

2017-06-22

# Warsztaty PKMP oraz PFSz – podsumowanie



POLSKA KOALICJA  
MEDYCYNY PERSONALIZOWANEJ



Wojewódzkie Wielospecjalistyczne  
Centrum Onkologii i Traumatologii  
im. M. Kopernika w Łodzi

## Założenia

W okresie intensywnych reform systemowych w roku 2017 oraz 2018, menedżerowie szpitali stają w obliczu zarządzania ryzykiem, którego źródłem są nowe regulacje prawne. Wpływają one między innymi na możliwość długoterminowego planowania oraz bieżącego zarządzania. Istnieje więc luka informacyjna, a zatem narodziła się potrzeba - przeprowadzenia warsztatów, kierowanych do menedżerów szpitali.

Grupą docelową, do której kierowane były warsztaty, były szpitale specjalistyczne, w tym onkologiczne, które w obecnym systemie są podmiotem oraz przedmiotem istotnych reform. Są to ośrodki zabezpieczające dostęp do świadczeń na poziomie regionalnym oraz ogólnokrajowym. Jednocześnie odpowiadają na największe zapotrzebowanie epidemiologiczne oraz absorbują największe zasoby.

Celem warsztatów stało się nawiązanie aktywnej współpracy z kluczowymi osobami zarządzającymi szpitalami, a także osobami zaangażowanymi w procesy kliniczne oraz rozliczeniowe. Organizatorem warsztatów była Polska Koalicja Medycyny Personalizowanej – Stowarzyszenie, we współpracy z Polską Federacją Szpitali oraz eksperci z Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi. Wydarzenie swoim patronatem objęła Polska Unia Onkologii.

Założono, że mierzalnym efektem wspólnych prac będzie zestaw rekomendacji skierowany do Ministerstwa Zdrowia, które stanowić mogą podstawę dalszej debaty publicznej w sektorze ochrony zdrowia.

Najistotniejsze zagadnienia poruszane podczas spotkań dotyczyły następujących zagadnień:

1. Finansowanie świadczeń.
2. Rozliczanie oraz budżetowanie.
3. Zarządzanie ryzykiem w szpitalu i controlling.
4. Jakość w ochronie zdrowia i bezpieczeństwo pacjenta.
5. Ochrona danych osobowych szczególnie z perspektywy dokumentacji medycznej.
6. Diagnostyka w szpitalu.
7. Gospodarka lekiem, ze szczególnym uwzględnieniem racjonalnej antybiotykoterapii.
8. Zwalczanie zakażeń szpitalnych.

Uczestnicy skupili się na spojrzeniu na kwestię udzielania świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do powyższych zagadnień z czterech odmiennych punktów widzenia:

- Pacjenta
- Profesjonalisty medycznego
- Zarządu szpitala
- Administracji szpitala

## Cykl warsztatów

Cykl spotkań został zrealizowany na przełomie kwietnia oraz maja w trzech miastach:

1. Wrocław, Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka
2. Łódź, Wojewódzkie Specjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika
3. Olsztyn, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

Warsztaty kierowane były do zarządzających szpitalami menedżerów wysokiego i średniego szczebla oraz służb wspierających rozliczenia świadczeń. W trakcie wszystkich spotkań szpitale o różnych profilach działalności reprezentowało ok. 200 osób, w tym:

- Dyrektorzy Naczelni/Prezesi
- Dyrektorzy ds. Medycznych/Lecznictwa
- Dyrektorzy ds. Ekonomicznych/Finansowych
- Dyrektorzy/Kierownicy ds. rozliczeń świadczeń/statystyki medycznej
- Ordynatorowie/Kierownicy Klinik
- Pozostali pracownicy działów administracji

łącznie w dyskusji wzięli udział reprezentanci ok. 50 szpitali, z przewagą placówek o charakterze specjalistycznym. Dzięki otwartości uczestników oraz zaangażowaniu gospodarczy udało się omówić wiele wyzwań przed którymi stają zarządzający placówkami w ochronie zdrowia, których podsumowanie stanowią poniższe rekomendacje.

