MANIFEST

Manifest zmiany ochrony zdrowia

Pełna wersja programowa

Program zmiany ochrony zdrowia widzianej od strony człowieka, który wchodzi do gabinetu, na izbę przyjęć i na oddział. Dla każdej z dziewięciu tez: wartość, dane uzasadniające zmianę, propozycja wdrożenia, podział odpowiedzialności i konkretne działania. Karty pomiaru zebrane w aneksie.

Piotr Szlązak

Wydanie z 29 października 2026

Wstęp

Manifest przedstawia program zmiany ochrony zdrowia widzianej od strony człowieka, który wchodzi do gabinetu, na izbę przyjęć i na oddział. Nie jest to opracowanie urzędowe ani komentarz do przepisów. Jest to program: zbiór wartości, których chcemy bronić, oraz konkretnych działań, dzięki którym te wartości mają przestać być deklaracją.

Celem manifestu jest przestawienie punktu ciężkości systemu z procedury na człowieka i zapewnienie, że każda obietnica składana pacjentowi ma przypisanego adresata, termin i sposób sprawdzenia. Adresatami są instytucje publiczne, kadry medyczne, organizacje pacjentów oraz wszyscy, którzy decydują o pieniądzach, kształceniu i organizacji opieki.

Zakres manifestu obejmuje całą drogę człowieka przez system: profilaktykę, rozpoznanie, leczenie szpitalne i ambulatoryjne, zdrowie psychiczne, rehabilitację, opiekę długoterminową i paliatywną, a także sytuację rodziny i opiekunów. Manifest nie rozstrzyga sporów doktrynalnych i nie zastępuje analizy skutków regulacji. Tam, gdzie proponujemy nowe rozwiązania, mówimy o tym wprost. Tam, gdzie zasada już obowiązuje, przedmiotem postulatu jest jej rzeczywiste wykonanie i pomiar.

Manifest opiera się na danych publicznych: kontrolach Najwyższej Izby Kontroli, badaniach i sprawozdaniach Rzecznika Praw Pacjenta, danych płatnika, obowiązujących aktach prawnych oraz porównaniach międzynarodowych. Dane te nie dowodzą, że proponowany pakiet reform już działa; wskazują kierunek i pokazują, gdzie luka między prawem a praktyką jest udokumentowana. Rozwiązania zagraniczne traktujemy jako transfer wymagający adaptacji i pilotażu, nie jako gotowy przepis do skopiowania.

Jedna uwaga dotyczy wszystkich sekcji „Odpowiedzialność”: wskazują one proponowany podział zadań. Część wymienionych w nich ról wynika z obowiązujących przepisów, a część jest postulatem, którego wprowadzenie wymagałoby decyzji ustawodawcy, organizatora systemu lub płatnika.

Preambuła: od słów do czynów

Prawo zapisane nie jest jeszcze prawem zrealizowanym. Jeśli o czymś piszemy, choć jest już w przepisach, znaczy to, że nie jest dobrze respektowane albo wdrażane. Za słowami mają iść czyny, a czyny mają być sprawdzalne wskaźnikami.

Kontrola Najwyższej Izby Kontroli o przestrzeganiu praw pacjenta, opublikowana 19 września 2024 roku, ujawniła naruszenia we wszystkich badanych obszarach, w tym brak pełnego dostępu do wymaganych prawem informacji w 65 procentach kontrolowanych szpitali (NIK). Badanie Rzecznika Praw Pacjenta pokazało, że narzędzia rejestrowania zdarzeń niepożądanych są w wielu szpitalach nadal papierowe (Rzecznik Praw Pacjenta). Wnioski z takich badań dotyczą podmiotów skontrolowanych lub odpowiadających na ankietę i nie opisują całego kraju. Nie twierdzimy, że nikt nic nie mierzy ani że prawo jest wszędzie martwe; twierdzimy, że skala luki wdrożeniowej jest nieznana, a to samo jest wadą systemu.

Dlatego każdy postulat przekładamy na obowiązek działania, wskazany podmiot odpowiedzialny i kontrolę skutku. Obecność zasady w prawie nie jest powodem, by wykreślić ją z manifestu; jest zobowiązaniem do sprawdzenia, czy działa w życiu konkretnego człowieka. Rozróżnienie między stanem prawa a propozycją programową służy wdrożeniu: pozwala wskazać, co można zrobić od zaraz, a co wymaga zmiany ustawy lub pieniędzy.

Dziewięć tez

- System istnieje dla pacjenta, nigdy odwrotnie: godność człowieka wyznacza cel leczenia, a ograniczenia zasobów muszą być jawne, uzasadnione i sprawiedliwe.
- Pacjent ma prawo współdecydować i otrzymać prowadzenie, którego potrzebuje. Sojusz zastępuje zarówno paternalizm, jak i pozostawienie człowieka samemu sobie.
- Terapia zaczyna się od spotkania, a komunikacja jest kompetencją kliniczną: zgoda wymaga porozumienia, którego sam podpis nie zastąpi.
- Pacjent ma prawo do rzetelnej wiedzy przed decyzją: wiedza medyczna, zakres refundacji i lokalna dostępność to trzy różne rzeczy i trzeba je rozdzielać.
- Nikt nie zostaje sam pomiędzy etapami opieki: nawigacja organizacyjna i koordynacja kliniczna są standardem, a nie przywilejem.
- Rodzina, opiekunowie i osoby wskazane przez pacjenta są partnerami opieki i sami potrzebują wsparcia, w tym odpoczynku i warunków bytowych.
- Odpowiedzialność ma zapobiegać szkodzie, naprawiać jej skutki i prowadzić do uczenia się, a nie kończyć się na szukaniu winnego.
- Wartością opieki jest to, co zmienia ona w zdrowiu i życiu człowieka: wyniki i doświadczenia zgłaszane przez pacjentów mierzymy osobno.
- System ma obowiązek uczyć się od skuteczniejszych rozwiązań polskich i zagranicznych, adaptować je, sprawdzać w pilotażu i publikować także brak korzyści.

TEZA 01

System istnieje dla pacjenta, nigdy odwrotnie

WARTOŚĆ

Pacjent jest osobą mającą własne cele, relacje, przekonania i obawy, a rozpoznanie choroby nie wyczerpuje wiedzy o jego potrzebach. Dobro pacjenta obejmuje możliwość leczenia, ograniczanie cierpienia, sprawność, godność i jakość życia; nie może być definiowane wyłącznie przez instytucję ani utożsamiane z wykonaniem procedury. Ustalamy je w rozmowie, z uwzględnieniem dowodów medycznych i wartości chorego. Kodeks Etyki Lekarskiej nazywa dobro chorego najwyższym nakazem etycznym lekarza (Kodeks Etyki Lekarskiej); zadaniem systemu jest stworzyć warunki, w których ten nakaz da się wypełnić.

Ograniczenia zasobów są rzeczywiste: skierowanie personelu, czasu lub pieniędzy do jednej osoby może ograniczyć pomoc innym. Prymat dobra pacjenta wymaga więc połączenia indywidualnej troski ze sprawiedliwym podziałem zasobów i nie oznacza bezwarunkowego finansowania każdej oczekiwanej interwencji. Oznacza natomiast, że ograniczeń finansowych nie wolno przedstawiać jako medycznego braku możliwości leczenia, a decyzji alokacyjnej nie wolno przerzucać bez wsparcia na pojedynczego lekarza.

DLACZEGO POTRZEBNA JEST ZMIANA

Kontrola Najwyższej Izby Kontroli poświęcona wyłącznie przestrzeganiu praw pacjenta, opublikowana 19 września 2024 roku, ujawniła naruszenia we wszystkich badanych obszarach: pacjenci 65 procent

kontrolowanych szpitali nie mieli pełnego dostępu do wszystkich wymaganych prawem informacji, a pięć podmiotów objętych kontrolą nie zapewniło godnych warunków pobytu (NIK). Ograniczenia: odsetki odnoszą się do kontrolowanych szpitali, a nie do wszystkich podmiotów leczniczych w Polsce; kontrola objęła wąską grupę jednostek i nie jest próbą reprezentatywną, a okresu objętego badaniem informacja o wynikach kontroli nie podaje (NIK, lista jednostek uczestniczących w kontroli).

Ograniczenia zasobów mają wymiar finansowy: bieżące wydatki na zdrowie odpowiadały w Polsce w 2023 roku 7,2 procent produktu krajowego brutto wobec 10 procent średnio w Unii Europejskiej (State of Health in the EU: Poland 2025). Ograniczenie: udział wydatków opisuje skalę finansowania, a nie jakość relacji z pacjentem ani sprawiedliwość podziału zasobów.

Wniosek nie jest taki, że system nie działa. Wniosek jest taki, że w sytuacji realnego niedoboru zasobów jawność kryteriów i uzasadnień jest warunkiem sprawiedliwości, a jej wykonanie wymaga sprawdzalnego standardu.

PROPOZYCJA WDROŻENIA

Punktem wyjścia jest standard uzasadnienia odmowy, który można wprowadzić w ramach obowiązków jakościowych podmiotów, bez zmiany ustawy: każda odmowa lub ograniczenie świadczenia otrzymuje jednoznaczną kwalifikację przyczyny i wskazanie drogi ponownej oceny. Równolegle instytucje decydujące o koszyku i refundacji publikują kryteria priorytetów. Przepis o uzasadnionym odstępstwie od procedury wymaga zmiany ustawowej i osobnej analizy skutków regulacji; do czasu jego przyjęcia podmioty mogą wprowadzić wewnętrzną ścieżkę zgłaszania i analizy takich sytuacji.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Instytucje ustalające koszyk, refundację i finansowanie, to jest Ministerstwo Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, odpowiadają za jawność kryteriów i uzasadnień. Kierownik podmiotu leczniczego odpowiada za standard odmowy i za to, by lekarz nie pozostawał sam z decyzją o podziale zasobów. Ustawodawca odpowiada za przepis o uzasadnionym odstępstwie.

