należy odpowiednie wsparcie merytoryczne o charakterze klinicznym oraz wsparcie techniczne. Konieczne jest wykorzystanie w tym celu współczesnych technologii informatycznych, także dla pozyskiwania informacji na temat doświadczeń pacjentów. **Wskazana jest też współpraca z innymi krajami mającymi doświadczenie w prowadzeniu rejestrów klinicznych.**

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

**Rekomendacje dotyczące Poprawy Bezpieczeństwa Pacjenta i Jakości Opieki**

Statystyki światowe wskazują, że corocznie ok. 7-12 %[[1]](#footnote-1) pacjentów korzystających z opieki szpitalnej doświadcza szkody z powodu zdarzeń niepożądanych (ZN). Tymczasem 40-70% zdarzeń niepożądanych można zapobiec. Około 15% wydatków szpitalnych można przypisać kosztom związanym z brakiem bezpieczeństwa. Tymczasem koszty prewencji zdarzeń niepożądanych są niższe niż koszty wynikłych z nich szkód[[2]](#footnote-2). Jakość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej stanowią podstawowy wymiar i istotne wyzwanie dla każdego systemu ochrony zdrowia, zaś edukacja kadry medycznej w tym zakresie jest ważnym elementem działań, jakie należy podejmować w celu poprawy świadczonej opieki.

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

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

# **REKOMENDACJE DLA SYSTEMU ZDROWIA PUBLICZNEGO Z DEBATY „WSPÓLNIE DLA ZDROWIA”:**

# **Główne wyzwania dla systemu zdrowia publicznego w Polsce**

W dotychczasowej dyskusji ekspertów zdrowia publicznego oraz w opinii autorów wielu opracowań[[3]](#footnote-3) zdefiniowane zostały główne potrzeby skutecznego systemu zdrowia publicznego:

* konieczność określenia pakietu świadczeń profilaktycznych i innych świadczeń zdrowia publicznego opartych na dowodach naukowych i spełniających kryterium zapewnienia równego dostępu,
* zapewnienie systemowego wsparcia (merytorycznego i finansowego) dla jednostek samorządu terytorialnego (JST) w planowaniu, wdrażaniu oraz ewaluacji działań prozdrowotnych,
* pokonanie trudności w skutecznej koordynacji/współpracy działań w obszarze zdrowia publicznego rządu z jednostkami samorządu terytorialnego,
* zdefiniowanie minimalnej koniecznej/wystarczającej aktywności JST w zdrowiu publicznym, która umożliwiałaby zapewnienie równości w dostępie do świadczeń zdrowia publicznego
* precyzyjne określenie zadań systemu opieki zdrowotnej w zdrowiu publicznym,
* rozróżnienie kompetencji poszczególnych szczebli JST oraz uporządkowanie finansowania zdrowia publicznego na poziomie JST,
* uregulowanie kwestii kadr w zdrowiu publicznym.

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

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

Mając na względnie następujące uwarunkowania:

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

niezbędne jest dokonanie gruntownego, choć ewolucyjnego, przebudowania obecnego systemu profilaktyki chorób i promocji zdrowia w Polsce.