## Eksperci

Dr n. med. Beata Jagielska  
COI w Warszawie, Prezes PKMP

Mec. Paweł Kroczek  
Polska Federacja Szpitali

Dr hab. prof. nadzw. Barbara  
Pieńkowska-Grela  
COI w Warszawie

Prof. dr hab. Monika Prochorec-  
Sobieszek  
COI w Warszawie

Prof. dr hab. Mariusz Bidziński  
COI w Warszawie

Prof. dr hab. Andrzej Marszałek  
Wielkopolskie Centrum Onkologii

Dr hab. prof. nadzw. Adam  
Maciejczyk  
Dolnośląskie Centrum Onkologii

Dr n. med. Piotr Wiśniewski  
COI w Warszawie

Dr hab. prof. nadzw. Jarosław  
Fedorowski  
Prezes Polskiej Federacji Szpitali

Lek. med. Irena Kierzkowska  
Dyrektor WSS w Olsztynie

Dr n. med. Marek Nikiel  
Dyrektor Dolnośląskiego Szpitala  
Specjalistycznego we Wrocławiu

Dr n. med. Erwin Strzesak  
Wielkopolskie Centrum Onkologii

Prof. dr hab. Łukasz Rozdeiczner  
Prezes Zarządu BATNA Group

Mec. Marta Gadomska-Gołąb  
Kancelaria Eversheds Sutherland

Mec. Adam Twarowski  
COI w Warszawie

Mgr inż. Tomasz Zdzienicki  
Ekspert Szpitala im. Kopernika  
w Łodzi

Mgr Wojciech Szrajber  
Dyrektor Szpitala im. Kopernika w  
Łodzi

Dr hab. med. prof. nadzw. Adam  
Fronczak  
Ekspert Szpitala im. Kopernika  
w Łodzi

Mgr Monika Białas, MBA  
Ekspert Szpitala im. Kopernika  
w Łodzi

Dr n. med. Aleksandra Sierocka  
Ekspert Szpitala im. Kopernika  
w Łodzi

Mgr Elżbieta Sobolewska  
Ekspert Szpitala im. Kopernika  
w Łodzi

Dr hab. prof. nadzw. Maria Węgrzyn  
UE we Wrocławiu

Lek. Witold Paczosa  
Wojewódzka Stacja Sanitarno-  
Epidemiologiczna we Wrocławiu

Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA  
Narodowy Instytut Zdrowia  
Publicznego-PZH

## Rekomendacje

### Finansowanie szpitali

Reforma dotycząca zmiany sposobu finansowania działalności szpitali była przedmiotem głębokiej debaty wśród uczestników warsztatów. Pokładamy duże nadzieje w ustawie wprowadzającej zmiany w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie wyrażamy nadzieję, że nowe rozwiązania pozwolą na kompleksowe finansowanie usług medycznych.

Uczestnicy warsztatów zgłaszają propozycję, aby wraz z wprowadzeniem szczegółowych aktów wykonawczych do ustawy Ministerstwo Zdrowia zainicjowało szkolenia, które pozwolą na przygotowanie się ośrodków do wdrożenia nowego systemu.

Ponadto środowisko menedżerów szpitali wyraża chęć oraz gotowość do nawiązania współpracy przy implementacji reformy oraz przygotowywaniu propozycji kolejnych zmian.

### Jakość oraz bezpieczeństwo pacjenta

Aspekty związane z jakością oraz bezpieczeństwem pacjenta były przedmiotem głębokiej dyskusji uczestników warsztatów. Menedżerowie podkreślali, że nowoczesna opieka zdrowotna powinna być tak zorganizowana, aby zasoby kadrowe, infrastrukturalne i finansowe w najbardziej efektywny sposób zaspokajały potrzeby społeczeństwa zarówno w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki, diagnostyki i leczenia, jak i rehabilitacji, a także zapewniały bezpieczeństwo opieki, racjonalizację wykorzystania zasobów przy jednoczesnym zagwarantowaniu spełnienia oczekiwań społecznych.

Optymalizacja procesów medycznych wymaga systemowego podejścia do zagadnienia jakości. Odpowiednio zorganizowane zarządzanie jakością, działające zarówno na poziomie wewnętrznym jednostek ochrony zdrowia, jak i na poziomie systemowym - centralnym winno stymulować poprawę funkcjonowania systemu poprzez wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego.