KONKRETNE DZIAŁANIA

- Jawne kryteria priorytetów: pilność, przewidywana korzyść, ryzyko i równość dostępu, publikowane przez instytucję, która o nich decyduje.
- Standard uzasadnienia odmowy: każda odmowa wskazuje, czy chodzi o brak wskazań medycznych, brak refundacji, czy brak lokalnej dostępności, kto za ograniczenie odpowiada i jaka jest droga ponownej oceny.
- Klauzula prymatu dobra pacjenta jako przepis o uzasadnionym odstępstwie: odstępstwo od wytycznej lub procedury w sytuacji, której procedura nie przewidziała, lub gdy jej zastosowanie szkodziłoby choremu, podjęte w granicach uzasadnionych medycznie, z poinformowaniem pacjenta i bieżącym udokumentowaniem, nie może samo przesądzać o winie. Ocenę odnosimy do wiedzy, realnie dostępnych zasobów i staranności w chwili decyzji. Klauzula nie jest immunitetem: nie wyłącza obowiązującego prawa, wymogu zgody ani uprawnień pacjenta i nie chroni rażącego niedbalstwa, działań umyślnych ani zaniechania pomocy.
- Trzy odrębne ścieżki, których nie wolno mylić: uzasadnione odstępstwo kliniczne, szybka decyzja o pokryciu kosztów w przypadku indywidualnym oraz niezależna ocena przypadku spornego.
- Każde uzasadnione odstępstwo trafia do wewnętrznego systemu jakości jako zdarzenie uczące, a analiza kończy się jednym z trzech wniosków: zmiana reguły, zmiana organizacji albo uznanie uprawnionej indywidualizacji.

TEZA 02

Pacjent ma prawo współdecydować i otrzymać prowadzenie

WARTOŚĆ

Odrzucamy zarówno narzucanie decyzji pacjentowi zdolnemu do ich podejmowania, jak i pozostawianie go samego wobec specjalistycznego wyboru. Lekarz przedstawia opcje, wyjaśnia ich znaczenie i formułuje rekomendację. Pacjent wnosi wiedzę o własnym życiu i o tym, jakie korzyści oraz obciążenia są dla niego najważniejsze. Prośba „proszę mnie poprowadzić” może być świadomym wyborem, w każdej chwili odwoływalnym; nie jest blankietowym zrzeczeniem się praw ani rezygnacją z informacji niezbędnych dla bezpieczeństwa, takich jak objawy alarmowe i zasady przyjmowania leków.

Odpowiedzialność musi odpowiadać kompetencjom, obowiązkom i rzeczywistej możliwości działania. Lekarz odpowiada za staranność kliniczną i jakość informacji, zarządzający za organizację i warunki pracy, instytucje publiczne za dostępność i finansowanie. Świadoma akceptacja nieuchronnej niepewności leczenia nie przenosi na pacjenta odpowiedzialności zawodowej personelu ani organizatora opieki i nie wyłącza kompensacji należnej zgodnie z prawem. Zgoda na ryzyko prawidłowo prowadzonego leczenia nie jest zgodą na zaniedbanie.

Osoba zaufana jest wsparciem podczas rozmowy, zgodnie z wolą pacjenta. Trzeba przy tym rozróżniać trzy role: osobę towarzyszącą, osobę upoważnioną do informacji i przedstawiciela uprawnionego do zgody za pacjenta, który sam nie może decydować. Ustawowa definicja osoby bliskiej obejmuje także osobę wskazaną przez pacjenta, więc prawo do obecności kogoś wybranego nie wymaga tworzenia nowej kategorii; brakuje natomiast pełnomocnika uprawnionego do decyzji medycznych, gdy pacjent nie może ich podjąć, i to jest postulat legislacyjny.

DLACZEGO POTRZEBNA JEST ZMIANA

Współdecydowanie ma udokumentowaną skuteczność. Przegląd Cochrane obejmujący 209 badań i 107 698 uczestników, z dowodami aktualnymi do marca 2022 roku, wykazał, że narzędzia wspierające decyzję zwiększają wiedzę pacjentów (107 badań, 25 492 uczestników), poprawiają trafność postrzegania ryzyka (25 badań, 7 796 uczestników) i zmniejszają bierność w podejmowaniu decyzji (21 badań, 4 348 uczestników), bez wzrostu żalu podecyzyjnego (22 badania, 3 707 uczestników) (Cochrane). Ograniczenia: 34 z 209 badań miały co najmniej jeden element oceniony jako wysokie ryzyko błędu, a badania pochodzą w większości spoza Polski, więc wynik wskazuje kierunek, a nie gwarancję efektu w polskich warunkach.

Praktyka informowania pozostaje niepełna. W 35 procentach szpitali objętych kontrolą Najwyższej Izby Kontroli, opublikowaną we wrześniu 2024 roku, pacjenci nie uzyskali pełnej informacji o zabiegach podwyższonego ryzyka, którym mieli zostać poddani (NIK). Ograniczenie: odsetek dotyczy wąskiej grupy kontrolowanych szpitali i nie pozwala oszacować skali krajowej.

Podstawy prawne istnieją: ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zawiera odrębne rozdziały o prawie do informacji oraz o prawie do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych (tekst jednolity ustawy o prawach pacjenta). Problemem nie jest brak przepisu, lecz to, że udział pacjenta w decyzji nie jest systematycznie potwierdzany i raportowany na poziomie porównywalnym między podmiotami.

PROPOZYCJA WDROŻENIA

Od zaraz: pytanie o preferowany sposób decydowania jako element rozmowy, z odnotowaniem i możliwością zmiany; tryb szybkiego rozpatrzenia odmowy konsultacji przez pełnomocnika do spraw praw pacjenta w podmiocie; jednoznaczne oznaczanie w dokumentacji trzech ról osób bliskich. Etapami: niezależna druga opinia jako świadczenie, wdrażana najpierw pilotażowo w wąskim katalogu sytuacji, z terminem odpowiadającym pilności i zdalnym dostępem do dokumentacji. Ścieżką ustawową: pełnomocnik do decyzji medycznych z zabezpieczeniami przed nadużyciem.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Kierownik podmiotu odpowiada za warunki rozmowy i tryb odwoławczy. Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiadają za projekt i finansowanie niezależnej drugiej opinii. Ustawodawca odpowiada za pełnomocnika do decyzji medycznych. Samorządy zawodowe i uczelnie odpowiadają za standardy współdecydowania w kształceniu.

KONKRETNE DZIAŁANIA

- Zastąpienie warunku „jeśli pacjent może” obowiązkiem wspierania jego udziału: prosty język, czas, tłumaczenie i pomoc komunikacyjna, a dla dzieci i osób o ograniczonej zdolności decyzyjnej udział dostosowany do możliwości. Osoby potrzebujące więcej wsparcia nie mogą mieć mniej praw.
- Uszanowanie ustawowych wyjątków: w sytuacjach nagłych, gdy zwłoka zagrażałaby życiu lub zdrowiu, a pacjent nie może wyrazić woli, działanie bez zgody jest dopuszczalne i nie jest naruszeniem standardu współdecydowania (Rzecznik Praw Pacjenta).
- Tryb odwoławczy od odmowy konsultacji: skoro lekarz może odnotować odmowę żądania opinii innego lekarza lub konsylium, pacjent powinien móc zgłosić taką odmowę pełnomocnikowi do spraw praw pacjenta w krótkim terminie.
- Niezależna druga opinia jako nowe świadczenie: katalog sytuacji obejmujący rozpoznanie nowotworu, dużą operację, odmowę leczenia z powodu braku wskazań i niepewność diagnostyczną, z finansowaniem publicznym i terminem odpowiadającym pilności. To propozycja programowa, odrębna od prawa do konsultacji w toku leczenia.
- Wyraźne rozróżnienie w dokumentacji trzech ról: osoba towarzysząca, osoba upoważniona do informacji, przedstawiciel uprawniony do zgody.

TEZA 03

Terapia zaczyna się od spotkania, komunikacja jest kompetencją kliniczną

WARTOŚĆ

Pierwszy kontakt jest początkiem relacji terapeutycznej. Sposób rejestracji, przedstawienie się personelu, zapewnienie prywatności i potraktowanie obaw chorego wpływają na warunki dalszej współpracy. Pacjent ma wiedzieć, kto go przyjmuje, jaki jest cel spotkania i co nastąpi po nim. Słuchanie, wyjaśnianie niepewności, przekazywanie trudnych informacji i sprawdzanie zrozumienia są umiejętnościami zawodowymi: uczymy ich, oceniamy je i doskonalimy jak każdą inną kompetencję kliniczną.

Podpis dokumentuje zgodę, ale sam nie dowodzi zrozumienia. Zgoda ma być dobrowolna, świadoma i konkretna. Prawo przewiduje wyjątki od wymogu jej uzyskania, w tym sytuacje nagłe, gdy zwłoka zagrażałaby

życiu lub zdrowiu, a pacjent nie może wyrazić woli. Odrębną kwestią, nienależącą do tych wyjątków, jest sposób wyrażania zgody przez małoletnich: do ukończenia szesnastu lat decyduje przedstawiciel ustawowy, a małoletni w wieku szesnastu i siedemnastu lat wyraża zgodę równolegle z przedstawicielem ustawowym (Rzecznik Praw Pacjenta). Błędy komunikacji mogą prowadzić do poważnej szkody i mają być analizowane z taką samą powagą jak inne zagrożenia bezpieczeństwa. Trudność w zrozumieniu jest sygnałem potrzeby lepszego wsparcia, nie podstawą do zawstydzania ani do odmowy pomocy.

DLACZEGO POTRZEBNA JEST ZMIANA

Informacja przed zabiegiem podwyższonego ryzyka bywa niepełna: brak pełnej informacji stwierdzono w 35 procentach szpitali objętych kontrolą, a monitoring oceny i skuteczności leczenia bólu nie był prowadzony lub rzetelnie dokumentowany w ponad jednej trzeciej z nich (NIK). Ograniczenie: kontrola objęła wąską grupę jednostek i nie pozwala oszacować skali krajowej.

