

**DIAGNOZA I CELE POLITYKI  
ZDROWOTNEJ**

**razem**



# **DIAGNOZA I CELE POLITYKI ZDROWOTNEJ**

## **Dokument programowy Partii Razem**

Wstęp	3
Poprawa stanu zdrowia obywateli i obywaterek	5
Finansowanie i struktura systemu	6
Ochrona zdrowia przyjazna pacjentom i pacjentkom	7
Ochrona zdrowia przyjazna pracownikom i pracownicom	8

Praca nad dokumentem: Jerzy Przystajko, Kaja Filaczyńska, Barbara Brzezicka, Wioleta Krysiak; zespół koła tematycznego Zdrowie i Komisji zdrowia Rady Krajowej Razem.

Dokument przyjęty przez Radę Krajową w dn. 23.05.2017

**razem**

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

Partia Razem, ul. Jezierskiego 7/LU 1,  
00-457 Warszawa

## Wstęp

**Polski system ochrony zdrowia znajduje się w nieustannym kryzysie.** Pacjentki i pacjenci szukają pomocy medycznej zbyt późno, trafiają do lekarza już z zaawansowanymi schorzeniami, czekają zbyt długo na specjalistyczną pomoc, po czym nierzadko rezygnują z leczenia z powodu wysokich cen leków. **Sama perspektywa zetknięcia się z publiczną ochroną zdrowia budzi lęk.** Kojarzy się z gigantycznymi kolejkami, utrudnionym dostępem do leczenia, wymuszaniem korzystania z usług w sektorze prywatnym.

Opłakany stan polskiej ochrony zdrowia widać także w statystykach: **osoby mieszkające w Polsce statystycznie żyją krócej i w gorszym stanie zdrowia niż przeciętni Europejczycy i Europejki.** Dynamika zmian wskaźników stanu zdrowia populacji jest niewielka, a dystans Polski od średniej europejskiej utrzymuje się na stałym poziomie. Występują znaczne nierówności w zdrowiu związane z miejscem zamieszkania, zamożnością czy poziomem wykształcenia. **Brakuje spójnej i skutecznej profilaktyki zdrowotnej.** Ochrona zdrowia zamiast na zapobieganiu chorobom oraz wczesnej diagnozie, oparta jest na leczeniu schorzeń w zaawansowanym stadium i ich powikłań.

**Skutki zaniechań widać już wśród najmłodszych.** Wady postawy stwierdza się u około 90% licealistek i licealistów, próchnicę ma ponad połowa dzieci trzyletnich i aż 90% piętnastoletnich, a na nadwagę lub otyłość cierpi w Polsce niemal 16% dzieci i młodzieży. Brak odpowiedniej edukacji zdrowotnej doprowadził do tego, że rośnie pokolenie dorosłych, które szybko stanie się pacjentami, a jakość ich życia będzie obniżona przez schorzenia, które rozwijają od najmłodszych lat.

**Polska ochrona zdrowia to środowisko wrogie także własnym pracownikom i pracownikom.** Brakuje personelu medycznego niemal wszystkich profesji, istnieje znaczna luka pokoleniowa. W większości miejsc normy zatrudnienia nie istnieją lub są zbyt niskie. **Powszechne jest stosowanie form zatrudnienia pozwalających na łamanie norm czasu pracy.** Personel jest przemęczony, wyrabia permanentnie nadgodziny, by zapewnić odpowiednią obsadę placówek oraz osiągnąć wynagrodzenie pozwalające na zaspokojenie potrzeb życiowych i wymogów ustawicznego kształcenia. Z powodu złych warunków pracy i niskich płac część kadry medycznej emigruje z kraju, często nawet nie podejmując pracy po ukończeniu studiów.

Wszystkie te problemy są skutkiem traktowania opieki zdrowotnej jako niepotrzebnego kosztu i trwającego wiele lat dramatycznego niedofinansowania publicznego systemu ochrony zdrowia. WHO postuluje odsetek 6,8% PKB jako najniższy dopuszczalny poziom nakładów na ochronę zdrowia w krajach rozwiniętych. **W Polsce na publiczną ochronę zdrowia przeznaczamy około 4,4% PKB. Do 2020 roku rząd nie planuje istotnie zwiększyć tego finansowania.**

Zdrowie obywateli i obywaterek to jeden z najważniejszych celów dobrze działającego państwa. **Polityka zdrowotna nie może być traktowana jako niewygodny koszt.** Zmiany w ochronie zdrowia nie mogą polegać na pozornych działaniach, przesunięciach i reorganizacjach wprowadzanych przez kolejne rządy w celu mydlenia oczu wyborcom i wyborczyniom. Potrzebna jest radykalna reforma opierająca się na znacznym zwiększeniu finansowania.

