

ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ

RAMY STRATEGICZNE ROZWOJU SYSTEMU OCHRONY
ZDROWIA NA LATA 2021–2027, Z PERSPEKTYWĄ DO 2030 R.

MINISTERSTWO ZDROWIA

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	3
Przegląd systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej	8
<i>Sytuacja demograficzno-epidemiologiczna ludności Rzeczypospolitej Polskiej</i>	8
Informacje ogólne	8
Długość życia i umieralność	10
Umieralność w Rzeczypospolitej Polskiej na tle przeciętnej sytuacji w krajach Unii Europejskiej ¹²	13
Najważniejsze grupy problemów zdrowotnych na podstawie utraconych lat życia w zdrowiu	19
Inne choroby istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego	21
Główne czynniki ryzyka chorób	24
Podjęte działania	26
<i>Organizacja systemu ochrony zdrowia</i>	26
Zarządzanie systemem ochrony zdrowia	28
Finansowanie opieki zdrowotnej	31
Ocena systemu ochrony zdrowia przez obywateli	35
Podjęte działania	36
<i>Organizacja świadczeń opieki zdrowotnej</i>	36
Opieka szpitalna	50
Podstawowa Opieka Zdrowotna i Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	55
Opieka długoterminowa	63
Rehabilitacja lecznicza	69
Podjęte działania	71
<i>Opieka koordynowana i deinstytucjonalizacja usług</i>	74
Podjęte działania	81
<i>Profilaktyka</i>	85
Szczepienia ochronne	86
Badania przesiewowe	88
Antybiotykooporność	88
Medycyna pracy	89
Podjęte działania	93
<i>Kadry w systemie ochrony zdrowia</i>	96
Wymienialność pokoleniowa	99
Rozwój innych zawodów związanych z ochroną zdrowia	99
Podejmowane działania	105
<i>Infrastruktura ochrony zdrowia</i>	106
Badanie stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych	107
Stan infrastruktury oddziałów szpitalnych	109
Stan infrastruktury komórek organizacyjnych/funkcjonalnych szpitali	111
Stan infrastruktury opieki ambulatoryjnej, opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej oraz opieki psychiatrycznej	112
Uwagi do powyższych analiz	112
Analiza stanu zasobów sprzętowych	116
Podjęte działania	122
<i>Technologie informatyczne</i>	127
Podjęte działania	131
<i>Innowacje, sektor b+r w medycynie</i>	135
Podjęte działania	

<i>Jakość w systemie ochrony zdrowia</i>	142
Podjęte działania	145
<i>Polityka oparta na wiedzy</i>	146
Podjęte działania	149
<i>Odpowiedź na stany nagłe</i>	150
<i>Diagnoza - Najważniejsze wnioski</i>	163
<i>Uwarunkowania strategiczne</i>	165
<i>System Zarządzania Rozwojem Polski</i>	165
<i>Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju</i>	167
<i>Strategie zintegrowane</i>	169
<i>Narodowy Program Zdrowia i Narodowa Strategia Onkologiczna</i>	170
<i>Umieszczenie dokumentu w Systemie Zarządzania Rozwojem Polski</i>	175
<i>Cele polityki zdrowotnej, kierunki interwencji i narzędzia ich wdrażania</i>	176
<i>Pacjent</i>	177
<i>Procesy</i>	181
<i>Rozwój</i>	185
<i>Finanse</i>	188
<i>Kierunki interwencji</i>	190
Kierunek interwencji 1. Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych	193
Kierunek interwencji 2. Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki	198
Kierunek interwencji 3: Poprawa dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia	205
Kierunek interwencji 4: Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa	213
Kierunek interwencji 5: Rozwój usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony zdrowia	222
Kierunek interwencji 6: Rozwój i upowszechnienie wykorzystania nowoczesnych i nowatorskich technologii w sektorze zdrowia	226
<i>System koordynacji, monitoringu i ewaluacji</i>	233
<i>Wykaz skrótów</i>	248
<i>Wykaz załączników</i>	
<i>Strategia Deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi</i>	
<i>Strategia Deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi</i>	

WPROWADZENIE

Pozostawanie w zdrowiu jest nie tylko warunkiem zachowania aktywności społecznej czy ekonomicznej, ale przede wszystkim jednym z kluczowych wymiarów dobrej jakości życia i włączenia społecznego. Zwiększenie długości życia w zdrowiu wpływa ostatecznie na poprawę jego jakości. Zdrowie jest także istotnym warunkiem rozwoju gospodarczego, gdyż zdrowe społeczeństwo przekłada się na większą produktywność oraz dłuższą aktywność zawodową. Stan zdrowia Polaków systematycznie się poprawia, ale w wielu aspektach – zwłaszcza w odniesieniu do chorób cywilizacyjnych, postępującego starzenia się społeczeństwa i zagrożeń epidemiologicznych – istnieją deficyty do wyeliminowania, do czego niezbędne jest m.in. kompleksowe wsparcie w postaci wdrożenia systemowych rozwiązań¹.

Ponadto system ochrony zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej od lat oceniany jest przez Polaków negatywnie, co pokazują cykliczne badania. Ponad połowa Polaków jest niezadowolonych z tego, jak funkcjonuje opieka zdrowotna. Niewiele poniżej 50% badanych uważa, że problemy z dostępnością i jakością świadczeń uzyskiwanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wynikają po części ze zbyt małych nakładów na opiekę zdrowotną, a po części z tego, że pieniądze, które się na ten cel przeznaczają, są źle wykorzystywane.

W naszym kraju od lat podejmowane są działania mające na celu poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych, przede wszystkim zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia. Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2018 r. wprowadziła stopniowy wzrost wydatków na ochronę zdrowia, które mają osiągnąć w 2023 r. poziom 6 proc. PKB, a obecnie jest planowany kolejny wzrost do 7 proc. PKB do 2027 r., co zostało ogłoszone w dokumencie programowym „Polski Ład”. Mimo podejmowania działań reformowania systemu ochrony zdrowia w okresie 2015–2019 wciąż dostrzec można bardzo ograniczoną poprawę w zakresie dostępności świadczeń zdrowotnych. Niedobór wynika nie tylko ze zbyt niskiego finansowania ochrony zdrowia, ale i z procesów demograficznych (starzenia się). Dodatkowo, mamy do czynienia z narastającymi brakami kadrowymi i starzeniem się kadr w ochronie zdrowia. Problemy w sektorze pogłębiła narastająca nieefektywność w zakresie POZ oraz zbyt duży rozrost najdroższej formy opieki, tj. szpitalnictwa. Coraz powszechniejsze staje się przekonanie, że polski system ochrony zdrowia zbliża się do granic swoich możliwości reagowania na nowe wyzwania, co grozi jego głęboką zapaścią pod naciskiem zjawisk demograficznych i epidemiologicznych. Dlatego niezbędne jest podjęcie dobrze zaplanowanej, spójnej oraz rozłożonej na wiele lat polityki rozwoju systemu ochrony zdrowia o ewolucyjnym i strategicznym charakterze.

Głównym dokumentem strategicznym, określającym kierunki rozwoju Rzeczypospolitej Polskiej jest „Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)”. Dokument przyjęty przez Radę Ministrów 14 lutego 2017 r. jako strategia rozwoju w myśl ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2021 r. poz. 1057), określa cele rozwojowe w obszarze średnio- i długofalowej polityki gospodarczej. Przedmiotowa strategia wyznaczyła nowe zasady, cele i priorytety rozwoju kraju w wymiarze gospodarczym, społecznym, w tym zdrowotnym, i przestrzennym. W ramach jej obowiązuje przyjęta również na wielu forach międzynarodowych koncepcja „zdrowia we wszystkich politykach państwa”. Oznacza ona, że wszyscy czerpią korzyści z dobrego zdrowia,

¹ "Trwanie życia w zdrowiu w Polsce latach 2009-2019": link: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-zdrowiu-w-polsce-w-latach-2009-2019,4,1.html> (strona 20: Tablica 3 i Wykres 3).

ponieważ poprawia ono wydajność pracowników, zwiększa zdolność do nauki, wzmacnia rodziny i społeczności, wspiera samowystarczalne siedliska i środowiska oraz przyczynia się do poprawy bezpieczeństwa, zmniejszenia ubóstwa i lepszego zabezpieczenia społecznego.

W Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)" zawarte są rekomendacje dla polityk publicznych. Zgodnie z wyżej przytoczoną ustawą polityką publiczną jest dokument określający podstawowe uwarunkowania, cele i kierunki rozwoju kraju w wymiarze społecznym, gospodarczym i przestrzennym w danej dziedzinie lub na danym obszarze, które wynikają bezpośrednio ze strategii rozwoju. Dokument strategiczny - „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” stanowi politykę publiczną w rozumieniu koncepcji systemu zarządzania rozwojem Rzeczypospolitej Polskiej realizowanego na podstawie ww. ustawy. Identyfikuje on główne wyzwania oraz wskazuje kierunki zmian i rozwoju systemu ochrony zdrowia.

Dokument ten stanowi kontynuację „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne” (Policy Paper), który przedstawiał długofalową wizję rozwoju systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej, a także cele strategiczne oraz narzędzia ich realizacji w latach 2014-2020. Policy Paper był pierwszym dokumentem w skali europejskiej, który w tak dokładny sposób opisywał stan krajowego systemu ochrony zdrowia. Celem do opracowania i wdrożenia niniejszego dokumentu strategicznego są zobowiązania Rzeczypospolitej Polskiej jako członka Unii Europejskiej. W związku z możliwością korzystania ze środków unijnych na realizację określonych działań w ramach funduszy polityki spójności, wszystkie kraje członkowskie są zobowiązane do spełniania warunków podstawowych dla perspektywy 2021-2027 w poszczególnych obszarach. W obszarze zdrowia jako warunek podstawowy wskazano posiadanie krajowych lub regionalnych strategicznych ram polityki zdrowotnej, składający się z 3 elementów:

- mapowanie potrzeb zdrowotnych i opieki długoterminowej, w tym personelu medycznego i opiekuńczego;
- środki, które zapewnią skuteczność, trwałość, dostępność i przystępność usług zdrowotnych i opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem osób wykluczonych z systemów opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, w tym tych, do których najtrudniej jest dotrzeć;
- środki promowania usług środowiskowych i rodzinnych poprzez deinstytucjonalizację, w tym profilaktyka i podstawowa opieka zdrowotna, opieka domowa i usługi środowiskowe.

Niniejszy dokument strategiczny wypełni dwa ostatnie kryteria warunkowości podstawowej.

Kwestia zapewnienia odpowiedniego poziomu opieki zdrowotnej jest elementem podkreślanym w wielu dokumentach międzynarodowych. W ramach dokumentu strategicznego Organizacji Narodów Zjednoczonych na najbliższe lata Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030 jako cel nr 3 określono zapewnienie wszystkim ludziom w każdym wieku zdrowego życia oraz promowanie dobrobytu. Na poziomie Unii Europejskiej na najbliższe lata dokumentem określającym główne wyzwania dla Wspólnoty jest dokument Europejski Zielony Ład dla Unii Europejskiej (UE) i jej obywateli. Jest to nowa strategia na rzecz wzrostu, której celem jest przekształcenie UE w sprawiedliwe i prosperujące społeczeństwo, żyjące w nowoczesnej i konkurencyjnej gospodarce, która w 2050 r. osiągnie zerowy poziom emisji gazów cieplarnianych netto i w ramach której wzrost gospodarczy będzie oddzielony od wykorzystania zasobów naturalnych. Jej celem jest również ochrona, zachowanie i poprawa

kapitału naturalnego UE oraz ochrona zdrowia i dobrostanu obywateli przed zagrożeniami i negatywnymi skutkami związanymi ze środowiskiem.

Wybuch pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 w 2020 r. ograniczył planowane działania reformatorskie, zahamował rozwój gospodarczy państw, i przede wszystkim spowodował ogromne obciążenie systemu ochrony zdrowia. Pandemia zaostrzyła problemy z jakimi od lat borykała się opieka zdrowotna w Rzeczypospolitej Polskiej.

„Zdrowa przyszłość” jest najważniejszym dokumentem strategicznym w ochronie zdrowia do 2027 roku z perspektywą do 2030 roku. Przedstawia główne działania oraz niezbędne kierunki zmian, które należy podjąć, aby zapewnić obywatelom dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Wyznaczone cele i narzędzia stanowią ramy strategiczne dla działań wszystkich instytucji w ochronie zdrowia. Skupia w sobie założenia ze społeczno-ekonomicznego programu „Polski Ład”, gdzie system ochrony zdrowia stanowi jeden z głównych obszarów oraz uwzględnia wytyczne Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności. Odnosi się także do innych kluczowych dokumentów przygotowanych przez Ministerstwo Zdrowia, w szczególności do Narodowego Programu Zdrowia i Narodowej Strategii Onkologicznej.

Dokument ten jest również realizacją postulatów wypracowanych na drodze szerokich konsultacji społecznych prowadzonych w ramach ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia „Wspólnie dla Zdrowia” w gronie wybitnych ekspertów i praktyków systemu ochrony zdrowia. Znaczącą rolę w opracowaniu założeń do niniejszego dokumentu odegrał zespół ekspertów pod przewodnictwem prof. Piotra Czauderny oraz zespół ds. opiniowania zmian w ochronie zdrowia pod przewodnictwem prof. Tomasza Hryniewieckiego.

Niniejszy dokument strategiczny określa ramy strategiczne koniecznych do podjęcia działań w ramach systemu ochrony zdrowia. Identyfikuje on główne wyzwania w systemie ochrony zdrowia oraz wskazuje kierunki zmian. Stanowi kompleksową odpowiedź na nowe wyzwania stojące przed szeroko definiowaną polityką społeczno-gospodarczą współczesnego państwa, w tym przede wszystkim w obszarze zdrowia. Oczekiwanym efektem realizacji projektowanej polityki publicznej jest wydłużenie trwania życia w zdrowiu i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa. Realizacja powyższego celu nie może się odbyć bez zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej poprawiającej zdrowotność obywateli poprzez zmiany w systemie opieki zdrowotnej, poprawę jakości i dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz lepszego dopasowania opieki zdrowotnej do zmieniających się trendów demograficznych. Zatem wizją przyświecającą wdrożeniu tego dokumentu jest przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia przyczyniający się do poprawy dobrostanu społeczeństwa.

Dokument w pierwszej części syntetycznie podsumowuje główne elementy demografii, epidemiologii oraz opisuje główne elementy systemu ochrony zdrowia. Zawiera ona przedstawienie sytuacji demograficzno-epidemiologicznej ludności oraz przegląd systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej: organizację systemu ochrony zdrowia, organizację świadczeń zdrowotnych, opiekę koordynowaną i deinstytucjonalizację, profilaktykę, kadry, infrastrukturę w systemie ochrony zdrowia, technologie informatyczne, innowacje, sektor B+R w medycynie, jakość w systemie ochrony zdrowia, naukę, odpowiedź na stany nagłe. W ramach diagnozy korzystano z wielu różnych źródeł, w tym z mapy potrzeb zdrowotnych.

W dalszej części dokumentu wskazano najistotniejsze uwarunkowania strategiczne realizacji polityki w ochronie zdrowia. Następnie zdefiniowano wizję oraz cele pogrupowane w obszary: pacjent, procesy, rozwój, finanse. Dla zrealizowania wizji wskazano 15 Celów, które będą realizowane poprzez sześć Kierunków interwencji wyznaczonych do realizacji tych Celów.

Gwoli ułatwienia realizacji Celów Kierunki interwencji zostały podzielone na Narzędzia – jest ich 18. Zarówno cele, jak i kierunki interwencji są ze sobą związane i wynikają z diagnozy.

Dołączona strategia deinstytucjonalizacji składa się również z części diagnostycznej, zawierającej demografię i epidemiologię, opis sytuacji zdrowotnej osób starszych i osób z zaburzeniami psychicznymi, potrzeby oraz szeroki opis obecnie dostępnego wsparcia, czyli opis dostępnej opieki zdrowotnej w ramach systemu ochrony zdrowia tj., opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz opieki psychiatrycznej, z podziałem na opiekę ambulatoryjną, szpitalną i domową oraz dzienną. Jeden rozdział poświęcono opiece nieformalnej. Określono cel główny, którym w zakresie opieki nad osobami starszymi jest poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów w środowisku lokalnym. Następnie wskazano poniższe obszary strategiczne:

1. Rozwój zasobów kadrowych;
2. Rozwój form opieki dziennej;
3. Rozwój form opieki domowej;
4. Rozwój innowacyjnych form opieki;
5. Wsparcie opiekunów nieformalnych;
6. Koordynacja opieki środowiskowej.

Natomiast w zakresie opieki psychiatrycznej celem głównym jest poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym populacji oraz zapewnienie odpowiednich warunków opieki w ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Zaproponowano realizację działań z zakresu deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej w następujących obszarach:

1. Inwestycje w kadry - poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii, jak również kadr innych specjalizacji zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego;
2. Inwestycje w system - zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej;
3. Inwestycje w system - zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej;
4. Inwestycje infrastrukturalne – dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
5. Inwestycje w zdrowie populacji – promocja zdrowia psychicznego, prewencja samobójstw i zachowań autoagresywnych.

Każdy obszar strategiczny ma cel szczegółowy i przypisane do niego konkretne działania jego realizacji.

Osobne części poświęcone są systemowi koordynacji i wdrażania, a także monitorowania i ewaluacji oraz wskaźnikom realizacji celów projektowanego dokumentu strategicznego.

Projektowany dokument ustalony zostanie na okres 7-mio letni, tj. na lata 2021-2027, z perspektywą wydłużenia o kolejne 3 lata, do 2030 r.

Niniejszy dokument określa ramy strategiczne koniecznych działań. Jego uzupełnieniem na poziomie operacyjnym będą m.in. plany transformacji – krajowy i wojewódzkie, które zastąpią regionalne priorytety polityki zdrowotnej i stanowić będą istotny element operacjonalizacji wniosków z mapy potrzeb zdrowotnych.

Dokument, także obejmuje działania przewidziane do finansowania zarówno ze środków krajowych, jak i funduszy europejskich. Sposób zarządzania zarówno środkami budżetowymi,

jak i środkami funduszy europejskich, jest uregulowany w odrębnych przepisach, podobnie jak sposób ubiegania się o finansowanie przedsięwzięć z tych środków. Realizacja dokumentu nie wpływa na zmiany w przepisach w zakresie zarządzania przepływami finansowymi i ich wielkością. Takie rozwiązanie wyróżnia niniejszy dokument i odróżnia go od pierwszego tego typu dokumentu, jakim był Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Wówczas wspomniany dokument był podstawą do wydatkowania środków jedynie z funduszy europejskich.

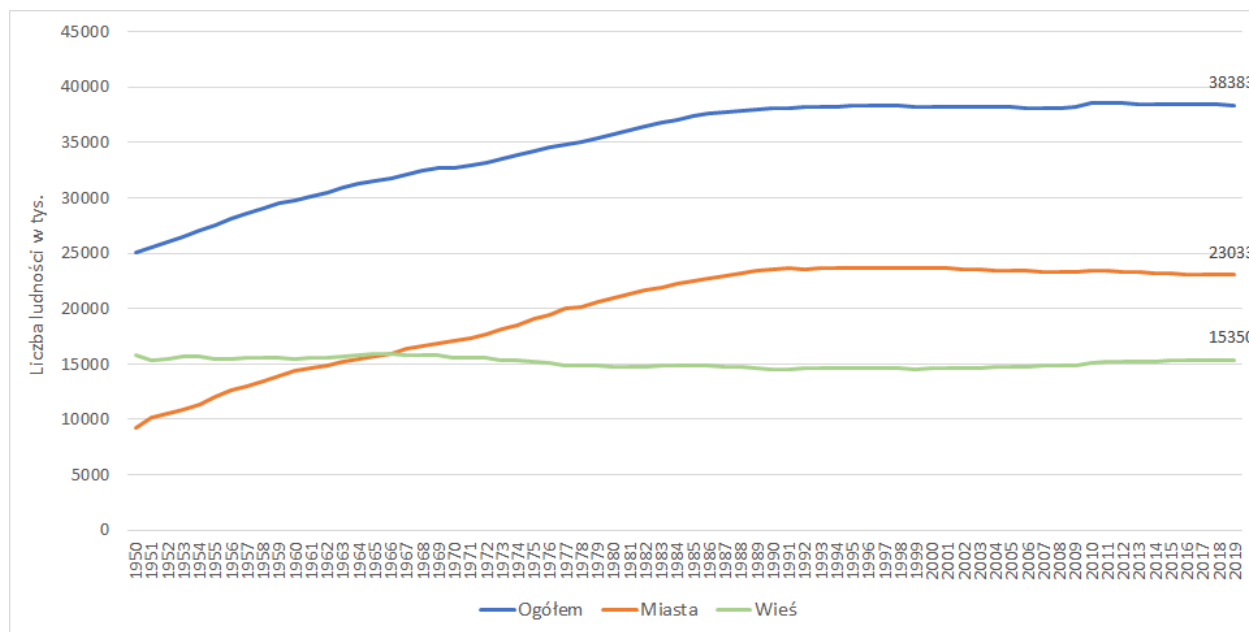
PRZEGLĄD SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

SYTUACJA DEMOGRAFICZNO-EPIDEMIOLOGICZNA LUDNOŚCI RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Informacje ogólne

Według danych Eurostat², mieszkańcy Rzeczypospolitej Polskiej stanowili w 2019 roku 8,5% ogółu ludności UE-27. Liczba ludności Polski, która zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w grudniu 2019 r. wyniosła 38 383 tys. osób, jest dosyć ustabilizowana, ale od roku 2011 nieznacznie się zmniejsza. O ile na obszarach wiejskich po roku 1991 występuje jej powolny wzrost, o tyle na obszarach miejskich po roku 1999 występuje jej niewielki spadek (Ryc. 1).

Rycina 1. Liczba ludności Polski ogółem oraz w miastach i na wsi w latach 1950–2019



(źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS)

²https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_gind&lang=en; dostęp z dnia 2.04.2021

Liczba ludności Rzeczypospolitej Polskiej będzie stopniowo się zmniejszać i w 2030 r. może wynosić wg GUS ok. 37 185 tys.³, a wg prognozy Eurostatu 37 398 tys.⁴, tzn. 7,2% ogółu ludności UE-28⁵.

Udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat powoli, ale systematycznie zmniejsza się od drugiej połowy lat 80. w 2019 r. osoby w tym wieku stanowiły 20% ogółu ludności Rzeczypospolitej Polskiej. Natomiast w tym samym czasie stopniowo zwiększał się udział osób w wieku 65 lat i więcej – w 2019 r. stanowiły one 18,1% ogółu populacji.

Według prognozy Eurostat⁶ odsetek ludności w wieku 80 lat i starszym w Unii Europejskiej wzrośnie z 5,8% do 14,6% między rokiem 2019 a 2100. Ludność Rzeczypospolitej Polskiej jest przeciętnie młodsza niż większości krajów Unii Europejskiej (UE-28). Według danych Eurostatu na rok 2019, mediana wieku mieszkańców całej Unii wynosiła 43,3 lata, a Rzeczypospolitej Polskiej 41,0 lat, natomiast odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wynosił odpowiednio 20,3% i 17,7%. Jak wynika z prognoz opracowanych przez Eurostat, ta korzystna dla Rzeczypospolitej Polskiej różnica będzie się stopniowo zmniejszać.

Jednocześnie prognozowany jest ponad dwukrotny wzrost (do poziomu ok. 10% w 2050 r.) udziału osób w wieku 80 i więcej lat. Trend ten został oszacowany pomimo gorszych wskaźników Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie umieralności oraz przewidywanego krótszego życia w stosunku do innych krajów Europy⁷ (Ryc. 2).

³Waligórska M., Kostrzewa Z., Potyra M., Rutkowska L. [2014] Prognoza ludności na lata 2014–2050, GUS <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na--lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html> (dostęp 13.08.2020)

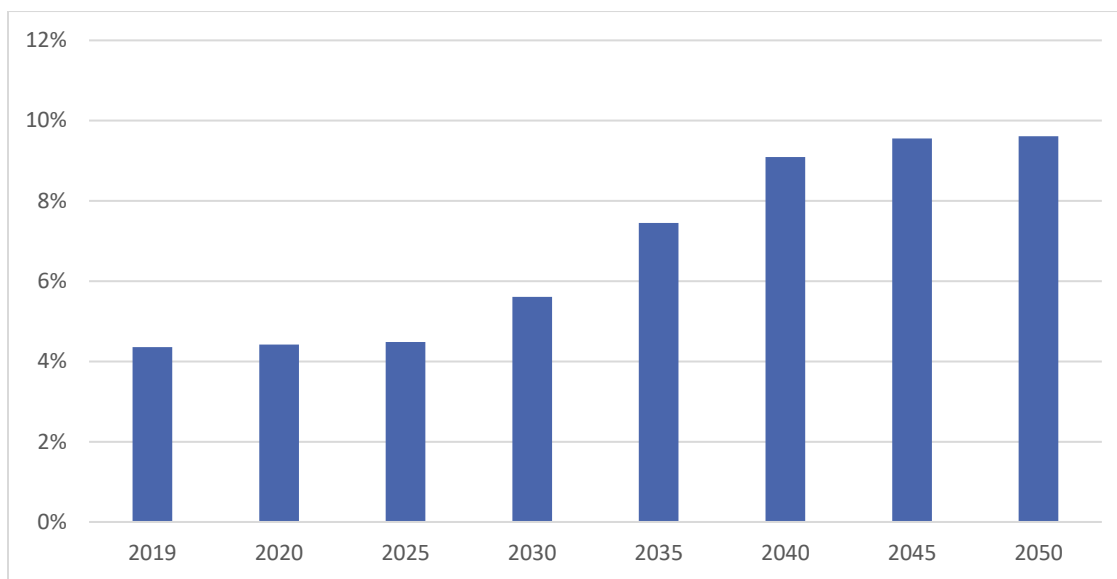
⁴Population on 1st January by age, sex and type of projection
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/proj_19np/default/table?lang=en (dostęp 11.01.2021)

⁵ Państwa EU-28: Belgia, Bułgaria, Czechy, Dania, Niemcy, Estonia, Irlandia, Grecja, Hiszpania, Francja, Chorwacja, Włochy, Cypr, Łotwa, Litwa, Luksemburg, Węgry, Malta, Holandia, Austria, Polska, Portugalia, Rumunia, Słowenia, Słowacja, Finlandia, Szwecja, Wielka Brytania

⁶ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing#The_share_of_elderly_people_continues_to_increase

⁷ Population on 1st January by age, sex and type of projection
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/proj_19np/default/table?lang=en (dostęp 11.01.2021)

Rycina 2. Prognoza ludności Rzeczypospolitej Polskiej w wieku 80 lat i więcej (w%)



(źródło: opracowanie DAS na podstawie danych EUROSTAT,
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/PROJ_19NP__custom_976176/default/table?lang=en)

Konsekwencją tego będzie wzrost mediany wieku Polaków – do prawie 50 lat w 2050 roku. Będzie to drugi w krajach Unii Europejskiej najwyższy prognozowany wzrost przeciętnego wieku w populacji: do poziomu o cztery lata wyższego niż mediana dla całej Unii Europejskiej⁸.

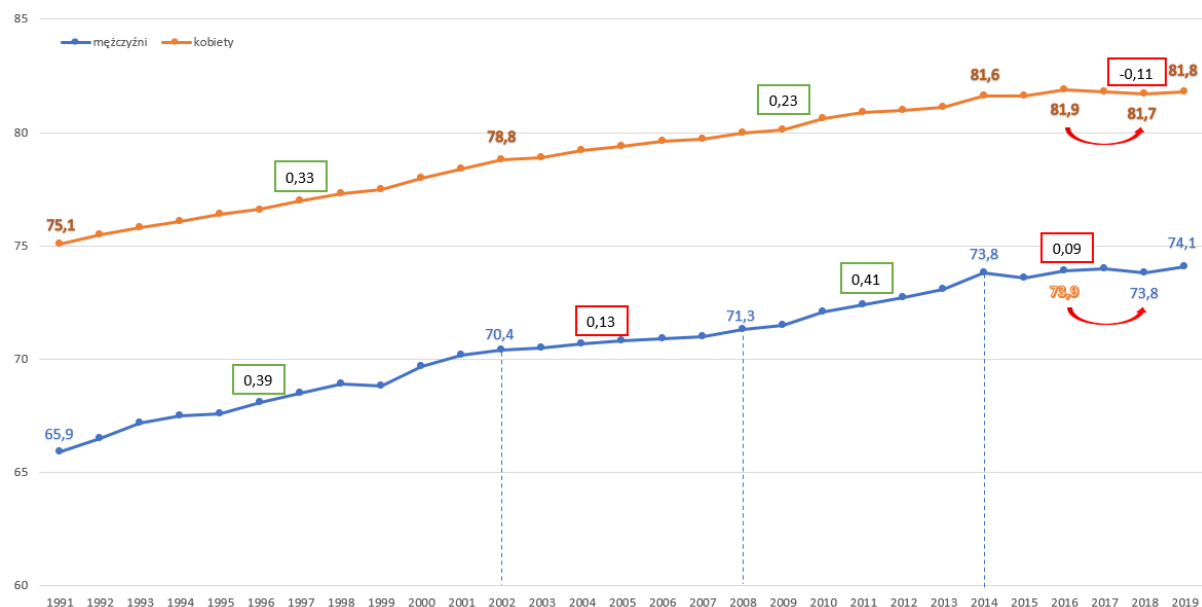
Długość życia i umieralność

Według danych GUS w roku 2019 przeciętna długość życia mężczyzn wynosiła 74,1 lat, a kobiet była o 7,7 roku dłuższa i wynosiła 81,8 lat. Długość życia mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej systematycznie wydłużała się od 1991 do 2014 r. Od 2015 r. ten wzrost uległ wyraźnemu zahamowaniu, a w przypadku kobiet w latach 2016-2018 wystąpił nawet trend spadkowy (Ryc. 3). Między rokiem 2018 a 2019 nastąpił niewielki wzrost przeciętnej długości życia, zarówno w przypadku kobiet jak i mężczyzn.

Rycina 3 przedstawia przeciętną długość życia mężczyzn i kobiet w Rzeczypospolitej Polskiej w latach 1991–2018. W ramach wskazano przeciętne roczne tempo zmian długości życia w danym okresie między latami istotnej zmiany (liczba lat/rok kalendarzowy). Wartości w ramach czerwonych odnoszą się do okresów powolnego wzrostu lub spadku, natomiast w ramach zielonych do okresów szybszego wzrostu.

⁸ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020); ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu, str. 25.

Rycina 3. Przeciętna długość życia mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1991–2019 –trendy oraz przeciętne roczne tempo zmian



(źródło: analiza NIZP-PZH na podstawie danych GUS, 2018)

Wydłużenie życia mężczyzn po roku 1991 wynikało przede wszystkim z obniżenia umieralności przedwcześnie (tj. przed 65. rokiem życia). Natomiast w przypadku kobiet wydłużenie życia po 1991 r. wynikało w ponad połowie przypadków ze zmniejszenia umieralności kobiet w starszym wieku (tj. po 65. roku życia).⁹

Szacuje się, że około połowa różnicy długości życia mężczyzn i kobiet wynika z wyższej umieralności mężczyzn w wieku aktywności zawodowej, tj. 25–64 lata. Długość życia mieszkańców Polski różni się w zależności od zamieszkania na wsi albo w małych lub dużych miastach, a zróżnicowanie, aczkolwiek niezbyt duże, ma charakter dosyć trwały.

W najbardziej niekorzystnej sytuacji zdrowotnej są mieszkańcy najmniejszych miast – poniżej 5 tys. ludności, których średnia długość życia jest najkrótsza, natomiast przeciętnie najdłużej żyją mieszkańcy największych miast – powyżej 500 tys. mieszkańców.¹⁰ Zróżnicowanie długości życia związane z tak określonym miejscem zamieszkania jest większe w przypadku mężczyzn niż kobiet.

Kolejnym ważnym czynnikiem różnicującym długość życia Polaków jest poziom ich wykształcenia. Jak wynika z szacunków Eurostatu¹¹, w 2017 r. w Rzeczypospolitej Polskiej długość życia wśród mężczyzn z wykształceniem wyższym wynosiła o ok. 7,7 lat więcej niż wśród mężczyzn z wykształceniem średnim (włączając do tej grupy wykształcenie zasadnicze zawodowe), a o ok. 12,5 roku więcej niż wśród mężczyzn z wykształceniem gimnazjalnym i niższym.

⁹ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, red. Wojtyński B., Goryński P., Moskalewicz B.; Warszawa 2012, NIZP-PZH.

¹⁰ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, red. Wojtyński B., Goryński P., Moskalewicz B.; Warszawa 2012, NIZP-PZH.

¹¹ https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpecedu&lang=en

W przypadku kobiet różnice związane z poziomem wykształcenia były znacznie niższe niż wśród mężczyzn i wynosiły odpowiednio 2,1 i 3,9 lat.

Według szacunków Eurostatu (2018 r.) mężczyźni w Rzeczypospolitej Polskiej żyją 73,7 lat¹², tj. o ok. 4,5 lat krócej niż wynosi średnia długość życia mieszkańców UE (78,2 lata¹³). Trzeba zwrócić uwagę, że te niekorzystne dla polskich mężczyzn różnice nie ulegają poprawie.

W przypadku kobiet różnice są mniejsze. W 2018 roku średnia długość życia Polek wynosiła 81,7 lat¹⁴, była o ok. 2 lata krótsza niż wartość dla ogółu mieszanek UE (83,7 lat¹⁵). W przeciwieństwie do sytuacji obserwowanej wśród mężczyzn niekorzystna różnica w długości życia Polek ulega zmniejszeniu.

Z analiz przeprowadzonych przez NIZP-PZH-PIB wynika, że krótsze życie polskich mężczyzn w decydującym stopniu odpowiada ich większa niż w innych krajach UE umieralność w wieku aktywności zawodowej (25–64 lata), przede wszystkim w wieku 45–64 lata, która odpowiada w ok. 45% za ich krótsze życie¹⁶. W przypadku kobiet w Rzeczypospolitej Polskiej to, że żyją one krócej niż mieszkanki porównywanych krajów UE w ponad połowie, wynika z wyższej umieralności w starszym wieku (65 lat i więcej). Niemniej jednak, w większości przypadków wyższa umieralność Polek w wieku 25–64 lata wciąż w znaczącym stopniu (w ponad 40%) jest odpowiedzialna za ich przeciętnie krótsze życie w porównaniu z mieszkankami państw Europy Zachodniej¹⁷.

Ogólny rzeczywisty poziom umieralności w Rzeczypospolitej Polskiej w latach 1991–2018 utrzymuje się na zrównoważonym poziomie z niewielką tendencją rosnącą, zwłaszcza w ostatnich latach, podczas gdy standaryzowane względem wieku współczynniki umieralności¹⁸ miały trend spadkowy do roku 2016 w przypadku mężczyzn i 2014 w przypadku kobiet.

Umieralność w Rzeczypospolitej Polskiej na tle przeciętnej sytuacji w krajach Unii Europejskiej

Poziom umieralności z powodu głównych przyczyn zgonów jest w Polsce wyższy niż przeciętny w krajach Unii Europejskiej. W celach porównawczych określono standaryzowane współczynniki umieralności. Ich procentową nadwyżkę dla Polski względem średnich dla ogółu krajów UE w 2019 r. zaprezentowano poniżej (Ryc. 4).

¹² <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/10186/10994376/PL-EN.pdf>

¹³ <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20200930-1>

¹⁴ <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/10186/10994376/PL-EN.pdf>

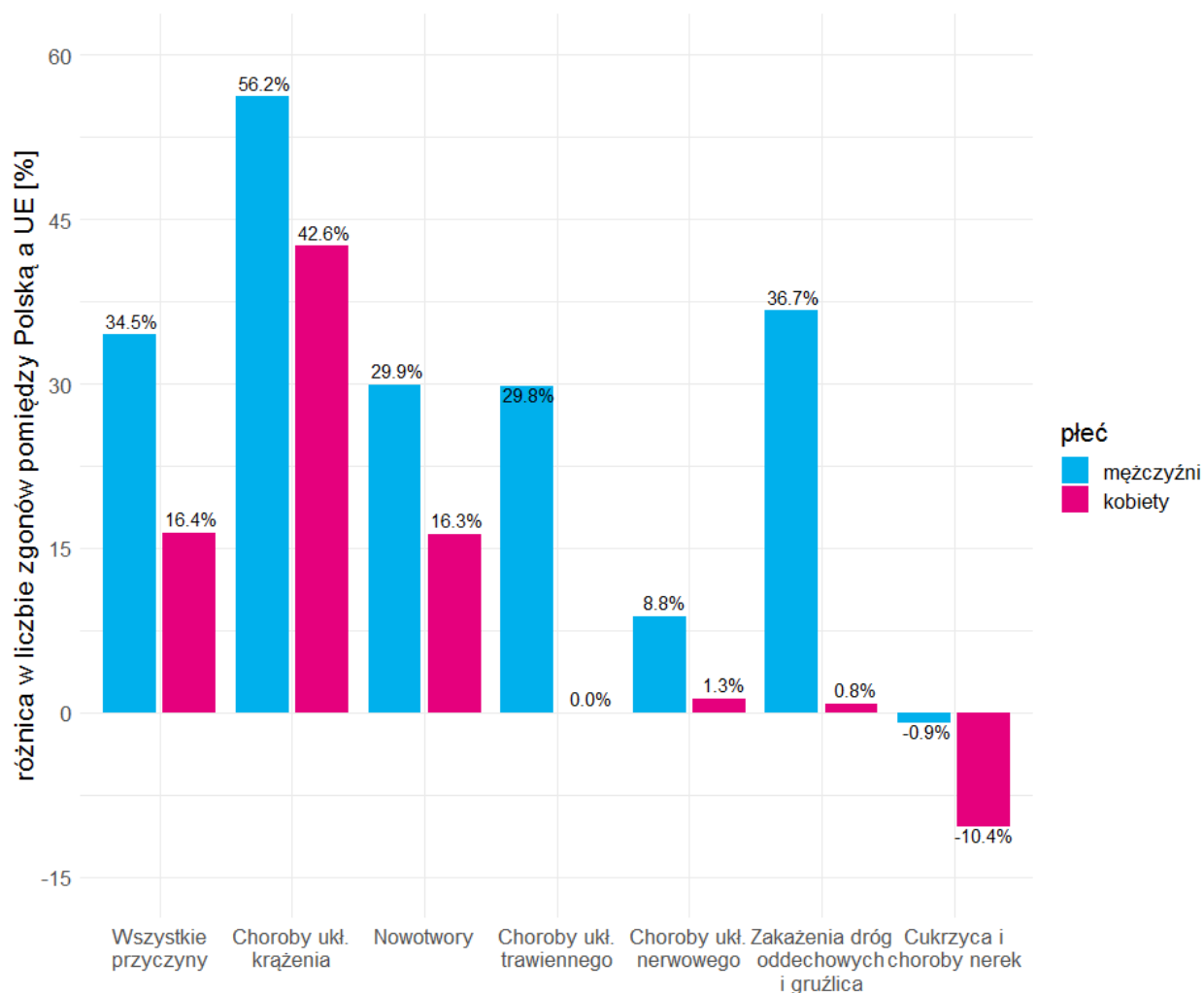
¹⁵ <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20200930-1>

¹⁶ Wojtyński B., Stokwizewski J., Rubikowska B., Goryński P., Zdrojewski T.; *Długość życia i umieralność ludności Polski* [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, red. Wojtyński B., Goryński P.; Warszawa 2018, NIZP-PZH.

¹⁷ Wojtyński B., Stokwizewski J., Rubikowska B., Goryński P., Zdrojewski T.; *Długość życia i umieralność ludności Polski* [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, red. Wojtyński B., Goryński P.; Warszawa 2018, NIZP-PZH.

¹⁸ **Standaryzowany wg wieku współczynnik zachorowalności (umieralności)** określa, ile zachorowań (zgonów) wystąpiłoby w badanej populacji, gdyby struktura wieku tej populacji była taka sama jak struktura wieku populacji przyjętej za standard. Jako populację standardową można wybrać standardową populację świata lub Europy. Definicja dotyczy całego dokumentu.

Rycina 4. Różnice w wartościach współczynników zgonów pomiędzy Polską a krajami UE w 2019 r.



(źródło: opracowanie DAS MZ na podstawie IHME GBD, 2020)

Rzeczpospolita Polska na tle krajów UE charakteryzuje się znacznie wyższą umieralnością zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn. Nadumieralność mężczyzn w Polsce spowodowana jest głównie: chorobami układu krążenia, nowotworami, chorobami układu trawiennego i zakażeniami dróg oddechowych wraz z gruźlicą. Z kolei, w przypadku kobiet nadwyżka umieralności względem średniej UE jest spowodowana chorobami układu krążenia oraz nowotworowymi. Spośród wszystkich głównych przyczyn zgonów, jedynie cukrzyca i choroby nerek powodują w Polsce niższą umieralność względem średniej UE.

Najważniejsze grupy problemów zdrowotnych na podstawie utraconych lat życia w zdrowiu

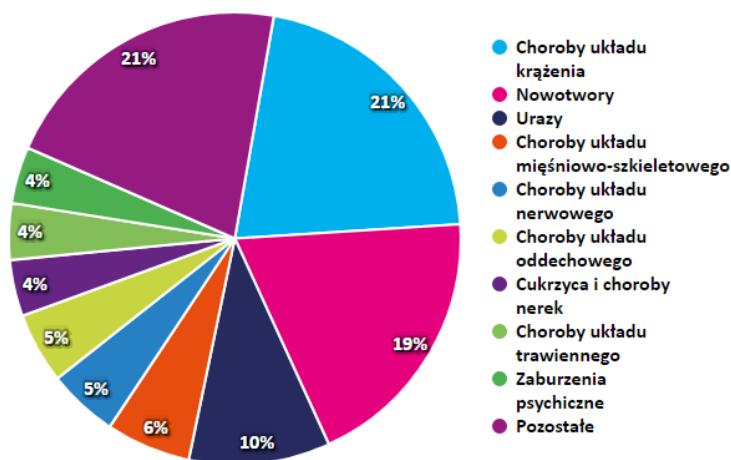
Obecnie w analizach epidemiologicznych coraz więcej uwagi przywiązuje się nie tylko do długości życia, ale również do jego jakości. Określenie jakości życia wymaga zastosowania wskaźnika, który pozwala ją obliczyć za pomocą jednoznacznej miary. W kontekście problemów zdrowotnych jakość życia można rozpatrywać przez pryzmat liczby lat przeżytych

w niesprawności z powodu wystąpienia choroby lub zdarzenia losowego. Takie założenie przyjęto m.in. w ramach metodyki GBD IHME, w której wskaźnikiem określającym liczbę lat życia przeżytych w niesprawności jest YLD (ang. *Years of Disability*). W przypadku części problemów zdrowotnych określenie lat życia przeżytych w niesprawności nie jest jednak wystarczającą miarą. Dotyczy to przede wszystkim tych problemów zdrowotnych, które kończą się nagłym zgonem pacjenta. W takiej sytuacji bardziej zasadne jest określenie, ile potencjalnych lat życia zostało utracone. Miarą określającą to zjawisko w zastosowanej metodyce jest wskaźnik YLL (ang. *Years of Life Lost*).

Na podstawie wartości wskaźników YLL i YLD możliwe jest porównanie problemów zdrowotnych w ramach każdego z nich osobno. Aby porównać problemy zdrowotne niezależnie od ich charakterystyki, stosuje się wskaźnik DALY (ang. *Disability Adjusted Life-Years*), stanowiący sumę YLL i YLD. Określa on liczbę utraconych lat życia w zdrowiu.

Na podstawie wartości wskaźnika DALY zaobserwowano, że w Polsce w 2019 r. najwięcej lat życia w zdrowiu utracono z powodu chorób układu krążenia (21% całkowitej wartości DALY), nowotworów (19% DALY) oraz urazów (10% DALY). Poniżej przedstawiono charakterystyki dla tych grup problemów zdrowotnych oraz pozostałych, które uplasowały się najwyżej w rankingu DALY w 2019 r.

Rycina 5. Najważniejsze grupy problemów zdrowotnych wg DALY w 2019 r.



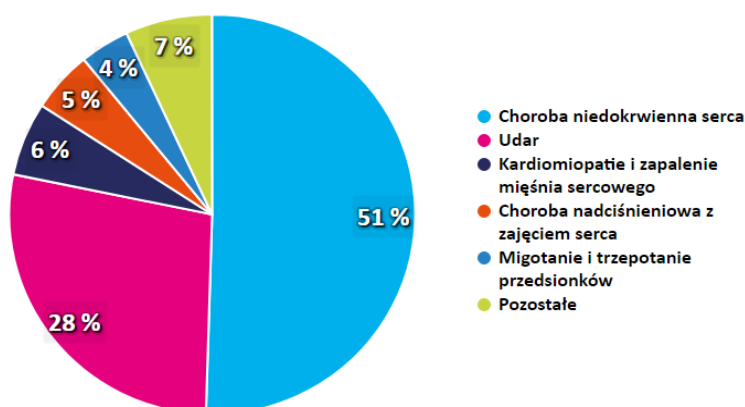
(źródło: opracowanie DAS MZ na podstawie IHME GBD, 2020)

CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA

Choroby układu krążenia, kwalifikowane jako choroby cywilizacyjne, są od wielu lat największym zagrożeniem życia Polaków. Na ich rozwój wpływa wiele czynników związanych ze współczesnym stylem życia, m.in.: nieodpowiednia dieta, palenie tytoniu i nadmierne spożycie alkoholu, stres i brak aktywności fizycznej. Na przestrzeni dwudziestu lat (1999-2019) liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia zmalała o 3,6%, jednak pomimo tej pozytywnej tendencji ChUK nadal zabierają najwięcej lat życia w zdrowiu. W ramach grupy największe wartości DALY od 1999 r. dotyczyły choroby niedokrwiennej serca, która w 2019 r. była odpowiedzialna za 51% DALY dla ChUK. Na drugim miejscu uplasowały się udary,

stanowiące 28% DALY, natomiast na trzecim – kardiomiopatie i zapalenie mięśnia sercowego generujące 6% wartości wskaźnika (Ryc. 6).

Rycina 6. Struktura utraconych lat życia w zdrowiu (DALY) z powodu chorób układu krążenia w 2019 r.



(źródło: opracowanie DAS MZ na podstawie IHME GBD, 2020)

Najczęstszą przyczyną zgonów wśród ChUK jest choroba niedokrwienna serca, co potwierdza wartość wskaźnika YLL dla tego problemu zdrowotnego. Rozpatrując liczbę zgonów, z powodu ChNS umiera więcej kobiet niż mężczyzn, jednak wynika to z dłuższej przeciętnej długości życia kobiet. Po wyeliminowaniu różnic w strukturach wieku dla obu płci, ChNS są znacznie większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet.¹⁹

NOWOTWORY

W odróżnieniu od ChUK, liczba zgonów z powodu nowotworów wzrosła o ponad 26% na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat (1999-2019). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) kwalifikuje nowotwory jako choroby cywilizacyjne, czyli takie, które nasilają się globalnie i są wynikiem zmian stylu życia i stanu środowiska. Wzrost umieralności z powodu chorób nowotworowych wynika zarówno ze zjawiska starzenia się ludności oraz z nasilonego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze. Według prognoz do 2028 r. nastąpi wzrost liczby zachorowań na nowotwory wśród kobiet o 3,5% i o 3,9% wśród mężczyzn²⁰.

Rzeczpospolita Polska na tle UE, jest krajem o wciąż relatywnie niskiej zachorowalności na nowotwory złośliwe, ale wysokiej umieralności z ich powodu, w tym znacznie wyższej u osób poniżej 65. roku życia²¹. Najwięcej lat życia w zdrowiu w Polsce w 2019 r. utracono z powodu nowotworu złośliwego tchawicy oskrzeli i płuc, dla którego wartość DALY stanowiła 26% łącznej wartości wskaźnika dla całej grupy (Ryc. 7). Na drugim miejscu uplasował się nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy, dla którego wartość DALY była dwukrotnie niższa. Najwięcej utraconych lat życia w zdrowiu z powodu obu rodzajów nowotworów dotyczyło mężczyzn – w przypadku pierwszego z nich DALY stanowiło ponad 70% wartości wskaźnika, a drugiego – prawie 60%. Odwrotną zależność zaobserwowano w przypadku nowotworu sutka, który uplasował się na trzecim miejscu w rankingu DALY. Dotyczył on przeważnie kobiet, dla których wartość wskaźnika stanowiła prawie 99% jego wartości dla obu

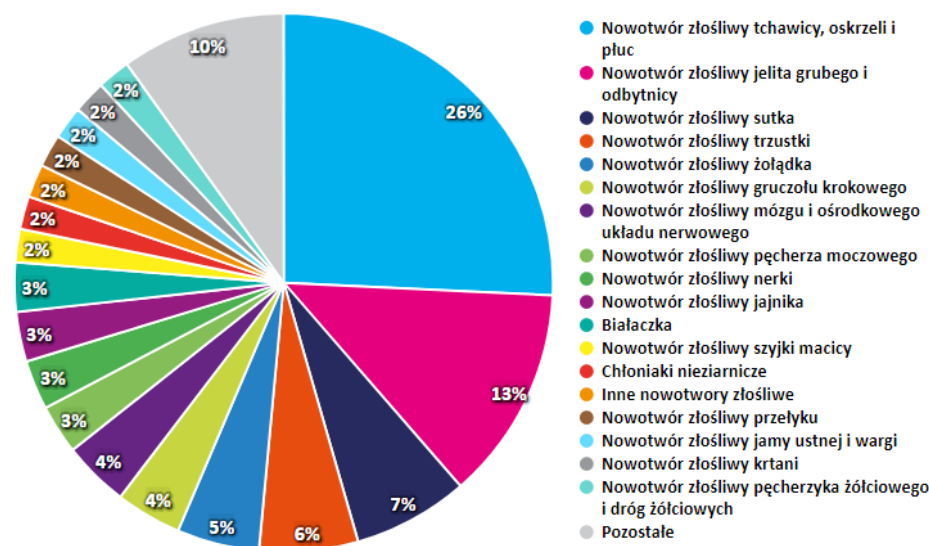
¹⁹ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, dostęp w dniu 15.01.2021 r.

²⁰ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3369>, dostęp w dniu 15.01.2021 r.

²¹ Program wieloletni pn. „Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030”.

płci.²² Na czwartym i piątym miejscu znalazły się z kolei nowotwór trzustki i nowotwór żołądka. Wpływ na łączną wartość DALY pozostałych rodzajów nowotworów nie był tak znaczący – wyniósł poniżej 5%. Na rycinie 7 przedstawiono listę nowotworów, których udział przewyższał 1%. Natomiast te, których udział nie przekroczył wskazanej wartości, zostały zaprezentowane łącznie jako pozostałe.

Rycina 7. Struktura utraconych lat życia w zdrowiu (DALY) z powodu nowotworów w 2019 r.



(źródło: opracowanie DAS MZ na podstawie IHME GBD, 2020)

Prognozy dotyczące umieralności na nowotwory w Polsce nie są optymistyczne. Przy założeniach o niezmiennym systemie opieki zdrowotnej przewiduje się dalsze wzrosty liczby zgonów. Pomiedzy 2019 a 2028 r. różnica wyniesie 9,4%, co oznacza, że na 100 tys. mieszkańców w 2028 r. umrze w wyniku choroby nowotworowej o 30 osób więcej niż w 2019 r. Pomimo dynamicznego wzrostu liczby zgonów, do 2028 r. ranking najważniejszych przyczyn zgonów pozostanie niezmienny. Oznacza to, że nadal najczęstszą przyczyną zgonów będą stanowić choroby układu krążenia.²³

CHOROBY UKŁADU MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWEGO ORAZ URAZY

W 2019 roku istotny udział w sumarycznej liczbie utraconych lat życia w zdrowiu miały problemy zdrowotne zaliczane do grupy urazów oraz chorób układu mięśniowo-szkieletowego, które rozpatrywane oddzielnie odpowiadały za 10% oraz 6% łącznej wartości wskaźnika DALY²⁴

Urazy nieumyślne generowały ponad połowę utraconych lat życia w zdrowiu wewnątrz grupy w 2019 r. (Ryc. 8). Prognozy ich dotyczące wskazują, że do 2028 r. zapadalność zmaleje o

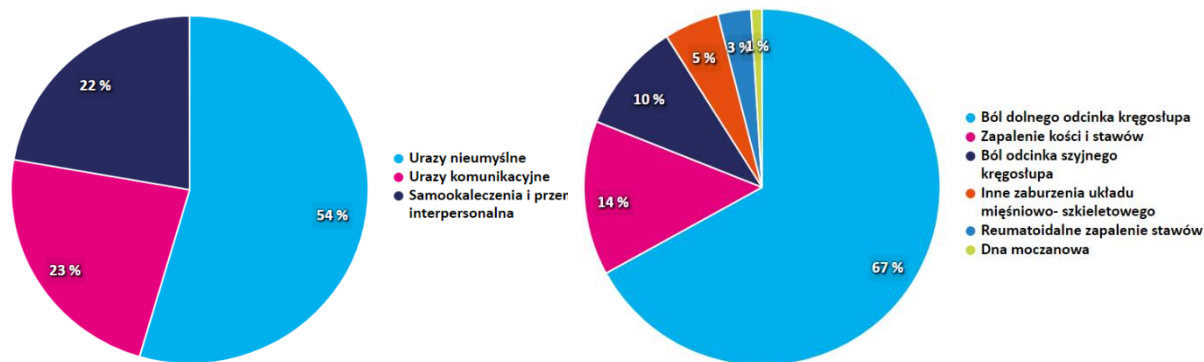
²² <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, dostęp w dniu 15.01.2021 r.

²³ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3369>, dostęp w dniu 15.01.2021 r.

²⁴ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, dostęp w dniu 15.01.2021 r.

2,8%, natomiast chorobowość wzrośnie o 2,2% i będzie pod względem wartości tego wskaźnika drugim, najbardziej istotnym problemem zdrowotnym w 2028 r.²⁵

Rycina 8. Struktura utraconych lat życia w zdrowiu (DALY) z powodu urazów i chorób układu mięśniowo szkieletowego w 2019 r.



(źródło: opracowanie DAS MZ na podstawie IHME GBD, 2020)

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego zajęły czwarte miejsce wśród najistotniejszych grup problemów zdrowotnych pod względem liczby utraconych lat życia – wartość DALY dla tej grupy wyniosła 6,8% łącznej wartości wskaźnika. Na taki wynik nie wpłynęła jednak liczba utraconych lat życia (YLL), lecz liczba lat życia przeżytych w niesprawności (YLD).²⁶ W 2019 r. wartość YLD dla chorób układu mięśniowo-szkieletowego była największa spośród wszystkich grup problemów zdrowotnych. Z kolei wśród schorzeń uwzględnianych w chorobach układu mięśniowo-szkieletowego, najwięcej utraconych lat życia w zdrowiu dotyczyło bólu dolnego odcinka kręgosłupa, na występowanie którego znaczny wpływ ma siedzący tryb życia oraz niedobór aktywności fizycznej (Ryc. 8).

Do 2028 r. dla grupy chorób układu mięśniowo-szkieletowego szacuje się wzrost wskaźnika chorobowości o 8,2% oraz zapadalności o 5,1% w porównaniu z 2019 r. Oznacza to, że występowanie chorób z tej grupy będą dotyczyły coraz większej części społeczeństwa.

CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO ORAZ ZABURZENIA PSYCHICZNE

Zgodnie z wartościami DALY w 2019 r., na piątym miejscu uplasowały się choroby układu nerwowego. Na taki wynik wpływ miały wartości składowych wskaźnika - YLL i YLD. Ponadto, choroby te powodowały tak znaczną liczbę zgonów, że jako grupa uplasowały się na trzecim miejscu pod względem tego wskaźnika. Prognozy też nie są optymistyczne - wskaźnik śmiertelności do 2028 r. wzrośnie o ponad 22%. Za taki wynik odpowiadać będzie przede wszystkim choroba Alzheimera i inne choroby otępienne, które w 2019 r. stanowiły czwartą

²⁵ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3369>, dostęp w dniu 15.01.2021 r.

²⁶ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, dostęp w dniu 15.01.2021 r.

przyczynę zgonów wśród mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej.²⁷ Ponadto, do 2028 r. szacuje się dla nich jeden z największych wzrostów liczby zgonów – prawie o 25%.

Znacznych wzrostów można spodziewać się również w przypadku zaburzeń psychicznych, które w 2019 r. uplasowały się na dziewiątym miejscu w rankingu DALY. Na podstawie prognozy na lata 2019-2028 dla zaburzeń psychicznych przewiduje się jeden z najdynamiczniejszych wzrostów zapadalności – o 21%. Na taki wynik wpływ ma nie tylko starzenie się społeczeństwa. Zmiany cywilizacyjne sprawiają, że zaburzenia psychiczne pojawiają się u coraz młodszych pacjentów. Wiele czynników przyczynia się do tego stanu, przede wszystkim szybsze tempo życia, stres, sposób odżywiania, nowe uzależnienia, ale również wszystkie inne kwestie negatywnie wpływające na higienę psychiczną. Częstsze zapadanie na choroby psychiczne powoduje zwiększenie kosztów, w szczególności takich jak wydatki na leczenie, organizację pomocy społecznej chorym i ich rodzinom czy kwestia bezrobocia z uwagi na stan zdrowia²⁸.

W ramach zaburzeń psychicznych na uwagę zasługuje przede wszystkim depresja, dla której do 2028 r. prognozuje się największy wzrost zapadalności nie tylko spośród chorób psychicznych, ale również spośród wszystkich chorób ujętych w ramach metodyki GBD. Choroba ta jest jednym z zaburzeń psychicznych uniemożliwiających prawidłowe codzienne funkcjonowanie. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że depresja jest chorobą ogólnoustrojową, której występowanie, przy braku właściwego leczenia, powoduje zwiększenie ryzyka występowania chorób somatycznych i na odwrót – choroby somatyczne, zwłaszcza przewlekłe, zwiększają ryzyko wystąpienia depresji.

Depresja stanowi rosnący problem, który dotychczas mógł być niedoszacowany. Dane NFZ wskazują, że w 2018 r. świadczenia z rozpoznaniem depresji udzielono ok. 630 tys. osób. Wartość ta pozostawała na zbliżonym poziomie w latach 2013-2018, jednak we wskazanym okresie zaobserwowano wzrost liczby pacjentów realizujących recepty na leki przeciwdepresyjne o 35%. Szczególnie zauważalny okazał się wzrost liczby zrealizowanych recept dla osób poniżej 18. roku życia. W populacji pacjentów pod względem płci dominowały kobiety (73%), a pod względem wieku – osoby mające 55–64 lata (24%). Pacjenci z powodu depresji najczęściej korzystali ze świadczeń w ramach POZ i w poradniach psychiatrycznych.²⁹

Zgodnie z danymi GBD oszacowanymi przez IHME, w Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. na depresję chorowało ponad 1 mln osób. W odniesieniu do wielkości populacji wskazuje się, że w 2019 r. Rzeczpospolita Polska była krajem europejskim o najniższym odsetku osób chorych na depresję. OECD podkreśla jednak, że różnice pomiędzy krajami mogą wynikać ze stopnia świadomości problemu zaburzeń psychicznych, problemów ze zdiagnozowaniem chorób psychicznych, poziomu stygmatyzacji chorych oraz dostępu do opieki psychiatrycznej (OECD, 2018)³⁰.

CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO

²⁷ Ranking problemów zdrowotnych zależy od poziomu szczegółowości danej grupy. Choroby układu nerwowego rozpatrywane są jako II poziom, natomiast choroba Alzheimera i inne choroby otępienne traktowane jako poziom III. Dlatego miejsca w rankingu różnią się między sobą.

²⁸ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 31.

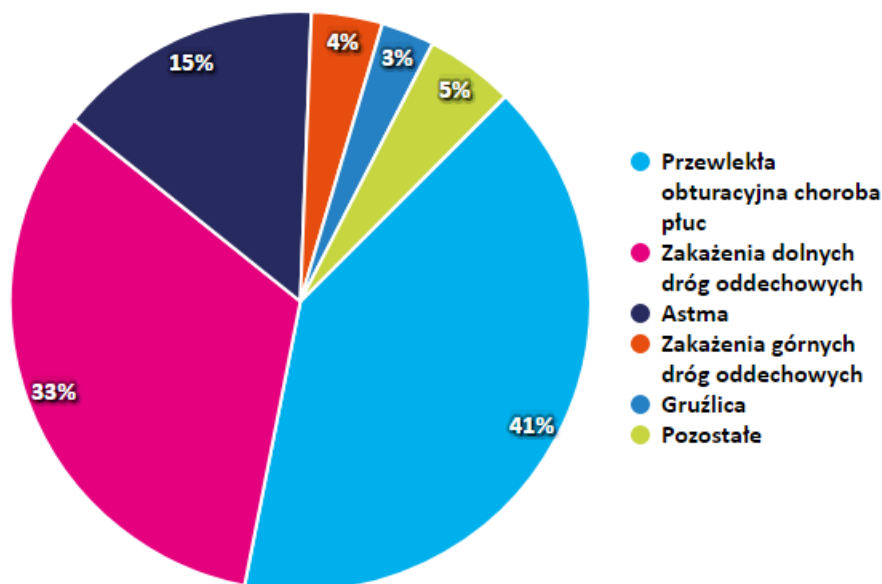
²⁹ NFZ (2020), NFZ o zdrowiu –

Depresja; https://zdrowedane.nfz.gov.pl/pluginfile.php/266/mod_resource/content/1/nfz_o_zdrowiu_depresja.pdf; dostęp 19.01.2021 r.

³⁰ Ibidem.

Choroby układu oddechowego stanowiły 5% wartości DALY w 2019 roku w Rzeczypospolitej Polskiej. W ramach metodyki GBD choroby układu oddechowego podzielono na dwie grupy: choroby przewlekłe oraz zakażenia dróg oddechowych i gruźlica. Wśród niezakaźnych chorób układu oddechowego najsilniejszy wpływ widoczny jest dla przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (41%). Niewątpliwie wynik ten jest skorelowany z wiodącym czynnikiem ryzyka w Rzeczypospolitej Polskiej, jakim jest zażywanie i palenie tytoniu (Tabela 1). Istotnym problem są także choroby zakaźne układu oddechowego, które stanowiły sumarycznie 37% wartości DALY wśród wszystkich chorób układu oddechowego. Należy mieć na uwadze, że przedstawione oszacowania zostały opracowane przy założeniu niezmiennionej sytuacji epidemiologicznej. Jednak, z uwagi na wystąpienie w Rzeczypospolitej Polskiej nowego wirusa SARS-CoV-2 w 2020 r., przedstawione wartości te mogą ulec zmianie. Rozwój wirusa w Rzeczypospolitej Polskiej niewątpliwie przyczynił się zarówno do wzrostu zachorowań, liczby zgonów z powodu chorób dróg oddechowych, jak i do rozwoju chorób stanowiących powikłania po przebytych zakażeniu.

Rycina 9. Struktura utraconych lat życia w zdrowiu (DALY) z powodu chorób układu oddechowego w 2019 r.



(źródło: opracowanie DAS MZ na podstawie IHME GBD, 2020)

Inne choroby istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego

CUKRZYCA I CHOROBY NEREK

Siódme miejsce w rankingu DALY w 2019 r. dotyczyło cukrzycy i chorób nerek. Pomimo przewlekłego charakteru chorób z tej grupy, zajęły one piątą pozycję w rankingu najczęstszych przyczyn zgonów – w 2019 r. odnotowano ich ok. 12,8 tys. Za 60% z nich odpowiedzialna była cukrzyca, dla której liczba zgonów wzrastała od 2002 r.³¹ Ponadto, w kolejnych latach

³¹ Obliczenia DAiS MZ na podstawie danych GBD IHME 2020.

przewiduje dalsze wzrosty. Szacuje się, że w 2028 r. liczba zgonów z powodu cukrzycy będzie wyższa o prawie 8% w porównaniu do sytuacji z 2019 r. Jeśli przebieg choroby nie jest odpowiednio kontrolowany, to wówczas może doprowadzić do wielu groźnych powikłań, mających wpływ na znaczne pogorszenie jakości życia pacjenta, a także przedwczesną śmierć. Wobec tego, istotne znaczenie ma prowadzenie zdrowego stylu życia, wczesne wykrycie choroby, jej kontrola oraz przestrzeganie zaleceń związanych z jej leczeniem.³²

Cukrzyca stanowi istotny problem zdrowotny w Rzeczypospolitej Polskiej. Nie jest to jednak problem regionalny, lecz globalny. Zgodnie z przewidywaniami światowych organizacji, w 2040 r. na cukrzycę będzie chorować 642 mln ludzi dorosłych w wieku 20–79 lat³³. Nie dziwi więc określenie cukrzycy mianem "choroby XXI wieku". Jej dynamiczne rozprzestrzenianie się związane jest z postępowaniem współczesnej cywilizacji.

Cukrzyca powoduje szereg powikłań, m.in. retinopatię cukrzycową, wraz z którą rośnie ryzyko jaskry i zaćmy, niewydolność nerek, chorobę niedokrwienną serca, udar mózgu czy neuropatię. Z kolei jedną z chorób, która często prowadzi do rozwoju cukrzycy jest otyłość.

CHOROBY UKŁADU TRAWIENNEGO

Wśród chorób zabierających najwięcej lat życia w zdrowiu w 2019 r. występowały również choroby układu trawiennego. Na taki wynik wpływ miała m.in. liczba zgonów, która zwiększa się od 2014 r. Jeżeli jednak wziąć pod uwagę standaryzację względem wieku, obserwuje się trend malejący. Można stąd wnioskować, iż omawiany wzrost śmiertelności z powodu chorób układu trawiennego wynika jedynie ze zmian struktury wieku ludności.³⁴ Warto zauważyć, że w grupie tej za blisko 60% utraconych lat życia odpowiada marskość i inne przewlekłe choroby wątroby, których przyczyną jest często nadużywanie alkoholu.

NIEPŁODNOŚĆ

Jednym z istotnych problemów zdrowotnych obejmujących zagadnienia zdrowia prokreacyjnego jest niepłodność, którą Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określiła jako chorobę społeczną. Niepłodność jest nie tylko narastającym problemem społecznym, ale i zdrowotnym. Pary objęte niepłodnością znacznie częściej dotknięte są m.in. depresją, zaburzeniami realizacji społecznych, jak również zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem.

OTYŁOŚĆ

Otyłość również postrzegana jest jako choroba cywilizacyjna. Wskazują na to m.in. dane WHO, zgodnie z którymi w 2016 r. na całym świecie 39% populacji dorosłej miało nadwagę, a 13% było otyłych. Dodatkowo, 25% dzieci w wieku 5-19 lat miało nadwagę bądź było otyłych. Problem otyłości coraz częściej dotyka również mieszkańców Polski. Zgodnie z NCD Risk Collaboration w 2016 r. w Polsce wśród osób w wieku 20 lat i więcej 76% kobiet i 93% mężczyzn miało nadwagę bądź było otyłych. Ponadto, do 2025 r. przewiduje się wzrost liczby osób otyłych, a co za tym idzie – zwiększenie liczby pacjentów chorych na problemy zdrowotne

³² Kalbarczyk W. i in. *CUKRZYCA GDZIE JESTEŚMY? DOKĄD ZMIERZAMY?* red. Kalbarczyk W.; Warszawa 2018; Instytut Ochrony Zdrowia.

³³ IDF Diabetes Atlas, Seventh edition, 2015.

³⁴ Ibidem.

z nią związane. Dotyczy to przede wszystkim wzrostu liczby dorosłych pacjentów z cukrzycą, nadciśnieniem i zwyrodnieniem stawu kolanowego.³⁵

Według szacunków Badania GBD otyłość jest rozpatrywana jako czynnik ryzyka dla wielu chorób. W 2019 r. zbyt wysoka masa ciała odpowiadała w Polsce za utratę 10,5% lat przeżytych w zdrowiu (DALY), wśród mężczyzn za 10,6%, kobiet zaś – 10,2%. Sytuacja w Rzeczypospolitej Polskiej była gorsza niż przeciętnie w Unii Europejskiej, gdzie odsetek ten wyniósł 8% dla mężczyzn i 7,2% dla kobiet.³⁶

Główne czynniki ryzyka chorób

Według metodologii GBD wyróżnia się trzy główne grupy czynników ryzyka chorób:

1. Czynniki behawioralne, które związane są ze stylem życia np. palenie i zażywanie tytoniu, spożywanie alkoholu, mała aktywność fizyczna.
2. Czynniki metaboliczne, które wynikają z fizjologii człowieka np. wysokie ciśnienie krwi, wysoki poziom cholesterolu LDL.
3. Czynniki środowiskowe/zawodowe np. zanieczyszczenie powietrza.

Dominującą grupą czynników ryzyka wpływającą na DALY i zgony dla kobiet i mężczyzn łącznie były czynniki behawioralne. W 2019 r. odpowiadały za prawie 50% zgonów polskich mężczyzn i 35,5% zgonów polskich kobiet (wartości standaryzowane). Odsetki te są wyższe niż dla ogółu krajów UE, które wynoszą odpowiednio 43,7% oraz 31,6%, co oznacza, że istnieje w Polsce potrzeba zwiększenia obszaru działań w zakresie zdrowia publicznego, dotyczących zmniejszenia umieralności mieszkańców kraju³⁷. Niezwykle istotne jest, aby czynniki ryzyka traktować jako szerokie spektrum zjawisk sięgających poza sam system zdrowia oraz rozwiązania we wszystkich politykach oddziałujących na te czynniki (*ang. Health in all policies*). Najważniejsze czynniki ryzyka zgonu wraz z szacunkiem ich udziału w ogólnej liczbie zgonów w Rzeczypospolitej Polskiej oraz w UE przedstawiono poniżej (Tab. 1).

Tabela 1. Czynniki ryzyka przyczyniające się do największej liczby zgonów ogółem (%) w Rzeczypospolitej Polskiej oraz w UE w 2019 r.

Wpływ czynników ryzyka na zgony (obie płcie, wartości wystandaryzowane, 2019 r.) ³⁸			
Grupa czynników	Czynnik	PL (%)	UE (%)
Metaboliczne	Wysokie ciśnienie krwi	21,1	19,1
Behawioralne	Palenie i zażywanie tytoniu	20,1	17,9
Behawioralne	Niewłaściwa dieta	18,9	14,5
Metaboliczne	Wysoki poziom cukru	14,4	12,0
Metaboliczne	Wysoki wskaźnik BMI	13,8	10,8
Metaboliczne	Wysoki cholesterol LDL	10,9	8,9
Behawioralne	Spożywanie alkoholu	7,6	7,2
Środowiskowe/za wodowe	Zanieczyszczenia powietrza	7,4	3,9

³⁵ Departament Analiz i Strategii, Narodowy Fundusz Zdrowia, *Cukier, otyłość – konsekwencje Przegląd literatury, szacunki dla Polski*, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/prezentacja-raportu-cukier-otylosc-konsekwencje,7296.html>; dostęp 19.01.2021 r.

³⁶ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, dostęp w dniu 19.01.2021 r.

³⁷ University of Washington (2020), *Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD.*; <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>; dostęp 21.01.2021.

³⁸ <http://ihmeuw.org/5b8m>, dostęp 07.12.2020 r.

Metaboliczne	Uszkodzona funkcjonalność nerek	4,6	4,8
Behawioralne	Mała aktywność fizyczna	2,1	2,0
Środowiskowe/za wodowe	Ryzyka zawodowe	1,8	2,6

(źródło: IHME, 2019)

Zarówno w krajach UE, jak i w Rzeczypospolitej Polskiej za największą liczbę zgonów odpowiada wysokie ciśnienie krwi, a w dalszej kolejności palenie i zażywanie tytoniu oraz niewłaściwa dieta. Największa różnica między Rzeczypospolitą Polską i krajami UE występuje w przypadku tych trzech czynników, które w naszym kraju są odpowiedzialne za znacznie większą liczbę zgonów na 100 tys. ludności (wartości wystandaryzowane). Różnice te wskazują na obszary priorytetowych działań.

Najistotniejsze czynniki ryzyka wpływające na DALY to palenie i zażywanie tytoniu, wysoki wskaźnik BMI oraz wysokie ciśnienie krwi. Odpowiadały one w największym stopniu za wartość wskaźnika DALY w Rzeczypospolitej Polskiej i krajach UE, co przedstawiono poniżej (Tab. 2)³⁹.

Tabela 2. Czynniki ryzyka przyczyniające się do największej utraty lat życia w zdrowiu (DALY) w Rzeczypospolitej Polskiej i UE w 2019 r.