Sprawdzanie zrozumienia da się badać. W badaniu typu proof of concept opublikowanym w 2022 roku, w którym 34 uczestników przydzielono losowo do dwóch grup po siedemnaście osób, rozmowa ze sprawdzeniem zrozumienia własnymi słowami dała wyższy wynik testu wiedzy (8,35 wobec 7,38 poprawnych odpowiedzi, p równe 0,048), wyższy średni wynik zaufania do lekarza w skali Likerta (3,92 wobec 3,51, p równe 0,0458) oraz wizytę dłuższą średnio o 147 sekund, czyli o 2,45 minuty (p równe 0,0014) (Patient Safety and Surgery). Ograniczenia są poważne: bardzo mała próba, scenariusz symulowany, brak danych demograficznych i brak pomiaru wyników klinicznych. To sygnał, że metoda jest wykonalna i kosztuje czas, a nie dowód poprawy zdrowia.

Prawo do rzetelnej, zrozumiałej informacji i do świadomej zgody jest już zapisane w odrębnych rozdziałach ustawy o prawach pacjenta (tekst jednolity ustawy o prawach pacjenta). Postulatem jest jego urzeczywistnienie: czas, warunki i ocena jakości przekazu.

PROPOZYCJA WDROŻENIA

Od zaraz: standard pierwszego kontaktu i Standard Rzetelnego Wyjaśnienia jako procedury wewnętrzne podmiotu; sprawdzanie zrozumienia przed zabiegami podwyższonego ryzyka i przed sedacją. Etapami: kompetencja komunikacyjna oceniana egzaminacyjnie lub w obserwacji praktycznej w kształceniu przeddyplomowym i specjalizacyjnym. Ścieżką finansową: wycena rozmowy o rozpoznaniu, planie i zgodzie jako odrębnego elementu świadczenia w wybranych ścieżkach.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Kierownik podmiotu odpowiada za standard pierwszego kontaktu i warunki rozmowy. Ministerstwo Zdrowia, uczelnie medyczne i Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego odpowiadają za miejsce komunikacji w programach i egzaminach. Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji odpowiadają za wycenę czasu rozmowy. Samorządy zawodowe odpowiadają za standard rozwoju zawodowego.

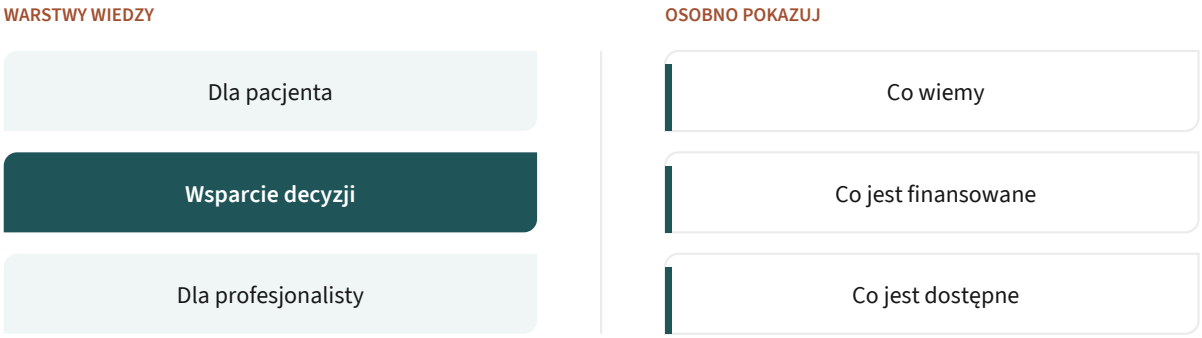
KONKRETNE DZIAŁANIA

- Standard pierwszego kontaktu: rozpoznanie potrzeb, informacja o pilności, o osobie prowadzącej i o dalszych krokach, z uwzględnieniem lęku, bólu, niepełnosprawności i obciążenia rodziny.
- Standard Rzetelnego Wyjaśnienia przed każdą istotną decyzją: cel postępowania, rozsądne alternatywy, spodziewane korzyści, istotne ryzyka, niepewność, skutki niepodjęcia działania i następny krok, dopasowane do konkretnej osoby, z miejscem na pytania i namysł odpowiednio do pilności.

- Sprawdzanie zrozumienia przed zabiegiem podwyższonego ryzyka i sedacją: pacjent opisuje własnymi słowami cel, główne ryzyko i następny krok, z wyraźnym wyjaśnieniem, że sprawdzamy jakość naszego przekazu, a nie pacjenta.
- Komunikacja w kształceniu i ocenie: obserwacja rozmów szkoleniowych, informacja od pacjentów i sprawdzanie zrozumienia jako trzy źródła oceny.
- Czas na rozmowę wyceniony i zaplanowany w harmonogramie, a nie doklejany do wizyty.
- Audyt komunikacji służy poprawie i nie może stworzyć kolejnego formularza zastępującego rozmowę ani kolejnego podpisu.

TEZA 04

Rzetelna wiedza przed decyzją



WARTOŚĆ

Pacjent nie musi zdobywać wykształcenia medycznego, aby rozumieć sens leczenia. Ma otrzymać wiarygodny opis choroby, celów terapii, dróg postępowania i granic dowodów, dostępny cyfrowo i na papierze, na różnych poziomach szczegółowości, dostosowany do języka, wieku i potrzeb komunikacyjnych. Trzeba odróżniać leczenie o ugruntowanej skuteczności od metod eksperymentalnych i badań klinicznych, a nowość od udowodnionej przewagi. Prawo do prawdy obejmuje uczciwe przyznanie, czego medycyna nie wie.

Pacjent musi móc odróżnić trzy sytuacje: brak wskazań medycznych, brak refundacji i brak lokalnej dostępności. Każda wymaga innej odpowiedzi. Dowód skuteczności nie oznacza automatycznego obowiązku finansowania każdej technologii; jednocześnie względy ekonomiczne nie mogą być ukrywane za twierdzeniem, że medycyna nie oferuje innej możliwości. Dyplom nie jest dożywotnim potwierdzeniem aktualności wiedzy, a system ma zapewnić czas i dostęp do wiarygodnych źródeł, aby obowiązek jej aktualizowania był wykonalny.

DLACZEGO POTRZEBNA JEST ZMIANA

Zasób metodyczny w Polsce istnieje. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dysponuje ramami metodycznymi opracowywania zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, ukończonymi 22 grudnia 2017 roku w wersji 0.3 po konsultacjach z zespołem ekspertów (Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji). Ograniczenie: ramy opisują metodykę tworzenia zaleceń, a nie zasób treści przygotowanych dla pacjenta. Dlatego postulujemy integrację i uzupełnienie istniejących zasobów w jedną dostępną całość, a nie budowę wiedzy medycznej od zera.

Potrzebę inwestycji w przystępne materiały uzasadniają dwie przesłanki. Pierwsza dotyczy dostępu do informacji: w 65 procentach kontrolowanych szpitali pacjenci nie mieli pełnego dostępu do wymaganych prawem informacji, a w 35 procentach nie uzyskali pełnej informacji o zabiegach podwyższonego ryzyka (NIK). Druga dotyczy skuteczności dobrze przygotowanych materiałów: narzędzia wspierające decyzję poprawiają wiedzę pacjentów (107 badań, 25 492 uczestników) i trafność postrzegania ryzyka (25 badań, 7 796 uczestników), przy dowodach do marca 2022 roku (Cochrane). Ograniczenia: dane kontrolne dotyczą wąskiej grupy szpitali, a przegląd obejmuje badania głównie spoza Polski. Przesłanki te uzasadniają kierunek inwestycji, ale nie dowodzą skuteczności konkretnej architektury Krajowego Systemu Wiedzy Medycznej.

Wiarygodnego, aktualnego i reprezentatywnego polskiego pomiaru kompetencji zdrowotnych populacji nie przedstawiamy, bo nie potwierdziliśmy takiego źródła w tej redakcji. Nie zastępujemy go szacunkiem.

PROPOZYCJA WDROŻENIA

Krajowy System Wiedzy Medycznej budujemy modułowo. Etap pierwszy: połączenie istniejących wiarygodnych zasobów i warstwa dla pacjenta w wersji drukowalnej dla kilku najczęstszych ścieżek. Etap drugi: warstwa wspierająca decyzję i warstwa dla profesjonalistów, z metadanymi o źródłach, dacie przeglądu, sile dowodów i konfliktach interesów. Etap trzeci: jawny rejestr rozbieżności między wiedzą a koszykiem świadczeń. Opis danych systemu jest propozycją dotyczącą narzędzia, które jeszcze nie istnieje.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ

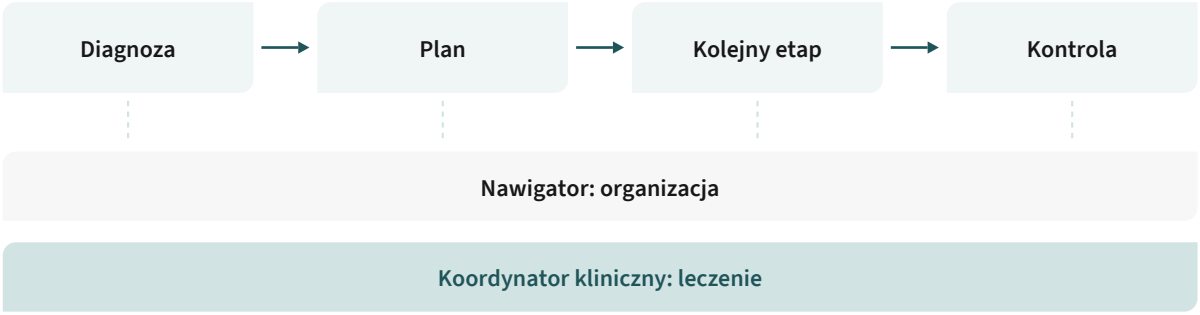
Ministerstwo Zdrowia jako właściciel systemu, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jako operator metodyczny, towarzystwa naukowe i organizacje pacjentów jako współtwórcy. Instytucje decydujące o koszyku i refundacji odpowiadają za rejestr rozbieżności. Kierownicy podmiotów i samorządy zawodowe odpowiadają za czas i warunki rozwoju kompetencji.