Wymaga to odpowiedzialnych rządów, które będą potrafiły postawić się lobbystom wielkiego biznesu i zwiększyć wpływy do budżetu w takim stopniu, w jakim wymaga tego sprawne funkcjonowanie państwa. W przeciwnym razie skutki zaniechań będą katastrofalne dla całego społeczeństwa.

Dotychczasowe rządy kierowały się ideologią neoliberalną, która na pierwszym miejscu stawia wzrost gospodarczy. **Pozwolono również na komercjalizację usług medycznych, tworzącą system dwóch prędkości, w którym najmniej zarabiający nie mają dostępu do szybkiej i skutecznej pomocy medycznej.** Zamiast zwiększyć liczbę etatów, pozwala się na przeciążanie personelu medycznego, co odbija się na jego zdrowiu, a także na jakości pracy.

**Zadaniem państwa nie jest ułatwianie życia najbogatszym, ale ochrona praw najłabszych.** Większe wsparcie osób z niepełnosprawnościami, chorych przewlekle, osób starszych, a także opiekunek i opiekunów osób niesamodzielnych pozwoli na stworzenie zdrowszego społeczeństwa, w którym nie ma równych i równiejszych, w którym choroba czy niepełnosprawność w rodzinie nie jest wyrokiem.

Na stan naszego zdrowia wpływa nie tylko jakość opieki zdrowotnej, ale również warunki życia. Tylko spójna prospołeczna polityka może trwale poprawić stan zdrowia Polek i Polaków, którzy obecnie są bardziej niż obywatelki i obywatele innych państw rozwiniętych narażeni na choroby związane ze złą organizacją pracy i niską jakością usług publicznych. **Brak stabilności to nie tylko ryzyko chorób serca i układu krążenia, czy chorób psychicznych.** To również brak możliwości skorzystania z płatnego zwolnienia w przypadku choroby, która bez odpoczynku i odpowiedniego leczenia może doprowadzić do groźnych powikłań. To wreszcie przepracowanie, brak czasu i wysokie ceny, które powodują, że aktywność fizyczna i zdrowy styl życia są często luksusem dostępnym tylko dla najbardziej uprzywilejowanych.

**Zapewnienie równego dostępu do dobrej jakości usług medycznych jest obowiązkiem państwa, które nie może tej odpowiedzialności spychać na prywatne firmy. Nie zgadzamy się, żeby logika zysku rządziła zdrowiem i życiem Polek i Polaków. Prawo do dobrej i skutecznej opieki zdrowotnej jest podstawowym prawem obywatelskim i nie może być przywilejem najbogatszych.**

# 1. POPRAWA ZDROWIA OBYWATELI I OBYWATELEK

## Podstawowe problemy:

- **Długość życia i lata życia w zdrowiu dla Polski poprawiają się systematycznie, jednak w tempie niewystarczającym**, by dogonić kraje wysoko rozwinięte. Ze względu na znaczne rozpowszechnienie w populacji czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, są one najczęstszą przyczyną zgonów.
- Znaczne **nierówności stanu zdrowia** zależne od miejsca zamieszkania i poziomu wykształcenia pacjentów.
- **Alarmujące wskaźniki dotyczące zdrowia dzieci i młodzieży**
- **Niski poziom wiedzy w społeczeństwie odnośnie zdrowia**, podstaw fizjologii człowieka, najczęstszych stanów chorobowych.

## Cele:

- **Poprawa stanu zdrowia Polek i Polaków do poziomu państw wysokorozwiniętych**, wyrażona w długości życia, długości życia w zdrowiu i pozostałych latach życia w zdrowiu.
- **Zmniejszenie nierówności stanu zdrowia** związanych z miejscem zamieszkania i poziomem wykształcenia.

## Proponowane działania:

- **Ustanowienie medycyny prewencyjnej jako dziedziny priorytetowej.** Prowadzenie kompleksowej profilaktyki zdrowotnej, szczególnie w zakresie występowania czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych oraz nowotworowych, z uwzględnieniem terapii uzależnień.
- **Uczynienie fundamentem profilaktyki zespołu Podstawowej Opieki Zdrowotnej**, składającego się z lekarza, pielęgniarki, położnej, dietetyka, fizjoterapeuty, psychologa i farmaceuty, który wspiera osoby zdrowe, aby jak najdłużej pozostawały w zdrowiu oraz realizuje i nadzoruje programy profilaktyczne dla dzieci i osób dorosłych.
- **Wprowadzenie do szkół zajęć z wiedzy o zdrowiu, uwzględniających naukę pierwszej pomocy, edukację seksualną**, a także objawy najczęstszych stanów chorobowych i odpowiedzialne samoleczenie. Przywrócenie opieki pielęgniarskiej w szkołach.
- Zapewnienie bezpłatnej opieki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży.
- Podjęcie przez Ministerstwo Zdrowia szerszych działań edukacyjnych skierowanych do dorosłych, w tym promocji szczepień.
- **Zakaz reklamy leków i suplementów diety**, ograniczenia w reklamie niezdrowej żywności skierowanej do dzieci, wprowadzenie instrumentów fiskalnych mających na celu redukcję sprzedaży niezdrowej żywności, na przykład tzw. „podatku od cukru”.