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

1. **Zapewnienie powszechności dostępu do działań profilaktycznych i promujących zdrowie** odpowiadających strukturze chorób cywilizacyjnych i ich determinantom. Za priorytetowe należy uznać działania związane z kontrolą chorób układu sercowo-naczyniowego, nowotworów oraz chorób mózgu, w tym zaburzeń zdrowia psychicznego i uzależnień.
2. Uproszczenie modelu finansowania poszczególnych zadań poprzez **konsolidację obecnie wykorzystywanych środków w jeden „Fundusz Zdrowia Publicznego”, który akumulowałby środki przeznaczane na finansowanie zadań NPZ przez Ministerstwo Zdrowia, profilaktykę uzależnień i szkód wynikających ze spożywania alkoholu, a także problemów hazardowych.** Fundusz ten zapewni stabilne i długofalowe finansowanie instytucji publicznych tworzących system zdrowia publicznego, szczególnie Państwowej Inspekcji Sanitarnej, instytutów badawczych i agencji rządowych, oraz jednostek samorządu terytorialnego, które mogą w realizacji zadań współpracować z podmiotami leczniczymi czy organizacjami sektora pozarządowego.
3. **Wprowadzenie przedmiotu „Zdrowie” lub „Lekcje o zdrowiu” w ramach innych przedmiotów do szkół podstawowych i średnich.** Wjego ramach można będzie zdobyć wiedzę o wpływie zachowań i środowiska na zdrowie, informacje o prawach pacjenta oraz o sposobie korzystania z opieki zdrowotnej. Jego podstawa programowa musi uwzględniać konieczność budowania kompetencji zdrowotnych, czyli umiejętności pozwalających na wdrożenie zasad zdrowego stylu życia.
4. **Przyjęcie podejścia zakładającego nakierowanie działań w ramach długofalowych strategicznych programów ogólnopolskich finansowanych ze źródeł publicznych przede wszystkim czynników warunkujących zdrowie (determinant), a nie samych problemów zdrowotnych**.
   1. **Znaczące poszerzenie profilu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej o** zadania z zakresu przeciwdziałanie chorobom cywilizacyjnym poprzez utworzenie w powiatowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych zespołów ds. wsparcia i koordynacji działań prozdrowotnych JST i współpracy z zespołami podstawowej opieki zdrowotnej oraz zapewnienie stałego finansowania na realizację ww. zadań.
5. **Zwiększenie roli systemowej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH)** poprzez zapewnienie stabilnego finansowania zadań zleconych przez administrację rządową (w szczególności poprzez Ministra Zdrowia oraz przez Głównego Inspektora Sanitarnego), w tym szczególnie monitorowanie sytuacji zdrowotnej oraz opracowywanie, opartych na dowodach naukowych, rekomendacji w zakresie interwencji systemowych.
6. **Ustalenie minimalnego zakresu odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego (JST), szczególnie powiatów, za działania z obszaru zdrowia publicznego oraz wsparcie merytoryczne w realizacji samorządowych programów prozdrowotnych:**
   1. podejmowanie działań prozdrowotnych w obszarach innych niż kontrola chorób układu sercowo-naczyniowego, nowotworów oraz chorób mózgu powinno być możliwe po zabezpieczeniu podstawowego dostępu do promocji zdrowia i profilaktyki w danej JST w trzech obszarach priorytetowych,
   2. konieczne jest **dostarczenie JST gotowych do wdrożenia programów** opartych o podstawy naukowe i przynoszących pozytywne wyniki ewaluacji w oparciu o pilotaże – to zadanie powinno zostać zrealizowane przez AOTMiT we współpracy z NIZP-PZH,
   3. w celu ułatwienia wdrażania programów w JST powinny powstać zachęty do zawierania porozumień międzygminnych i międzypowiatowych, szczególnie uzasadnione w przypadku małych JST, dla których ten proces może być zbyt dużym obciążeniem przy braku kadr wykształconych w zakresie realizacji zadań zdrowia publicznego.
7. **Wprowadzenie maksymalnej przejrzystości i dostępności informacji o sytuacji zdrowotnej w JST i jej uwarunkowaniach (w tym społecznych i ekonomicznych) oraz o podejmowanych działaniach prozdrowotnych i ich rezultatach.**
8. **Wyodrębnienie środków na badania stanu zdrowia społeczeństwa, w szczególności niezbędne jest rozpoczęcie cyklicznego badania na reprezentatywnej grupie pozwalającej oceniać trendy epidemiologiczne**.
9. **Ukierunkowanie działań służby medycyny pracy na poprawę stanu zdrowia pracowników w szerszym wymiarze**, zgodnie z rekomendacjami Instytutu Medycyny Pracy, w szczególności wczesnego wykrywania chorób przewlekłych jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze czy zaburzenia gospodarki lipidowej.
10. Określenie **kompetencji zespołu POZ** jako lidera w promocji zdrowia i profilaktyce osób objętych opieką, we współpracy z ekspertami z zakresu zdrowia publicznego (w tym szczególnie Inspekcji Sanitarnej) oraz zapewnienie finansowanie tego typu działań w POZ.
11. **Dokonanie zmian w kształceniu na kierunku zdrowie publiczne** poprzez wprowadzenie ścieżek specjalizacyjnych dla studentów w oparciu o określone stanowiska i miejsca zatrudnienia w systemie ochrony zdrowi oraz docelowe systemu potwierdzania kompetencji w postaci egzaminu i akredytacji krajowej dla uczelni, które chcą kształcić na tym kierunku.