KONKRETNE DZIAŁANIA

- Krajowy System Wiedzy Medycznej w trzech warstwach: prosty opis dla pacjenta, materiały wspierające decyzję, opracowania dla profesjonalistów. Każdy materiał wskazuje źródła, datę przeglądu, siłę dowodów, niepewność, odpowiedzialny zespół i konflikty interesów, z niezależną recenzją, udziałem pacjentów i trybem pilnej korekty.
- Dostępność papierowa i prosty język: wersja drukowalna każdego materiału warstwy pacjenta, oceniona przez panel pacjentów, oraz wersje dostępne dla osób z niepełnosprawnościami.
- Sztuczna inteligencja wyłącznie jako wsparcie wyszukiwania i objaśniania treści; zatwierdzenie treści pozostaje po stronie wskazanego zespołu ludzi. System nie jest nieomylnym miernikiem aktualnej wiedzy ani wyłącznym standardem oceny postępowania lekarza.
- Jawny rejestr rozbieżności między wiedzą a koszykiem: dla każdego istotnego ograniczenia publikowane powody, data przeglądu i droga ponownej oceny, z odpowiedzialnością przypisaną właściwej instytucji.
- Aktualizacja kompetencji: czas na rozwój zawodowy w organizacji pracy, dostęp do wiarygodnych źródeł zapewniony przez system, weryfikacja oparta na analizie praktyki i przypadków, nie na samym zliczaniu punktów.

TEZA 05

Nikt nie zostaje sam między etapami opieki



WARTOŚĆ

Pacjent z ciężką lub złożoną chorobą ma mieć zrozumiały plan i wskazaną osobę kontaktową. Rozdzielamy dwie funkcje. Nawigator organizacyjny pomaga poruszać się po systemie: terminy, dokumentacja, wsparcie socjalne. Koordynacja kliniczna zapewnia spójność decyzji terapeutycznych i odpowiada za nią wskazany profesjonalista lub zespół. Funkcje można łączyć w jednej osobie, ale nie wolno zacierać granic odpowiedzialności: nawigator nie podejmuje decyzji klinicznych, a koordynator kliniczny nie może być obarczony całą logistyką.

Przy każdym przekazaniu ma być jasne, kto przejmuje następny etap, kiedy się on zaczyna i gdzie zgłosić pogorszenie. Rodzina nie może być jedynym nośnikiem informacji między szpitalem, opieką podstawową, opieką specjalistyczną, rehabilitacją, opieką domową i pomocą społeczną. Intensywność wsparcia ma odpowiadać złożoności potrzeb, a osoba bez rodziny musi otrzymać pomoc równoważną.

DLACZEGO POTRZEBNA JEST ZMIANA

Infrastruktura koordynacji już powstaje: na 2025 rok zawarto 2 948 umów na realizację świadczeń w budżecie powierzonym opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej, a płatnik przedłużył wypłatę ryczałtu za koordynację opieki, aby zachęcić świadczeniodawców do obejmowania nią większej grupy pacjentów (Narodowy Fundusz Zdrowia, sprawozdanie z działalności za 2025 rok). Ograniczenie: liczba umów to nie liczba lokalizacji ani liczba koordynatorów; sprawozdanie nie podaje liczby koordynatorów, etatów ani obciążenia sprawami, więc o jakości koordynacji nie wnioskujemy.

Narzędzia pomiaru ciągłości również istnieją. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10 września 2024 roku określa wskaźniki jakości opieki zdrowotnej w obszarach klinicznym, konsumenckim i zarządczym, w tym częstość rehospitalizacji w ciągu 30 dni po wybranych hospitalizacjach oraz częstość rehabilitacji po udarze i po zawale serca w określonych okresach od wypisu (rozporządzenie w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej). Ograniczenie: rozporządzenie definiuje wskaźniki, ale nie zapewnia samo z siebie, że pacjent wie, kto prowadzi jego leczenie.

Barierami dostępu wskazywanymi w Polsce są długie oczekiwanie na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, część planowych świadczeń szpitalnych i rehabilitację oraz nierównomierne rozmieszczenie kadr (State of Health in the EU: Poland 2025). Ograniczenie: ustalenie opisowe, bez pojedynczej liczby krajowej.

PROPOZYCJA WDROŻENIA

Od zaraz: standard przekazania w ścieżkach złożonych oraz stratyfikacja intensywności nawigacji według potrzeb. Etapami: nawigator organizacyjny z określonym zakresem, limitem spraw i ścieżką eskalacji opóźnień, wdrażany w kilku ścieżkach z punktem odniesienia. Rozwijamy istniejące formy koordynacji, w tym opiekę koordynowaną w podstawowej opiece zdrowotnej i koordynatorów w onkologii, zamiast budowania równoległych struktur.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Ministerstwo Zdrowia odpowiada za definicję ścieżek i standard przekazania. Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada za finansowanie nawigacji i koordynacji oraz za pomiar ciągłości na własnych danych. Kierownicy podmiotów odpowiadają za realizację przekazania i wskazanie osoby kontaktowej. Samorządy terytorialne i pomoc społeczna odpowiadają za styk z opieką domową i socjalną.

KONKRETNE DZIAŁANIA

- Standard przekazania: każdy wypis i skierowanie w ścieżkach złożonych zawiera trzy informacje: kto przejmuje opiekę, kiedy i gdzie zgłosić pogorszenie, a plan w prostym języku otrzymuje pacjent i, za jego zgodą, osoba wskazana.
- Stratyfikacja wsparcia: intensywność nawigacji zależna od złożoności potrzeb, a nie od samego rozpoznania.
- Nawigator organizacyjny z limitem spraw, dostępem do dokumentacji w granicach zgody pacjenta i ścieżką eskalacji opóźnień; koordynacja kliniczna przypisana do wskazanego lekarza lub zespołu, z zastępstwem.
- Pilotaż w kilku ścieżkach, na przykład w udarze, chorobie nowotworowej, niewydolności serca i opiece paliatywnej, z określonym punktem odniesienia, oraz pomiar ciągłości oparty na danych płatnika i jednym krótkim pytaniu do pacjenta.

TEZA 06

Rodzina, opiekunowie i osoby wskazane przez pacjenta

WARTOŚĆ

Choroba zmienia życie domowe, sytuację materialną i funkcjonowanie bliskich. W pediatrii, onkologii, opiece paliatywnej i długoterminowej rodzina oraz opiekunowie często uczestniczą w codziennej opiece. System ma rozpoznawać ich potrzeby: warunki obecności, szkolenie do bezpiecznej opieki domowej, rozmowę z zespołem, pomoc psychologiczną i socjalną oraz odpoczynek. Przyjmujemy szerokie określenie „rodzina, opiekunowie i osoby wskazane przez pacjenta”, bo to pacjent decyduje, kto jest mu bliski, a ustawowa definicja osoby bliskiej obejmuje również osobę przez niego wskazaną.

Partnerstwo nie oznacza zastępowania personelu nieodpłatną pracą bliskich. Dostęp do leczenia i jego jakość nie mogą zależeć od tego, czy ktoś ma opiekuna. Udział bliskich jest dobrowolny i zgodny z wolą oraz bezpieczeństwem pacjenta. Głos dziecka respektujemy odpowiednio do jego możliwości, a w razie presji, konfliktu lub przemocy umożliwiamy rozmowę bez rodziny.

DLACZEGO POTRZEBNA JEST ZMIANA

Udział opieki długoterminowej w wydatkach zdrowotnych jest w Polsce niski: przypadało na nią 7,8 procent bieżących wydatków na zdrowie w 2023 roku, mniej niż połowa średniej unijnej wynoszącej 18,1 procent, przy czym kategoria ta obejmuje zarówno opiekę domową, jak i instytucjonalną, a 9,4 procent gospodarstw

domowych doświadczyło w 2021 roku katastrofalnych wydatków zdrowotnych (State of Health in the EU: Poland 2025). Ograniczenie: dane o wydatkach nie mierzą obciążenia konkretnych opiekunów, a katastrofalne wydatki liczone są dla gospodarstw domowych, nie dla osób sprawujących opiekę.

Wsparcie wytchnieniowe istnieje, ale jako program roczny o limitowanym zasięgu. Program „Opieka wytchnieniowa" dla jednostek samorządu terytorialnego w edycji 2026 zakłada objęcie wsparciem nie mniej niż 20 000 członków rodzin lub opiekunów, z limitem na uczestnika nie większym niż 240 godzin pobytu dziennego i 14 dób pobytu całodobowego w 2026 roku (Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej). Ograniczenia: program adresuje opiekunów osób z niepełnosprawnościami, zależy od udziału samorządu w naborze, a cel liczbowy jest założeniem programu, nie potwierdzoną liczbą osób, które wsparcie otrzymały. Program nie stanowi więc powszechnej gwarancji wsparcia wszystkich opiekunów przy każdym pobycie szpitalnym i w opiece u kresu życia.

PROPOZYCJA WDROŻENIA

Od zaraz: ocena potrzeb opiekuna w wskazanych obszarach jako element opieki, kończąca się planem wsparcia lub skierowaniem; procedura osobnej rozmowy z pacjentem bez osób towarzyszących; szkolenie opiekuna przed wypisem. Etapami i z finansowaniem: standard minimum warunków bytowych dla osób towarzyszących oraz dostępność opieki wytchnieniowej w realnym czasie oczekiwania. Standard minimum wymaga określenia kryteriów i źródła finansowania; bez tego pozostanie deklaracją.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Ministerstwo Zdrowia odpowiada za standard minimum warunków bytowych i za wzór oceny potrzeb opiekuna. Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada za finansowanie warunków obecności. Resort odpowiedzialny za politykę społeczną i samorządy odpowiadają za opiekę wytchnieniową i wsparcie środowiskowe. Kierownicy podmiotów odpowiadają za realizację i za procedurę rozmowy bez rodziny.

KONKRETNE DZIAŁANIA

- Ocena potrzeb opiekuna w pediatrii, onkologii, opiece paliatywnej, długoterminowej i po udarze: krótka rozmowa o odpoczynku, noclegu, higienie, wyżywieniu, obciążeniu psychicznym i możliwości pomocy wytchnieniowej.
- Warunki bytowe bliskich jako postulat finansowany: określone minimum obejmujące miejsce do odpoczynku i nocleg przy dziecku oraz przy osobie umierającej, dostęp do higieny i możliwość posiłku.
- Szkolenie opiekunów do bezpiecznej opieki domowej przed wypisem, z materiałem z Krajowego Systemu Wiedzy Medycznej i możliwością kontaktu po wypisie.
- Równoważne wsparcie osób samotnych: brak opiekuna uruchamia intensywniejszą nawigację, kontakt z pomocą społeczną i wsparcie środowiskowe, tak by nikt nie był leczony gorzej ani wypisywany później z powodów pozamedycznych.
- Głos dziecka: rozmowa dostosowana do wieku i możliwości, odnotowana w dokumentacji; osobna rozmowa z pacjentem bez osób towarzyszących zawsze wtedy, gdy personel dostrzega presję, konflikt lub przemoc, z procedurą postępowania i ochroną poufności.