## 2. FINANSOWANIE I STRUKTURA SYSTEMU

### Podstawowe problemy:

- Trwające od wielu lat **niedostateczne nakłady na publiczną ochronę zdrowia i ich głębokie konsekwencje kadrowe i infrastrukturalne.**
- Rozmieszczenie placówek nie mające oparcia o mapy potrzeb zdrowotnych oraz nierównomierny dostęp do świadczeń.
- **System płatności za leczenie, który sprzyja segregacji pacjentów i ich schorzeń zależnie od opłacalności.**
- **Brak nowoczesnego, jednolitego systemu informatycznego** obsługującego dokumentację medyczną, umożliwiającego koordynację opieki oraz gromadzenie danych na temat funkcjonowania ochrony zdrowia i jakości leczenia, co powoduje znaczne marnotrawstwo środków.
- System przedkładający drogie leczenie szpitalne i medycynę interwencyjną nad opiekę ambulatoryjną i medycynę prewencyjną.
- **System, który uprzywilejowuje placówki prywatne,** świadczące te usługi, które się opłacają i zapewniają zysk firmie, kosztem placówek publicznych, do których wypychane są najbardziej kosztowne zabiegi.

### Cele:

- **Zatrzymanie postępującej komercjalizacji opieki zdrowotnej. W dalszej perspektywie jej dekomercjalizacja.**
- **Priorytet: finansowanie profilaktyki i leczenia ambulatoryjnego**
- Zapewnienie lepszego i równomiernego dostępu do świadczeń, głębsza koordynacja leczenia na poziomie województw.
- Uporządkowanie systemu wyceny świadczeń. Wprowadzenie wymaganego zakresu świadczeń w placówkach, które otrzymują publiczne finansowanie.
- Szybka i sprawna informatyzacja ochrony zdrowia, z zachowaniem bezpieczeństwa przechowywanych danych.

### Proponowane działania:

- **Niezwłoczne zwiększenie nakładów na publiczną ochronę zdrowia do minimum dla kraju rozwiniętego wg WHO (6,8% PKB) poprzez wprowadzenie ostrej progresji podatkowej.** Stopniowe dążenie do finansowania zalecanego przez WHO, tj. 8% PKB
- **Przeniesienie finansowania ochrony zdrowia w całości do budżetu państwa.**
- Skierowanie dominującego strumienia środków na medycynę prewencyjną i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.
- Audyt i restrukturyzacja bazy placówek pod kątem dostosowania do potrzeb populacji i równomiernego dostępu do świadczeń. Opracowanie katalogu świadczeń wymaganych od jednostek zależnie od poziomu referencyjnego.

- Stworzenie transparentnego, publicznie dostępnego systemu oceny i kontroli skuteczności, bezpieczeństwa i jakości leczenia w placówkach. Wprowadzenie skutecznych mechanizmów naprawczych dla placówek, w których wykazano nieprawidłowości.
- Promocja działalności podmiotów leczniczych w formule non-profit oraz prowadzenia działalności leczniczej w ramach podmiotów gospodarki społecznej. **Eliminacja motywu zysku z obszaru medycyny.**
- **Zwiększenie inwestycji w publiczną opiekę zdrowotną.** Państwo nie może się wycofywać z tej kluczowej dla społeczeństwa dziedziny, a państwowa opieka zdrowotna musi być podstawą działania systemu.

# 3. OCHRONA ZDROWIA PRZYJAZNA PACJENTOM

## **Podstawowe problemy:**

- Brak jednolitych standardów leczenia i diagnostyki w jednostkach otrzymujących publiczne środki.
- Niedostateczna koordynacja działań placówek zdrowotnych i niewystarczająca współpraca między jednostkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i szpitalami w opiece nad pacjentem.
- Zbyt częste prowadzenie diagnostyki specjalistycznej w szpitalach, hospitalizacje wydłużane ze względów rozliczeniowych i organizacyjnych, co generuje koszty oraz naraża pacjentów i pacjentki na niedogodności i powikłania.
- Wysoki poziom współpłacenia za leki.
- Pomijanie zdrowia reprodukcyjnego i psychicznego w polityce zdrowotnej.
- Niewystarczający dostęp do nowych i skutecznych terapii, w tym szczególnie leczenia onkologicznego, leczenia bezpłodności metodą „in vitro”, terapii przeciwbólowej i terapii preparatami kanabinoidów.
- Pacjenci mają niewielki wpływ na działanie ochrony zdrowia i wprowadzane reformy, przestrzeganie praw pacjenta jest niewystarczające, a pozycja Rzecznika Praw Pacjenta słaba.
- Nieuporządkowany i niesprawny system raportowania błędów i niepożądanych zdarzeń medycznych oraz dochodzenia odszkodowań.