Wpływ czynników ryzyka na DALY (obie płcie, wartości wystandaryzowane, 2019 r.) ⁴⁰			
Grupa czynników	Czynnik	PL (%)	UE (%)
Behawioralne	Palenie i zażywanie tytoniu	14,6	11,7
Metaboliczne	Wysoki wskaźnik BMI	10,5	7,7
Metaboliczne	Wysokie ciśnienie krwi	10,3	7,9
Behawioralne	Niewłaściwa dieta	9,7	7,0
Metaboliczne	Wysoki poziom cukru	8,8	6,9
Behawioralne	Spożywanie alkoholu	8,7	6,4
Metaboliczne	Wysoki cholesterol LDL	5,1	3,8
Środowiskowe/zawodowe	Zanieczyszczenia powietrza	4,7	2,2
Środowiskowe/zawodowe	Ryzyka zawodowe	3,1	3,0
Metaboliczne	Uszkodzona funkcjonalność nerek	2,3	1,9
Behawioralne	Mała aktywność fizyczna	0,9	0,8

(źródło: IHME, 2019)

Najważniejszą przyczyną utraconych lat życia w zdrowiu jest palenie i zażywanie tytoniu. Wskaźnik ten jest o 3 p. p. wyższy niż średnia UE. Również wyższy wskaźnik niż w krajach UE notowany jest dla drugiej z kolei przyczyny utraconych lat życia, tj. wysokiego wskaźnika BMI.

Kluczowe zjawiska – palenie i zażywanie tytoniu⁴¹

- Odsetek palących i zażywających tytoń w Rzeczypospolitej Polskiej obecnie jest nieco wyższy niż średni poziom europejski (średnia UE-28 – 19,2%, Polska – 22,8%).
- Obserwuje się pewne zahamowanie trendu spadkowego w odsetku osób palących widocznego na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat.

³⁹ Analiza dokonana na podstawie danych dostępnych w grudniu 2019 r.

⁴⁰ <http://ihmeuw.org/5b8n>, dostęp 07.12.2020 r.

⁴¹ Na podstawie danych z European Tobacco Use Trends Report 2019 (WHO 2019).

- Pojawienie się na rynku wyrobów elektronicznych tylko w niewielkim stopniu zmniejsza rozpowszechnienie palenia tytoniu.

Kluczowe zjawiska – spożywanie alkoholu⁴²

- Wielkość spożycia alkoholu w Rzeczypospolitej Polskiej pozostaje na średnim poziomie europejskim i od kilku lat praktycznie się nie zmienia.
- Struktura spożycia alkoholu jest stabilna. Według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2017 r. 34,6% alkoholu w Polsce spożywane było w formie wyrobów spirytusowych, 57,9% w formie piwa, a pozostałe 7,5% – wina i miodów pitnych.

Częstość wśród nastolatków, którzy choć raz pili alkohol, zmniejszyła się o 2,5 p.p. i w 2017 r. wyniosła 15,9%. Kluczowe zjawiska – otyłość i nadwaga⁴³

- Rozpowszechnienie zbyt wysokiej masy ciała w Rzeczypospolitej Polskiej jest wyższe niż przeciętnie w krajach UE (Eurostat wg EHIS, 2014 - mężczyźni: Rzeczpospolita Polska 62,2% vs UE-28 – 57,3%, kobiety: Rzeczpospolita Polska – 45,7% vs UE-28 – 43,7%), szczególnie duża różnica dotyczy mężczyzn (w Rzeczypospolitej Polskiej obserwuje się jeden z najwyższych odsetków w krajach UE).
- Zjawisko otyłości wśród mężczyzn jest częściej obserwowane w Rzeczypospolitej Polskiej niż przeciętnie w krajach UE (Rzeczpospolita Polska – 18,1% vs UE –28 - 15,6%), natomiast wśród kobiet na poziomie zbliżonym do unijnego (Rzeczpospolita Polska –15,5% vs UE-28 – 15,3%).
- Występowanie nadwagi i otyłości w Rzeczypospolitej Polskiej w XXI wieku systematycznie rośnie, wyraźnie silniej wśród mężczyzn (WHO Global Health Observatory).
- Otyłość kobiet jest silnie związana z poziomem wykształcenia (3 razy częściej dotyka Polki najslabiej niż najlepiej wykształcone, po uwzględnieniu różnic w strukturze wieku tych grup).
- Problem nadmiernej masy ciała dotyka uczniów w wieku 11–15 lat, szczególnie chłopców, z których 29,3% ma nadwagę, a 7,0% cierpi na otyłość (wśród dziewcząt odpowiednio: 13,7% i 2,6%), a sytuacja w tej dziedzinie jest gorsza niż była w 2006 r.

Kluczowe zjawiska – spożywanie warzyw i owoców⁴⁴

- Dorośli Polacy równie często jak ogół mieszkańców UE codziennie spożywają warzywa i owoce (mężczyźni: Rzeczpospolita Polska – 61,6% vs UE-28 – 59,7%, kobiety: Rzeczpospolita Polska –71,3% vs UE-28 – 71,1%), nieco rzadziej jedzą rekomendowane dla zdrowia 5 porcji tych produktów (mężczyźni: Rzeczpospolita Polska – 8,1% vs UE-28 – 11,1%, kobiety: Rzeczpospolita Polska – 11,8% vs UE-28 – 17,2%).
- Codzienne spożywanie owoców deklaruje 38,2% polskich uczniów w wieku 11–15 lat, warzyw zaś – 34,2%.

⁴² Na podstawie danych WHO Global Health Observatory, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Badania HBSC 2018.

⁴³ Na podstawie danych Eurostat - Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia EHIS, 2014, WHO Global Health Observatory, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, (red.) Wojtyniak B., Goryński P., Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018.

⁴⁴ Na podstawie danych *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, (red.) Wojtyniak B., Goryński P., Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018; GUS, Eurostat na podstawie Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia EHIS, 2014, Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Wyżywienia i Rolnictwa (FAO); HBSC – 2019.

- Dieta kobiet jest bogatsza w warzywa i owoce niż mężczyzn, zjawisko to obserwuje się już wśród młodzieży szkolnej.
- W ostatnich latach, po okresie spadku, spożycie owoców zaczęło się zwiększać, konsumpcja warzyw utrzymuje się na stałym poziomie.
- W 2018 r. Polacy spożywali (nabywali) miesięcznie 3,8 kg owoców i 5,0 kg warzyw (bez ziemniaków) na osobę (spożycie szacowane było na podstawie ilości produktów nabywanych w gospodarstwach domowych).
- Od wielu lat ilość spożywanych owoców i warzyw silnie zależy od sytuacji materialnej konsumentów (w 2018 r. w najbogatszych gospodarstwach spożywano 2 razy więcej owoców i o 57% więcej warzyw niż w najbiedniejszych).
- Spożycie owoców zależy od sytuacji społeczno-demograficznej (jest wyższe wśród mieszkańców miast i rodzin lepiej wykształconych), zależności tych nie obserwuje się w przypadku warzyw.

Kluczowe zjawiska – aktywność fizyczna

- Aktywność fizyczna Polaków dotyczy głównie pracy zawodowej i potrzeb lokomocyjnych.
- Niemal 60% dorosłych Polaków nie podejmuje żadnych form rekreacyjnej aktywności fizycznej.
- Tylko 6% mężczyzn i 3% kobiet w wieku 15 i więcej lat utrzymuje poziom aktywności fizycznej niezbędny dla zachowania zdrowia – to jeden z najniższych odsetków w krajach UE.
- Wyższy odsetek uczniów wypełnia zalecenia WHO dotyczące intensywnej niż umiarkowanej aktywności fizycznej – 38% vs 17% (nawet osoby lubiące wysiłek fizyczny, nie znajdują czasu na codzienne ćwiczenia).
- Poziom aktywności szybko maleje z wiekiem.
- Generalnie mężczyźni ćwiczą więcej i częściej niż kobiety, jednak wśród seniorów aktywniejsze są panie.

Podjęte działania

Skuteczna walka z przedwczesną umieralnością osób w wieku aktywności zawodowej, przede wszystkim mężczyzn, ale również kobiet, nie tylko przyniosłaby bezpośrednie korzyści ekonomiczne, ale także wyraźnie przyczyniłaby się do zmniejszenia tak niekorzystnej dla mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej różnicy w długości ich życia w porównaniu z mieszkańcami innych krajów. Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci choroby serca i choroby naczyń mózgowych nie przestają być największym zagrożeniem dla życia Polaków, poziom umieralności z tego tytułu jest znacznie wyższy niż w UE, a relacja ta jest znacznie gorsza, niż w przypadku nowotworów złośliwych. Sytuacja ta wymaga podjęcia pilnych i skoordynowanych działań.

Wybrane kierunki zmian w zakresie chorób sercowo-naczyniowych w Rzeczypospolitej Polskiej

W pierwszej połowie 2020 r. rozpoczęto prace nad Narodową Strategią Kardiologiczną na lata 2020-2030 (tytuł roboczy), która ma określać systemowe rozwiązania stanowiące odpowiedź na utrzymujący się udział chorób kardiologicznych wśród przyczyn zgonów Polaków (66,2% w 2017 r.).

W 2017 r. rozpoczęto wdrażanie programu kompleksowej opieki nad pacjentami po zawale mięśnia sercowego, tzw. KOS-Zawał, zainicjowany przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne.

Ponadto, realizowany i rozwijany jest pilotaż koordynowanej opieki nad pacjentem z niewydolnością serca (KONS)⁴⁵.

Wybrane kierunki zmian w zakresie chorób nowotworowych w Rzeczypospolitej Polskiej

W Rzeczypospolitej Polskiej można ograniczyć umieralność na nowotwory poprzez wprowadzenie wzajemnie ze sobą skoordynowanych działań z obszaru zdrowia publicznego oraz działań medycyny naprawczej. Istnieje konieczność zwiększenia czujności onkologicznej zarówno społeczeństwa, jak i personelu medycznego. Można to osiągnąć przez edukację zdrowotną oraz systemowe rozwiązania dla POZ i innych działów opieki zdrowotnej oraz skuteczniejsze wdrażanie programów zwalczania chorób nowotworowych⁴⁶.

Pierwszym krokiem w celu koordynacji opieki nad pacjentem onkologicznym było wprowadzenie na początku 2015 r. karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (potoczna nazwa: zielona karta DiLO umożliwia m.in.: zniesienie limitów na badania diagnostyczne; wyznaczenie maksymalnych terminów realizacji dla poszczególnych etapów leczenia; skrócenie kolejek dla pacjentów z podejrzeniem raka i wprowadzenie tzw. szybkiej terapii onkologicznej; promowanie tzw. interdyscyplinarnego leczenia onkologicznego, w tym zwiększony udział lekarzy rodzinnych oraz wprowadzenie funkcji koordynatora leczenia (asystenta pacjenta) nadzorującego proces leczenia, wyznaczone terminy, wspierającego pacjenta informacyjnie, administracyjnie i organizacyjnie⁴⁷.

Natomiast, wprowadzona w lutym 2020 r. uchwała Rady Ministrów w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) na lata 2020–2030 zawiera propozycje działań mające na celu ograniczenie zachorowań na choroby nowotworowe w Polsce. Jej realizacja zaplanowana na kolejne 10 lat stanowi próbę odwrócenia niekorzystnych trendów oraz obniżenia kosztów wynikających z obciążenia pacjentów chorobami nowotworowymi. Głównym celem strategii jest wzrost odsetka osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej. Zwiększeniu powinna ulec wykrywalność nowotworów we wczesnych stadiach, a obniżeniu umieralność. Nowe rozwiązania powinny się przyczynić do wyeliminowania negatywnych zjawisk w onkologii, takich jak fragmentacja opieki, rozproszenie świadczeń i ośrodków onkologicznych, które dotychczas wpływały na jakość leczenia onkologicznego, a co za tym idzie – na szanse pacjentów na wyleczenie z choroby nowotworowej⁴⁸.

⁴⁵ Szczegółowe informacje nt. wdrażanych programów przedstawione są w podrozdziale pt. *Opieka koordynowana i deinstytucjonalizacja*.

⁴⁶ NIZP-PZH (2019), *Diagnoza systemu opieki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej*; Warszawa, 2019

⁴⁷ Narodowy Fundusz Zdrowia (2020); Dla świadczeniodawcy; <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiadczeniodawcy/pakiet-onkologiczny/>; dostęp 04.03.2020.

⁴⁸ Szczegółowy opis założeń Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030 zawarty jest rozdziale II Uwarunkowania strategiczne.

PODSUMOWANIE

- W Rzeczypospolitej Polskiej, średnie dalsze trwanie życia w chwili urodzenia (77,8 lat) znacznie wzrosło w latach 1991-2018, lecz wciąż pozostaje o 3 lata krótsze od średniej UE. Różnice w średnim dalszym trwaniu życia w podziale na płeć i poziom wykształcenia należą do najwyższych w Europie.
- Główną przyczyną utraconych lat życia w zdrowiu w Rzeczypospolitej Polskiej jest palenie i zażywanie tytoniu. Do pozostałych przyczyn zaliczamy: wysokie ciśnienie krwi, wysoki wskaźnik BMI, niewłaściwe odżywianie, wysoki poziom cukru oraz spożywanie alkoholu.
- Choroby sercowo-naczyniowe pozostają podstawową przyczyną zgonów i utraty lat życia w zdrowiu w Rzeczypospolitej Polskiej. Choroba niedokrwienna serca jest nadal główną przyczyną śmierci, w następnej kolejności są to udar mózgu i nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc.
- Rzeczpospolita Polska, na tle UE, jest krajem o wciąż relatywnie niskiej zachorowalności na nowotwory złośliwe, ale wysokiej umieralności z tego powodu.
- Rośnie rozpowszechnienie chorób cywilizacyjnych takich jak cukrzyca i otyłość.
- Polskie społeczeństwo charakteryzuje się niskim poziomem aktywności fizycznej - niemal 60% dorosłych Polaków nie podejmuje żadnych form rekreacyjnej aktywności fizycznej.

ORGANIZACJA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Zarządzanie systemem ochrony zdrowia

Zgodnie z wypracowaną przez WHO definicją „systemu ochrony zdrowia” określa się go jako całość działań, których podstawowym celem jest promowanie, poprawa i zachowanie dobrego stanu zdrowia członków populacji⁴⁹. W świetle powyższego, każda zorganizowana „promocja, poprawy i zachowania dobrego stanu zdrowia członków populacji” jest już sama w sobie systemem, bez względu na formę organizacji oraz sposób finansowania. Należy zwrócić uwagę, że powyższa definicja nie odnosi się do skuteczności (rezultatów poszczególnych terapii) lub wydajności (mierzonej liczbą badań, pacjentów itd.)⁵⁰.

Efektywność systemu to związek nakładów ponoszonych na rzecz tegoż systemu z uzyskiwanymi efektami. W przypadku systemu ochrony zdrowia można badać efektywność zarówno dla poszczególnych świadczeniodawców, jak również dla stosowanych terapii. Optymalizacja z kolei oznacza ciągłe równoczesne podnoszenie wydajności i skuteczności systemu, w szczególności uniknięcie braku wzrostu efektów przy rosnących wydatkach.⁵¹

Organizacja systemu ochrony zdrowia, jego finansowanie i zarządzanie, może mieć istotne znaczenie dla jakości dostarczanych usług, rezultatów zdrowotnych i bezpieczeństwa pacjentów. Nowoczesna ochrona zdrowia składa się z wielu elementów i aspektów, których sprawne powiązanie wymaga dobrego zarządzania (governance). Na system składają się więc:

⁴⁹ WHO, *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization, Geneva 2000, s. 5.

⁵⁰ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI - GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 11.

⁵¹ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI - GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 12.

zarządzanie, podstawowa polityka zdrowotna, zarządzanie jakością, finansowanie, płacenie za świadczenia, nadzór, wyznaczanie celów i kierunków rozwoju.

Zarządzanie jest istotnym elementem sprawności systemu ochrony zdrowia. Jest ono zdefiniowane jako zasady (zarówno formalne, jak i nieformalne) dotyczące wspólnych działań i podejmowania decyzji w systemie z różnymi podmiotami i organizacjami, podczas gdy żaden formalny mechanizm kontroli nie może dyktować relacji między tymi podmiotami i organizacjami. Zarządzanie w nowej ekonomii instytucjonalnej koncentruje się na roli instytucji kształtujących interakcje między podmiotami w ramach istniejących ram prawnych i instytucjonalnych⁵².

Choroby człowieka stanowią zróżnicowany obraz, wymagają zróżnicowanych interwencji, więc system opieki zdrowotnej mający na celu wsparcie pacjentów jest systemem złożonym. W Polsce dodatkowo regulatorzy systemu pozostawili swobodę organizacyjną podmiotom leczniczym, czego efektem jest duże zróżnicowanie form prowadzenia działalności, jak też zakres i jakość udzielanych świadczeń. Doświadczenia światowe wskazują jednak, że lepszym rozwiązaniem jest wprowadzanie rozwiązań opartych na wiedzy i doświadczeniu. Sukcesy odnoszą przede wszystkim rozwiązania franczyzowe (osiągając wymiar globalny), w których testowane i wdrażane są najlepsze rozwiązania organizacyjne. W takim modelu franczyzodawca zapewnia wiedzę (ang. know how), a franczyzobiorca korzysta z tych rozwiązań mając zapewnioną stabilność prowadzenia działalności. W opiece zdrowotnej wykorzystywane są rozwiązania oparte o tzw. franczyzę społeczną, gdzie celem działalności franczyzodawcy nie jest zysk, tylko zapewnienie świadczeń o jak najwyższej jakości i jak najniższej cenie.

Rząd, w tym Minister Zdrowia, parlament oraz jednostki samorządu terytorialnego mają głównie kompetencje wykonawcze systemu ochrony zdrowia. Funkcje związane z poborem składek zdrowotnych są realizowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), natomiast za kontraktowanie i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej odpowiada NFZ, działający poprzez centralę, posiadającą również pewne funkcje regulacyjne, i 16 oddziałów wojewódzkich, bezpośrednio odpowiedzialnych za kontraktowanie i rozliczanie świadczeń na terenie swoich województw.

Minister Zdrowia nadzoruje także liczne instytucje realizujące istotne z punktu widzenia systemu funkcje. Są to m.in. NFZ, NIZP-PZH-PIB, AOTMiT, CMJwOZ, CeZ, GIS, GIF, Centralna Baza Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych w Porębach. System ochrony zdrowia i jego organizacja opiera się na kilku podstawowych aktach prawnych. Należą do nich przede wszystkim Konstytucja RP z 1997 r. oraz ustawa z 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2021 r. poz. 711), a także wszystkie przepisy harmonizujące prawo polskie z prawem Unii Europejskiej. Zgodnie z art. 68 ust. 2 Ustawy Zasadniczej wszyscy obywatele, niezależnie od ich sytuacji materialnej, mają prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. System obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje około 98% populacji, w tym członków rodzin osób płacących składki ubezpieczeniowe oraz pewne grupy społeczne, których składki pokrywane są z budżetu państwa.

⁵² Chhotray V, Stoker G., *Governance Theory and Practice: A Cross-Disciplinary Approach*; London: Palgrave Macmillan UK, 2009.

Instytucją, która jest odpowiedzialna za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w polskim powszechnym publicznym systemie ubezpieczenia zdrowotnego jest NFZ. Do zadań Funduszu należy m.in.: określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie, opracowywanie, wdrażanie, realizowanie, monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie programów zdrowotnych.

Prezes Funduszu określa w planie finansowym NFZ na dany rok oraz w prognozie przychodów i kosztów na kolejne trzy lata dynamikę i strukturę wydatków w podziale na rodzaje i zakresy świadczeń. Oddziały wojewódzkie NFZ pokrywają koszty świadczeń opieki zdrowotnej na terenie swoich województw, w ramach środków zapisanych w odpowiadających im częściach planu finansowego⁵³.

Finansowanie opieki zdrowotnej

Opieka zdrowotna finansowana ze środków publicznych ma na celu poprawę, zachowanie i przywrócenie zdrowia przy zachowaniu równego i szybkiego dostępu do świadczeń zdrowotnych, co zagwarantuje wysoką efektywność systemu. Zasoby finansowe przeznaczone na opiekę zdrowotną oraz przyjęte modele finansowania świadczeń są niezwykle istotne dla poprawności funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej⁵⁴.

Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną per capita (z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej) w Rzeczypospolitej Polskiej wzrosły o 205% w okresie między 2005 a 2020 r. Wciąż jednak Rzeczpospolita Polska pozostaje jednym z krajów wydających najmniej na opiekę zdrowotną, zarówno wśród państw należących do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), jak i UE. W 2005 r. Rzeczpospolita Polska wydała na statystycznego obywatela 834,60 USD. W 2020 r. wydatki sięgały już 2 547 USD⁵⁵.

Skutkiem niedostatecznych nakładów na polską ochronę zdrowia jest między innymi jedna z końcowych pozycji Rzeczypospolitej Polskiej w „Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia” (EHCI), który porównuje kraje pod względem zabezpieczenia praw pacjenta i informacji przeznaczonych dla pacjenta, dostępności (czas oczekiwania na leczenie), wyników leczenia, zakresu i zasięgu świadczeń, profilaktyki, dostępności leków (Ryc.11)⁵⁶.

⁵³ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI - GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 53.

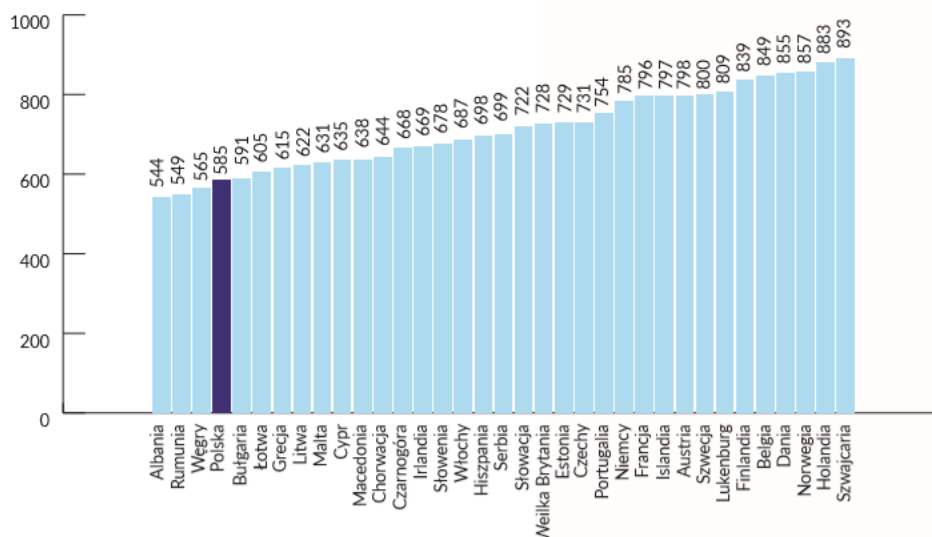
⁵⁴ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI - GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 16.

⁵⁵ Health expenditure and financing. OECD Statistics; <https://stats.oecd.org/> (dostęp: 03.08.2021)

⁵⁶ *Euro Health Consumer Index 2018 Report*. Health Consumer Powerhouse.

<https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf> (dostęp: 11.01.2021)

Rycina 10. Wyniki EHCI za rok 2018



(źródło: EHCI, 2018 za: Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu, str. 19)

Zgodnie z Narodowym Rachunkiem Zdrowia za 2018 r. wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 134,2 mld zł. Natomiast w 2017 r.⁵⁷ w obrębie klasyfikacji funkcji ochrony zdrowia (ICHA-HC) największy strumień wydatków bieżących na ochronę zdrowia dotyczył usług leczniczych – 58,3%, w tym głównie leczenia szpitalnego – 30,6% całości nakładów, oraz leczenia ambulatoryjnego – 27,1%. Kolejne miejsce pod względem przypisanych wydatków zajmowały artykuły medyczne (m.in. leki) – 22,7%, oraz długoterminowa opieka zdrowotna – 6%. Najmniejsze wydatki poniesiono na usługi rehabilitacyjne – 4,8%, zarządzanie i administrację finansowania ochrony zdrowia – 1,8% oraz na profilaktykę i zdrowie publiczne – 2,3% całości nakładów.

Wydatki bieżące ogółem na ochronę zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w 2017 r. stanowiły 6,7% PKB, z tego bieżące wydatki publiczne (w tym koszty NFZ) – 4,6% PKB, co stanowi mniejszy odsetek PKB w porównaniu z przeciętnymi nakładami w krajach Europejskich. Tak niskie nakłady publiczne na zdrowie w Rzeczypospolitej Polskiej skutkują wysokim udziałem wydatków ponoszonych bezpośrednio przez pacjentów⁵⁸. Zgodnie z danymi OECD⁵⁹ udział tych wydatków w Rzeczypospolitej Polskiej w 2018 r. wyniósł 20,4%, podczas gdy na Słowacji – 18,9%, w Czechach – 14,2%, w Szwecji – 13,8%, a we Francji 9,2%.

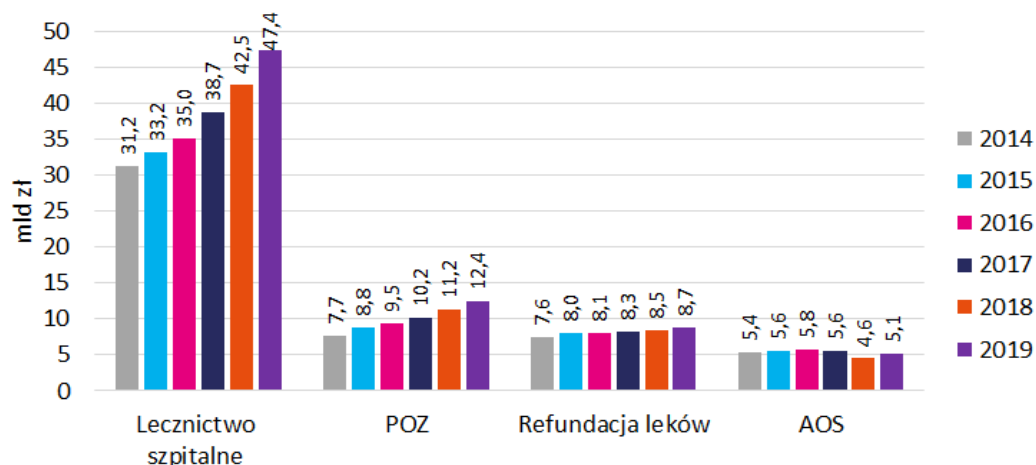
⁵⁷ Dla Narodowego Rachunku Zdrowia za 2018 r. nie są dostępne dane w podziale na klasyfikację funkcji ochrony zdrowia (ICHA-HC).

⁵⁸ Są to koszty, które osoba ubezpieczona musi ponieść bezpośrednio u świadczeniodawcy bez pośrednictwa ubezpieczyciela lub rządu.

⁵⁹ <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

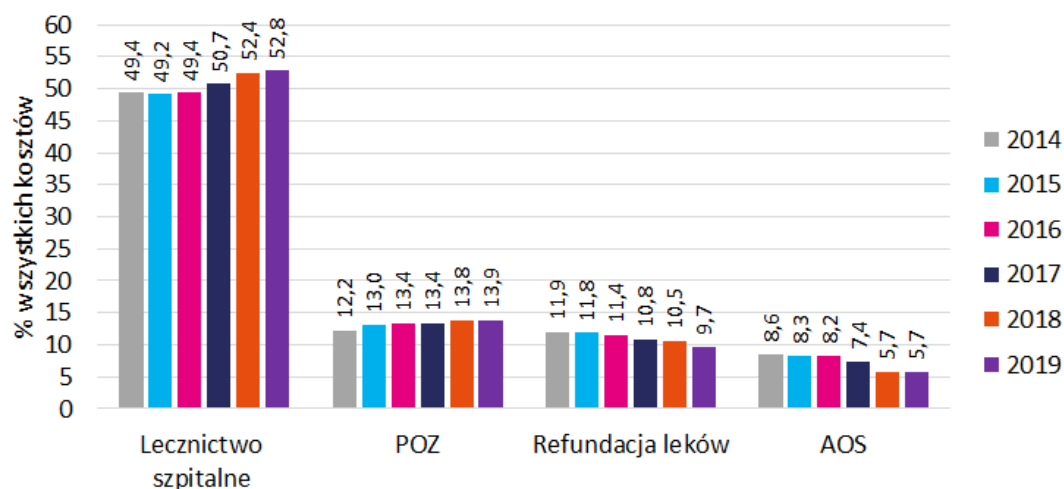
Nominalnie finansowanie sektora szpitalnego z 31,2 mld zł w 2014 r. wzrosło do 47,4 mld zł w 2019 r. (Ryc. 12)⁶⁰.

Rycina 11. Koszty świadczeń zdrowotnych NFZ w latach 2014-2019 - w liczbach bezwzględnych



(źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 na podstawie danych NFZ, 2021)

Rycina 12. Udziały kosztów przeznaczonych na świadczenia zdrowotne NFZ w latach 2014-2019



(źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 na podstawie danych NFZ, 2021)

Ryciny 12 i 13 przedstawiają udział poszczególnych rodzajów świadczeń w kosztach ogółem. Największy udział środków finansowych przeznaczany jest na leczenie szpitalne (52,8% w

⁶⁰ Niemniej jednak z uwagi na to, iż w planie finansowym NFZ w pozycji leczenie szpitalne widnieją tzw. świadczenia jednego dnia np. świadczenia w zakresie chemioterapii czy radioterapii wykonywane w trybie ambulatoryjnym, jak również ryczałt szpitalny obejmuje poradnie przyszpitalne, należy zatem mieć na względzie, że nie można wprost przełożyć ww. pozycji na kategorię wydatków leczenie szpitalne.

2019 r.), latach 2014-2019 nastąpił wzrost udziału tego rodzaju świadczeń o 3,4 p.p. Następne pozycje stanowią środki przeznaczone na POZ (13,9%), refundację apteczną (9,7%) i AOS (5,7%). Wydatki na AOS jako procent wszystkich wydatków na świadczenia zdrowotne ponoszonych przez NFZ zmniejszały się konsekwentnie od 2014 do 2018 r., przy równoczesnym wzroście wydatków na lecznictwo szpitalne. W 2014 r. wydatki NFZ na AOS stanowiły 8,6% wszystkich kosztów, w 2018 i 2019 - 5,7%.

W polskim systemie przyjęto trzy podstawowe modele finansowania:

- 1) Stawka kapitacyjna (*per capita*) w POZ;
- 2) Opłata za procedurę (*fee for service*);
- 3) Globalny budżet (ryczałt).

Modele te nie sprzyjają podnoszeniu jakości obsługi, skuteczności leczenia oraz poprawie doświadczeń pacjentów. Wadami są również brak opłaty za efekt czy opłat pakietowych, jak i bardzo nieliczne mechanizmy premiujące nakierowują świadczeniodawców na maksymalizację wyników finansowych, a nie zdrowotnych. Skutkuje to powszechnym przeświadczeniem świadczeniobiorców o konieczności zabezpieczenia rentowności z jednoczesnym brakiem nastawienia na efekt zdrowotny⁶¹. Poza tym, NIK wskazuje w swoim raporcie⁶² na znaczne, sięgające kilkuset punktów procentowych, różnice wycen tych samych świadczeń w różnych regionach, co także wskazuje na wady modelu finansowania opieki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej⁶³.

Pomiędzy 2014 r. a 2019 r. nastąpił wzrost nakładów na świadczenia zdrowotne, który wyniósł 42% w wartościach nominalnych, przy czym w przypadku świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej odnotowano zmniejszenie finansowania, co może wywoływać negatywne skutki z uwagi na fakt, że AOS powinien odciążać szpitale, przejmując świadczenia zdrowotne, w tym procedury diagnostyczne, których realizacja jest możliwa w trybie ambulatoryjnym. Działania takie nie mogą obniżyć efektu zdrowotnego, jednocześnie przyczyniłyby się zasadniczo do obniżenia kosztów opieki. W efekcie dałoby to szansę na zwiększenie liczby obsługiwanych pacjentów i uwolnienie łóżek szpitalnych dla najbardziej potrzebujących⁶⁴.

Głównym motorem wzrostu wydatków na zdrowie jest postęp technologiczny. Rozpowszechnianie nowych technologii medycznych i ubezpieczenia zdrowotne są rozwiązaniami dającymi szansę na ograniczenie wzrostu wydatków na zdrowie. Do tego dochodzi kwestia wzrostu kosztów wynagrodzeń pracowników medycznych oraz związana z nim presja płacowa pracowników niemedycznych. Istnieje więc potrzeba racjonalizacji obecnie stosowanego finansowania, zakupów czy ram funkcjonowania szpitali, w celu zwiększenia efektywności dostępnych, ale już teraz niewystarczających zasobów.

Ocena systemu ochrony zdrowia przez obywateli

Zgodnie z wynikami badania CBOS 39% respondentów w 2018 r. była raczej niezadowolona z funkcjonującej ochrony zdrowia. Ocena ta ulegała tylko nieznacznym zmianom od 2001 r.,

⁶¹ NIK (2019); Raport: *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, str. 61

⁶² NIK (2019); Raport: *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*.

⁶³ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI - GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 21.

⁶⁴ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI - GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 20.

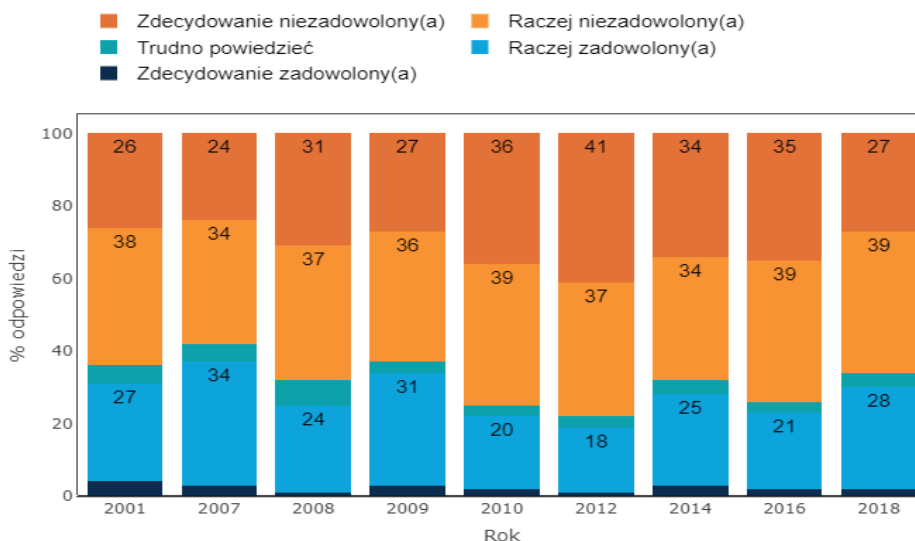
kiedy to 38% Polaków było raczej niezadowolonych z funkcjonującej w Polsce opieki zdrowotnej. Wyjątek stanowił rok 2012, w którym to aż 41% badanych stwierdziło, że są zdecydowanie niezadowoleni z obecnie funkcjonującej opieki zdrowotnej w kraju (Ryc. 14). W badaniach CBOS opublikowanych w marcu 2020 r. widoczna jest znaczna poprawa postrzegania NFZ, ze wzrostem opinii pozytywnych o 17%⁶⁵.

Większość ankietowanych docenia lekarzy pod względem ich kompetencji (70%) oraz zaangażowania w pracę (65%). Pozytywną oceną charakteryzuje się także dostępność usług lekarzy POZ (68%), jednocześnie jedynie 57% ankietowanych ocenia tryb diagnostyki i leczenia u lekarzy POZ w sposób pozytywny. Najmniej osób wypowiedziało się pozytywnie o dostępie do specjalistów (13%) oraz wystarczającej liczbie personelu medycznego w szpitalach (13%).

Również wskaźniki dotyczące traktowania pacjenta i przyjazności systemu wskazują na konieczność poprawy. Choć 57% badanych czuje się traktowane przez personel medyczny w sposób życzliwy i troskliwy i obserwowalny jest istotny wzrost zadowolenia w tej materii (49% badanych w 2016 roku) to nadal jest to 20% mniej niż 9 lat wcześniej (77%). Ponadto jedynie 44% pacjentów uważa, że administracja placówek obsługuje pacjentów szybko i skutecznie, a tylko 57% potwierdza, że informacja o tym, gdzie zgłaszać się po pomoc lub poradę jest na zadawalającym poziomie.

Rycina 13. Stopień zadowolenia Polaków z funkcjonującą opieką zdrowotną w Polsce na przestrzeni lat

Czy ogólnie rzecz biorąc, jest Pan(i) zadowolony(a) czy też niezadowolony(a) z tego, jak obecnie funkcjonuje opieka zdrowotna w naszym kraju?



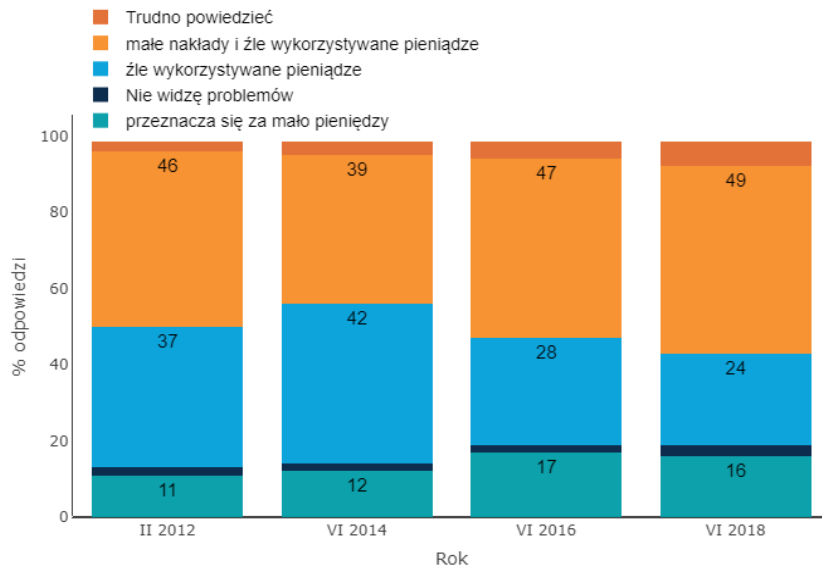
(źródło: analiza BŚ na podstawie badania Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej, CBOS 2018)

⁶⁵ Komunikat z badań CBOS „Oceny działalności instytucji publicznych”; https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_038_20.PDF, dostęp 08.05.2020

W 2018 r., aż 49% badanych CBOS stwierdziło, że problemy z dostępnością oraz jakością świadczonych usług zdrowotnych wynikają ze zbyt niskich nakładów finansowych oraz źle wykorzystywanych do tego celu pieniędzy. Trend ten również nie ulegał znaczącej zmianie od 2012 r., kiedy to 46% ankietowanych wskazało powyższe jako główną przyczynę obniżonej dostępności i jakości świadczonych usług zdrowotnych w Rzeczypospolitej Polskiej (Ryc. 15).

Rycina 14. Ocena przez Polaków systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej na przestrzeni lat

Niektórzy narzekają na problemy z dostępnością i jakością świadczeń uzyskiwanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Czy w Pana(i) ocenie, problemy wynikają z tego, że:

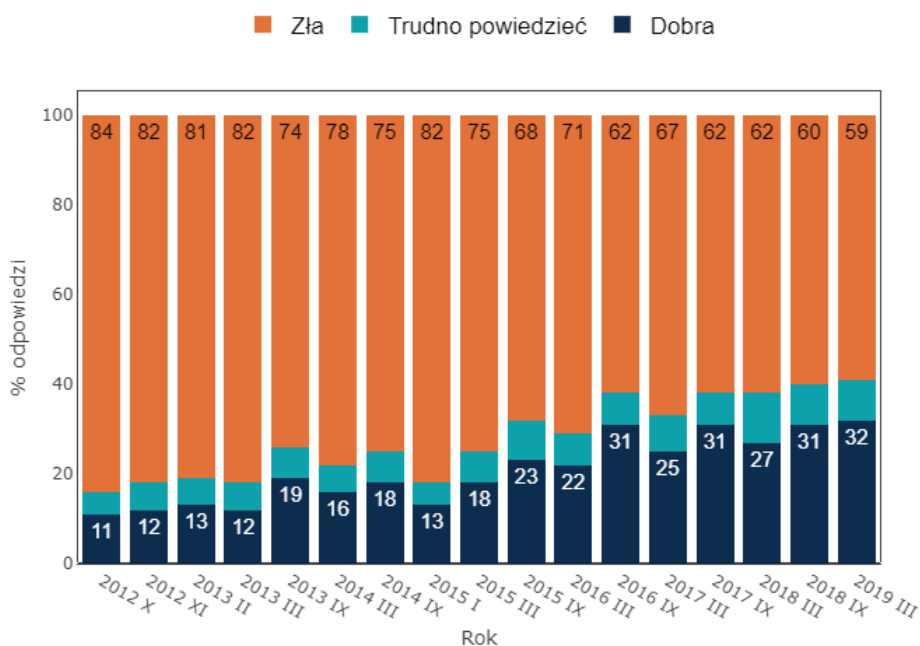


(źródło: analiza BŚ na podstawie badania Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej, CBOS 2018)

Według badania CBOS w 2018 r. dobra ocena działalności instytucji publicznych wzrosła do poziomu 32%, podczas gdy w 2012 r. jedynie 11% ankietowanych uznało ją za dobrą (Ryc. 16).

Rycina 15. Ocena działalności krajowych instytucji publicznych przez Polaków na przestrzeni lat

Jak ocenia Pan/i działalność instytucji publicznych w Rzeczypospolitej Polskiej?



(źródło: analiza BŚ na podstawie badania CBOS, nr 44/2019)

Podjęte działania

Naprawa systemu opieki zdrowotnej wymaga przede wszystkim znaczącego zwiększania nakładów. Istotnym elementem przyczyniającym się do tego jest tzw. „ustawa 6%”⁶⁶, która zakłada, że na finansowanie ochrony zdrowia w perspektywie do 2024 r. będą przeznaczane środki w wysokości nie niższej niż 6% PKB oraz 7 proc. PKB do 2027 r.⁶⁷. Szybszy wzrost nakładów na zdrowie powinien przyczynić się do lepszego dostępu obywateli do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

PODSUMOWANIE

- Kluczową rolę w wytyczaniu polityki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej odgrywa Minister Zdrowia. Posiada on również kompetencje regulacyjne, natomiast NFZ jest głównym płatnikiem w systemie.
- System obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych gwarantuje formalny dostęp do szerokiego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, ale ze względu na ograniczone środki, którymi dysponuje NFZ, zagwarantowane prawnie liczne świadczenia nie zawsze są dostępne w optymalnym czasie. Dostęp do usług medycznych w Polsce

⁶⁶ Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532)

⁶⁷ Z zastrzeżeniem, że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2023 nie może być niższa niż: 1) 4,78% produktu krajowego brutto w 2018 r.; 2) 4,86% produktu krajowego brutto w 2019 r.; 3) 5,03% produktu krajowego brutto w 2020 r.; 4) 5,30% produktu krajowego brutto w 2021 r.; 5) 5,55% produktu krajowego brutto w 2022 r.; 6) 5,80% produktu krajowego brutto w 2023 r.

dużo bardziej niż w innych krajach jest uzależniony od sytuacji ekonomicznej pacjenta.

- Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ wskazuje na największy – ponad 50% – udział kosztów leczenia szpitalnego. Udział wydatków na AOS i POZ jest nadal na niezadowalającym poziomie (odpowiednio 7,4% i 13,4%).
- W najbliższym czasie Rzeczpospolitą Polską czeka wzrost nakładów na system ochrony zdrowia. Głównym motorem wzrostu wydatków na zdrowie jest m.in. postęp technologiczny.

ORGANIZACJA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Świadczenia zdrowotne udzielane są przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze, jak również indywidualne i grupowe praktyki lekarskie i pielęgniarские⁶⁸.

Publiczne podmioty lecznicze mogą być tworzone przez władze na szczeblu gminnym, powiatowym, wojewódzkim lub centralnym (ministerialnym), a także przez publiczne uczelnie medyczne, prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Mogą one funkcjonować jako samodzielne zakłady (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – SPZOZ), spółki, jednostki budżetowe lub instytuty badawcze.

Działalność lecznicza obejmuje świadczenia stacjonarne i całodobowe (w szpitalach i innych podmiotach leczniczych, takich jak sanatoria, ZOL - ZPO i podmioty świadczące opiekę hospicyjną i paliatywną) oraz świadczenia ambulatoryjne⁶⁹.

W POZ i AOS dominują świadczeniodawcy niepubliczni (wcześniejsze Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej – NZOZ) oraz lekarze i pielęgniarki wykonujący zawód w ramach praktyki indywidualnej oraz grupowej.

Zgodnie z definicją GUS, stacjonarna opieka zdrowotna jest formą opieki medycznej sprawowaną całodobowo w warunkach stacjonarnych w podmiotach leczniczych, takich jak szpitale ogólne, psychiatryczne, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze typu ogólnego i psychiatrycznego, hospicja stacjonarne, oddziały opieki paliatywnej, stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej, zakłady leczenia uzdrowiskowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, ośrodki leczenia odwykowego, a także krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej⁷⁰.

Opieka szpitalna

Szpitalny system opieki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej na przestrzeni lat przeszedł wiele reform. Ostatnia bardzo ważna zmiana dotycząca funkcjonowania szpitali miała miejsce w 2017 r. Wdrożono wówczas system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń

⁶⁸ Należy również zaznaczyć, że świadczenia opieki zdrowotnej to także np. transport sanitarny (świadczenie towarzyszące), które nie muszą być wykonywane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.

⁶⁹ NFZ (2012), *Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska 2012*; https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/03/HiT_Polska_2012_z_okladka_automatyczny_spis_tresci.pdf; dostęp 15.04.2020.

⁷⁰ GUS (2020), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Warszawa 2020, str. 40.

opieki zdrowotnej⁷¹ (skrót PSZ), potocznie zwany „siecią szpitali”. Utworzenie systemu PSZ miało na celu poprawę opieki specjalistycznej nad pacjentami oraz zapewnienie lepszych warunków funkcjonowania szpitali. Do sieci należą szpitale, które są istotne z punktu widzenia zapewnienia pacjentom dostępu do świadczeń zdrowotnych⁷².

W Rzeczypospolitej Polskiej na koniec 2019 r. ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego skorzystało prawie 9 mln w pacjentów (22,88% populacji). To o 0,29% mniej w porównaniu z rokiem 2014. Z kolei liczba szpitali posiadających kontrakt z NFZ zmniejszyła się - w 2014 r. było zakontraktowanych 979 szpitali, natomiast w roku 2019 odpowiednio 966. W systemie PSZ uczestniczyło 584 szpitali, co szczegółowo obrazuje poniższa tabela.⁷³

Tabela 3. Liczba szpitali należących do „sieci szpitali” oraz będących „poza siecią” w podziale na województwa (stan na 2019 r.)

Województwo	POZA SIEC IĄ	I STOPN IA	II STOPN IA	III STOPN IA	OGÓLNOPO LSKI	ONKOLOGIC ZNY	PEDIATRYC ZNY	PULMONOLOGI CZNY	Suma końco wa
dolnośląskie	30	21	7	6	4	2	0	4	74
kujawsko- pomorskie	30	16	3	4	4	1	1	1	60
lubelskie	20	17	4	5	7	1	0	2	56
lubuskie	9	11	2	3	3	0	0	1	29
łódzkie	30	14	8	5	6	1	0	1	65
małopolskie	32	11	12	3	7	0	1	2	68
mazowieckie	37	37	7	9	20	3	3	2	118
opolskie	11	12	4	0	4	1	0	2	34
podkarpackie	21	12	9	5	1	1	0	1	50
podlaskie	13	15	2	1	3	1	0	0	35
pomorskie	14	10	4	4	5	0	1	1	39
śląskie	54	31	13	7	9	2	2	8	126
świętokrzyskie	15	10	6	2	1	1	0	1	36
warmińsko- mazurskie	18	19	4	2	3	0	2	1	49
wielkopolskie	41	26	9	4	6	1	1	2	90
zachodniopom orskie	7	16	2	2	6	2	1	1	37
Suma końcowa	382	278	96	62	89	17	12	30	966

(źródło: dane MZ, Mapa potrzeb zdrowotnych 2020)

Wskaźnik liczby szpitali na 100 tys. mieszkańców był najwyższy w województwie opolskim i warmińsko-mazurskim, a najniższy w województwie pomorskim i małopolskim. Natomiast wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. był najwyższy w województwach śląskim i świętokrzyskim, a najniższy w województwach małopolskim i wielkopolskim (Tab. 4).

Tabela 4. Liczba szpitali oraz łóżek na 10 tys. ludności według województw

WOJEWÓDZTWA	Szpitala	Łóżka
-------------	----------	-------

⁷¹ System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej został wprowadzony z dniem 1 października 2017 r., Ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

⁷² MZ (2020), Mapa potrzeb zdrowotnych 2020, str. 206.

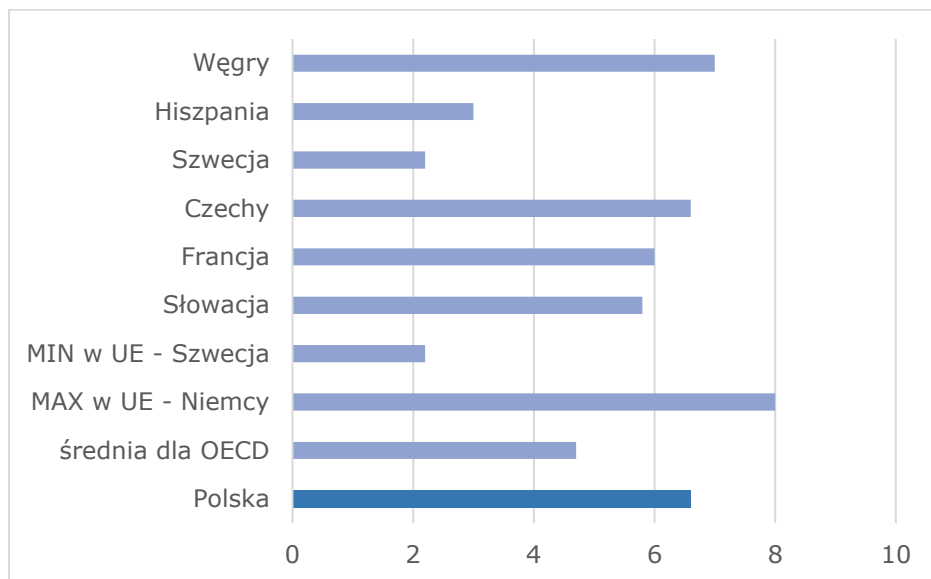
⁷³ MZ (2020), Mapa potrzeb zdrowotnych 2020, str. 228.

	ogółem		na 10 tys. ludności
	stan w dniu 31 XII 2019		
Dolnośląskie	74	15 721	54
Kujawsko-pomorskie	60	10 538	51
Lubelskie	56	11 648	55
Lubuskie	29	5 399	53
Łódzkie	65	13 713	56
Małopolskie	68	16 168	47
Mazowieckie	118	29 167	54
Opolskie	34	5 190	52
Podkarpackie	50	10 788	51
Podlaskie	35	6 377	54
Pomorskie	39	12 114	52
Śląskie	126	26 555	59
Świętokrzyskie	36	6 938	56
Warmińsko-mazurskie	49	7 198	51
Wielkopolskie	90	17 686	51
Zachodniopomorskie	37	9 395	55
RAZEM	966	204 595	53

(źródło: dane MZ, Mapa potrzeb zdrowotnych 2020)

Poniższa rycina przedstawia Rzeczpospolitą Polską na tle krajów unijnych wybranych do porównania w zakresie liczby łóżek szpitalnych.

Rycina 16. Liczba łóżek szpitalnych na 1 tys. mieszkańców w wybranych państwach UE (2017 lub najbliższy dostępny rok) ⁷⁴



(źródło: OECD Health Statistics, 2019)

Porównywanie liczby łóżek szpitalnych między państwami ma jednak swoje ograniczenia, wynikające z organizacji systemu ochrony zdrowia i specyfiki konkretnych państw. Nie należy wyciągać wniosków na temat konieczności redukcji liczby łóżek szpitalnych w Rzeczypospolitej Polskiej bez szczegółowej analizy zapotrzebowania w poszczególnych dziedzinach medycyny.

W tym kontekście ważne jest wskazanie, że państwa z większą liczbą łóżek na 1 tys. mieszkańców stosunkowo lepiej radzą sobie z pandemią COVID-19. Większa liczba łóżek pozwala na szybkie przeprofilowanie części szpitali/ oddziałów/ łóżek na dedykowane wyłącznie chorym na COVID-19.

W ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach stacjonarnych, a także w szpitalach dziennych (tzw. szpitale jednego dnia), w 2018 r. leczonych było łącznie, podobnie jak przed rokiem, 3 419,4 tys. pacjentów (o 0,5% mniej niż w 2017 r.), przy czym pacjenci szpitali dziennych stanowili 3,9% ogółem leczonych w trybie dziennym⁷⁵.

Według danych GUS, w 2018 r., 2 055,0 tys. osób, o 0,2% mniej niż w 2017 r.), stanowili pacjenci oddziałów chirurgicznych, z czego ponad połowa przypadków to osoby korzystające z pomocy na oddziałach chirurgii ogólnej (1 025,4 tys. pacjentów)⁷⁶.

Kolejna liczna grupa to pacjentki oddziałów ginekologiczno-położniczych (13,2%, tj. 1 102,7 tys. pacjentów) oraz hospitalizowani na oddziałach chorób wewnętrznych (11,3% ogółem leczonych, tj. 946,1 tys. osób). Następnie na oddziałach kardiologicznych – 6,9% (tj. 577,1 tys. osób), pediatrycznych – 5,1% (tj. 426,3 tys.),⁷⁷.

⁷⁴ Różnica pomiędzy danymi OECD a danymi GUS wynika z przyjęcia innej definicji liczby łóżek. OECD uwzględnia również łóżka w szpitalach psychiatrycznych oraz w uzdrowiskach i sanatoriach, podczas gdy GUS traktuje je osobno.

⁷⁵ GUS (2020), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Warszawa 2020, str. 41.

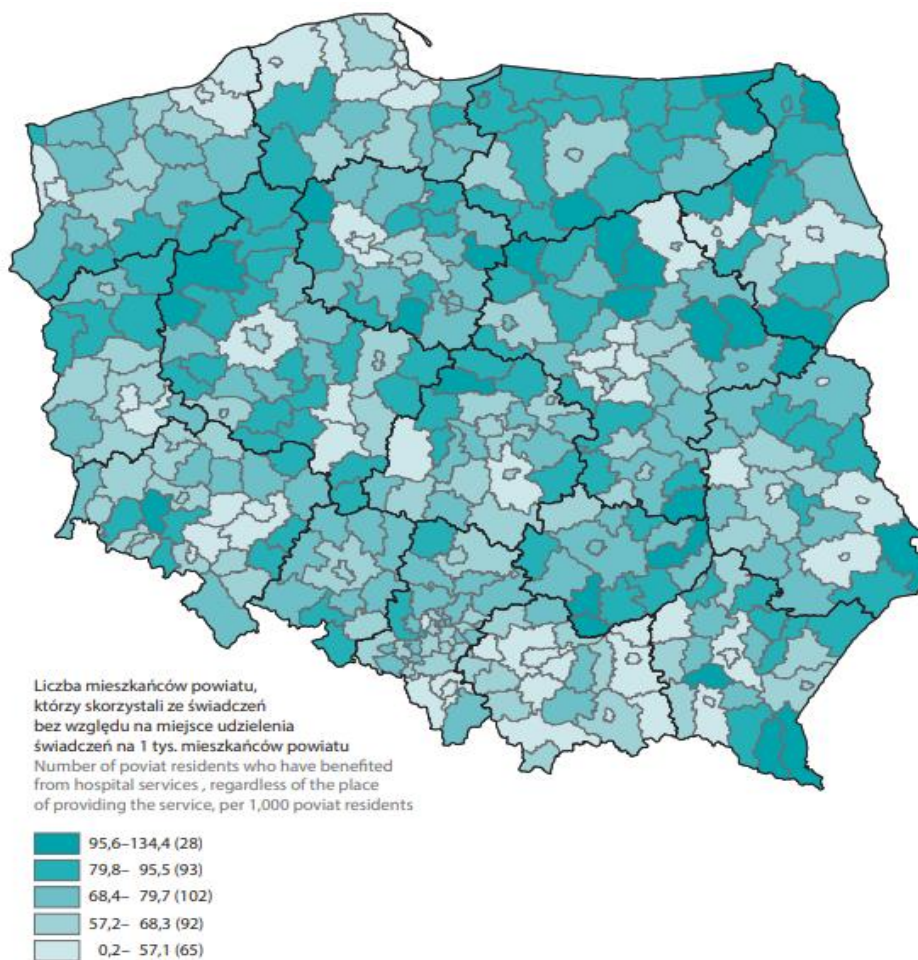
⁷⁶ GUS (2020), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Warszawa 2020, str. 46.

⁷⁷ GUS (2020), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Warszawa 2020, str. 46.

Liczba świadczeń udzielanych w szpitalach w Rzeczypospolitej Polskiej nie wzrosła albo wzrosła niewiele, utrzymując się praktycznie na stałym poziomie z 0,26 hospitalizacji na pacjenta (ubezpieczonego) w 2009 r. na 0,29 hospitalizacji w 2018 r. Dane NFZ wskazują, że liczba świadczeń wzrosła nieznacznie w 2019 r.

Ważny jest również aspekt dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. Badania w tym zakresie zostały przeprowadzone przez GUS w ramach pracy badawczej pt. *Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia*. W ramach badania analizowano m.in. dostęp do świadczeń z perspektywy oddziałów typowych dla I poziomu referencyjnego sieci szpitali tj. oddziałów: chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria⁷⁸. Rycina 18 przedstawia liczbę mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń bez względu na miejsce udzielania świadczeń.

Rycina 17. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielania świadczenia, na 1 tys. ludności [osoba] w 2018 r.



(źródło: GUS, 2018, za: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, str. 131)

Analiza wyników badania wskazuje, że największą liczbę świadczeń można zauważyć u mieszkańców powiatów Polski północno-wschodniej oraz północnej części województwa wielkopolskiego, najmniejszą u mieszkańców powiatów województwa małopolskiego oraz

⁷⁸ GUS (2020), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Warszawa 2020, str. 130.

miastach na prawach powiatu⁷⁹. Duże natężenie świadczeń opieki szpitalnej może wskazywać na słabiej rozwiniętą AOS.

Częstsze korzystanie ze świadczeń opieki szpitalnej może być spowodowane również strukturą wiekową populacji. Dzieci i osoby starsze często wymagają udzielenia świadczenia w szpitalu. W wielu przypadkach u osób dorosłych dana procedura może odbyć się w trybie ambulatoryjnym.

Według prognoz liczba hospitalizacji w 2030 r. wzrośnie o 7,9% (713 tys.), w tym przykładowo w geriatrici odpowiednio z 15,1% i 50,5%, okulistyce 10,1% i 34,8%, chorobach wewnętrznych 9,7% i 29,9%, kardiologii 9,7% i 27,0%, angiologii 10,3% i 26,5%, kardiochirurgii 10,0% i 23,5%. Jednocześnie prognozuje się istotne spadki liczby pobyków w oddziałach szpitalnych, głównie położniczo-ginekologicznych i dziecięcych (neonatologii, pediatrii, chirurgii dziecięcej)⁸⁰.

Przedstawione dane wskazują, że w ramach opieki szpitalnej utrzymuje się od lat w miarę stała liczba hospitalizowanych pacjentów. Przesunięcie akcentów z opieki szpitalnej na AOS następuje powoli, zmiany demograficzne mogą również zmienić zapotrzebowanie na poszczególne świadczenia szpitalne. Niewątpliwie niepokoją trendy spadku liczby pacjentów korzystających z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz brak spadku liczby hospitalizacji, podobnie jak i brak wzrostu liczby hospitalizacji w trybie dziennym. Należy jednak mieć na względzie, że nie wszystkie świadczenia mogą być bezpiecznie udzielone w trybie ambulatoryjnym, ostrożność lekarzy w kwestii udzielania świadczeń właśnie osobom starszym i dzieciom może być spowodowana odmiennym metabolizmem, fizjologią u dzieci oraz w przypadku osób starszych licznymi chorobami współistniejącymi.

Obserwowane skupienie się na leczeniu szpitalnym, oprócz historycznych zaszczości organizacji systemu ochrony zdrowia, jest rezultatem wielu czynników:

- braku lub niewystarczającej alternatywy dla leczenia na niższych poziomach opieki zdrowotnej (problem dostępu do świadczeń na innym poziomie niż tylko szpitalny lub czas oczekiwania na poziomie AOS);
- gorszej jakości usług pozaszpitalnych;
- statusu społeczno-ekonomicznego pacjentów (mniej wykształceni i biedniejsi zazwyczaj korzystają z usług szpitalnych częściej);
- niewystarczającej koordynacji działań w ramach szpitala (SOR, izba przyjęć, oddziały szpitalne, diagnostyka);
- niewystarczającej koordynacji działań pomiędzy szpitalem, a innymi instytucjami opiekującymi się pacjentem; może to powodować opóźnienia w hospitalizacji, opóźnienia w kontynuacji leczenia, gorszej jakości lub zaprzestania leczenia, ponownych hospitalizacji;
- niskiej wyceny świadczeń ambulatoryjnych (bardziej opłaca się przyjąć pacjenta w szpitalu);
- organizacji świadczeń szpitalnych w taki sposób, żeby motywować pacjentów do podjęcia leczenia szpitalnego (zamiast czekania w AOS – stosunkowo szybkie i kompleksowe leczenie lub tylko diagnostyka na poziomie szpitala).

⁷⁹ GUS (2020), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Warszawa 2020, str. 131.

⁸⁰ NIK (2019), *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, str. 24.

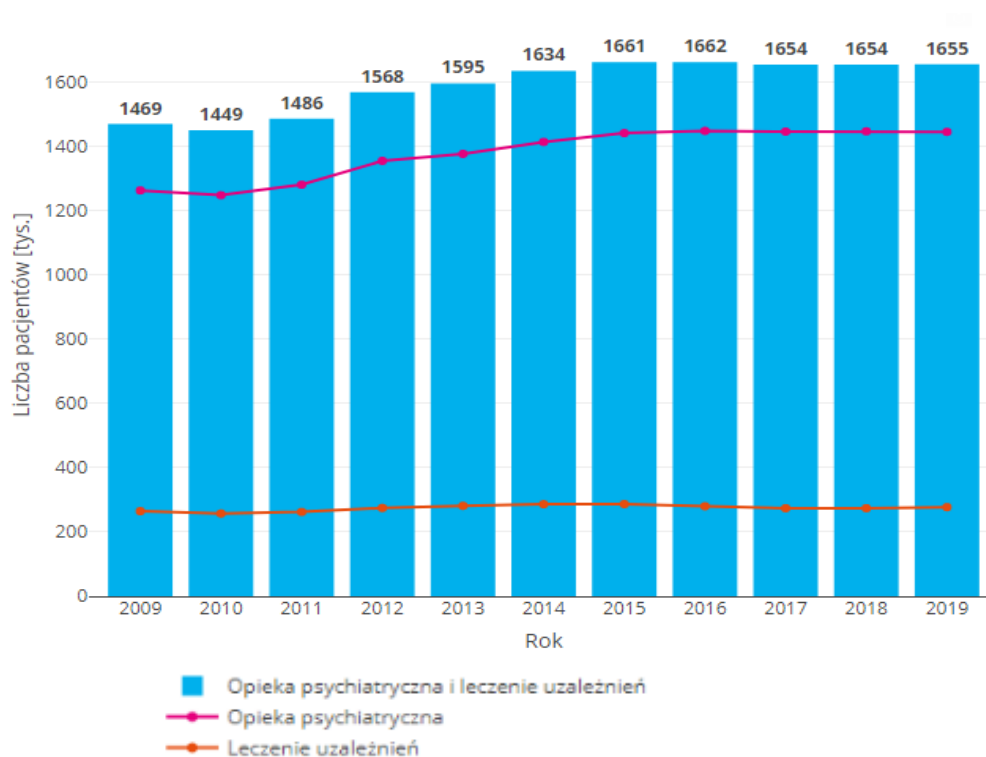
W tym kontekście warto podkreślić, iż przygotowywana jest reforma sektora szpitalnictwa, której podstawowym celem jest poprawa efektywności ekonomicznej szpitali publicznych poprzez dokonanie ich ewaluacji i przypisanie - na podstawie obiektywnych kryteriów - do odpowiedniej kategorii, która będzie warunkowała działania rozwojowe, optymalizacyjne i restrukturyzacyjne jakie zostaną podjęte w poszczególnych podmiotach. Ważnym aspektem będzie tutaj również podnoszenie jakości zarządzania szpitalami poprzez rozwój kompetencji kadry menedżerskiej. Pakiet zmian ma również na celu optymalizację jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta poprzez wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentracja leczenia specjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń, a także prowadzenie spójnej polityki w zakresie zabezpieczania świadczeń medycznych przejawiającej się w optymalnym zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych pacjentów.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Ze względu na wzrastającą świadomość społeczną oraz występowanie chorób cywilizacyjnych obejmujących zaburzenia psychiczne, zapotrzebowanie na świadczenia opieki psychiatrycznej się zwiększa. Liczba pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej wzrosła na przestrzeni

lat 2009-2019 o 12,6%, w tym o 14,4% w opiece psychiatrycznej i o 4,7% w leczeniu uzależnień (Ryc. 18).

Rycina 18. Liczba pacjentów objętych opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnień oraz korzystających ze świadczeń w Centrach Zdrowia Psychicznego na przestrzeni lat 2009-2019 [tys.].



(źródło: Opracowanie DAS MZ na podstawie danych NFZ)

O niewystarczającej dostępności do świadczeń w porównaniu z potrzebami pacjentów świadczy m.in. wysokość wydatków prywatnych na opiekę psychiatryczną, szacowany na ok 500 mln zł rocznie⁸¹. J. Jednocześnie należy podkreślić, iż nakłady na świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień systematycznie rosną. Udział wydatkowania na opiekę psychiatryczną w wydatkach na ochronę zdrowia (3,4% w roku 2019) jest nadal niższy od grupy krajów wysokorozwiniętych⁸².

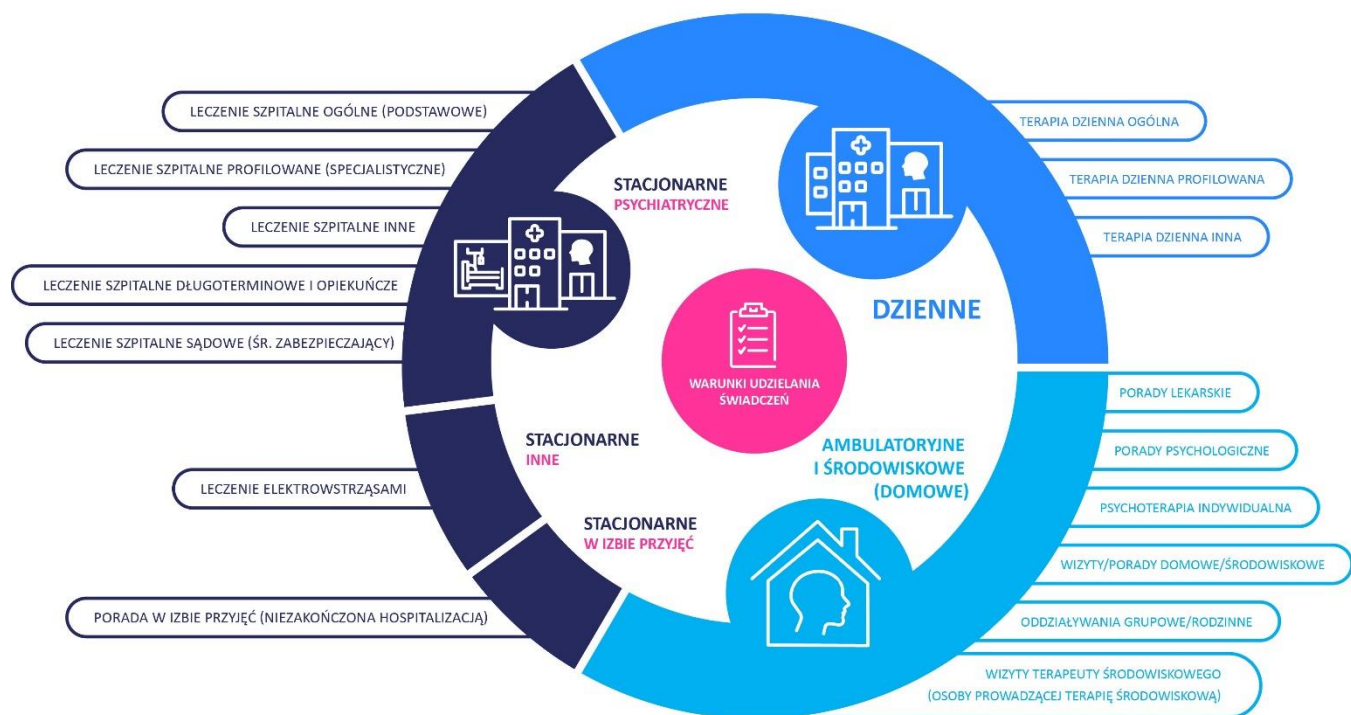
Leczenie zaburzeń psychicznych realizowane jest w ramach świadczeń „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” oraz (od roku 2018, w którym utworzono pierwsze CZP) „Programy pilotażowe”. Podział na opiekę psychiatryczną oraz leczenie uzależnień został dokonany na podstawie wykazu świadczeń gwarantowanych⁸³. Każda z wymienionych grup pod względem warunków realizacji dzieli się na leczenie stacjonarne, dzienne oraz ambulatoryjne i środowiskowe (domowe) (Ryc. 19 i 20).

⁸¹ <https://pulsmedycyny.pl/problem-opieki-psychiatrycznej-w-polsce-analiza-rynkowa-968254>

⁸² Economics, mental health and policy: An overview, London, 2008

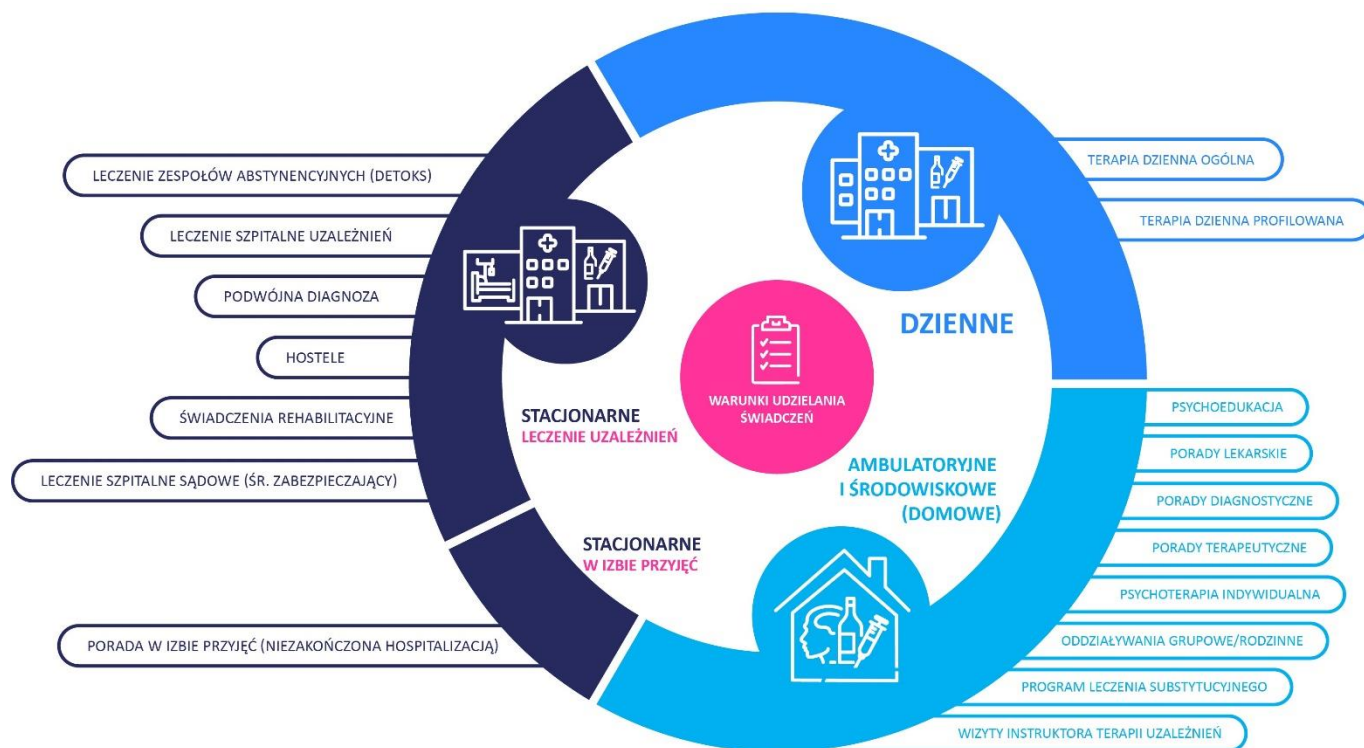
⁸³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001285>

Rycina 19. Kategoryzacja świadczeń gwarantowanych pod względem warunków realizacji w opiece psychiatrycznej



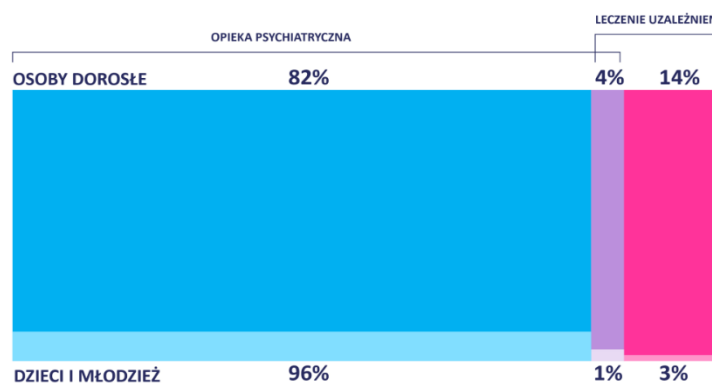
(źródło: Opracowanie Departamentu Analiz i Strategii MZ na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – Dz. U. poz. 1285, z późn. zm.)