TEZA 07

Odpowiedzialność zapobiega szkodzie, naprawia i uczy

WARTOŚĆ

Odpowiedzialność ma trzy zadania: zapobiegać szkodzie, naprawiać jej skutki i prowadzić do uczenia się. Badamy przyczyny zdarzeń, warunki pracy i zawodność procedur, a wnioski przekładamy na sprawdzalne zmiany z osobą odpowiedzialną, terminem i kontrolą skutku. Chronimy przed odwetem i niesprawiedliwym obwinianiem, nie znosząc odpowiedzialności za świadome naruszenia. Niekorzystny wynik leczenia sam w sobie nie dowodzi błędu, a cisza nie jest dowodem bezpieczeństwa: wzrost liczby zgłoszeń może oznaczać większą gotowość do ujawniania problemów.

Pacjent dotknięty szkodą potrzebuje najpierw pomocy, potem wyjaśnienia, przeprosin i dostępnej drogi naprawienia szkody. Analiza bezpieczeństwa i ustalanie odpowiedzialności prawnej mają różne cele i nie mogą się wzajemnie blokować. Ochrona uczciwego zgłaszania dotyczy samego zgłoszenia, a nie czynu: nie może oznaczać ukrywania faktów przed poszkodowanym, ograniczania jego dostępu do własnej dokumentacji i dowodów ani pozbawiania go prawa do roszczeń. Zgłoszenie dokonane w dobrej wierze nie może być podstawą represji, lecz nie wyłącza odpowiedzialności za czyn wykazany niezależnymi dowodami; zgłoszenia świadomie fałszywe i działania umyślne pozostają poza ochroną.

DLACZEGO POTRZEBNA JEST ZMIANA

Podmioty z umową z płatnikiem mają już obowiązek prowadzenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, identyfikowania ryzyka, monitorowania zdarzeń niepożądanych i prowadzenia badań opinii oraz doświadczeń pacjentów, a odpowiedzialność za system spoczywa na kierowniku podmiotu (ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, art. 18 i 19). Ustawa definiuje też zdarzenie niepożądane i wyłącza z tej definicji przewidywany skutek prawidłowo udzielonego świadczenia. Zgłoszenia i wnioski pozostają jednak wewnątrz podmiotu: ustawa nie utworzyła centralnego rejestru zdarzeń niepożądanych prowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia i nie przewiduje ochrony zgłaszającego. Dlatego postulujemy trwały mechanizm przekazywania wniosków między placówkami i krajowej analizy sygnałów bezpieczeństwa.

Jak wygląda praktyka, wiemy z badań z 2024 roku: w ankiecie Rzecznika Praw Pacjenta skierowanej do wszystkich szpitali w Polsce wzięło udział 400 podmiotów leczniczych, a w badaniu Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia wśród 180 szpitali z certyfikatem akredytacyjnym ankietę wypełniło 59 podmiotów; narzędzia rejestrowania zdarzeń pozostają w wielu placówkach papierowe (Rzecznik Praw Pacjenta). Ograniczenie: udział był dobrowolny i anonimowy, więc wyniki opisują podmioty, które odpowiedziały, a nie wszystkie szpitale.

Kompensacja bez procesu sądowego działa i ma mierzalną skalę. W 2025 roku do Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło ponad 2 500 wniosków o świadczenie z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, wydano ponad 1 314 decyzji, w tym 586 przyznających świadczenie na łączną kwotę 34 milionów złotych, przy średniej kwocie około 58 tysięcy złotych (Rzecznik Praw Pacjenta). Ograniczenia: wnioski złożone i decyzje wydane w danym roku dotyczą różnych kohort spraw, dlatego z tych liczb nie wolno wyliczać odsetka skuteczności wniosków; fundusz obejmuje zdarzenia szpitalne, więc nie opisuje szkód w opiece ambulatoryjnej. Liczba wniosków nie jest też miarą liczby szkód.

Skala szkód możliwych do uniknięcia jest znaczna: szkody związane z lekami dotyczą jednego na trzydziestu pacjentów, a ponad jedna czwarta z nich jest ciężka lub zagrażająca życiu (Światowa Organizacja Zdrowia). Ograniczenie: dane globalne, nieprzenoszalne wprost na polskie oddziały.

PROPOZYCJA WDROŻENIA

Od zaraz, w ramach istniejących obowiązków jakościowych: informacja zwrotna do osoby zgłaszającej, domykanie pętli działań naprawczych oraz rozmowa wyjaśniająca z poszkodowanym w krótkim terminie. Ścieżką ustawową: ochrona zgłaszającego oraz krajowy system zbierania i analizy zgłoszeń z alertami bezpieczeństwa i publicznym raportem rocznym. Kolejność ma znaczenie: najpierw działające uczenie się, potem dyskusja o stopniowaniu odpowiedzialności. Osobno oceniamy zakres funduszu kompensacyjnego, w tym możliwość objęcia opieki ambulatoryjnej.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Kierownik podmiotu odpowiada za działający wewnętrzny system, informację zwrotną i otwartość wobec poszkodowanego. Ustawodawca i Ministerstwo Zdrowia odpowiadają za ochronę zgłaszającego i krajowy system. Rzecznik Praw Pacjenta odpowiada za fundusz kompensacyjny i wsparcie poszkodowanych. Samorządy zawodowe odpowiadają za standard sprawiedliwej oceny w postępowaniach.

KONKRETNE DZIAŁANIA

- Analiza zdarzeń prowadzona przez kompetentny zespół, z uwzględnieniem doświadczenia pacjenta i rodziny; każde działanie naprawcze ma osobę odpowiedzialną, termin i sprawdzenie skuteczności.
- Ochrona zgłaszającego z jasnymi granicami: zgłoszenie w dobrej wierze nie jest podstawą represji ani dowodem przeciw zgłaszającemu; ochrona nie obejmuje zgłoszeń świadomie fałszywych ani czynów umyślnych i nie ogranicza prawa pacjenta do informacji, dokumentacji i dowodów.
- Krajowy system zbierania i analizy zgłoszeń z informacją zwrotną do zgłaszających, agregacją zdarzeń potencjalnych, alertami bezpieczeństwa i corocznym publicznym raportem.
- Obowiązek otwartości wobec poszkodowanego: pomoc, rozmowa wyjaśniająca w krótkim terminie, przeprosiny, informacja o drodze kompensacji i udział w analizie, jeśli pacjent lub rodzina tego chcą.

TEZA 08

Wartość opieki to zdrowie i życie człowieka

WARTOŚĆ

Miarą wartości opieki jest to, co zmienia ona w zdrowiu i życiu człowieka. Wyniki zgłaszane przez pacjentów dotyczą zdrowia: bólu, sprawności, jakości życia. Doświadczenia zgłaszane przez pacjentów dotyczą opieki: komunikacji, dostępności, koordynacji, szacunku. To odrębne wymiary, których nie wolno zamieniać ani sumować w jeden indeks.

Empatia nie może zależeć wyłącznie od indywidualnego poświęcenia. Organizacja ma zapewniać czas na rozmowę, prywatność, ciągłość kontaktu i reagowanie na cierpienie. Mierzymy warunki i zachowania wyrażające szacunek, a nie emocje personelu, i nie utożsamiamy empatii z satysfakcją, bo dobra opieka może wymagać odmowy nieuzasadnionego leczenia. Uwzględniamy złożoność potrzeb, aby pomiar nie premiował unikania trudnych przypadków.

DLACZEGO POTRZEBNA JEST ZMIANA

Rozdzielanie wyników i doświadczeń jest praktyką międzynarodową: program Patient-Reported Indicator Surveys prowadzony przez OECD zbiera osobno wskaźniki wyników zgłaszanych przez pacjentów i wskaźniki doświadczeń, przedstawia dziesięć kluczowych wskaźników dla krajów uczestniczących i wskazuje, że wielochorobowość dotyczy więcej niż połowy badanej populacji (OECD, Does Healthcare Deliver?). Ograniczenia: publikacja nie podaje na tej stronie liczebności próby ani sposobu doboru respondentów, a udziału Polski w tej edycji nie potwierdzamy; traktujemy program jako wzorzec metodyczny, nie jako źródło polskich wyników.

W Polsce istnieje już podstawa do pomiaru doświadczeń: podmioty z umową z płatnikiem prowadzą badania opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie ankiety przewidzianej w ustawie o jakości (ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, art. 18 ust. 3 pkt 7). Wskaźniki jakości określone rozporządzeniem obejmują obszar kliniczny, konsumencki i zarządczy, w tym śmiertelność po zabiegach oraz rehospitalizacje (rozporządzenie w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej). Brakującym elementem jest systematyczny pomiar wyników zdrowotnych zgłaszanych przez pacjentów, z pomiarem wyjściowym i kontrolnym oraz korektą ryzyka. Ograniczenie: sam fakt istnienia ankiety nie mówi nic o odsetku odpowiedzi ani o wykorzystaniu wyników w decyzjach.

