

- Strona 92, wykorzystanie medycyny pracy w opiece profilaktycznej: strategia skupia się na profilaktyce i bilansach zdrowia („Moje zdrowie”), ale pomija potencjał systemu medycyny pracy jako elementu publicznej profilaktyki i wczesnej diagnostyki.

Proponowane uzupełnienie (do rozdziału: „Profilaktyka chorób i promocja zdrowia”): w celu zwiększenia skuteczności działań profilaktycznych planuje się włączenie jednostek medycyny pracy w realizację programów wczesnego wykrywania chorób przewlekłych oraz edukacji zdrowotnej. Badania wykonywane w ramach profilaktyki pracowniczej będą służyć również celom populacyjnym – ich wyniki, za zgodą pracownika, będą przekazywane do systemu e-zdrowia i wykorzystywane do tworzenia Indywidualnych Planów Zdrowotnych. Lekarze medycyny pracy, we współpracy z POZ i Państwową Inspekcją Sanitarną, zostaną włączeni w proces monitorowania stanu zdrowia populacji pracującej oraz w realizację programów szczepień i promocji zdrowego stylu życia w miejscu pracy. Rozszerzenie funkcji medycyny pracy pozwoli zwiększyć zasięg działań profilaktycznych, poprawić wczesne wykrywanie chorób i ograniczyć absencję zdrowotną wśród osób aktywnych zawodowo. Niezbędne jest zatem zapewnienie interoperacyjności pomiędzy systemami medycyny pracy i systemem ochrony zdrowia. Istnieje potrzeba standaryzacji kodowania danych diagnostycznych. Wprowadzić należy wspólne wartości referencyjne, w celu przekazywania i analizowania wyników badań diagnostycznych na platformie P1 i w moim IKP oraz ich wymianę pomiędzy medycyną pracy a systemem ochrony zdrowia.

Cyfryzacja medycyny pracy powinna także uwzględniać interoperacyjność z systemem ZUS PUE – miejsce, gdzie pracownik i pracodawca miałby dostęp do orzeczenia o zdolności do pracy, a pracownik i jego lekarz POZ na platformie P1 do cyfrowej karty badania profilaktycznego. Włączenie medycyny pracy w działania profilaktyczne będzie możliwe dzięki odpowiednim przepisom, które już dziś znajdują się w kodeksie pracy. Przepisy te wskazują, że finansowanie profilaktyki jest możliwe z koszyka program zdrowotny. Niezbędne jest jedynie wydanie przez MZ rozporządzeń wykonawczych.

- Strona 96, wykorzystanie potencjału aptek, telemedycyny, telemonitoringu i AI w diagnostyce oraz dostępie do świadczeń medycznych i nowych technologii lekowych i nielekowych. Strategia wspomina o cyfryzacji i e-zdrowiu, ale nie integruje potencjału aptek, telemonitoringu, AI i diagnostyki zdalnej w celu realnej poprawy dostępu do świadczeń i nowych terapii.

Proponowane uzupełnienie (do rozdziału: „Cyfryzacja, innowacje oraz zabezpieczenie lekowe”): rozszerzenie wykorzystania aptek, telemedycyny, telemonitoringu i sztucznej inteligencji w diagnostyce i leczeniu.

W celu poprawy dostępności do świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych planowane jest włączenie aptek ogólnodostępnych do systemu opieki zdrowotnej jako punktów pierwszego kontaktu w zakresie profilaktyki, pomiarów podstawowych parametrów zdrowia oraz realizacji prostych świadczeń diagnostycznych i konsultacyjnych. Rozwijane będą programy telemedyczne i telemonitoring zdrowia w chorobach przewlekłych (m.in. kardiologicznych, diabetologicznych, pulmonologicznych), umożliwiające stały nadzór nad stanem pacjenta i szybkie reagowanie na zmiany parametrów zdrowotnych. Zastosowanie narzędzi sztucznej inteligencji (AI) w analizie danych klinicznych, obrazowych i laboratoryjnych pozwoli zwiększyć efektywność diagnostyki i ograniczyć czas oczekiwania na konsultacje specjalistyczne. Rozwijane będą platformy integrujące dane z

telemedycyny, aptek i systemu e-zdrowia, co umożliwi lepsze planowanie opieki i indywidualne dopasowanie terapii, w tym z wykorzystaniem nowych technologii lekowych i nielekowych.