Rycina 20. Kategoryzacja świadczeń gwarantowanych pod względem warunków realizacji w leczeniu uzależnień



(źródło: Opracowanie Departamentu Analiz i Strategii MZ na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – Dz. U. poz. 1285, z późn. zm.)

Rycina 21. Udział pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych leczonych poszczególnymi rodzajami opieki z podziałem na dorosłych i dzieci w roku 2019

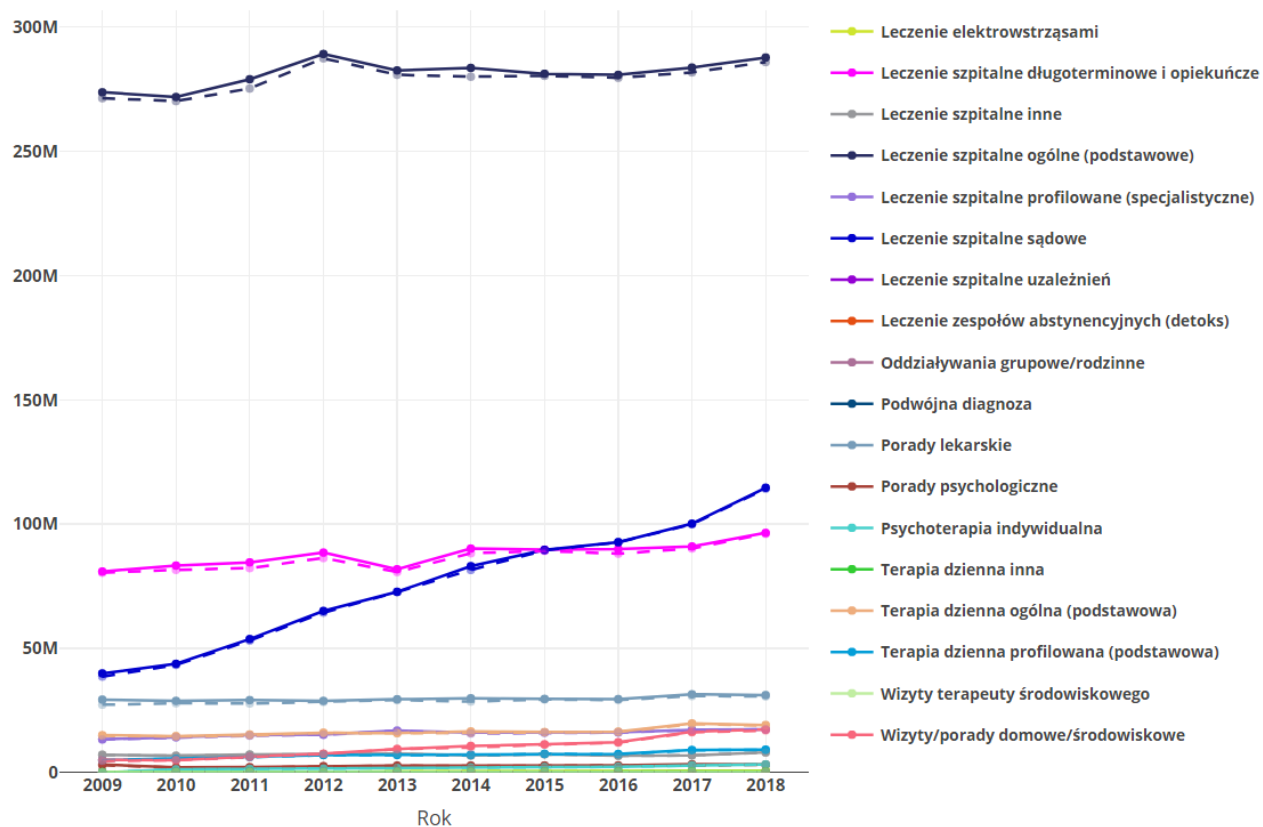


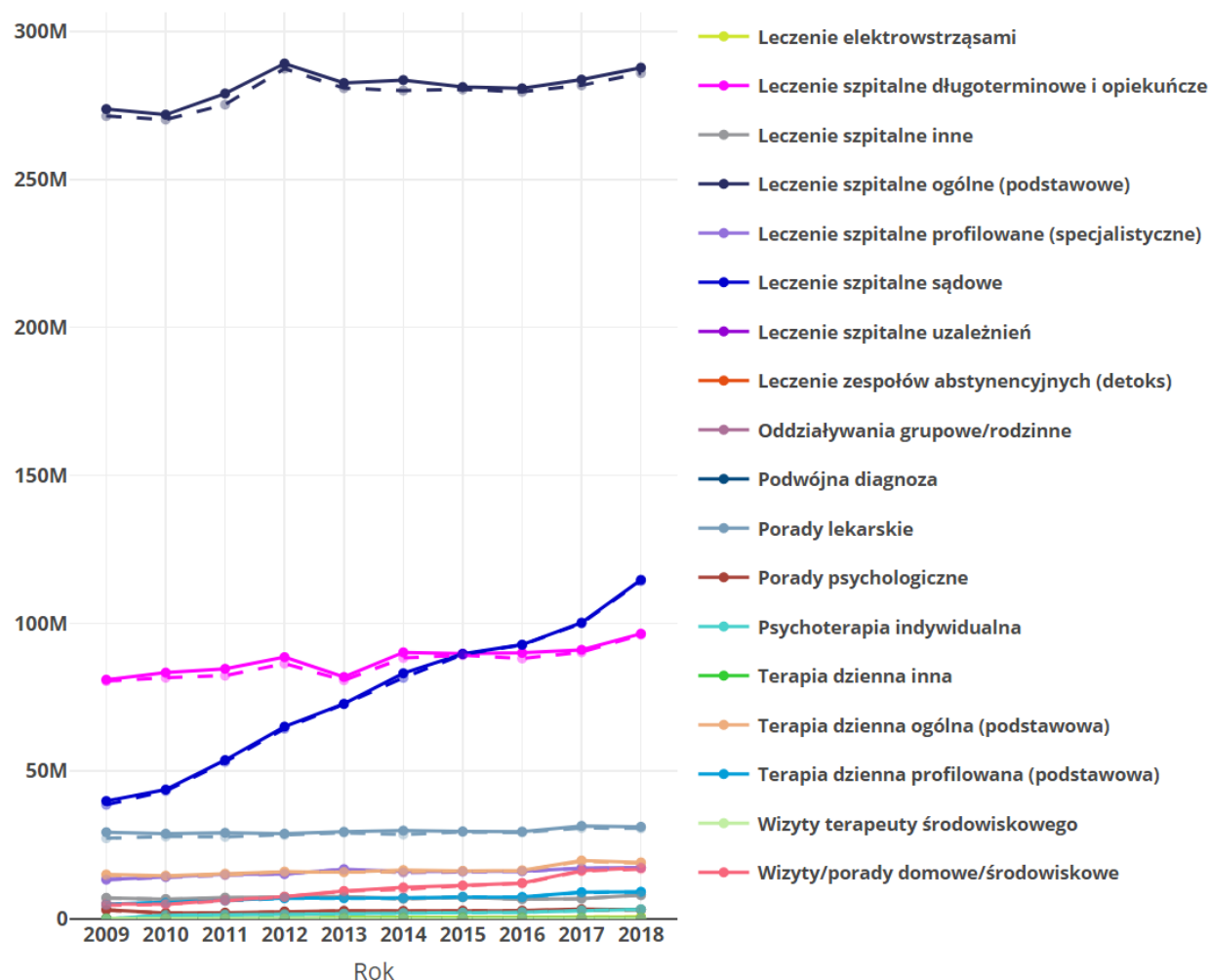
(źródło: Opracowanie DAS MZ na podstawie danych NFZ)

W roku 2019 największy udział wśród pacjentów stanowili dorośli korzystający z opieki psychiatrycznej, w następnej kolejności dorośli korzystający z leczenia uzależnień, następnie dzieci i młodzież korzystający z opieki psychiatrycznej oraz dzieci i młodzież korzystający z leczenia uzależnień (Ryc. 21).

Analiza finansowania świadczeń dorosłych pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii na przestrzeni lat 2009-2018 pokazuje udział finansowania poszczególnych kategorii świadczeń w leczeniu pacjentów chorych przewlekle przed wprowadzeniem reformy opieki psychiatrycznej (Ryc. 22).

Rycina 22. Suma kwoty sprawozdanej i rozliczonej pacjentów powyżej 18 r. ż. z rozpoznaniem schizofrenii (ICD10: F20) na przestrzeni lat 2009-2018 w opiece psychiatrycznej z podziałem na kategorie świadczeń [PLN].





(źródło: Analiza problemu zdrowotnego – schizofrenii; Opracowanie Departamentu Analiz i Strategii MZ na podstawie danych NFZ)

W latach 2009-2018 w przypadku leczenia schizofrenii, przeważająca większość środków została przeznaczona na leczenie stacjonarne (w szczególności "Leczenie szpitalne ogólne (podstawowe)"), przy jednocześnie niskim udziale wydatków na formy pośrednie, ambulatoryjne i środowiskowe (domowe). Opisywane proporcje są argumentem za koniecznością wprowadzenia zmian w systemie opieki zdrowotnej.

Dostępność do świadczeń

Ważną kwestią w opiece psychiatrycznej jest dostępność do świadczeń zdrowotnych oraz (w przypadku pośrednich i ambulatoryjnych form leczenia) odległość podmiotów od miejsca zamieszkania. Model środowiskowy jest uznawany za najkorzystniejszy dla pacjenta, gdyż służy procesowi zdrowienia i społecznemu włączeniu.

Tabela 5. Liczba pacjentów w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej na przestrzeni lat 2009-2019 z podziałem na zgrupowane specjalności komórek organizacyjnych [tys.]

Rok	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Poradnia psychiatryczna/ psychologiczna	1168, 86	1152, 54	1180, 21	1248, 68	1263, 97	1292, 59	1316, 26	1318, 88	1311, 79	1307, 19	1304, 16
Opieka dzienna psychiatryczna	19,96	19,59	22,21	25,32	26,60	27,12	27,67	27,71	27,66	28,56	30,08
Zespół leczenia środowiskowego	6,43	6,60	10,38	17,16	21,79	24,02	27,11	30,35	33,58	39,86	41,44

(źródło: Opracowanie Departamentu Analiz i Strategii MZ na podstawie danych NFZ)

W 2019 roku w Rzeczypospolitej Polskiej poradnie psychiatryczne/psychologiczne⁸⁴ objęły 100% powiatów, poradnie psychiatryczne/psychologiczne dla dzieci i młodzieży 28,7%, oddziały dzienne⁸⁵ 37,4%, zespoły leczenia środowiskowego⁸⁶ 35%. Liczba powiatów z dostępem do danej formy leczenia przekładała się na udział pacjentów korzystających z nich w 2019 roku (Tabela 5). Pomiędzy liczbą pacjentów korzystających z poszczególnych form ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej na przestrzeni lat 2009-2019 występuje znaczna dysproporcja, z przewagą korzystania z poradni psychiatrycznej/psychologicznej. W przypadku leczenia uzależnień, poradnie⁸⁷ funkcjonowały w 87,9% powiatów, oddziały dzienne⁸⁸ w 26,6%.

Dostępność do świadczeń jest zróżnicowana na terenie kraju (Ryc. 23). Formy ambulatoryjne i pośrednie są ważnym elementem leczenia oraz zapobiegania remisjom zaburzeń. Na części terenu kraju nie występowała żadna z wymienionych. Otwarcie oddziałów dziennych, zespołów leczenia środowiskowego oraz poradni zdrowia psychicznego na terenie wszystkich powiatów stanowi ważny element procesu deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

⁸⁴ VIII część kodu resortowego: 1700, 1701, 1704, 1706, 1708, 1790, 1791

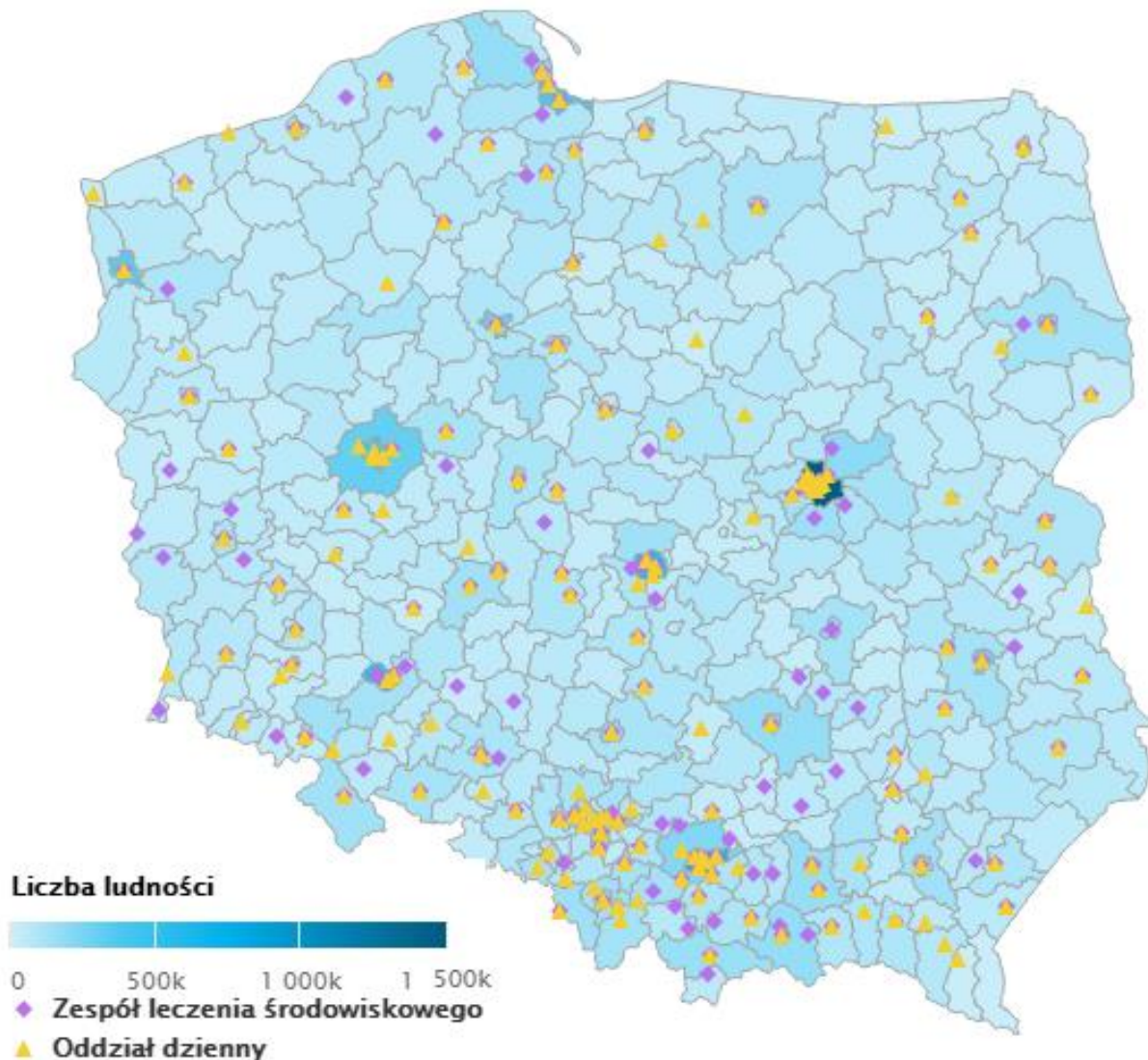
⁸⁵ VIII część kodu resortowego: 2700, 2701, 2702, 2703, 2704, 2706, 2708

⁸⁶ VIII część kodu resortowego: 2730, 2731, 2732, 2734

⁸⁷ VIII część kodu resortowego: 1740, 1741, 1742, 1744, 1745, 1746, 1747

⁸⁸ VIII część kodu resortowego: 2712, 2714, 2715; a także 2740 o kodzie zakresu 04.2740.021.02

Rycina 23. Liczba ludności oraz rozmieszczenie gmin, w których znajdują się zespoły leczenia środowiskowego oraz oddziały dzienne w opiece psychiatrycznej dorosłych, rok 2019



(źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3451>)

Reforma opieki psychiatrycznej

Trwa reforma obejmująca opiekę psychiatryczną dorosłych oraz dzieci i młodzieży. Jej głównym celem jest zwiększenie dostępu do świadczeń. Chociaż reforma obejmuje pacjentów z najczęściej rozpoznawanymi zaburzeniami, w przypadku pewnej grupy nadal występuje zapotrzebowanie na specjalistyczne programy zdrowotne (np. przy uzależnieniach, zaburzeniach odżywiania czy neurorozwojowych).

Reforma opieki psychiatrycznej osób dorosłych

Pilotaż w Centrach Zdrowia Psychicznego, rozpoczęty w 2018 r. obejmuje 33 centra na terenie wszystkich z 16 województw. Do głównych założeń pilotażu należą: zintegrowana płatność

w formie ryczału na populację, zwiększona dostępność do świadczeń, integracja form opieki, koordynacja udzielanej pomocy, dostęp do specjalistów z różnych dziedzin, zindywidualizowane podejście do pacjenta, współpraca ze służbami pomocy społecznej i POZ, zmiana roli opieki szpitalnej na interwencję pomocniczą. Działanie pilotażu zostało przedłużone do 31 grudnia 2022 roku.

Reforma opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży

Do głównych założeń reformy opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży należą: zapewnienie szybkiej interwencji innych niż psychiatrzy specjalistów systemu ochrony zdrowia psychicznego (tj. psychologów, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych), wzrost liczby świadczeń środowiskowych (współpraca ze środowiskiem rodzinnym i szkolnym), wizyty u lekarzy psychiatrów tylko tych pacjentów małoletnich, którzy rzeczywiście wymagają diagnozy lub farmakoterapii, wyrównywanie różnic pomiędzy poszczególnymi regionami.

Aby je zrealizować, na terenie kraju powstają ośrodki o 3 poziomach referencyjności (I - Ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej dla dzieci i młodzieży, II - Centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz III - Ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej). Od kwietnia 2020 roku funkcjonuje 139 ośrodków pierwszego poziomu referencyjności. Według danych Ministerstwa Zdrowia dotyczących konkursów od 1 stycznia 2021 roku świadczenia na I poziomie udzielane są w 214 miejscach, a obecnie oddziały wojewódzkie prowadzą kolejne postępowania konkursowe. W dalszej kolejności uruchamiane zostają ośrodki II i III poziomu. Ponadto w ramach PO WER planowany jest projekt systemowy Wsparcie procesu wdrażania reformy wprowadzającej nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, który ma być realizowany przez MZ. Rozpoczęcie działań w ramach projektu planowane jest na 2021 rok.

Podstawowa Opieka Zdrowotna i Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

Zgodnie z definicją zawartą w *ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050), podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia⁸⁹, z wyłączeniem pewnych sytuacji, w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z definicją zawartą w *Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* ambulatoryjna opieka zdrowotna oznacza udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych.

Podstawowa opieka zdrowotna oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna stanowią ważne szczeble w systemie ochrony zdrowia. Od ich sprawności i skuteczności w ogromnym stopniu zależy efektywność procesu leczenia pacjenta i sprawność całego systemu opieki medycznej⁹⁰.

W 2019 r. zrealizowano ponad 156 mln wizyt w POZ. Należy wspomnieć, że istnieje zauważalna sezonowość świadczeń zdrowotnych w ciągu roku. Najmniej wizyt obserwuje się w sierpniu (7,11% wszystkich wizyt), najwięcej w styczniu (9,65% wszystkich wizyt)⁹¹.

⁸⁹ Z wyłączeniem pewnych sytuacji, np. świadczeniobiorca znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

⁹⁰ GUS (2020), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Warszawa 2020, str. 77.

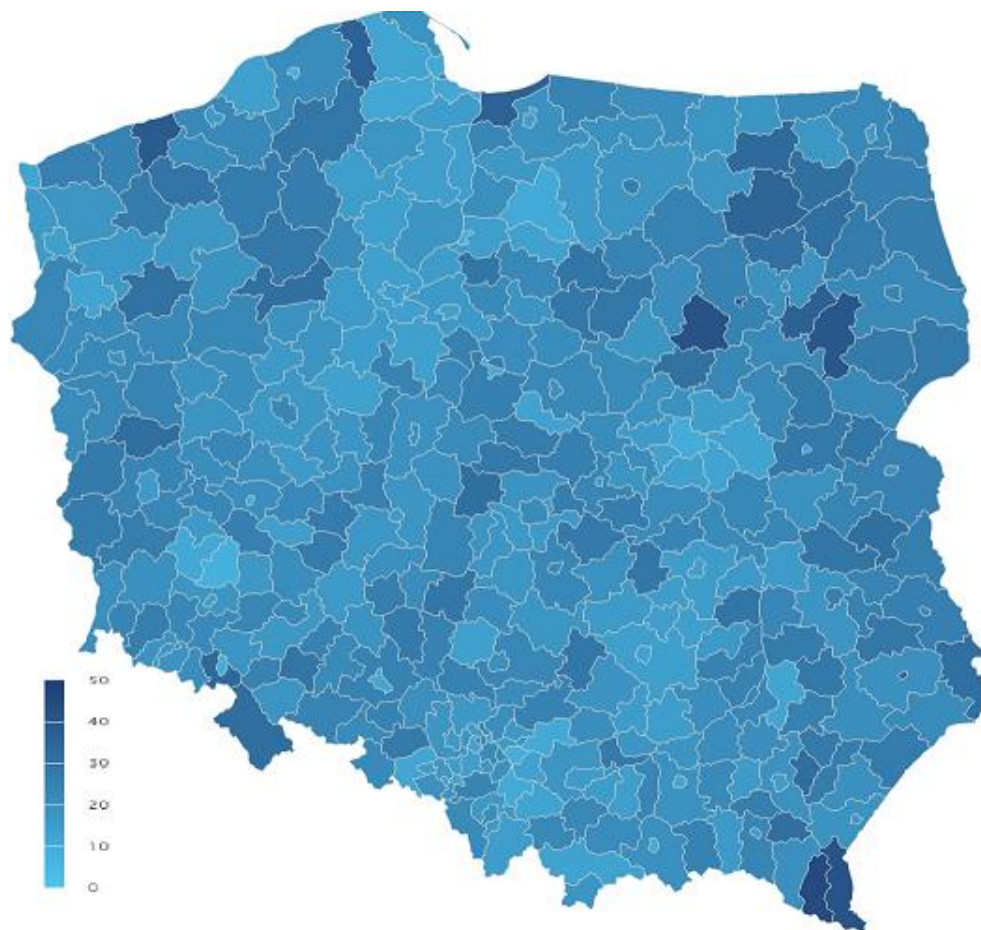
⁹¹ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 156.

W 2019 r. funkcjonowało w Polsce ok. 8,19 tys. podmiotów leczniczych POZ, co daje średnio 21,34 na 100 tys. ludności. Średnio na jeden podmiot leczniczy POZ w Polsce przypada 4,69 tys. osób⁹².

Kluczowe słabości POZ obejmują: brak wystarczającej liczby specjalistów medycyny rodzinnej (specjaliści chorób wewnętrznych i pediatrii, którzy mogą również pracować jako lekarze POZ, mają ograniczone kompetencje w dziedzinie medycyny rodzinnej), ogólny brak lekarzy POZ (również w przeliczeniu na liczbę pacjentów), niedobór pielęgniarek i położnych, starzejąca się kadra POZ, nierównomierny dostęp do POZ, nieefektywne metody finansowania POZ oraz ograniczone wykorzystanie nowoczesnych narzędzi informatycznych⁹³.

Na rycinach poniżej przedstawiono rozmieszczenie jednostek POZ oraz AOS w odniesieniu do gęstości zaludnienia (Ryc. 24 i 25). Należy jednak pamiętać, że formuła organizacji świadczeń w poszczególnych województwach różni się – niekiedy świadczenia realizowane są przez jednoosobowe praktyki, czasem przez duże firmy lub ich filie.

Rycina 24. Liczba jednostek POZ na 100 tys. ludności w 2019 r.

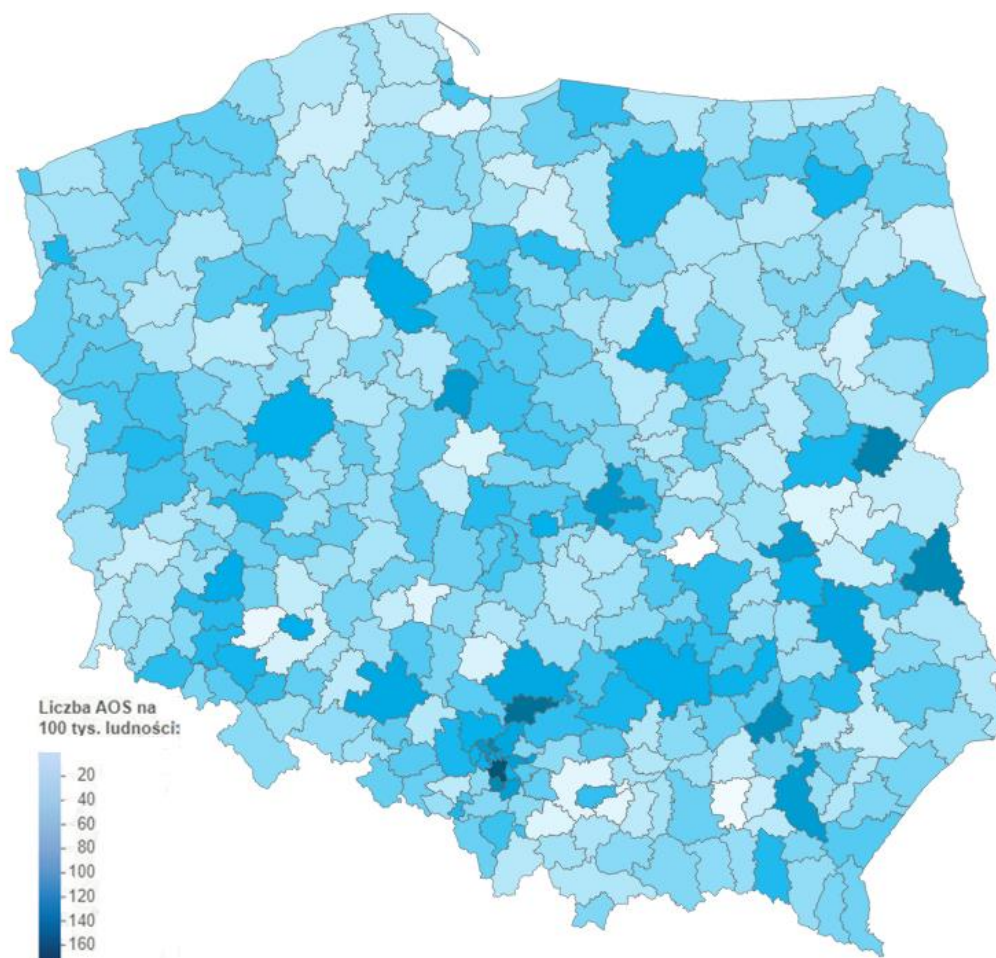


(źródło: analiza MZ na podstawie danych NFZ i GUS)

⁹² MZ (2020), Mapa potrzeb zdrowotnych 2020, str. 161.

⁹³ Na podstawie wyników raportu Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce – diagnoza i projekty zmian, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie.

Rycina 25. Liczba jednostek AOS na 100 tys. ludności w 2019 r.



(źródło: analiza MZ na podstawie danych NFZ i GUS)

W ramach AOS obserwowane jest zróżnicowanie regionalne rozmieszczenia placówek - najwięcej przychodni oraz praktyk lekarzy i lekarzy dentystów zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego (3,3 tys.), a najmniej odnotowano w województwie opolskim, lubuskim i świętokrzyskim – po 0,8 tys.

Na przestrzeni ostatnich pięciu lat można zaobserwować postępujący spadek liczby pacjentów korzystających z AOS. W 2019 r. przyjęto 17,1 mln pacjentów w ramach 81,1 mln wizyt, podczas gdy w 2015 roku przyjęto 17,9 mln pacjentów w ramach 86,2 mln wizyt. Trend spadkowy jest obserwowany również przy uwzględnieniu spadku liczby ludności Rzeczypospolitej Polskiej. Między rokiem 2015 a 2019 liczba osób korzystających z AOS w przeliczeniu na 1 mieszkańca Polski spadła z 0,465 na 0,445 (-4,4%), tym samym w ciągu tych pięciu lat na każde 1000 mieszkańców ubyło 20 osób korzystających z AOS. Liczba wizyt przypadająca na 1 mieszkańca w Rzeczypospolitej Polskiej spadła z 2,24 do 2,11 (-5,8%).⁹⁴

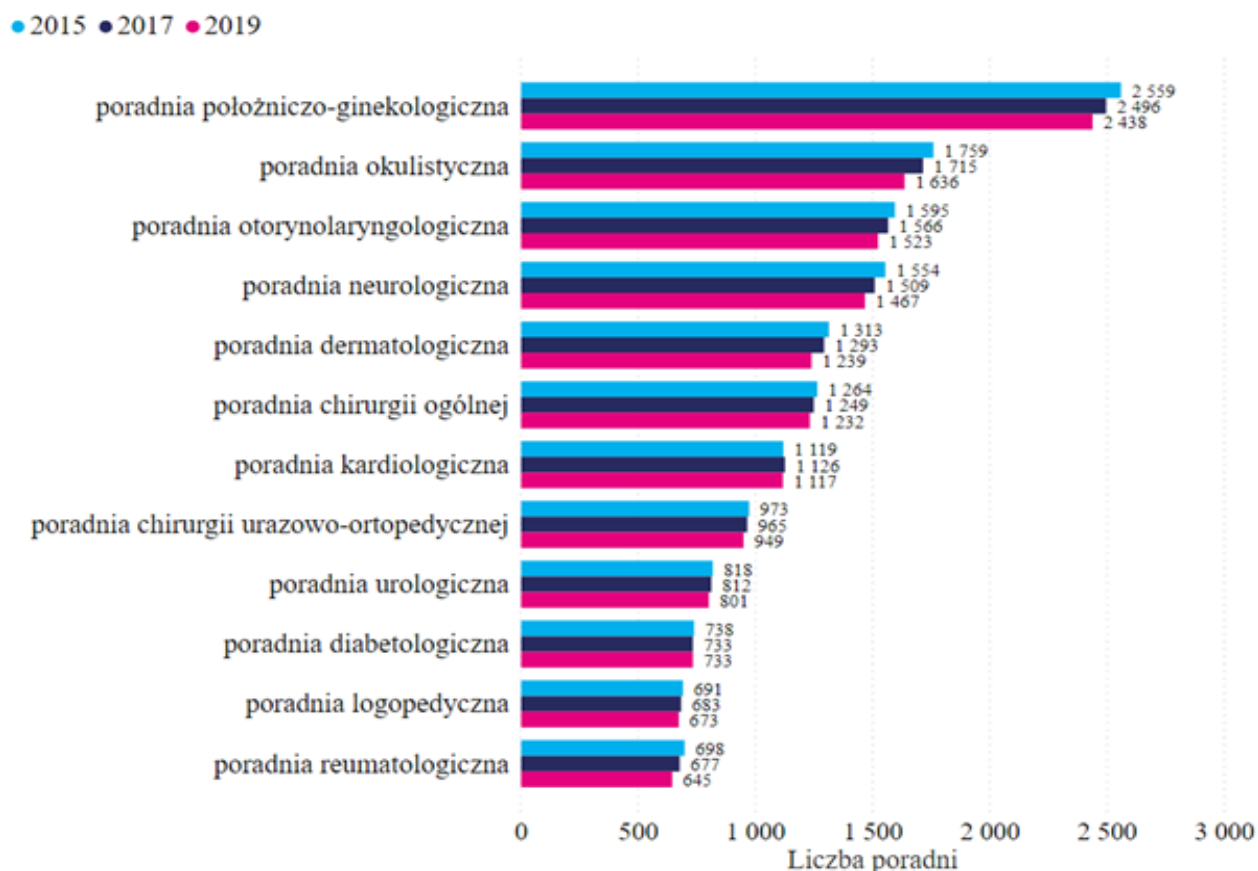
⁹⁴ MZ (2020), Mapa potrzeb zdrowotnych 2020, str. 175.

W 2019 r. świadczenia AOS w ramach NFZ udzielały 23 406 poradni. Średnio na 100 tys. mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej przypadało 61 poradni⁹⁵.

Spadek liczby poradni poszczególnych rodzajów udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach NFZ odnotowano w przypadku większości rodzajów poradni, z wyjątkiem pracowni endoskopii, pracowni tomografii komputerowej, pracowni rezonansu magnetycznego oraz poradni onkologicznej (Ryc. 26).

Spośród porad udzielonych przez lekarzy w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej 53,3% udzielono w POZ, 36,0% – w opiece specjalistycznej, a 10,7% stanowiły porady stomatologiczne⁹⁶.

Rycina 26. Zmiany w liczbie poradni udzielających świadczeń w ramach NFZ w latach 2015–2019 (pokazano tylko 20 rodzajów poradni z największą liczbą udzielonych porad)



(źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych, 2020)

Skorygowany o potrzebę wskaźnik prawdopodobieństwa wizyty lekarskiej w 2014 r. dla Rzeczypospolitej Polskiej wynosił 80%, w Finlandii 74,2%, średnia dla 27 krajów OECD wynosiła 78,6%⁹⁷. Nierówności społeczno-ekonomiczne w dostępie do lekarza są widoczne we wszystkich krajach OECD. Jednak nierówności w dostępie do świadczeń między osobami o niskich i wysokich dochodach są szczególnie widoczne w opiece specjalistycznej.

⁹⁵ MZ (2020), Mapa potrzeb zdrowotnych 2020, str. 181.

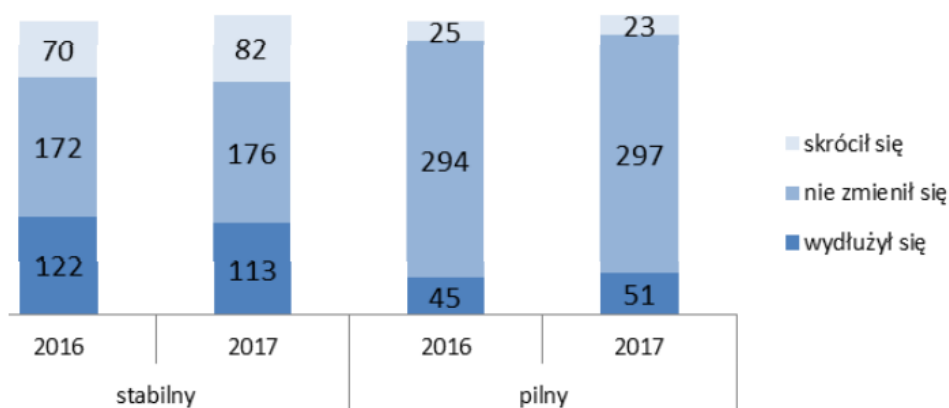
⁹⁶ GUS (2020), Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r., Warszawa 2020, str. 79.

⁹⁷ OECD (2019), *Health for everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris; <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>; dostęp 21.04.2020.

Pomimo wzrostu liczby przychodni oraz liczby porad, nadal istotnym problemem jest długi czas oczekiwania do specjalisty oraz nierównomierny dostęp do AOS i POZ w różnych powiatach.

Według raportu NIK⁹⁸, na koniec 2017 r., w porównaniu z 2016 r., w przypadku 30,5% zakresów świadczeń, czas oczekiwania wydłużył się, a w 69,5% skrócił lub pozostawał na niezmienionym poziomie. Zmiany średniego czasu oczekiwania (mediana) do komórek organizacyjnych na koniec 2017 r., w porównaniu do 2016 r., w Polsce prezentuje schemat opracowany przez NIK (Ryc. 27).

Rycina 27. Zmiany średniego czasu oczekiwania (mediana) na udzielenie świadczeń do komórek organizacyjnych, w których są prowadzone listy oczekujących (w dniach)



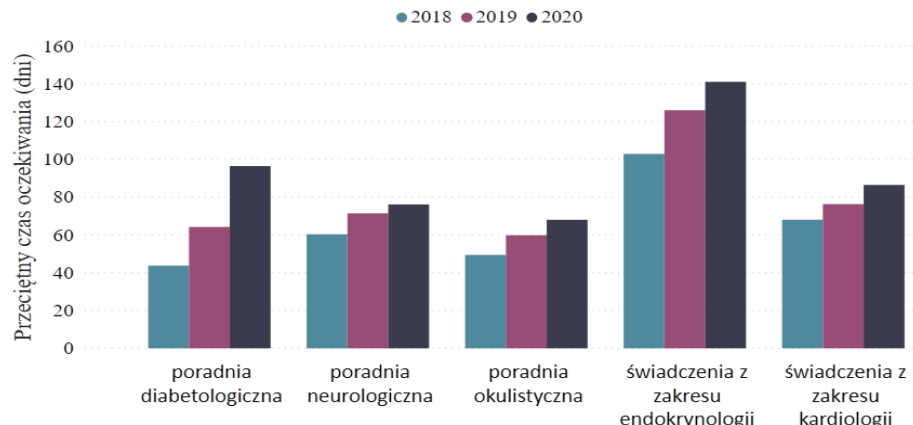
(źródło: analiza NIK na podstawie danych NFZ, 2017, Raport NIK: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian, 2019, str. 75)

Relatywnie długi czas oczekiwania potwierdzają również analizy wykonane w ramach mapy potrzeb zdrowotnych w 2020 r. Przeciętnie powyżej trzech miesięcy oczekiwania w lutym 2020 r. mieli przed sobą pacjenci w stanie stabilnym chcący skorzystać z poradni endokrynologicznej (311 dni), kardiologicznej (151 dni), okulistycznej (139 dni), urologicznej (105 dni) oraz neurologicznej (96 dni). Ponad dwa miesiące musieli czekać pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne do poradni endokrynologicznej (142 dni), diabetologicznej (96 dni), kardiologicznej (89 dni), neurologicznej (76 dni) oraz okulistycznej (68 dni)⁹⁹.

⁹⁸ NIK (2019), Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian, str. 75.

⁹⁹ MZ (2020), Mapa potrzeb zdrowotnych 2020, str. 190.

Rycina 28. Przeciętny czas oczekiwania na wizytę w styczniu 2018 r., 2019 r. i 2020 r. dla przypadków pilnych. Na wykresie pokazano tylko poradnie, dla których czas oczekiwania przekroczył w 2020 r. 60 dni



(źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych 2020, MZ 2020)

Długość oczekiwania na porady wpływa na poszukiwanie przez pacjentów opieki specjalistycznej niefinansowanej przez NFZ. Wzrost liczby porad prywatnych jest szczególnie obserwowany w ramach poradni kardiologicznej, endokrynologicznej oraz urologicznej. Wzrost liczby porad niefinansowanych przez NFZ znacznie przewyższa tam spadek liczby porad udzielanych w ramach NFZ w latach 2016-2018.

Opieka długoterminowa

Opieka długoterminowa¹⁰⁰ odnosi się do organizacji i udzielania szerokiego zakresu usług leczniczych, opiekuńczych i pielęgnacyjnych oraz pomocy osobom, których zdolność do samodzielnego życia jest ograniczona w dłuższym okresie ze względu na wiek, stan zdrowia lub niesprawność funkcjonalną. W Rzeczypospolitej Polskiej (formalnie) obejmuje ona tylko świadczenia udzielane w ramach systemu opieki zdrowotnej, jednak pomoc osobom wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu jest także świadczona w ramach systemu opieki społecznej. Zatem oba systemy - opieki zdrowotnej i pomocy społecznej - współpracują ze sobą, a przynajmniej powinny, w sprawowaniu całościowej opieki nad osobą z ograniczoną samodzielnością. Świadczenia lecznicze, pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach zdrowotnej opieki długoterminowej są udzielane zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i domowych. Całodobowe świadczenia w ramach opieki stacjonarnej są udzielane w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO). Oddzielną formą są ZOL - ZPO dla osób chorych psychicznie. W ramach opieki domowej świadczenia udzielane są przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie oraz przez pielęgniarki opieki długoterminowej domowej. Opieki długoterminowej udzielają przede wszystkim lekarze, pielęgniarki i fizjoterapeuci.

¹⁰⁰ Zgodnie z definicją WHO i OECD opiekę długoterminową definiuje się jako zakres usług udzielanych osobom z ograniczoną fizyczną, psychiczną lub poznawczą zdolnością funkcjonowania, na skutek czego osoby te przez dłuższy czas stają się zależne od pomocy w podstawowych aktywnościach życia codziennego. Opiekę tę można traktować jako całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarstwa, rehabilitacji, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego osobom przewlekle chorym i wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału szpitalnego. Opieka ta może być udzielana przez opiekunów formalnych (personel medyczny i pracowników pomocy społecznej) lub opiekunów nieformalnych (rodzinę, bliskich, wolontariuszy); [Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2012, http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/pod_strategia.pdf](http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/pod_strategia.pdf)

W 2019 r. ze świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych skorzystało 42,6 tys. pacjentów¹⁰¹. Natomiast ze świadczeń z tego zakresu realizowanych w warunkach domowych skorzystało 68,5 tys. pacjentów¹⁰².

Liczba osób objętych opieką długoterminową w ramach systemu ochrony zdrowia w ostatnim czasie rokrocznie wzrastała (Tab. 6).

Tabela 6. Liczba pacjentów opieki długoterminowej na 100 tys. ludności według rodzaju opieki

Rok	Opieka domowa	Opieka stacjonarna
2016	170,0	107,6
2017	181,0	111,5
2018	179,0	112,1
2019	178,6	111,0

(źródło: analiza MZ na podstawie danych z mapy potrzeb zdrowotnych 2020)

W zakresie opieki długoterminowej w 2019 r. w ramach umów z NFZ świadczeń gwarantowanych udzielało:

- 466 zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym, a także 67 zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu psychiatrycznym,
- 1 614 zespołów długoterminowej opieki domowej lub pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej.

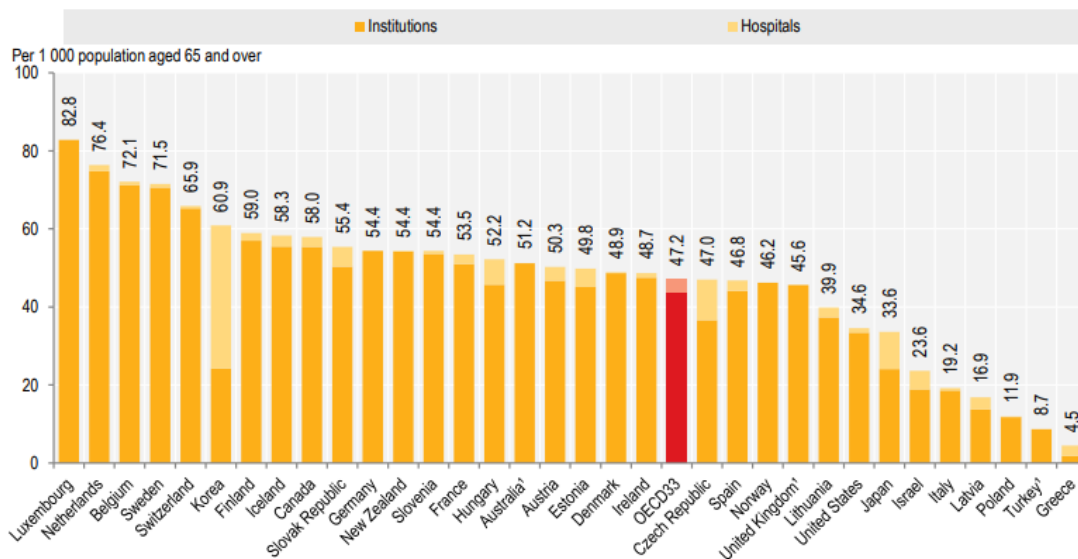
W 2019 r. placówki opieki długoterminowej o profilu ogólnym i psychiatrycznym dysponowały łącznie około 37,4 tys. łóżek¹⁰³.

¹⁰¹ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 376.

¹⁰² MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 380.

¹⁰³ Zgodnie z danymi z RPWDL uwzględniającymi zarówno placówki funkcjonujące w ramach umów z NFZ, jak i te bez kontraktu. <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3404>, dostęp 07.12.2020 r.

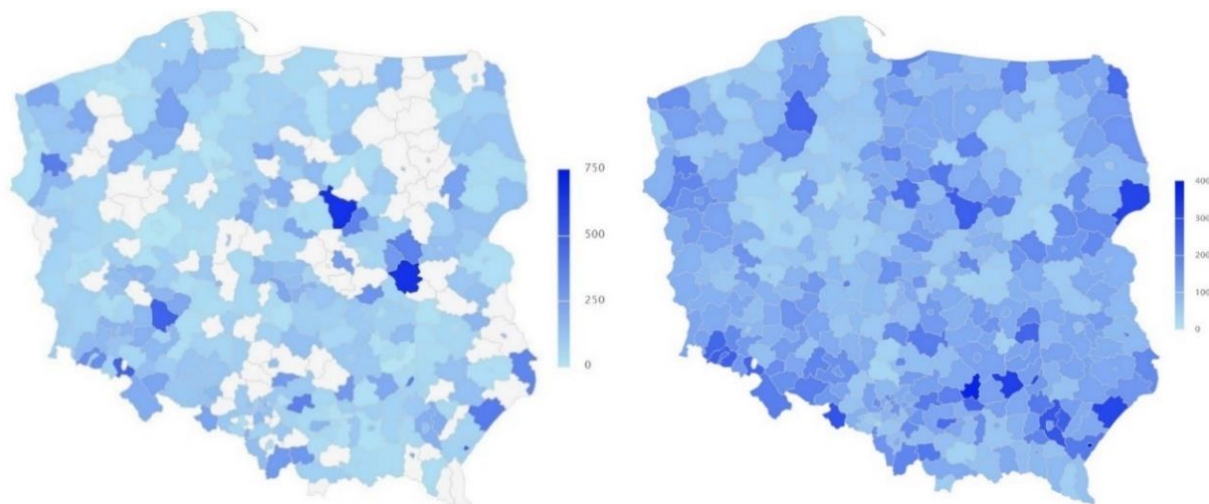
Rycina 29. Wskaźnik liczby łóżek opieki długoterminowej na 1 tys. osób w wieku co najmniej 65 lat w Polsce w 2017 r. (institutions – instytucje; hospitals – szpitale)



(źródło: OECD, 2017)

Rozmieszczenie placówek stacjonarnych w ramach systemu opieki zdrowotnej, a wraz z nimi łóżek w opiece długoterminowej jest nierównomiernie. W 83 z 380, czyli w niemal 1/5 powiatów nie ma zakładów stacjonarnej opieki długoterminowej, podczas gdy w części powiatów liczba łóżek na 100 tys. ludności jest kilkukrotnie wyższa niż średnia w kraju (Ryc. 30).

Rycina 30. Liczba łóżek w opiece długoterminowej na 100 tys. ludności w placówkach stacjonarnych w 2019 r. (lewa mapa) oraz liczba pacjentów w opiece stacjonarnej na 100 tys. ludności w 2019 r. na podstawie miejsca zamieszkania pacjenta (prawa mapa)



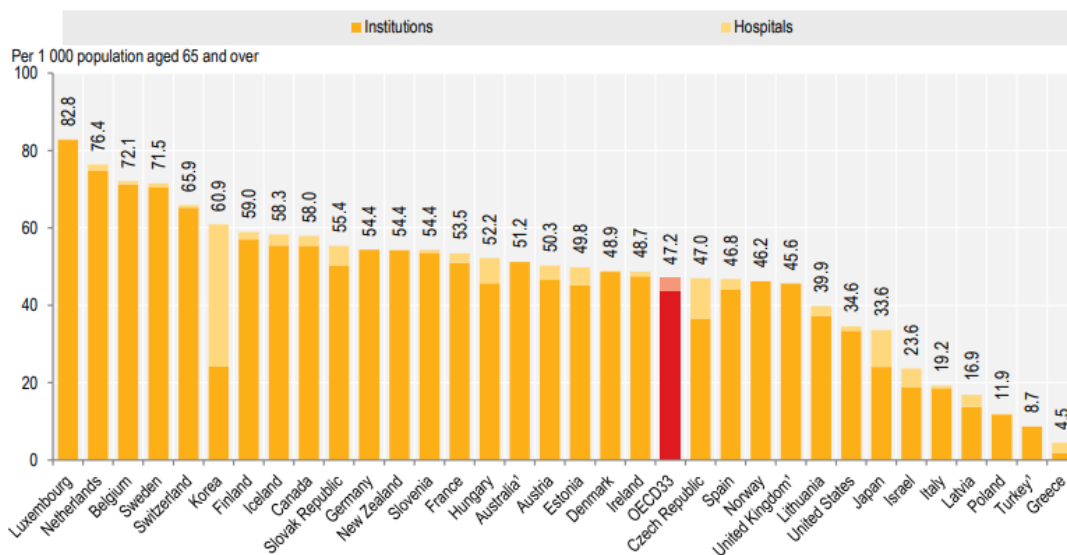
(źródło: analiza MZ na podstawie danych NFZ i GUS)

Porównując liczbę łóżek z liczbą pacjentów w opiece stacjonarnej na 100 tys. ludności zauważyć można, że w powiatach, na których terenie nie są zlokalizowane zakłady świadczące usługi w warunkach stacjonarnych wskaźnik liczby pacjentów korzystających z takiej formy usług jest niższy, a pacjenci z tych obszarów zmuszeni są migrować do powiatów, w których udzielane są tego rodzaju świadczenia.

W 2017 r. wartość wskaźnika a łóżek w opiece długoterminowej była prawie czterokrotnie niższa niż średnia dla 33 państw OECD¹⁰⁴. Wskaźnik liczby łóżek opieki długoterminowej na tle państw OECD ma od wielu lat jedną z najniższych wartości, jednak należy mieć na uwadze również fakt, że pomiędzy krajami występują rozbieżności w definiowaniu i sprawozdawaniu danych na temat opieki długoterminowej.

¹⁰⁴ Według raportu OECD Health at a Glance 2019 średnio w Polsce było 11,9 łóżek w populacji ludności 65 lat lub więcej. Do liczby łóżek w opiece długoterminowej w raporcie OECD wliczono m.in.: łóżka w oddziałach dla przewlekłe chorych w szpitalach ogólnych, specjalistycznych i psychiatrycznych, łóżka w szpitalach więziennych. Specyfikacja kryteriów wziętych pod uwagę znajduje się w poniższej lokalizacji: <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=e12f2893-2cdc-460f-aba5-6b087278cdca>, dostęp 12.02.2021

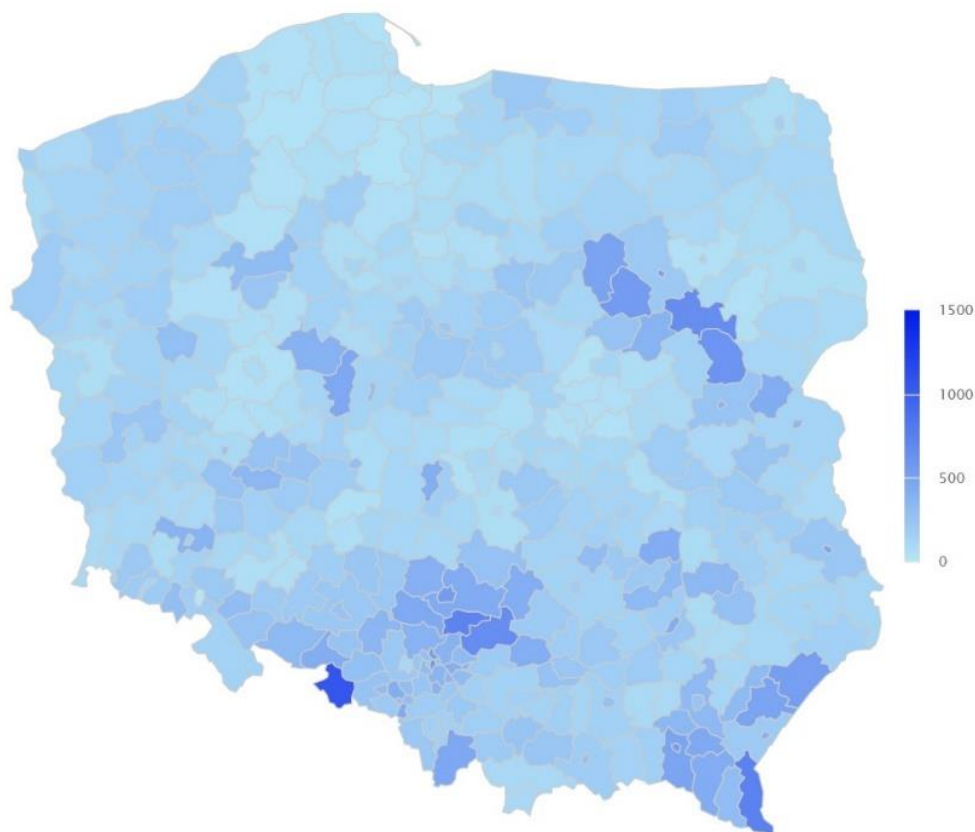
Rycina 31. Wskaźnik liczby łóżek opieki długoterminowej na 1 tys. osób w wieku co najmniej 65 lat w Polsce w 2017 r. (institutions – instytucje; hospitals – szpitale)



(źródło: OECD, 2017)

Dostęp do opieki długoterminowej w warunkach domowych również jest zróżnicowany na terenie kraju. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności wynosi od 30 w powiecie gdańskim (woj. pomorskie) do 1 060 w powiecie głubczyckim (woj. opolskie) (Ryc. 32).

Rycina 32. Liczba pacjentów w opiece domowej na 100 tys. ludności w 2019 r. na podstawie miejsca zamieszkania pacjenta



(źródło: analiza MZ na podstawie danych NFZ i GUS)

Zgodnie z raportem OECD (Health at a Glance, 2019) w 2017 r. Rzeczpospolita Polska miała najniższą wśród 25 krajów OECD wartość wskaźnika pn. *Udział osób w wieku 65+ objętych opieką długoterminową* (0,9%). Wartość ta jest ponad 10-krotnie mniejsza niż średnia w 25 krajach OECD (10,8%)¹⁰⁵.

Duże różnice w wartościach wskaźników pomiędzy krajami OECD zależą od kilku aspektów, które mogą uniemożliwiać ich bezpośrednie porównywanie tj. struktury demograficznej populacji poszczególnych krajów (odsetka osób w wieku 65+), przyjętej definicji opieki długoterminowej¹⁰⁶.

Jednocześnie obserwuje się jednak większy niż w innych krajach udział opieki stacjonarnej. W 2019 r. w Polsce wyniósł on 38,8%. Średnia dla 20 krajów OECD wynosi 32,5% dla grupy wiekowej 65+ (w Polsce udział opieki stacjonarnej dla grupy 65+ to 40,1%)¹⁰⁷.

Jak wskazano w pierwszej części diagnozy, Rzeczpospolita Polska uważana jest za jeden z najszybciej starzejących się krajów w Unii Europejskiej. Ludność Polski jest obecnie przeciętnie

¹⁰⁵ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 361.

¹⁰⁶ Szczegółowy opis źródeł danych dla poszczególnych krajów jest dostępny pod adresem: <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=be9656b8-7f61-4a03-a1fc-bc503f459749>, dostęp 12.02.2021, <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=4b1884af-0b8b-4f3f-994a-7cc4b30d73a0>, dostęp 12.02.2021.

¹⁰⁷ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 390.

młodsza niż ludność większości krajów Unii Europejskiej, ale – jak wynika z prognozy Eurostatu – ta korzystna dla Rzeczypospolitej Polskiej różnica będzie stopniowo zanikać. W połowie obecnego stulecia zarówno mediana wieku, jak i odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będą w Polsce wyraźnie wyższe od przeciętnych wartości dla krajów Unii Europejskiej¹⁰⁸. Prognoza GUS dotycząca liczby ludności Polski na lata 2014-2050 wskazuje na pogłębianie procesu starzenia się społeczeństwa. Mimo przewidywanego spadku liczby ludności o ok. 4,5 mln do 2050 r., spodziewany jest równocześnie systematyczny wzrost liczby ludności w wieku 60 lat i więcej. Populacja osób w tym wieku wzrośnie w końcu horyzontu prognozy do 13,7 mln i będzie stanowiła ponad 40% ogółu ludności¹⁰⁹. Starzenie się społeczeństwa będzie jednym z najważniejszych przekształceń demograficznych XXI w., z konsekwencjami, które odczują niemal wszystkie grupy społeczne. Wśród tych konsekwencji znajdzie się zwiększony popyt na towary i usługi, takie jak ochrona zdrowia i zabezpieczenie społeczne osób starszych. Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową będzie wzrastać.

Wiele osób starszych wymaga lub będzie wymagać znacznego wsparcia w codziennym życiu, częściej będą korzystać z usług opieki zdrowotnej, w tym rehabilitacji. Problemy zdrowotne, z którymi borykają się ludzie, kumulują się wraz z wiekiem. Wśród ludzi starszych (po ukończeniu 60. roku życia) bardzo często występują długotrwałe problemy zdrowotne. W 2014 r. w Polsce ponad 70% 50-latków sygnalizowało wystąpienie takich problemów, wśród 60-latków odsetek ten wyniósł już 85%, a w grupie ludzi najstarszych – ponad 90%¹¹⁰. Przekłada się to na ograniczenia w codziennych czynnościach, które wymagają zewnętrznego wsparcia w zakresie opieki osobistej i czynności domowych. Wśród osób w wieku 85 i więcej lat 40% mężczyzn i tylko 28% kobiet nie wymagało żadnej pomocy, podczas gdy ok. 20% zarówno mężczyzn, jak i kobiet wymagało ponad 100 godzin długoterminowej opieki miesięcznie w zależności od trudności, które zgłosili.

Kumulujące się z wiekiem problemy zdrowotne przekładają się również na zwiększenie potrzeb zdrowotnych i częstsze korzystanie z opieki zdrowotnej. Osoba w wieku 65+ w Polsce zgłasza średnio 3,6 choroby/ dolegliwości (liczba ta gwałtownie rośnie wraz z wiekiem). Ponad 65% osób w wieku 65 lat cierpi na wiele chorób, co jest skorelowane ze zwiększonym korzystaniem z usług opieki zdrowotnej na wszystkich poziomach. Osoby w wieku powyżej 65 lat korzystają z POZ i AOS prawie dwa razy częściej niż średnio w całej populacji¹¹¹. Rozwój i koordynacja specjalistycznej opieki geriatrycznej pozwala na obniżenie kosztów nie tylko opieki długoterminowej, ale również POZ, AOS i leczenia szpitalnego^{112, 113}.

Z uwagi na fakt, że struktura populacji zmienia się znacznie, skumulowane potrzeby opieki długoterminowej rosną prawie dwukrotnie szybciej niż populacja 65+. Przewiduje się, że liczba osób w wieku 65+ wzrośnie ponad dwukrotnie w latach 2002–2050, przy znaczących zmianach w strukturze tej grupy. Wielkość starszych grup wiekowych, które średnio mają wyższe wymagania w zakresie opieki rośnie, dwukrotnie w przypadku 75–84 lat i trzykrotnie w przypadku 85+. Te zmiany strukturalne znajdują odzwierciedlenie w popycie na usługi

¹⁰⁸ Wojtyński B., Stokwiszewski J., Rubikowska B., Goryński P., Zdrojewski T.; *Długość życia i umieralność ludności Polski* [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, red. Wojtyński B., Goryński P.; Warszawa 2018, NIZP-PZH, str. 13.

¹⁰⁹ GUS (2018), *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, Warszawa 2018, str. 6.

¹¹⁰ za: GUS (2015), *Stan zdrowia ludności Polski 2014*, Warszawa 2015, str. 63.

¹¹¹ Raport Banku Światowego (2018); Poland: long-term Regional spending review.

¹¹² Stuck AE, Siu AL., Wieland GD et al.: *Comprehensive geriatric assessment - a meta analysis of controlled trials*. Lancet 1993; 342: 1032-1036.

¹¹³ Bernabei R, Landi F, Gambassi G, et al. *Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community* BMJ 1998; 316:1348.

opieki długoterminowej. Łączna liczba godzin opieki potrzebnych do zaspokojenia potrzeb opieki długoterminowej całej populacji 65+ w Rzeczypospolitej Polskiej w 2050 r. będzie czterokrotnie wyższa niż w 2002 r.

Postępujący proces starzenia się społeczeństwa sprawia, że potrzeby opieki długoterminowej są duże, a będą jeszcze większe. Ponadto świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze przysługują wyłącznie osobom, które w ocenie skalą poziomu samodzielności (tzw. skalą Barthel) uzyskały od 0 do 40 punktów. Z tego względu, część osób może nie kwalifikować się do opieki długoterminowej, chociaż wymaga wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Świadczenia zdrowotne dla pacjentów w starszym wieku są realizowane również w innych zakresach niż opieka długoterminowa.

W 2019 r. chorzy w wieku 65+ stanowili aż 65% pacjentów przebywających na oddziałach wewnętrznych. Odsetek pobyków osób starszych na oddziałach geriatrycznych, zapewniających kompleksową opiekę medyczną, wyniósł zaledwie 1% łącznej liczby wizyt, z uwagi na niewielką w Polsce liczbę oddziałów świadczących tego typu usługi (Tab.7). Na konieczność rozwoju dotychczasowych oraz wdrażania nowych form opieki długoterminowej i geriatrycznej świadczy również bardzo wysoka liczba pobyków osób starszych na oddziałach chorób wewnętrznych – 572 tys. (10%).

W 2019 r. z leczenia szpitalnego skorzystało 2,4 mln pacjentów w wieku 65+, dla których zrealizowano 5,8 mln wizyt. Aż 26% łącznej liczby wizyt stanowiły te zrealizowane w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) i izbie przyjęć (IP). Najczęściej osoby starsze zgłaszały się na SOR/IP z rozpoznaniem samoistnego (pierwotnego) nadciśnienia (6% wizyt na SOR/IP), migotania i trzepotania przedsionków (5%), bólu w gardle i klatce piersiowej oraz w okolicy brzucha i miednicy (po 4%). Objęcie osób starszych odpowiednią opieką w miejscu zamieszkania wpłynęłoby na redukcję liczby świadczeń koniecznych do udzielenia w ramach leczenia szpitalnego.

Tabela 7. Miejsce udzielania świadczeń w leczeniu szpitalnym dla osób w wieku 65+ w 2019 r. w Rzeczypospolitej Polskiej

Oddział	Liczba wizyt [tys.]	%
Szpitalny oddział ratunkowy (SOR)	1 030	18%
Oddział okulistyczny	715	12%
Oddział chorób wewnętrznych	572	10%
Izba przyjęć szpitala (IP)	497	8%
Oddział kardiologiczny	329	6%
Oddział chirurgiczny ogólny	323	6%
Oddział leczenia jednego dnia	267	5%
Pozostałe (w tym oddział geriatryczny - 1% wizyt ogółem w leczeniu szpitalnym)	2 115	36%
Razem	5 848	100%

(źródło: analiza MZ na podstawie danych NFZ i GUS)

Mimo istnienia systemowej opieki instytucjonalnej, opieka nad starszymi osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w Polsce w znaczącym stopniu opiera się na opiece nieformalnej –¹¹⁴.

Badania wskazują, że duża grupa osób ma niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki długoterminowej. Według badania SHARE¹¹⁵ jedynie ok 50% osób wymagających opieki miało zaspokojone potrzeby w tym zakresie, a ok. 80% osób z zaspokojonymi potrzebami otrzymywało opiekę przede wszystkim od rodziny lub znajomych, często będących członkami tego samego gospodarstwa domowego¹¹⁶.

Podsumowując oznacza to wzrost liczby osób starszych w Polsce, co wiąże się z dużymi wyzwaniem w zakresie zapewnienia odpowiedniego wsparcia i opieki dla tej grupy osób. Obecnie duża część opieki nad osobami starszymi sprawowana jest przez opiekunów nieformalnych – odsetek osób niekorzystających z formalnej opieki długoterminowej w Polsce jest wysoki.

Rehabilitacja lecznicza

Rehabilitacja lecznicza to kompleksowe postępowanie mające na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym, czyli poprawy jakości życia.

Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej są realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych. Opieka rehabilitacyjna jest również dostępna w sektorze opieki społecznej, gdzie jest finansowana z funduszy zabezpieczenia społecznego (ZUS, KRUS, PFRON).

W 2019 r. było 3212 świadczeniodawców, którzy sprawozdawali świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej. Najwięcej świadczeniodawców realizowało świadczenia ambulatoryjne (2629 podmiotów), 839 w trybie dziennym, 529 w warunkach domowych, a jedynie 440 w warunkach stacjonarnych¹¹⁷.

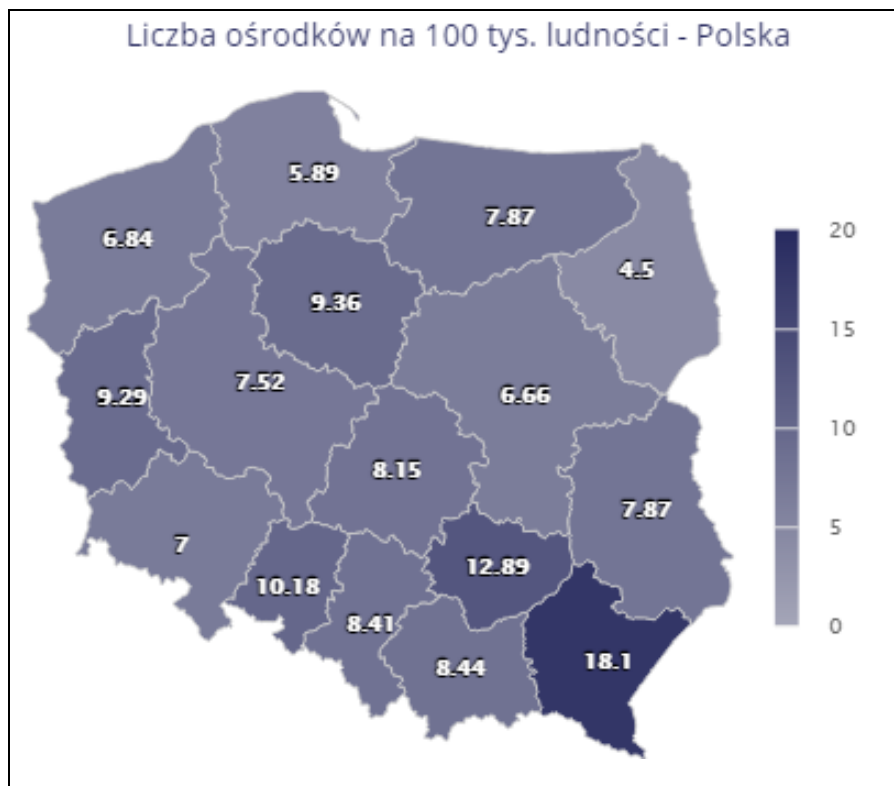
Rozmieszczenie miejsc udzielania świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, liczby pacjentów oraz liczby fizjoterapeutów przedstawia Ryc. 33. Można zaobserwować, że co do zasady województwa z większą liczbą ośrodków i fizjoterapeutów miały także większą liczbę rehabilitowanych pacjentów.

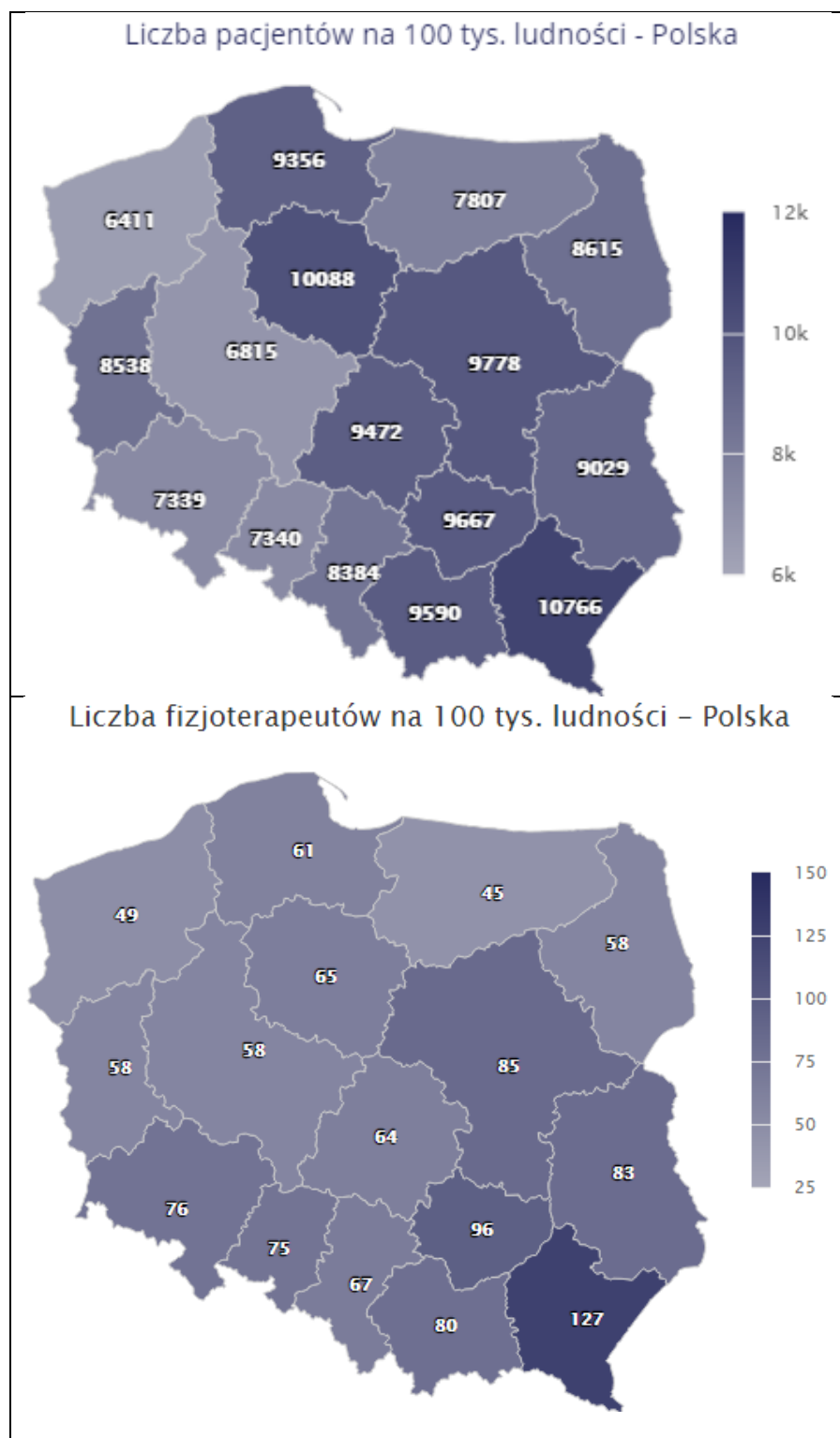
¹¹⁴ Bank Światowy (2015), *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*, str. 15 i 43.