PROPOZYCJA WDROŻENIA

W pierwszej kolejności, po oszacowaniu nakładu pracy: raportowanie doświadczeń pacjentów osobno od wyników klinicznych, zawsze z odsetkiem odpowiedzi i liczebnością, oraz pomiar warunków empatii z danych, które podmiot już posiada. Etapami i z finansowaniem: pomiar wyników zgłaszanych przez pacjentów w kilku ścieżkach, na przykład w endoprotezoplastyce, wybranych nowotworach, niewydolności serca i opiece paliatywnej. Powiązanie części finansowania z tak rozumianą wartością testujemy dopiero po ocenie kompletności danych i ryzyka selekcji pacjentów, bez automatycznych kar za wyniki kliniczne.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ

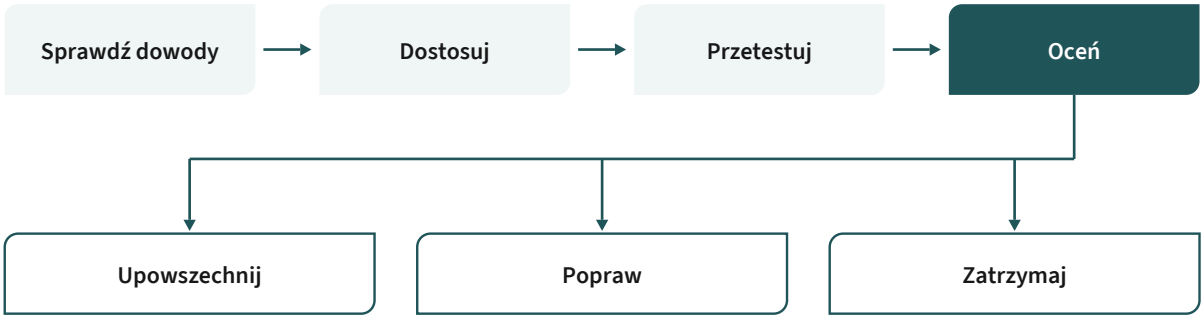
Ministerstwo Zdrowia oraz Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji odpowiadają za dobór narzędzi i metodykę korekty ryzyka. Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada za publikację wyników z zastrzeżeniami metodycznymi i za ostrożne testowanie powiązania z finansowaniem. Kierownicy podmiotów odpowiadają za warunki empatii i bezpieczną obsadę.

KONKRETNE DZIAŁANIA

- Zwalidowane narzędzia pomiaru wyników dobrane do choroby i populacji, z pomiarem stanu wyjściowego i zmiany w czasie, korektą ryzyka i podziałem na ciężkość przypadków. W opiece paliatywnej wartością jest ulga w cierpieniu i realizacja celów chorego.
- Reprezentatywność: dostępne różne sposoby udziału, odpowiedź opiekuna oznaczana jako zastępcza, wyniki publikowane z odsetkiem odpowiedzi i liczebnością, bez publikacji dla małych prób.
- Warunki empatii mierzone jako warunki: obsada w relacji do liczby pacjentów, czas na wizytę i rozmowę, miejsce do rozmowy w prywatności, ciągłość osoby prowadzącej, bezpieczeństwo personelu.
- Ochrona danych pacjenta w całym pomiarze: dane zagregowane lub pseudonimizowane, dostęp ograniczony do niezbędnego zakresu, dla określonego celu i rejestrowany.
- Pomiar nie może powodować selekcjonowania łatwiejszych pacjentów, utrudniać przyjęć ani przenosić kosztów i pracy na rodzinę.

TEZA 09

Uczenie się od skuteczniejszych rozwiązań polskich i zagranicznych



Publikuj także brak korzyści

WARTOŚĆ

System ma obowiązek uczyć się od tych, którzy skuteczniej służą pacjentom. Korzystamy ze sprawdzonych rozwiązań polskich i zagranicznych, oceniając ich efekty oraz możliwość zastosowania u nas. O wartości decydują efekty i warunki ich uzyskania, a nie prestiż ośrodka czy certyfikat. Certyfikacja i akredytacja same podlegają ocenie: sprawdzamy, czy poprawiają wyniki i doświadczenia pacjentów.

Adaptacja to nie kopiowanie: każdy transfer wymaga oceny dowodów, kosztów, kadr, zgodności z prawem i warunków społecznych, a potem pilotażu z punktem odniesienia. Publikujemy także brak korzyści i skutki niezamierzone.

DLACZEGO POTRZEBNA JEST ZMIANA

Porównania międzynarodowe są dostępne i projektowane właśnie po to, by służyć wzajemnemu uczeniu się: profile zdrowotne krajów przygotowywane wspólnie przez OECD i Europejskie Obserwatorium Systemów i Polityk Zdrowotnych mają, jak wskazują ich autorzy, wspierać wzajemne uczenie się i dialog o polityce zdrowotnej opartej na dowodach (OECD, Country Health Profile 2025: Poland). Ograniczenie: profil dostarcza porównań, a nie gotowych rozwiązań organizacyjnych.

Dobre wzory zagraniczne same są wynikiem iteracji, a nie jednorazowej decyzji. Narzędzie NHS England służące sprawiedliwej ocenie postępowania po zdarzeniu zastąpiło wcześniejszy przewodnik z 2018 roku po fazie rozpoznawczej prowadzonej od listopada 2023 do marca 2024 roku, a jego zasadą jest, że zdarzenia są zwykle sygnałem problemów systemowych i że działanie skierowane przeciw jednostce jest rzadko właściwe oraz wymaga odrębnego, nierutynowego trybu (NHS England). Ograniczenie: narzędzie działa w innym systemie prawnym i organizacyjnym; w Polsce jest to transfer wymagający adaptacji i pilotażu, nie przepis do przyjęcia wprost.

PROPOZYCJA WDROŻENIA

Każde rozwiązanie przenoszone do polskich warunków przechodzi trzy etapy: ocenę wykonalności, pilotaż z punktem odniesienia i z góry ustalonymi kryteriami kontynuacji, modyfikacji lub zatrzymania, oraz decyzję z opublikowanym uzasadnieniem. Uczymy się także od polskich ośrodków radzących sobie lepiej, przy porównaniach z korektą ryzyka i bez rankingów surowych.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Ministerstwo Zdrowia oraz Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji odpowiadają za ocenę i pilotaże. Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada za finansowanie pilotaży z punktem odniesienia. Towarzystwa naukowe i organizacje pacjentów odpowiadają za udział w ocenie.

KONKRETNE DZIAŁANIA

- Pilotaż z określonym punktem odniesienia i z góry ustalonymi kryteriami decyzji; publikacja wyników również wtedy, gdy korzyści nie ma lub pojawiły się skutki niezamierzone.
- Uczenie się od polskich ośrodków o lepszych wynikach: porównania z korektą ryzyka służą identyfikacji dobrych praktyk i ich upowszechnianiu.
- Certyfikacja i akredytacja oceniane po tym, czy poprawiają wyniki i doświadczenia pacjentów.
- Publiczny rejestr pilotaży z datą rozpoczęcia, kryteriami decyzji i statusem.

Wspólna metodyka pomiaru i reakcji

Po co mierzymy. Mierniki służą sprawdzeniu, czy za słowami poszły czyny. Nie służą rankingom, karaniu za wyniki kliniczne ani produkowaniu formularzy. Zestaw jest celowo mały: dwie lub trzy karty pomiaru na filar. Część kart ma kilka członów, bo jedno zjawisko wymaga uzupełniających się ujęć; każdy człon ma własną metodę i własny mianownik, a członów nie sumujemy w jedną liczbę.

Koszt pomiaru jest realny. Każda karta przed przyjęciem ma oszacowany koszt: czas personelu, narzędzia i systemy, analizę. Także audyt próby dokumentacji ma koszt, mimo że dane już istnieją. Miernik, którego koszt przewyższa wartość informacji, jest odrzucany lub zastępowany audytem próby. Wprowadzeniu nowego pomiaru towarzyszy usunięcie dublujących się formularzy i finansowanie czasu potrzebnego do realizacji standardów.

Najpierw baza, potem cel. W pierwszym roku ustalamy wartości wyjściowe, nie odkładając obowiązku respektowania praw ani reagowania na naruszenia. Nie przyjmujemy arbitralnych progów liczbowych bez znajomości stanu wyjściowego. Standard prawny i etyczny obowiązuje teraz i w pełnym zakresie; cel poprawy wskaźnika go nie obniża i nie oznacza tolerowania części naruszeń. Uzasadnione wyjątki przewidziane prawem nie są naruszeniem, ale nieuzasadniona odmowa nie staje się dopuszczalna dlatego, że placówka ma dobry wynik średni. Potwierdzone naruszenia raportujemy oddzielnie od uzasadnionych wyjątków i od braków danych.

Reguły interpretacji.

- Korekta ryzyka: wyniki kliniczne i zgłaszane przez pacjentów porównujemy wyłącznie po korekcie ryzyka i w podziale na ciężkość przypadków, bo inaczej pomiar premiuje unikanie trudnych pacjentów.
- Reprezentatywność: każdy wynik ankietowy publikujemy z odsetkiem odpowiedzi i liczebnością, bez publikacji małych prób na poziomie oddziału; brak odpowiedzi nie jest zadowoleniem, a odpowiedzi zastępcze oznaczamy.
- Wyniki i doświadczenia nie są zamienne: raportujemy je osobno i nie łączymy w jeden indeks.
- Liczba zgłoszeń zdarzeń jest miarą aktywności raportowania, a nie częstości szkód; wzrost zestawiamy z niezależną miarą, na przykład przeglądem dokumentacji na próbie lub decyzjami funduszu kompensacyjnego.

- Nie wyliczamy odsetków wyników spraw z rocznych liczników dotyczących różnych kohort: wnioski złożone i decyzje wydane w tym samym roku dotyczą innych zbiorów spraw.
- Wskaźniki pośrednie nazywamy pośrednimi: wykup recept nie mierzy bezpośrednio przestrzegania zaleceń.
- Czasy oczekiwania liczymy z uwzględnieniem osób nadal oczekujących, rezygnacji, zgonów i braków obserwacji; obok mediany pokazujemy długie oczekiwanie i odsetek przekroczeń terminu; świadczenia opłacone prywatnie nie są widoczne w danych płatnika, a przypadki nagłe analizujemy osobno.
- Brak rankingów surowych: publikacja porównawcza wyłącznie z korektą ryzyka, przedziałami niepewności i zastrzeżeniami metodycznymi.
- Ochrona danych: pomiar operuje danymi zagregowanymi lub pseudonimizowanymi, a dostęp do danych jednostkowych jest możliwy wyłącznie w niezbędnym zakresie, dla określonego celu i na właściwej podstawie prawnej, z rejestrowaniem dostępu.
- Nie przerzucamy pomiaru ani organizacji opieki na opiekunów.
- Satysfakcja nie jest miarą empatii ani jakości klinicznej: mierzymy warunki i zachowania.