Uczestnicy omawiali oraz komentowali projekt założeń do ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, którą uznano za niezwykle ważną i potrzebną. Jednakże ze względu na ogólny zakres informacji zawarty w projekcie, zapowiadający zmiany w aktach wykonawczych, których treść nie jest znana, znacznie utrudnia odniesienie się do szczegółów projektowanej Ustawy. W projekcie brakuje odniesień do konkretnych artykułów innych aktów prawnych powiązanych np. :

- Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta dotyczących udostępniania dokumentacji medycznej do wglądu osobom nie wymienionym w tej Ustawie,
- brak definicji podstawowych pojęć z rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej oraz niespójność z innymi związanymi aktami normatywnymi,

- brak odniesienia się do Ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia – w szczególności sposób przekazywania informacji elektronicznej, poziom zabezpieczeń systemów informatycznych oraz środki finansowe na zabezpieczenie poufności, integralności, dostępności i kompletności przetwarzanych danych (w tym danych wrażliwych) przesyłanych na zewnątrz przez jednostki.

Ponadto, zawarte w Projekcie wymagania wiążą się ze znacznie zwiększonym nakładem pracy personelu jednostek ochrony zdrowia, zarówno medycznego jak i administracyjnego, w obszarze zarządzania jakością. Projekt nie uwzględnia przydzielenia dodatkowych funduszy na ten cel, co z pewnością obciąży szpitale. Dyrektorzy upatrują ryzyko niepowodzenia reformy przy braku zapewnienia wsparcia finansowego dla działań przewidzianych projektem.

Wiele z wypowiedzi wskazywało, że dotychczasowe doświadczenia ze zgłaszaniem zdarzeń niepożądanych, niezależnie od poziomu zapewnienia o niekaralności i braku sankcji wobec osób zgłaszających tego typu incydenty, nie sprawdzają się. Celem poprawy zgłaszalności zdarzeń niepożądanych należałoby rozważyć wdrożenie anonimowego ogólnopolskiego rejestru zdarzeń niepożądanych, z ujednoliconym katalogiem definicji i wskaźników monitorowania jakości. Dostęp pracowników medycznych oraz pacjentów lub ich rodzin do tego rejestru powinien gwarantować wiarygodne i kompleksowe zbieranie informacji zdarzeń na terenie kraju. Ponadto, niepokój budzi brak uregulowań w kwestii możliwych konsekwencji (prawnych i finansowych) wynikających ze zgłaszanych zdarzeń niepożądanych, co w odniesieniu do szpitali, gdzie złożoność realizowanych procedur może wiązać się z dużą ilością, jest dalece prawdopodobne.

Rejestr medyczny zawiera szczególnie wrażliwe dane pacjentów, dlatego zasadność utworzenia każdego takiego rejestru musi być wyjątkowo mocno umotywowana potrzebą społeczną, a wynikające z prowadzenia rejestru obowiązki proporcjonalne do zakładanego celu. Wewnętrzny system monitorowania jakości, podobnie jak kliniczne wskaźniki jakości, powinien zapewniać adekwatność, powtarzalności oraz weryfikowalność prowadzonych analiz przez wszystkie podmioty. Biorąc pod uwagę obecną funkcjonalność systemów informatycznych należy liczyć się z koniecznością przeprowadzenia zmian wymagających analizy produkcyjnej przez autorów oprogramowania, co może się wiązać z koniecznością poniesienia dodatkowych nakładów finansowych przez szpitale.

Eksperti wskazywali, że w chwili obecnej w celu zapewnienia zgodności wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej napotykają na trudności zarówno organizacyjne, techniczne, jak i prawne wynikające z braku właściwych uregulowań, co powinno stanowić podstawę do prowadzenia niezbędnych analiz procesu udzielania świadczeń zdrowotnych i rejestrowania zdarzeń niepożądanych.

Niepokój wzbudziło zaproponowanie system autoryzacji oraz akredytacji, który nie zawiera jednoznacznych kryteriów oceny. W związku z powyższym nie jest możliwe w stanie ocenić skali nakładów i konieczności zaangażowania niezbędnych zasobów do ich spełnienia. Wskazano również, że system oceny nie będzie też motywował do podnoszenia jakości, a jedynie do wypełniania warunków brzegowych i nie będzie premiowało najlepszych. Jeżeli spełni się z minimalne wymagania – otrzyma się autoryzację i nie będzie to motywowało do dalszego podnoszenia jakości. Wyjaśnienia

wymaga także zależność autoryzacji od wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą i określenie, na czym miałyby polegać dodana wartość autoryzacji i akredytacji.