¹¹⁵ W badaniu SHARE analizy dotyczyły całej zbiorowości osób starszych (65 lat i więcej) oraz grupy osób starszych z co najmniej jednym ograniczeniem przy wykonywaniu podstawowych lub złożonych czynności życiowych. Pozwoliły one na ustalenie, w jakim stopniu osoby starsze korzystają ze wsparcia w ramach sieci nieformalnych, a w jakim stopniu z opieki formalnej oraz obu form opieki jednocześnie. *Pokolenia 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie. Raport podsumowujący wyniki badań 7. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie”*, Warszawa 2019 r. <https://share50plus.pl/sites/share50plus.pl/files/2021-01/Raport%20SHARE%202019%20wersja%20www.pdf>, dostęp 07.04.2021 r.

¹¹⁷ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 320.

Rycina 33. Liczba ośrodków, pacjentów i fizjoterapeutów na 100 tys. ludności w 2019 r.





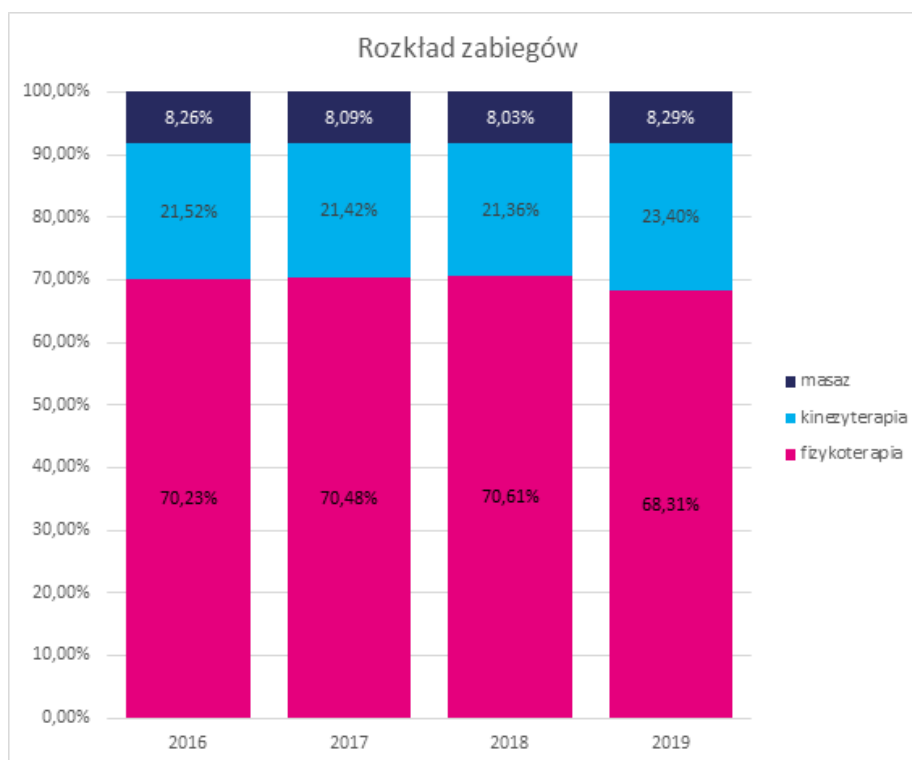
(źródło: Opracowanie DAS MZ na podstawie danych z NFZ i GUS)

W 2019 r. najwięcej pacjentów (2,99 mln) skorzystało z fizjoterapii ambulatoryjnej. Z fizjoterapii domowej skorzystało 48 tys. pacjentów, a z rehabilitacji leczniczej

w ośrodku/oddziale dziennym skorzystało 331 tys. pacjentów. Prawie 225 tys. pacjentów udzielono świadczeń w rodzaju rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych.

Aktualnie fizjoterapia ambulatoryjna opiera się głównie na fizykoterapii, która stanowi 68,3% liczby wszystkich zabiegów. Pozostała część to kinezyterapia stanowiąca 23,4% oraz masaż 8,3%. Wraz z początkiem 2019 r. fizjoterapeuci uzyskali możliwość ustalania planu terapii w trakcie wizyt fizjoterapeutycznych. Jednak pomimo wzrostu liczby wizyt fizjoterapeutycznych z około 37 tys. w roku 2018 do 2,2 mln w roku 2019, struktura przeprowadzanych zabiegów zmieniła się tylko nieznacznie. Liczba zabiegów fizykoterapii spadła o ok. 2,3 punktu procentowego, kinezyterapii wzrosła o ok. 2 punkty procentowe, a masaże wzrosła o ok. 0,3 punktu procentowego.

Rycina 34. Struktura świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej w latach 2016-2019.

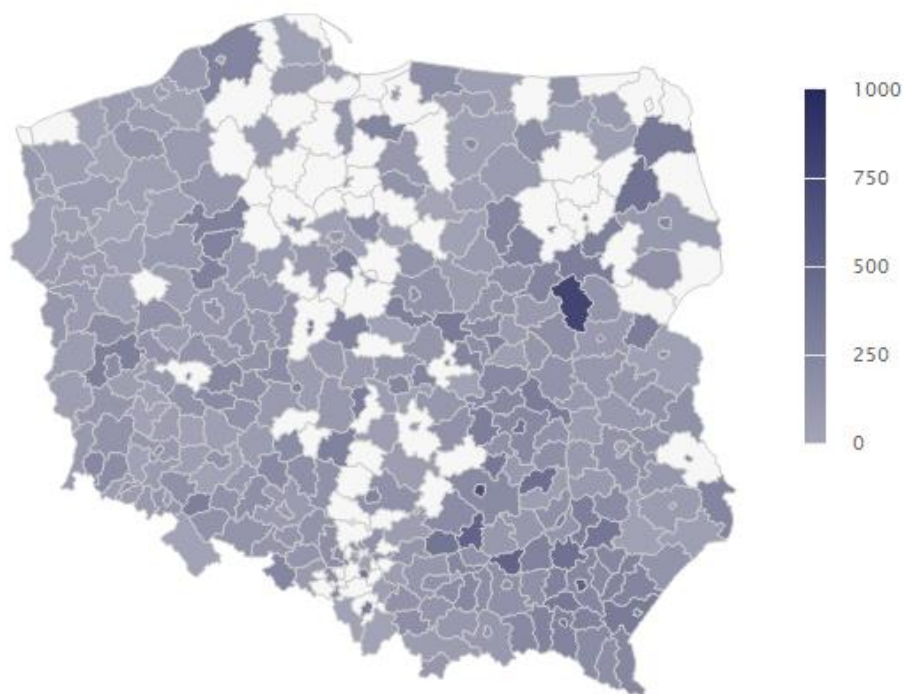


(źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych 2020)

Zauważalnym problemem systemu rehabilitacji w Rzeczypospolitej Polskiej są kolejki, np. w lutym 2020 roku na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej oczekiwało 905 tys. osób, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych 169 tys. osób, a do poradni rehabilitacyjnej 134 tys. osób. Długi czas oczekiwania sprawia, że rehabilitacja rozpoczyna się z opóźnieniem, co ma negatywny wpływ na stan zdrowia pacjentów.

W latach 2016-2019 nastąpił rozwój rehabilitacji w warunkach domowych, jednak nadal obserwuje się „białe plamy”, czyli powiaty, w których takie świadczenia nie są udzielane. Należy dążyć do utrzymywania rozwoju tego rodzaju rehabilitacji szczególnie w tych obszarach, w których nie jest ona dostępna.

Rycina 35. Rehabilitacja domowa - liczba pacjentów na 100 tys. ludności - 2019 r.



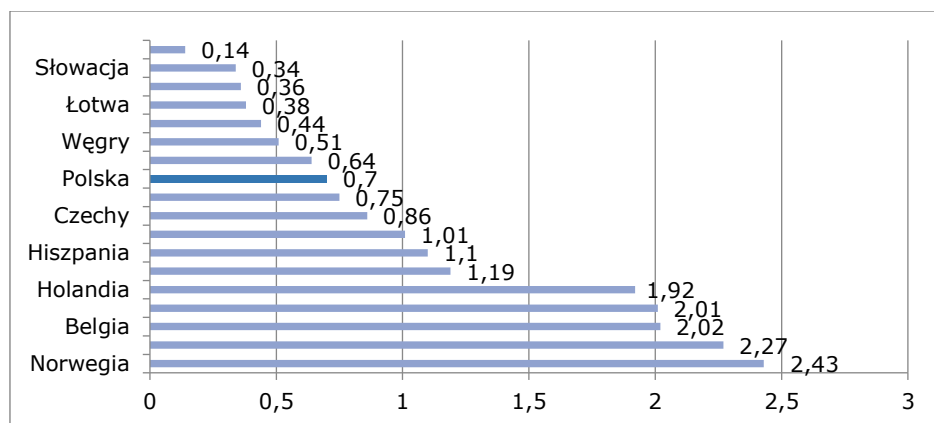
(źródło: Opracowanie DAS MZ na podstawie danych z NFZ i GUS)

Liczba wszystkich fizjoterapeutów uprawnionych do wykonywania czynności fizjoterapeuty w Polsce wynosiła 66,3 tys. (1,7 na tys. ludności)¹¹⁸. Natomiast według danych Eurostatu i OECD Rzeczpospolita Polska w 2017 r. posiadała 26,5 tys. fizjoterapeutów, co daje 0,7 fizjoterapeuty na 1 tys. ludności i stawiało nasz kraj w środku unijnego rankingu (Ryc. 36). Eurostat uwzględnia w swoich danych tylko fizjoterapeutów praktykujących¹¹⁹. Problemem jest również dostęp do świadczeń fizjoterapeutycznych oraz brak systemu monitorującego korzystanie pacjentów ze świadczeń w różnych sektorach publicznych (sektor ochrony zdrowia i opieki społecznej).

¹¹⁸ Dane z Krajowej Izby Fizjoterapeutów (KIF) - stan na maj 2020 r.

¹¹⁹https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_dentists,_pharmacists_and_physiotherapists

Rycina 36. Liczba fizjoterapeutów na 1 tys. mieszkańców (OECD)



(źródło: OECD, 2017)

Podsumowując, przedstawione dane wskazują, że świadczenia w rodzaju rehabilitacja są udzielane głównie w formie ambulatoryjnej, a rozmieszczenie świadczeniodawców jest zróżnicowane.

Należy rozważyć centralizację i poprawienie wymiany informacji między instytucjami (lub utworzenie głównego ośrodka zajmującego się tymi zagadnieniami). Długi czas oczekiwania na rehabilitację świadczyć może nie tylko o zbyt małej dostępności, ale też o błędnym procesie kwalifikacji. Istotnym może być poszukiwanie rozwiązań mających na celu optymalizację procesu kwalifikacji, który uwzględniałby stan pacjenta, ale też zasoby systemu. Celem powinno być podjęcie rehabilitacji w terminie 30 dni od wystawienia skierowania dla 90% przypadków.

Podjęte działania

W ramach wprowadzonej 1 października 2017 r. sieci szpitali zapewniony został dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, AOS realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz NŚOZ.

Sieć zorganizowana została w ramach wyodrębnionych sześciu poziomów systemu zabezpieczenia świadczeń (I stopień, II stopień, III stopień, szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne, pediatryczne i ogólnopolskie). W sieci znajdują się 584 placówki. Rozliczanie kosztów świadczeń udzielanych na podstawie umów zawartych w ramach sieci szpitali, co do zasady, odbywa się w formie ryczałtowej. Wysokość ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy zależy od liczby i struktury świadczeń udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednim okresie. Ryczałt oznacza, że dany szpital otrzymuje rodzaj budżetu globalnego, obejmującego nie tylko większą część świadczeń szpitalnych, ale także świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowane w odpowiednich przychodniach przyszpitalnych.

Niezmiennym wyzwaniem dla poprawy efektywności systemu pozostaje zwiększenie roli świadczeń ambulatoryjnych i jednostek POZ, co pozwoliłoby na częściowe zmniejszenie kolejek do świadczeń stacjonarnych. Odejście od modelu opieki stacjonarnej pozwoli na ograniczenie rosnących kosztów hospitalizacji, a także bardziej kompleksową opiekę nad pacjentem. Wskaźnik możliwych do uniknięcia hospitalizacji w Polsce (odsetek przyjęć w

przypadkach chorób, które można leczyć w warunkach ambulatoryjnych) jest ponad dwukrotnie wyższy od średniej dla krajów OECD¹²⁰.

Obecnie prowadzone są prace, które mają na celu wprowadzenie nielimitowania świadczeń zdrowotnych w zakresie AOS we wszystkich specjalnościach – zarówno pierwszorazowych, jak i kolejnych. Zniesienie limitów przyjęć u specjalistów we wszystkich dziedzinach medycyny zostało ogłoszone w dokumencie programowym "Polski Ład". Oznacza to, że w przypadku przekroczenia limitu kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie AOS, będzie ona zwiększana i dostosowywana do faktycznego wykonania. Celem wskazanych rozwiązań jest zapewnienia szerszego dostępu do świadczeń z zakresu AOS, również w związku z dotychczasowym ograniczeniem ich udzielania spowodowanym sytuacją epidemiczną. Aby odciążyć lekarzy i poprawić dostępność do świadczeń POZ podjęto działania mające na celu rozszerzenie kompetencji pielęgniarek i położnych. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. poz. 1640) wprowadziła m.in. możliwość wystawiania recept na niektóre leki przez pielęgniarki i położne posiadające kwalifikacje. Nowelizacja poszerzyła również katalog świadczeń diagnostycznych, leczniczych oraz zapobiegawczych, które pielęgniarki i położne mogą wykonywać bez zleceń lekarskich.

Finansowanie AOS i POZ sukcesywnie dostosowywane jest do zmieniających się warunków, w ramach możliwości budżetowych NFZ. We wrześniu 2018 r. w celu poprawy dostępności do AOS, zarządzeniem Prezesa NFZ wprowadzono współczynnik korygujący przy rozliczaniu świadczeń w AOS dla tych placówek, które skrócą czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia o co najmniej 20%¹²¹. Ponadto w celu uwzględnienia rosnących kosztów świadczeniodawców i zwiększenia finansowania świadczeń z tego zakresu etapowo od lipca 2020 r. i od stycznia 2021 r. zwiększono wycenę tych świadczeń. Dotyczy to świadczeń w następujących zakresach: endokrynologia i endokrynologia dziecięca, gastroenterologia i gastroenterologia dziecięca, kardiologia i kardiologia dziecięca, neurochirurgia i neurochirurgia dziecięca, okulistyka i okulistyka dziecięca. Od 1 marca 2020 r. dodatkowo zniesiono limity na porady pierwszorazowe w czterech specjalnościach: neurologii, ortopedii, endokrynologii i kardiologii. Natomiast od 1 stycznia 2021 r. realizując rozwiązania przyjęte w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875), wprowadzono bezlimitowe finansowanie wszystkich świadczeń z zakresu AOS udzielonych dzieciom (tj. świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia).

PODSUMOWANIE

- System opieki zdrowotnej jest skoncentrowany na opiece szpitalnej, a większość wydatków przypada na leczenie stacjonarne.
- Sytuacja demograficzna może zmienić zapotrzebowanie na poszczególne świadczenia szpitalne.
- Stałym wyzwaniem dla poprawy efektywności systemu pozostaje zwiększenie roli świadczeń ambulatoryjnych i jednostek POZ.

¹²⁰ OECD (2018), *Health at Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle*, Paris 2018.

¹²¹ Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 94/2018/DSOZ z dnia 14 września 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

- Pomimo wzrostu liczby przychodni oraz liczby porad, istotnym problemem jest długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty.
- W ramach POZ obserwowany jest niedobór lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej, pielęgniarek i położnych oraz podnoszący się wiek kadry.
- Dostęp do świadczeń realizowanych w POZ i AOS jest nierównomierny.
- W ramach rehabilitacji leczniczej należy zwrócić uwagę na dysproporcje regionalne zarówno w liczbie fizjoterapeutów na 100 tys. ludności, jak i w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej.
- Z uwagi na fakt, że struktura populacji znacznie się zmienia, potrzeby opieki długoterminowej rosną prawie dwukrotnie szybciej niż populacja 65+, dlatego należy dążyć do zwiększania dostępności do tego rodzaju świadczeń zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i domowych.
- Mimo istnienia systemowej opieki formalnej, opieka nad starszymi osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w Polsce opiera się w dużej mierze na opiece nieformalnej, tj. na wsparciu takiej osoby przez członków rodziny lub inne bliskie osoby.
- W przypadku świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej odnotowywana jest zarówno bardzo duża liczba osób oczekujących na świadczenia jak i bardzo długi czas oczekiwania.

OPIEKA KOORDYNOWANA I DEINSTYTUCJONALIZACJA USŁUG

Opieka koordynowana to koncepcja świadczeń zdrowotnych związanych przede wszystkim z diagnozowaniem, leczeniem, opieką, rehabilitacją i promocją zdrowia w wymiarze nakładów, realizacji i organizacji świadczeń oraz zarządzania¹²². Koordynowana opieka zdrowotna prowadzi do poprawy dostępności, jakości oraz efektywności opieki, a także poziomu satysfakcji pacjenta. Z praktycznej perspektywy zintegrowany system realizacji świadczeń można określić mianem bliskich roboczych relacji między różnymi służbami i usługami, takimi jak: szpitale, sanepid, policja, straż pożarna, opieka domowa, zdrowie publiczne, pomoc społeczna i inne świadczenia związane ze zdrowiem¹²³.

Koordynowana opieka zdrowotna jest skoncentrowana na potrzebach pacjenta, oznacza to większy nacisk na profilaktykę oraz opiekę ambulatoryjną, ale również większą elastyczność i lepsze wykorzystanie istniejących zasobów finansowych.

Wprowadzenie opieki koordynowanej rekomendowane jest przede wszystkim dla POZ, ale także problemów związanych z leczeniem osób starszych, chorych cierpiących na choroby przewlekłe czy kobiet w ciąży. Fundamentem tego systemu jest integracja wszystkich podmiotów uczestniczących w procesie leczenia pacjentów z danym schorzeniem oraz wypracowanie podstaw i norm organizacyjnych, które usprawnią i przyspieszą proces leczenia.

¹²² WHO Regional Office for Europe (2016), *Strengthening Peoplecentered Health Systems in the WHO European Region: Framework for Action on Integrated Health Services Delivery*, Copenhagen 2016.

¹²³ Kozieł A., Kononiuk A., Wiktorzak K., *Opieka koordynowana, definicja, międzynarodowe doświadczenia jako inspiracja dla Polski*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, 2017,15(3).

Zatem punktem wyjściowym do wprowadzenia koordynowanej opieki jest identyfikacja braków i wad systemu opieki zdrowotnej, a także problemów związanych ze współpracą z innymi obszarami, w tym opieką zdrowotną i opieką społeczną¹²⁴.

Tymczasem jednym z głównych problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej jest jego dyskoordynacja, będąca skutkiem rozproszenia świadczeniodawców, braku współpracy pomiędzy poszczególnymi podmiotami systemu oraz z innymi działami gospodarczymi, np. opieką zdrowotną, a także braku koordynacji między poszczególnymi etapami opieki nad pacjentem.

Skutkiem tej dyskoordynacji jest niska ocena systemu pod względem satysfakcji pacjenta i dostosowania opieki zdrowotnej do rzeczywistych potrzeb¹²⁵.

Brak koordynacji i nadzoru nad jakością realizowanych świadczeń powodują dezorganizację opieki zdrowotnej, następstwem tego są obniżenie jakości świadczeń lekarskich i wzrost kosztów dla całego systemu. Znaczącymi problemami są również: brak odpowiedzialności za wynik leczenia, dublowanie świadczeń oraz brak ciągłości opieki. W szczególności brakuje zapewnienia pacjentom kontroli po zakończonym leczeniu (z ang. *follow-up*) czy odpowiednio szybkiego dostępu do rehabilitacji. Skutkuje to wydłużeniem procesu leczenia i jego mniejszą efektywnością oraz nieprawidłową alokacją środków finansowych. Ponadto, brak systemowego monitorowania realizacji poszczególnych etapów procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz brak raportowania o końcowych wynikach tych etapów wpływają na to, że system oceny jakości udzielanych świadczeń nie jest obiektywny. Poważnym problemem jest również brak sprecyzowanych standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Realizacja przez świadczeniodawców jedynie fragmentu procesu diagnostyczno-terapeutycznego nie zapewnia pacjentom dostępu do kolejnych jego etapów poprzez ich skierowanie do innych podmiotów.¹²⁶

Rozproszony system opieki zdrowotnej przekłada się negatywnie na stan zdrowia społeczeństwa, czego przykładami są:

- niski odsetek populacji objętej badaniami przesiewowymi, np. w niektórych regionach Polski odsetek kobiet, u których wykonano badania cytologiczne, waha się od kilku do kilkunastu procent (według wyliczeń NFZ w 2016 r. zaledwie 20,5% kobiet uczestniczyło w programie profilaktyki raka szyjki macicy, a wartość ta w roku 2017 była jeszcze niższa i wyniosła 18,73%). Lepiej wygląda profilaktyka raka piersi, choć nadal na mammografię zgłasza się mniej niż połowa kobiet (w 2016 r. – 40,82%, w 2017 r. – 39,40%)¹²⁷;
- wykrywanie chorób w zaawansowanym stadium, w szczególności choroby nowotworowe;

¹²⁴ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 44.

¹²⁵ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 42.

¹²⁶ *RAPORT: SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN*. Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia, Warszawa 2019

¹²⁷ Dzień Kobiet: Podaruj sobie zdrowie; <http://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-oddzialow/dzien-kobiet-podaruj-sobie-zdrowie,357.html> (dostęp: 11.01.2021)

- niska jakość leczenia chirurgicznego prowadzonego w mało doświadczonych ośrodkach, co skutkuje między innymi stosunkowo wysoką śmiertelnością pooperacyjną pacjentów onkologicznych¹²⁸;
- stosowanie suboptymalnego leczenia, a także brak monitorowania jego skutków, co powoduje gorsze (w porównaniu z innymi krajami) wyniki 5-letniej przeżywalności, np. średnie przeżycie 5-letnie w nowotworach w Polsce wynosi nieco ponad 40% i jest o 10–25% niższe w porównaniu z innymi krajami Europy Zachodniej, np. Anglią czy Szwecją¹²⁹;
- brak kompleksowej i skutecznej rehabilitacji oraz odpowiedniej opieki psychologicznej, co skutkuje wysokim odsetkiem osób pozostających pod opieką ZUS w trakcie leczenia i po jego zakończeniu.

Na potrzebę działań w zakresie koordynacji wskazują również częste hospitalizacje w trybie nagłym będące wynikiem zaostrzenia choroby wskutek niewłaściwego prowadzenia chorego. W przypadku niewydolności serca, na którą chorują głównie osoby starsze, w ostatnich kilku latach znacząco zwiększyła się liczba hospitalizacji z powodu niewydolności serca (wzrost o 28% na przestrzeni lat 2016-2018), z czego 82% stanowiły hospitalizacje w trybie nagłym. Analiza ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych w niewydolności serca wskazała na istotne braki w zakresie opieki specjalistycznej. Prawdopodobieństwo, że pacjent będzie mieć kolejną wizytę w POZ wynosiło 87,2%, zaś prawdopodobieństwo trafienia z POZ do leczenia szpitalnego wynosiło 8,6% i było ponad 2-krotnie wyższe niż prawdopodobieństwo wizyty w AOS po wizycie w POZ¹³⁰. Braki w zakresie opieki specjalistycznej zaobserwowano również w przypadku chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP). W okresie 2009-2018 blisko połowa chorych nie była leczona w poradni lub na oddziale o profilu pulmonologicznym. Pacjenci z tej grupy odznaczali się częstszymi zaostrzeniami choroby¹³¹ 68,1% vs. 80,6%. Wprowadzenie modelu koordynowanej opieki zdrowotnej ma szczególne uzasadnienie w przypadku chorych z zaburzeniami psychicznymi, w przypadku których proces leczenia bywa utrudniony i wiąże się z pokonaniem bardzo zindywidualizowanych barier. Analiza problemu zdrowotnego schizofrenii wskazała na dużą fragmentyzację systemu oraz brak zapewnienia ciągłości opieki, a także współpracy pomiędzy różnymi placówkami na kolejnych etapach leczenia. Udział kosztów opieki stacjonarnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w 2016 r. stanowił 70% ogółu kosztów NFZ w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, co ilustruje niezwykle wysoki poziom instytucjonalizacji tej opieki w Polsce. Kolejny problem to istotne deficyty w dostępie do świadczeń ambulatoryjnych, dziennych i środowiskowych mimo dużej i rosnącej liczby świadczeniodawców posiadających umowy z NFZ. Z koordynacją opieki nierozdzielnie związany jest obszar usług zdrowotnych świadczonych w środowisku lokalnym. Kwestia deinstytucjonalizacji, jako kierunek zmian jest od dłuższego czasu obecna w debacie publicznej. Deinstytucjonalizacja odnoszona jest do czterech głównych grup odbiorców:

1) dzieci;

¹²⁸ Dostępność i efekty leczenia nowotworów; Najwyższa Izba Kontroli; Warszawa 2017

¹²⁹ Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang XS, Bannon F, Ahn JV, Johnson CJ, Bonaventure A, Marcos-Gragera R, Stiller C, Azevedo e Silva G, Chen WQ, Ogunbiyi OJ, Rachet B, Soeberg MJ, You H, Matsuda T, Bielska-Lasota M, Storm H, Tucker TC, Coleman MP; CONCORD Working Group. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet*. 2015 Mar 14;385(9972):977-1010

¹³⁰ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3358>, dostęp 18.12.2020 r.

¹³¹ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3359>, dostęp 18.12.2020 r.

- 2) osób z niepełnosprawnością;
- 3) osób starszych;
- 4) osób doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym.

W kontekście ochrony zdrowia, deinstytucjonalizacja dotyczy w głównej mierze usług adresowanych do osób starszych lub mających problemy w codziennym funkcjonowaniu oraz osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym.

Jak wskazują eksperci¹³², deinstytucjonalizacja to proces, którego celem z jednej strony jest rozwój zindywidualizowanych usług w obrębie społeczności lokalnej, w tym usług o charakterze zapobiegającym (profilaktycznym), które mają ograniczyć konieczność opieki instytucjonalnej w przyszłości, a z drugiej strony ma za zadanie przeniesienie zasobów ze stacjonarnych form opieki na poczet usług środowiskowych w społeczności lokalnej.

Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz opieki psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest rekomendowanym kierunkiem zmian postulowanym przez WHO, UE i OECD, ale również przez wiele organizacji pozarządowych, w tym organizacji pacjenckich. Rozwój form zdeinstytucjonalizowanych w ramach opieki długoterminowej oraz paliatywnej i hospicyjnej, udzielanych w znacznym stopniu osobom w starszym wieku, ma za zadanie poprawę zdrowia i jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów oraz wsparcie w utrzymaniu niezależności osób starszych umożliwiającej im jak najdłuższe funkcjonowanie w środowisku lokalnym, opóźniając tym samym konieczność skorzystania z opieki instytucjonalnej w placówce całodobowej i odciążając system ochrony zdrowia, co jest niezwykle istotne w perspektywie pogłębiających się zmian demograficznych związanych ze starzeniem się społeczeństwa i ograniczonymi zasobami (w szczególności kadrowymi) systemu. Przeniesienie opieki psychiatrycznej do środowiska lokalnego umożliwia przede wszystkim przeciwdziałanie stygmatyzacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne oraz przy odpowiedniej koordynacji daje szansę na osiąganie lepszych efektów terapeutycznych.

Obszary deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej zostały szczegółowo opisane w załącznikach do niniejszego dokumentu.

Podjęte działania

Na przestrzeni ostatnich lat wprowadzono częściowe reformy mające na celu wdrożenie koordynowanej opieki zdrowotnej. W 2017 r. wprowadzona została tzw. sieć szpitali, która ustanowiła nową organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i miała poprawić dostęp pacjentów do leczenia specjalistycznego. Ponadto, zmiany miały zoptymalizować liczbę oddziałów specjalistycznych i umożliwić lepszą koordynację świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych oraz ułatwić zarządzanie szpitalami¹³³.

W 2016 r. wprowadzono nowy produkt rozliczeniowy – Program kompleksowej opieki medycznej nad matką w okresie ciąży, porodu, połogu oraz jej nowo narodzonym dzieckiem, który zapewnia pełną dostępność do świadczeń zgodnie ze wskazaniami medycznymi oraz

¹³² *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności, listopad 2012.

¹³³ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 44.

możliwość zgłoszenia do programu na każdym etapie ciąży. Zapewniona jest pełnoprofilowa opieka podczas ciąży, porodu oraz w ciągu sześciu tygodni po urodzeniu dziecka. W opiekę zaangażowany jest zespół złożony z lekarza ginekologa, położnej oraz lekarzy szpitala. W ramach opieki koordynowanej zespół zapewnia całość opieki nad matką i dzieckiem od momentu potwierdzenia ciąży lub zgłoszenia się pacjentki do czasu ukończenia przez dziecko pierwszych sześciu tygodni życia. Opieka po urodzeniu dziecka obejmuje między innymi wizyty położnej w domu oraz konsultacje w zakresie karmienia piersią¹³⁴.

Szpital – współkoordynator programu zapewniający jakość, ciągłość i kompleksowość opieki – może skorzystać z nowego sposobu rozliczenia. Placówka, która zdecydowała się realizować program opieki koordynowanej, może liczyć na wyższe finansowanie, pod warunkiem spełnienia określonych wymagań. Do programu mogą przystąpić te placówki, które deklarują minimum 600 porodów rocznie i jednocześnie zabezpieczą dostęp do poradni ginekologiczno-położniczych oraz położnej¹³⁵.

W 2017 r. rozpoczęty został program kompleksowej opieki nad pacjentami po zawale mięśnia sercowego, tzw. KOS-Zawał, zainicjowany przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. Podstawowymi celami wdrożenia programu są:

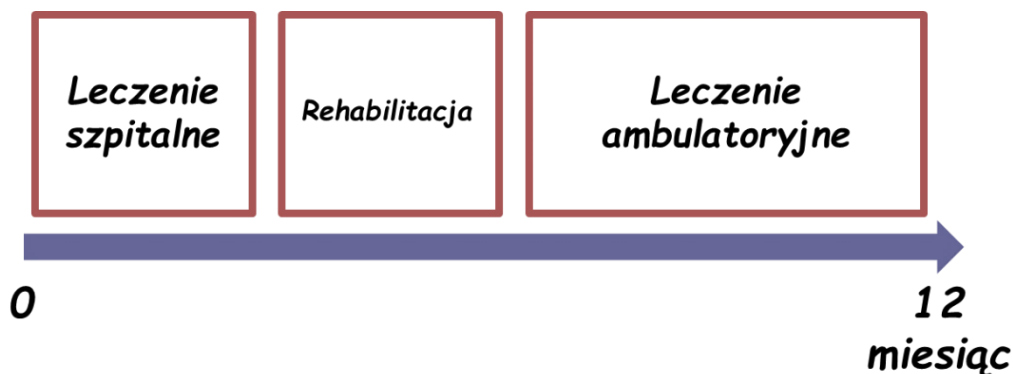
1. poprawa jakości opieki medycznej;
2. zwiększenie satysfakcji pacjentów;
3. zmniejszenie ryzyka występowania kolejnych zdarzeń sercowo-naczyniowych,
4. wydłużenie życia.

KOS-Zawał składa się z czterech modułów. Pierwszy z nich, związany z hospitalizacją pacjenta, obejmuje diagnostykę i leczenie zachowawcze (interwencyjne lub kardiochirurgiczne). Moduł drugi obejmuje rehabilitację kardiologiczną, w tym rehabilitację stacjonarną, ambulatoryjną i telerehabilitację, trzeci zaś elektroterapię. Ostatni, czwarty moduł przewiduje specjalistyczną opiekę kardiologiczną trwającą 12 miesięcy od wystąpienia zawału serca (Ryc. 37).

¹³⁴ <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiaadczeniodawcy/koordynowana-opieka-nad-kobieta-w-ciazy-koc/aktualnosci/>; dostęp 06.05.2020.

¹³⁵ <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiaadczeniodawcy/koordynowana-opieka-nad-kobieta-w-ciazy-koc/aktualnosci/>; dostęp 06.05.2020.

Rycina 37. Uproszczony schemat programu koordynowanej opieki po zawale serca (KOS-Zawał)



(źródło: MZ, opracowanie własne)

KOS-Zawał przewiduje kontrolę jakości świadczeń poprzez sprawozdawanie m.in. częstości kontroli głównych czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca, częstości udziału pacjentów w programie rehabilitacji kardiologicznej, częstości hospitalizacji z powodu zawału serca. Zaplanowana jest też analiza zgonów. Ośrodki realizujące KOS-Zawał otrzymują dodatkowe wynagrodzenie za realizację poszczególnych procedur oraz za ich wykonanie w odpowiednim czasie w formie korektorów („premie”). Ośrodki otrzymują też dodatkowe wynagrodzenie, jeśli czynny zawodowo przed zawałem serca pacjent wróci do pracy w ciągu pierwszych czterech miesięcy po zawale.

Obecnie KOS-Zawał jest wdrożony w 74 szpitalach (52% szpitali, w których leczeni są pacjenci z zawałem serca). W okresie od 1 października 2017 r. do 31 grudnia 2018 r. hospitalizowanych było 10 404 pacjentów, którzy objęci zostali opieką w ramach programu KOS-Zawał. Jednoroczna śmiertelność z wszystkich przyczyn wśród osób objętych opieką w ramach KOS-Zawał wyniosła 4,4%, a wśród pacjentów nieobjętych programem 9,5% (0,43 [0,39-0,48]). Udział w programie KOS-Zawał to zmniejszenie ryzyka zgonu zarówno wśród mężczyzn (o 36%), jak i kobiet (o 26%) oraz we wszystkich grupach wiekowych.

Opieka realizowana w ramach KOS-Zawał jest bardzo dobrze oceniana przez pacjentów – 96% z nich ocenia, że udział w programie KOS-Zawał ma korzystny wpływ na zdrowie, a 99% chorych ocenia, że program zwiększa ich poczucie bezpieczeństwa¹³⁶.

Model koordynowanej opieki nad pacjentem z niewydolnością serca (KONS), nad którym obecnie trwają prace, jest kolejnym przykładem programu zarządzania chorobą. Jest to system opieki koordynowanej, przeznaczony dla osób chorych z niewydolnością serca wysokiego ryzyka tj. osób po wypisie ze szpitali z powodu zaostrzenia się choroby (dekompensacji) oraz z rozpoznaną stabilną niewydolnością serca. Kompleksowość opieki łączy elementy opieki ambulatoryjnej, farmakoterapii, leczenia interwencyjnego (kardiologii inwazyjnej, elektroterapii, kardiochirurgii) oraz rehabilitacji. Wypracowywany model ma zapewniać skoordynowaną wielodyscyplinarną i ciągłą opiekę, uwzględniającą zaangażowanie samego pacjenta w leczenie, umożliwiającą uzyskanie właściwych świadczeń we właściwym czasie. Ma stanowić uzupełnienie opieki kardiologicznej przewidzianej w aktualnie realizowanym programie KOS-Zawał, a zarazem rozszerzyć system opieki koordynowanej w POZ.

¹³⁶ Feusette P, Gierlotka M, Krajewska-Redelbach I i wsp., *Comprehensive coordinated care after myocardial infarction (KOS-Zawał): a patient's perspective* [w:] *Kardiologia Polska*. 2019 May 24; 77: 568-570.

Model KONS początkowo zostanie wprowadzony do systemu jako program pilotażowy, którego głównym celem będzie „ograniczenie skutków występowania niewydolności serca”, a celami szczegółowymi będą: wczesne wykrywanie niewydolności serca i określanie jej etiologii, spowolnienie postępu choroby, optymalne wykorzystanie zasobów opieki zdrowotnej w opiece nad chorymi z niewydolnością serca, poprawa długości i jakości życia chorych z niewydolnością serca oraz ograniczenie zaostrzeń choroby. Cele te są skoncentrowane na usunięciu występujących obszarów ryzyk wymienionych powyżej. Efekt wczesnego wykrywania niewydolności serca oraz identyfikację chorych można osiągnąć dzięki poszerzeniu możliwości diagnostycznych POZ. Takie działanie ma na celu zmniejszenie liczby pacjentów w ramach AOS. Wprowadzenie dobrze funkcjonującej opieki ambulatoryjnej, opartej na współpracy lekarza kardiologa z innymi specjalistami oraz lekarzem POZ, powinno poprawić zarówno jakość opieki, jak i jakość życia pacjentów. Bieżący aktywny nadzór nad chorymi z ustabilizowaną niewydolnością serca, prowadzony przez lekarzy POZ oraz pielęgniarki edukujące pacjentów w zakresie samoopieki, powinien znaleźć odzwierciedlenie w niższej liczbie dekompensacji, a tym samym spowolnić postęp choroby.

Prowadzone są również prace w zakresie reorganizacji modelu opieki onkologicznej – w 2019 r. rozpoczęto pilotaż sieci onkologicznej, w ramach którego przetestowane zostaną nowe rozwiązania służące objęciu pacjenta kompleksową i koordynowaną opieką onkologiczną. Jednym z głównych celów Krajowej Sieci Onkologicznej jest zaopiekowanie się pacjentem onkologicznym od momentu postawienia rozpoznania poprzez cały proces terapeutyczny, w tym: ułatwienie dostępu do informacji, dzięki uruchomieniu infolinii, koordynacja procesu leczenia na wszystkich jego etapach oraz monitorowanie efektów leczenia.

Pilotaż opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej polega na utworzeniu sieci ośrodków onkologicznych w województwie dolnośląskim, podlaskim, pomorskim i świętokrzyskim. Zakończenie realizacji programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej nastąpi w IV kwartale 2021 r.

Nowa organizacja opieki ma poprawić wyniki leczenia onkologicznego. W ramach programu analizowana i oceniana jest kompleksowość diagnostyki na podstawie ścieżek postępowania w 5 wybranych typach nowotworów – najczęściej występujących w Polsce – rak piersi, płuca, jajnika, jelita grubego i gruczołu krokowego.

Równolegle z pilotażem sieci onkologicznej prowadzone będą prace mające na celu przygotowanie i wdrożenie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, która umożliwi pacjentom z całego kraju dostęp do kompleksowej i koordynowanej opieki onkologicznej. Docelowo dopiero wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej przyczyni się do uzyskania oczekiwanych efektów, jakimi są poprawa bezpieczeństwa i jakości leczenia onkologicznego, wzrost satysfakcji pacjenta oraz optymalizacja kosztowa opieki onkologicznej.

W zakresie kompleksowej opieki onkologicznej w 2019 r. wprowadzono przepisy tworzące Breast Cancer Unit, a w najbliższym czasie planowane jest wprowadzenie również Lung Cancer Unit, Prostate Cancer Unit, Colorectal Cancer Unit, Gynecologic Oncology Unit oraz zmian w hematologii dorosłych. Procedowane rozwiązania wymagają dokonania zmian w zakresie wykazu świadczeń gwarantowanych oraz dostosowania sposobu finansowania, nie wymagają jednakże gruntownej jego przebudowy.

Powyższe zmiany mają swoje odzwierciedlenie w podejmowanych inicjatywach legislacyjnych, m.in.:

- wprowadzanie kompleksowej opieki medycznej, w szczególności w onkologii (np. Breast Cancer Unit);
- opracowanie i publikacja przez Ministra Zdrowia zaleceń postępowania medycznego (np. dotyczących raka piersi).

W Polsce realizowany jest obecnie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER), pilotaż programu POZ Plus. Proponowany w ramach pilotażu model funkcjonowania POZ zapewnia pacjentom łatwiejszy i szybszy dostęp do wybranych badań specjalistycznych oraz opiekę zespołu profesjonalistów medycznych. Oprócz podstawowego, realizowanego obecnie pakietu usług POZ, pacjenci mogą skorzystać z badań profilaktycznych dostosowanych do wieku i płci w ramach bilansów zdrowia osób dorosłych, wraz z wizytami edukacyjnymi obejmującymi wsparcie i promocję zdrowego stylu życia. Dodatkowo, we współpracy z wybranymi specjalistami medycznymi, zespół POZ świadczy usługi zarządzania i koordynowania opieką w 11 najbardziej rozpowszechnionych w Polsce chorobach przewlekłych.

Pacjent może zostać zakwalifikowany do udziału w tzw. module zarządzania chorobą - DMP (ang. *disease management program*) na podstawie przeprowadzonego badania bilansowego dla dorosłych lub na podstawie dotychczasowej historii choroby (udokumentowanej). W ramach pilotażu moduł zarządzania chorobą obejmuje pacjentów z co najmniej jedną z 11 chorób przewlekłych (nadciśnienie tętnicze samoistne, cukrzyca typu 2, przewlekła choroba wieńcowa, utrwalone migotanie przedsionków, przewlekła niewydolność serca, astma oskrzelowa, POChP, wole mięsiste i guzowate tarczycy, niedoczynność tarczycy, choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych, zespoły bólowe kręgosłupa). W ramach DMP lekarz POZ ma możliwość przeprowadzenia konsultacji z lekarzami wybranych specjalności oraz kierowania pacjentów na odpowiednie świadczenia.

Zasadniczą zmianą związaną z wprowadzeniem DMP jest planowanie kolejnych zdarzeń zdrowotnych z wyprzedzeniem oraz aktywny nadzór ze strony świadczeniodawcy nad realizacją zaleceń przez pacjenta i monitorowanie jakości opieki. Nieodzownym elementem DMP jest okresowe (np. raz w roku) wykonywanie pogłębionego badania stanu zdrowia w trybie tzw. porady kompleksowej. Porada taka umożliwia określenie indywidualnego planu opieki medycznej (IPOM) nad pacjentem, m.in. zawierającego zalecenia i ewentualne terminy realizacji w zakresie: kontrolnych badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych, leczenia (farmakologicznego i nefarmakologicznego) i/lub rehabilitacji, edukacji w dziedzinie samokontroli jak również wizyt kontrolnych lekarskich i pielęgniarskich¹³⁷. Realizacja bilansów zdrowia dla dorosłych oraz prowadzenie szeroko zakrojonych działań edukacyjnych z zakresu profilaktyki zdrowotnej i zarządzanie/koordynowanie opieką jest finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER). Świadczenia finansowane ze środków właściwego Oddziału wojewódzkiego NFZ obejmują program zarządzania chorobą (*disease –management - DMP*) w 11 chorobach przewlekłych. Zakończenie projektu planowane jest na 31 marca 2022 r.

W ramach pilotażowego programu psychiatrii środowiskowej realizowanego w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 od 2018 r. realizowane są świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej w ramach CZP. Świadczenia udzielane są osobom pełnoletnim z zaburzeniami psychicznymi, którym zapewniona jest kompleksowa opieka zdrowotna na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy

¹³⁷ NFZ. Akademia NFZ (2020), *Przygotowanie, przetestowanie oraz wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK). Etap II – faza pilotażowa – model POZ Plus*; <https://akademia.nfz.gov.pl/poz-plus/?lang=en>; dostęp 03.04.2020.

doraźnej, ambulatoryjnej (porada lekarska, porada psychologiczna, sesja psychoterapii, wizyta domowa), dziennej (oddział ogólny całodobowy), szpitalnej i środowiskowej.

Wskazany obszar działania CZP umożliwia sprawne zarządzanie populacją objętą opieką. Na dzień 31.12.2020 r. w Polsce funkcjonowały 33 CZP prowadzone przez podmioty biorące udział w pilotażu¹³⁸. CZP zlokalizowane są w 16 województwach (zarówno w dużych miastach, jak i powiatach, gdzie dominuje ludność wiejska).

Prowadzenie procesu terapeutycznego w sposób adekwatny do potrzeb pacjentów, umożliwiającego indywidualne podejście zespołu terapeutycznego do danego pacjenta, daje możliwość znaczącego zwiększenia efektów terapeutycznych. Pacjent może również uzyskać poradę lekarza i psychologa, wizytę terapeuty środowiskowego czy wziąć udział w sesji psychoterapii.

Dodatkowo w warunkach ambulatoryjnych (poradnia zdrowia psychicznego) pacjent może skorzystać z pomocy działania punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego (PZK). Osoby korzystające z usług PZK są obsługiwane w momencie zgłoszenia (nie ma konieczności wcześniejszego umawiania się).

Pacjent w ramach CZP ma zapewnioną koordynację udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz ustalony plan terapii i zdrowienia.

W ramach opieki długoterminowej, na podstawie pilotażu przeprowadzonego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, przygotowano nowe świadczenie opieki zdrowotnej – dziennej długoterminowej opieki medycznej udzielane w ramach DDOM. Do DDOM kwalifikuje się świadczeniobiorca po przebytej hospitalizacji, wymagający ze względu na stan zdrowia świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji pielęgnowania, leczenia, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40–65 punktów i jednocześnie nie został objęty:

1. opieką przez pielęgniarzką opiekę długoterminową domową;
2. opieką przez zakład opiekuńczy udzielający świadczeń w warunkach stacjonarnych;
3. opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie;
4. opieką w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej;
5. opieką w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz
6. nie pozostaje w ostrej fazie choroby psychicznej lub uzależnienia.

Planuje się, że w zakresie świadczenia dziennej długoterminowej opieki medycznej będą realizowane następujące czynności i procedury:

- świadczenia pielęgniarckie, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji;
- doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych;
- usprawnianie ruchowe;
- stymulacja procesów poznawczych;

¹³⁸ <https://czp.org.pl/>, dostęp 31.12.2020.

- terapia zajęciowa;
- 7. przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).

Wsparcie działań na rzecz deinstytucjonalizacji realizowane jest ze środków UE, w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych. Możliwe formy wsparcia obejmują:

- ❖ wsparcie działalności lub tworzenia nowych DDOM, zgodnie ze standardem DDOM wypracowanym w ramach PO WER lub innych form opieki nad osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osobami starszymi;
- ❖ wdrożenie na poziomie lokalnym rozwiązań z zakresu koordynacji realizacji usług medycznych kierowanych do osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- ❖ wsparcie działalności lub tworzenia nowych miejsc opieki medycznej w formach zdeinstytucjonalizowanych;
- ❖ wsparcie długoterminowej medycznej opieki domowej nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym pielęgniarstwa długoterminowego;
- ❖ zapewnianie opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w zastępstwie za opiekunów będących członkami rodzin, w tym opieki domowej lub miejsc opieki w dziennych formach;
- ❖ wsparcie psychologiczne lub szkolenia dla opiekunów, w szczególności członków rodzin, w zakresie opieki medycznej nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- ❖ przygotowanie i tworzenie wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego i wspomagającego, połączonego z doradztwem w doborze sprzętu, treningami z zakresu samoobsługi wypożyczonego sprzętu oraz przygotowanie warunków do opieki domowej;
- ❖ teleopieka medyczna, wykorzystywana na potrzeby doradztwa medycznego oraz bezpośredniej pomocy personelu medycznego na wezwanie w szczególnej sytuacji;
- ❖ szkolenia oraz prowadzenie doradztwa w zakresie dostosowania podmiotów leczniczych do potrzeb osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- ❖ wsparcie zespołów środowiskowych, w szczególności na poziomie POZ lub opieki psychiatrycznej.

PODSUMOWANIE

- Opieka koordynowana wskazywana jest jako możliwe rozwiązanie jednego z głównych problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej, za jaki uważa się brak współpracy pomiędzy poszczególnymi podmiotami systemu oraz brak koordynacji między poszczególnymi etapami opieki nad pacjentem¹³⁹.
- Należy dążyć do zapewnienia coraz większej liczby usług zdrowotnych w środowisku lokalnym.
- Ze środków krajowych oraz funduszy unijnych realizowanych jest szereg inicjatyw mających na celu opracowanie, przetestowanie i wdrożenie modeli opieki koordynowanej oraz działań z zakresu deinstytucjonalizacji, natomiast ww. rozwiązania mają charakter wyspowy, a nie systemowy.

PROFILAKTYKA

Zadaniem systemu zdrowia publicznego jest zapewnienie optymalnych warunków do realizacji zadań oraz współpracy wielu podmiotów zaangażowanych w proces monitorowania stanu zdrowia ludności, planowania i wdrażania działań prewencyjnych ukierunkowanych na utrzymanie populacji w zdrowiu i unikaniu lub opóźnieniu zachorowania w cyklu życia¹⁴⁰.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 183, z późn. zm.), która określa politykę krajową w dziedzinie zdrowia publicznego, w celu osiągnięcia poprawy stanu zdrowia społeczeństwa przewidywana jest ukierunkowana aktywność i współpraca administracji rządowej, samorządowej, organizacji pożytku publicznego oraz innych podmiotów, jeżeli ich cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą zadań z zakresu zdrowia publicznego. W strategiach przygotowywanych w ostatnich latach na szczeblu centralnym, profilaktyka zajmuje więc czołowe miejsce, jako obszar zabezpieczający system przed nadmiernym przeciążeniem, zapobiegając rozwojowi wielu chorób

W praktyce do grona instytucji odpowiedzialnych za kształtowanie zdrowia należą organy administracji rządowej i samorządowej, wraz z instytucjami kontrolnymi i wykonawczymi oraz współpracujące z nimi organizacje społeczeństwa obywatelskiego, które wspierane są przez instytucje o charakterze naukowo-badawczym. W realizację tych zadań angażują się także inne podmioty gospodarcze – tu trzeba też podkreślić rolę środowiska pracy.

W Polsce koordynacja zadań wynikających z ustawy o zdrowiu publicznym należy do administracji rządowej – przede wszystkim do ministra właściwego do spraw zdrowia¹⁴¹.

Państwowa Inspekcja Sanitarna stanowi kluczowy element systemu zdrowia publicznego w Rzeczypospolitej Polskiej. GIS wraz ze stacjami sanitarno-epidemiologicznymi realizują liczne zadania związane z ochroną i promocją zdrowia, w tym przeciwdziałanie czynnikom środowiskowym negatywnie wpływającym na zdrowie ludzkie, zwalczanie chorób zakaźnych u ludzi oraz nadzór nad bezpieczeństwem żywności i żywienia. Również oddziały wojewódzkie

¹³⁹ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 42.

¹⁴⁰ Rachel B et al. *Organization and financing of public health services in Europe*. WHO, 2018

¹⁴¹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 183, z późn. zm.)

NFZ¹⁴² realizują zadania z zakresu zdrowia publicznego. MZ oraz władze samorządowe w zakresie realizowanych zadań finansują działania profilaktyczne, wspierają edukację i koordynują profilaktykę w zakresie chorób zakaźnych.

Na podstawie ustawy o zdrowiu publicznym ustalany jest cyklicznie katalog celów i zadań dla podmiotów publicznych odzwierciedlający aktualne i prognozowane potrzeby zdrowotne populacji. Katalog ten, zgodnie z przepisami ustawy, ma formę rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia, a zatem stanowi źródło powszechnie obowiązujących przepisów. Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, NPZ obejmujący:

- 1) cel strategiczny NPZ ukierunkowany na wydłużenie życia w zdrowiu ludności Rzeczypospolitej Polskiej i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu,
- 2) cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego ukierunkowane na zmniejszenie narażenia społeczeństwa na największe zagrożenia zdrowia,
- 3) zadania służące realizacji celów operacyjnych,
- 4) podmioty odpowiedzialne za realizację zadań,
- 5) realizatorów zadań,
- 6) tryb i wysokość finansowania zadań,
- 7) wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ

- mając na uwadze stan zdrowia społeczeństwa, skalę występowania czynników ryzyka zdrowotnego i czynników o działaniu ochronnym dla zdrowia oraz efektywność i skuteczność zadań podejmowanych na rzecz poprawy stanu zdrowia i jakości życia. Program ten jest przygotowywany na okres nie krótszy niż 5 lat Pierwszym obowiązującym w kraju, w tej formie rozporządzenia RM, była edycja NPZ na lata 2016-2020. Poprzednikiem takiej formuły polityki publicznej były okresowo ustanawiane Narodowe Programy Zdrowia nie nakładające jednak obowiązków na określone podmioty publiczne. Pierwszy taki program opracowany został w 1990 r. Była to pierwsza próba koordynacji wysiłków różnych jednostek rządowych, administracji publicznej, organizacji pozarządowych, jak i społeczności lokalnych w celu ochrony, utrzymania i poprawy zdrowia polskiego społeczeństwa.

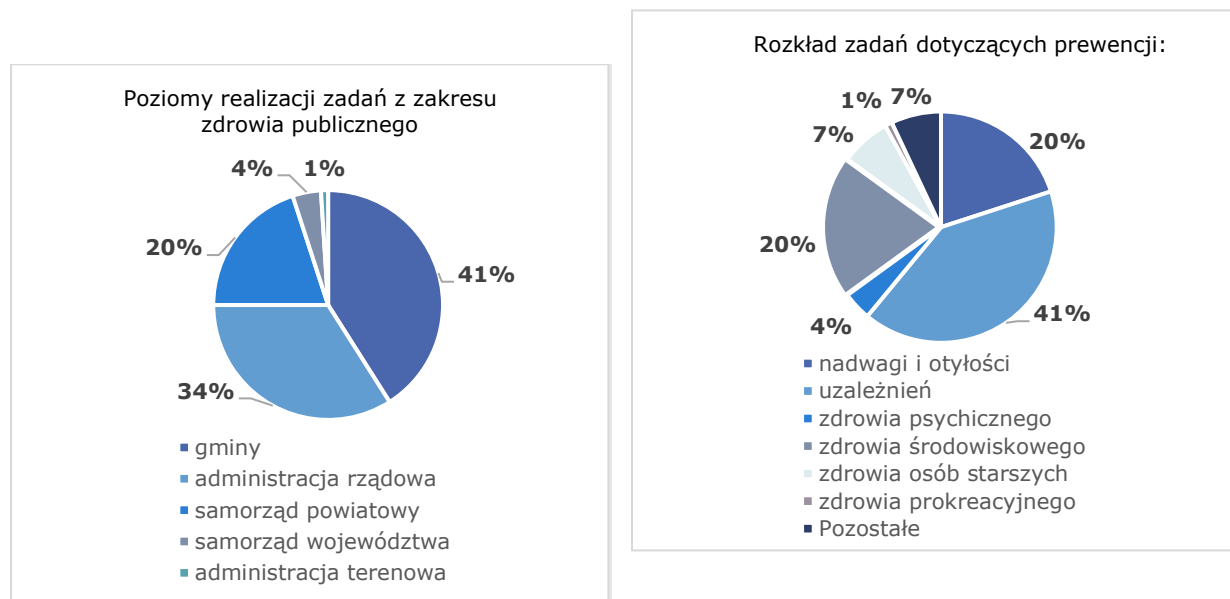
W 2015 r. weszła w życie wspomniana powyżej ustawa *o zdrowiu publicznym*. Potrzeba jej przygotowania wynikała przede wszystkim z konieczności utworzenia mechanizmów pozwalających na osiągnięcie poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, które znacznie wykraczają poza tradycyjne pojmowanie systemu ochrony zdrowia. Ustawa została przygotowana w celu stworzenia systemu opartego na dobrych, międzynarodowych praktykach w zakresie zdrowia publicznego, a więc na określonych skutecznych metodach oddziaływania na społeczeństwo poprzez kształtowanie prozdrowotnych polityk publicznych, niekoniecznie pozostających w kompetencjach Ministra Zdrowia. Celem strategicznym wszystkich działań podejmowanych na podstawie tej ustawy, w tym wydanego na jej podstawie Narodowego Programu Zdrowia jest wydłużenie życia w zdrowiu ludności Rzeczypospolitej Polskiej i poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

¹⁴² Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 51.

W ciągu dwóch lat funkcjonowania ustawy o zdrowiu publicznym w Rzeczypospolitej Polskiej sprawozdano ponad 71 tys. programów oraz działań na rzecz poprawy zdrowia populacji. Działania te w latach 2016-2017 kosztowały łącznie 8,4 mld zł. Jednostki samorządu terytorialnego (JST) zrealizowały 62% wszystkich sprawozdanych interwencji, pozostała część była realizowana przez administrację rządową (w tym przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz NFZ). Największy udział w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego miały gminy – wyniósł on ponad 40%. Zadania te były w większości zgodne z regionalnymi priorytetami polityki zdrowotnej. Jedna trzecia zadań była z kolei podjęta przez administrację rządową, 20% przez samorząd powiatowy, a 4% przez samorząd województwa [Ryc. 38]. Zadania były realizowane głównie w formie działań promocyjno-edukacyjnych oraz profilaktycznych (obie formy stanowiły mniej więcej jedną trzecią sprawozdanych zadań). Około 12% działań miało charakter szkoleniowo-konferencyjny, a 2% badawczy.

Rozkład zadań realizujących cele operacyjne NPZ rozkładały się następująco: 1. prewencji nadwagi i otyłości (20% zadań), 2. prewencji uzależnień (41%), 3. zdrowia psychicznego (4%), 4. zdrowia środowiskowego (20%), 5. zdrowia osób starszych (7%), 6. zdrowia prokreacyjnego (1%) (Ryc. 38).

Rycina 38. Informacja o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego w roku 2016 i 2017



(źródło: MZ, 2018, Informacja o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego w roku 2016 i 2017)

Biorąc pod uwagę duże różnice w stanie zdrowia pomiędzy regionami oraz różnymi grupami społeczno-ekonomicznymi, a także gorsze wskaźniki zdrowotne w Rzeczypospolitej Polskiej w porównaniu ze średnimi wartościami w UE, wymagana jest dalsza intensyfikacja jednoczesnych działań na rzecz promowania zdrowia oraz ograniczania przyczyn powodujących powstawanie chorób i przyczyniających się do pogarszania jakości życia związanej ze zdrowiem. Nieustającym wyzwaniem jest również dalsze usprawnianie i koordynacja bardzo licznych działań instytucji publicznych, organizacji pozarządowych podejmowanych na rzecz zdrowia oraz angażowanie sektora prywatnego.

Profilaktyka chorób to działania, które zapobiegają ich wystąpieniu. Ukierunkowane są one na eradykację (wykorzenienie), eliminację lub minimalizowanie wpływu choroby lub

niepełnosprawności albo – jeśli nie jest to możliwe – opóźnienie postępu choroby lub niepełnosprawności ¹⁴³.

Profilaktyka obejmuje szereg działań. Przyjmuje się następujący ich podział¹⁴⁴:

1. profilaktyka pierwotna (I fazy) – to działania ukierunkowane na ludzi zdrowych i ich środowisko życia w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia chorób lub zaburzeń zdrowia. Profilaktyka pierwotna to m.in. szczepienia ochronne oraz edukacja zdrowotna;
2. profilaktyka wtórna (II fazy) – polega na wczesnym wykrywaniu chorób i szybkich działaniach naprawczych w celu powstrzymania rozwoju choroby – poszukiwaniu czynników ryzyka i ich eliminowaniu. Skierowana jest do osób zagrożonych i obejmuje m.in. badania przesiewowe (screening) – np. w kierunku raka piersi (mammografia) czy szyjki macicy (cytologia), badania okresowe, kontrolę czynników ryzyka, poradnictwo;
3. profilaktyka III fazy – dotyczy działań leczniczych i rehabilitacyjnych podejmowanych w czasie, gdy choroba jest już w pełni rozwinięta. Jej cel to ograniczanie skutków choroby oraz zmniejszanie ryzyka jej nawrotów. Obejmuje m.in. leczenie, opiekę ostrą, kontynuację leczenia, rehabilitację, zarządzanie powikłaniami.

NIK zwraca uwagę¹⁴⁵, że środki finansowe wydatkowane są głównie na tzw. medycynę naprawczą, a nie na zapobieganie chorobom. W związku z tym leczenie jest kosztowne, a brak jego koordynacji i ciągłości powoduje, że niejednokrotnie efekty ulegają zaprzepaszczeniu. Wysoki udział kosztów leczenia szpitalnego w kosztach świadczeń ogółem wskazuje na zbyt częste diagnozowanie i leczenie pacjentów w trybie hospitalizacji, a tym samym świadczy o niedostatecznej roli ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i profilaktyki.

W związku z sytuacją epidemiologiczną związaną z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 wielu Polaków zaniedbało swoje zdrowie. Nowy styl życia oraz przedłużająca się praca zdalna wpłynęły na ograniczenie aktywności fizycznej oraz wzrost natężenia stresu, potęgując przy tym ryzyko zachorowania na najczęstsze choroby cywilizacyjne (choroby serca, cukrzyca, otyłość, nadciśnienie, choroby układu ruchu czy nowotwory). Dlatego też mając na uwadze konsekwencje, jakie niesie obecna sytuacja epidemiczna zasadnym jest wprowadzenie Programu „Profilaktyka 40PLUS”, który pozwoli na powszechne objęcie świadczeniobiorców powyżej 40. r. ż. profilaktyczną diagnostyką laboratoryjną w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych.

Władze lokalne finansują miejscowe programy polityki zdrowotnej i mogą samodzielnie decydować o sposobie wydawania budżetów w tym zakresie, w zależności od swoich potrzeb. Programy polityki zdrowotnej są zwykle realizowane przez podmioty świadczące opiekę zdrowotną, będące także własnością władz lokalnych. Wyjątek stanowią tu programy z zakresu spożywania alkoholu i środków odurzających (narkotyków), które są wdrażane bezpośrednio przez podmioty lokalnych samorządów. W 2017 r. kontrola spożywania alkoholu stanowiła największą część (aż 68,3%) wydatków na ochronę zdrowia przeznaczanych przez gminy oraz drugą co do wielkości (25,6%) część wydatków na ochronę zdrowia przeznaczonych przez miasta na prawach powiatu. W 2018 r. przeważająca część realizowanych lokalnych

¹⁴³ Porta M. (ed). A dictionary of epidemiology. Oxford University Press, Oxford 2014: 224-225.

¹⁴⁴ Lewtak K., Gajewska M., Sugay L., Rutyna A.; <https://www.pzh.gov.pl/profilaktyka-chorob-definicja/>; dostęp 05.05.2020.

¹⁴⁵ NIK (2019), Raport: *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*; <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>; dostęp 11.05.2020.

programów polityki zdrowotnej dotyczyła wdrażania szczepień ochronnych (głównie szczepień przeciwko grypie oraz HPV)¹⁴⁶.

Aktywność JST nie ogranicza się do programów polityki zdrowotnej, ale wiele inicjatyw jest podejmowanych w innych obszarach niż udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. To m.in. promowanie zdrowia, profilaktyka chorób i kształtowanie środowisk ułatwiających prozdrowotne wybory mieszkańców.

Realizowane przez JST programy polityki zdrowotnej wymagają opinii AOTMiT. Liczba nadesłanych projektów programów polityki zdrowotnej w latach 2009–2018 wyniosła 2446, z czego ok. 55% otrzymało decyzję pozytywną lub pozytywną warunkową. Do momentu zmiany w 2017 r. ustawy regulującej działania Agencji w kwestii programów polityki zdrowotnej otrzymanie przez JST opinii negatywnej nie było wiążące. Oznaczało to zatem, że JST mogły realizować programy niezgodne z obowiązującymi dowodami naukowymi (EBM), rekomendowanym przez Agencję. Sytuacja ta uległa zmianie po nowelizacji ustawy w 2017 r., w której to wydanie opinii Agencji uzyskało moc prawną i jest wiążące. Zmiana ta jest o tyle istotna, że zapobiega zaangażowaniu JST w realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego o nieudowodnionej skuteczności klinicznej i ekonomicznej. Wychodząc naprzeciw potrzebom JST, Agencja udostępniła na swojej stronie internetowej gotowy do użycia schemat programu polityki zdrowotnej.

Warto też zwrócić uwagę na wpływającą do Agencji dużą liczbę programów polityki zdrowotnej o podobnych zakresach tematycznych. Na przestrzeni lat 2009–2018 najczęściej ocenianymi programami były te związane ze szczepieniami (przeciwko HPV, grypie i pneumokokom) oraz profilaktyką onkologiczną, wśród których najwięcej dotyczyło raka piersi, gruczołu krokowego i jelita grubego¹⁴⁷.

Z tego względu w 2019 r. Agencja udostępniła tzw. repozytorium, w którym zamieszczone są wydawane przez Prezesa AOTMiT rekomendacje w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub problemu zdrowotnego. Rekomendacje te zawierają modelowe rozwiązania, które mogą być wdrażane w jednostkach samorządu terytorialnego. Jednocześnie wydane rekomendacje zwalniają JST z konieczności nadsyłania do zaopiniowania programu polityki zdrowotnej przygotowanego zgodnie z ich treścią¹⁴⁸.

Szczepienia ochronne

Obecnie obowiązujący Program Szczepień Ochronnych (PSO) obejmuje 13 obowiązkowych szczepień (przeciw: gruźlicy, WZW typu B, błonicy, tężcowi, krztuścowi, inwazyjnym zakażeniom *Haemophilus influenzae* B, pneumokokom, polio, odrze, śwince, różyczce, rotawirusom). Poddawanie dziecka szczepieniom ochronnym jest nałożonym na rodziców lub opiekunów prawnych dzieci obowiązkiem administracyjnym o charakterze niepieniężnym, wynikającym bezpośrednio z powszechnie obowiązujących przepisów prawa. Niewykonanie tego obowiązku jest zabezpieczone egzekucją administracyjną na podstawie przepisów o

¹⁴⁶ Sowada, C., Sagan A., Kowalska-Bobko I., & World Health Organization (2019), *Poland: Health system review*; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325143/18176127-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; dostęp 20.04.2020.

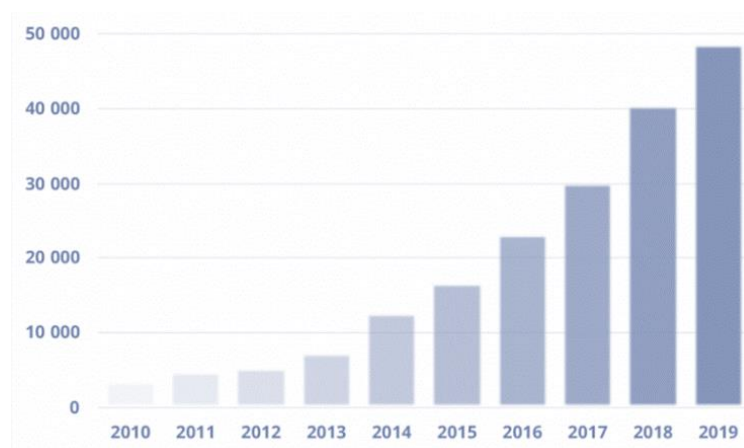
¹⁴⁷ AOTMiT (2018), *Analiza ilościowa programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej ocenianych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w latach 2009-2018*; <https://power.aotm.gov.pl/matedu.php>; dostęp 06.05.2020.

¹⁴⁸ AOTMiT (2020), *Programy polityki zdrowotnej*. Pozyskano z: <http://www.aotm.gov.pl/www/>; dostęp 09.04.2020.

postępowaniu egzekucyjnym w administracji oraz odpowiedzialnością karną. Harmonogram szczepień określony w PSO obejmuje także szczepienia zalecane ze względów epidemiologicznych, klinicznych i indywidualnych, które nie są finansowane ze środków publicznych (przeciw: ospie wietrznej, meningokokom, *Haemophilus influenzae* B, kleszczowemu zapaleniu mózgu, meningokokom, WZW typu B, WZW typu A, odrze, śwince, różyczce, błonicy, tężcowi, krztuścowi, grypie, kleszczowemu zapaleniu mózgu, HPV)¹⁴³.

W czasie ostatnich 5 lat odnotowana liczba nieszczepionych dzieci w przedziale wiekowym 0-19 lat zwiększyła się 3-krotnie, od 16,6 tys. uchyień w 2015 r. do 48,6 tys. uchyień w 2019 r. (Ryc. 39). To niepokojący sygnał, choć warto podkreślić, że na tle innych krajów europejskich Rzeczpospolita Polska ciągle pozostaje wśród liderów szczepień ochronnych – ze względu na utrzymujący się wysoki poziom wyszczepienia¹⁴⁴ w kraju,¹⁴⁵. Obowiązkowe szczepienia ochronne są skuteczną i generalnie powszechnie społecznie akceptowaną metodą zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne, zarówno w wymiarze zapobiegania zachorowaniom u osoby poddanej szczepieniom ochronnym (prewencji indywidualnej), jak również kształtowania odporności całej populacji na zachorowania (prewencji zbiorowej). Świadomość zasadności szczepienia odegrała dużą rolę w przeprowadzeniu Narodowego Programu Szczepień przeciwko COVID-19.

Rycina 39. Liczba osób uchylających się od obowiązkowych szczepień w Rzeczypospolitej Polskiej na przestrzeni ostatnich lat



(źródło: NIZP-PZH, 2020)

W 2018 r. w placówkach ochrony zdrowia karty uodpornienia posiadało: 98,1% ogółu dzieci w 2 roku życia, 98,3% — w 3. roku życia, 97,8% — w 7. roku życia, 93,3% — w 11. roku życia, 93,8% — ogółu młodzieży w 15. roku życia, 91,3% — w 20. roku życia¹⁴⁹.

Badania przesiewowe

Obowiązujące aktualne krajowe programy badań przesiewowych obejmują:

(1) program zapobiegania rakowi piersi oferujący mammografię dla kobiet w wieku 50–69 lat;

¹⁴⁹ GUS (2020), *Szczepienia ochronne dzieci i młodzieży*; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/szczepienia-ochronne-dzieci-i-mlodziezy,19,1.html>; dostęp 10.04.2020.

- (2) program profilaktyki raka szyjki macicy oferujący cytologię kobietom w wieku 25–59 lat;
- (3) program badań przesiewowych raka jelita grubego oferujący imienne, jednokrotne zaproszenia na kolonoskopię do osób w wieku 55–64 lat oraz możliwość wykonania kolonoskopii przesiewowej wśród osób w wieku 50–65 lat, które nie miały wykonanej kolonoskopii w ciągu ostatnich 10 lat;
- (4) program profilaktyki gruźlicy skierowany do osób powyżej 18 lat bez wcześniej zdiagnozowanej gruźlicy;
- (5) program badań prenatalnych dla kobiet w ciąży, będących w grupie ryzyka;
- (6) program profilaktyki chorób układu krążenia dla osób w wieku 35, 40, 45, 50 lub 55 lat;
- (7) program zapobiegania chorobom odtytoniowym (w tym POChP);
- (8) program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2019–2022.

Udział w programach zapobiegania nowotworom nie jest wystarczająco wysoki. Według raportu po kontroli przeprowadzonej przez NIK w zakresie profilaktyki zdrowotnej w ochronie zdrowia w latach 2012–2015, kampanie edukacyjne związane z tymi programami nie były odpowiednio skuteczne. Jedynie 16% grupy docelowej uczestniczyło w programie zapobiegania rakowi jelita grubego, nieco ponad 20% w profilaktyce raka szyjki macicy i ok. 40% w programie profilaktyki raka piersi. Niski okazał się także zasięg programu profilaktyki chorób układu krążenia: w latach 2012–2015 badania przesiewowe objęły swoim zakresem mniej niż 5% populacji docelowej¹⁵⁰.

Zgodnie z danymi NFZ, aktualne objęcie populacji docelowej programem profilaktyki raka szyjki macicy wynosi tylko 15,33%, natomiast programem profilaktyki raka piersi wynosi 36,88% (stan na kwiecień 2020 r.)¹⁵¹.

Według NIK efekty programów profilaktycznych są także niezadowalające w stosunku do wydanych środków. Na przykład w latach 2011–2016 ponad 1,1 mld zł wydano na krajowy program walki z rakiem (ponad 2,6 mld zł od początku jego wdrażania w 2006 r.); jednak żaden z głównych celów programu nie został osiągnięty. Liczba osób uczestniczących w badaniach profilaktycznych, w tym w badaniach przesiewowych, nie wzrosła; wykrywanie nowotworów również nie uległo poprawie. Według raportu NIK wynika to m.in. z braku skoordynowanej edukacji pacjentów, braku spójnego systemu wtórnej profilaktyki raka, a także trudności w uzyskaniu kart DiLO dla niektórych pacjentów^{152 153}.

Podejmowane są działania, aby to zmienić. Od lutego 2020 r. obowiązuje NSO, która ma za zadanie organizację kompleksowej i koordynowanej opieki onkologicznej w Polsce. Jako jeden z pięciu głównych celów zakłada zwiększenie poziomu zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawę jakości badań¹⁵⁴.

¹⁵⁰ NIK (2017), *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*; <https://www.nik.gov.pl/plik/id,13788,vp,16224.pdf>; dostęp 10.04.2020.

¹⁵¹ NFZ (2020); Dane o realizacji programów. Pobrano z: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/dane-o-realizacji-programow/>; dostęp 10.04.2020.

¹⁵³ NIK (2018); *Dostępność i efekty leczenia nowotworów*; <https://www.nik.gov.pl/plik/id,16371,vp,18897.pdf>; dostęp 10.04.2020.

¹⁵⁴ NSO zostało szerzej opisane w rozdziale II Uwarunkowania strategiczne.