Łańcuch reakcji na niespełnienie. W zwykłym trybie doskonalenia reakcja jest proporcjonalna, przewidywalna i zaczyna się od pomocy, nie od kary. Poważne zagrożenie zdrowia lub życia, przemoc, podejrzenie przestępstwa i konieczność ochrony konkretnego pacjenta wymagają natychmiastowego działania, zabezpieczenia pacjenta i właściwych zgłoszeń bez czekania na kolejny cykl pomiaru i bez wymogu powtórzenia naruszenia.

- Jawne zobowiązanie: podmiot publikuje, do czego się zobowiązuje i którym miernikiem będzie to sprawdzane.
- Monitorowanie: dane zbierane w ustalonej częstości i dostępne wewnętrznie na bieżąco.
- Niezależna weryfikacja: audyt próby lub przegląd zewnętrzny potwierdza rzetelność danych.
- Plan naprawczy z datą ponownego pomiaru: podmiot przedstawia przyczyny, działania, osobę odpowiedzialną i zasoby; brak zasobów jest nazwany wprost i kierowany do instytucji, która o nich decyduje.
- Eskalacja proporcjonalna: powtarzające się niespełnienie bez planu lub działania uruchamia kolejne kroki, od publicznego wskazania, przez warunki umowy z płatnikiem, po postępowania nadzorcze. Ciężkie naruszenie uzasadnia eskalację natychmiast.

Nie ma automatycznych sankcji za sam wynik kliniczny ani za nieosiągnięcie liczbowego celu poprawy. Odpowiedzialność dotyczy ustalonego naruszenia obowiązków, odpowiednio do wpływu, winy i okoliczności; przykładami są fałszowanie danych i naruszanie praw pacjenta. Cykl doskonalenia nie zastępuje istniejących trybów odpowiedzialności ani nie zawiesza obowiązków zgłoszenia.

Etapy wdrożenia

Etap pierwszy, do wykonania w ramach obowiązującego prawa. Standard przekazania między etapami opieki, Standard Rzetelnego Wyjaśnienia i sprawdzanie zrozumienia przed zabiegami podwyższonego ryzyka, ocena potrzeb opiekuna z planem wsparcia, informacja zwrotna dla zgłaszających zdarzenia, domykanie pętli działań naprawczych, rozdzielone raportowanie doświadczeń pacjentów i warunków empatii, z ustaleniem wartości wyjściowych w pierwszym roku.

Etap drugi, wymagający pieniędzy i organizacji. Wycena czasu rozmowy, nawigacja przy złożonych potrzebach z rozdzieleniem funkcji organizacyjnej i klinicznej, standard minimum warunków bytowych dla osób

towarzyszących, dostępność opieki wytchnieniowej w realnym czasie oczekiwania, pierwsza warstwa Krajowego Systemu Wiedzy Medycznej, pilotaż pomiaru wyników zgłaszanych przez pacjentów w kilku ścieżkach, pilotaż niezależnej drugiej opinii.

Etap trzeci, wymagający zmian ustawowych i odrębnej analizy skutków regulacji. Przepis o uzasadnionym odstępstwie, ochrona zgłaszającego i krajowy system zbierania oraz analizy zgłoszeń, pełnomocnik do decyzji medycznych, niezależna druga opinia jako świadczenie gwarantowane, standard minimum warunków bytowych dla bliskich jako obowiązek finansowany, ocena zakresu funduszu kompensacyjnego.

Kolejność nie oznacza hierarchii wartości: część postulatów wymaga decyzji parlamentu i budżetu.

Zasady przekrojowe

Profilaktyka i zdrowie publiczne. Koncentracja na człowieku dotyczy także życia przed chorobą i po leczeniu. Udział profilaktyki w bieżących wydatkach na zdrowie w Polsce wynosił 1,7 procent w 2023 roku wobec 4 procent średnio w Unii Europejskiej, przy 37,2 procent na opiekę szpitalną wobec 27,7 procent w Unii (State of Health in the EU: Poland 2025). Ograniczenie: klasyfikacja wydatków profilaktycznych różni się między krajami. Struktura ta pokazuje, gdzie leży priorytet finansowy: prewencja nie jest dodatkiem do manifestu, lecz warunkiem, by system miał komu i jak służyć.

Zdrowie psychiczne. Wszystkie filary stosują się do opieki psychiatrycznej i psychologicznej, ze szczególną uwagą na dobrowolność, godność i prywatność.

Rehabilitacja i opieka paliatywna. Wartością jest odzyskana sprawność i ulga w cierpieniu, nie liczba procedur.

Równość dostępu. Mierniki dotyczące pacjentów raportujemy w podziale na region, wiek i płeć tam, gdzie taki podział ma sens merytoryczny i gdzie liczebność na to pozwala, aby średnia nie ukrywała nierówności.

Kadry i warunki pracy. Bez bezpiecznej obsady, czasu i szkolenia żaden standard rozmowy ani koordynacji nie zadziała. Warunki pracy personelu są częścią praw pacjenta.

Dane i ich ochrona. Bezpieczna wymiana dokumentacji, minimalizacja dostępu, jawny dla pacjenta rejestr dostępów i niezależny nadzór nad wtórnym wykorzystaniem danych są warunkiem zaufania. Pomiar nie może być pretekstem do rozszerzania dostępu do danych o człowieku.

Współtworzenie. Pacjenci i opiekunowie współtworzą standardy, pytania ankiet i materiały informacyjne. To, co dotyczy człowieka, nie jest projektowane bez niego.

Manifest kończy się tam, gdzie zaczyna się praca: przy jednym pacjencie, wobec którego obietnica ma zostać spełniona i sprawdzona.

ANEKS

Karty pomiaru

Dwadzieścia trzy karty pomiaru, po dwie lub trzy na tezę. Każda karta mówi, co dokładnie liczymy, skąd biorą się dane, jak często je zbieramy i kto za to odpowiada. Zestaw jest celowo mały, a mierniki służą sprawdzeniu, czy za słowami poszły czyny, nie rankingom.

Teza 01 System istnieje dla pacjenta, nigdy odwrotnie

Jawność ograniczeń

Licznik. odmowy lub ograniczenia świadczenia, których uzasadnienie wskazuje rodzaj ograniczenia, odpowiedzialną instytucję i drogę ponownej oceny.

Mianownik. wszystkie udokumentowane odmowy w badanej próbie dokumentacji.

Źródło. audyt losowej próby dokumentacji.

Częstość. rocznie.

Proponowany gospodarz. podmiot leczniczy w samoocenie, Rzecznik Praw Pacjenta w weryfikacji próby.

Uwaga interpretacyjna. uzasadniona odmowa nie jest naruszeniem; miernik dotyczy jakości uzasadnienia, nie samego faktu odmowy.

Uzasadnione odstępstwa i ich analiza

Człon pierwszy. liczba udokumentowanych odstępstw zgłoszonych do wewnętrznego systemu jakości, interpretowana jako miara aktywności zgłaszania, nie jakości opieki.

Człon drugi. odsetek zgłoszeń zakończonych analizą z jednym z trzech wniosków.

Źródło. wewnętrzny system zarządzania jakością.

Częstość. rocznie.

Proponowany gospodarz. podmiot leczniczy, agregacja anonimowa przez Ministerstwo Zdrowia.

Teza 02 Pacjent ma prawo współdecydować i otrzymać prowadzenie

Udział w decyzji i osoba zaufana

Metoda. krótki zestaw pytań po istotnej decyzji leczniczej o przedstawienie możliwości wyboru, zapytanie o to, co dla pacjenta ważne, i możliwość obecności wskazanej osoby.

Licznik. odpowiedzi twierdzące.

Mianownik. respondenci, zawsze z podaniem odsetka odpowiedzi i liczebności.

Źródło. badanie opinii i doświadczeń pacjentów, które podmioty z umową z płatnikiem prowadzą na podstawie ustawy o jakości (ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta).

Częstość. zbieranie ciągłe, raport roczny.

Proponowany gospodarz. podmiot leczniczy, rdzeń pytań ustalany przez Ministerstwo Zdrowia z udziałem pacjentów.

Realizacja prawa do opinii innego lekarza

Człon pierwszy. liczba odnotowanych żądań opinii innego lekarza lub konsylium oraz odsetek odmów.

Człon drugi. odsetek odmów rozpatrzonych przez pełnomocnika do spraw praw pacjenta w terminie.

Człon trzeci, wyłącznie w pilotażu niezależnej drugiej opinii. mediana dni od wniosku do opinii oraz odsetek opinii zmieniających plan leczenia.

Źródło. dokumentacja medyczna w audycie próby, rejestr pilotażu.

Częstość. rocznie, w pilotażu kwartalnie.

Proponowany gospodarz. podmiot leczniczy w członie pierwszym i drugim, Narodowy Fundusz Zdrowia w członie pilotażowym.

Teza 03 Terapia zaczyna się od spotkania, komunikacja jest kompetencją kliniczną

Zrozumienie przed decyzją

Licznik. osoby, u których przed decyzją o zabiegu podwyższonego ryzyka i przed sedacją potwierdzono zrozumienie celu, istotnego ryzyka, alternatyw i następnego kroku, po udzieleniu potrzebnego wsparcia.

Mianownik. osoby objęte sprawdzeniem. Osobno raportujemy udział objętych pomiarem oraz przyczyny jego niewykonania. Nie jest to test pacjenta ani warunek uzyskania pomocy; trudność uruchamia lepsze wyjaśnienie. W sytuacjach nagłych i przy ograniczonej możliwości komunikacji stosujemy odrębne ścieżki.

Źródło. krótka adnotacja z rozmowy, weryfikowana na próbie.

Częstość. ciągła, raport roczny.

Proponowany gospodarz. podmiot leczniczy, metodyka Ministerstwa Zdrowia.

Zdarzenia z czynnikiem komunikacyjnym

Człon pierwszy. liczba analiz przyczyn źródłowych z zidentyfikowanym czynnikiem komunikacyjnym.

Człon drugi. odsetek tych analiz z działaniem naprawczym sprawdzonym po wyznaczonym terminie.

Źródło. wewnętrzny system zarządzania jakością.

Częstość. rocznie.

Proponowany gospodarz. podmiot leczniczy.