Ostatnim z postulatów płynących z rozmów jest rozważenie możliwości wprowadzenia ustawy o jakości wraz ze zmianami w systemie odszkodowań za zdarzenia niepożądane związane z leczeniem. Połączenie możliwości sprawnego uzyskania odszkodowania za uszczerbek na zdrowiu z ochroną zgłaszających zdarzenia niepożądane stworzy możliwość rzetelnego zgłaszania i wiarygodnej analizy tych zdarzeń oraz poprawy bezpieczeństwa pacjentów.

## Jakość na przykładzie diagnostyki genetycznej

Jednym z omawianych tematów była diagnostyka, a w szczególności problemy dotyczące jakości z którymi spotykają się szpitale. Eksperci omówili zagadnienie na przykładzie diagnostyki genetycznej oraz patomorfologicznej. Menedżerowie podkreślali ogromny postęp w tych dziedzinach, a co z tym związane wskazali konieczność zmiany w sposobie finansowania. Dodatkowym utrudnieniem okazało się prawo zamówień publicznych, w którym brak jasnych wytycznych jakościowych uniemożliwia wybór właściwego dostawcy usług.

Fundamentalne znaczenie w procesie diagnostyki genetycznej ma jakość wykonanych oznaczeń i ich profesjonalna interpretacja, na równi z prawidłowym wykorzystaniem uzyskanych danych genetycznych przez lekarzy klinicystów. Badanie genetyczne użyteczne klinicznie powinno zatem być wykonane przez doświadczone laboratorium, zatrudniające wysoko wykwalifikowanych specjalistów, legitymujących się odpowiednimi uprawnieniami zawodowymi, za pomocą certyfikowanych i zwalidowanych metod testowych. Istnieją różnice w szczegółowych wymaganiach dla laboratoriów genetycznych o specyficznych profilach badań, jednak możliwe jest ustanowienie wspólnych zasad działania laboratoriów w celu zapewnienie właściwego poziomu świadczonych usług medycznych. Konieczne jest doprecyzowanie tych wymagań wobec laboratoriów, wykonujących badania genetyczne i ustanowienie skutecznych mechanizmów kontroli.

Uzyskany wynik badania genetycznego powinien być zawsze rozpatrywany w kontekście klinicznym. Dla tego podstawowe znaczenie ma współpraca i wzajemna wymiana informacji pomiędzy genetykiem-diagnostą a patologiem, jak i pomiędzy genetykiem-diagnostą, a lekarzem klinicystą.

Działania, podjęte przez Krajowego Konsultanta ds. Genetyki Klinicznej wraz ze środowiskiem genetyków (Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka), genetyków pracujących bezpośrednio w obszarze diagnostyki onkologicznej oraz działania podjęte w ramach Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej (PKMP) mają wspólny cel: zapewnienie wysokiej jakości wykonywanych badań genetycznych oraz umożliwienie bezpiecznego dostępu uprawnionych pacjentów do wykonywanych badań genetycznych.

Podobne stanowisko reprezentują uczestnicy warsztatów oraz eksperci w zakresie diagnostyki patomorfologicznej, gdzie zapewnienie jakości również przekłada się na bezpośrednie wyniki leczenia chorych na nowotwory. Należy mieć na uwadze, że biopsja, materiał pooperacyjny, czy w przypadku białaczek cytometria przepływową jest jedynym narzędziem do postawienia rozpoznania choroby nowotworowej, a w przypadku pozostałych chorób eliminuje spekulacje związane z diagnostyką różnicową. Materiał badania patomorfologicznego, po postawieniu rozpoznania choroby

nowotworowej, służy także do oznaczenia czynników prognostycznych i predykcyjnych. Badanie wykonane w warunkach i w sposób poniżej optymalnych warunków, powoduje brak możliwości zastosowania właściwego leczenia, co może generować następstwa prawne.