Antybiotykooporność

Jednym z największych wyzwań dla współczesnej medycyny i zdrowia publicznego jest pojawianie się, selekcja i rozprzestrzenianie się opornych na antybiotyki szczepów kluczowych bakterii chorobotwórczych człowieka, co skutkuje brakiem możliwości skutecznej terapii zakażeń przez nie wywoływanych¹⁵⁵. Światowa Organizacja Zdrowia uznała antybiotykooporność¹⁵⁶ za jedno z największych zagrożeń dla zdrowia w 2019 r.. Za przyczynę powstawania i rozprzestrzeniania się opornych szczepów uważa się przede wszystkim nadużywanie i niewłaściwe stosowanie antybiotyków w medycynie, weterynarii oraz gospodarce.¹⁵⁷

Z tego względu konieczne jest podjęcie działań zapobiegawczych.

Od roku 2021 działania mające na celu ochronę antybiotyków realizowane są dwutorowo: przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH - PIB i Narodowy Instytut Leków w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025. Niektóre z zadań dotyczące lekooporności zaplanowane są do realizacji w ramach NPZ w przyszłości.

Rozporządzeniem Rady Ministrów NIZP-PZH uzyskał status Państwowego Instytutu Badawczego. W ramach swojej działalności prowadzi m. in. weryfikacji poprawności danych epidemiologicznych oraz wyników badań laboratoryjnych, a także analizę danych o występowaniu zakażeń drobnoustrojami opornymi na antybiotyki i inne produkty lecznicze.

Elementem powyższych działań jest także edukacja, mająca na celu nie tylko podnoszenie kwalifikacji i szkolenia profesjonalistów, ale także prowadzenie działań informacyjnych oraz kampanii społecznych, m. in. W ramach obchodzonego w listopadzie Światowego Dnia Antybiotyków.

Medycyna pracy

System służby medycyny pracy i profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami w Polsce regulują przepisy:

- ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1175),
- ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320 oraz z 2021 r. poz. 1162),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 2067 oraz z 2020 r. poz. 2131)
- oraz inne akty prawne.

System ochrony zdrowia osób pracujących, oparty na świadczeniach realizowanych przez służbę medycyny pracy, obejmuje opieką niemal 12,5 mln pracowników, u których rocznie

¹⁵⁵ MZ (2016), *Narodowy program ochrony antybiotyków na lata 2016-2020*; <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-ochrony-antybiotykow-na-lata-2016-2020>; dostęp 06.05.2020.

¹⁵⁶ WHO (2020), *Ten threats to global health in 2019*; <https://www.who.int/news-room/feature-stories/ten-threats-to-global-health-in-2019>; dostęp 06.05.2020.

¹⁵⁷ MZ (2016), *Narodowy program ochrony antybiotyków na lata 2016-2020*; <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-ochrony-antybiotykow-na-lata-2016-2020>; dostęp 06.05.2020.

wykonuje się ponad 4,5 mln obowiązkowych badań profilaktycznych do celów określonych w Kodeksie pracy¹⁵⁸.

Świadczenia medycyny pracy obejmują działania z zakresu ograniczania szkodliwego wpływu pracy na zdrowie oraz sprawowania profilaktycznej opieki¹⁵⁹ zdrowotnej nad pracującymi, w szczególności przez wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych przewidzianych w Kodeksie pracy. Systematyczna kontrola zdrowia zatrudnionych pozwala na ocenę stanu ich zdrowia, a także wykrycie szkodliwych czynników, które wynikają z warunków pracy.

W ramach obecnie obowiązującej opieki profilaktycznej nad pracownikami prowadzone są regularne kontrole zdrowia pracowników – badania profilaktyczne (wstępne, okresowe i kontrolne), podczas których pracownicy, uzyskują orzeczenie o braku przeciwwskazań do pracy lub istnieniu przeciwwskazań do pracy. Istniejący system opieki profilaktycznej nad pracownikami jest postrzegany z jednej strony jako restrykcyjny (konieczność poddania się badaniom przez pracownika), a z drugiej strony systematyczne kontrole stanu zdrowia pracowników dają możliwość oceny wpływu pracy na zdrowie pracownika czy wdrożenia działań profilaktycznych lub interwencji.

Badania profilaktyczne, orzecznictwo do celów Kodeksu pracy i pozostałe zadania przynależne służbie medycyny pracy powinny być ukierunkowane nie tylko na zawodowe czynniki ryzyka, ale również pozazawodowe aspekty zdrowia, które mogą wpływać na możliwość wykonywania pracy. System opieki profilaktycznej powinien uwzględniać wszelkie aspekty zdrowia pracownika. Charakter badań profilaktycznych powinien być przede wszystkim ukierunkowany na aspekty zdrowia związane z pracą i prewencję wypadków przy pracy, jednocześnie jednak umożliwiać wczesne wykrywanie powszechnie występujących chorób cywilizacyjnych wpływających na aktywność zawodową.

Postulowane jest silniejsze włączenie medycyny pracy w działania profilaktyczne. NIK w raporcie z 2019 r. rekomendowała, aby w ramach obligatoryjnych badań okresowych, wynikających z Kodeksu pracy, wykonywać badania ukierunkowane na wczesne wykrywanie tzw. chorób cywilizacyjnych. Postulowała przygotowanie rozwiązań legislacyjnych mających na celu włączenie lekarzy medycyny pracy w profilaktykę wtórną i wczesną diagnostykę chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworów, z zapewnieniem jej odrębnego finansowania, które nie obciąża pracodawców¹⁶⁰.

Podjęte działania

W 2020 r. NFZ finansował realizację 6 profilaktycznych programów zdrowotnych:

- 1) *Program profilaktyki raka piersi (mammografia);*
- 2) *Program profilaktyki raka szyjki macicy (cytologia);*

¹⁵⁸ Marcinkiewicz A., Walusiak-Skorupa J., Wiszniewska M., Rybacki M., Hanke W., Rydzyński K., Wyzwania medycyny pracy wobec problemu chorób związanych z pracą oraz starzenia się populacji osób pracujących. Dalszy kierunek rozwoju i celowe zmiany w opiece profilaktycznej nad pracującymi w Polsce (2016), Medycyna Pracy nr 67(5), str. 691–700

¹⁵⁹ Marcinkiewicz A., Walusiak-Skorupa J., Wiszniewska M., Rybacki M., Hanke W., Rydzyński K., Wyzwania medycyny pracy wobec problemu chorób związanych z pracą oraz starzenia się populacji osób pracujących. Dalszy kierunek rozwoju i celowe zmiany w opiece profilaktycznej nad pracującymi w Polsce (2016), Medycyna Pracy nr 67(5), str. 691–700.

¹⁶⁰ NIK (2019), Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian; <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>; dostęp 11.05.2020.

- 3) Program profilaktyki gruźlicy;
- 4) Program badań prenatalnych;
- 5) Program profilaktyki chorób układu krążenia;
- 6) Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP).

Natomiast MZ finansowało i realizowało w 2020 r. m.in. następujące programy polityki zdrowotnej:

- ❖ Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020¹⁶¹;
- ❖ Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2019-2022,
- ❖ Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020;
- ❖ Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021;
- ❖ Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017-2021;
- ❖ Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce na lata 2016-2020;
- ❖ Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2018-2020;
- ❖ Zapewnienie samowystarczalności RP w krew i jej składniki na lata 2015-2020,
- ❖ Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne na lata 2019-2023;
- ❖ Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej na lata 2016-2020.

W kolejnych latach, po zakończeniu realizacji ww. programów, planowane jest zapewnienie dostępu do świadczeń zgodnie z potrzebami zdrowotnymi oraz możliwościami organizacyjnymi systemu. MZ stale współpracuje z wyspecjalizowanymi instytucjami i specjalistami z poszczególnych dziedzin medycyny w celu oceny potrzeb i zaoferowania adekwatnych rozwiązań.

Ponadto w 2020 r. obowiązywały następujące prozdrowotne polityki publiczne:

- ❖ Narodowy Program Zdrowia (2016-2020), Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (2017-2022);
- ❖ Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024¹⁶²;
- ❖ Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej (2011-2021).

W ramach Osi V Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER), Działanie 1 – Programy profilaktyczne, dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego wdrażanych jest 15 programów profilaktycznych:

1. Profilaktyka nowotworów głowy i szyi;
2. Profilaktyka wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów
3. Profilaktyka chorób naczyń mózgowych;

¹⁶¹ W dniu 31 grudnia 2020 r. przedłużono realizację POLKARD 2017-2021 o kolejny rok

¹⁶² Zastąpiony przez program wieloletni pn. „Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030”.

4. Profilaktyka nowotworów skóry;
5. Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP);
6. Profilaktyka miażdżycy i chorób serca KORDIAN;
7. Profilaktyka osteoporozy;
8. Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej;
9. Profilaktyka nowotworów płuc;
10. Profilaktyka nowotworów wątroby:
 - a. moduł centralny;
 - b. moduł regionalny;
11. Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa;
12. Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi:
 - a. moduł centralny;
 - b. moduł regionalny;
13. Profilaktyka chorób odkleszczowych;
14. Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych;
15. Profilaktyka próchnicy zębów dla młodzieży.

Finansowanie działań profilaktycznych i promocji zdrowia było i jest wspierane w Rzeczypospolitej Polskiej również ze środków unijnych. W ramach funduszy UE realizowano wiele programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na rzecz profilaktyki, m.in. chorób nowotworowych, układu krążenia, układu oddechowego, układu kostno-stawowo-mięśniowego oraz zaburzeń psychicznych. Podejmowano działania upowszechniające badania przesiewowe w zakresie wczesnej diagnostyki raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego. Realizowano również działania na rzecz rehabilitacji medycznej oraz wczesnego wykrywania wad wrodzonych. Łączna kwota przeznaczona na te działania w perspektywie finansowej 2014-2020 to ok. 1,6 mld zł ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.¹⁶³

PODSUMOWANIE

- Obowiązująca w Polsce ustawa o zdrowiu publicznym oraz wprowadzony na jej podstawie NPZ dają kompetencje z zakresu zdrowia publicznego wielu podmiotom, stąd działania te podejmowane są przez różne instytucje, na różnych poziomach. Minister Zdrowia pozostaje koordynatorem tych działań, zgodnie z zakresem kompetencji określonym ustawą.
- Wydatki na zdrowie publiczne, w tym na zadania z zakresu profilaktyki chorób, pozostają w Polsce na niskim poziomie.
- Od 10 lat obserwuje się wyraźny wzrost liczby osób niezaszczepionych zgodnie z obecnie obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych.
- Udział populacji docelowej w badaniach przesiewowych pozostaje na bardzo niskim poziomie i waha się od ok. 5 do 35%.
- Za jedno z największych zagrożeń dla zdrowia publicznego jest uznawana antybiotykooporność.

¹⁶³ Na podstawie danych DOI MZ wg stanu na 3 marca 2020 r.

- Postulowane jest silniejsze włączenie medycyny pracy w działania profilaktyczne.

KADRY W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Kadry medyczne stanowią liczną i zróżnicowaną grupę. Wśród pracowników ochrony zdrowia część zawodów medycznych została uregulowana ustawowo w zakresie kształcenia, doskonalenia zawodowego oraz uprawnień zawodowych (lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, farmaceuci, fizjoterapeuci, diagnosty laboratoryjni). Pozostałe kwalifikacje kadr medycznych regulowane są ogólnymi przepisami w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej. Są również zawody związane z ochroną zdrowia, gdzie brak jest przepisów normujących ich rolę w systemie opieki zdrowotnej nad pacjentem. W związku z czym nie jest możliwe ich efektywne wykorzystanie w systemie.

Najliczniejszą grupę zawodów medycznych stanowią lekarze i pielęgniarki. W 2019 r. zarejestrowanych z aktywnym prawem wykonywania zawodu było 140,6 tys. lekarzy, spośród których 131,3 tys. (341,8 na 100 tys. ludności) pracowało (w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz niewykonywujących działalności leczniczej). W 2019 r. zarejestrowanych z aktywnym prawem wykonywania zawodu było w Rzeczypospolitej Polskiej 38,4 tys. lekarzy dentyistów, wśród których pracowało 35,1 tys. (91,3 na 100 tys. ludności). Liczba pielęgniarek pracujących w 2019 r. wynosiła 238,3 tys. (620,5 na 100 tys. ludności), a położnych 31,4 tys. (81,7 na 100 tys. ludności). Z danych Krajowej Izby Fizjoterapeutów wynika, że pracę wykonywało 66,3 tys. fizjoterapeutów (172 na 100 tys. ludności).¹⁶⁴

Według danych międzynarodowych Rzeczpospolita Polska od lat miała jeden z najniższych wskaźników liczby lekarzy na 1 tys. ludności w Europie. W 2017 r. wyniósł on 2,4 przy średniej nieważonej dla UE 3,7 (lata 2016-2019). Jednocześnie należy mieć na uwadze, że w przypadku Polski ww. wskaźnik jest znacznie zaniżony, co wynika ze specyfiki raportowania danych¹⁶⁵. Według danych z mapy potrzeb zdrowotnych w 2019 r. liczba lekarzy pracujących w Polsce wynosiła 3,4 na 1 tys. ludności (pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą było 3,3 na 1 tys. ludności).¹⁶⁶

Na przestrzeni ostatnich lat systematycznie wzrastała, choć nieznacznie, liczba lekarzy wykonujących swój zawód. Wg NIL w 2011 r. liczba lekarzy wykonujących swój zawód w Polsce wynosiła 134 460, podczas gdy w 2019 r. wyniosła ona 140 420 (Ryc. 40) – dane te mogą różnić się z danymi dostępnymi na Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW) ze względu na przyjętą metodykę – w danych BASiW zostały zweryfikowane osoby na podstawie odprowadzania składki ubezpieczeń, nie tylko wpisu w rejestrze NIL.¹⁶⁷ W poniżej prezentowanej tabeli 8 wskazano także na wzrost liczby pielęgniarek i położnych w latach 2014-2020 według danych prezentowanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych.

Według stanu na koniec danego roku, wynika, że liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek w okresie od 31 grudnia 2014 r. do 31 grudnia 2020 r., wzrosła o 11 650 osób, tj. o około 5,32%. Również liczba aktywnych zawodowo położnych w okresie od 31 grudnia 2014 r. do 31 grudnia 2020 r., wzrosła o 2 595 osoby, tj. o około 10,14 %.¹⁶⁸

¹⁶⁴ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>; dostęp 11.02.2021.

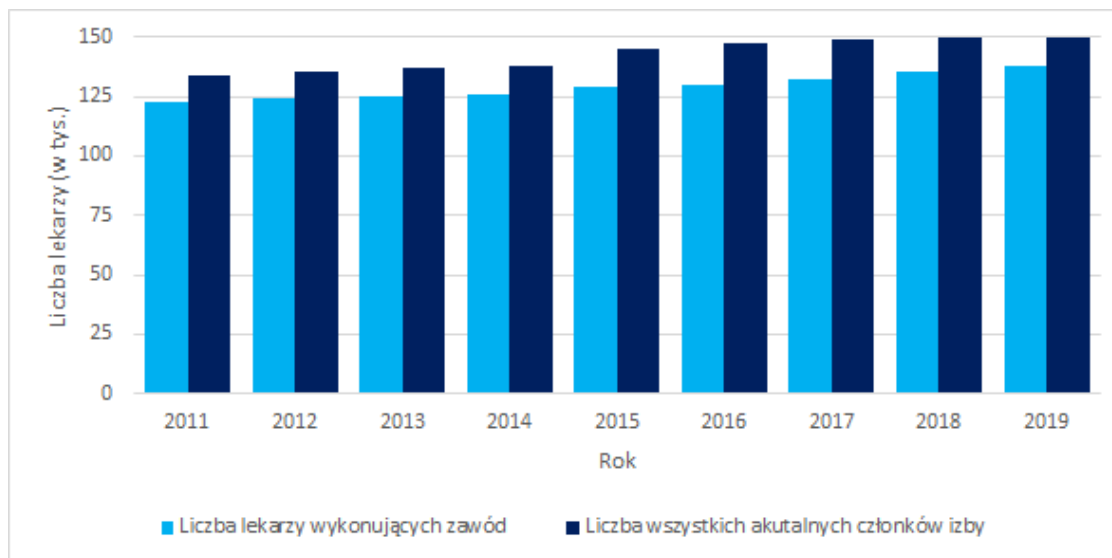
¹⁶⁵ Dane publikowane przez OECD, dotyczące Polski pochodzą z GUS, który zasilany jest danymi przez CSIOZ (na podstawie sprawozdań MZ-88 i MZ-89); wskaźnik OECD w dużej mierze oscyluje wokół danych ze szpitali publicznych.

¹⁶⁶ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>; dostęp 11.02.2021.

¹⁶⁷ Naczelna Izba Lekarska

¹⁶⁸ Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, <https://nipip.pl/liczba-pielengniarek-poloznych-zarejestrowanych-zatrudnionych/>, dostęp 12.02.2021 r.

Rycina 40. Liczba lekarzy wg NIL w Rzeczypospolitej Polskiej na przestrzeni lat 2011-2019



(źródło: NIL)

Tabela 8. Liczba pielęgniarek i położnych w Rzeczypospolitej Polskiej na przestrzeni lat 2014-2020 wg Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Stan na	Liczba zatrudnionych	
	pielęgniarek	położnych
31-12-2014	218 783	25 567
31-12-2015	221 172	25 938
31-12-2016	221 911	26 200
31-12-2017	225 410	26 958
31-12-2018	228 250	27 555
31-12-2019	229 974	27 859
31-12-2020	230 433	28 162

Źródło: Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych (CRPiP)

Zróżnicowanie regionalne w dostępie do kadry medycznej

Rozmieszczenie geograficzne pracowników zawodów medycznych było mocno zróżnicowane regionalnie. Najkorzystniej sytuacja prezentowała się w województwie mazowieckim – było w nim najwięcej lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek, położnych na 100 tys. Ludności. Fizjoterapeutów przypada najwięcej na mieszkańca w województwie świętokrzyskim. Najczęściej w rankingach województw z najmniejszą liczbą pracowników medycznych w poszczególnych grupach pojawiały się województwa lubuskie, warmińsko-mazurskie oraz opolskie. Różnica pomiędzy województwem z największą i najmniejszą liczbą pracowników medycznych były bardzo duże - 2,3 razy więcej lekarzy przypadało na mieszkańca w województwie mazowieckim niż lubuskim, 1,9 razy więcej lekarzy dentyistów pracowało w województwie mazowieckim niż kujawsko-pomorskim, 1,7 razy więcej pielęgniarek oraz 2,3 razy więcej położnych w województwie mazowieckim niż lubuskim oraz 1,8 razy więcej fizjoterapeutów w województwie świętokrzyskim niż lubuskim.¹⁶⁹

¹⁶⁹ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>; dostęp 11.02.2021.

Podejmowanie się pracy w polskim systemie ochrony zdrowia

Należy jednak mieć na uwadze, że część personelu medycznego widniejącego w statystykach nie pracuje obecnie w Rzeczypospolitej Polskiej lub nie wykonuje pracy w ramach systemu opieki zdrowotnej.

W 2019 r. wśród zarejestrowanych 140,6 tys. lekarzy pracowało 131,3 tys. 98% z nich (128,2 tys.) pracowało w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Poza podmiotami wykonującymi działalność leczniczą pracowało 32,1 tys. lekarzy (24% pracujących lekarzy) – część z nich jednocześnie pracowała w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Spośród lekarzy zarejestrowanych w NIL nie pracowało w 2019 r. 9,4 tys. lekarzy. Należy zaznaczyć, że większość w tej grupie stanowili lekarze powyżej 64 r.ż. – 56 % (5,3 tys. lekarzy). Oznacza to, że 4,1 tys. lekarzy poniżej 65 r.ż. jest zarejestrowanych w NIL i nie podejmowało w 2019 r. w Rzeczypospolitej Polskiej zatrudnienia.¹⁷⁰

W podmiotach wykonujących działalność leczniczą zatrudnionych było 34,2 tys. lekarzy dentyków – 97% pracujących dentyków, 89% zarejestrowanych. Nie pracowało 3,3 tys. lekarzy dentyków zarejestrowanych w NIL. Wśród tej grupy lekarze dentyści powyżej 64 r.ż. stanowili 55% (1,7 tys. lekarzy dentyków). 1,6 tys. lekarzy dentyków, którzy nie ukończyli 65 r.ż., pomimo rejestracji w NIL nie pracowało w Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r.¹⁷¹

Według danych NIPiP w 2019 r. zarejestrowanych było 299,6 tys. pielęgniarek oraz 38,9 położnych.¹⁷² W Polsce pracowało 238,3 tys. pielęgniarek (80% zarejestrowanych) oraz 31,4 tys. położnych (81% zarejestrowanych), a w podmiotach leczniczych zatrudnionych było 215,9 tys. pielęgniarek (72% zarejestrowanych, 91% pracujących) oraz 28 tys. położnych (72% zarejestrowanych, 89% pracujących). Znacząca część niepracujących pielęgniarek oraz położnych była powyżej 60 r.ż. Około 19 tys. pielęgniarek oraz 2,7 tys. położnych nie pracowało w Polsce pomimo nieosiągniętego wieku emerytalnego.¹⁷³

Od wstąpienia Rzeczypospolitej Polskiej do UE w 2004 r. rozpoczęła się wzmożona migracja zarobkowa. Każdego roku NIL wydaje kilkaset zaświadczeń potwierdzających posiadanie specjalizacji, które są niezbędne przy ubieganiu się o rejestrację lub uprawnienia do wykonywania zawodu w innych państwach członkowskich UE¹⁷⁴.

Za pomocą systemu ELA sprawdzono jaka część absolwentów pracuje w Rzeczypospolitej Polskiej oraz jaka część postanowiła wykonywać pracę zgodnie ze swoim wykształceniem. Absolwenci polskiego pochodzenia z lat 2014 oraz 2018 kierunków lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, pielęgniarstwa II stopnia, położnictwa II stopnia oraz fizjoterapii II stopnia w większości (98%-99%) decydują się na pracę w Rzeczypospolitej Polskiej w okresie objętym badaniem (od roku ukończenia studiów do 31.01.2020 r.). W przypadku cudzoziemców studiujących w Rzeczypospolitej Polskiej na kierunku pielęgniarstwa I stopnia 29% z 2014 r. oraz 44% z 2018 r. pracowało potem w Polsce. Znacznie mniejsza liczba cudzoziemców studiujących na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym postanowiło wykonywać pracę jako lekarz lub lekarz dentyśta w Rzeczypospolitej Polskiej (lekarze – 4% z 2014 r., 2% z 2018 r.; lekarze dentyści – 5% z 2014 r., 6% z 2018 r.). Według danych pochodzących z systemu

¹⁷⁰ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>; dostęp 11.02.2021.

¹⁷¹ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>; dostęp 11.02.2021.

¹⁷² <https://nipip.pl/dzialania/crpiip/>; dostęp 11.02.2021.

¹⁷³ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>; dostęp 11.02.2021.

¹⁷⁴ Nie są znane dokładne statystyki odnośnie do liczby osób pracujących za granicą, NIL wydaje rocznie kilkaset (2015 r. – 272, 2016 r. – 245, 2017 r. – 242, 2018 r. – 213) zaświadczeń potwierdzających posiadanie specjalizacji równorzędnej z wymienioną w przepisach UE.

ELA 95% absolwentów pielęgniarstwa II stopnia z 2014 r. oraz 94% 2018 r. pracowało w zawodzie w Polsce. W przypadku położnych w okresie objętym badaniem 95% absolwentów położnictwa II stopnia z 2014 r. oraz 91% z 2018 r. pracowało w Polsce zgodnie ze swoim wykształceniem. 99% absolwentów kierunku lekarskiego oraz lekarsko-dentystycznego (Polaków) z 2014 r. oraz 98% absolwentów z 2018 r. wykonywało pracę jako lekarze i lekarze dentyści w Rzeczypospolitej Polskiej. Znacznie mniejsza część absolwentów fizjoterapii II stopnia z 2014 r. oraz 2018 r. pracowała w Polsce w swoim zawodzie – odpowiednio 73% oraz 71%.¹⁷⁵

Z powyżej analizy wynika, że znacząca część kadry medycznej nie podejmowała pracy w polskim systemie ochrony zdrowia pomimo nieosiągniętego wieku emerytalnego, a część pracowała poza podmiotami wykonującymi działalność leczniczą. Dokładne przyczyny tego zjawiska nie zostały zbadane, lecz można przypuszczać, że pewna część osób nie podejmuje pracy z przyczyn osobistych, a pozostała część kadry mogła wyemigrować lub nie posiada wystarczającej motywacji do pracy w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Należy także zaznaczyć, że wśród absolwentów ostatnich lat 98%-99% Polaków decydowało się na pracę w Rzeczypospolitej Polskiej, lecz nie wszyscy w polskim systemie opieki zdrowotnej. W szczególności było to widoczne w zawodach takich jak pielęgniarstwo, położnictwo oraz fizjoterapia. Wymagane jest więc stworzenie odpowiednich motywacji do podejmowania się pracy zgodnie z wykształceniem dla absolwentów tych kierunków. Rzeczpospolita Polska nie jest wystarczająco atrakcyjnym krajem dla młodych lekarzy cudzoziemców. Pomimo ukończonych studiów w Rzeczypospolitej Polskiej w większości nie decydują się na pozostanie w kraju.

Dostępność kadry medycznej w ramach NFZ

Kadra medyczna pracująca w ramach NFZ daje możliwość dostępu do opieki zdrowotnej nie warunkowanej dochodami. Większa liczba pracujących w publicznym sektorze ochrony zdrowia pozwala lepiej zabezpieczyć potrzeby zdrowotne społeczeństwa. W ramach NFZ w 2019 r. zatrudnionych było 113,9 tys. lekarzy (89% pracujących lekarzy w podmiotach wykonujących działalność leczniczą), 16,3 tys. lekarzy dentyistów (48% pracujących lekarzy dentyistów w podmiotach wykonujących działalność leczniczą), 193,1 tys. pielęgniarek (89% pracujących pielęgniarek w podmiotach wykonujących działalność leczniczą), 25,1 tys. położnych (90% pracujących położnych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą), 38,2 tys. fizjoterapeutów (57% pracujących fizjoterapeutów). Liczba kadry medycznej pracującej w ramach NFZ jest także silnie zróżnicowana regionalnie – najmniej personelu w sektorze publicznym przypadającym na mieszkańca przypada w województwach: lubuskim (lekarze, lekarze dentyści, fizjoterapeuci, pielęgniarki, położne), warmińsko-mazurskim (lekarze, fizjoterapeuci, położne), pomorskim (fizjoterapeuci, pielęgniarki, położne), podkarpackim (lekarze), kujawsko-pomorskie (lekarze dentyści), opolskie (lekarze dentyści), zachodniopomorskie (pielęgniarki). Część kadry medycznej w Rzeczypospolitej Polskiej wybiera na swoje miejsce pracy sektor prywatny.

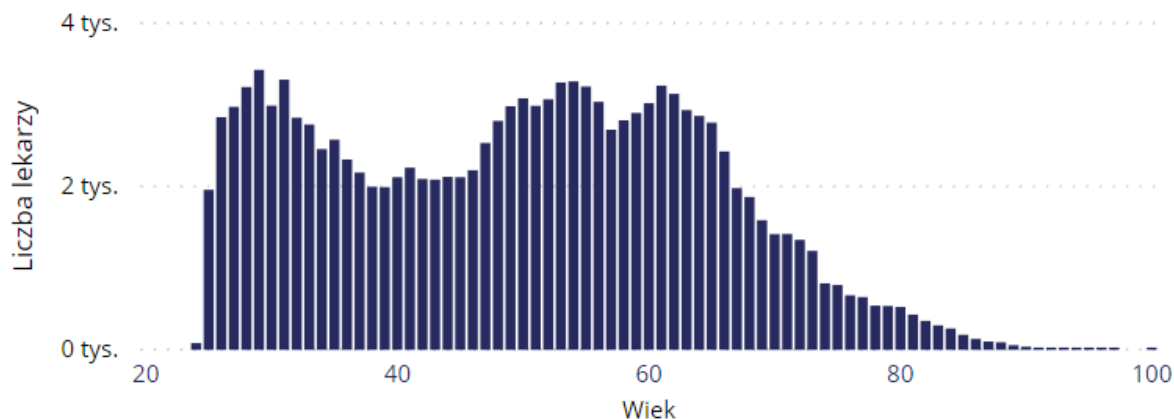
Wymienialność pokoleniowa

Jednym z głównych problemów dotyczących kadry medycznej w Rzeczypospolitej Polskiej jest wysoki wiek znaczącej grupy pracowników medycznych. Na wykresach (Ryc. 41 i 42.) prezentowany jest rozkład wieku lekarzy oraz pielęgniarek. W przypadku lekarzy oraz lekarzy dentyistów obecny poziom kształcenia nie powinien spowodować znacznych problemów

¹⁷⁵ System ELA, Ośrodek Przetwarzania Informacji - Państwowy Instytut Badawczy

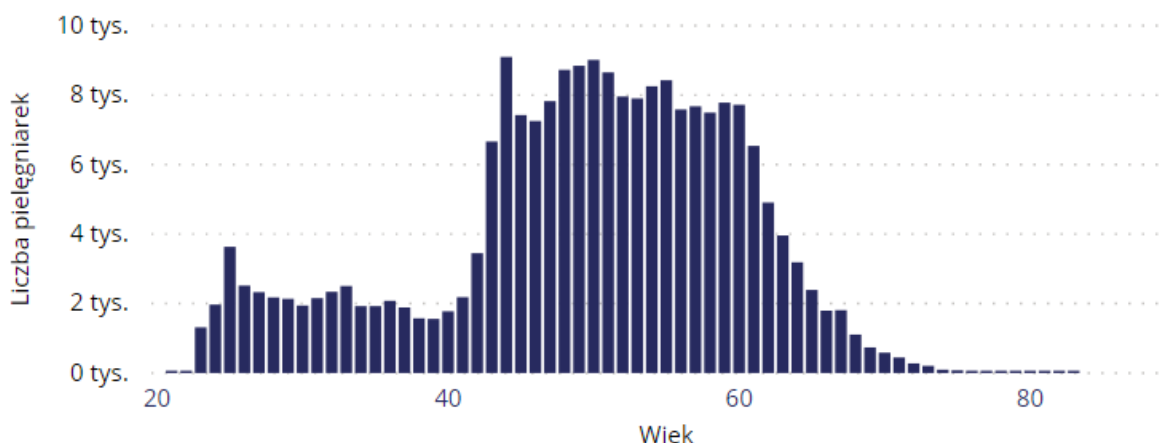
z zastępowalnością odchodzących lekarzy. Znacznie gorsza sytuacja jest w grupie pielęgniarek oraz położnych - 54% pielęgniarek oraz 51% położnych jest w wieku 50 lat i więcej, 17% pielęgniarek oraz 26% położnych w wieku 21-40 lat. Wśród fizjoterapeutów większość stanowi kadra, która nie ukończyła 41 r.ż. (73%).¹⁷⁶

Rycina 41. Rozkład wieku lekarzy pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w 2019 r



(źródło: BASiW MZ)

Rycina 42. Rozkład wieku pielęgniarek pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w 2019 r.



(źródło: BASiW MZ)

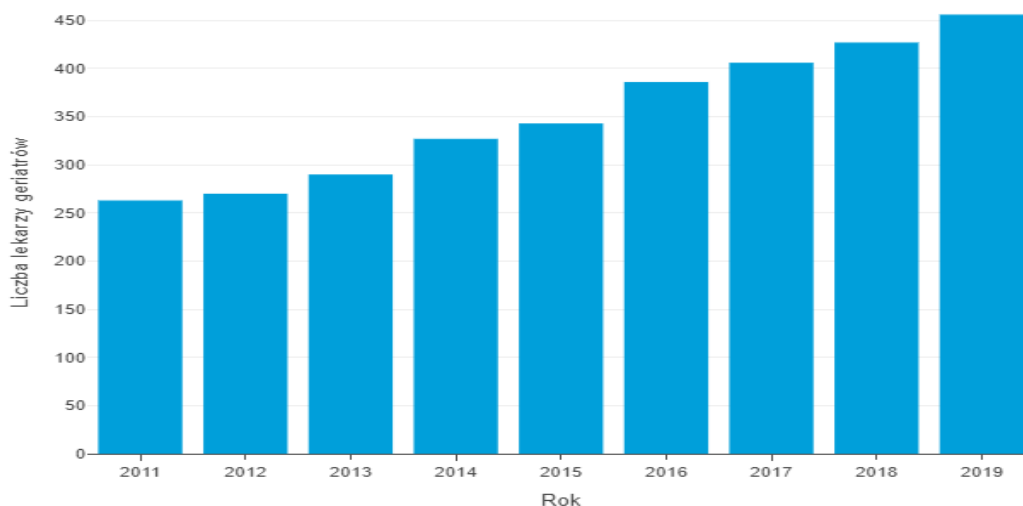
Według danych BASiW, w wielu dziedzinach medycyny może zaistnieć problem z wymienialnością pokoleniową lekarzy specjalistów. W szczególności może dotknąć to dziedzin takich jak: choroby wewnętrzne, pediatria, chirurgia ogólna, choroby płuc, położnictwo i ginekologia, otorynolaryngologia. Biorąc pod uwagę zapotrzebowanie zgłoszone przez konsultantów krajowych, dane wskazują na niedobór specjalistów w następujących dziedzinach: chorobach wewnętrznych, medycynie rodzinnej, psychiatrii, medycynie pracy, geriatrici, medycynie ratunkowej.¹⁷⁷ Od 2011 r. systematycznie zwiększa się w Rzeczypospolitej Polskiej liczba zarówno lekarzy geriatrów, jak i pielęgniarek geriatrycznych.

¹⁷⁶ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>; dostęp 11.02.2021.

¹⁷⁷ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>; dostęp 11.02.2021.

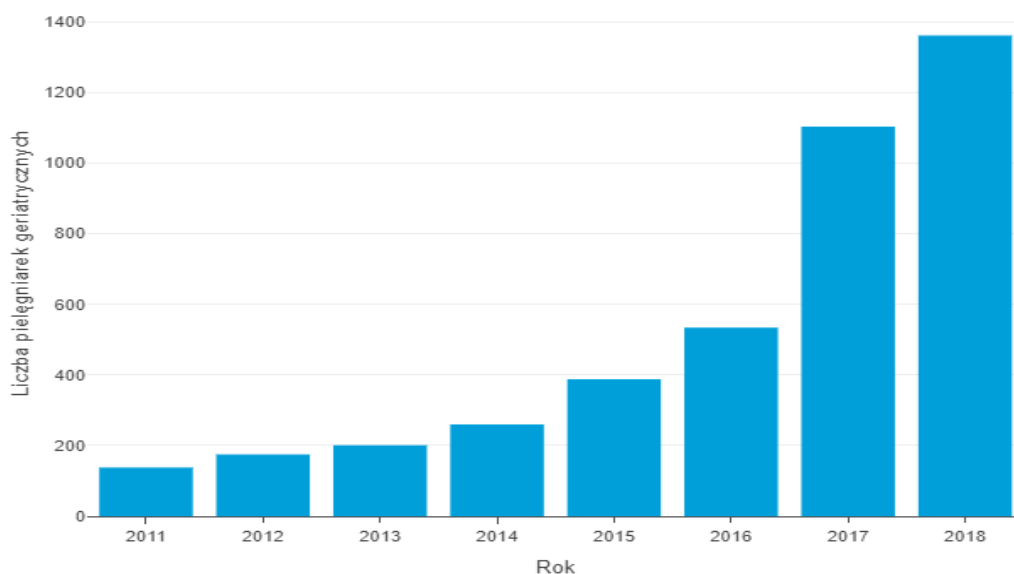
W 2011 r. wykonywało swój zawód 263 geriatrów oraz 138 pielęgniarek z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego. W 2019 r. było to odpowiednio: 456 lekarzy oraz 1361 pielęgniarek (Ryc. 43 i 44). Wartość ta jednak znacząco odbiega od zapotrzebowania zgłoszonego przez konsultanta krajowego na lekarzy specjalistów geriatry tj. 3000 lekarzy geriatrów.

Rycina 43. Liczba lekarzy geriatrów w Rzeczypospolitej Polskiej na przestrzeni lat 2011-2019



(źródło: analiza BŚ na podstawie danych NIL)

Rycina 44. Liczba pielęgniarek z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego w Rzeczypospolitej Polskiej na przestrzeni lat 2011-2018



(źródło: analiza BŚ na podstawie danych Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych)

Rozwój innych zawodów związanych z ochroną zdrowia

Rozwój innych zawodów związanych z ochroną zdrowia, w tym odpowiedniej kadry administracji publicznej, wymaga wzmocnienia.

Za realizację zadań w sektorze zdrowia poza podmiotami leczniczymi odpowiedzialne są również kadry administracji publicznej różnych szczebli – od władz centralnych i instytucji działających na rzecz ochrony zdrowia, po zadania realizowane na poziomie wojewódzkim, powiatowym oraz gminnym. Kadra administracji publicznej zaangażowanej w zadania w ochronie zdrowia wymaga ciągłego rozwoju i podnoszenia kompetencji.

Sprawną kadra, wspomagająca zawody medyczne w realizacji zadań, ma ogromne znaczenie dla efektywności podejmowanych działań. Dotyczy to wsparcia kadry medycznej na poziomie pojedynczych podmiotów leczniczych, ale również na poziomie administracji publicznej różnych szczebli, podejmującej określone działania i decyzje w sektorze zdrowia.

Podejmowane działania

Podejmowany jest szereg wielokierunkowych działań, mających na celu utrzymanie na rynku pracy optymalnej kadry medycznej i kadry związanej z ochroną zdrowia, adekwatnej do zaspokojenia potrzeb społecznych na świadczenia medyczne.

Do najważniejszych należy przyspieszenie tempa wzrostu nakładów finansowych na publiczny system ochrony zdrowia do wysokości nie niższej niż 7% PKB do 2027 roku.

Ponadto wprowadzono przepisy obligujące podmioty lecznicze do stopniowego wzrostu wynagrodzeń zasadniczych pracowników wykonujących zawody medyczne. W celu zagwarantowania stopniowego podwyższania wynagrodzeń pracowników wykonujących zawody medyczne, w tym lekarzy, uchwalona została ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. *o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych* (Dz. U. z 2020 r., poz. 830). Przedmiotowa ustawa została znowelizowana w 2019 r. m.in. w zakresie odmrożenia kwoty bazowej. Znacznie podwyższono również wynagrodzenia zasadnicze lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury i lekarzy specjalistów. Ustawą z dnia 5 lipca 2018 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. poz. 1532) wdrożono rozwiązania umożliwiające podwyższenie wynagrodzeń zasadniczych lekarzy specjalistów do poziomu 6 750 zł brutto, w przypadku gdy lekarze ci są zatrudnieni na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawców, którzy zawarli z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych i uczestniczą w udzielaniu tych świadczeń oraz zobowiązują się wobec pracodawcy do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z NFZ.

Wprowadzono również przepisy, zgodnie z którymi lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury może otrzymywać dodatek do wynagrodzenia w wysokości 700 zł lub 600 zł miesięcznie, w zamian za zobowiązanie się do wykonywania zawodu lekarza na terytorium RP w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat

przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu.

Zapewniono również jednostkom szkolącym lekarzy rezydentów refundację kosztów ponoszonych na wynagrodzenia za pełnione przez nich programowe dyżury medyczne oraz wprowadzono dodatkowe urlopy naukowe.

Ponadto, minimalne wynagrodzenie pracowników medycznych będzie sukcesywnie wzrastać wraz ze wzrostem nakładów na zdrowie.

Prowadzone działania zmierzają również do zwiększania limitu przyjęć, w szczególności na studia magisterskie na kierunku lekarskim, prowadzone w formie stacjonarnej w języku polskim. W roku akademickim 2014/2015 na kierunkach: lekarskim i lekarsko-dentystycznym ustalono limit 6784 miejsc (w tym 5074 miejsc na studiach stacjonarnych i niestacjonarnych w języku polskim), natomiast na rok akademicki 2019/2020 ustalono limit 9568 (w tym 7362 miejsc na studiach stacjonarnych i niestacjonarnych w języku polskim). Jak wynika z powyższego, limit miejsc na rok 2019/2020 w porównaniu z rokiem akademickim 2014/2015 jest wyższy o 2784 miejsca (w tym 2288 miejsc na studiach stacjonarnych i niestacjonarnych w języku polskim). Największy zaś przyrost miejsc występuje na studiach na kierunku lekarskim prowadzonych w formie stacjonarnej w języku polskim dla obywateli polskich. W roku akademickim 2019/2020 w takim trybie do studiów na kierunku lekarskim mogło przystąpić 4965 osób – dla porównania w roku akademickim 2014/2015 były 3133 miejsca, nastąpił zatem wzrost limitu o 1832 miejsca.

Należy także zauważyć, że od 2015 r. zwiększyła się również liczba wydziałów lekarskich na uczelniach. W 2015 r. kształcenie na kierunku lekarskim prowadziło 15 uczelni (w tym 11 nadzorowanych przez Ministra Zdrowia i 3 nadzorowane przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego – obecnie Minister Edukacji i Nauki), w 2019 r. zaś już 21 uczelni (w tym 9 nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, 9 nadzorowanych przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz 3 uczelnie prywatne). Stanowi to wzrost o 6 uczelni.

W roku akademickim 2020/2021 na polskich uczelniach kształcą się ponad 37 tys. osób (w tym 7,5 tys. cudzoziemców) na kierunku lekarskim i 5,8 tys. na kierunku lekarsko-dentystycznym (w 1,2 tys. cudzoziemców).

Zwiększana jest także liczba przyznawanych miejsc rezydenckich, w szczególności w dziedzinach najbardziej deficytowych, tj. w tych, w których występuje największe zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów.

Podjęmowana jest bieżąca nowelizacja przepisów celem ich uelastycznienia i dostosowania do zmieniających się potrzeb związanych z kształceniem lekarzy i lekarzy dentystów. Ponadto, zweryfikowany zostanie system naboru lekarzy i lekarzy dentystów na szkolenie specjalizacyjne we wszystkich dziedzinach medycyny, poprzez budowę i wdrożenie centralnego systemu kwalifikacji na wolne miejsca specjalizacyjne w całym kraju, co powinno zmniejszyć pulę corocznie niewykorzystanych miejsc, w tym niewykorzystywanych miejsc rezydenckich finansowanych z budżetu państwa. Organizacja i wdrożenie certyfikacji dodatkowych umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów rozszerzy dostęp do niektórych procedur medycznych. Planowana jest analiza katalogu specjalizacji lekarskich w kierunku optymalizacji i efektywnego dostosowania go do istniejących potrzeb rynku opieki zdrowotnej”

W ramach PO WER realizowane są działania wspierające kształcenie przeddyplomowe i podyplomowe lekarzy. Realizowane wsparcie w formie projektów konkursowych dotyczy:

1. programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej;
2. kształcenia podyplomowego lekarzy poprzez rozwój kształcenia praktycznego z wykorzystaniem technik symulacji medycznej;
3. kształcenia podyplomowego lekarzy realizowanego w innych formach niż specjalizacje w obszarach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy współpracujących z placówkami POZ.

Od 2015 r. realizowany jest również przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego projekt pozakonkursowy pn. *Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju*. Celem projektu jest wspieranie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy poprzez organizowanie kursów specjalizacyjnych oraz dofinansowanie kosztów udziału w kursach i wspieranie innych form kształcenia specjalizacyjnego w formie tzw. grantów szkoleniowych dla lekarzy wyróżniających się w trakcie specjalizacji.

Warto wspomnieć, że w ramach PO WER dofinansowano także projekty, realizujące szkolenia i kursy dla pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych, pilotów Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, opiekunów medycznych, terapeutów środowiskowych), zatrudnionych w publicznym systemie ochrony zdrowia. Konkurs pn. *Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych*^{178, 179, 180}.

Trwają prace nad nowelizacją ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie wprowadzenia kredytów na studia medyczne dla studentów studiów lekarskich. Nowelizacja tych ustaw pozwoli na wsparcie, ze środków budżetu państwa, osób podejmujących i odbywających odpłatne studia w języku polskim na kierunku lekarskim z obowiązkiem ich późniejszego odpracowania w publicznej ochronie zdrowia. Projektowane rozwiązanie oprócz istotnego wsparcia finansowego studentów podejmujących i odbywających ww. studia, przyczyni się do ograniczenia liczby lekarzy emigrujących za granicę po ukończeniu studiów oraz wzrostu liczby lekarzy specjalistów, w szczególności w dziedzinach medycyny uznanych za priorytetowe, co posłuży przede wszystkim samym pacjentom, jako głównym beneficjentom projektowanych rozwiązań.

Założono, że o kredyt na studia medyczne będą mogli ubiegać się studenci odbywający studia na kierunku lekarskim prowadzone w języku polskim na warunkach odpłatności w polskich uczelniach wyższych (studia niestacjonarne w uczelniach publicznych oraz studia stacjonarne w uczelniach niepublicznych). Studenci, którzy zdecydują się na skorzystanie z kredytu na studia medyczne, uzyskają możliwość pokrycia częściowego albo całkowitego kosztu kształcenia na tych studiach ze środków pochodzących z budżetu państwa, a następnie po spełnieniu warunków określonych w projektowanej ustawie, jego częściowego lub całkowitego umorzenia. Projekt ustawy przewiduje utworzenie w Banku Gospodarstwa Krajowego

¹⁷⁸ <https://www.power.gov.pl/naborzy/54-kompetencje-zawodowe-i-kwalifikacje-kadr-medycznych-2/#Informacje%20o%20naborze>; dostęp 9.02.2021.

¹⁷⁹ <https://www.power.gov.pl/naborzy/1-116/>; dostęp 9.02.2021.

¹⁸⁰ <http://zdrowie.gov.pl/power/nabor-578-konkurs-szkolenia-pracownikow-ze.html>, dostęp 9.02.2021.

Funduszu Kredytowania Studiów Medycznych. Zakłada się, że przychodami Funduszu będą dotacje celowe z budżetu państwa określone corocznie w ustawie budżetowej w części, której dysponentem jest Minister Zdrowia.

Podejmowane są również działania, które mają na celu zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia, uatrakcyjnienie i zwiększenie prestiżu tych zawodów. Jednym z takich działań jest opracowany dokument pn. *Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce* (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w 2018 r.), który został przyjęty uchwałą Rady Ministrów z dnia 15 października 2019 r.

Głównym celem Polityki Wieloletniej Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce jest wypracowanie rozwiązań zapewniających wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostępność do opieki pielęgniarskiej i położniczej dla pacjentów i społeczeństwa przez zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej i powstrzymanie emigracji zarobkowej tej grupy zawodowej, zmotywowanie absolwentów do podejmowania pracy w zawodzie pielęgniarki i położnej oraz utrzymanie na rynku pracy pielęgniarek i położnych nabywających uprawnienia emerytalne. W latach 2015–2019 podjęto następujące działania systemowe na rzecz wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych:

- od roku 2015 wprowadzono podwyżki dla pielęgniarek i położnych (tzw. 4 x 400);
- w roku 2018 wprowadzono stabilizację wynagrodzeń pielęgniarek i położnych poprzez włączenie dotychczasowych dodatków do wynagrodzenia zasadniczego kwoty co najmniej 1100 zł od 1 września 2018 r. i co najmniej 1200 zł od 1 lipca 2019 r.;
- w celu zagwarantowania stopniowego podwyższania najniższych wynagrodzeń pracowników wykonujących zawody medyczne, w tym pielęgniarek i położnych, uchwalona została *ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych* (Dz.U. z 2020 r., poz. 830). Przedmiotowa ustawa została znowelizowana w 2019 r. m.in. w zakresie odmrożenia kwoty bazowej z dotychczasowej 3900 zł na 4200 zł.

Problematyka związana z warunkami pracy pielęgniarek i położnych jest bardzo szeroka, obejmuje wiele aspektów. Obecnie najważniejszymi kwestiami w tym obszarze są m.in. wynagrodzenie za pracę oraz przywileje pracownicze np. dodatkowy urlop szkoleniowy.

Przyjętą w 2019 r. ustawą z dnia 4 lipca 2019 r. *o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. z 2019 r., poz. 1490) wprowadzono urlop szkoleniowy dla pielęgniarek i położnych w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie oraz uregulowanie dotyczące możliwości prowadzenia studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo w formie niestacjonarnej. Takie rozwiązanie umożliwia podejmowanie kształcenia przez osoby pracujące, które chcą uzyskać nowe kwalifikacje zawodowe i podjąć pracę w zawodzie pielęgniarki lub położnej.

W celu poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym POZ i AOS, podjęto działania mające na celu rozszerzenie kompetencji pielęgniarek i położnych. Nowe uprawnienia zawodowe pielęgniarek i położnych zostały wprowadzone zmianą ustawy *o zawodach pielęgniarki i położnej* z dnia 11 września 2015 r. Od 1 stycznia 2016 r. pielęgniarki i położne, posiadające odpowiednie kwalifikacje zawodowe, nabyły prawo do ordynacji określonych leków i wyrobów medycznych, w tym wystawiania na nie recept, zarówno w ramach samodzielności zawodowej jak i kontynuacji leczenia w ramach realizacji zleceń lekarskich.

Ponadto w celu zwiększenia dostępności do świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne w środowisku domowym pacjenta wprowadzono rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. *zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. poz. 1255) możliwość realizacji przez pielęgniarki i położne porad w POZ. Zakres porady pielęgniarki i analogicznie położnej obejmuje m. in: dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę/położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, ordynowanie leków zawierających substancje czynne, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. z 2021 r., poz. 479), wystawianie recept na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, ordynowanie wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, wystawianie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla świadczeniobiorcy. Dodatkowo zakres porady pielęgniarki obejmuje profilaktykę chorób i promocję zdrowia, a porady położnej obejmuje poradę dla kobiet z chorobami ginekologicznymi i onkologii ginekologicznej, wykonywanie oraz interpretacja badania KTG u kobiety ciężarnej.

Celem wprowadzonych rozwiązań – porady dla pielęgniarek i położnych w POZ oraz w AOS – jest usprawnienie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i ułatwienie pacjentom, w tym osobom starszym, niepełnosprawnym, dostępu do świadczeń zdrowotnych, którzy wymagają interwencji bez konieczności bezpośredniego i osobistego zaangażowania personelu lekarskiego. Ponadto wprowadzone regulacje mają także na celu zwiększenie samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych.

Wprowadzono również – rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2019 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* (Dz. U. poz. 1864) – poradę pielęgniarską i poradę położnej do świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z wybranych zakresów (porada pielęgniarska – chirurgia ogólna, diabetologia, kardiologia; porada położnej – położnictwo i ginekologia). Wprowadzenie porady AOS zwiększyło dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne.

W ramach powyższych porad, pielęgniarki i położne mogą realizować świadczenia zdrowotne związane z ordynacją leków i wypisywaniem recept zarówno w ramach samodzielnej ordynacji, jak i kontynuacji leczenia.

Na zwiększenie zainteresowania kształceniem w zawodach pielęgniarki i położnej mają także wpływ działania realizowane w ramach PO WER w formie projektów konkursowych w zakresie:

1. programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków;
2. programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenia centrów symulacji medycznej;

kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi, przewidujących wsparcie edukacyjne dla pielęgniarek i położnych w formie kursów specjalistycznych oraz kwalifikacyjnych, zgodnie z programami kształcenia opracowanymi przez zespoły programowe powołane przez Dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych oraz zatwierdzonymi przez Ministra Zdrowia. W latach 2015–2020 realizowany był projekt PO WER pn. *Rozwój kompetencji pielęgniarskich*, którego celem była poprawa jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo

i położnictwo oraz wypracowanie mechanizmów umożliwiających zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w Rzeczypospolitej Polskiej.

W ramach projektu podejmowane były m.in. następujące zadania:

1. wypracowanie rozwiązań systemowych/prawnych przyczyniających się do wzrostu liczby miejsc i poprawy warunków pracy pielęgniarek i położnych;
2. wdrożenie modelu współpracy podmiotów leczniczych z uczelnią kształcącą pielęgniarki i położne;
3. podniesienie jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo oraz promocja zawodów pielęgniarki i położnej.

PODSUMOWANIE

- Niedobór kadr w systemie ochrony zdrowia wynika m.in. z przechodzenia na emeryturę oraz niedostatecznego przyrostu liczby nowych osób wchodzących do zawodu w stosunku do potrzeb. Część położnych, pielęgniarek oraz fizjoterapeutów nie podejmuje pracy w ramach systemu opieki zdrowotnej.
- Istnieje duże ryzyko spadku liczby pielęgniarek, położnych oraz lekarzy specjalistów w wielu dziedzinach ze względu na starzenie się kadry medycznej i braku wystarczającej liczby osób na szkoleniach specjalizacyjnych.
- Rozmieszczenie geograficzne kadr medycznych jest nierównomierne. Najmniej lekarzy na 100 tys. ludności pracuje w województwie lubuskim, opolskim oraz warmińsko-mazurskim. W województwie kujawsko-pomorskim oraz warmińsko-mazurskim pracuje najmniej lekarzy dentyistów w przeliczeniu na mieszkańca. Najniższe zatrudnienie pielęgniarek na 100 tys. ludności zaobserwowano w województwach lubuskim i pomorskim, a położnych i fizjoterapeutów w województwie warmińsko-mazurskim oraz również w lubuskim.¹⁸¹ Dodatkowo należy zaznaczyć, że kadra medyczna zatrudniona w ramach NFZ także znacznie różni się pomiędzy województwami i różnice te nie są w pełni tożsame z ogólnym zatrudnieniem kadry medycznej.
- Problem wymienialności pokoleniowej w szczególności może dotknąć dziedzin takich jak: choroby wewnętrzne, pediatria, chirurgia ogólna, choroby płuc, położnictwo i ginekologia, otorynolaryngologia.
- Największe potrzeby na nowych lekarzy specjalistów zostały wskazane przez konsultantów krajowych w następujących dziedzinach: chorobach wewnętrznych, medycynie rodzinnej, psychiatrii, medycynie pracy, geriatrici, medycynie ratunkowej.
- W celu poprawy wydajności pracy istotny jest rozwój innych zawodów związanych z ochroną zdrowia (np. opiekunów medycznych, asystentów medycznych), a także kadry administracyjnej, która będą wspierać zawody medyczne i inne zawody związane z ochroną zdrowia w realizacji działań.

¹⁸¹ Mapa potrzeb zdrowotnych 2020; BASiW.

INFRASTRUKTURA OCHRONY ZDROWIA

System ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej jest od lat poddawany wielu zmianom. Rozwój cywilizacyjny i coraz dłuższe trwanie życia ludzkiego rodzą nowe wyzwania dla systemu ochrony zdrowia. Aby im sprostać, potrzebny jest dynamiczny rozwój wiedzy medycznej oraz powszechny dostęp do nowoczesnych i bardziej efektywnych świadczeń opieki zdrowotnej adekwatnych do występujących problemów zdrowotnych. Podczas gdy infrastruktura – zarówno budowlana, jak i sprzętowa – jest jednym z fundamentalnych czynników dla zapewniania dostępności wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej, większość budynków, w których są zlokalizowane podmioty lecznicze liczy co najmniej kilkadziesiąt lat, a dotychczas przeprowadzane prace modernizacyjne pozwalały jedynie na fragmentaryczne odtwarzanie infrastruktury. W efekcie użytkowane obecnie do celów prowadzenia działalności leczniczej budynki są stare i wyeksploatowane. Posiadają pogorszone cechy użytkowe w stosunku do obiektów obecnie projektowanych, co jest związane m.in. z brakiem spełniania aktualnych wymagań użytkowników, norm i warunków technicznych. Wykorzystywane powierzchnie są wyeksploatowane technicznie, często nie nadają się do przystosowania do obowiązujących wymogów. W przypadku wielu podmiotów wykonujących działalność leczniczą, ich infrastruktura nie spełnia wymogów określonych w przepisach prawa, w szczególności rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2019 r. poz. 595 oraz z 2020 r. poz. 1943). Część ma trudności ze spełnieniem obowiązujących standardów oraz wymagań sanitarno-epidemiologicznych, technicznych i funkcjonalnych w zakresie: wymaganych powierzchni, ich wielkości, rozmieszczenia, wykończenia i niezbędnego wyposażenia; przebiegu dróg komunikacyjnych, transportowych wewnątrzszpitalnych z zachowaniem warunków bezpieczeństwa z punktu widzenia epidemiologii, w tym zakażeń wewnątrzszpitalnych; energochłonności.

Infrastruktura podmiotów leczniczych często nie gwarantuje również dobrej dostępności dla osób z niepełnosprawnościami – obiekty wymagają szeregu dostosowań do obsługi osób ze szczególnymi potrzebami. W przypadku wielu podmiotów leczniczych, ich stan techniczny a także przestarzały układ funkcjonalny (w tym częste rozproszenie w ramach kilku budynków, a nawet lokalizacji) są jednymi z głównych czynników hamujących nie tylko niezbędne przemiany, ale i dalszy rozwój. Układ funkcjonalny wielu podmiotów nie zapewnia optymalnej ergonomii opieki zdrowotnej – wykorzystywane powierzchnie w wielu przypadkach uniemożliwiają skorelowanie pracy współpracujących ze sobą jednostek ze względu na utrudnienia architektoniczne i rozmieszczenie pomieszczeń. Dla przykładu, jedną z często występujących barier jest położenie jednostek diagnostycznych szpitala w odrębnych obiektach, od jednostek *stricte* leczniczych, zajmujących się leczeniem pacjentów. Znacząco dezorganizuje to proces udzielania świadczeń, czyniąc go mniej efektywnym. Taki układ implikuje konieczność przemieszczania pacjentów poza miejsce, w którym są hospitalizowani. Ponadto wymaga zapewnienia dostępności odpowiedniego transportu, osób asystujących itp., co wpływa na czas udzielenia świadczenia i generuje dodatkowe koszty. Rozwiązania technologiczno-komunikacyjne, ze względu na ograniczenia konstrukcyjno-budowlane, nie dają się skutecznie zmodyfikować w celu dostosowania do aktualnych potrzeb pacjentów jak i instalacji zaawansowanej technologicznie aparatury.

Charakterystyczne dla wielu podmiotów leczniczych są ograniczenia architektoniczne/technologiczne – małe, niskie pomieszczenia, wąskie korytarze, konstrukcje nie pozwalające na jakąkolwiek ingerencję w strukturę. Z uwagi na powyższe, zakup nowej aparatury często okazuje się niemożliwy. Przekłada się to m.in. na zawężenie zakresu udzielanych świadczeń

zdrowotnych lub brak możliwości wdrożenia nowoczesnych technologii medycznych, dających możliwość wdrożenia wytycznych ogólnościowych. Jedną z głównych danych świadczących pośrednio o (nie)zachowaniu standardów sanitarno-epidemiologicznych w szpitalach jest częstotliwość występowania zakażeń. Zgodnie z danymi pochodzącymi ze sprawozdań o działalności szpitala ogólnego zgodnie z formularzem MZ-29, zakażenia szpitalne to narastający w Rzeczypospolitej Polskiej problem. W okresie 2015-2019 liczba zakażonych pacjentów wzrosła o ok. 12,5 tys., osiągając ponad 90 tys. w 2019 roku. Podobny trend dotyczy liczby zgonów. W ciągu 5 lat liczba zgonów wynikająca z zakażeń wewnątrzszpitalnych prawie się podwoiła, osiągając ponad 4000 w 2018 roku¹⁸². Jednym z powodów tak złego stanu rzecz, jest wysoki stan zużycia infrastruktury.

Ponadto, szczególny priorytet powinien być skierowany na wykorzystanie rozwiązań ekologicznych i niskoemisyjnych przy budowie i/lub modernizacji infrastruktury. Zrównoważony rozwój infrastruktury pozwoli na ochronę środowiska naturalnego, jak również przełoży się na niższe koszty eksploatacji budynków w przyszłości. Wymiana obecnie funkcjonujących emisyjnych źródła ciepła zasilanych paliwami stałymi na źródła niskoemisyjne wspomagane źródłami odnawialnymi, optymalizacja zużycia wody np. poprzez wprowadzenie obiegu szarej wody, termomodernizacja wraz z wymianą okien, wymiana i zastosowanie oświetlenia o najwyższej klasie energetycznej wspomagane czujnikami ruchu i zmierniczym, stosowanie zasad technologii budownictwa ekologicznego, energooszczędnego i pasywnego, zmniejszy tzw. ślad węglowy sektora zdrowia i zminimalizuje jego wpływ na efekt cieplarniany i zanieczyszczenie powietrza.

Badanie stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych

W pierwszej połowie 2020 r. MZ przeprowadziło ogólnopolskie badanie stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych, którym objęte zostały wszystkie 575 szpitale zakwalifikowane do tzw. sieci szpitali. Udział w badaniu wzięło blisko 500 podmiotów, co oznacza bardzo wysoką (86%) responsywność. W badaniu oceniono stan techniczny oddziałów/klinik oraz komórek organizacyjnych/funkcjonalnych podmiotów leczniczych o łącznej powierzchni ponad 5,76 mln m².

Analizie poddano infrastrukturę w zakresie obiektów budowlanych oraz wyposażenia trwale z nimi związanego. Tym samym, przedmiotem badania nie była analiza stanu technicznego sprzętu i aparatury.

Badaniem objęto infrastrukturę w dwóch przekrojach:

- Z uwzględnieniem profilu świadczeń w danym oddziale/klinice
- Z uwzględnieniem rodzaju komórek organizacyjnych/funkcjonalnych.

Infrastruktura szpitali sieciowych została oceniona w czterostopniowej skali:

- stan optymalny – sprawność techniczna jednostek/obiektów/elementów budynku i infrastruktury terenu jest określona stopniem zużycia od 0% do 15%,
- zadowalający – sprawność techniczna jednostek/obiektów/elementów budynku i infrastruktury terenu jest określona stopniem zużycia od 16% do 30%; roboty budowlane mogą zostać odłożone na okres do 3 lat bez specjalnej szkody dla użytkowników,

¹⁸² MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 261.

- niedostateczny – sprawność techniczna jednostek/obiektów/elementów budynku i infrastruktury terenu jest określona stopniem zużycia od 31% do 50%; prace z uwagi na stan techniczny infrastruktury powinny odbyć się w okresie do 2 lat od oceny infrastruktury,
- nieodpowiedni – sprawność techniczna jednostek/obiektów/elementów budynku i infrastruktury terenu jest określona stopniem zużycia powyżej 51%; prace z uwagi na nieodpowiedni stan techniczny powinny odbyć się niezwłocznie.

Zużycie techniczne analizowane w przedmiotowym badaniu to zużycie wynikające z wieku obiektu budowlanego, trwałości zastosowanych materiałów, jakości wykonawstwa budowlanego, sposobu użytkowania i warunków eksploatacyjnych, wad projektowych oraz prowadzonej gospodarki remontowej. Jest ono wynikiem zużycia poszczególnych jego elementów konstrukcyjnych, wykończeniowych i instalacji.

Stan infrastruktury oddziałów szpitalnych

W badaniu oceniono łącznie prawie 3,4 mln m² powierzchni oddziałów, z czego:

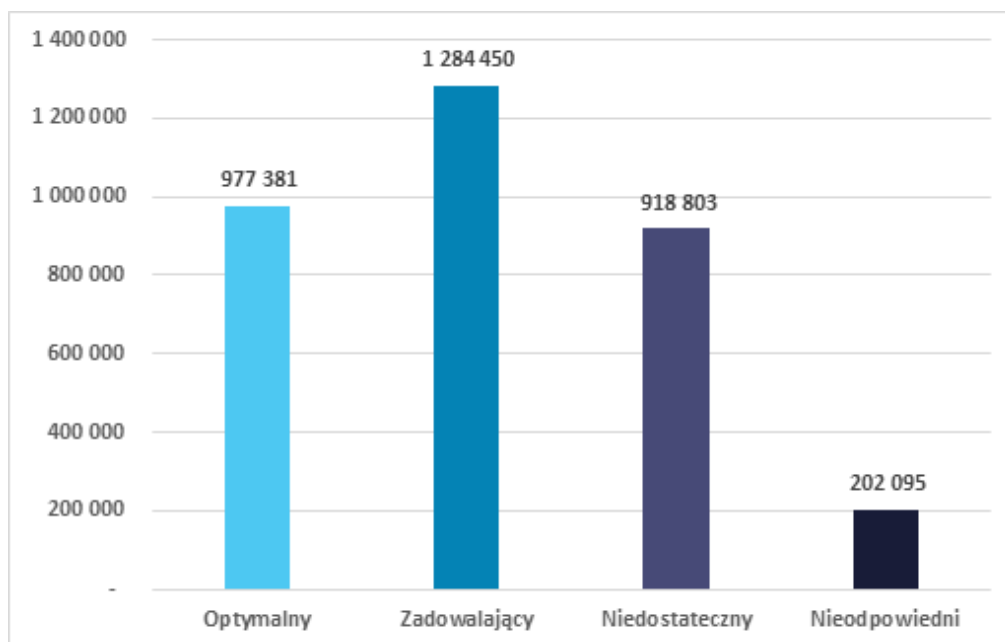
- 977 tys. m² powierzchni (29%) jest w stanie optymalnym;
- 1,3 mln m² (38%) w stanie zadowalającym;
- 919 tys. m² powierzchni (27%) w stanie niedostatecznym;
- 202 tys. m² powierzchni (6%) w stanie nieodpowiednim.

Oznacza to, że dla 71% (ponad 2,4 mln m²) powierzchni oddziałów główne elementy infrastruktury budynków (tj. konstrukcja budynku, wykończenie, instalacje, wyposażenie) wymagają interwencji w perspektywie najbliższych 3 lat, z czego 6% (202 tys. m²) w trybie pilnym (niezwłocznie).

Należy jednocześnie mieć na uwadze, że blisko 1/3 (29%) powierzchni oddziałów szpitalnych, które obecnie są w stanie optymalnym, w ciągu najbliższych kilku lat, ale jeszcze przed końcem rozpoczynającej się perspektywy finansowej środków UE obejmującej lata 2021–2027, również będzie wymagało podjęcia działań modernizacyjnych z uwagi na degradację i zużycie wykorzystywanej infrastruktury.

Wyniki badania jednoznacznie dowiodły, że podejmowane w ostatnich latach działania na rzecz poprawy jakości infrastruktury szpitalnej przynoszą widoczne efekty i większość podmiotów pozytywnie ocenia jej stan techniczny. Należy jednak mieć na uwadze fakt, że dla utrzymania wysokiej jakości świadczeń, w perspektywie najbliższych kilku lat konieczne będzie zaplanowanie prac modernizacyjnych.

Rycina 45. Stan infrastruktury oddziałów (powierzchnia w m²)



(źródło: opracowanie MZ, 2020)

Zgodnie z wynikami badania najlepszy stan infrastruktury oceniono w oddziałach onkologicznych. Aż 74% powierzchni tych oddziałów oceniane jest na poziomie optymalnym lub zadowalającym. Poczynione w ostatniej perspektywie finansowej inwestycje znajdują odzwierciedlenie w wysokim odsetku (41%) powierzchni oddziałów onkologicznych, dla których wskazano bardzo niski stopień zużycia tj. do 15%.

Podobny rozkład ocen ma miejsce dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii – tutaj 40% powierzchni oddziałów wymaga wykonania jedynie drobnych napraw i prac konserwacyjnych, a stopień zużycia technicznego infrastruktury nie jest wysoki. Jednak, w kontekście trwającej pandemii COVID-19, inwestycje w oddziały anestezjologii i intensywnej terapii powinny mieć odpowiedni priorytet.

Istotnie gorzej od powyżej opisanych wypadają oddziały o profilu kardiologicznym i neurologicznym, w przypadku których blisko 3/4 (73%) powierzchni wykazuje znaczny stopień zużycia i wysoką awaryjność, przez co w przeciągu 2-3 lat będzie wymagało podjęcia prac modernizacyjnych.

Wysoki odsetek ocen wskazujących za stopień zużycia infrastruktury powyżej 51% został wskazany również dla oddziałów geriatrycznych i chorób zakaźnych. W kontekście starzejącego się społeczeństwa oraz pandemii COVID-19 konieczne jest pilne podjęcie prac na rzecz modernizacji tych oddziałów, a także z uwagi na niewielką, nieadekwatną do potrzeb starzejącego się społeczeństwa szpitalną bazę łóżkową polskiej geriatrii tworzenie nowych oddziałów geriatrycznych, przekształcanie oddziałów szpitalnych lub ich części w oddziały geriatryczne ze środków Funduszu Medycznego.

Dla oddziałów psychiatrycznych (leczenie osób dorosłych), 76% powierzchni będzie wymagać modernizacji w najbliższych 2–3 latach – wykorzystywane powierzchnie są wyeksploatowane

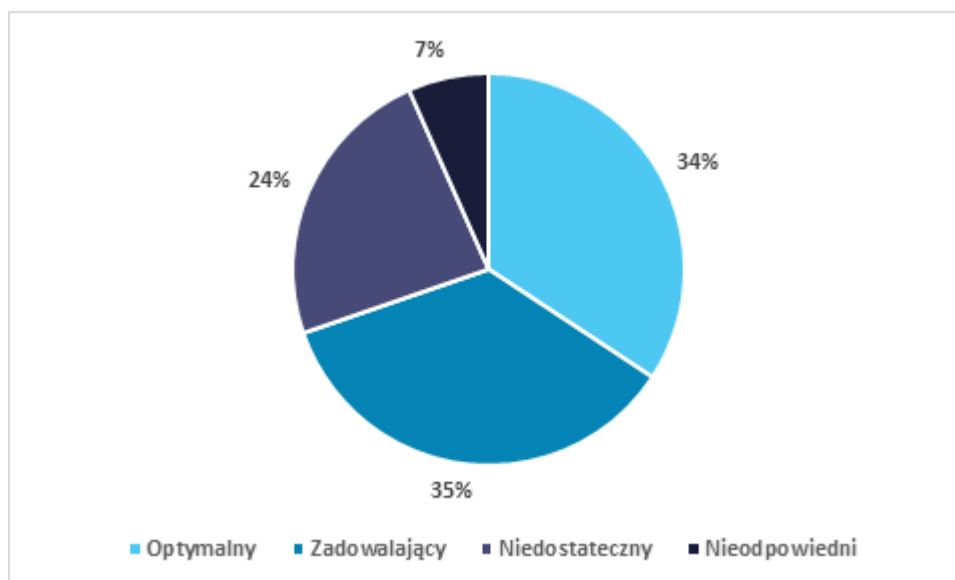
technicznie, wymagają wielu dostosowań, zarówno do zmieniających się wymogów technologicznych, jak i standardów oraz wymagań sanitarno-epidemiologicznych.

Stan infrastruktury komórek organizacyjnych/funkcjonalnych szpitali

W ramach badania oceniano również stan infrastruktury komórek organizacyjnych/funkcjonalnych szpitali (m.in. bloki operacyjne, pracownie diagnostyczne, sterylizatornie, apteki). Analizie poddano ponad 1,3 mln m² ich powierzchni.

Strukturę oceny stanu infrastruktury komórek organizacyjnych/funkcjonalnych przedstawia poniższa rycina.

Rycina 46. Stan infrastruktury komórek organizacyjnych/ funkcjonalnych (powierzchnia w %)



(źródło: opracowanie MZ, 2020)

W ramach ocenianego stanu powierzchni komórek organizacyjnych/ funkcjonalnych (wyłączając opiekę ambulatoryjną, opiekę długoterminową, opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień i rehabilitację leczniczą):

6. 450 tys. m² powierzchni jest w stanie optymalnym (34%);
7. 465 tys. m² powierzchni w stanie zadowalającym (35%);
8. 310 tys. m² powierzchni w stanie niedostatecznym (24%);
9. 87 tys. m² powierzchni w stanie nieodpowiednim (7%).