Komunikacja w kształceniu

Metoda. odsetek programów specjalizacji i kierunków lekarskich, w których kompetencja komunikacyjna jest oceniana egzaminacyjnie lub w obserwacji praktycznej, a nie tylko wykładana.

Źródło. programy specjalizacji i standardy kształcenia.

Częstość. co dwa lata.

Proponowany gospodarz. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Ministerstwo Zdrowia, uczelnie.

Teza 04 Rzetelna wiedza przed decyzją

Aktualność i dostępność treści

Człon pierwszy. odsetek materiałów z nieprzekroczoną datą przeglądu.

Człon drugi. mediana dni od istotnej zmiany dowodów lub rekomendacji do aktualizacji materiału.

Człon trzeci. odsetek materiałów warstwy pacjenta dostępnych w wersji drukowalnej i w prostym języku po ocenie panelu pacjentów.

Źródło. metadane systemu, czyli dane projektowane wraz z narzędziem.

Częstość. kwartalnie.

Proponowany gospodarz. operator systemu.

Jawność rozbieżności wiedza i koszyk

Człon pierwszy. liczba wpisów w rejestrze z opublikowanym powodem, datą przeglądu i drogą ponownej oceny.

Człon drugi. odsetek wpisów z nieprzekroczoną datą przeglądu.

Człon trzeci. liczba wniosków o ponowną ocenę i ich wynik.

Źródło. rejestr, którego utworzenie jest przedmiotem postulatu.

Częstość. półrocznie.

Proponowany gospodarz. Ministerstwo Zdrowia oraz Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Teza 05 Nikt nie zostaje sam między etapami opieki

Plan i kontakt

Licznik. pacjenci wypisani lub po rozpoznaniu złożonej choroby, którzy potwierdzają, że otrzymali zrozumiały plan i znają osobę lub numer kontaktowy.

Mianownik. respondenci, z podaniem odsetka odpowiedzi.

Źródło. badanie doświadczeń pacjentów.

Częstość. ciągła, raport roczny.

Proponowany gospodarz. podmiot leczniczy, agregacja przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Czas do kolejnego etapu i kompletność przekazania

Człon pierwszy. mediana dni od wypisu lub skierowania do rozpoczęcia następnego etapu w wybranych ścieżkach, liczona z uwzględnieniem osób nadal oczekujących, rezygnacji, zgonów i braków obserwacji, wraz z odsetkiem przekroczeń terminu właściwego dla ścieżki i pilności.

Człon drugi. odsetek przekazań zawierających trzy informacje standardu w audycie próby dokumentacji.

Źródło. dane rozliczeniowe płatnika, audyt dokumentacji.

Częstość. kwartalnie.

Proponowany gospodarz. Narodowy Fundusz Zdrowia w części opartej na danych rozliczeniowych, podmiot leczniczy w audycie dokumentacji.

Uwaga interpretacyjna. świadczenie sfinansowane prywatnie nie jest widoczne w danych płatnika, a brak wpisu nie dowodzi braku kontaktu z opieką; przypadki nagłe analizujemy osobno.

Przerwy w ścieżce

Człon pierwszy. odsetek pacjentów bez żadnego kontaktu z systemem w ciągu 30 dni po wypisie w ścieżkach wymagających kontynuacji.

Człon drugi. rehospitalizacje trzydziestodniowe z korektą ryzyka, z rozróżnieniem przyjęć planowych i nieplanowych, zgodnie z istniejącym katalogiem wskaźników jakości.

Źródło. dane płatnika.

Częstość. kwartalnie.

Proponowany gospodarz. Narodowy Fundusz Zdrowia.

Teza 06 Rodzina, opiekunowie i osoby wskazane przez pacjenta

Ocena potrzeb opiekuna i wsparcie osób samotnych

Człon pierwszy. odsetek pacjentów we wskazanych obszarach z udokumentowaną rozmową o potrzebach opiekuna i planem wsparcia.

Człon drugi. odsetek pacjentów bez opiekuna, u których uruchomiono równoważne wsparcie przed wypisem.

Źródło. audyt próby dokumentacji.

Częstość. rocznie.

Proponowany gospodarz. podmiot leczniczy, weryfikacja przez Rzecznika Praw Pacjenta lub konsultantów wojewódzkich.

Warunki bytowe i opieka wytchnieniowa

Człon pierwszy. odsetek oddziałów we wskazanych obszarach spełniających określone minimum.

Człon drugi. liczba miejsc i mediana czasu oczekiwania na opiekę wytchnieniową w regionie, z podaniem odsetka osób nadal oczekujących.

Źródło. sprawozdanie podmiotu potwierdzane kontrolą wyrywkową oraz dane pomocy społecznej.

Częstość. rocznie.

Proponowany gospodarz. podmiot leczniczy oraz jednostka samorządu terytorialnego w członie dotyczącym opieki wytchnieniowej. Uwaga o koszcie: koszt audytu, sprawozdawczości i kontroli wymaga oszacowania, a zapewnienie samych warunków wymaga nakładów i to jest treść postulatu.

Głos dziecka i rozmowa bez rodziny

Człon pierwszy. odsetek dzieci od określonego wieku z udokumentowaną rozmową dostosowaną do możliwości.

Człon drugi. istnienie i znajomość procedury osobnej rozmowy w razie presji lub przemocy, sprawdzana w ankiecie personelu.

Źródło. audyt dokumentacji, ankieta kultury bezpieczeństwa.

Częstość. rocznie.

Proponowany gospodarz. podmiot leczniczy.

Teza 07 Odpowiedzialność zapobiega szkodzie, naprawia i uczy

Zamknięcie pętli uczenia się

Licznik. analizy przyczyn źródłowych zakończone działaniem naprawczym z osobą odpowiedzialną, terminem i udokumentowanym sprawdzeniem skuteczności po terminie.

Mianownik. analizy zakończone w okresie.

Źródło. wewnętrzny system zarządzania jakością.

Częstość. rocznie.

Proponowany gospodarz. podmiot leczniczy, agregacja przez Ministerstwo Zdrowia po utworzeniu systemu krajowego.

Informacja zwrotna i poczucie bezpieczeństwa zgłaszania

Człon pierwszy. odsetek zgłaszających, którzy otrzymali informację zwrotną.

Człon drugi. odsetek personelu zgadzającego się w ankiecie kultury bezpieczeństwa, że zgłoszenie nie skutkuje represją.

Człon trzeci. liczba zgłoszeń na 1000 hospitalizacji, raportowana wyłącznie jako miara aktywności raportowania.

Źródło. system zgłoszeń, ankieta personelu.

Częstość. rocznie.

Proponowany gospodarz. podmiot leczniczy, agregacja krajowa po utworzeniu systemu zgłoszeń.

Pomoc i wyjaśnienie dla poszkodowanego

Człon pierwszy. mediana dni od zdarzenia do rozmowy wyjaśniającej z pacjentem lub rodziną.

Człon drugi. mediana czasu rozpatrzenia wniosku w funduszu kompensacyjnym, raportowana dla kohorty wniosków z danego roku, aby nie mieszać różnych roczników spraw.

Źródło. dokumentacja zdarzeń, dane Rzecznika Praw Pacjenta.

Częstość. rocznie.

Proponowany gospodarz. podmiot leczniczy w części dotyczącej rozmowy wyjaśniającej, Rzecznik Praw Pacjenta w części dotyczącej funduszu kompensacyjnego.

Teza 08 Wartość opieki to zdrowie i życie człowieka

Wyniki zgłaszane przez pacjentów

Metoda. zmiana wyniku w zwalidowanym narzędziu między pomiarem wyjściowym a kontrolnym w wybranych ścieżkach, z korektą ryzyka, raportowana z odsetkiem odpowiedzi, liczebnością i oznaczeniem odpowiedzi zastępczych.

Źródło. ankieta wyników i dane kliniczne.

Częstość. ciągła, raport roczny.

Proponowany gospodarz. Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, realizacja w podmiotach objętych pilotażem. Koszt: średni do wysokiego, ponieważ wymaga narzędzi, czasu personelu i systemu zbierania; dlatego wdrażamy etapami, a nie zakładamy, że pomiar jest darmowy, bo dane już istnieją.

Doświadczenia zgłaszane przez pacjentów

Metoda. wskaźniki doświadczeń w wymiarach komunikacji, koordynacji, szacunku i dostępności z istniejącego badania opinii i doświadczeń, raportowane osobno od wyników zdrowotnych i z odsetkiem odpowiedzi.

Źródło. badanie prowadzone na podstawie ustawy o jakości.

Częstość. ciągła, raport roczny.

Proponowany gospodarz. podmiot leczniczy, agregacja przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Warunki empatii i bezpieczeństwa zespołu

Człon pierwszy. liczba pacjentów na pielęgniarkę na zmianę i czas zaplanowany na wizytę w wybranych oddziałach i poradniach.

Człon drugi. odsetek personelu potwierdzającego w ankiecie warunki do rozmowy w prywatności.

Człon trzeci. liczba zgłoszonych incydentów agresji wobec personelu, interpretowana jako miara zgłaszania, nie samego zjawiska.

Źródło. harmonogramy, ankieta personelu, rejestr incydentów.

Częstość. rocznie.

Proponowany gospodarz. kierownik podmiotu leczniczego.

Teza 09 Uczenie się od skuteczniejszych rozwiązań polskich i zagranicznych

Pilotaże z punktem odniesienia

Człon pierwszy. odsetek adaptowanych rozwiązań wdrażanych z pilotażem, w którym z góry określono punkt odniesienia i kryteria decyzji.

Człon drugi. odsetek pilotaży z opublikowaną oceną, w tym oceną negatywną.

Źródło. rejestr pilotaży, którego utworzenie jest przedmiotem postulatu.

Częstość. rocznie.

Proponowany gospodarz. Ministerstwo Zdrowia oraz Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Czas od oceny do decyzji

Człon pierwszy. mediana miesięcy od zakończenia oceny pilotażu do decyzji o upowszechnieniu, modyfikacji lub zatrzymaniu.

Człon drugi. odsetek decyzji z opublikowanym uzasadnieniem.

Źródło. rejestr pilotaży.

Częstość. rocznie.

Proponowany gospodarz. Ministerstwo Zdrowia.