W celu zapewnienia właściwej jakości kluczowego elementu w procesie diagnostyczno-terapeutycznego (tj. badania patomorfologicznego) należy wdrożyć następujące elementy:

- opublikowanie rozporządzenia dot. patomorfologii
- zaakceptować procedury przygotowane przez Polskie Towarzystwo Patologów
- zapewnić odpowiednie finansowanie (wydzielenie procedur z "worka" kosztów)
- kontrolować jakość wykonania badań m.in. na podstawie jakości zintegrowanego rozpoznania/raportu patomorfologicznego (tj. czy zawiera wszystkie elementy pozwalające na podjęcie spersonalizowanych decyzji terapeutycznych)

Dodatkowo:

- wprowadzić referencyjność zakładów patologii (pozwoli na zaoszczędzenie nadmiernych nakładów) w zależności od profilu szpitala, w którym się znajduje
- wprowadzenie/opracowanie sieci zakładów patomorfologii

## Ochrona danych osobowych

Jednym z głównych wniosków płynących ze wszystkich spotkań dotyczy szczególnych wyzwań właściwej oraz zgodnej z literą prawa ochrony danych osobowych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Codzienna działalność szpitali dostarcza wiele sytuacji, w których zapewnienie właściwego stosowania przepisów jest niezwykle trudna, czasami wręcz niemożliwa. Zarządzający placówkami wraz z całym personelem przygotowują się do zmian wynikających z wejścia w życie unijnego rozporządzenia zwanego dalej RODO.

Dane osobowe powinny być przetwarzane w sposób zapewniający im odpowiednie bezpieczeństwo i odpowiednią poufność, w tym ochronę przed nieuprawnionym dostępem do nich i do sprzętu służącego ich przetwarzaniu oraz przed nieuprawnionym korzystaniem z tych danych i z tego sprzętu.

Nowe przepisy RODO nie zmieniają obowiązujących obecnie zasad dotyczących stopnia bezpieczeństwa czy naruszenia ochrony danych osobowych. Jednak należy zauważyć, że obowiązki te są niejednokrotnie trudne do spełnienia w odniesieniu do niektórych działań realizowanych w podmiotach leczniczych:

1) Podmiot leczniczy na podstawie art. 26 ust. 1 Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest zobowiązany do udostępnienia dokumentacji osobie wskazanej przez pacjenta. Jednak w praktyce często pojawiają się wątpliwości co do zakresu danych osobowych jakie mają być podstawą do wskazania przez pacjenta, a następnie zweryfikowane przez personel podmiotu. Brakuje również regulacji, z której wynikałoby, że dyspozycja pacjenta w zakresie upoważnień osób do dokumentacji medycznej jak również wnioski o jej udostępnienia powinny mieć formę pisemną. Zdaniem Rzecznika Praw Pacjenta, pacjent nie ma obowiązku sporządzania pisemnych wniosków



wobec czego podmiot nie będzie mógł wykazać, że dyspozycję taką otrzymał od pacjenta. Ponadto pojawiają się wątpliwości w zakresie listownych i telefonicznych wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta na odmienny adres niż wskazany przez pacjenta do korespondencji.

Wydaje się zasadne by właściwy organ państwowy podjął działania mające na celu wprowadzenie odpowiedniej regulacji ustawowej (zakres danych zgodnie z postanowienia Konstytucji powinien być określony w przepisach rangi ustawowej).

2) Personel medyczny w zależności od stanu faktycznego jest zobowiązany do udzielenia informacji o pacjencie następującym osobom:

- Małżonek,
- Opiekun faktyczny,
- Krewny i powinowaty w linii prostej do stopnia drugiego,
- Przedstawiciel ustawowy.

W świetle restrykcyjnych przepisów w zakresie ochrony danych osobowych podmiot leczniczy (lub personel medyczny) będzie narażony na surowe sankcje finansowe. Personel medyczny nie dysponuje żadnym narzędziem do weryfikacji osób, które mogą potencjalnie być osobami uprawnionymi do informacji o stanie zdrowia pacjenta. W praktyce stosowane jest rozwiązanie polegające na tym, że osoba uprawniona składa stosowne oświadczenie, że jest osobą uprawnioną do żądanych informacji. Dużą obawą ze strony szpitali oraz pozostałych placówek ochrony zdrowia jest możliwość zastosowania wobec personelu medycznego sankcji za złamanie tajemnicy prawnie chronionej jeśli osoba składająca oświadczenie poświadczy nieprawdę.