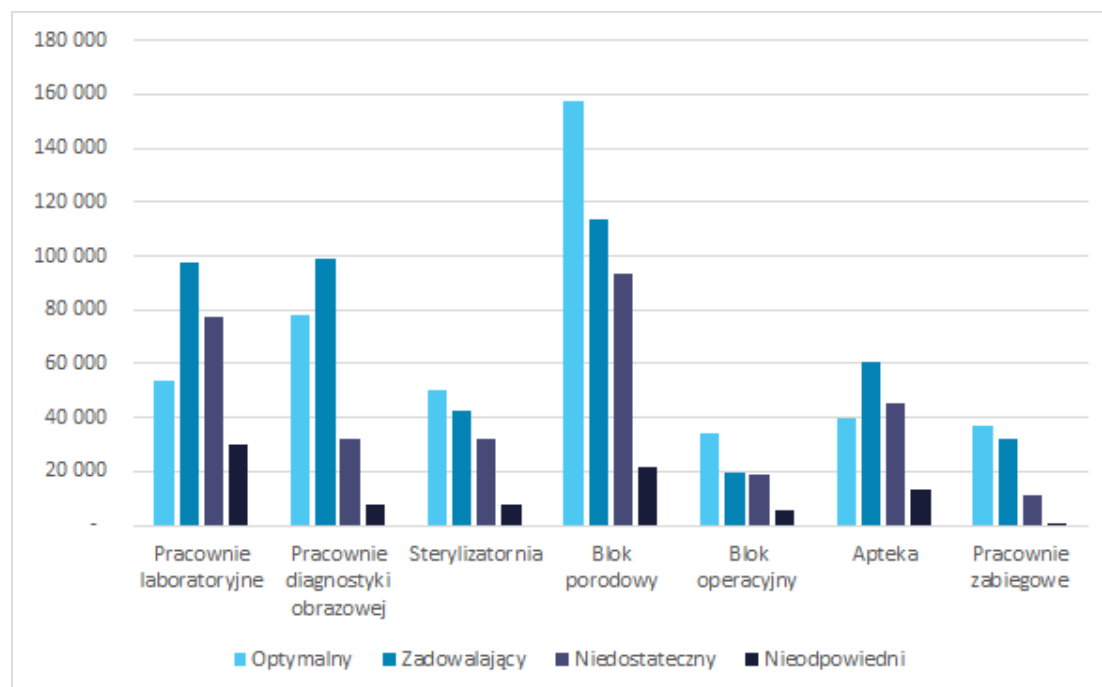
Oznacza to, że dla 66% (ponad 862 tys. m²) powierzchni komórek główne elementy infrastruktury budynków (tj. konstrukcja budynku, wykończenie, instalacje, wyposażenie) wymagają interwencji w ciągu najbliższych 3 lat, z czego 7% w trybie pilnym (niezwłocznie).

Niewiele ponad 1/3 (34%) powierzchni komórek organizacyjnych/ funkcjonalnych szpitali jest obecnie w optymalnym stanie technicznym. Należy jednak mieć na uwadze, że w perspektywie najbliższych lat, również one ulegną zużyciu i będą wymagały podjęcia działań modernizacyjnych w celu dostosowania do aktualnych trendów medycznych

i technologicznych, wyeliminowania ryzyka awaryjności oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych.

Analiza oceny stanu powierzchni komórek organizacyjnych/ funkcjonalnych wskazuje na duże zróżnicowanie w ich stanie infrastruktury. Szczegółowe dane przedstawia poniższa rycina.

Rycina 47. Stan infrastruktury komórek organizacyjnych/ funkcjonalnych (powierzchnia w m²)



(źródło: opracowanie MZ, 2020)

Wśród analizowanych komórek, wysoki odsetek ocen wskazujących na optymalny stan infrastruktury wskazano dla pracowni lub zakładu teleradioterapii (59% powierzchni), pracowni lub zakładu brachyterapii (54% powierzchni), pracowni rezonansu magnetycznego (54% powierzchni) oraz pracowni tomografii komputerowej (47% powierzchni). W ww. komórkach nie wykazano również znacznej powierzchni wymagającej niezwłocznej modernizacji (do 5% powierzchni w ramach ww. komórek).

Efekty dotychczasowych dużych inwestycji w infrastrukturę diagnostyki obrazowej – tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego są widoczne. Ich stan jest istotnie lepszy niż innych komórek organizacyjnych/ funkcjonalnych, jak i lepszy od przeciętnego stanu oddziałów szpitalnych (stan nieodpowiedni lub niedostateczny wskazano odpowiednio jedynie w 14% i 11% powierzchni pracowni). Inwestycje w tym obszarze powinny skupić się na wymianie zużytego sprzętu (starego i wykorzystywanego do znacznej liczby badań) i koniecznych w związku z tym pracach modernizacyjnych.

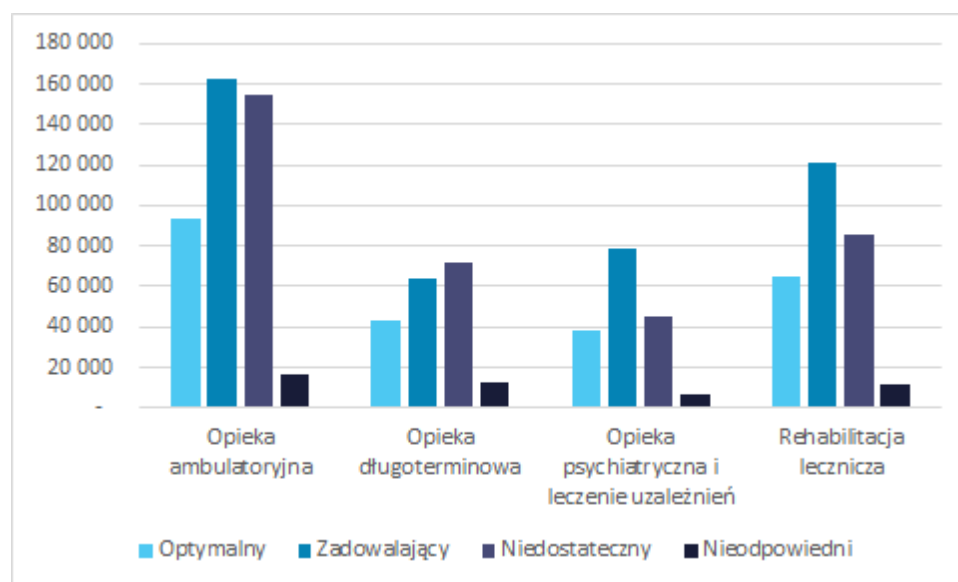
W ramach ocenianych komórek organizacyjnych i funkcjonalnych zwraca uwagę wysoki udział powierzchni o stopniu zużycia powyżej 51% - dotyczy to w szczególności pracowni lub zakładów patomorfologii (26% powierzchni), pracowni genetycznych (19% powierzchni) oraz pracowni histopatologii (15% powierzchni).

Stopień zużycia infrastruktury pracowni laboratoryjnych jest znaczący (42% powierzchni ocenionych pracowni laboratoryjnych wymaga modernizacji natychmiast lub nie później niż w ciągu najbliższych 2 lat), co może przekładać się w szczególności na jakość wykonywanych badań, a tym samym proces diagnostyki i leczenia. Stąd dla zapewnienia wysokiej jakości usług zdrowotnych konieczne są inwestycje również w pracownie diagnostyczne, w szczególności diagnostyki laboratoryjnej.

Stan infrastruktury opieki ambulatoryjnej, opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej oraz opieki psychiatrycznej

W ramach badania analizie poddano również ponad 1,07 mln m² powierzchni jednostek udzielających świadczeń w zakresie opieki ambulatoryjnej, opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej oraz opieki psychiatrycznej (z wyłączeniem oddziałów psychiatrycznych).

Rycina 48. Stan infrastruktury komórek organizacyjnych/ funkcjonalnych - świadczenia w zakresie opieki ambulatoryjnej, opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej oraz opieki psychiatrycznej (powierzchnia w m²)



(źródło: opracowanie MZ, 2020)

W ramach ocenianego stanu powierzchni ww. jednostek:

- 10.240 tys. m² powierzchni jest w stanie optymalnym (23%);
- 11.425 tys. m² powierzchni w stanie zadowalającym (40%);
- 12.358 tys. m² powierzchni w stanie niedostatecznym (33%);
- 13.47 tys. m² powierzchni w stanie nieodpowiednim (4%).

Oznacza to, że dla 77% (ponad 830 tys. m²) powierzchni ww. jednostek główne elementy infrastruktury budynków (tj. konstrukcja budynku, wykończenie, instalacje, wyposażenie) wymagają interwencji w ciągu najbliższych 3 lat, z czego blisko 4% w trybie pilnym (niezwłocznie).

Kolejne 23% powierzchni jednostek udzielających świadczeń z zakresu opieki ambulatoryjnej, opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej oraz opieki psychiatrycznej wprawdzie nie

wymaga na ten moment interwencji, a ich stan techniczny jest oceniany jako optymalny, niemniej w perspektywie najbliższych kilku lat, ich modernizacja będzie niezbędna w celu zachowania wysokiej jakości świadczeń i bezpieczeństwa pacjentów.

Stan infrastruktury opieki długoterminowej jest relatywnie gorszy w stosunku do infrastruktury oddziałów szpitalnych. Stan około 45% powierzchni komórek został określony jako niedostateczny albo nieodpowiedni.

Dla komórek udzielających świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (bez oddziałów szpitalnych) zaledwie 22% powierzchni zostało ocenionych na poziomie zużycia infrastruktury do 15% (stan techniczny optymalny). Jednocześnie aż 78% powierzchni jest w stanie technicznym wymagającym prac modernizacyjnych w perspektywie najbliższych 3 lat (stan zadowalający), z czego 31% powierzchni pilnie, ale nie później niż w ciągu najbliższych 2 lat (stan niedostateczny i nieodpowiedni).

Uwagi do powyższych analiz

Powyższe wnioski oparte są na ankiecie, której wyniki dotyczą jedynie wybranej grupy podmiotów leczniczych, czyli szpitali należących do PSZ. W polskim systemie ochrony zdrowia istnieją podmioty, które nie zostały uwzględnione w ankiecie, a których infrastruktura jest w niej wymieniona (w szczególności komórki organizacyjne/funkcjonalne). Nie można wykluczyć możliwości, że pominięte jednostki ochrony zdrowia charakteryzować się będą gorszym stanem infrastruktury niż przeciętny dla szpitali w PSZ, co podkreśla istotność nowych inwestycji w niedofinansowanych obszarach. Jednocześnie należy wskazać, że zgodnie z opisem badanie to ocenia jedynie stan obecnie istniejącej infrastruktury bez rozważenia stopnia jej dostosowania do osób ze szczególnymi potrzebami. Tym samym zarówno pod kątem infrastruktury, jak i sprzętu konieczne nakłady do dokonania dostosowań mogą być wielokrotnie wyższe niż te konieczne do naprawy infrastruktury bądź wymiany sprzętu.

Analiza stanu zasobów sprzętowych

Jednocześnie ze starzejącą się infrastrukturą budowlaną, obserwowane jest również zjawisko starzenia się sprzętu i aparatury z powodu ograniczonych możliwości działań inwestycyjnych poszczególnych podmiotów leczniczych – ze względu na duże koszty zakupu specjalistycznej aparatury i sprzętu oraz – jak wspomniano powyżej – częsty brak możliwości ich instalacji z uwagi na ograniczenia istniejącej infrastruktury.

Zarówno liczba, jak i jakość sprzętu używanego są niezadawalające – wiek i stan techniczny posiadanego przez szpitale sprzętu implikuje kosztowne awarie, tj. zarówno koszty serwisowe, jak i koszty przestoju operacyjnych. Praca na sprzęcie o wysokim stopniu zużycia negatywnie wpływa na jakość, skuteczność i efektywność udzielanych świadczeń zdrowotnych, jak i na efektywność finansową podmiotów leczniczych.

Inwestycje w wymianę aparatury i sprzętu medycznego są konieczne z uwagi na ciągły rozwój technologii medycznych, który wpływa na konieczność ciągłego udoskonalania narzędzi, którymi posługują się specjaliści. Postęp w medycynie, organizacji ochrony zdrowia, technice i informatyce oraz zwiększone wymagania prawne obligują do wprowadzania zmian dotyczących wielkości i jakości zasobów szpitalnych. Jest to istotne zarówno z powodów zwiększania możliwości diagnostycznych i terapeutycznych, a także tworzenia nowych procedur i terapii przez wiodące ośrodki naukowo-badawcze. Ponadto, użytkowanie wyeksploatowanego i starego sprzętu medycznego może powodować powstawanie błędów w diagnozach oraz stosowanie nieskutecznej oraz drogiej terapii.

W tym kontekście warto odnieść się do danych wynikających z przeprowadzonej analizy porównawczej stanu sprzętu medycznego w Polsce zawartej w Mapie potrzeb zdrowotnych na 2020 r. Dane dla wybranych sprzętów w Polsce (w szczególności zwrócono uwagę na: akceleratory liniowe, gammakamery, mammografy, aparaty PET, rezonanse magnetyczne, RTG, tomografy komputerowe oraz USG) przeanalizowano w czterech różnych przekrojach: patrząc na gęstość sprzętów w kraju, ich rozłożenie geograficzne, rozkład wieku oraz wykorzystanie¹⁸³

Największym wyzwaniem, które wiąże się z każdą nową inwestycją w sprzęt medyczny jest zapewnienie efektywnej alokacji zasobów w taki sposób, aby te inwestycje były jak najbardziej optymalne z punktu widzenia całego społeczeństwa (czyli dążyły do maksymalizacji wykorzystania jednocześnie ograniczając zróżnicowanie w dostępie do świadczeń na terenie całego kraju)¹⁸⁴.

W 2019 r. Rzeczpospolita Polska znajdowała się poniżej średniej dla wybranych krajów europejskich, jeśli chodzi o gęstość posiadanych tomografów komputerowych, rezonansów magnetycznych oraz angiografów. Można zaobserwować, że dla tomografów komputerowych oraz angiografów Rzeczpospolita Polska znajduje się na 14. miejscu wśród wymienionych krajów. Zdecydowanie gorzej sytuacja wygląda dla rezonansów – w tych przypadkach Rzeczpospolita Polska znajduje się odpowiednio na 18. oraz 19. miejscu¹⁸⁵.

Rycina 49. Gęstość rezonansów magnetycznych na 1 mln ludności



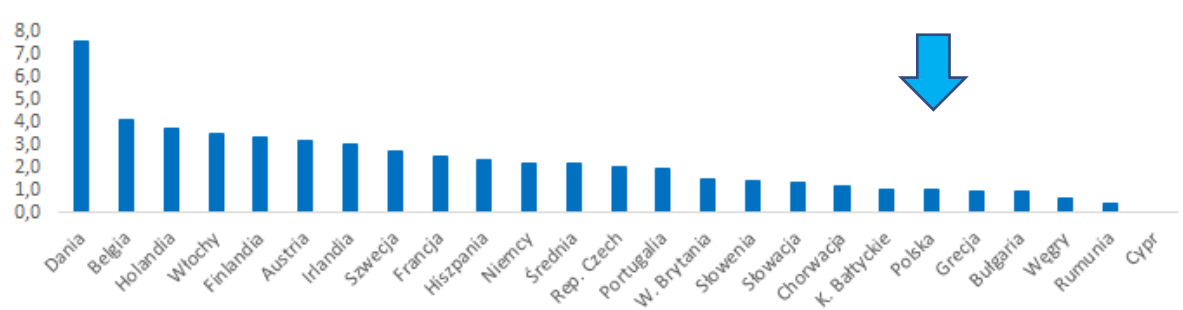
(źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych, 2020)

¹⁸³ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 518.

¹⁸⁴ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 501.

¹⁸⁵ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 502-503.

Rycina 50. Gęstość aparatów PET na 1 mln ludności



(źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych, 2020)

Mając na uwadze gęstość (liczba sprzętów na 100 tys. ludności) wybranej grupy sprzętu w podziale na województwa należy stwierdzić, że dla każdej grupy sprzętu występuje w Polsce bardzo duże zróżnicowanie pod kątem gęstości sprzętów w regionach w porównaniu do benchmarku¹⁸⁶.

Kolejną ważną kwestią, którą należy uwzględnić przy analizie stanu infrastruktury sprzętowej, jest rozkład wieku danego sprzętu w kraju. Zgodnie z danymi z mapy potrzeb zdrowotnych 2020 r. należy stwierdzić, że z jednej strony widać efekty inwestycji poczynionych w ostatnich latach ze środków publicznych, w tym budżetu państwa i środków europejskich. Zgodnie z dostępnymi w ww. mapie porównaniami międzynarodowymi dla wybranych krajów europejskich w przypadku tomografów komputerowych, rezonansów magnetycznych oraz aparatów PET, pomimo niższego niż średni udział sprzętów "młodych", występuje również niższy niż średni udział sprzętów "starych". Ponadto udział sprzętów "młodych" jest wyższy niż średni¹⁸⁷. Z drugiej jednak strony należy mieć na uwadze fakt, iż w wielu przypadkach (np. angiografy, aparaty do brachyterapii, gammakamery, mammografy, rezonanse magnetyczne, tomografy komputerowe, USG) w przeciągu najbliższych kilku lat baza sprzętowa znacząco się zestarzeje, co może skutkować przeprowadzeniem procedur z użyciem tych sprzętów w mniej efektywny sposób niż dotychczas.

Warto podkreślić, że priorytet do wymiany sprzętu wyznaczany jest na podstawie wieku oraz liczby badań, które wykonywane są na danym sprzęcie. Poniższa tabela pokazuje priorytet do wymiany wybranych sprzętów.

¹⁸⁶ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*; str. 510-512. Benchmarki zostały opracowane na podstawie mediany dla UE dla danych pochodzących z raportu COCIR pt. "Medical Imaging Equipment Age Profile & Density" z 2019 r. lub z innych publikacji. W przypadku braku takiej informacji benchmark jest średnią dla kraju.

¹⁸⁷ Według COCIR należy dążyć do spełnienia następujących "złotych reguł" ("COCIR Golden Rules"):

- Co najmniej 60% posiadanej bazy sprzętów powinna być w wieku do 5 lat (sprzęt "młody").
- Nie więcej niż 30% posiadanej bazy sprzętów powinna być starsza niż 5 i młodsza niż 10 lat.
- Nie więcej niż 10% posiadanej bazy sprzętów powinna być w wieku powyżej 10 lat (sprzęt "stary"). MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 503-504.

Według danych za 2019 r. najwyższy priorytet do wymiany¹⁸⁸ posiadają następujące sprzęty: USG (60,8%), mammograf (42,5%)¹⁸⁹, angiograf (23%)¹⁹⁰.

Tabela 9. Priorytet do wymiany wybranych sprzętów

Priorytet do wymiany	Niski	Średni	Wysoki
Tomograf komputerowy	72,70%	11,10%	16,20%
Akcelerator liniowy	64,10%	33,50%	2,40%
Angiograf	75,30%	1,6%	23,10%
Aparat do brachyterapii	33,3%	59,3%	7,40%
Gammakamera	59,00%	4,30%	36,60%
Mammograf	51,00%	6,20%	42,8%
Aparat do Pozytywnej Tomografii Emisyjnej (PET)	75,00%	21,90%	3,10%
Rezonans magnetyczny	80,40%	11,60%	7,90%
Aparat rentgenowski (RTG)	73,20%	1,30%	25,50%
Aparat ultrasonograficzny (USG)	36,80%	2,40%	60,90%

(źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych, 2020)

Z kolei zgodnie z prognozowanym w Mapie potrzeb zdrowotnych 2020 zapotrzebowaniem na nowe inwestycje w sprzęty medyczne w 2025 r. odsetek sprzętów, które będą zakwalifikowane do grupy sprzętów „starych” waha się od 65% w przypadku akceleratorów liniowych do 90% w przypadku USG. Tym samym w perspektywie 3–5 lat znacząca liczba sprzętów diagnostycznych i radiologicznych osiągnie wiek, w którym powinny zostać wymienione, aby umożliwić efektywną eksploatację¹⁹¹.

¹⁸⁸ Priorytet do wymiany wyznaczany jest **na podstawie wieku sprzętu oraz liczby badań**, które wykonywane są na danym sprzęcie. Dla sprzętów, które są intensywnie eksploatowane graniczny wiek, po osiągnięciu którego sprzęt otrzymuje wysoki priorytet do wymiany, jest niższy (np. jeśli tomograf komputerowy wykonuje powyżej 7,5 tys. badań rocznie to powinien zostać wymieniony po przekroczeniu 10 lat, natomiast, gdy wykonuje poniżej 7,5 tys. badań rocznie po przekroczeniu 12 lat). określając priorytet do wymiany, najpierw określono liczbę badań rocznie wykonywanych na urządzeniu, potem przypisano wiek „zużywalności” sprzętu i następnie zaklasyfikowano do kategorii wskazanych przez COCIR, tj. sprzęty do 5 lat priorytet niski, średni priorytet dla wieku sprzętu 6-10 lat, wysoki priorytet dla sprzętu powyżej 10 lat.

¹⁹⁰ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 515-516.

¹⁹¹ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 518.

Reasumując, obserwowana postępująca dekapitalizacja infrastruktury – zarówno budowlanej, jak i sprzętowej ogranicza działalność i uniemożliwia rozwój podmiotów leczniczych i wpływa na:

- 1) pogorszenie jakości i efektywności świadczeń;
- 2) spadek dostępności świadczeń dla prognozowanej rosnącej liczby pacjentów;
- 3) generowanie dodatkowych kosztów, a tym samym obniżenie efektywności działalności podmiotów leczniczych;
- 4) spadek bezpieczeństwa i komfortu pacjentów i ich rodzin;
- 5) spadek bezpieczeństwa i komfortu pracy kadr medycznych.

Podjęte działania

W ramach perspektywy finansowej 2014–2020 projekty infrastrukturalne były realizowane w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a *Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczynią się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych, oraz przejścia z usług instytucjonalnych na usługi na poziomie społeczności lokalnych* zarówno na poziomie krajowym (Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko), jak i na poziomie regionalnym (Regionalne Programy Operacyjne). Projekty infrastrukturalne finansowane ze środków UE dotyczyły doposażenia, modernizacji, wyposażenia w sprzęt oraz w relatywnie niewielkim stopniu budowy nowych podmiotów leczniczych.

Zgodnie z zapisami Policy paper na lata 2014¹⁹²2020 przedsięwzięcia infrastrukturalne były realizowane w projektach z zakresu 5 głównych grup chorób:

- 1) układu krążenia;
- 2) nowotworowe;
- 3) zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 4) układu kostno-stawowego i mięśniowego;
- 5) układu oddechowego,

oraz problemów zdrowotnych specyficznych dla danych obszarów, w szczególności w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii, geriatry, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wsparciem objęto również PRM – projekty były skierowane m.in. na tworzenie nowych SOR i Centrów Urazowych oraz doposażenie już istniejących SOR i Centrów Urazowych.

Łączna liczba projektów infrastrukturalnych w ramach PI 9a, dla których zakresem interwencji był kod 053 Infrastruktura zdrowotna¹⁹³ wyniosła ponad 1000¹⁹⁴. Wartość podpisanych umów o dofinansowanie wg stanu na 31 grudnia¹⁹⁵.

¹⁹² Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne, pobrano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper>; dostęp 06.05.2020.

¹⁹³ Projekty realizowane w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych oraz Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020.

¹⁹⁴ Na podstawie danych z systemu SL2014, stan na 31 grudnia 2020.

¹⁹⁵ Na podstawie danych z systemu SL2014, stan na 31 grudnia 2020.

Wiele działań na rzecz wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia jest również podejmowanych ze środków krajowych.

W ramach budżetu państwa z części 46-Zdrowie pod nadzorem Ministra Zdrowia realizowane są m.in. programy wieloletnie, o których mowa w art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o *finansach publicznych* (Dz. U. z 2019 r. poz. 869, z późn. zm.). Są to inwestycje ustanawiane przez Radę Ministrów w drodze uchwał w celu realizacji strategii przyjętych przez Radę Ministrów.

W 2021 r. kontynuowana jest lub rozpoczęła się realizacja następujących programów wieloletnich o łącznej wartości kosztorysowej inwestycji 4,7 mld zł i kwocie dofinansowania ze środków dotacji celowej MZ równej 4,1 mld zł.

Tabela 10. Środki wydatkowane z budżetu – w części 46 dotacje MZ na inwestycje budowlane i zakupowe w ramach Programów Wieloletnich

Lp.	Nazwa zadania	Wartość Kosztorysowa Inwestycji w tys. zł	w tym z części 46-Zdrowie w tys. zł	Termin rozpoczęcia	Termin zakończenia
1	Powstanie Śląskiego Ośrodka Kliniczno–Naukowego Zapobiegania i Leczenia Chorób Środowiskowych, Cywilizacyjnych i Wieku Podeszłego im. prof. Zbigniewa Religi	159 921	85 000	2018	2022
2	Wieloletni program medyczny – rozbudowa i modernizacja Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy	376 607	348 752	2018	2025
3	Budowa Centrum Medycyny Nieinwazyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego	616 609	592 381	2015	2021
4	Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie	208 861	201 361	2011	2021
5	Przebudowa i rozbudowa Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie	346 736	278 898	2016	2022
6	Drugi etap budowy Centrum Kliniczno – Dydaktycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wraz z Akademickim Ośrodkiem Onkologicznym	576 485	453 694	2018	2023

7	Centralny Zintegrowany Szpital Kliniczny – centrum medycyny interwencyjnej (etap I CZSK)	590 978	520 370	2020	2025
8	Rozbudowa wraz z modernizacją Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Szczecinie w zakresie kliniczno-dydaktycznym i medycznych wdrożeń innowacyjnych	595 964	592 098	2019	2025
9	Wieloletni program inwestycji w zakresie rewitalizacji i rozbudowy Centrum Onkologii – Instytut im. Skłodowskiej-Curie w Warszawie – etap I	872 052	738 785	2019	2025
10	Wieloletni Plan Inwestycyjny – budowa, przebudowa, modernizacja infrastruktury Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego w celu zwiększenia dostępności i jakości wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego	298 500	289 500	2021	2025
	RAZEM	4 660 713	4 100 839		

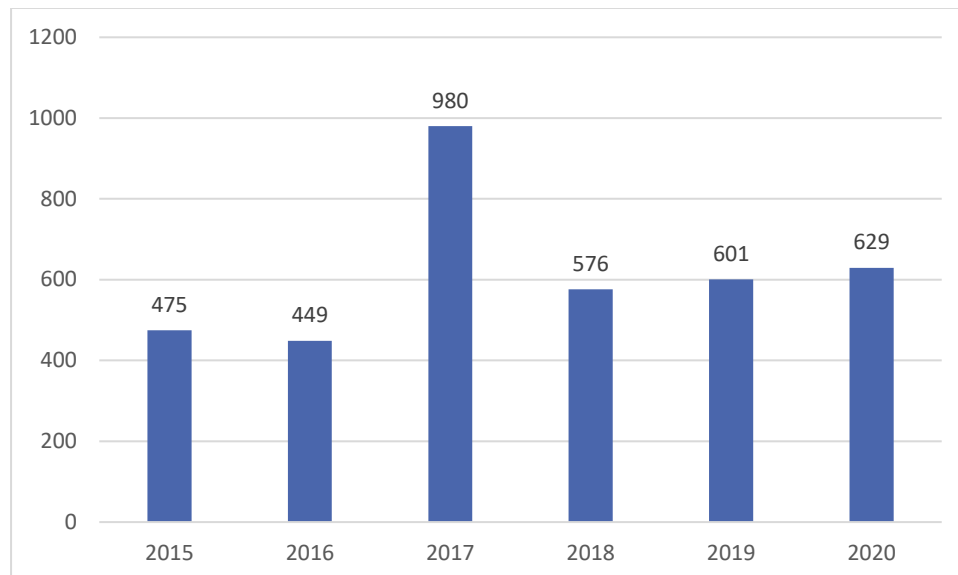
(źródło: dane MZ, 2021)

W ramach dążenia do poprawy stanu infrastruktury, a przez to dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych, podejmowany jest również szereg innych inwestycji m.in. w szpitalach klinicznych, szpitalach ogólnych oraz instytutach badawczych. Realizowane są zarówno zadania inwestycyjne budowlane, które polegają na budowie, rozbudowie czy modernizacji budynków, jak również zakupy sprzętu i aparatury medycznej. Należy podkreślić, że w ostatnich latach nakłady z budżetu państwa z części 46-Zdrowie na ochronę zdrowia poniesione na infrastrukturę szpitalną wykazują tendencję wzrostową¹⁹⁶

Poniższa rycina przedstawia środki wydatkowane z budżetu Ministra Zdrowia w latach 2015 – 2020 o, z przeznaczeniem na inwestycje budowlane i zakupowe w ochronie zdrowia.

¹⁹⁶ W 2017 r. odnotowano znaczny wzrost wydatków budżetu państwa, który wynikał przede wszystkim z pozyskanych dodatkowych środków z rezerwy celowej z przeznaczeniem na zakup sprzętu i aparatury medycznej dla podmiotów leczniczych w łącznej wysokości 523 mln zł.

Rycina 51. Środki wydatkowane z budżetu – w części 46 dotacje MZ na inwestycje budowlane i zakupowe w latach 2015-2020 w mln zł



(źródło: dane MZ, 2020)

26 listopada 2020 r. weszła w życie ustawa z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875). Fundusz Medyczny to mechanizm finansowy, którego celem jest poprawa zdrowia i jakości życia Polaków. Decyzja o powołaniu Funduszu Medycznego została poprzedzona diagnozą potrzeb w zakresie ochrony zdrowia i będzie wychodzić naprzeciw zidentyfikowanym elementom wymagającym poprawy. Dzięki otrzymanemu z Funduszu Medycznego wsparciu, nowoczesne szpitale zapewnią lepszy dostęp do usług medycznych dla pacjentów, a jakość i bezpieczeństwo świadczonych przez nie usług zdrowotnych ulegną znacznej poprawie. Skrócenie czasu hospitalizacji będzie możliwe dzięki nowoczesnym technologiom w diagnostyce i terapii. Wczesna diagnoza i rozpoczęcie leczenia umożliwią szybszy powrót pacjentów do codziennej aktywności. Inwestycje będą przeznaczone na następujące obszary:

- profilaktyka, wczesne wykrywanie, diagnostyka i leczenie chorób cywilizacyjnych, w tym chorób nowotworowych i chorób rzadkich;
- infrastruktura ochrony zdrowia wpływająca na jakość i dostępność oraz bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- dostęp do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej;
- rozwój systemu opieki zdrowotnej przez koncentrację działań wokół pacjenta i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia pacjentów i ich rodzin;
- świadczenia opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia;
- świadczenia opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju.

Obszary wsparcia zostały zagregowane w ramach 4 subfunduszy:

- 1) subfundusz infrastruktury strategicznej;
- 2) subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych;
- 3) subfundusz rozwoju profilaktyki;
- 4) subfundusz terapeutyczno-innowacyjny.

Fundusz finansowany będzie ze środków publicznych. Dysponentem środków Funduszu jest Minister Zdrowia. Obecnie trwają prace koncepcyjne i analityczne nad organizacją i przygotowaniem działań w ramach poszczególnych subfunduszy, w tym szacowanie kosztów w ramach poszczególnych subfunduszy oraz harmonogramów zadań.

PODSUMOWANIE

- Jednym z kluczowych elementów systemu ochrony zdrowia, wpływających na jakość, dostępność i efektywność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, jest stan infrastruktury.
- Infrastruktura zdrowotna, mimo dynamicznego rozwoju w ostatnich latach, wymaga dalszego wsparcia w celu dostosowania systemu opieki zdrowotnej do zachodzących i prognozowanych zmian demograficznych oraz zniwelowania różnic geograficznych w dostępie do opieki zdrowotnej.
- Dotychczasowe inwestycje w zakresie infrastrukturalnym, w tym modernizacje budynków szpitalnych pomimo znaczącej poprawy, jedynie w części zaspokoili potrzeby podmiotów leczniczych w tym zakresie.
- Zgodnie z wynikami badania MZ infrastruktura podmiotów leczniczych w większości przypadków wymaga wprawdzie wsparcia, ale może ono zostać udzielone w perspektywie kilku najbliższych lat.
- Identyfikuje się również obszary, gdzie podmioty wskazywały konieczność podjęcia prac modernizacyjnych w trybie pilnym - są to m.in. oddziały zakaźne, geriatryczne, pracownie genetyczne, pracownie lub zakłady patomorfologii oraz pracownie histopatologii.
- W oddziałach szpitalnych (dla 71% powierzchni), główne elementy infrastruktury (tj. konstrukcja budynku, wykończenie, instalacje, wyposażenie) wymagają interwencji w perspektywie najbliższych 3 lat, z czego 6% w trybie pilnym (niezwłocznie).
- W komórkach organizacyjnych/ funkcjonalnych podmiotów leczniczych (dla 66% powierzchni) główne elementy infrastruktury wymagają interwencji w ciągu najbliższych 3 lat, z czego 7% w trybie pilnym (niezwłocznie).
- Infrastruktura dedykowana diagnostyce i leczeniu chorób psychiatrycznych jest w dalece niezadowalającym stanie technicznym - ponad 3/4 ocenionej powierzchni wymaga podjęcia działań modernizacyjnych w perspektywie najbliższych 3 lat.
- W podobnie złym stanie technicznym są komórki udzielające świadczeń z zakresu opieki długoterminowej - 45% powierzchni zostało ocenione jako będące w stanie technicznym niedostatecznym lub nieodpowiednim, a 78% wymaga lub będzie wymagać modernizacji w perspektywie najbliższych 3 lat.
- W kontekście obecnej sytuacji epidemicznej szczególnego znaczenia nabiera modernizacja oddziałów zakaźnych oraz oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii.
- Zasoby aparatury medycznej oraz ich stan techniczny są niezbędne do wykonywania badań diagnostycznych. Na przestrzeni ostatnich lat w Polsce odnotowuje się wzrost liczby dostępnych sprzętów wysokospecjalistycznych, niemniej w dalszym ciągu ich liczba jest relatywnie niska w porównaniu do średniej unijnej.

- Inwestycje w wymianę aparatury i sprzętu medycznego są konieczne z uwagi na ciągły rozwój technologii medycznych. W perspektywie 3-5 lat znacząca liczba użytkowanych obecnie sprzętów diagnostycznych i radiologicznych osiągnie wiek, w którym powinna zostać wymieniona.
- Polski system ochrony zdrowia charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem pod względem gęstości występowania sprzętów, co wpływa na zróżnicowanie dostępności do określonych świadczeń zdrowotnych.

TECHNOLOGIE INFORMATYCZNE

Informatyzacja systemu ochrony zdrowia jest jednym z priorytetów działań prowadzonych przez MZ. W dobie postępu technologicznego i osiągnięć cyfrowych rozwój informatyzacji w sektorze ochrony zdrowia jest niezwykle istotny zarówno dla poprawy funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zwiększenia efektywności udzielania świadczeń, jak i zapewnienia pacjentowi możliwie jak najlepszej opieki i lepszego dostępu do informacji na temat swojego stanu zdrowia.

Przeprowadzone analizy wskazują, że Polacy są gotowi na cyfryzację w ochronie zdrowia. Jak wynika z badania „Internet w życiu Polaków” przeprowadzonego na zlecenie Ministerstwa Cyfryzacji w czerwcu 2019 r.¹⁹⁷, ponad 80% ankietowanych korzysta z internetu, a niemal 90% ocenia, że dostęp do sieci ułatwia im życie. Grupą zawodową najchętniej korzystającą z internetu i e-usług są lekarze. Coraz więcej osób zakłada też profil zaufany, dzięki któremu może zdalnie podpisywać pisma i wnioski do wielu urzędów, a także logować się do Internetowego Konta Pacjenta (IKP), z którego chętnie korzysta coraz więcej pacjentów.

Wyniki „Polskiego Badania Internetu” (Gemius, 2019) wykazały, że pacjenci wiążą duże nadzieje z informatyzacją ochrony zdrowia. Oczekują, że dzięki temu przez internet dostępne będą takie usługi medyczne, jak m.in.:

- umawianie wizyt;
- odbieranie wyników badań;
- uzyskiwanie informacji o jakości opieki u wybranego świadczeniodawcy;
- uzyskiwanie informacji o dostępności leku w aptece.

Z wyników ww. badania wynika, że 90% respondentów chce umawiać się na wizytę lekarską przez internet, 83% badanych oczekuje dostępu do wyników badań online, natomiast 64% badanych chce uzyskać przez Internet informację o dostępności leku w aptece¹⁹⁸. Powyższe dane wskazują, jak ważne jest dalsze rozwijanie usług cyfrowych w ochronie zdrowia.

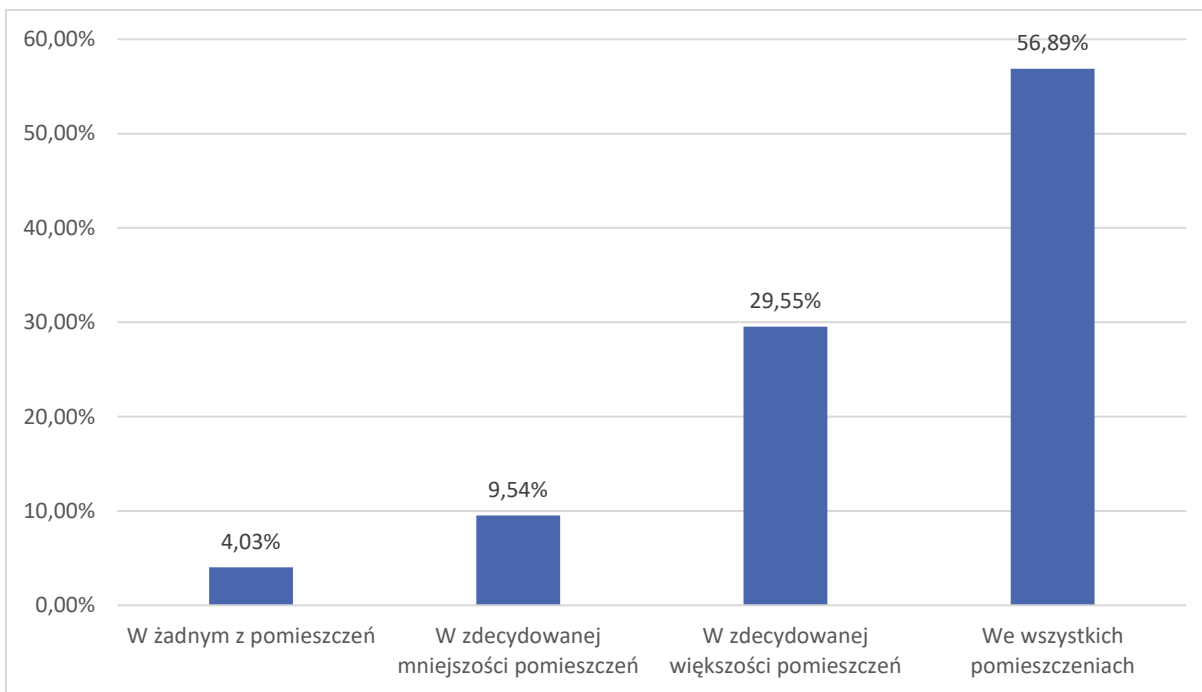
Zasadne jest podejmowanie takich działań, które w krótkiej perspektywie przyczynią się do stworzenia spójnego cyfrowego systemu zdrowia, umożliwiającego dalsze upodmiotowienie i angażowanie pacjenta, koncentrację na grupach szczególnie narażonych (osoby starsze, dzieci, chorzy przewlekłe) oraz zwiększającego wydajność i efektywność sektora ochrony zdrowia.

Ważnym elementem technologii informatycznych w systemie ochrony zdrowia jest stopień informatyzacji poszczególnych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Badania stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą są prowadzone cyklicznie przez Centrum e-Zdrowia (wcześniej Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia).

¹⁹⁷ Badanie dostępne na stronie: <https://www.gov.pl/web/cyfryzacja/internet-ulatwia-zycie-polakom>; 13.05.2020.

¹⁹⁸ Publikacja *E-zdrowie. Korzyści, wyzwania, strategia informatyzacji*, str. 7; https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/puls_medycyny_csioz_e_zdrowie_www_5d8ce9c644aad.pdf, dostęp 13.05.2020.

Rycina 52. Dostęp do sieci komputerowej w pomieszczeniach, w których przetwarzana jest dokumentacja medyczna ogółem



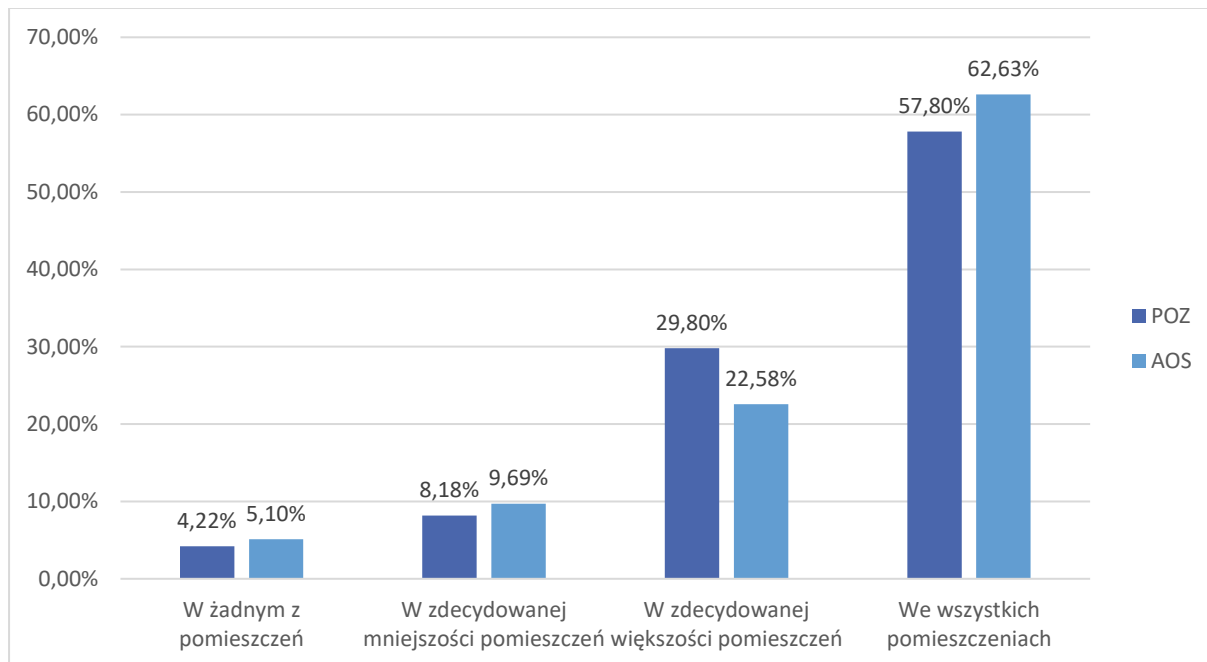
(źródło: Raport CSIOZ: "Badanie stopnia informatyzacji Podmiotów wykonujących działalność leczniczą", 2019)

Można zauważyć, że dla ok. 4% podmiotów w żadnym z pomieszczeń, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, nie ma dostępu do sieci komputerowej.

Analizując poszczególne grupy podmiotów widać, że w 3 grupach odsetek podmiotów, gdzie w żadnym z pomieszczeń, w których przetwarzana jest dokumentacja medyczna nie ma dostępu do sieci komputerowej, jest wyższy niż średnia. Są to zakłady opieki długoterminowej, POZ i AOS.

Ze względu na bardzo liczną grupę POZ i AOS w Rzeczypospolitej Polskiej w kolejnej części analizy skupiono się tylko na tych podmiotach. Poniższe wykresy pokazują rozkład POZ i AOS ze względu na dostęp do sieci komputerowej w pomieszczeniach, w których przetwarzana jest dokumentacja medyczna.

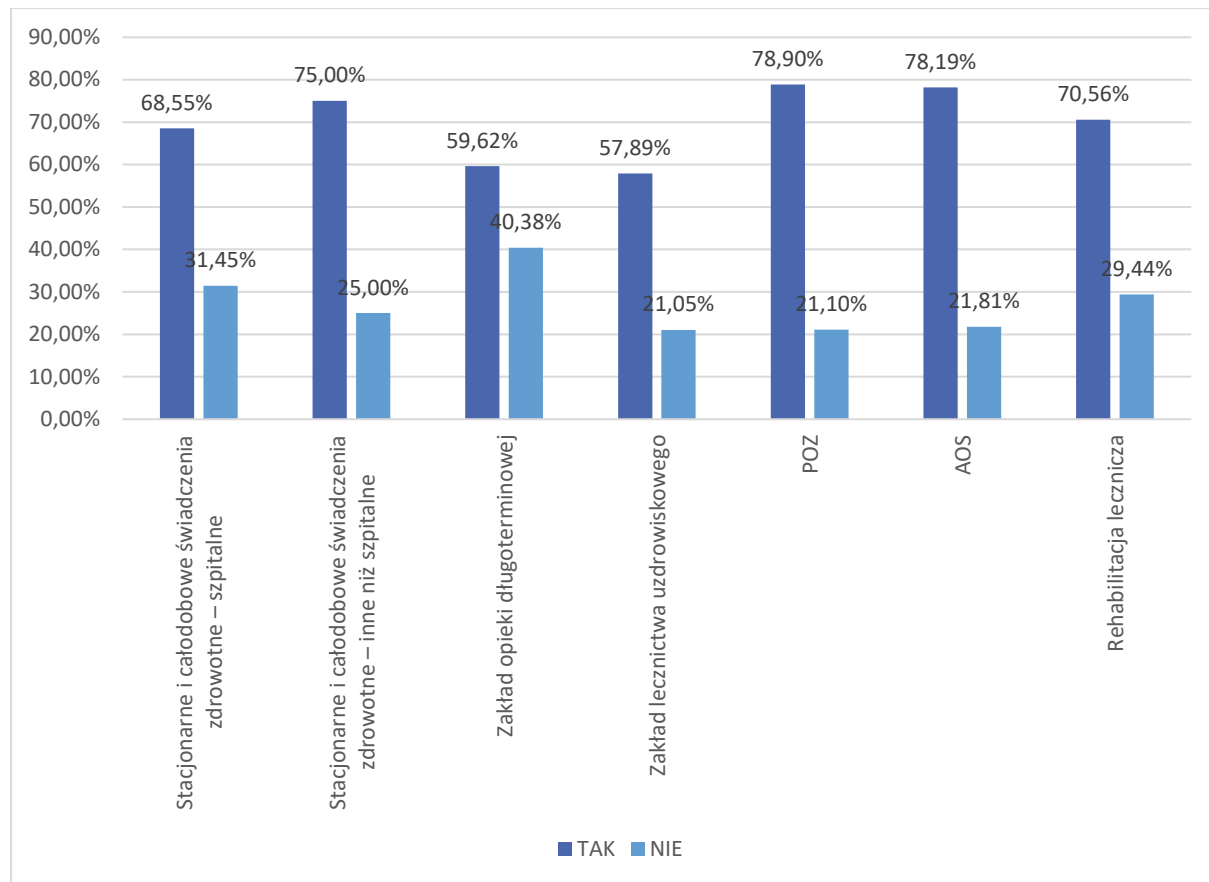
Rycina 53. Dostęp do sieci komputerowej w pomieszczeniach, w których przetwarzana jest dokumentacja medyczna – POZ i AOS



(źródło: Raport CSIOZ: "Badanie stopnia informatyzacji Podmiotów wykonujących działalność leczniczą", 2019)

Pomimo wyższego odsetka odpowiedzi wskazującego na całkowity brak dostępu do sieci komputerowej niż średnia dla Rzeczypospolitej Polskiej, dla POZ i AOS jest również wyższy odsetek wskazujący na dostęp do sieci komputerowej we wszystkich pomieszczeniach.

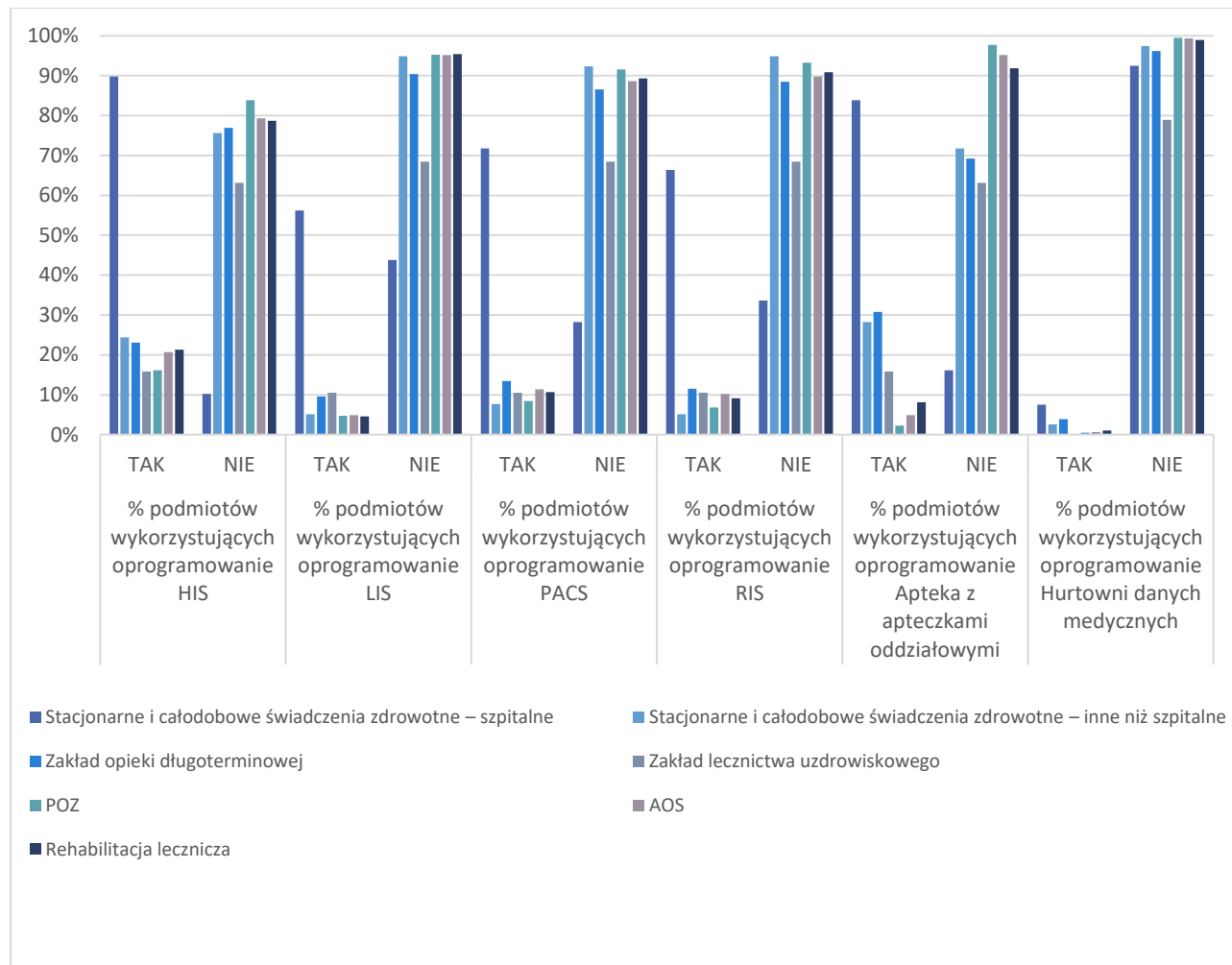
Rycina 54. Udział procentowy podmiotów posiadających liczbę stanowisk komputerowych, która jest wystarczająca do wdrożenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM)



(źródło: Raport CSIOZ: "Badanie stopnia informatyzacji Podmiotów wykonujących działalność leczniczą", 2019)

Można zauważyć, że dla każdej analizowanej grupy znacznie ponad połowa podmiotów posiada liczbę stanowisk komputerowych, która jest wystarczająca do sporządzania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, w tym wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), a dla POZ i AOS jest to prawie 80% podmiotów. Niestety, nadal pozostaje znacząca liczba podmiotów, które nie posiadają odpowiedniej liczby stanowisk komputerowych. Podjęcie działań mających na celu zwiększenie dostępności stanowisk komputerowych jest kluczowe z punktu widzenia usprawnienia procesów w funkcjonowaniu całego systemu ochrony zdrowia.

Rycina 55. Odpowiedzi podmiotów dotyczące stosowania wybranego oprogramowania w podziale na rodzaje działalności



(źródło: Raport CSIOZ: "Badanie stopnia informatyzacji Podmiotów wykonujących działalność leczniczą", 2019)

Wprowadzenie oprogramowania wspierającego pracę podmiotów wykonujących działalność leczniczą pozwala znacząco ograniczyć czas spędzany przez kadrę w danym podmiocie na kwestiach bezpośrednio niezwiązanych z leczeniem pacjentów, jak np. kwestie administracyjne. Rekomenduje się zatem, aby podjąć kroki mające na celu upowszechnienie takich oprogramowań we wszystkich grupach podmiotów.

Ze względu na postępującą informatyzację sektora ochrony zdrowia coraz istotniejszym zagadnieniem staje się cyberbezpieczeństwo. Biorąc pod uwagę szczególną wrażliwość danych medycznych oraz coraz większą istotność rozwiązań IT dla prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ryzyko związane z cyberatakami staje się coraz poważniejsze. Potwierdzają to przykłady ataków typu *ransomware* w Stanach Zjednoczonych i Australii, które potrafiły sparaliżować działalność tamtejszych placówek medycznych uniemożliwiając realizację planowych hospitalizacji i rozliczenia z płatnikiem¹⁹⁹. Z danych CERT Rzeczpospolita Polska wynika, że liczba incydentów związanych z cyberbezpieczeństwem w polskim sektorze

¹⁹⁹ Raport roczny 2019 z działalności CERT Polska https://www.cert.pl/wp-content/uploads/2020/07/Raport_CP_2019.pdf

ochrony zdrowia rośnie – w 2018 roku odnotowano ich 13, w 2019 roku - 53, a od stycznia do września 2020 roku ponad 90.

Rozwój publicznych usług cyfrowych w sektorze ochrony zdrowia oraz zdalnych form świadczenia opieki zdrowotnej staje się także kluczowym elementem odpowiedzi na zagrożenie związane z COVID-19 oraz jednym z podstawowych założeń strategii wyjścia z obecnego kryzysu. Cyfrowa transformacja ochrony zdrowia to także skuteczne narzędzie służące budowie potencjału odporności na przyszłe zagrożenia epidemiczne.

Zmiana, jaka dokonała się w obliczu pandemii COVID-19 trwale przeobrazi postrzeganie ochrony zdrowia i przededefiniuje zasady dotychczasowych interakcji pacjentów i kadry medycznej. Z jednej strony, pacjenci otrzymają więcej indywidualnych informacji o stanie zdrowia, pozwalających na zaangażowanie w zarządzanie swoim zdrowiem i podejmowanie świadomych decyzji, a z drugiej strony, system ochrony zdrowia dzięki informatyzacji będzie zmierzał w kierunku rozwiązań przewidujących, wyprzedzających, spersonalizowanych i partycypacyjnych.

Podjęte działania

Najistotniejsze działania realizowane w obszarze informatyzacji ochrony zdrowia w Polsce w ostatnich latach obejmują:

Platforma e-Zdrowie (Platforma P1)

Platforma e-Zdrowie (P1), rozwijana w ramach projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (P1), oferuje cyfrowe usługi publiczne w ochronie zdrowia poprzez dostarczanie centralnej infrastruktury IT i odpowiednich rozwiązań w zakresie oprogramowania. Za pośrednictwem funkcjonalności tej platformy m.in. wprowadzono do powszechnego użycia e-receptę (obowiązkowa od stycznia 2020 r.), e-skierowanie (obowiązkowe od stycznia 2021 r. w przypadku określonego katalogu świadczeń), uruchomiono IKP oraz aplikację gabinet.gov.pl, która umożliwia lekarzom m.in. wystawianie e-recept i e-skierowań oraz uzupełnianie e-Karty Szczepień w związku z przeprowadzeniem szczepienia ochronnego. Dalsze prace koncentrują się na upowszechnieniu obowiązku stosowania e-recepty, ogólnopolskim wdrożeniu e-skierowania na kolejne świadczenia, rozbudowie IKP o kolejne funkcjonalności oraz działaniach umożliwiających wymianę EDM i raportowanie zdarzeń medycznych – 30 czerwca 2021 r. zakończył się pilotaż EDM. Ponadto, w maju 2021 r. uruchomiono aplikację mobilną „mojeIKP”, która zapewnia łatwy dostęp do IKP.

W 2020 roku resort zdrowia podjął decyzję o rozszerzeniu zakresu funkcjonalnego Projektu e-Zdrowie (P1) o usługi pozwalające na załatwienie kluczowych dla pacjenta spraw on-line, bez konieczności kontaktu osobistego z personelem administracyjnym i medycznym, co jest szczególnie istotne w stanach zagrożenia epidemicznego. Rozszerzenie Projektu e-Zdrowie zakłada m.in. jego rozbudowę o centralną elektroniczną rejestrację na wybrane świadczenia zdrowotne, usługę e-wizyty z pracownikiem medycznym oraz zamówienie e-recepty. Wdrożenie tych usług jest przewidziane do końca 2021 r. Rozwiązania te przyczynią się do bardziej efektywnego udzielania świadczeń zdrowotnych, poprawy ich jakości, zadowolenia pacjentów oraz skrócenia kolejek do uzyskania świadczenia zdrowotnego.

E-recepta

Wśród kluczowych e-usług, które zwiększają dostępność do świadczeń w polskim systemie ochrony zdrowia udostępnionych za pośrednictwem Platformy e-Zdrowie, należy wymienić e-receptę. W maju 2018 r. rozpoczął się pilotaż e-recepty. Od początku 2019 r. e-receptę można było realizować we wszystkich aptekach w całym kraju, a od 8 stycznia 2020 r. wystawianie e-recepty jest co do zasady obowiązkowe.

Wprowadzone dotychczas w ramach platformy e-zdrowie rozwiązania takie jak e-recepta oraz e-skierowanie, przyczyniły się do zwiększenia liczby udzielonych zdalnie świadczeń w warunkach pandemii, ułatwiając pracę lekarzom, a pacjentom dając możliwość otrzymania e-recepty na niezbędne leki bez wychodzenia z domu.

E-skierowanie

E-skierowanie jest drugą wśród kluczowych e-usług dostępnych za pośrednictwem Platformy e-Zdrowia. Pilotaż e-skierowania rozpoczął się w lutym 2019 r. Pierwsze e-skierowanie zostało wystawione w grudniu 2018 r. i zrealizowane w styczniu 2019 r. W 2019 r. rozpoczęło się wdrożenie ogólnokrajowe. Wystawianie e-skierowań i ich elektroniczna obsługa są obowiązkowe od stycznia 2021 r., przy czym obowiązek ten dotyczy wybranego katalogu świadczeń²⁰⁰.

Warto podkreślić, że również wdrożenie elektronicznych skierowań i ich obsługi za pośrednictwem Platformy e-Zdrowie stanowiło ważne narzędzie wobec pandemii COVID-19, umożliwiające zminimalizowanie osobistego kontaktu między pacjentami a pracownikami medycznymi w sytuacji, gdy kontakt ten nie był niezbędny.

Internetowe Konto Pacjenta

Stale rozwijana jest liczba funkcji dostępnych w IKP. Za jego pośrednictwem pacjenci mają dostęp m.in. do wystawionych e-recept z informacją o dawkowaniu leków, e-skierowań oraz historii leczenia finansowanego ze środków publicznych, mogą elektronicznie składać deklaracje wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ. Istnieje także możliwość upoważnienia przez pacjenta osoby trzeciej np. - osoby bliskiej lub lekarza do dostępu do informacji o stanie jego zdrowia i historii przepisanych leków widocznych w IKP.

W związku z zagrożeniem związanym z COVID-19, uruchomione zostały dodatkowe funkcjonalności na IKP – dzięki nim użytkownik IKP ma dostęp do usług związanych z pandemią: wynik ostatnio zleconego testu diagnostycznego w kierunku koronawirusa, informację o nałożonych kwarantannach lub izolacjach domowych, link do formularza „Kwarantanna - zgłoszenie online”, umożliwiającego kontakt z sanepidem, obsługa procesu szczepień na Covid-19 (od umówienia się na szczepienie, po pobranie potwierdzenia przyjęcia dawki szczepienia).

Ponadto, w zakładce „Skierowania” pojawiły się **wygenerowane skierowania na szczepienie przeciw COVID-19**, zgodnie z harmonogramem ustalany przez MZ. Dysponując takim e-skierowaniem, pacjent może przejść do systemu e-rejestracji i wybierając wolny termin w dogodnym miejscu, zapisać się na szczepienie ochronne przeciwko COVID-19.

²⁰⁰ Obejmuje: ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, za wyjątkiem porady w zakresie logopedii, leczenie szpitalne, badania medycyny nuklearnej oraz badania tomografii komputerowej, w tym przypadku także te, które są finansowane ze środków innych niż ubezpieczenie w NFZ, rezonans magnetyczny, badanie endoskopowe przewodu pokarmowego, a także badanie echokardiograficzne płodu.

Wiosną 2021 r. uruchomiono dodatkowo aplikację „mojeIKP”, która zapewnia pacjentom wygodny dostęp do IKP na urządzeniach mobilnych.

Wymiana EDM i raportowanie zdarzeń medycznych

Jak wskazano w IV edycji badania dojrzałości cyfrowej świadczeniodawców (CSIOZ, wrzesień 2019 r.), ok. 50% placówek medycznych przechowuje dokumentację w postaci elektronicznej. Badanie również wykazało, że dla dalszego rozwoju EDM świadczeniodawcy muszą przezwyciężyć bariery w postaci niewystarczającego wyposażenia w sprzęt IT i infrastrukturę sieciową, braku zintegrowanych rozwiązań w zakresie oprogramowania, niewystarczającego przeszkolenia kadry czy też braku finansowania na inwestycje i utrzymanie.

Obecnie cała dokumentacja medyczna powinna być prowadzona w postaci elektronicznej, a w postaci papierowej może być tworzona tylko w wyjątkowych przypadkach np. gdy warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają jej prowadzenie w postaci elektronicznej. Część rodzajów dokumentacji medycznej musi być obligatoryjnie wytwarzana jako EDM, tj. w postaci elektronicznej i w formatach określonych przez Centrum e-Zdrowia. Lista EDM jest stale poszerzana, a docelowo cała dokumentacja medyczna będzie prowadzona w postaci elektronicznej. Od lipca 2021 r. wszedł w życie obowiązek wymiany danych zawartych w EDM określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 13a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666). Wymiana EDM będzie się odbywała przez Platformę P1, która będzie przechowywała indeksy EDM. Od lipca 2021 r. ruszyło również raportowanie tzw. zdarzeń medycznych, tj. informacji o udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Dzięki temu Platforma e-Zdrowie będzie zawierała historię leczenia pacjentów (zarówno finansowanego ze środków publicznych, jak i prywatnych), do której dostęp będą mieli lekarze i inni pracownicy medyczni na zasadach określonych w obowiązujących przepisach. Do swojej historii leczenia wgląd będą mieli również pacjenci za pośrednictwem IKP. Dzięki temu m.in. ograniczona zostanie ilość powielanych badań diagnostycznych, a pacjenci nie będą musieli samodzielnie dostarczać swojej dokumentacji medycznej podmiotom wykonującym działalność leczniczą.

Pierwsza część Pilotażu EDM zakończyła się 30 kwietnia 2021 r., a w jego ramach usługodawcy mieli możliwość praktycznego sprawdzenia obsługi funkcjonalności Zdarzeń Medycznych, indeksowania EDM oraz wymiany EDM.

Mając na celu dalsze wsparcie usługodawców we wdrażaniu funkcjonalności związanych z procesem wymiany EDM, 1 maja 2021 r. został uruchomiony Pilotaż, który koncentruje się na funkcjonalnościach związanych z wymianą EDM. Pilotaż zakończył się 30 czerwca 2021 r. W ramach jego usługodawcy mogli skorzystać z dofinansowania nabycia i sfinansowania urządzeń informatycznych, oprogramowania, usług związanych z prowadzeniem wymiany EDM oraz z finansowania aktywnego udziału w Pilotażu.

Ponadto do projektowanych w ramach inwestycji „Przyspieszenie procesów transformacji cyfrowej ochrony zdrowia poprzez dalszy rozwój usług cyfrowych w ochronie zdrowia” działań należy m.in. budowa centralnego repozytorium danych medycznych. Działanie to zostało zaakceptowane przez KE w toku prac nad Krajowym Planem Odbudowy i jest wpisane zarówno w zakres merytoryczny KPO, jak i w wyznaczone cele i wskaźniki do osiągnięcia do czasu zakończenia wdrażania KPO, tj. do 2026 r.

Aplikacja gabinet.gov.pl

W ramach projektu P1 utworzona została także aplikacja gabinet.gov.pl. Adresatami aplikacji są podmioty wykonujące działalność leczniczą, lekarze i inni pracownicy medyczni. Aplikacja

daje m.in. możliwość przyjmowania i wystawiania e-skierowań, wystawiania e-recept oraz dostęp do danych pacjenta zgromadzonych w ramach Platformy e-Zdrowie. Aplikacja gabinet.gov.pl została uruchomiona bezpłatnie w lipcu 2019 r. i jest rozwijana o kolejne funkcjonalności.

W czerwcu 2020 r. aplikacja została poszerzona o funkcjonalności krytyczne w związku z pandemią COVID-19: zlecenie testów na obecność koronawirusa, wprowadzanie wyników tych testów oraz ich przekazywanie do systemu EWP, wystawienie ZLK-1 (zgłoszenie chorób zakaźnych), nakładanie i zmianę izolacji oraz kwarantanny.

Aplikacja gabinet.gov.pl w znaczący sposób wsparła proces obsługi szczepień ochronnych przeciwko COVID-19. Za jej pomocą (poprzez przekierowanie do systemu e-rejestracja) istnieje możliwość umówienia terminu szczepienia, dodania badania kwalifikacyjnego, wystawienia skierowania na szczepienie ochronne przeciwko COVID-19 oraz dodanie informacji o odbyciu szczepienia (ze szczegółową informacją o dacie, numerze dawki, czy nazwie podanej szczepionki). Aplikacja pozwala również na zgłoszenie NOP (niepożądanego odczynu poszczepiennego).

Elektroniczne potwierdzanie zlecenia na wyroby medyczne

1 stycznia 2020 r. uruchomiono elektroniczne potwierdzanie zleceń na wyroby medyczne przez NFZ, co w znaczący sposób ułatwiło zaopatrzenie w wyroby medyczne osobom, które po otrzymaniu zlecenia nie muszą już udawać się do oddziału wojewódzkiego NFZ w celu potwierdzenia zlecenia. Pacjent już podczas wizyty u lekarza może uzyskać potwierdzenie zlecenia z NFZ i bezpośrednio udać się do właściwego punktu (sklepu), realizującego zlecenia na wyroby medyczne.

Projekt e-usługi

Projekt pn. *Wprowadzenie nowoczesnych e-usług w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia* (projekt e-usługi) jest realizowany w wybranych podmiotach podległych/nadzorowanych przez Ministra Zdrowia (52 podmioty) i przewiduje wdrożenie w nich kluczowych e-usług (wymiana EDM, e-rejestracja, e-zlecenie, e-analizy), jak również wyposażenie tych podmiotów w nowoczesną infrastrukturę IT. Termin realizacji projektu to 01.01.2019 do 30.09.2022.

PODSUMOWANIE

- Rozwój Platformy P1 pozwolił na uruchomienie IKP i wielu ważnych e-usług, np. e-recepty i e-skierowania, co daje potencjał do budowania kolejnych e-usług zarówno dla pacjentów, jak i kadry medycznej. Dalszy rozwój e-zdrowia daje szansę na ograniczenie kosztów, dzięki m.in. eliminacji powielania badań, czy uniknięcia blokowania kolejek na świadczenia zdrowotne, co jest szczególnie potrzebne w kontekście identyfikowanych wyzwań, nadchodzącego kryzysu gospodarczego (skutek pandemii COVID-19), a co za tym idzie – ograniczenia środków na świadczenia zdrowotne.
- Kontynuowany jest proces informatyzacji sektora ochrony zdrowia ukierunkowanej na zwiększenie świadomości i udziału pacjentów w zarządzaniu swoim zdrowiem, zwiększenie komfortu i bezpieczeństwa pracy kadry medycznej

oraz ograniczenie nierówności w dostępie do oferowanych świadczeń medycznych oraz zwiększenia ich jakości.

- Celem podejmowanych działań powinna być również budowa odporności sektora ochrony zdrowia na kryzysy epidemiczne w dłuższej perspektywie.

INNOWACJE, SEKTOR B+R W MEDYCYNIE

Nakłady na badania i rozwój osiągają w Rzeczypospolitej Polskiej jeden z najniższych poziomów w krajach OECD oraz UE. W 2019 r. nakłady wewnętrzne na działalność B+R wyniosły 30,3 mld zł i wzrosły w stosunku do poprzedniego roku o 18,1%²⁰¹.

W 2019 r. wskaźnik GERD wyniósł 1,32% (w 2018 r. – 1,21%)²⁰². Wartość wskaźnika GERD (*Gross Domestic Expenditures on Research & Development*) informującego o łącznych nakładach na działalność badawczo-rozwojową w relacji do produktu krajowego brutto w Polsce zmienia się bardzo nieznacznie i odbiega od trendów dominujących w najbardziej rozwiniętych gospodarkach światowych.

Udział nakładów badawczo-rozwojowych (B+R) w relacji do PKB nadal jest znacznie niższy niż średnia dla UE-28 (2,03%)²⁰³, mimo że ich wysokość się podwoiła w ciągu poprzedzającej dekady. Pomimo to warto wskazać, że wśród krajów Europy Środkowo-Wschodniej Rzeczpospolita Polska ma jeden z wyższych udziałów nakładów B+R w obszarze ochrony zdrowia w relacji do nakładów B+R ogółem.

W 2019 r. średnia wartość nakładów wewnętrznych na działalność B+R przypadająca na 1 mieszkańca wyniosła 789 zł i w stosunku do roku poprzedniego wzrosła o 18,2%. Liczba podmiotów prowadzących działalność w obszarze B+R wzrosła natomiast w 2019 r. o 1,5% w stosunku do 2018 r.²⁰⁴.

Tabela 11. Wybrane dane z zakresu działalności B+R w Rzeczypospolitej Polskiej²⁰⁵

WYSZCZEGÓLNIENIE	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Liczba podmiotów w działalności B+R	3 474	4 427	4 871	5 102	5 779	5 863
Nakłady krajowe brutto na działalność B+R (GERD) w mln zł	16 168	18 061	17 943	20 578	25 648	30 285

²⁰¹ GUS (2020), *Działalność badawcza i rozwojowa w Polsce w 2019 roku* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/nauka-i-technika/dzialalnosc-badawcza-i-rozwojowa-w-polsce-w-2019-roku,8,9.html>; dostęp 29.12.2020.

²⁰² OECD (2019), *Data, Gross domestic spending on R&D*; <https://data.oecd.org/rd/gross-domestic-spending-on-r-d.htm>; dostęp 29.12.2020.

²⁰³ OECD (2019), *Data, Gross domestic spending on R&D*; <https://data.oecd.org/rd/gross-domestic-spending-on-r-d.htm>; dostęp 11.12.2019.

²⁰⁴ GUS (2020), <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/nauka-i-technika/dzialalnosc-badawcza-i-rozwojowa-w-polsce-w-2019-roku,8,9.html>; dostęp 29.12.2020.

²⁰⁵ GUS (2020), <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/nauka-i-technika/dzialalnosc-badawcza-i-rozwojowa-w-polsce-w-2019-roku,8,9.html>; dostęp 29.12.2020.

Relacja nakładów krajowych brutto na działalność B+R (GERD) do PKB w %	0,94	1,00	0,96	1,03	1,21	1,32
--	------	------	------	------	------	------

(źródło: GUS, 2020)

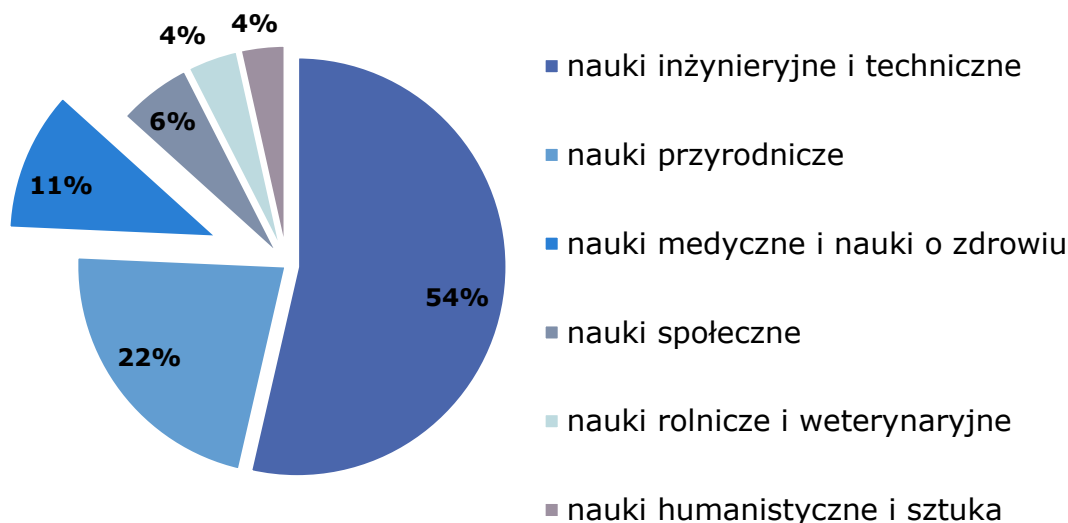
Wydatki B+R w obszarze nauk medycznych i nauk o zdrowiu stanowią ok. 10–12% ogółu wydatków na badania i rozwój i cecha ta jest stabilna w czasie²⁰⁶.