## **Cele:**

- **Podniesienie jakości usług medycznych i opieki nad pacjentami.**
- Skoordynowanie opieki zdrowotnej, która ułatwi prowadzenie opieki nad pacjentem.
- Zmniejszenie ilości hospitalizacji na rzecz diagnostyki oraz leczenia ambulatoryjnego.
- Ułatwienie dostępu do nowoczesnych terapii.
- Obniżenie odpłatności za leki.
- Demokratyzacja ochrony zdrowia: przedstawiciele pacjentów we wszystkich ciałach decyzyjnych w ochronie zdrowia.
- Usprawnienie zgłaszania i wypracowanie wydolnego mechanizmu dochodzenia roszczeń z tytułu błędów medycznych.

## **Proponowane działania:**

- **Powszechny dostęp do opieki zdrowotnej dla wszystkich mieszkańców i mieszkank, niezależnie od zatrudnienia i opłacania składek.**
- Stworzenie standardów leczenia w randze prawa powszechnego, które na etapie zawierania umowy będą zobowiązywały jednostki otrzymujące publiczne finansowanie do świadczeń odpowiedniej jakości.



- **Aktywna polityka w obszarze praw reprodukcyjnych: standardów opieki okołoporodowej, dostępu do antykoncepcji, in vitro i aborcji.**
- Lepsza koordynacja opieki nad pacjentem dzięki informatyzacji.
- Usprawnienie procedur, by od rejestracji do refundacji leku miało mniej czasu.
- Działania mające na celu upowszechnienie stosowania leków generycznych.
- Stworzenie organizacjom pacjenckim możliwości wpływu na opiekę zdrowotną poprzez obligatoryjne konsultacje społeczne, powołanie Rady Pacjentów przy Ministerstwie Zdrowia, zmianę roli i znaczenia Rzecznika Praw Pacjenta.
- Systematyzacja kompetencji komisji ds. zdarzeń medycznych, reforma systemu w zakresie postępowań pozasądowych ws. zdarzeń medycznych.

## 4. OCHRONA ZDROWIA PRZYJAZNA PRACOWNIKOM

### Podstawowe problemy:

- **Niedobór kadr medycznych.** Niezrównoważony system kształcenia, luka pokoleniowa, wysoki średni wiek specjalistów i personelu pielęgniarskiego.
- **Niskie płace** i niedobór personelu wymuszające pracę personelu w godzinach nadliczbowych, powszechne łamanie norm czasu pracy, brak powszechnych norm zatrudnienia.
- Trudny dostęp i złe warunki kształcenia specjalizacyjnego lekarzy.
- **Rozpowszechnienie umów „śmieciowych”** jako jedynej możliwej formy zatrudnienia.

### Cele:

- Zatrzymanie odpływu kadr, wzrost liczby personelu medycznego.
- Wykorzystanie pełnego potencjału specjalistów medycznych.
- Stworzenie przyjaznych warunków zatrudnienia w placówkach ochrony zdrowia.

### Proponowane obszary działań

- **Podniesienie płac w ochronie zdrowia wychodzące naprzeciw postulatом związków zawodowych, ze szczególnym uwzględnieniem zawodów najgorzej wynagradzanych.**
- **Wprowadzenie ewidencji czasu pracy** w zawodach medycznych uniemożliwiającej przekraczanie norm czasu pracy.
- Rozszerzenie kompetencji i zwiększenie roli nielekarskich specjalistów medycznych w porozumieniu z poszczególnymi grupami zawodowymi. Wprowadzenie opieki farmaceutycznej.
- **Zwiększenie liczby wyspecjalizowanych lekarzy i lekarek poprzez większą dostępność oraz lepszą jakość kształcenia specjalistów** (m.in. zwiększenie ilości rezydentur, zniesienie wolontariatu jako formy zdobywania specjalizacji, kontrola placówek przez czasową akredytację)
- Ułatwienie nostryfikacji dyplomów osobom, które ukończyły studia medyczne w innych krajach.
- Opracowanie listy zawodów pomocniczych, niewymagających wyższego wykształcenia, w celu wsparcia personelu specjalistycznego, w tym redukcji obciążenia biurokracją. Wyszukanie i promowanie ich zatrudnienia.



**razem**

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

Partia Razem, ul. Jezierskiego 7/LU 1,  
00-457 Warszawa