Wydaje się, że wszelkie spory doktrynalne w tym zakresie mogłyby zostać rozwiązane jeśli personel medyczny byłby wyposażony w „odpowiednie narzędzie”. Takim narzędziem mógłby być centralny rejestr (w ramach Systemu Informacji Medycznej). Na wniosek pacjenta informacje o osobie uprawnionej do jego dokumentacji (informacji o stanie zdrowia) zostałyby wprowadzone do takiego rejestru. Dodatkowo rejestr należałoby zintegrować z innymi rejestrami by pojawiły się informacje o: małżonku, przedstawicielu ustawowym. Na dzień dzisiejszy funkcjonuje system eWUŚ, który mógłby zostać wzbogacony o funkcjonalności, które umożliwiłyby weryfikację statusu osób czy są osobami uprawnionymi względem pacjenta.

3) Problem ochrony danych osobowych na salach kilku osobowych

Jest to jeden z największych problemów w codziennej pracy personelu medycznego. Wskazano na wiele technicznych działań dla których, ze względu na ich specyfikę zasadne wydaje się wprowadzenie stosownych regulacji prawnych, które wyłączą odpowiedzialność podmiotu z tytułu udzielania świadczeń pacjentowi w obecności innych osób np. wywiad z pacjentem, wykonanie zastrzyku jeśli czynności te nie mogą być zrealizowane w innym miejscu. Obecne możliwości infrastrukturalne wielu szpitali uniemożliwiają ochronę danych osobowych przewidzianą w przepisach prawnych.

4) Kroplówki oznaczone danymi pacjentów

Dla właściwego zrozumienia problematyki odwołujemy się do jednego ze stanów faktycznych przytoczonych przez uczestnika warsztatów:

Pacjent poddawany chemioterapii ma podawany lek dożylnie. Kroplówka z lekiem oznaczona jest danymi osobowymi pacjenta. Ze względów bezpieczeństwa (by nie doszło do pomyłki) leki oznaczone są pełnymi danymi osobowymi pacjenta (imię nazwisko, PESEL). Tak oznaczona kroplówka jest w zasięgu wzroku nie tylko personelu medycznego ale również osób postronnych (innych przebywających na sali, gdzie przebywa pacjent). Należy zaznaczyć, że praktyki tego typu są wynikają z troski o życie i zdrowie pacjentów a w przypadku preparatów krwiopochodnych również z przepisów.

Rodzi się zatem pytanie czy taka praktyka jest dopuszczalna. Czy podmiot może zostać oskarżony o naruszenie praw pacjenta z tytułu niewłaściwej ochrony jego danych osobowych?

Jednocześnie uznano, że zasadne wydaje się by wprowadzić regulacje prawne wyłączające odpowiedzialność z tytułu naruszenia ochrony danych osobowych w sytuacjach, w których naruszenie to może wynikać z tytułu nadzoru nad bezpieczeństwem w zakresie zdrowia i życia pacjenta (sale intensywnego nadzoru, leki oznaczone danymi pacjentów).

## Kluczowe wnioski

1. Polskie społeczeństwo dynamicznie się starzeje, co razem z brakiem długoletnich działań na polu edukacji, prewencji i profilaktyki zdrowotnej generuje znacząco zwiększone potrzeby zdrowotne, a co za tym idzie więcej wymaganych i koniecznych świadczeń zdrowotnych.
2. Z racji na konstytucyjną odpowiedzialność Państwa za zdrowie obywateli celem gwarancji zaspokojenia ich potrzeb zdrowotnych zasoby kadrowe, infrastruktura oraz finansowanie powinno być zabezpieczone przez Państwo w sposób adekwatny do potrzeb zdrowotnych.
3. Nowoczesna opieka zdrowotna powinna być tak zorganizowana, aby zasoby kadrowe, infrastrukturalne i finansowe w najbardziej efektywny sposób zaspokajały potrzeby społeczeństwa zarówno w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki, diagnostyki i leczenia, jak i rehabilitacji, a także zapewniały bezpieczeństwo opieki oraz racjonalizację wykorzystania zasobów przy jednoczesnym zagwarantowaniu spełnienia oczekiwań społecznych.
4. Należy wziąć pod uwagę, że w Polsce dominuje model medycyny naprawczej – hospitalizacje oraz porady specjalistyczne, a przejście do modelu prewencyjno-zachowawczego wymaga nie tylko czasu, ale zmiany mentalności obywateli. Dlatego też na wysokim poziomie powinno być

utrzymane finansowanie leczenia szpitalnego i opieki specjalistycznej, a stopniowo dofinansowywanie POZ i programów profilaktycznych.