Jak wskazano w publikacji GUS pt. *Działalność badawcza i rozwojowa w Polsce w 2018 r.* na nauki inżynierskie i techniczne w 2018 r. przypadło 53,6% nakładów wewnętrznych na projekty B+R (wobec 52,3% w 2017 r.), przy czym najwięcej nakładów na prace związane z tą dziedziną B+R poniósł sektor przedsiębiorstw (84,6%). Udział pozostałych dziedzin w nakładach wewnętrznych na B+R wyniósł: nauki przyrodnicze – 22,1%, nauki medyczne i nauki o zdrowiu – 11%, nauki społeczne – 5,8%, nauki rolnicze i weterynaryjne – 4%, nauki humanistyczne i sztuka – 3,5%²⁰⁷. Procentowy udział nakładów wewnętrznych na projekty B+R wg poszczególnych dziedzin przedstawiono na Ryc. 57.

²⁰⁶ GUS (2019), Bank Danych Lokalnych. *Nakłady wewnętrzne na działalność B+R według dziedzin B+R*; <https://bdl.stat.gov.pl>; dostęp 11.12.2019.

²⁰⁷ GUS (2019), *Działalność badawcza i rozwojowa w Polsce w 2018 r.*; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/nauka-i-technika/dzialalnosc-badawcza-i-rozwojowa-w-polsce-w-2018-roku,15,3.html>, dostęp 11.12.2019.

Rycina 56. Nakłady wewnętrzne na działalność badawczą i rozwojową według dziedzin B+R

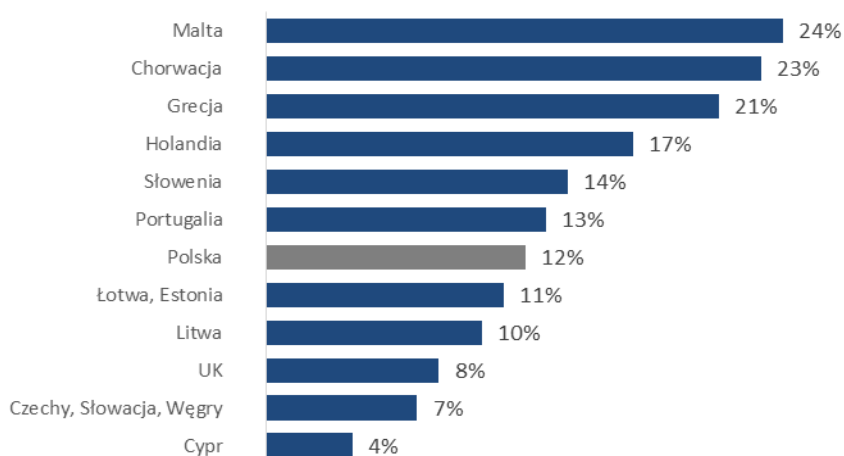


(źródło: GUS, 2019 r., Działalność badawcza i rozwojowa w Polsce w 2018 roku)

Z kolei wg metodologii przyjętej przez WHO udział nakładów B+R na ochronę zdrowia w całości nakładów przeznaczonych na obszar B+R w Rzeczypospolitej Polskiej w 2017 r. wynosił 12%. Wartości osiągnięte dla tego wskaźnika w wybranych państwach członkowskich UE przedstawia Ryc. 58.

Rycina 57. Udział nakładów B+R na ochronę zdrowia w całości nakładów B+R

Udział nakładów B+R na ochronę zdrowia w całości nakładów B+R w raportujących krajach Europy



Źródło: WHO Global Observatory on Health R&D

(źródło: WHO, dane z 2017 r., <https://www.who.int/research-observatory/monitoring/inputs/gerd/en/>; dostęp 10.05.2020)

Wartość nakładów na B+R w obszarze ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w 2017 r. szacowana jest na 2,4 mld PLN. Wśród krajów Europy Środkowo-Wschodniej Rzeczpospolita

Polska ma jeden z wyższych udziałów nakładów B+R w obszarze ochrony zdrowia w relacji do nakładów B+R ogółem²⁰⁸.

W ramach sektora B+R prowadzone są badania podstawowe, badania stosowane, badania przemysłowe i prace rozwojowe.

Zgodnie z nimi badania podstawowe to oryginalne prace badawcze eksperymentalne lub teoretyczne podejmowane przede wszystkim w celu zdobywania nowej wiedzy o podstawach zjawisk i obserwowalnych faktów bez nastawienia na bezpośrednie zastosowanie komercyjne. Badania stosowane to z kolei prace badawcze zorientowane zwłaszcza na zastosowanie w praktyce. Badania przemysłowe mają natomiast na celu zdobycie nowej wiedzy oraz umiejętności w celu opracowywania nowych produktów, procesów i usług lub wprowadzania znaczących ulepszeń do istniejących produktów, procesów i usług; badania te uwzględniają tworzenie elementów składowych systemów złożonych, budowę prototypów w środowisku laboratoryjnym lub w środowisku symulującym istniejące systemy, szczególnie do oceny przydatności danych rodzajów technologii. Prace rozwojowe to nabywanie, łączenie, kształtowanie i wykorzystywanie dostępnej aktualnie wiedzy i umiejętności z dziedziny nauki, technologii i działalności gospodarczej oraz innej wiedzy i umiejętności do planowania produkcji oraz tworzenia i projektowania nowych, zmienionych lub ulepszonych produktów, procesów i usług, z wyłączeniem prac obejmujących rutynowe i okresowe zmiany wprowadzane do produktów, linii produkcyjnych, procesów wytwórczych, istniejących usług oraz innych operacji w toku, nawet jeżeli takie zmiany mają charakter ulepszeń.

Za koło zamachowe innowacyjnych gospodarek można uznać badania stosowane oraz badania przemysłowe, będące próbą praktycznego wdrożenia nowych koncepcji. W obszarze ochrony zdrowia w Polsce tego typu działania skoncentrowane są w trzech głównych grupach. Są to:

- badania kliniczne prowadzone przez podmioty globalne;
- badania prowadzone przez kluczowych polskich graczy rynkowych;
- badania prowadzone przez spółki badawczo-rozwojowe i start-upy.

Badania kliniczne realizowane w Rzeczypospolitej Polskiej na zlecenie globalnych firm farmaceutycznych są w 85 badaniami II i III fazy, czyli prowadzonymi do lepszego poznania preparatu oraz do masowego potwierdzenia jego skuteczności i bezpieczeństwa. Liczba nowo rozpoczynanych badań w ostatnich latach była stabilna i wahała się między 400 a 450 nowych wniosków rocznie. W 2020 roku zostało złożonych do rejestracji 597 wniosków o rozpoczęcie badania klinicznego produktu leczniczego i była to najwyższa w historii liczba wniosków o rozpoczęcie badania klinicznego złożona w danym roku. Najwięcej badań klinicznych (ponad 29%) dotyczy produktów leczniczych stosowanych w onkologii. 8% wniosków dotyczyło badań klinicznych zaplanowanych dla populacji pediatrycznej. W 2020 roku do Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych wpisano 459 badań klinicznych produktów leczniczych, w tym 20 badań sponsorów niekomercyjnych.

W Polsce przeważająca większość badań klinicznych jest realizowana na podstawie protokołów badawczych zagranicznych koncernów farmaceutycznych. Pomimo istnienia rodzimych podmiotów o wysokim potencjale ich zaangażowanie w prowadzenie badań klinicznych jest niewystarczające.

²⁰⁸ WHO (2019), *Global Observatory on Health R&D*; <https://www.who.int/research-observatory/monitoring/inputs/gerd/en/>; dostęp 11.12.2019.

Negatywną cechą badań klinicznych w Polsce jest bardzo niska liczba niekomercyjnych badań klinicznych – około 1% w porównaniu z kilkudziesięcioma procentami w krajach Europy Zachodniej. Wśród wniosków złożonych w 2020 r. aż 62 wnioski dotyczyły badań niekomercyjnych (dla porównania w 2019 roku wpłynęło 18 tego typu wniosków). Sytuacja ta może ulec znacznej poprawie dzięki działalności ABM.

Miało to swoje podłoże w równorzędnym dotąd traktowaniu badań komercyjnych i niekomercyjnych, co skutkowało obciążeniami dokumentacyjnymi i ubezpieczeniowymi niemal nie do spełnienia dla niekomercyjnego zespołu badawczego. Dodatkowo brakowało źródeł finansowania ze środków publicznych niekomercyjnych badań klinicznych. Jednocześnie, wśród polskich ośrodków badawczych w niewielkim stopniu rozwinięte są struktury współpracy. Zmieni się to dzięki powoływanej przez ABM Polskiej Sieci Ośrodków (PSO), która będzie jednoczyć i wspomagać działalność najlepszych ośrodków badań klinicznych w Polsce. Rzeczpospolita Polska na razie zaistniała na arenie Europejskiej Sieci Infrastruktur Badań Klinicznych (ECRIN) jako 3 letni obserwator, z docelowym zamiarem stania się po tym czasie pełnoprawnym członkiem ECRIN. Chociaż pod względem liczby badań Polska znajduje się na 7. miejscu w UE, *per capita* realizuje prawie dwukrotnie mniej badań niż inne kraje z Europy Środkowo-Wschodniej. Przyczyn małej popularności badań wśród pacjentów należy upatrywać w:

- 1) niskim zaufaniu do badań klinicznych co może być skutkiem braku właściwej edukacji;
- 2) braku polskojęzycznej wyszukiwarki aktualnie prowadzonych badań klinicznych, szczególnie tych z otwartą aktualnie rekrutacją;
- 3) niewystarczającej popularyzacji i samego zagadnienia badań klinicznych.

Rozwój polskiego rynku farmaceutycznego doprowadził do wykształcenia się silnych graczy na rynku lokalnym, z ambicjami międzynarodowymi, zainteresowanych rozwijaniem i komercjalizacją innowacyjnych projektów. Jednocześnie bardzo wysokie koszty prowadzenia badań klinicznych wieloośrodkowych, na dużych i zróżnicowanych populacjach pacjentów generuje olbrzymie koszty prowadzenia takich badań, co zniechęca lub wręcz uniemożliwia prowadzenie badań faz III na gruncie polskich firm farmaceutycznych.

Raport OECD i KE *Health at a Glance 2018*, analizujący sytuację ochrony zdrowia w 35 krajach europejskich, wskazuje, że ponad jedna piąta nakładów na zdrowie jest wydawana nieefektywnie. Inwestycje w ochronę zdrowia, w szczególności podnoszące efektywność i wprowadzające innowacje, przyczyniają się do wydłużeń i poprawy jakości życia pacjentów, co z kolei przyczynia się do rozwoju państwa²⁰⁹.

Podjęte działania

Zadania na rzecz rozwoju gospodarczego i społecznego państwa w oparciu o wyniki badań naukowych są realizowane przede wszystkim przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (NCBR) oraz Narodowe Centrum Nauki (NCN) – agencje wykonawcze podległe Ministerstwu Edukacji i Nauki.

Misją NCN jest wspieranie działalności naukowej w zakresie badań podstawowych. Badania te nie dotyczą jednak w szczególności sektora ochrony zdrowia. Jedyne nabory realizowane dotąd przez NCN w obszarze ochrony zdrowia to konkurs pn. „Szybka ścieżka na badania

²⁰⁹ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 49.

COVID-19”. Jednakże, co do zasady, wszelkie tematy, także dotyczące ochrony zdrowia, mogą być realizowane w ramach wszystkich konkursów ogłaszanych przez ww. instytucję.

Zadaniem NCBR jest natomiast wspomaganie polskich jednostek naukowych oraz przedsiębiorstw w tworzeniu i wykorzystywaniu wyników badań naukowych w praktyce (ich komercjalizacji). Poprzez współfinansowanie procesów badawczo-rozwojowych w polskich firmach i na uczelniach NCBR zmniejsza ryzyko biznesowe towarzyszące opracowywaniu i wdrażaniu przełomowych projektów. Jednocześnie poprzez swoje działanie zachęca doświadczonych i rozpoczynających działalność przedsiębiorców do podjęcia prac nad innowacjami. NCBR wdraża i realizuje także projekty międzynarodowe (w tym współfinansowane ze środków europejskich) i wiele programów krajowych, które dotyczą m.in. sektora ochrony zdrowia²¹⁰.

Projekty dotyczące ochrony zdrowia w okresie programowania polityki spójności w latach 2014–2020 współfinansowane są ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR) w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjny Rozwój (PO IR). PO IR to największy w obecnym okresie programowania w UE program wspierający rozwój badań i tworzenie innowacji. Wsparcie jest przeznaczone na realizację projektów B+R, które obejmują badania przemysłowe i prace rozwojowe.

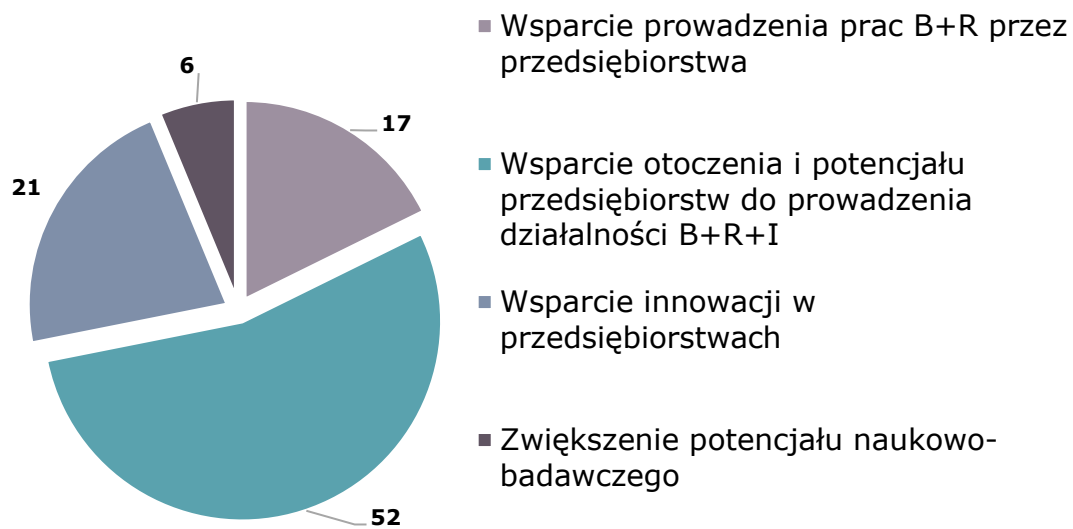
W ramach PO IR realizowane są m.in. działania dotyczące *Narzędzia 31 Wsparcie rozwoju prac B+R+I w obszarze zdrowia*, określonego w ramach dokumentu *Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*.

Według stanu na 31 grudnia 2019 r. w obszarze zdrowia w ramach I Osi Priorytetowej *Wsparcie prowadzenia prac B+R przez przedsiębiorstwa* realizowanych jest 17 projektów o wartości unijnego dofinansowania prawie 111 mln zł (26% ogółu środków finansowych dedykowanych ochronie zdrowia w ramach Programu). Najwięcej projektów realizowanych jest w ramach II Osi Priorytetowej *Wsparcie otoczenia i potencjału przedsiębiorstw do prowadzenia działalności B+R+I* (52 projekty o wartości dofinansowania 226 mln zł, co stanowi 52% ogółu środków dedykowanych ochronie zdrowia w ramach Programu). W ramach III Osi Priorytetowej *Wsparcie innowacji w przedsiębiorstwach* zawarto umowy o dofinansowanie 21 projektów dotyczących nauki w obszarze ochrony zdrowia o wartości 14 mln zł, co stanowi 3% ogółu środków dedykowanych ochronie zdrowia w ramach Programu. Najmniej projektów (6) realizowanych jest w ramach IV osi *Zwiększenie potencjału naukowo-badawczego*, przy stosunkowo wysokiej wartości unijnego dofinansowania – prawie 85 mln zł (19% ogółu środków dedykowanych ochronie zdrowia w ramach Programu).

Ryciny 59–61 przedstawiają wykaz projektów realizowanych w ramach PO IR, dla których wskazano opiekę zdrowotną jako główną dziedzinę działalności gospodarczej, a także odpowiadająca im wielkość wkładu UE (nominalnie – w mln PLN oraz jako udział w %) wg stanu na dzień 31 grudnia 2019 r.

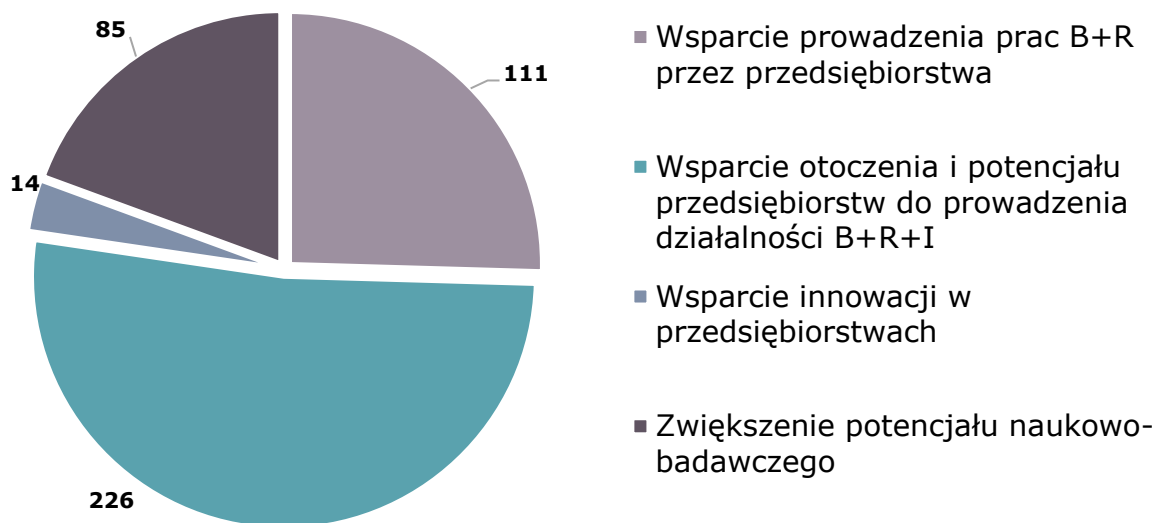
²¹⁰ Strona internetowa Narodowego Centrum Badań i Rozwoju,
https://www.ncbr.gov.pl/fileadmin/publikacje/Raport_2018_ost.pdf, dostęp 07.05.2020.

Rycina 58. Liczba projektów realizowanych w ramach PO IR w obszarze opieki zdrowotnej wg osi priorytetowej



(źródło: analiza MZ, 2020, na podstawie danych z SL 2014)

Rycina 59. Wartość projektów (wkład UE – środki EFRR) realizowanych w ramach PO IR w obszarze opieki zdrowotnej (w mln zł) wg osi priorytetowej



(źródło: analiza MZ, 2020, na podstawie danych z SL 2014)

Rycina 60. Udział procentowy wartości projektów (wkład UE – środki EFRR) realizowanych w ramach PO IR w obszarze opieki zdrowotnej wg osi priorytetowych



(źródło: analiza MZ, 2020, na podstawie danych z SL 2014)

Jak pokazują powyższe ryciny, zdecydowanie największa alokacja (a także liczba projektów) w ramach PO IR skierowana na rozwój innowacyjności w sektorze ochrony zdrowia została przeznaczona na zwiększenie potencjału naukowo-badawczego. POIR wspiera w ochronie zdrowia głównie projekty B+R oraz związane z rozwojem infrastruktury B+R realizowane m.in. przez instytuty badawcze oraz uczelnie medyczne.

Jednym z programów strategicznych realizowanych przez NCBR jest program o nazwie „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych – STRATEGMED”. Budżet całkowity programu to 800 mln zł. Głównym celem jest uzyskanie zasadniczego postępu w zakresie medycyny regeneracyjnej oraz zwalczania chorób cywilizacyjnych na bazie wyników badań naukowych i prac rozwojowych w obszarach: kardiologii i kardiochirurgii, onkologii, neurologii i badania zmysłów. Wśród celów szczegółowych programu należy wymienić m.in. wykreowanie dynamicznych, młodych zespołów badawczych w międzynarodowym składzie i o silnej, udokumentowanej pozycji międzynarodowej oraz transfer know-how i nowych technologii w zakresie profilaktyki, diagnostyki, terapii i rehabilitacji z polskich instytucji naukowych (publicznych organizacji badawczych) do gospodarki. W 2018 r. przeprowadzono ewaluację projektu, która wykazała istotne efekty medyczne, społeczne i ekonomiczne poszczególnych projektów z zastrzeżeniem, że ich realizacja w ograniczonym stopniu przyczynia się do osiągnięcia szeroko zdefiniowanego celu głównego programu. W wyniku przedmiotowej ewaluacji rekomendowano zmiany, wskazując jednocześnie na potrzebę kontynuacji programu. W tym samym roku kontynuowano finansowanie 45 projektów, rozdysponowując kwotę 112,1 mln zł, a także oceniono 43 raporty okresowe beneficjentów programu.

W NCBR prowadzone są również prace nad propozycją projektu strategicznego programu badań naukowych i prac rozwojowych „Zaawansowane technologie informacyjne, telekomunikacyjne i mechatroniczne – INFOSTRATEG”. Ww. program ma za zadanie wspierać wysokobudżetowe projekty B+R w ramach następujących pięciu strategicznych obszarów (kierunków) badań wskazanych przez Komisję ds. Programów Strategicznych Rady Centrum NCBR:

- Obszar 1: Przetwarzanie obrazów ze szczególnym uwzględnieniem zdjęć satelitarnych.
- Obszar 2: Metody informatyczne w medycynie spersonalizowanej, diagnostyce, terapii i chemoinformatyce.
- Obszar 3: Uczenie maszynowe w robotyce ze szczególnym uwzględnieniem sterowania autonomicznymi urządzeniami.
- Obszar 4: Cyberbezpieczeństwo dla obywateli, przedsiębiorstw i administracji.
- Obszar 5: Inteligentne systemy sterowania, zarządzania i łączności.

Według danych GUS przemysł farmaceutyczny jest najbardziej aktywnym pod kątem innowacji sektorem polskiej gospodarki. W celu zwiększenia konkurencyjności polskiej farmacji za granicą w perspektywie do 2026 r., w sierpniu 2018 r. NCBR ogłosiło w ramach Działania 1.2 „Sektorowe programy B+R” PO IR konkurs nr 3/1.2/2018 Program sektorowy InnoNeuroPharm²¹¹. Budżet konkursu wynosił 230 mln zł.

Dofinansowanie projektów z Europejskich Funduszy Inwestycyjnych i Strukturalnych (EFIS) w obszarze B+R+I dotyczących m.in. ochrony zdrowia można również uzyskać w ramach RPO, na podstawie Regionalnych Inteligentnych Specjalizacji (RIS) dla których instytucjami

²¹¹ Strona internetowa Narodowego Centrum Badań i Rozwoju;
https://www.ncbr.gov.pl/fileadmin/publikacje/Raport_2018_ost.pdf; dostęp 07.05.2020.

zarządzającymi są urzędy marszałkowskie. Natomiast projekty z obszarów o najwyższym potencjale naukowym i gospodarczym zdefiniowane zostały jako tzw. Krajowe Inteligentne Specjalizacje (KIS). W ich ramach powstają innowacyjne rozwiązania, podnoszące wartość dodaną wytwarzaną w gospodarce, a także zwiększające jej konkurencyjność. Do kluczowych obszarów, które mają stanowić podstawę wzrostu gospodarczego, należą m.in. działania na rzecz podnoszenia stanu zdrowia społeczeństwa (np. technologie medyczne czy nowoczesna diagnostyka²¹².

Istotnym krokiem na drodze rozwoju badań medycznych w Rzeczypospolitej Polskiej było wspomniane już utworzenie w 2019 r. Agencji Badań Medycznych (ABM) – jednostki odpowiedzialnej za rozwój badań naukowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Działania Agencji mają na celu wsparcie budowy innowacyjnego systemu opieki zdrowotnej poprzez ocenę czy nowe technologie medyczne i metody terapeutyczne powinny być stosowane dla zaspokojenia potrzeb społeczeństwa.

ABM odpowiada za realizację publicznych programów dotacyjnych z finansowaniem przeznaczonym na niekomercyjne badania kliniczne w Rzeczypospolitej Polskiej. Finansowane i rozwój badań klinicznych, umożliwiają polskim pacjentom dostęp do najnowszych technologii, są również szansą dla polskich naukowców na udział w światowych badaniach. Już w pierwszych dwóch latach funkcjonowania Agencji planowane jest przeznaczenie na te działania ponad 300 mln zł w ramach ogłaszanych konkursów.

Agencja wspiera także zwiększanie wydajności funkcjonowania opieki zdrowotnej poprzez działalność analityczną w zakresie oceny podejmowanych decyzji i ich wpływu na koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Realizuje własne badania naukowe i prace rozwojowe, a także inicjuje i rozwija współpracę międzynarodową w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Sektor badań i rozwoju w ochronie zdrowia, a w szczególności komercyjne badania kliniczne, rozwijany jest w Polsce od lat też m.in. w branży farmaceutycznej i wyrobów medycznych. Sektor farmaceutyczny uchodzi za jeden z najbardziej innowacyjnych obszarów, w którym na działalność B+R przeznacza się duże środki finansowe. Jak się jednak okazuje, zwrot z tej inwestycji jest coraz mniejszy. Według raportu pt. *Measuring the return from pharmaceutical innovation 2015. Transforming R&D returns in uncertain times*, przygotowanego przez firmę doradczą Deloitte, w 2015 r. wyniósł on zaledwie 4,2 proc., podczas gdy pięć lat wcześniej było to 10,1 proc.²¹³

W związku z tym planowane są mechanizmy i zachęty finansowe, takie jak Rozwojowy Tryb Refundacyjny (RTR), mające na celu długoterminowe zwiększenie bezpieczeństwa lekowego kraju poprzez promocję rozwoju przemysłu farmaceutycznego w Polsce. Pierwsze prace nad założeniami RTR rozpoczęły się jeszcze w 2016 r. w ramach współpracy Ministerstwa Zdrowia z ówczesnym Ministerstwem Rozwoju.

²¹² Publikacja Deloitte Polska *Badania i rozwój w przedsiębiorstwach 2016*; https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pl/Documents/Reports/pl_RD-2016-Poland-PL.pdf, dostęp 07.05.2020.

²¹³ Strona internetowa Magazynu „Kierunek Farmacja”, „Mniejsze firmy farmaceutyczne radzą sobie lepiej z działalnością R&D niż rynkowi liderzy”, <https://www.kierunekfarmacja.pl/artukul,26429,mniejsze-firmy-farmaceutyczne-radza-sobie-lepiej-z-dzialalnoscia-rd-niz-rynkowi-liderzy.html>, data publikacji: 08.04.2016 r.; dostęp 05.05.2020.

W 2019 r. opracowano raport nt. rekomendacji implementacji do polskiego porządku prawnego RTR²¹⁴. Raport składa się z części analitycznej oraz legislacyjnej. Jak stanowią zapisy przedmiotowego raportu, przywołującego cele Polityki Lekowej Państwa 2018–2020, Polityka Lekowa Państwa 2018–2022 (dokumentu, który określa priorytety działań rządu Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie gospodarowania lekami) w latach 2018–2022 powinna nastąpić poprawa poziomu innowacyjności sektora farmaceutycznego w Rzeczypospolitej Polskiej. Do realizacji tego celu może się przyczynić m.in. wdrożenie RTR, który będzie wspierał aktywność firm budujących ekosystem proinnowacyjnego przemysłu farmaceutycznego w Polsce, takie jak: rozbudowa zaplecza badawczo-rozwojowego, tworzenie popytu na wyspecjalizowane usługi okołoinnowacyjne, a także rozbudowa bazy produkcyjnej (ze szczególnym naciskiem na wytwarzanie terapii biotechnologicznych). RTR przewiduje przyznanie m.in. preferencji refundacyjnych (ale także rozwiązania z grupy narzędzi grantowych, poza zakresem szczegółowych rozwiązań²¹⁵.

PODSUMOWANIE

- W Rzeczypospolitej Polskiej nakłady na badania i rozwój mają jeden z najniższych poziomów w krajach OECD oraz UE.
- Wartość nakładów na B+R w obszarze ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej szacowana jest na 2,4 mld zł (2017)²¹⁶. Na tę kwotę składają się badania podstawowe, badania stosowane, badania przemysłowe i prace rozwojowe.
- Wydatki na ochronę zdrowia, a w szczególności na działania podnoszące efektywność i wprowadzanie innowacji nie powinny być postrzegane jako koszty ograniczane przez możliwości dostępnego budżetu, ale raczej jako inwestycje w jeden z głównych czynników rozwoju państwa.
- Jednocześnie należy zauważyć, że w ostatnim czasie zainicjowano w Polsce realizację szeregu programów współfinansowanych zarówno ze środków europejskich, jak i krajowych, w ramach, których wdrażanych jest wiele projektów, mających na celu rozwój działań badawczych i innowacyjności w ochronie zdrowia.
- Szczególne znaczenie dla rozwoju tego obszaru mają instytucje podległe resortowi nauki i szkolnictwa wyższego takie jak NCBR oraz NCN, a także utworzona w 2019 r. ABM jako jednostka podległa MZ, której misją jest rozwój badań naukowych w Rzeczypospolitej Polskiej.

²¹⁴ Raport końcowy w zakresie rekomendacji implementacji do polskiego porządku prawnego Rozwojowego Trybu Refundacyjnego (RTR) opracowany na zlecenie Ministerstwa Przedsiębiorczości i Technologii w ramach projektu współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego przez konsorcjum w składzie Czyżewscy Kancelaria Adwokacka s.c. Katarzyna Czyżewska, Krzysztof Czyżewski oraz PEX PharmaSequence Sp. z o.o.; <https://www.gov.pl/web/rozwoj/raport-nt-rekomendacji-implementacji-do-polskiego-prawa-rtr>.

²¹⁵ Informacje opracowane na podstawie komunikatu i raportu zamieszczonego na stronie internetowej Ministerstwa Rozwoju: <https://www.gov.pl/web/rozwoj/raport-nt-rekomendacji-implementacji-do-polskiego-prawa-rtr>.

²¹⁶ GUS BDL, Nakłady wewnętrzne na działalność B+R według dziedzin B+R; <https://bdl.stat.gov.pl>; dostęp 11.12.2019.

JAKOŚĆ W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Jakość jest pojęciem wielowymiarowym i złożonym pod względem jej oceny. Badania nad jakością pozwalają wyróżnić następujące jej wymiary: skuteczność, wydajność, dostęp do opieki, bezpieczeństwo, równość, odpowiedniość udzielonych świadczeń, opieka udzielona w odpowiednim czasie, akceptowalność, dostosowanie do potrzeb zdrowotnych (responsywność), poziom satysfakcji, poprawa²¹⁷ stanu zdrowia, zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń.

Jedna z bardziej upowszechnionych definicji „jakości” została opracowana przez Światową Organizację Zdrowia. Zgodnie z podejściem WHO „jakość” to świadczenie, które odpowiada określonym kryteriom i aktualnemu stanowi wiedzy medycznej w ramach posiadanych zasobów, zapewniając pacjentowi maksymalną korzyść zdrowotną oraz minimalne ryzyko utraty zdrowia²¹⁸. Pionierem teoretycznych rozważań nad tematyką jakości w opiece zdrowotnej był Donabedian, jeden z twórców podstaw nowoczesnego systemu jakości w opiece zdrowotnej. Według jego koncepcji „jakość to ten rodzaj opieki, w którym maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę oczekiwanych korzyści i strat towarzyszących procesowi opieki we wszystkich jej elementach”²¹⁹.

W trosce o poprawę jakości w opiece zdrowotnej podejmowane są inicjatywy i działania projakościowe, mające na celu polepszenie i/lub utrzymanie jakości w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych. Na poziom jakości w opiece zdrowotnej wpływ mają zasoby medyczne, kadrowe, infrastrukturalne i finansowe oraz sposób ich zorganizowania. W ramach działań systemu niezbędne jest zapewnienie społeczeństwu profilaktyki, promocji zdrowia, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, przy jednoczesnym spełnianiu oczekiwań z zakresu bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności²²⁰.

Stosowanymi systemami zewnętrznej oceny jakości w Rzeczypospolitej Polskiej w podmiotach leczniczych są: akredytacja Ministra Zdrowia, która dotyczy głównie jednostek lecznictwa zamkniętego oraz ocena zgodności z międzynarodową normą PN-EN ISO 9001:2015 – Systemy zarządzania jakością - Wymagania (ang. *Quality management systems - Requirements*), który można uznać za uniwersalny dla wszystkich form organizacyjnych podmiotów leczniczych.

Wśród zewnętrznych metod zapewnienia wysokiej jakości świadczeń akredytacja jest najszerzej sprawdzoną na świecie. Akredytacja to „zewnętrzny proces oceny, który dotyczy instytucji opieki zdrowotnej dobrowolnie poddających się ocenie opartej na określeniu stopnia zgodności z wcześniej znanymi standardami akredytacyjnymi, wykonywanej przez bezstronną i niezależną w decyzjach profesjonalną placówkę akredytacyjną, która przyznając akredytację, wydaje stosowne świadectwo”. Jej rola we współczesnych systemach zdrowotnych polega głównie na wyszukiwaniu zagadnień, które w największym stopniu wpływają na poziom świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów. W tych obszarach tworzone są mierzalne kryteria oceny placówek opieki zdrowotnej określonego typu, np. szpitali, lecznictwa otwartego czy

²¹⁷ Legido-Quigley H., McKee M., Nolte E., Glinos I.A., *Assuring the quality of Health Care in the European Union*, WHO, 2008, str. 35.

²¹⁸ Trela U., *Zarządzanie jakością w placówce medycznej. Certyfikacja systemów zarządzania, akredytacja Ministra Zdrowia*; Wydanie II uaktualnione Wiedza i Praktyka; Warszawa 2014: 9-14.

²¹⁹ Pintal-Ślimak M., Makandjou-Ola E., Pietruczuk M., *Jakość w opiece zdrowotnej, Diagnostyka laboratoryjna w Journal of Laboratory Diagnostic* 2018; 54(3) str. 198.

²²⁰ Saryusz-Wolska H., Wronka M., *Efektywności w opiece zdrowotnej – zarys wielowymiarowego problemu w okresie transformacji*, Studia Ekonomiczne/Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach 2013; (168) 256-269, str. 256.

zakońców opieki długoterminowej, zwane standardami akredytacyjnymi. Standardy te mają charakter dynamiczny, podlegają okresowej modyfikacji, zależnie od szybkości wywoływania pożądaných efektów. Dzięki temu spełnione jest założenie akredytacji polegające na stałym stymulowaniu do osiągnięcia poziomu optimum, jaki wyznaczają standardy akredytacyjne. Każdorazowo wymogi standardów muszą być na poziomie możliwie wysokim, a przy tym jednak realnie osiągalnym.

Najcenniejszym elementem systemu akredytacji jest to, że pojedyncza placówka, taka jak szpital, ma możliwość dokonania samooceny poprzez porównanie się z wzorcami dobrego postępowania jakimi są przyjęte standardy akredytacyjne. Określenie w ten sposób własnych słabych stron pozwala osobom zajmującym się jakością na poszukiwania sposobów poprawy funkcjonujących wewnątrz jednostki procesów.

Zasady i tryb udzielania akredytacji zostały określone w *ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia* (Dz. U. z 2016 r. poz. 2135). Zasady procedury oceniającej spełnienie standardów akredytacyjnych reguluje *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokość opłat za jej przeprowadzenie* (Dz. U. poz. 1216, z późn. zm.). Akredytacji udziela Minister Zdrowia na 3 lata w formie certyfikatu akredytacyjnego, kierując się rekomendacją Rady Akredytacyjnej. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJWOZ) pełni funkcję ośrodka akredytującego zajmującego się organizacją i przeprowadzeniem przeglądów akredytacyjnych oraz opracowywaniem raportu z przeglądu i proponowaniem oceny akredytacyjnej. Proces akredytacji w ochronie zdrowia reguluje sposób weryfikowania jakości w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych. Jej celem jest potwierdzenie czy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych spełnia standardy dotyczące właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz funkcjonowania podmiotu leczniczego. Poddanie się kontroli akredytacyjnej jest dobrowolne. W praktyce oznacza to, że nie wszystkie podmioty lecznicze decydują się na weryfikację spełniania standardów jakości. Stan na maj 2020 r.²²¹:

- 211²²² akredytowanych szpitali z 949²²³ szpitali w Rzeczypospolitej Polskiej, czyli 22,23%;
- 239²²⁴ akredytowanych placówek POZ z 22 tys. przychodni²²⁵, czyli 1,09% podmiotów.

Standard zarządzania systemem jakości ISO 9001:2008 został szeroko przyjęty w Rzeczypospolitej Polskiej. Należy stwierdzić, że nie jest narzędziem profesjonalnym do tworzenia i oceny jakości w szpitalach, nie jest dedykowany bezpośrednio rynkowi usług medycznych i nie stanowi czynnika kreującego w wystarczającym stopniu jakość końcową usługi medycznej. Szpitale wdrażające ten standard różnie interpretują poszczególne zapisy normy, co stwarza realne „różnicowanie jakości”, pomimo posiadania takich samych tzw. „jednakowych” certyfikatów przez poszczególne szpitale. Ponadto istnieje bardzo wiele jednostek certyfikujących szpitale na zgodność z normami ISO 9001:2008, które również

²²¹ www.cmj.org.pl; dostęp 04.02.2021.

²²² Według stanu na 13.05.2020.

²²³ Zgodnie z danymi GUS o liczbie szpitali ogólnych.

²²⁴ Według stanu na 04.02.2021.

²²⁵ W raporcie GUS - Przychodnia – przedsiębiorstwo/zakład leczniczy podmiotu leczniczego, w którym udziela się ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. Przychodnie łącznie z ośrodkami zdrowia, poradniami, ambulatoriami i izbami chorych oraz zakładami badań diagnostycznych i medycznymi laboratoriami diagnostycznymi. Łącznie z danymi o placówkach podległych resortom MON i MSWiA.

powinny być poddawane branżowym akredytacjom. Zarządzający szpitalami często nie dysponują wiedzą, które jednostki, posiadają specjalne uprawnienia do certyfikacji szpitali.

Oprócz możliwości ubiegania się o miano ośrodka akredytowanego przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, istnieje sposobność pozyskania certyfikatu poświadczającego o zarządzaniu jakością zgodnie z normami ISO, które są powszechnie uznawane za podstawę budowania systemów zarządzania jakością we wszystkich organizacjach, bez względu na rodzaj ich działalności. Ich powszechność zastosowania (za zgodność z ISO 9001 może wystąpić firma transportowa, jak również zakład fryzjerski) powoduje, że trudno ocenić ich realny wpływ na poprawę jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta.

Podstawowym wyzwaniem w zakresie zarządzania jakością w systemie ochrony zdrowia jest z jednej strony niedosyt narzędziowy w tym obszarze, a z drugiej strony kwestia oceny praktyczności narzędzi stosowanych obecnie i ich faktycznego przełożenia na wysoką (a nie tylko powtarzalną) jakość.

Na jakość w systemie opieki zdrowotnej mają również wpływ zasoby organizacyjne podmiotów leczniczych i instytucji zaangażowanych w sektor zdrowia. Wyzwaniem pozostaje zapewnienie kadry zarządzającej i właściwej infrastruktury celem realizacji działań wspomagających udzielanie usług zdrowotnych dla pacjentów²²⁶.

Zadaniem podmiotów ochrony zdrowia jest udzielanie sprawnej pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia oraz skutecznej diagnostyki i leczenia, przyczyniające się do poprawy jakości życia. Istotne jest stałe monitorowanie wskaźników uzyskiwanych wyników leczenia oraz weryfikowanie czy istnieje równy dostęp do świadczeń medycznych, w tym monitorowanie czasu oczekiwania. Dla poprawy skuteczności istotne jest odnoszenie oceny do poszczególnych świadczeniodawców²²⁷.

Informacje pozyskiwane z powyższych rejestrów winny przede wszystkim stymulować poszukiwanie sposobów poprawy jakości opieki medycznej²²⁸. Ponadto informacje i wiedza pozyskana z rejestrów medycznych umożliwia działania promujące zdrowie i zapobieganie chorobom. Rejestry medyczne usprawniają funkcjonowanie opieki zdrowotnej w Polsce przez umożliwienie dokonywania porównań i oceny skuteczności, kompleksowości, efektywności i bezpieczeństwa, a także zgodności z aktualną wiedzą medyczną, najlepszego dostosowania do potrzeb zdrowotnych. Wnioski z rejestrów medycznych pozwalają także na wypracowanie i aktualizację dobrej praktyki klinicznej.

Kolejnym ważnym aspektem związanym z jakością opieki zdrowotnej jest ograniczenie zdarzeń niepożądanych. Statystyki światowe wskazują, że corocznie ok. 7–12% pacjentów korzystających z opieki szpitalnej doświadcza szkody z powodu zdarzeń niepożądanych. Tymczasem 40–70% zdarzeń niepożądanych można zapobiec. Szacuje się, że ok. 15% wydatków szpitalnych można przypisać kosztom związanym z ww. zdarzeniami²²⁹.

²²⁶ Kwestia kształcenia i doskonalenia kadr została opisana w osobnym podrozdziale *Kadry ochrony zdrowia*.

²²⁷ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 42.

²²⁸ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 52.

²²⁹ Sławomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: *Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*. Paris: OECD; 2017

Bezpieczeństwo opieki zdrowotnej stanowi, oprócz jakości, podstawowy wymiar nowoczesnych systemów ochrony zdrowia²³⁰.

Podjęte działania

Obecnie procedowana jest ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, który zakłada wdrożenie obowiązkowego systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych oraz minimalnych wymagań dotyczących jakości w opiece zdrowotnej. Ważnym elementem działań na rzecz jakości w opiece zdrowotnej są również działania podejmowane w celu tworzenia i rozwoju rejestrów medycznych. Wprowadzenie ustawy o jakości, która pozwoli również na każdym poziomie systemu ochrony zdrowia zaimplementować mechanizmy akredytacji, zostało ogłoszone w dokumencie programowym "Polski Ład".

W MZ realizowany jest również projekt PO WER pt. „Podnoszenie jakości opieki nad pacjentem w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”. Celem głównym tego projektu jest opracowanie modelu podnoszenia jakości opieki w praktyce lekarza POZ oraz jego wdrożenie przez szkolenia liderów oraz tworzenie grup rówieśniczo-partnerskich. Tworzenie grup rówieśniczo-partnerskich przez przeszkolonych liderów posiadających zdolności zarządcze oraz predyspozycje do pracy w grupie, a następnie regularnie odbywające się spotkania uczestników tych grup (pod kierunkiem ww. lidera), pozwolą na ich rozwój zawodowy, poszerzanie wiedzy, zdobywanie nowych doświadczeń i umiejętności. Dzięki temu będą mogli w swoich podmiotach wprowadzać rozwiązania poprawiające jakość opieki, a ich doświadczenia posłużą do opracowania rozwiązań organizacyjnych dla całego systemu ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Projekt skierowany jest do lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ. W pierwszej kolejności będą to aktywni lekarze, zainteresowani rozwijaniem swoich umiejętności zarządczych (planowana liczebność ww. grupy 128 osób), a następnie wykorzystywaniem ich do budowania i prowadzenia lokalnych grup rówieśniczo-partnerskich. Drugą grupą docelową będą natomiast lekarze POZ chcący być uczestnikami ww. grup (planowana liczebność: 800 lekarzy POZ). Podobny cel ma również obecnie realizowany w MZ projekt PO WER pn. „Wsparcie procesu poprawy jakości w patomorfologii poprzez wdrożenie standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi”, w ramach którego zaplanowano akredytowanie zakładów/pracowni patomorfologii. Zgodnie z założeniami pierwsze akredytacje zakładów patomorfologii spodziewane są na przełomie 2021/2022 r. Wprowadzenie – w oparciu o pilotaż projektu PO WER – akredytacji to realizacja założeń zmierzających do podniesienia jakości opieki nad pacjentem, szczególnie onkologicznym. Akredytacja ma na celu wyznaczenie jednolitych zasad postępowania w zakresie diagnostyki patomorfologicznej, niezależne od wielkości jednostki, rodzaju/rodzajów materiałów podlegających diagnostyce, czy struktury własnościowej zakładu/pracowni patomorfologii. Projekt przewiduje przeprowadzenie przeglądów akredytacyjnych (tzw. wizyt akredytacyjnych) w celu oceny standardów w 50 zakładach/pracowniach patomorfologii oraz wydanie co najmniej 40 certyfikatów akredytacyjnych. Docelowo – w efekcie realizacji ww. projektu – planuje się wprowadzenie

²³⁰Czuderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 52.

obowiązkowej akredytacji dla zakładów patomorfologii prowadzących badania finansowane przez NFZ.

CMJWOZ również realizuje projekty PO WER pn.:

- 1) wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki;
- 2) wsparcie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki,

których celem jest poprawa jakości i bezpieczeństwa opieki w podmiotach leczniczych, w głównej mierze poprzez wsparcie jednostek w procesie akredytacyjnym.

W związku z rozprzestrzeniającą się pandemią SARS-CoV-2 powstał Krajowy Rejestr Pacjentów z COVID-19 na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2020 r. w sprawie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 (Dz. U. poz. 625). W rejestrze zbierane są dane związane z diagnostyką zakażenia wirusem SARS-CoV-2, stanem zdrowia pacjenta, w tym objawy podczas przyjęcia pacjenta do szpitala lub izolatorium, wywiad epidemiologiczny i in. Dane z rejestru pozwalają na prowadzenie statystyki zakażeń COVID-19, analizę i monitorowanie bieżącego stanu epidemiologicznego oraz prognozowanie rozwoju epidemii, dzięki czemu umożliwiają podejmowanie decyzji koniecznych do ograniczenia negatywnych skutków pandemii.

PODSUMOWANIE

- Bezpieczeństwo pacjentów stanowi podstawowy wymiar jakości i priorytetową wartość w polityce zdrowotnej na całym świecie.
- Podstawą wiarygodnej oceny skuteczności i sprawności udzielania pomocy jest stałe monitorowanie wskaźników uzyskiwanych wyników leczenia, zapewnienie równego dostępu do świadczeń medycznych, w tym zagwarantowanie możliwie krótkiego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń.
- Najlepszym źródłem wiarygodnych danych są dedykowane rejestry kliniczne.

POLITYKA OPARTA NA WIEDZY

Powstanie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych związane było z koniecznością spełnienia wymogów KE w zakresie finansowania ze środków UE w perspektywie finansowej 2014–2020 inwestycji w ochronie zdrowia w oparciu o rzeczywiste dane (tzw. warunkowość ex-ante). Aktem wykonawczym wprowadzającym rozwiązania w postaci map potrzeb zdrowotnych są przepisy *ustawy z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. poz. 619).

Mapy potrzeb zdrowotnych były i są obecnie opracowywane przez MZ w ramach dwóch projektów systemowych:

- 1) Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych – współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu

Spółecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Projekt był realizowany w latach 2014–2015;

- 2) Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW) – współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Spółecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Projekt jest realizowany od 2015 r.

Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami wojewoda, na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych, ustala priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej na okres obowiązywania regionalnej mapy, w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych.

Opierając się na doświadczeniach MZ w zakresie tworzenia i wdrażania map potrzeb zdrowotnych, podjęto decyzję o nowelizacji systemu ich opracowywania i wdrożenia. Zastrzeżenia dotyczyły, m.in. składu wojewódzkiej rady, terminów tworzenia map, okresu obowiązywania map, niskiej skuteczności realizacji regionalnej polityki zdrowotnej i określania priorytetów, braku wynikających z map wniosków i rekomendacji.

Wobec powyższego, ustawą nowelizującą zostanie wprowadzone szereg zmian mających na celu usprawnienie organizacji tworzenia map potrzeb zdrowotnych i wykorzystania ich do kreowania polityki zdrowotnej na poziomie kraju i województwa.

W związku z tym, że MZ nabyło przez ostatnie lata doświadczenie w tworzeniu map potrzeb zdrowotnych i zbudowało zespół z odpowiednimi kompetencjami ustawa nowelizująca przewiduje kontynuację tego zadania w MZ. Kolejnymi argumentami przemawiającymi za pozostawieniem kwestii tworzenia map potrzeb zdrowotnych w MZ są ograniczone możliwości wojewodów do opracowania map, m.in. przez ograniczony dostęp do danych oraz narzędzi analitycznych. Ponadto pierwotna ustawa nie przewidywała skutków finansowych, dlatego też wojewodowie i NIZP-PZH-PIB nie będą w stanie zapewnić pracowników dla realizacji przewidzianych zadań w tym zakresie.

Zgodnie nowelizacją ustawy, mapa potrzeb zdrowotnych będzie składać się z analizy demograficznej i epidemiologicznej, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego, zamieszczane na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego oraz rekomendowanych kierunków działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw, tj. z uwzględnieniem regionalnych różnic w zdrowotności społeczeństwa i dostępności do opieki zdrowotnej. W ustawie nowelizującej wpisano przepis mówiący o współpracy Ministra Zdrowia z wojewodami w zakresie opracowania mapy potrzeb, w założeniu w szczególności w zakresie określania w mapie rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa. Na obecnym etapie współpraca ta przejawia się czynnym uczestnictwem Urzędów Wojewódzkich przy udziale OW NFZ w opracowaniu mapy potrzeb, która zostanie ogłoszona na podstawie ustawy nowelizującej. Działanie to pozwoli skrócić czas od momentu wejścia w życie ustawy nowelizującej do ogłoszenia pierwszej zmienionej na podstawie tej ustawy mapy potrzeb. Mapa będzie sporządzana raz na 5 lat, przy czym dane i analizy będą aktualizowane co roku. Dalsze zmiany dotyczą zastąpienia priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej nowym dokumentem o nazwie plan transformacji. Zmiana ta ma za zadanie jednoznacznie zidentyfikowanie i wzmocnienie ról podmiotów uczestniczących w procesie tworzenia i wdrażania mapy, z wyraźnym rozdzieleniem kompetencji w zakresie określania potrzeb zdrowotnych i wskazywania obszarów wymagających interwencji – przypadających Ministrowi Zdrowia – od proponowania konkretnych rozwiązań w postaci planów transformacji: krajowego – sporządzanego przez Ministra Zdrowia oraz wojewódzkich – sporządzanych przez

właściwych wojewodów. Plany będą uwzględniały rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw wskazane w mapie oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia.

Wprowadzane wojewódzkie plany transformacji będą mieć odmienny charakter od dotychczasowych priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. Priorytety miały charakter ogólny i bardzo szeroki zakres tematyczny, odzwierciedlający rozdrobniony wachlarz dziedzin medycyny, co istotnie ograniczało zapewnienie efektywności tych priorytetów. Trudno było osiągnąć konsensus wśród członków rady, którzy reprezentowali jako konsultanci wojewódzcy, wszystkie dziedziny medycyny, a każdy z nich traktował swoją dziedzinę jako bardziej istotną dla systemu ochrony zdrowia. Wobec powyższego, zmniejszono liczebność wojewódzkiej rady. Efektywność pracy ponad 100 osobowej rady, o zróżnicowanych interesach poszczególnych członków, jest trudna do osiągnięcia. Z uwagi na kompleksowość uwarunkowań lokalnych (np. struktura właścicielska podmiotów leczniczych), a także ograniczone narzędzia prawne, obecnie nie ma możliwości pełnej koordynacji i określania działań na poziomie centralnym. Dlatego w ustawie nowelizującej zaproponowano istotne zmiany, które posłużą poprawie procesu, tj. zmniejszenie liczby członków rad wojewódzkich i zapewnienie wyłącznie doradczej roli konsultantów wojewódzkich, którzy z racji swojej funkcji wycinkowo patrzą na potrzeby pacjentów; W skład nowej wojewódzkiej rady będą wchodzić przedstawiciele wojewody, Prezesa NFZ i AOTMiT, przedstawiciel marszałka województwa, konwentu powiatów danego województwa, państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, Ministra Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta oraz dyrektora NIZP-PZH-PIB. Przewodniczącym wojewódzkiej rady będzie wojewoda albo osoba przez niego wyznaczona.

Ponadto, wojewódzki plan transformacji będzie przyjmowany przez wojewodę, a nie jak w przypadku obecnych priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej przez wojewodę w porozumieniu z wojewódzką radą (co w praktyce, dla uzyskania jakiegokolwiek porozumienia, prowadziło do przyjmowania kompromisu w postaci bardzo szerokich list priorytetów, których jednoczesna realizacja nie była możliwa).

Wojewódzkie plany transformacji zostały przewidziane w ustawie nowelizującej jako dokumenty o charakterze wdrożeniowym, które mają przewidywać konkretne działania (z przypisaniem m.in. podmiotu odpowiedzialnego, harmonogramu, kryteriów oceny, szacowane skutki finansowe działań, oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań, wskaźniki realizacji poszczególnych działań, w tym określające zabezpieczenie określonych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej), mające służyć realizacji rekomendacji zawartych w mapie potrzeb zdrowotnych, a przyjęty proces ich tworzenia ma sprzyjać uzyskaniu konsensusu zainteresowanych stron.

Ponadto wprowadzono po raz pierwszy dokument wdrożeniowy dla mapy potrzeb na poziomie krajowym – krajowy plan transformacji (dotychczas nie miał swojego odpowiednika). Potrzeba jego wprowadzenia wynika z faktu, że podejmowanie działań w części obszarów kluczowych z perspektywy systemu jest możliwe wyłącznie na poziomie krajowym (dotyczy to w szczególności kadr medycznych czy usieciowienia świadczeń zdrowotnych na poziomie ponadregionalnym). Dodatkowym aspektem planów transformacji, który w ocenie Ministra Zdrowia ma kluczowe znaczenie z punktu widzenia efektywności i racjonalizacji podjętych działań w sektorze ochrony zdrowia, są takie elementy, jak: monitoring, ocena śródkresowa oraz sprawozdanie końcowe, które w przyszłości pozwolą na ocenę, w jakim stopniu zostały osiągnięte cele i rezultaty zakładane w planie. Plany będą sporządzane na okres 5 lat.

Finansowanie inwestycji niezgodnych z rzeczywistymi i prognozowanymi potrzebami społeczeństwa powoduje występowanie nadpodaży niektórych usług medycznych, przy jednoczesnym niedoborze pożądaných świadczeń.

Z tego m.in. powodu w 2016 r. MZ opracowało i wdrożyło narzędzie wykorzystywane do opiniowania inwestycji – Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ). Ww. instrument, który ma formę systemu informatycznego, służy przeprowadzeniu kompleksowej oceny celowości inwestycji (OCI) w oparciu o kryteria dotyczące m.in. potrzeb pacjenta, jego rodziny lub opiekunów oraz personelu medycznego uczestniczącego w procesie terapeutycznym chorego, organizacji świadczeń zdrowotnych, infrastruktury istniejącej oraz projektowanej, modernizowanych zasobów oraz finansowania ze strony publicznego płatnika, a także innowacyjności oraz walorów naukowych bądź dydaktycznych danej inwestycji.

Z dniem 1 stycznia 2021 r. weszły w życie zmiany w zakresie przepisów dotyczących wydawania OCI. Zmiany dotyczą przede wszystkim: poszerzenia grona podmiotów zobligowanych do posiadania pozytywnej opinii o jednostki samorządu terytorialnego, uzależnienia kontraktowania od posiadania pozytywnej OCI, wzmocnienia merytorycznej oceny dla inwestycji strategicznych o wartości kosztorysowej powyżej 50 mln zł, a także uproszczenia i elektronizacji procesu oceny.

Podjęte działania

W ostatnim czasie MZ przygotowało i udostępniło szeroką analizę problemów zdrowotnych w ramach Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW). W bazie tej dostępne są analizy dotyczące 5 problemów zdrowotnych: cukrzycy, udaru, niewydolności serca, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) oraz schizofrenii. Udostępnione przez MZ informacje obejmują następujące zagadnienia w zakresie POChP:

- 1) wprowadzenie: charakterystyka choroby, opis zbioru danych, kategoryzacja chorych;
- 2) analizy: epidemiologia, diagnostyka, choroby współistniejące, wielochorobowość, zaostrzenia, ścieżki leczenia – przepływy/grafy, analiza przeżycia, prognoza liczby wizyt.

Podobne statystyki i analizy są wykonane dla innych problemów zdrowotnych, tj. cukrzycy, udaru, niewydolności serca i schizofrenii.

Tworzenie programów polityki zdrowotnej zgodnie z zasadami Evidence Based Medicine (EBM) i Evidence Based Public Health (EBPH). ma na celu ukierunkowanie działań na dobro pacjenta, zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego oraz zaplanowanie uzyskania efektów zdrowotnych o największej wartości oraz optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów finansowych, kadrowych i rzeczowych²³¹.

PODSUMOWANIE

- Polityka zdrowotna i kierunki jej rozwoju powinny być oparte na dowodach, faktach i mierzalnych parametrach/ wskaźnikach.
- W tym celu niezbędna jest operacjonalizacja mapy potrzeb zdrowotnych, rozumiana jako praktyczne wykorzystanie wniosków z niej płynących w procesie kreowania polityki zdrowotnej i podejmowania decyzji inwestycyjnych.

²³¹AOTMiT (2018), *Opis metodyki przeglądów systematycznych w zakresie interwencji zdrowia publicznego oraz tworzenia programów polityki zdrowotnej*; <https://power.aotm.gov.pl/matedu.php>; dostęp 06.05.2020.

ODPOWIEDŹ NA STANY NAGŁE

20 marca 2020 r. wprowadzono w Rzeczypospolitej Polskiej stan epidemii związany z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Stan epidemii wprowadzono na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491, z późn. zm.). Wydanie ww. rozporządzenia poprzedzone było tydzień wcześniej wydaniem – i tego samego dnia wejściem w życie – rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 433). Wprowadzenie stanu epidemii nastąpiło 16 dni po wykryciu pierwszego przypadku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w Polsce (4 marca 2020 r.).

Wprowadzenie ww. stanu wiązało się z nałożeniem na obywateli określonych ograniczeń. Spowodowało m.in. zamknięcie placówek edukacyjnych, nakaz obowiązkowego w tym obowiązkowego dystansowania społecznego czy zasłaniania ust i nosa oraz wprowadzenie zakazu zgromadzeń publicznych. Na podstawie wprowadzonych prawnie rozwiązań²³² możliwa była m.in. reorganizacja szpitali i innych placówek systemu ochrony zdrowia w celu obsługi pacjentów z COVID-19 lub uniemożliwienie pracownikom ochrony zdrowia świadczenia usług zdrowotnych poza miejscem stałego zatrudnienia.

16 marca 2020 r. wprowadzono sieć szpitali jednoimiennych, dedykowanych wyłącznie chorym na COVID-19. W ramach pierwszych decyzji utworzono 19 takich szpitali. Jednocześnie zwiększano potencjał laboratoriów diagnostycznych, osiągając w lipcu 2020 r. potencjał ponad 150 laboratoriów włączonych w tzw. sieć laboratoriów COVID. Wojewodowie wydawali decyzje o podwyższeniu gotowości podmiotów leczniczych – łącznie wobec prawie 200 szpitali została podjęta taka decyzja.

MZ wraz z GIS, NIZP-PZH-PIB oraz innymi ministerstwami i władzami lokalnymi, ściśle ze sobą współpracowały w zakresie szybkiego reagowania na zaistniałą sytuację. Największe obostrzenia dla obywateli i gospodarki obowiązywały w marcu i kwietniu 2020 r. wtedy wprowadzono okres Narodowej Kwarantanny. Od końca kwietnia 2020 r. rozpoczął się stopniowy proces ograniczenia restrykcji, rozpoczynając np. od zwiększenia liczby osób mogących jednocześnie przebywać w sklepach. Od 4 maja 2020 r. wróciła możliwość realizacji zabiegów rehabilitacyjnych. W czerwcu 2020 r. rozpoczął się również proces powrotu podmiotów leczniczych do normalnej pracy. Zniesienie kolejnych restrykcji nie oznaczało jednak zaniechania konieczności zachowania odpowiedniego dystansu społecznego oraz obowiązku zasłaniania nosa i ust w miejscach publicznych. W czasie II i III fali pandemii koronawirusa podejmowane były decyzje strategiczne, adekwatne do sytuacji, poprzez dodawanie lub obluźnianie restrykcji, wprowadzanie rozwiązań ułatwiających zabezpieczenia pacjentów w świadczenia, np. teleporady, szpitale II poziomu, izolatoria dla odciążenia systemu.

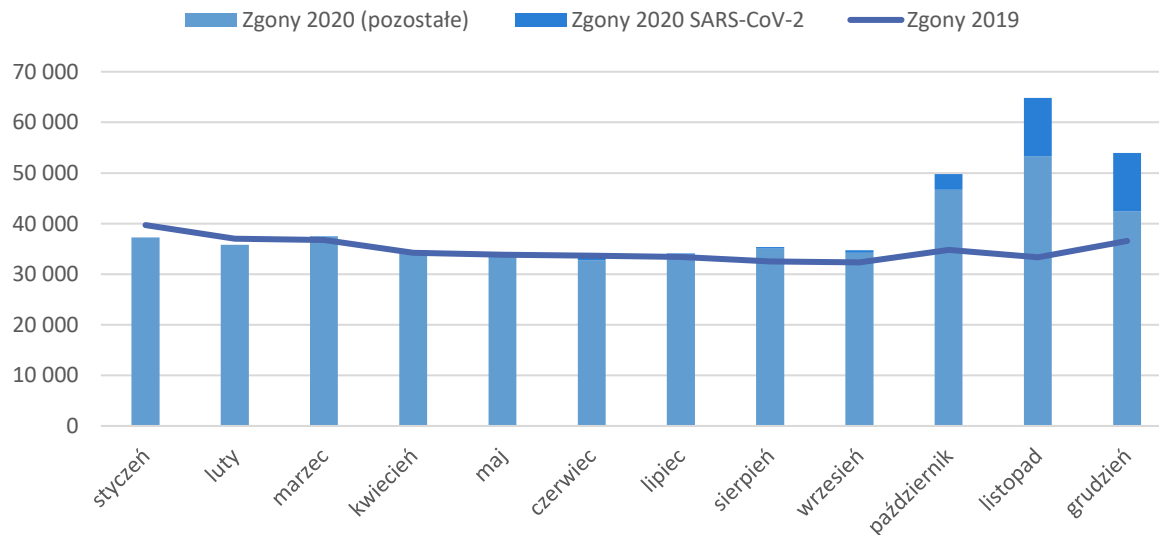
Ponadto, MZ oraz GIS na bieżąco publikowały wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń niezbędne dla ich realizacji w warunkach pandemii.

²³²Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1842, z późn. zm.), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 433), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491 z późn. zm.), Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. poz. 566).

Środki finansowe na zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19 pochodziły zarówno z budżetu państwa, jak i ze specjalnie utworzonego Funduszu Przeciwdziałania COVID-19²³³. Finansowano w szczególności: funkcjonowanie jednoimiennych szpitali zakaźnych, rekompensaty dla medyków pracujących w jednej placówce, modernizację infrastruktury i adaptację pomieszczeń w celu wykonywania zadań związanych ze zwalczaniem COVID-19, zakupy aparatury i sprzętu medycznego, również dla laboratoriów. W realizację zadań na rzecz zwalczania COVID-19 zaangażowano również środki unijne w ramach rozszerzonych działań Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Regionalnych Programów Operacyjnych.

Według danych raportowanych do inspekcji sanitarnej oraz systemu EWP (systemu rozwijanego w ramach projektu p.n. „EWP – Budowa systemu informatycznego na potrzeby przeciwdziałania epidemii COVID-19”, współfinansowanego z Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa (POPC) w ramach działania 2.1 „Wysoka dostępność i jakość e-usług publicznych”), łączna liczba zdiagnozowanych zakażeń w 2020 roku wyniosła ponad 1,27 mln. Co więcej, odnotowano ok. 28,6 tys. zgonów w wyniku zakażenia SARS-CoV-2, w tym ok. 5,4 tys. u osób bez chorób współistniejących²³⁴. Sytuacja epidemiczna wpłynęła na obserwowany przyrost ogólnej liczby zgonów względem lat ubiegłych. Na Rycinie 62 przedstawiono porównanie liczby zgonów w roku 2020 z rokiem 2019, z wyróżnieniem zgonów zareportowanych jako spowodowane wirusem SARS-CoV-2. Nadwyżka zgonów wyraźnie widoczna jest w ostatnim kwartale roku 2020, na który to okres przypadł szczyt pandemii w Rzeczypospolitej Polskiej. Zgony raportowane jako spowodowane wirusem stanowiły około 43% nadwyżki zgonów.

Rycina 61. Porównanie liczby zgonów w roku 2020 z rokiem 2019, z wyróżnieniem zgonów spowodowanych SARS-CoV-2



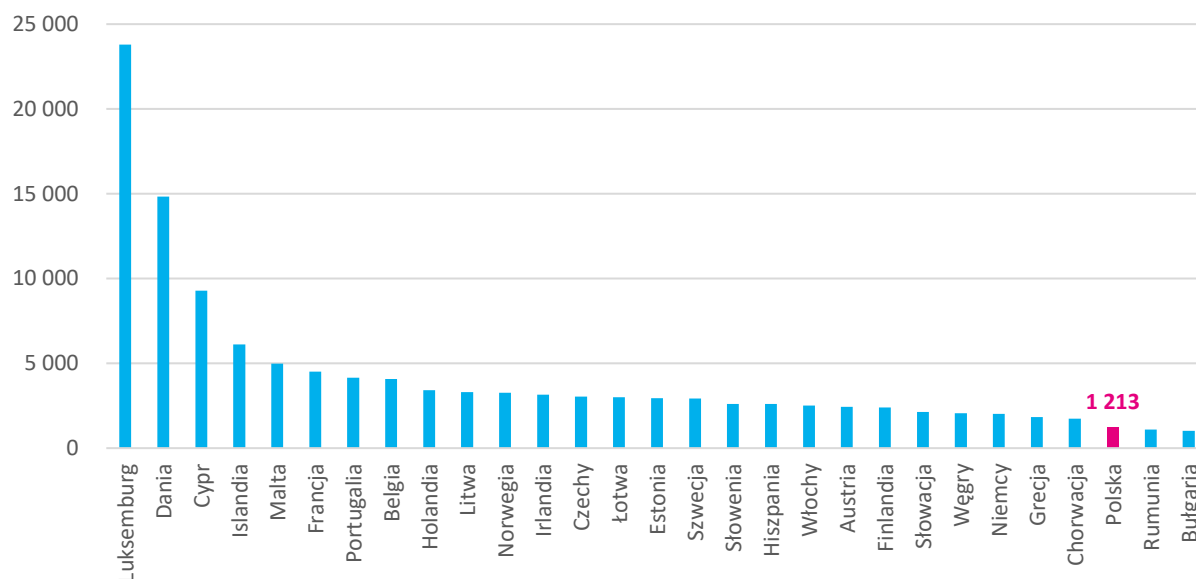
(źródło: opracowanie MZ na podstawie danych Rejestru PESELE oraz GIS)

²³³ Art. 65 Ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r. poz. 568, z późn. zm.).

²³⁴ Raport zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2); <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>; dostęp 12.02.2021.

Rosnąca liczba nowych zakażeń uwidoczniła problem ograniczonej przepustowości laboratoriów diagnostycznych. Według danych na 28.12.2020 w Rzeczypospolitej Polskiej wykonano 7 080 140 testów na obecność SARS-CoV-2. Liczba ta rozkładała się między województwami w zróżnicowanym stopniu, od 6,74 testów na 100 mieszkańców w województwie podkarpackim, po 27,18 testów na 100 mieszkańców w województwie pomorskim²³⁵. Rycina 64 obrazuje maksymalną przepustowość tygodniową dla krajów europejskich - w Rzeczypospolitej Polskiej była ona niższa niż w pozostałych krajach (poza Rumunią i Bułgarią)²³⁶.

Rycina 62. Maksymalna tygodniowa liczba przeprowadzonych testów na 100 tys. mieszkańców w 2020 roku



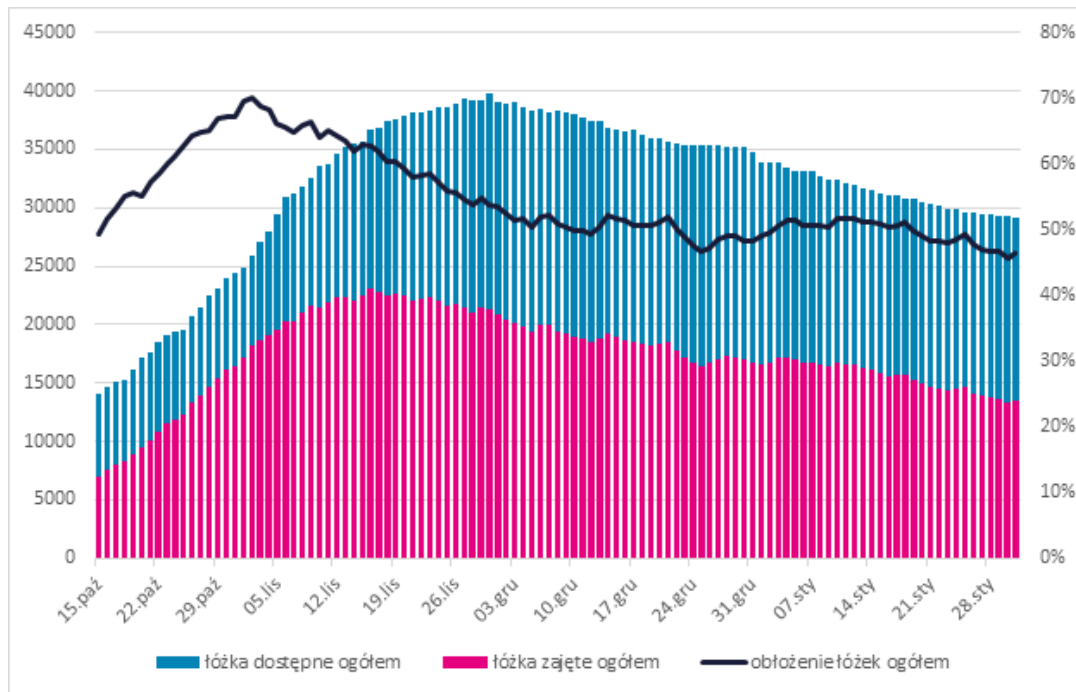
(źródło: opracowanie DAS MZ na podstawie danych ECDC)

Obciążenie systemu wywołane pandemią SARS-CoV-2 w sposób szczególny obrazuje liczba łóżek oraz łóżek respiratorowych zajętych przez pacjentów z COVID-19. Według stanu na 31 grudnia 2019 roku liczba łóżek na oddziałach zakaźnych (chorób zakaźnych, chorób zakaźnych dla dzieci, obserwacyjno-zakaźnych i obserwacyjno-zakaźnych dla dzieci) wyniosła 2418, co w perspektywie sytuacji epidemicznej okazało się dalece niewystarczające. W szczytowym momencie na początku listopada 2020 obłożenie łóżek przez pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 wyniosło ponad 23 tysiące, czyli niemal 10-krotnie więcej niż istniejąca baza łóżek „zakaźnych”. W związku z tym niezbędne było przekształcenie łóżek innego typu w łóżka „zakaźne” oraz budowa szpitali tymczasowych. Obłożenie łóżek przeznaczonych dla pacjentów zakażonych COVID-19 w tym okresie sięgało 70%, a łóżek respiratorowych przekroczyło 80%.

²³⁵ Liczba wykonanych testów, stan na 28 grudnia 2020 r.; <https://www.gov.pl/web/zdrowie/liczba-wykonanych-testow>; dostęp 12.02.2021.