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

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

1. **PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA – NOWE WYTYCZNE I REKOMENDACJE**

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

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

**REKOMENDACJE KOŃCOWE:**

1. Konieczne jest stworzenie definicji dokumentacji medycznej. Należy w tym celu uporządkować wszystkie przepisy, które jej dotyczą. Postulowano stworzenie odrębnej ustawy temu poświęconej, która powinna obejmować zarówno przepisy dotyczące dokumentacji papierowej jak i elektronicznej, oraz uwzględnić oddzielny aspekt praw dziecka, które trzeba potraktować priorytetowo.
2. Świadczenia dla dzieci powinny być udzielane poza kolejnością i w możliwie jak najbardziej komfortowych warunkach w oparciu o respektowanie zasady obecności przy dziecku opiekuna.
3. Przepisy Europejskiej Karty Praw Dziecka w Szpitalu powinny być włączone do polskich przepisów ustawowych. Dziecko powinno być leczone w warunkach szpitalnych tylko wówczas, kiedy jest to niezbędne.
4. Obecnie mamy połączone prawo do intymności i godności. Jednakże prawo pacjenta do godności ze względu na jego szczególne znaczenie należy potraktować odrębnie, w tym należy przyjrzeć się szczególnie traktowaniu pacjentów przebywających pod opieką psychiatryczną.
5. Istotne jest aktywne włączenie pacjenta do procesu leczenia. Pacjent powinien oprócz praw mieć również obowiązki. To on powinien być współodpowiedzialny za profilaktykę oraz przestrzeganie zaleceń lekarskich. Współpraca pacjenta z lekarzem umożliwi poprawę skuteczności leczenia i będzie miała wpływ na jego lepsze efekty.
6. Postuluje się usprawnienie kontaktu pacjenta z placówkami medycznymi poprzez szersze wdrożenie rozwiązań informatycznych.

**ORGANIZACJA BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH**

Konieczne jest zastosowanie skutecznych, wydajnych i opłacalnych działań na rzecz zwiększenia, obecnie zdecydowanie zbyt niskiej, zgłaszalności na badania przesiewowe. Jednym z rozwiązań mogą być zaproszenia telefoniczne, które sprawdzają się w różnych projektach, zarówno onkologicznych, jak i metabolicznych. Najważniejsza jest rozmowa z pacjentem, która jest kluczem do sukcesu wzrostu zgłaszalności. Ważne jest przejęcie inicjatywy przez świadczeniodawców i zmiana ich postawy na bardziej aktywną wobec pacjentów. Winna ona uwzględniać , m.in. przypominanie o kolejnym badaniu czy konsekwencję w procesie umawiania wizyt.

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

**REKOMENDACJE KOŃCOWE:**

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

1. Polska: 7.24% zdarzeń niepożądanych (2015): 47.37% zdarzeń możliwych do uniknięcia (CMJ, Projekt BSBP [www.cmj.org.pl](http://www.cmj.org.pl/)) [↑](#footnote-ref-1)
2. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017 [↑](#footnote-ref-2)
3. dotyczących: organizacyjnych i funkcjonalnych aspektów zdrowia publicznego (R. Niżankowski, A. Wojtczak), prawnych aspektów zdrowia publicznego (H. Izdebski, M. Dercz), raportu „Diagnoza istniejącej organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce – rzeczywisty sposób działania systemu (red. D. Cianciara, K. Lewtak, M. Gajewska, M. Piotrowicz, E. Urban) sporządzonych w 2016 i 2017 r. [↑](#footnote-ref-3)