5. Biorąc pod uwagę zakres zmian wprowadzanych obecnie w systemie ochrony zdrowia przez Ministerstwo Zdrowia wskazujemy na konieczność prowadzenia regularnych szkoleń, które pozwolą na przygotowanie się świadczeniodawców do wdrożenia nowego systemu finansowania świadczeń zdrowotnych.
6. Uczestnicy wyrażają nadzieję, że kolejnym krokiem po implementacji nowego systemu finansowania świadczeń będzie korekta wyceny w obrębie badań diagnostycznych pozwalających na personalizację leczenia, zwiększenie skuteczności terapii i racjonalizacji wydawania środków w systemie. Wnioskujemy o rozpoczęcie prac nad wyceną badań patomorfologicznych oraz systematyczną aktualizacją wyceny badań genetycznych adekwatną do wdrażanych nowoczesnych technologii.
7. Optymalizacja procesów medycznych wymaga systemowego podejścia do zagadnienia jakości. Odpowiednio zorganizowane zarządzanie jakością, działające zarówno na poziomie wewnętrznym jednostek ochrony zdrowia, jak i na poziomie systemowym - centralnym winno stymulować poprawę funkcjonowania systemu poprzez wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego.
8. Jakość świadczeń w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta wiąże się ze znacznie zwiększonym nakładem pracy personelu jednostek ochrony zdrowia, zarówno medycznego jak i administracyjnego, w obszarze zarządzania jakością. Należy uwzględnić przydzielenie dodatkowych funduszy dla działań świadczeniodawców w tym zakresie.
9. System autoryzacji oraz akredytacji powinien motywować do ciągłego podnoszenia jakości świadczeń, zawierać jednoznaczne kryteria oceny oraz ocenę skali nakładów i konieczności zaangażowania niezbędnych zasobów do ich spełnienia.
10. Należy połączyć możliwość sprawnego uzyskania odszkodowania za uszczerbek na zdrowiu z ochroną zgłaszających zdarzenia niepożądane, co stworzy możliwość rzetelnego zgłaszania i wiarygodnej analizy tych zdarzeń oraz poprawy bezpieczeństwa pacjentów.
11. Celem poprawy zgłaszalności zdarzeń niepożądanych należałoby rozważyć wdrożenie ogólnopolskiego rejestru zdarzeń niepożądanych, z ujednoliconym katalogiem definicji i wskaźników monitorowania jakości.

12. W przypadku informacji w ochronie zdrowia powinien być szczegółowo opisany sposób przekazywania informacji elektronicznej, poziom zabezpieczeń systemów informatycznych oraz określone środki finansowe na zabezpieczenie poufności, integralności, dostępności i kompletności przetwarzanych danych (w tym danych wrażliwych) przesyłanych na zewnątrz przez jednostki.
13. Dane osobowe powinny być przetwarzane w sposób zapewniający im odpowiednie bezpieczeństwo i odpowiednią poufność, w tym ochronę przed nieuprawnionym dostępem do nich i do sprzętu służącego ich przetwarzaniu oraz przed nieuprawnionym korzystaniem z tych danych i z tego sprzętu.
14. Zasadne wydaje się by wprowadzić regulacje prawne wyłączające odpowiedzialność z tytułu naruszenia ochrony danych osobowych w sytuacjach, w których naruszenie to może wynikać z tytułu nadzoru nad bezpieczeństwem w zakresie zdrowia i życia pacjenta.
15. W procesie optymalizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce fundamentalny jest regularny i rzeczowy dialog pomiędzy regulatorem, płatnikiem oraz świadczeniodawcami - z udziałem reprezentantów wszystkich interesariuszy systemowych.