- Strona 97, efektywne wykorzystanie potencjału kadr i technologii medycznych oraz medycyny prywatnej. Braki w dokumencie: obecna treść odnosi się do niedoboru kadr i cyfryzacji, ale nie definiuje strategii współpracy między sektorem publicznym i prywatnym, ani mechanizmów lepszego wykorzystania personelu i nowoczesnych technologii.

Proponowane uzupełnienie (do rozdziału: „Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia”): efektywne wykorzystanie potencjału kadr i sektora prywatnego.

System ochrony zdrowia zostanie wzmocniony poprzez optymalne wykorzystanie zasobów ludzkich, technologicznych i organizacyjnych zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym. Planowane jest wprowadzenie mechanizmów integracji i współpracy pomiędzy placówkami publicznymi i prywatnymi, szczególnie w zakresie opieki ambulatoryjnej, diagnostyki oraz rehabilitacji, w ramach modelu koordynowanej opieki zdrowotnej. Rozwijane będą nowe role zawodowe w systemie – koordynatorzy opieki, asystenci medyczni, analitycy danych zdrowotnych i specjaliści ds. telemedycyny – w celu odciążenia personelu medycznego i zwiększenia efektywności pracy. Technologie cyfrowe, automatyzacja procesów oraz sztuczna inteligencja zostaną wykorzystane do wspomagania decyzji klinicznych, zarządzania zasobami i planowania świadczeń.

- Strona 97, dodanie punktu 9, zapewnienie zrównoważonego finansowania systemu ochrony zdrowia. Braki w dokumencie: dokument opisuje działania strategiczne, ale nie wskazuje stabilnego modelu finansowania – brak wzmianek o dywersyfikacji źródeł, efektywności kosztowej czy inwestycjach długoterminowych.

Proponowane uzupełnienie (nowy podrozdział, np. w części „Zmiany w modelu zarządzania i organizacji systemu ochrony zdrowia”): zrównoważone finansowanie systemu ochrony zdrowia.

Dla zapewnienia stabilności i przewidywalności finansowania systemu ochrony zdrowia konieczne jest stopniowe zwiększanie nakładów publicznych na ochronę zdrowia przy równoczesnym podniesieniu efektywności wydatkowania środków.

System finansowania będzie oparty na analizie kosztów rzeczywistych świadczeń i wyników zdrowotnych (value-based healthcare). Rozwijane będą mechanizmy współfinansowania inwestycji zdrowotnych poprzez partnerstwa publiczno-prywatne (PPP), fundusze innowacji oraz środki europejskie. Usprawnione zostaną narzędzia kontroli i ewaluacji efektywności kosztowej programów zdrowotnych, co pozwoli kierować środki tam, gdzie przynoszą największe efekty zdrowotne. Kluczowym elementem będzie także wdrożenie zintegrowanego systemu monitorowania wydatków i rezultatów zdrowotnych, opartego na danych z NFZ, MZ, ZUS i GUS.

- **Załącznik nr 1**, uwagi do załącznika nr 1 do dokumentu - Plan działań na lata 2026-2029.

Konieczne jest uzupełnienie „Cele do końca roku 2026 ”:

1. Lekarz orzecznik medycyny pracy może wystawić zalecenia indywidualne uwzględniające pozazawodowe aspekty zdrowotne, które będą dostępne na platformie P1.
2. Wyniki badań wykonane w medycynie pracy są widoczne na platformie P1 dla pacjenta i dla jego lekarza POZ
3. Lekarz orzecznik medycyny pracy może zlecać badania w ramach programów profilaktycznych.
4. Karta badania profilaktycznego medycyny pracy jest dostępna na platformie P1.
5. Wdrożone są jednolite standardy kodowania badań w systemie ochrony zdrowia i w medycynie pracy.