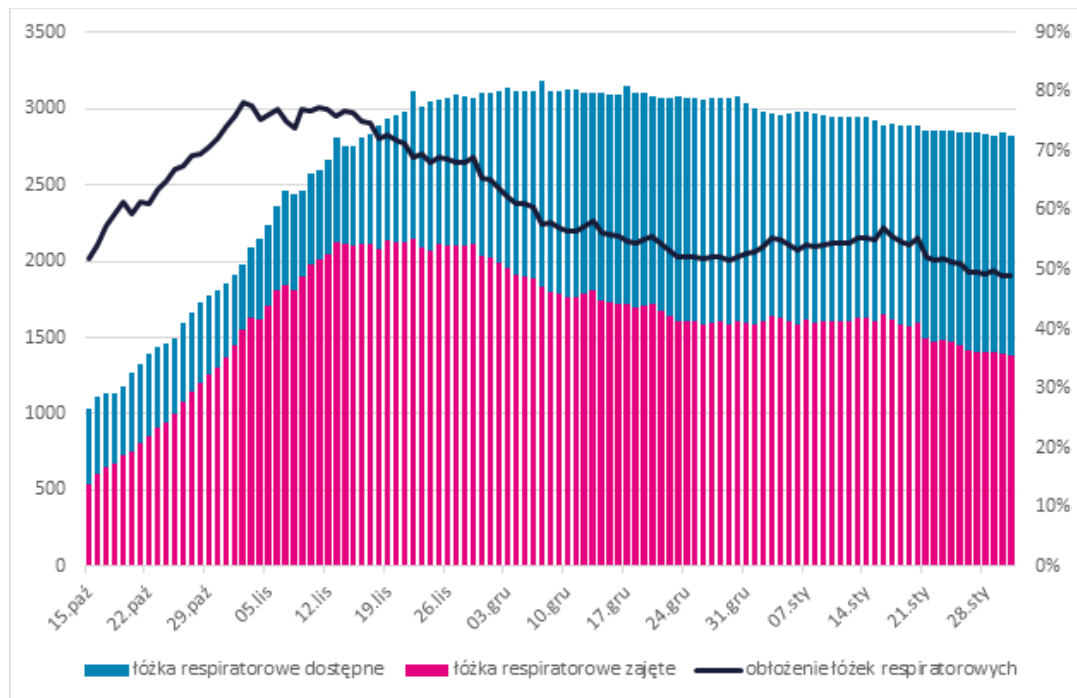
²³⁶ Data on testing for COVID-19 by week and country; <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-testing>; dostęp 15.02.2021.

Rycina 63. Liczba łóżek dla pacjentów z Covid-19 oraz obłożenie od 15 października 2020 r. do 31 stycznia



(Źródło: opracowanie DAS na podstawie danych MSWiA)

Rycina 64. Liczba łóżek respiratorowych dla pacjentów z Covid-19 oraz obłożenie od 15 października 2020 r. do 31 stycznia 2021 r.

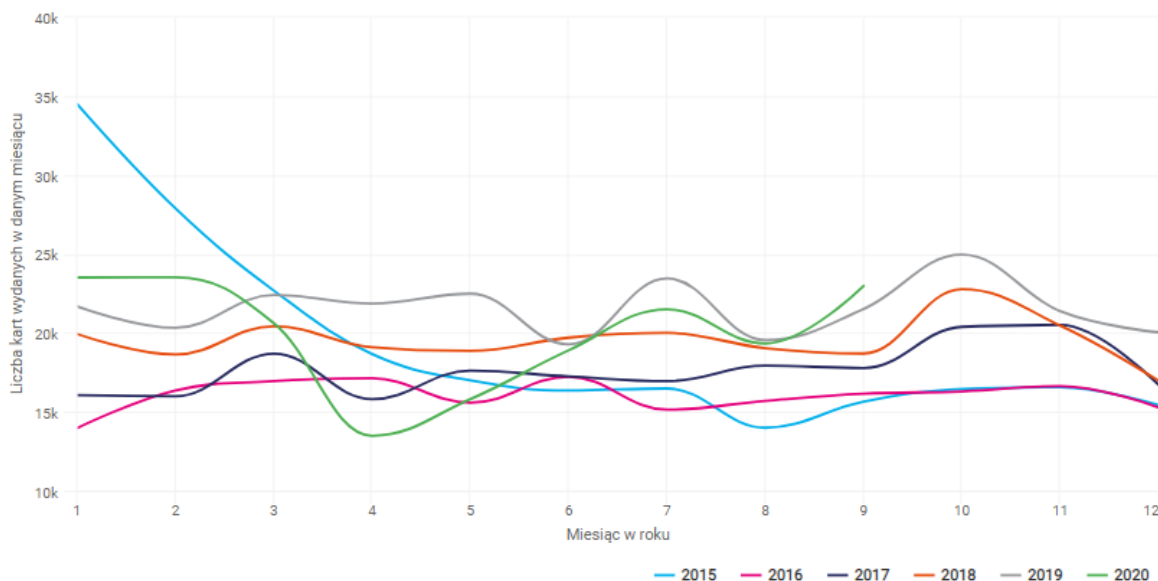


(Źródło: opracowanie DAS na podstawie danych MSWiA)

Skutki pandemii można również oceniać w kontekście pośrednim. Jako objaw trudności w funkcjonowaniu systemu można potraktować zmiany w liczbie kart DiLO (Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego) wydanych w 2020 roku. Pomimo tych trudności nie zaobserwowano nadmiernej nadwyżki zgonów z powodów onkologicznych.

Na Rycinie 66 pokazano liczbę kart wydanych rokrocznie w poszczególnych miesiącach. Największy spadek względem roku 2019 towarzyszył pierwszym miesiącom epidemii (marzec-czerwiec).

Rycina 65. Liczba kart DiLO wydawanych w poszczególnych pełnych miesiącach dla lat 2015-2020.



(źródło: opracowanie DAS MZ w ramach projektu Zintegrowana Platforma Analityczna²³⁷ na podstawie danych NFZ)

Kolejny przejaw zaburzeń systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej obserwuje się w przypadku akcji ZRM. Średni czas od wezwania zespołu do przekazania pacjenta na hospitalizację zwiększył się w 2020 roku (69,77 minut) względem roku ubiegłego (65,28 minut) o 4,5 minuty (ze względu na ograniczoną dostępność danych, porównania dokonano, uwzględniając miesiące kwiecień-grudzień). Statystyki w rozbięciu na poszczególne etapy zaprezentowano w Tabeli 12. Spośród wszystkich wezwań w 2020 roku 8,9% dotyczyło osób, u których w 2020 roku wykryto zakażenie SARS-CoV-2. Na 1,2% wezwań jako rozpoznanie w ramach akcji ratowniczej wpisywano COVID-19.

Tabela 12. Średnie czasy trwania etapów akcji ratowniczej dla okresów kwiecień-grudzień 2019 oraz kwiecień-grudzień 2020.

Średni czas między:	Kwiecień-grudzień 2019	Kwiecień-grudzień 2020
Wezwaniem a wyjazdem ZRM	5,42 min	5,92 min
Wyjazdem a przybyciem na miejsce wezwania	11,77 min	12,78 min
Przybyciem a przekazaniem na hospitalizację	46,82 min	51,54 min

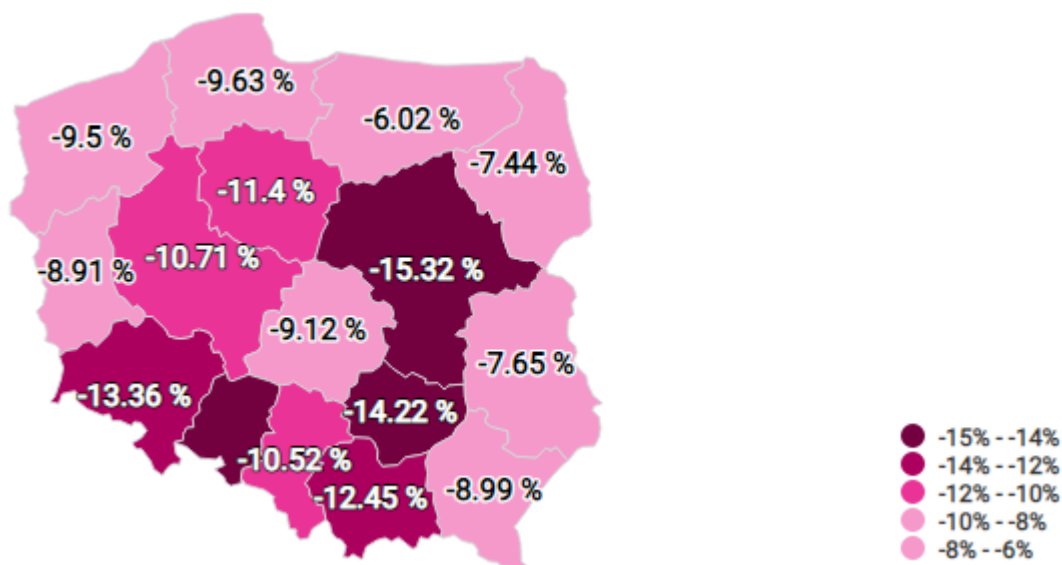
(źródło: opracowanie DAS MZ na podstawie danych SWDPRM)

²³⁷ MZ (2020), *Onkologia a COVID-19*; https://analizy.mz.gov.pl/html/onko_vs_covid-19/DiLO.html; dostęp 12.02.2021.

Pandemia wirusa SARS-CoV-2 przełożyła się również na spadek liczby hospitalizacji m.in. w dziedzinie onkologii i kardiologii. Na poziomie województw można zauważyć wyraźny spadek w 2020 roku w porównaniu do 2019 roku.

Na poniższej rycinie przedstawiono zmianę procentową liczby hospitalizacji w zakresie onkologii dla pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego w latach 2019-2020. Do województw charakteryzujących się największym spadkiem w roku 2020 w porównaniu do roku 2019 należą: mazowieckie, opolskie oraz świętokrzyskie.

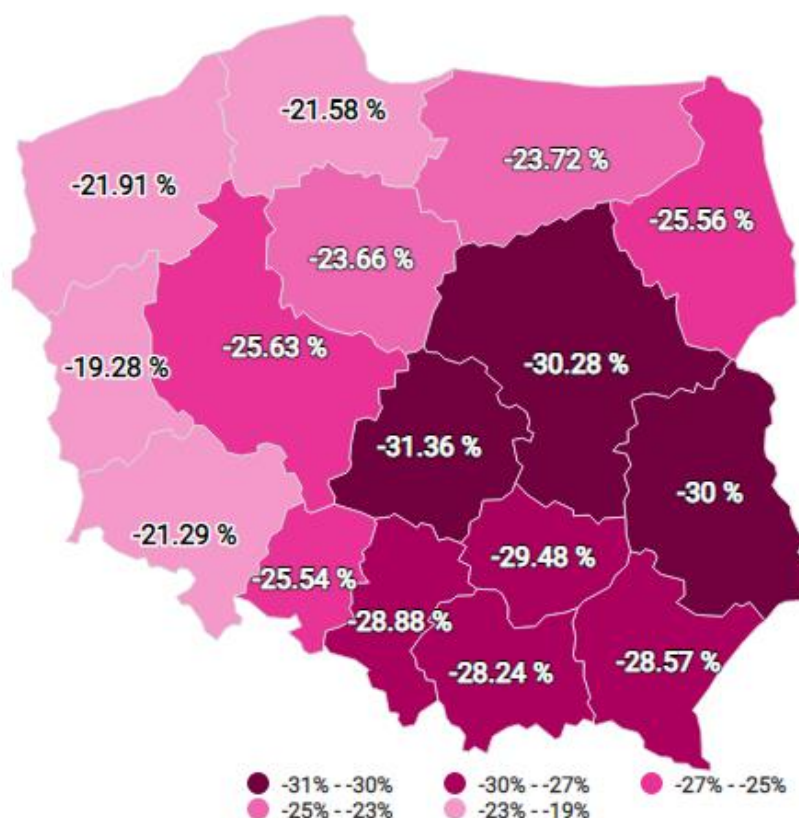
Rycina 66. Procentowa zmiana liczby hospitalizacji dla pacjentów z nowotworami złośliwymi w latach 2019-2020



(źródło: opracowanie DAS MZ w ramach projektu Zintegrowana Platforma Analityczna na podstawie danych NFZ)

Następna rycina przedstawia z kolei procentową zmianę liczby hospitalizacji w zakresie kardiologii w latach 2019-2020. Do województw, które odnotowały największe spadki należą: łódzkie, mazowieckie oraz lubelskie.

Rycina 67. Procentowa zmiana liczby hospitalizacji w dziedzinie kardiologii w latach 2019-2020



(źródło: opracowanie DAS MZ w ramach projektu Zintegrowana Platforma Analityczna na podstawie danych NFZ)

Pod koniec roku 2020 rozpoczął się Narodowy Program Szczepień przeciw COVID-19. W pierwszej kolejności szczepieniom poddano personel medyczny, by ograniczyć zakłócenia działania ochrony zdrowia spowodowane zakażeniami wewnątrzszpitalnymi oraz w innych miejscach udzielania pomocy zakażonym. W następnym etapie szczepieni są seniorzy, których ryzyko ciężkiego przebiegu choroby jest największe. Na dzień 9 czerwca 2021 I dawką zaszczepiono blisko 15 mln osób, a drugą dawkę otrzymało prawie 8 mln osób. Liczba osób w pełni zaszczepionych wynosi ponad 8,6 mln.²³⁸ Stopniowe szczepienie Polaków powinno doprowadzić do ograniczenia negatywnego wpływu pandemii na system zdrowia, szczególnie w zakresie ciężkiego przebiegu choroby i rozwijanych powikłań, a długofalowo do wytworzenia odporności zbiorowej i wyeliminowania wirusa.

Aktualnie nie jest jeszcze możliwa kompleksowa ocena ani krótko, ani długofalowych skutków epidemii COVID-19, która dotknęła Polskę i resztę świata na początku 2020 r. Nie ulega wątpliwości, że oddziaływać ona będzie nie tylko na dostępność świadczeń, ale i samą strukturę oraz organizację systemu. Jednocześnie wyzwania związane z przeciwdziałaniem skutkom epidemii dają okazję do wdrażania pozytywnych zmian w systemie i obserwacji oraz lepszej identyfikacji dotychczasowych obszarów nieefektywności systemu. Nie ulega wątpliwości, że epidemia może mieć wielowymiarowy wpływ na system – nie tylko na zmianę

238 Raport szczepień przeciwko COVID-19; https://www.gov.pl/web/szczepimysie/raport-szczepien-przeciwko-covid-19?fbclid=IwAR1aNe_CfsE1_Cu6V6h4EQBJx2D2hM_rRIGdSMAITuYoVc7AvGF5gxR2iGE; dostęp 09.06.2021

możliwości i sposobu zaspokajania potrzeb zdrowotnych, ale również zmianę samych potrzeb zdrowotnych w społeczeństwie²³⁹.

W kwietniu 1999 r. WHO opracowała plan działań na wypadek wystąpienia pandemii grypy wraz z wyraźnym poleceniem sporządzenia planów krajowych. Pierwszy projekt Krajowego Planu Działań dla Polski na Wypadek Wystąpienia Kolejnej Pandemii Grypy lub Zagrożenia Atakiem Bioterrorystycznym został opracowany w 2001 r. przez Zespół Krajowego Ośrodka ds. Grypy w NIZP-PZH. Był on podstawą do opracowania pierwszego polskiego planu pandemicznego, podpisanego przez Ministra Zdrowia Leszka Sikorskiego w 2003 r. Następnie plan ten był stale uaktualniany zgodnie z nowymi dyrektywami WHO. W 2009 r. Minister zatwierdził Polski Plan Pandemiczny, przygotowany przez Krajowy Komitet ds. Pandemii Grypy, podpisany przez Głównego Inspektora Sanitarnego. Na jego podstawie oraz na bazie dokumentów przygotowanych przez WHO i UE jednostki reagowania w przypadku wystąpienia pandemii grypy powinny opracować dokumenty oraz procedury działania w sytuacji kryzysowej²⁴⁰.

W 2018 r. opublikowano „Wytyczne do przygotowania placówek medycznych na wypadek wystąpienia pandemii grypy”. Opracowanie to zawiera wytyczne, które mają posłużyć do opracowania planów pandemicznych, protokołów i procedur postępowania dla pracowników placówek medycznych w Rzeczypospolitej Polskiej na okoliczność wystąpienia pandemii grypy. W przypadku COVID-19 wytyczne dotyczące postępowania zostały w trybie natychmiastowym udostępnione przez WHO²⁴¹. W Rzeczypospolitej Polskiej, krajowe wytyczne dotyczące postępowania w przypadku COVID-19 zostały udostępnione na oficjalnej stronie Ministerstwa Zdrowia, jak również na stronie NIL. Dodatkowo NIL umieścił komentarze do ww. zaleceń MZ²⁴².

Oprócz pilnych zadań związanych ze zwalczaniem i kontrolowaniem choroby trzeba także rozwinąć potencjał systemu opieki zdrowotnej, aby opanować gwałtowne rozprzestrzenianie się COVID-19. Dowody wskazują np., że restrykcje w podróżowaniu przynoszą skutek pod warunkiem, że jednocześnie realizuje się inne działania, tj. niezwłocznie wykonanie testów, zachowywanie dystansu w kontaktach międzyludzkich, izolacja, a także działania zapobiegawcze i kontrolne w celu przerwania łańcucha zakażeń.²⁴³ Na podstawie międzynarodowych doświadczeń z poprzednich pandemii, takich jak SARS i MERS, a także najnowszych doświadczeń z COVID-19 można stwierdzić, że przy braku działań zapewniających szybkie wykrywanie i powstrzymywanie choroby w krótkim czasie może dojść do nadmiernej presji na systemy opieki zdrowotnej, a w sytuacji przeciążenia systemu rośnie ryzyko nasilonego rozprzestrzeniania się COVID-19 w społeczeństwie.

Od 2021 r. dla chorych, którzy wymagają pomocy w rekonwalescencji postcovidowej, realizowany jest program rehabilitacji w ramach publicznej opieki zdrowotnej. Program gwarantuje od 2 do 6 tygodni kompleksowej rehabilitacji po chorobie COVID-19. Do programu będzie można dołączyć do 6. miesiący od zakończenia leczenia związanego z COVID-19.

²³⁹ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 28.

²⁴⁰ Brydak L. (2018), *Wytyczne do przygotowania placówek medycznych na wypadek wystąpienia pandemii grypy. NIZP-PZH*; <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/07/Wytyczne-do-planu-pandemicznego-grypy-NIZP-PZH.pdf>; dostęp 07.04.2020.

²⁴¹ WHO (2020), *Coronavirus disease 2019*; <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>; dostęp 07.04.2020.

²⁴² Naczelna Izba Lekarska (2020), COVID-19: Zalecenia MZ i inne rekomendacje; <https://nil.org.pl/temat-wiodacy/4511-covid-19-rekomendacje-i-wytyczne>; dostęp 07.04.2020.

²⁴³ Haug, N., Geyrhofer, L., Londei, A. et al. Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions. *Nat Hum Behav* 4, 1303–1312 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41562-020-01009-0>

Zapewniona jest dostępność do świadczeń zdrowotnych rehabilitacyjnych realizowanych w szpitalach lub sanatoriach uzdrowiskowych, a także w gabinecie fizjoterapii, a nawet w domu. Dzięki profesjonalnym i indywidualnym zabiegom fizjoterapeutycznym osoby po chorobie szybciej odzyskują siły i wrócą do codziennych aktywności.

W zglobalizowanym świecie z coraz częstszymi wybuchami epidemii i pandemii jednym z rozwiązań umożliwiających szybką i zdecydowaną reakcję na wzrost zakażeń jest strategia czterech zasobów (miejsce, zaopatrzenie, personel, systemy). Proponowane zalecenia obejmują środki krótko-, średnio- i długoterminowe mające na celu operacjonalizację szybkiego reagowania na wybuchy pandemii oraz wzmocnienie systemu opieki zdrowotnej.

System ochrony zdrowia znajduje się obecnie pod ogromną presją. W Polsce wdrożono mechanizmy koordynacyjno-informacyjne. Ścieżki kliniczne (dotyczące postępowania terapeutycznego) dla pacjenta ze stwierdzeniem lub podejrzeniem zakażenia COVID-19 podlegają ciągłym zmianom, co prowadzi do nieporozumień i wywołuje niepewność zarówno wśród pacjentów, jak i pracowników ochrony zdrowia. Działania informacyjne prowadzi MZ zgodnie z wytycznymi WHO.

Gotowość na wybuch pandemii i reakcja na jej wystąpienie powinny uwzględniać zwiększony potencjał szybkiego reagowania, w tym elementy takie jak²⁴⁴:

- 1) Miejsce. Mechanizmy związane z opuszczaniem szpitala przez pacjentów: odciążanie placówek poprzez wypisywanie pacjentów niewymagających natychmiastowej pomocy, odwrotny triaż, anulowanie operacji planowych, przenoszenie pacjentów do innych placówek itp. Mechanizmy związane z przyjmowaniem pacjentów do szpitala: zapewnianie dodatkowego miejsca przez przekształcenie sal jednoosobowych w dwuosobowe lub zaadaptowanie na potrzeby leczenia pacjentów pomieszczeń dodatkowych, takich jak korytarze, hole lub poczekalnie; zaadaptowanie hoteli lub prywatnych obiektów; przekształcanie oddziałów terapii półintensywnej w oddziały terapii intensywnej; wykorzystanie placówek ambulatoryjnych i filii; obiekty tymczasowe; zmiana standardów opieki; pomieszczenia gospodarcze itp.
- 2) Personel. Modyfikacje lub wydłużenie czasu pracy; wzywanie pracowników niebędących na dyżurze; przeszkolenie i wykorzystanie niestandardowych opiekunów, takich jak członkowie rodziny, wolontariusze, personel niekliniczny lub spoza oddziałów intensywnej terapii; szkolenie z zakresu prewencji i kontroli zakażeń; motywowanie personelu i szczególna troska o morale w celu zapobiegania absencji; szkolenia metodą *Just-in-Time* z zaangażowaniem personelu zdolnego do szybkiej nauki, elastyczności i pomocy; szkolenia przekrojowe realizowane przed wybuchem kryzysu; w niektórych przypadkach zasoby kadrowe można zwiększyć dzięki opracowaniu grafiku pracy, a także dzięki platformom telemedycznym, które mają tę dodatkową zaletę, że oferują dostęp do fachowej pomocy „wirtualnie”, z dowolnego miejsca; zaangażowanie studentów ostatniego roku medycyny oraz lekarzy-rezydentów, jak również personelu medycznego/klinicystów o tradycyjnych kwalifikacjach, lecz bez dużego doświadczenia w realizacji specjalistycznej opieki, która teraz będzie niezbędna, itp.
- 3) Zaopatrzenie. Tworzenie rezerw w celu zapewnienia dostępności; zaangażowanie sektora prywatnego; dane inwentaryzacyjne i wykazy zapasów; transportowanie i przekierowywanie pacjentów, próbek, środków ochrony osobistej lub testów; zmiana standardów opieki w związku z deficytem zasobów.

²⁴⁴ Bank Światowy na podstawie wewnętrznych opracowań, 2020.

- 4) Systemy. System reagowania na rozwój sytuacji wspierający koordynację i wymianę informacji; szybki triaż i izolowanie chorych; identyfikowanie i przydzielanie zasobów w sposób sprzyjający zaangażowaniu i optymalizacji dostępnego personelu, miejsca i sprzętu; monitorowanie dostaw i zużycia materiałów w opiece nad pacjentem przy pomocy systemów informacji szpitalnej wysokiej jakości; planowanie awaryjne w placówkach; odwrotny triaż; tworzenie grafików personelu (w tym wolontariuszy medycznych, pracowników emerytowanych, stażystów itp.).

Przywracając system opieki zdrowotnej do normalnego trybu działania, warto go również ulepszyć, co pozwoli zmniejszyć zachorowalność i śmiertelność oraz poprawić stan zdrowia ludności dotkniętej wybuchem epidemii. Celem tego procesu jest m.in. wzmocnienie i optymalizacja działań humanitarnych przy jednoczesnym niwelowaniu negatywnych skutków nagłych wydarzeń dla systemu opieki zdrowotnej. W rezultacie powinien powstać system z bezpieczniejszą infrastrukturą, przygotowany na czołowe zagrożenia dla zdrowia publicznego i kolejne kryzysy, oferujący świadczenia przystępne cenowo i dostępne dla wszystkich. Po kryzysie na pewno, często krótki, czas pojawia się cenna możliwość reformy sektora opieki zdrowotnej.

W związku z tym plan pokryzysowy stanowi okazję do intensyfikacji działań na rzecz wdrożenia istniejących krajowych polityk w zakresie reformy zdrowia. Powinien to być plan wykraczający poza odbudowę uszkodzonej infrastruktury i rekompensatę strat finansowych, zgodnie z zamysłem: „system odtworzony i lepszy”. W przypadku sektora ochrony zdrowia oznacza to przede wszystkim, że:

- infrastruktura zdrowotna zyska dodatkową odporność na wstrząsy mogące się wydarzyć w przyszłości;
- dzięki sprawniejszemu zarządzaniu ryzykiem i gotowości na wypadek kolejnego kryzysu system ochrony zdrowia i całe społeczeństwo będą w stanie zareagować szybko i adekwatnie do sytuacji;
- znajdą się rozwiązania dla niektórych wcześniej zgłaszanych problemów i słabych stron w obszarze realizacji świadczeń i/lub zarządzania opieką zdrowotną w celu poprawy dostępu do kluczowych świadczeń zdrowotnych oraz ich jakości.

Finansowanie sektora oraz wypalenie zawodowe personelu będą prawdopodobnie głównymi bolączkami polskiego systemu opieki zdrowotnej w nadchodzących miesiącach i latach. Dodatkowe obciążenie, jakim dla systemu opieki zdrowotnej jest COVID-19, najprawdopodobniej nie zniknie, aż do momentu zaszczepienia znacznej części populacji.^{245, 246}

Konieczne jest również budowanie odporności systemu ochrony zdrowia na sytuacje kryzysowe. Jak wskazuje OECD, istotne będzie zapewnienie natychmiastowych reakcji na kryzys i konsolidacji systemów opieki zdrowotnej w celu zbudowania odporności na przyszłe wstrząsy. Inwestowanie w „pierwszą linię obrony”, czyli gotowość na kryzys, nie wystarczy – konieczne są inwestycje w „drugą linię obrony” czyli systemy zdrowotne. Ważne jest, aby

²⁴⁶ MZ (2020);, *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 28.

wsparcie w walce z obecnym kryzysem, było udzielane w sposób, który chroni i wzmacnia istniejące priorytety zdrowotne.²⁴⁷

Wysiłki w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego mające na celu zapobieganie, ostrzeganie i reagowanie na wybuchy chorób, takie jak COVID-19, należy podejmować równolegle ze wzmocnieniem systemu opieki zdrowotnej, w ramach tego samego wzajemnie wzmacniającego się podejścia do rozwijania odpornych systemów opieki zdrowotnej. Wzmocnienie systemu opieki zdrowotnej ma na celu zapewnienie, że poszczególne elementy składowe systemu opieki zdrowotnej (tj. świadczenia, kadra, produkty medyczne, szczepionki i technologie, finansowanie, kierownictwo i zarządzanie) funkcjonują sprawnie i dobrze ze sobą współdziałają²⁴⁸.

Stan pandemii ujawnił niepokojące zjawiska w zakresie farmacji, szczególnie produkcji leków. Należy zastanowić się nad znaczeniem zakładów farmaceutycznych wytwarzających leki na terenie naszego kraju. W sytuacji realnego zagrożenia dostaw stały się one najpewniejszym źródłem leków. W związku z tym, pożądanym działaniem wydaje się zwiększenie nakładów w zakresie badań naukowych oraz rozwoju sektora farmaceutycznego, tak aby dążyć do samowystarczalności Polski w zakresie dostępności produktów leczniczych. Przełoży się to na bezpieczeństwo lekowe państwa i większą stabilność systemu ochrony zdrowia. Przemysł farmaceutyczny jest branżą o dużym potencjale wpływu na gospodarkę. Zatrudnienie w branży wynosi około 100 tys. osób z relatywnie wysokimi zarobkami w porównaniu z innymi branżami. W Polsce w porównaniu z innymi państwami UE wpływ sektora farmaceutycznego na PKB jest niski i wynosi ok. 1%. Z dostępnych danych wynika, że spada udział krajowych leków w polskim rynku, a import farmaceutyków rośnie. Tylko około 30% leków sprzedawanych w aptece pochodzi z produkcji polskiej. Udział Polski w produkcji substancji czynnych (ang. Active Pharmaceutical Ingredient - API) w tych lekach jest marginalny. Uruchomienie mechanizmu zachęt i wsparcia w postaci dopłat do produkcji API oraz udzielanie pożyczek na rozbudowę infrastruktury produkcyjnej na preferencyjnych warunkach spowoduje rozbudowę potencjału produkcji API oraz produktów leczniczych w kraju i przyczyni się do wzrostu gospodarczego oraz poprawy bezpieczeństwa lekowego obywateli. Można je osiągnąć jedynie poprzez poprawę zdolności do samodzielnego, możliwie w pełni niezależnego od zewnętrznych (w szczególności pozaeuropejskich) dostawców i podwykonawców, wytwarzania na terenie kraju API oraz leków, oferowanych na warunkach zapewniających ich masową dostępność. Oparty na takich fundamentach system będzie stymulacją do rozwoju przemysłu farmaceutycznego. Zaproponowany mechanizm przyczyni się do tego, że produkcja API w Polsce będzie bardziej opłacalna. Będzie także odpowiedzią na trwające obecnie w KE prace nad wdrożeniem Strategii farmaceutycznej dla Europy, której jednym z elementów jest odtworzenie w Europie produkcji substancji czynnych do wytwarzania leków oraz rozwój przemysłu farmaceutycznego.

PODSUMOWANIE

- System opieki zdrowotnej jest narażony na szczególne obciążenia w czasie epidemii, zwłaszcza w momencie jej wybuchu i kolejnych fal zakażeń. Należy brać też pod uwagę koszty pośrednie będące skutkiem kryzysu ekonomicznego. Istnieje również ryzyko wysokiego poziomu absencji pracowników wszystkich sektorów, w tym ochrony zdrowia, wynikających z zakażenia wirusem

²⁴⁷ <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-health-systems-during-a-pandemic-the-role-of-development-finance-f762bf1c/>; dostęp 14.09.2020.

²⁴⁸ <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-health-systems-during-a-pandemic-the-role-of-development-finance-f762bf1c/>; dostęp 14.09.2020.

pandemicznym. Braki kadrowe, niedobór łóżek, przerwy w dostawach środków ochrony indywidualnej, leków oraz szczepionek, odwołane procedury planowe – to tylko kilka potencjalnych konsekwencji kryzysu związanego ze wzrastającą liczbą zakażeń. Wzrasta również zapotrzebowanie na wykonywanie badań diagnostycznych przez odpowiednio wykwalifikowany personel, przy użyciu specjalistycznego sprzętu w certyfikowanych laboratoriach²⁴⁹.

- Aby złagodzić skutki pandemii w sektorze ochrony zdrowia, niezbędne jest przeprowadzenie oceny ryzyka wystąpienia pandemii i powzięcie odpowiednich kroków, mających na celu przygotowanie placówek medycznych wszystkich szczebli na wypadek jej wystąpienia, czego skutkiem będą szybkie i skuteczne reakcje na potencjalne kolejne zagrożenia²⁵⁰.
- Odbudowywanie systemu ochrony zdrowia po pandemii będzie wyzwaniem wieloletnim²⁵¹.

²⁴⁹ Brydak L. (2018), *Wytyczne do przygotowania placówek medycznych na wypadek wystąpienia pandemii grypy*. NIZP-PZH; <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/07/Wytyczne-do-planu-pandemicznego-grypy-NIZP-PZH.pdf>; dostęp 07.04.2020.

²⁵⁰ Brydak L. (2018), *Wytyczne do przygotowania placówek medycznych na wypadek wystąpienia pandemii grypy*. NIZP-PZH; <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/07/Wytyczne-do-planu-pandemicznego-grypy-NIZP-PZH.pdf>; dostęp 07.04.2020.

²⁵¹ Brydak L. (2018), *Wytyczne do przygotowania placówek medycznych na wypadek wystąpienia pandemii grypy*. NIZP-PZH; <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/07/Wytyczne-do-planu-pandemicznego-grypy-NIZP-PZH.pdf>; dostęp 07.04.2020.

DIAGNOZA – NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI

- **Ostatnie lata pokazały, jak wielkim wyzwaniem są reformy ochrony zdrowia.** Liczne wysiłki podejmowane m.in. w zakresie e-zdrowia, rozwoju POZ, opieki koordynowanej czy zwiększenia finansowania ochrony zdrowia uświadamiają zarówno skalę wyzwań, jak i skuteczność działań. Reforma ochrony zdrowia stanowi teorię zmiany (jest procesem ciągłym). Należy ją planować i ewaluować oraz modyfikować, dostosowując do zmieniającej się rzeczywistości.
- **Wysiłki podejmowane przez instytucje zdrowotne, w szczególności MZ i NFZ, są zauważane i doceniane przez obywateli.** Z badań CBOS 2019 wynika, że ocena przez Polaków instytucji publicznych, w tym centrali NFZ, jest najwyższa od 10 lat – 17% więcej Polaków ocenia ją pozytywnie, tj. ok. 1/3 respondentów (32%). Jednocześnie widoczne są nadal aspekty, odnoszące się do przyjazności systemu wobec pacjenta, których wskaźniki wymagają poprawy. Zgodnie z danymi CBOS, jedynie 44% pacjentów uważa, że administracja placówek obsługuje pacjentów szybko i skutecznie, a 57% badanych czuje się traktowana przez personel medyczny w sposób życzliwy i troskliwy, podobnie 57% uważa, że informacja o tym, gdzie uzyskać poradę lub pomoc jest wystarczająco dobra. Opinie te są niezwykle ważne w kontekście budowy lepszego systemu ochrony zdrowia w Polsce, zgody i udziału w tych zmianach obywateli i środowiska medycznego. Oznacza to także, że jasna strategia, przejrzystość, elastyczność, tworzenie narzędzi realnie wspierających zarządzanie systemem, profilaktykę i proces leczenia są pożądanym kierunkiem zmian.
- **Pomimo że wydatki publiczne na opiekę zdrowotną per capita (z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej) w Rzeczypospolitej Polskiej wzrosły o 205% w latach 2005–2020²⁵²,** Rzeczpospolita Polska pozostaje jednym z krajów wydających najmniej na opiekę zdrowotną, zarówno wśród państw należących do OECD, jak i UE. W 2005 r. Rzeczpospolita Polska wydała na statystycznego obywatela 834,60 USD. W 2020 r. wydatki sięgały 2 547 USD.
- **Rzeczpospolita Polska należy do tej grupy krajów rozwiniętych, które mają wyraźny problem z przedwczesną umieralnością.** Długość życia polskich mężczyzn jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach UE i różnica ta się nie zmniejsza. Sytuacja kobiet jest pod tym względem korzystniejsza – różnica jest mniejsza i ulega obniżeniu. Długość życia jest silnie różnicowana przez poziom wykształcenia i w mniejszym stopniu również miejsce zamieszkania. Najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania, z punktu widzenia zdrowia publicznego, w Polsce są najmniejsze miasta, poniżej 5 tys. mieszkańców, których mieszkańcy żyją najkrócej; natomiast przeciętnie najdłużej żyją mieszkańcy największych miast. Kolejną zmianą demograficzną w Polsce mającą wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej jest starzenie się społeczeństwa oraz brak zastępowalności pokoleń. Do wyzwań z tym związanych będzie należeć większe zapotrzebowanie na opiekę nad osobami starszymi oraz utrudnienie finansowania tej opieki ze względu na malejącą populację w wieku produkcyjnym.
- **Największym zagrożeniem życia Polaków są od lat choroby układu krążenia (ChUK).** Najczęstszą przyczyną zgonów wśród nich są choroby serca, znacznie mniejszą grupę stanowią choroby naczyń mózgowych. Wysoka umieralność z powodu

²⁵² Health expenditure and financing. OECD Statistics; <https://stats.oecd.org/> (dostęp: 03.08.2021)

chorób układu krążenia, w tym szczególnie chorób serca, jest główną przyczyną krótszej długości życia kobiet i mężczyzn w Polsce w porównaniu z mieszkańcami większości krajów UE.

- **Nowotwory złośliwe są odpowiedzialne za największą umieralność przedwczesną i są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Rzeczypospolitej Polskiej.** Wzrastająca zachorowalność na nowotwory, szczególnie te związane ze starzeniem się społeczeństwa (rak prostaty, rak jelita grubego), oznacza konieczność przeorientowania wielu świadczeń medycznych oraz społecznych. Okoliczność ta wskazuje również na konieczność rozwoju rehabilitacji osób dotkniętych chorobą nowotworową. Udział ludności w badaniach skryningowych jest w Polsce dalece niesatysfakcjonujący.
- **Behawioralne czynniki ryzyka przyczyniają się do niemal połowy wszystkich zgonów w Rzeczypospolitej Polskiej.** Odsetek osób palących papierosy spadł, co przyczyniło się do zmniejszenia wskaźnika umieralności z powodu nowotworów płuc. Jest on jednak nadal wyższy niż średnia UE. Epizodyczne nadmierne spożycie alkoholu wśród dorosłych pojawia się rzadziej niż średnio w UE, lecz rośnie wśród nastolatków. Wskaźnik otyłości jest również wyższy od średniej dla UE. Wzrósł on ponad dwukrotnie od 2001 r., w szczególności u dzieci. Za bardzo niepokojący należy uznać duży wzrost w latach 2015–2017 utraconych potencjalnych lat życia zarówno mężczyzn, jak i kobiet – z powodu zgonów związanych ze spożywaniem alkoholu, a zwłaszcza zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi alkoholem. Obniżenie zachorowalności na choroby spowodowane czynnikami ryzyka, które można modyfikować, wymaga wzmoczonych działań w zakresie edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki, a także ciągłego oddziaływania na kształtowanie świadomości prozdrowotnej i propagowania zdrowego stylu życia Polaków. Znaczenie profilaktyki i edukacji zdrowotnej powinno wzrosnąć. Wiąże się to nie tylko ze wzrostem nakładów finansowych na profilaktykę, ale przede wszystkim z działaniami na rzecz budowy świadomości zdrowotnej Polaków i poczucia współodpowiedzialności za własne zdrowie.
- **Z roku na rok wzrasta liczba osób dotkniętych chorobami układu nerwowego oraz zaburzeniami psychicznymi** - Starzenie się społeczeństwa oraz zmiany cywilizacyjne sprawiają, że zaburzenia psychiczne i neurologiczne pojawiają się coraz częściej. Ponadto, liczba osób chorych na depresję w Polsce wyniosła już ponad 1 mln osób.
- **Niedostateczne i nierównomierne rozdysponowanie kadr medycznych, właściwie we wszystkich zawodach związanych z medycyną pozostaje ogromnym wyzwaniem dla Rzeczypospolitej Polskiej,** podobnie jak dla większości krajów UE. Niewystarczający poziom wynagrodzeń, niedostatki organizacyjne systemu to prawdopodobne przyczyny emigracji zarobkowej, odchodzenia personelu medycznego z zawodu i/lub przechodzenie do sektora prywatnego. Dobra koniunktura gospodarcza ostatnich lat podniosła oczekiwania płacowe personelu medycznego, pogarszając tym samym jego dostępność dla wybranych grup świadczeniodawców oraz negatywnie wpływając na rentowność prowadzonej działalności i – potencjalnie – bezpieczeństwo pacjentów.
- **Dostępność świadczeń zdrowotnych jest zróżnicowana w zależności od miejsca zamieszkania i statusu społeczno-ekonomicznego pacjentów.** Niezaspokojone potrzeby zdrowotne są wyższe niż średnie wskaźniki w UE i wynikają

głównie z deklarowanego długiego czasu oczekiwania, a także zakresu świadczeń gwarantowanych.

- **Wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne są niewystarczające**, podobnie jak poziom ich wdrażania na zasadzie „zdrowie we wszystkich politykach”. Wydatki na zdrowie publiczne stanowią jedynie 3,1% wydatków bieżących na ochronę zdrowia²⁵³.
- **Widoczne są efekty inwestycji w duży sprzęt medyczny** – zarówno pod kątem rozkładu wieku sprzętów jak i stanu infrastruktury poszczególnych pracowni. Bardzo istotnym elementem aktualnej strategii dotyczącej dużych sprzętów będzie wymienianie starzejących się sprzętów (szczególnie tam, gdzie są intensywnie eksploatowane). Jednocześnie można wskazać obszary, w których stan infrastruktury szpitalnej jest nieodpowiedni i wymaga niezwłocznej modernizacji (jak np. oddziały zakaźne, geriatryczne, pracownie genetyczne, pracownie lub zakłady patomorfologii oraz pracownie histopatologii).
- **W okresie ostatnich lat widzimy przemiany, nie tylko w tworzeniu i wdrażaniu nowych typów technologii medycznych do systemów ochrony zdrowia, ale także w wykorzystaniu narzędzi informatycznych (big data czy artificial intelligence)**. Postęp technologiczny oraz innowacja są czynnikami rozwoju e-zdrowia. Działania z zakresu informatyzacji podjęte w ostatnich latach dowiodły swojej skuteczności zarówno w wymiarze zwiększenia dostępności, jakości i bezpieczeństwa do usług dla pacjentów, jak i zwiększenia efektywności, ograniczenia kosztów. Proces informatyzacji będzie kontynuowany zarówno w wymiarze systemowych usług cyfrowych w ochronie zdrowia, konsolidowania i wykorzystywania danych o zdrowiu, jak i rozwoju zdalnych form świadczenia usług (telemedycyna). Wśród krajów Europy Środkowo-Wschodniej Rzeczpospolita Polska ma jeden z wyższych udziałów nakładów B+R w obszarze ochrony zdrowia w relacji do nakładów B+R ogółem. Jednak nadal istnieje potrzeba wsparcia sektora B+R, w szczególności w zakresie zwiększenia liczby niekomercyjnych badań klinicznych.
- **Konieczność przygotowania systemu ochrony zdrowia do reagowania w przypadku wystąpienia stanów nagłych**. Wskutek epidemii COVID-19 system ochrony zdrowia znajduje się wciąż pod ogromną presją. Niezbędna jest analiza podjętych w wyniku tej epidemii kroków, przeprowadzenie oceny ryzyka ponownego wystąpienia pandemii i powzięcie odpowiednich działań, mających na celu przygotowanie placówek medycznych wszystkich szczebli na wypadek jej wystąpienia.

UWARUNKOWANIA STRATEGICZNE

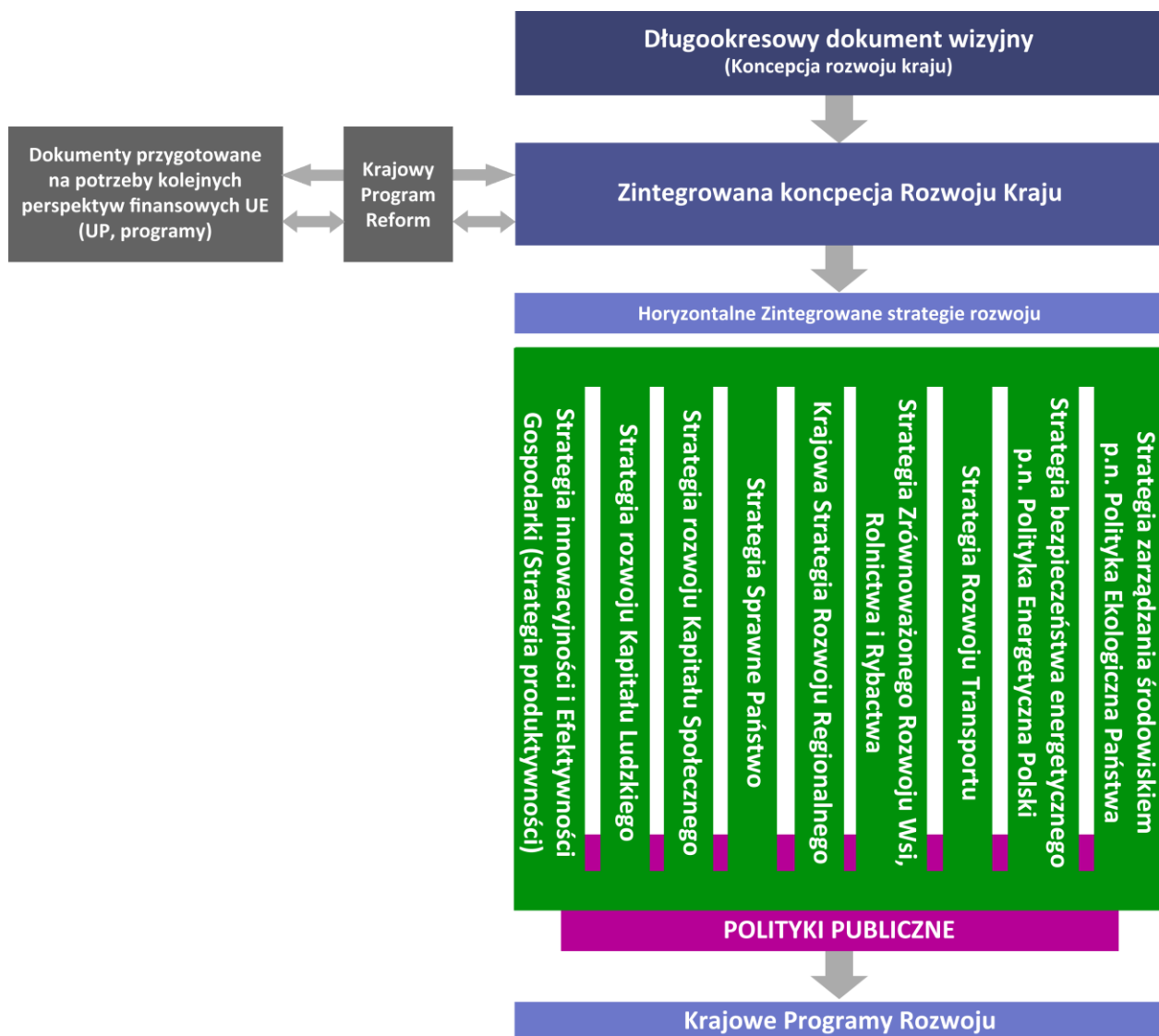
SYSTEM ZARZĄDZANIA ROZWOJEM POLSKI

29 października 2018 r. Rada Ministrów przyjęła dokument pn. „System Zarządzania Rozwojem Polski”, którego zadaniem jest kompleksowe opisanie nowego systemu zarządzania rozwojem kraju poprzez przyjmowane dokumenty strategiczne, które są podstawą prowadzenia polityki rozwoju kraju, tj. długo- i średniookresowa strategia rozwoju kraju.

²⁵³ Narodowy Rachunek Zdrowia za 2016 r.

Dokument określa też strukturę horyzontalnych zintegrowanych strategii, których celem jest realizacja zadań określonych w dokumentach nadrzędnych. Przyjętą strukturę dokumentów strategicznych określa poniższy schemat

Rycina 68. System zintegrowanych dokumentów zarządzania polityką rozwój



(źródło: System Zarządzania Rozwojem Polski, 2018)

Zgodnie z przyjętymi założeniami kluczowym dokumentem państwa polskiego w obszarze średnio- i długofalowej polityki gospodarczej jest obecnie Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju, która została przyjęta przez Radę Ministrów 14 lutego 2017 r. Strategia określa nowy model rozwoju – suwerenną wizję strategiczną, zasady, cele i priorytety rozwoju kraju w wymiarze gospodarczym, społecznym i przestrzennym do 2020 r. oraz w perspektywie do 2030 r.

STRATEGIA NA RZECZ ODPOWIEDZIALNEGO ROZWOJU

Jako cel główny projektowanych działań rozwojowych Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju wskazuje „stworzenie warunków dla wzrostu dochodów mieszkańców Polski przy jednoczesnym wzroście spójności w wymiarze społecznym, ekonomicznym, środowiskowym i terytorialnym”. Realizacja celu głównego odbywa się poprzez 3 cele szczegółowe:

- 1) trwały wzrost gospodarczy oparty coraz silniej o wiedzę, dane i doskonałość organizacyjną;
- 2) rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony;
- 3) skuteczne państwo i instytucje służące wzrostowi oraz włączeniu społecznemu i gospodarczemu.

W ramach wyznaczonych celów szczegółowych określono obszary i kierunki interwencji, definiując jednocześnie projekty strategiczne przyczyniające się do realizacji założonych celów.

Obszar ochrony zdrowia wpisuje się we wszystkie określone cele szczegółowe.

W ramach Celu 1 *Trwały wzrost gospodarczy oparty coraz silniej o wiedzę, dane i doskonałość organizacyjną* realizowane są działania związane z sektorem produkcji leków, wyrobów medycznych i nowoczesnych usług medycznych (np.: e-medycyna, wyroby medyczne, terapie, leki biopodobne). Wśród projektów strategicznych określonych dla kierunku *Rozwój nowoczesnego przemysłu* opierający się na innowacjach wskazano projekt *Polityka lekowa i wyrobów medycznych*, którego zadaniem jest określenie priorytetów oraz celów państwowej polityki lekowej i wyrobów medycznych, z uwzględnieniem konieczności zabezpieczenia pacjentów w skuteczne i bezpieczne leki oraz wyroby medyczne adekwatne do potrzeb zdrowotnych, wzmocnienie roli i sukcesywnego rozwoju potencjału sektora farmaceutycznego oraz przemysłu wyrobów medycznych w Polsce.

Ponadto, w ramach Celu 1 realizowane są działania wzmacniające rozwój innowacyjnych firm czy też stymulowanie popytu na innowacje, co również związane jest ze wsparciem technologii inżynierii medycznej oraz wytwarzaniem produktów leczniczych.

Kluczowe działania na rzecz ochrony zdrowia przewidziane są w ramach Celu 2 *Rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony*. W Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju wskazano, że należy dążyć do zrównoważonego rozwoju społecznego i regionalnego poprzez harmonijny rozwój całego kraju, wrażliwy na terytorialną różnorodność i jej atuty, a jednocześnie dbający o zapewnienie całemu społeczeństwu wysokiej jakości życia. Jednym z kierunków interwencji wyznaczonych w Strategii jest poprawa dostępności do usług, w tym społecznych i zdrowotnych. Kierunek ten zakłada m.in. wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi, rozwój usług środowiskowych, wsparcie rodziny i opiekunów faktycznych w pełnieniu ich roli opiekuńczo – wychowawczej. W Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju przewidziano rozwój usług asystenckich i opiekuńczych, w szczególności w warunkach domowych i pół-stacjonarnych, wsparcie rozwoju społecznej funkcji gospodarstw rolnych, łączącej rolnictwo wielofunkcyjne i usługi o charakterze społecznym (lub zdrowotnym) na poziomie lokalnym. Działania na rzecz osób niesamodzielnymi realizowane są również w ramach projektów strategicznych „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo*Uczestnictwo*Solidarność”, „(NIE)Samodzielni” i „Przestrzeń dla wszystkich”.

Realizowane są ponadto działania projakościowe w systemie ochrony zdrowia, które ułatwią dostęp do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. Do realizacji tego zadania przyczyni się m.in. projekt strategiczny „Leki 75+” – program zapewniający osobom po ukończeniu 75. roku życia bezpłatny dostęp do wybranych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Ważnym elementem działań w ochronie zdrowia zdefiniowanym w Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju jest profilaktyka chorób osób pracujących, pozwalająca na dłuższe funkcjonowanie na rynku pracy i lepszą jakość życia w późniejszym wieku. W tym zakresie przewiduje się działania mające wspierać aktywność zawodową osób po 50. r. ż. m.in. poprzez profilaktykę chorób, zachęty do dłuższej aktywności na rynku pracy. Realizowane są również programy profilaktyki, wczesnego wykrywania problemów zdrowotnych zasobów pracy oraz zagrożeń niepełnosprawnością, kompleksowe programy rehabilitacji i przekwalifikowania pracowników długotrwale pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie, ułatwiające powrót do zatrudnienia, wydłużenie aktywności zawodowej lub zmianę miejsca pracy (np. badania przesiewowe, systemy wczesnego wsparcia w środowisku).

W ramach Celu 3 *Skuteczne państwo i instytucje służące wzrostowi oraz włączeniu społecznemu i gospodarczemu* realizowanych jest szereg działań w obszarze zdrowia, które służą poprawie funkcjonowania sektora i przyczyniają się tym sposobem do zapewnienia przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. W ramach kierunku interwencji *Zwiększenie sprawności funkcjonowania instytucji państwa, w tym administracji* realizowany jest projekt strategiczny „Reforma służby zdrowia”, którego celem jest wdrożenie zmiany i dostosowania w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, w tym reformy instytucjonalne i w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych, służące poprawie efektywności wykorzystania środków publicznych przeznaczanych na zdrowie, zarówno na szczeblu centralnym, jak i regionalnym.

Poza celami szczegółowymi w Strategii określono również obszary wpływające na osiągnięcie jej celów. W zakresie zdrowia wskazano działania na rzecz kapitału ludzkiego, gdzie określono jako jeden z kierunków interwencji: Poprawa stanu zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej.

Działania planowane do wdrożenia do 2030 r. to:

- Rozwój e-zdrowia, – wykorzystanie systemów teleinformatycznych w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz zwiększenia efektywności systemu ochrony zdrowia. Planowane jest wykorzystanie e-usług publicznych do realizacji celów e-zdrowia, informatyzacja podmiotów działających w systemie ochrony zdrowia, integracja systemów teleinformatycznych funkcjonujących wewnątrz systemu ochrony zdrowia, dalszy rozwój funkcjonalności IKP oraz wdrożenie w skali systemowej i dalszy rozwój usługi e-skierowań, rozwój dziedzinowych systemów teleinformatycznych ochrony zdrowia. Przewiduje się również informatyzację publicznej służby krwi, jak też stopniowe rozszerzanie katalogu EDM, upowszechnianie jej wymiany między usługodawcami oraz raportowania przez usługodawców zdarzeń medycznych do Platformy e-Zdrowie, a także udostępnianie nowych usług elektronicznych.
- Rozwój systemów informacyjnych w ochronie zdrowia - elementem nowych rozwiązań będzie stała poprawa mechanizmów planowania inwestycji w ochronie zdrowia w oparciu o mapowanie potrzeb zdrowotnych – służyć temu będzie m.in. planowany rozwój instrumentu oceny wniosków inwestycyjnych w sektorze zdrowia (IOWISZ) – narzędzia (systemu informatycznego) do opiniowania celowości inwestycji,

wykorzystywanego m.in. w procesie podejmowania decyzji o alokowaniu środków w systemie ochrony zdrowia. Dążyć się będzie również do usprawnienia procesów biznesowych związanych z taryfikacją świadczeń opieki zdrowotnej.

- Promocja zdrowia, profilaktyka oraz zapobieganie chorobom, obejmujące m.in.: zapewnienie na rynku bezpiecznej i zdrowej żywności, poprawę sposobu żywienia, wzrost poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa; profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami; profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i stresu; promocję zdrowego i aktywnego starzenia się oraz poprawę zdrowia prokreacyjnego.
- Ograniczanie zjawiska emigracji zarobkowej wykształconej kadry medycznej poprzez wprowadzenie systemu motywacyjnego do podejmowania pracy w wyuczonym zawodzie medycznym w kraju.
- Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii, geriatrici, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej.
- Rozwój turystyki zdrowotnej m.in. poprzez lepszą jej organizację i koordynację, a także budowanie wizerunku Polski jako destynacji turystyki zdrowotnej.

Powyższe działania określają główne kierunki działań i zmian w obszarze ochrony zdrowia, które powinny zostać rozwinięte w horyzontalnych strategiach rozwoju oraz programowanych politykach publicznych.

STRATEGIE ZINTEGROWANE

W ramach określonych, procedowanych i aktualizowanych strategii rozwoju kwestie ochrony zdrowia traktowane są przekrojowo, jednak główne elementy realizacji założeń Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju w obszarze zdrowia zostały wpisane w Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) (SRKL).

Celem głównym realizacji SRKL jest rozwijanie kapitału ludzkiego poprzez wydobywanie potencjałów osób w taki sposób, by mogły w pełni uczestniczyć w życiu społecznym, politycznym i ekonomicznym na wszystkich etapach życia. W zakresie ochrony zdrowia rozwijanie kapitału ludzkiego ma nastąpić poprzez poprawę zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej.

Priorytetami w tym zakresie jest dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do nowej sytuacji demograficznej (w szczególności w obszarze opieki nad matką i dzieckiem, a także opieki geriatrycznej, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej), upowszechnienie i wzmocnienie działań profilaktycznych opartych na dowodach naukowych, masowa popularyzacja kultury bezpieczeństwa i zdrowego stylu życia, w tym zachowań prozdrowotnych oraz poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej w tym zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych.

W SRKL określono główne działania dla osiągnięcia wyznaczonych celów. Są to:

- 1) poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i dostępności do usług; poprawa jakości świadczeń medycznych, rozwijanie nowoczesnych form świadczenia usług medycznych i opieki zdrowotnej (telemedycyna, e-zdrowie); ograniczanie zjawiska emigracji zarobkowej wykształconej kadry medycznej; poprawa systemu kształcenia kadr medycznych; promocja zdrowia, profilaktyka; wsparcie podmiotów leczniczych

udzielających świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii; modernizacja placówek medycznych;

- 2) zmiana modelu spędzania czasu wolnego społeczeństwa, który ogranicza wiele rodzajów aktywności (w tym aktywność fizyczną), która mogłaby się przyczynić do wzrostu potencjału zdrowotnego i intelektualnego;
- 3) prowadzenie aktywnej polityki rodzinnej (instrumenty o charakterze finansowym, instytucjonalnym i prawnym); program ochrony zdrowia prokreacyjnego; opieka prenatalna; opieka nad dzieckiem (usługi o charakterze opiekuńczym i wczesno-edukacyjnym), a także wzmożenie działań na rzecz deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej oraz wsparcia jej form rodzinnych;
- 4) poprawa dostępności do usług, w tym społecznych i zdrowotnych; dostęp do usług asystenckich i opiekuńczych oraz sprzętu rehabilitacyjnego; zapewnienie osobom o ograniczonej sprawności lub mobilności dostępności do przestrzeni publicznej.

Powyższe strategie przedstawiają główne założenia działań w ochronie zdrowia. Obrazują zadania i niezbędne zmiany w polityce państwa, które należy realizować dla poprawy stanu zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej.

POLSKI ŁAD

Polski Ład został ogłoszony 15 maja 2021 r. Stanowi kompleksową strategię przezwyciężenia skutków pandemii (gospodarczej odbudowy) i zawiera kompleksową zapowiedź zmian m.in. w systemie podatkowym, systemie ochrony zdrowia czy programie mieszkaniowym. Składa się z 10 obszarów i dotyczy najważniejszych aspektów w życiu Polaków: plan na zdrowie, uczciwa praca-godna płaca, dekada rozwoju, rodzina i dom w centrum życia, polska-nasza ziemia, przyjazna szkoła i kultura na nowy wiek, dobry klimat dla firm, czysta energia-czyste powietrze, CyberPoland 2025 i złota jesień życia. 3 najważniejsze zmiany jakie wprowadza to: priorytet dla zdrowia, niższe podatki - stabilna praca, 500 tysięcy nowych miejsc pracy.

W kwestii zdrowia ww. dokument zakłada osiągnięcie średniej wydatków na zdrowie w relacji do PKB w ciągu 6 lat w wysokości 7 proc., podwyższenie minimalnego wynagrodzenia pracowników medycznych, wprowadzenie szybkiej ścieżki wejścia do zawodu dla pielęgniarek, udostępnienie atrakcyjnych kredytów dla medyków po egzaminie specjalacyjnym lub po powrocie z zagranicy, sukcesywne zwiększanie liczby lekarzy specjalistów, realizację Funduszu Modernizacji Szpitali i Funduszu Medycznego, przeprowadzenie II etapu reformy sieci szpitali, wprowadzenie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, uruchomienie programu badań profilaktycznych "Profilaktyka 40+", wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej i Krajowej Sieci Kardiologicznej, rozwój nowoczesnych technologii w ochronie zdrowia, usprawnienie nocnej pomocy lekarskiej, wdrożenie programu badawczego nad COVID-19 i programu pomocy po rekonwalescencji postcovidowej oraz zniesienie limitów przyjęć do specjalistów.

NARODOWY PROGRAM ZDROWIA I NARODOWA STRATEGIA ONKOLOGICZNA

Poza strategiami zintegrowanymi, niniejszy dokument odnosi się do innych kluczowych dokumentów przygotowanych przez MZ, w szczególności do Narodowego Programu Zdrowia i Narodowej Strategii Onkologicznej.

Narodowy Program Zdrowia 2016 – 2020 (NPZ), przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów w 2016 r., określa działania w obszarze zdrowia publicznego realizowane na podstawie *ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym*.

Główne cele NPZ to wydłużenie życia Polaków, poprawa jakości ich życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. NPZ skupia się na takich obszarach jak:

- poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa;
- profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi;
- profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa;
- ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki;
- promocja zdrowego i aktywnego starzenia się;
- poprawa zdrowia prokreacyjnego.

NPZ łączy różne programy profilaktyczne realizowane dotychczas na podstawie przepisów kilku ustaw, o różnych terminach realizacji oraz różnych źródłach i poziomach finansowania (m.in. z zakresu przeciwdziałania narkomanii lub alkoholizmowi)²⁵⁴.

Monitorowanie i ewaluacja ustawy są bezpośrednio związane z oceną wskaźników określonych w NPZ – zestaw wskaźników jest określony w rozporządzeniu Rady Ministrów ustanawiającym Program. Zestaw ten powstał w oparciu o 88 wskaźników European Community Health Indicators oraz wskaźniki sugerowane do monitorowania na potrzeby wdrażania strategii Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącej walki z przewlekłymi chorobami niezakaźnymi (*non-communicable diseases*) oraz Zdrowie 2020 (Health 2020).

Wartości najistotniejszych wskaźników monitorowania NPZ zobrazowano w poniższej tabeli.

Tabela 13. Wskaźniki monitorowania NPZ

Lp.	WSKAŹNIK	ŹRÓDŁO WSKAŹNIKA
1.	oczekiwana długość życia	w perspektywie 2020 r. co najmniej dorównanie dynamiki przyrostu do średniej europejskiej (dane GUS, Eurostatu)
2.	oczekiwana długość życia w zdrowiu	w perspektywie 2020 r. co najmniej dorównanie dynamiki przyrostu do średniej europejskiej (dane GUS, Eurostatu)

²⁵⁴ Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2016-2020>.

3.	wskaźnik dobrej samooceny stanu zdrowia	kontynuacja trendu rosnącego ²⁵⁵
4.	wskaźnik złej samooceny stanu zdrowia	kontynuacja trendu malejącego ²⁵⁶
5.	umieralność ogółem według płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania (w tym miasta poniżej 5 tys., podział na miasto i wieś)	zmniejszenie różnicy pomiędzy wskaźnikiem umieralności w miejscowościach poniżej 5 tys. mieszkańców

(źródło: NPZ, 2016)

Sytuacja zdrowotna w Rzeczypospolitej Polskiej i jej uwarunkowania w okresie realizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 ulegały systematycznej poprawie. Wśród najistotniejszych czynników wskazać należy poprawiające się warunki życia, wzrastającą wiedzę i świadomość w wymiarze dbania o własne zdrowie, a także reformy systemu opieki zdrowotnej. Niestety epidemia COVID-19 przyczyniła się do odwrócenia niektórych jej trendów oraz wpłynęła negatywnie na realizację bieżących działań z zakresu zdrowia publicznego. Podnoszenie świadomości na temat czynników determinujących zdrowie, kształtowanie środowisk (pracy, zamieszkania, wypoczynku) sprzyjających zdrowiu, jak i dostarczanie narzędzi pozwalających dokonywać wyborów prozdrowotnych wydają się być konieczne by minimalizować negatywne trendy odbijające się w przeciążeniu systemu ochrony zdrowia.

Wobec powyższego, nieustającym wyzwaniem pozostaje dalsze usprawnianie i koordynacja licznych działań instytucji publicznych, organizacji pozarządowych oraz sektora prywatnego podejmowanych na rzecz zdrowia oraz kształtowania środowisk sprzyjających. 30 marca 2021 r. ogłoszone zostało rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, z mocą obowiązywania od dnia 1 stycznia 2021 r. (Dz.U. 2021 poz. 642).

Bazując na doświadczeniach w realizacji NPZ w poprzednich latach przeprowadzono rewizję zadań w celu uzyskania większej przejrzystości, w katalogu zadań uwzględniono zmiany instytucjonalne oraz uzupełniono bądź zmieniono wskazanych w zadaniach realizatorów. Tam, gdzie było to niezbędne, na bazie doświadczeń z dotychczasowej realizacji, uproszczono i usystematyzowano treść niektórych zadań, tak by zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemów interpretacyjnych. Ponadto, zaproponowane zostały nowe zadania odpowiadające zdiagnozowanym potrzebom. Zadania, które w latach 2016-2020 nie były realizowane bądź cieszyły się znikomym zainteresowaniem ze strony instytucji publicznych realizujących NPZ nie zostały w projekcie uwzględnione. Wprowadzone zostały zmiany w zakresie sposobu koordynacji realizacji NPZ i przyjętych mechanizmów zarządczych w zdrowiu.

Celem strategicznym NPZ na lata 2021-2025 jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu, a także podnoszenie świadomości na temat czynników determinujących zdrowie, kształtowanie środowisk (pracy, zamieszkania, wypoczynku) sprzyjających zdrowiu oraz dostarczanie narzędzi pozwalających dokonywać

²⁵⁵ Wg metodologii ujętej w publikacji GUS *Jakość życia w Polsce* wydawanej od 2014 r. oraz na podstawie wyników badania HBSC.

²⁵⁶ Według metodologii ujętej w publikacji GUS *Jakość życia w Polsce* wydawanej od 2014 r. oraz na podstawie wyników badania HBSC.

wyborów prozdrowotnych, które wydają się konieczne, aby minimalizować negatywne trendy odbijające się w przeciążeniu systemu ochrony zdrowia.

Cele operacyjne NPZ na lata 2021-2025 obejmują:

1. Profilaktykę nadwagi i otyłości;
2. Profilaktykę uzależnień;
3. Promocję zdrowia psychicznego;
4. Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;
5. Wyzwania demograficzne.

Zakres zmian w obowiązującym NPZ względem lat 2016–2020:

- Wydłużony został czas obowiązywania NPZ z okresu 5-letniego: 2016–2020 na kolejny 5-letni okres: 2021–2025.
- Przeprowadzono rewizję zadań w celu uzyskania większej przejrzystości, w katalogu zadań uwzględniono zmiany instytucjonalne oraz bazując na doświadczeniach w realizacji NPZ w poprzednich latach, uzupełniono albo zmieniono wskazanych w zadaniach realizatorów. Tam, gdzie było to niezbędne, na bazie doświadczeń z dotychczasowej realizacji, uproszczona i usystematyzowana została treść niektórych zadań, tak by zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemów interpretacyjnych.
- Bazując na doświadczeniach w realizacji NPZ zaproponowane zostały nowe zadania odpowiadające zdiagnozowanym potrzebom.
- Zadania, które nie były realizowane w latach 2016–2020 albo cieszyły się znikomym zainteresowaniem ze strony instytucji publicznych realizujących NPZ nie zostały uwzględnione w projekcie.
- Wprowadzone zostały zmiany w zakresie sposobu koordynacji realizacji NPZ i przyjętych mechanizmów zarządczych.
- Zaproponowany został jako integralna część NPZ, katalog zadań z zakresu zapobiegania zachowaniom samobójczym, który przygotowany został przez zespół roboczy Rady do spraw Zdrowia Publicznego, o której mowa w art. 6 ustawy. To kompleksowy katalog zadań odnoszących się nie tylko do profilaktyki samobójstw, ale także kryzysów psychicznych we wszystkich grupach wiekowych.
- W związku ze zmianą sposobu realizacji zadania publicznego, przewidziana jest rezygnacja z kontynuacji programu polityki zdrowotnej pn. Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2016–2020 i powierzenie zadania (w ramach realizacji celu operacyjnego 4) wskazanym – dysponującym adekwatnymi zasobami i potencjałem instytutom, w trybie, o którym mowa w art. 14 ust. 2 ustawy, ze środków pozostających w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia.

Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) mając na względzie obecne obciążenie oraz prognozowany wzrost zachorowań na choroby nowotworowe, Sejm Rzeczypospolitej Polskiej uchwalił ustawę z dnia 26 kwietnia 2019 r. o *Narodowej Strategii Onkologicznej* (Dz. U. poz. 969), która stanowiła podstawę do przygotowania NSO. Ustawa jako cele strategiczne wskazuje:

- obniżenie zachorowalności na choroby nowotworowe przez edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę, w tym kształtowanie świadomości prozdrowotnej i propagowanie zdrowego stylu życia;

- poprawę profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych;
- rozwój systemu opieki zdrowotnej w obszarze onkologii przez koncentrację działań wokół chorego i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia chorych i ich rodzin;
- zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze onkologii, udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
- opracowanie i wdrożenie zmian organizacyjnych, które zapewnią chorym równy dostęp do koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej w obszarze onkologii;
- rozwój działalności szkoleniowej i edukacji oraz kształcenia kadr medycznych w obszarze onkologii;
- rozwój badań naukowych mających na celu poprawę i wzrost efektywności oraz innowacyjności leczenia chorób nowotworowych.

Zgodnie z ww. ustawą, Rada Ministrów przyjęła 4 lutego 2020 r. NSO, jako program wieloletni na lata 2020–2030²⁵⁷. NSO wprowadza kompleksową reformę polskiej onkologii, obejmującą zarówno reorganizację systemu udzielania świadczeń, jak również działania skupione na poprawie jakości życia i włączeniu społecznym pacjentów onkologicznych.

Celem nadrzędnym NSO jest wzrost odsetka osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej. Nowe rozwiązania organizacyjne powinny przyczynić się do wyeliminowania negatywnych zjawisk w onkologii, takich jak fragmentacja opieki, rozproszenie świadczeń i ośrodków onkologicznych, które dotychczas wpływały na jakość leczenia onkologicznego, a co za tym idzie na szanse pacjentów na wyjście z choroby nowotworowej.

NSO skupia się na 5 obszarach:

- Inwestycje w kadry medyczne poprzez np. zwiększenie liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie onkologii i lekarzy specjalności pokrewnych, włączenie kształcenia z zakresu profilaktyki nowotworów do programu kształcenia przeddyplomowego lekarzy i pielęgniarek. Planowana jest również organizacja kursów z profilaktyki nowotworów w trakcie kształcenia lekarzy innych specjalności oraz pielęgniarek onkologicznych;
- Inwestycje w edukację, prewencja pierwotna i styl życia – poprzez realizację zaleceń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem (np. regulacje związane z ograniczeniem palenia tytoniu, walką z otyłością, ochroną przeciw promieniowaniu UV czy kształtowanie postaw zdrowotnych), włączenie lekarzy, w tym lekarzy POZ, w działania prewencji pierwotnej;
- Inwestycje w pacjenta, prewencja wtórna – poprzez zwiększenie dostępności do badań przesiewowych, poprawę ich jakości, zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe. Proponowane jest włączenie do działań prewencji wtórnej lekarzy POZ;
- Inwestycje w naukę i innowacje poprzez wsparcie badań naukowych w onkologii czy dostęp do innowacyjnych terapii. Celem wskazanych działań jest zwiększenie udziału pacjentów onkologicznych w badaniach klinicznych, rozwój badań klinicznych niekomercyjnych w dziedzinie onkologii oraz poszerzenie analizy danych w rejestrach medycznych;
- Inwestycje w system opieki onkologicznej poprzez wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej, utworzenie podmiotów wyspecjalizowanych w diagnostyce i leczeniu wybranych

²⁵⁷ Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030.

nowotworów, zwiększenie dostępu do nowoczesnej aparatury medycznej. Rozwój kompleksowej opieki onkologicznej obejmować ma rozwój opieki rehabilitacyjnej, psychologicznej, paliatywnej i hospicyjnej. Ponadto inwestycje w system opieki onkologicznej obejmą działania na rzecz poprawy jakości życia pacjentów onkologicznych w trakcie i po zakończeniu leczenia.

Realizacja działań we wskazanych pięciu obszarach powinna doprowadzić do obniżenia w 2025 r. w Polsce następujących wskaźników docelowych umieralności na wybrane nowotwory złośliwe:

- nowotwory złośliwe jelita grubego (ICD10: C18–C21);
- nowotwory złośliwe piersi u kobiet (ICD10: C50);
- nowotwory złośliwe szyjki macicy (ICD10: C53);
- czerniak skóry (ICD10: C43);
- nowotwory złośliwe płuca (ICD: C33–C34).

W MZ rozpoczęto ponadto prace nad strategią w zakresie chorób układu krążenia, która tak jak NSO przedstawiać będzie założenia kompleksowych działań w zakresie opieki kardiologicznej.

Niniejszy dokument powiązany jest również z innymi dokumentami o charakterze strategicznym jak Polityka Lekowa Państwa czy „Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce” (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w 2018 r.).

Polityka Lekowa Państwa jest dokumentem o charakterze strategicznym. Określa priorytety działań Rządu Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie gospodarowania lekami w latach 2018-2022. Polityka Lekowa Państwa ma za zadanie zapewnienie pacjentom szerokiego dostępu do skutecznych i bezpiecznych leków oraz przejrzystego i racjonalnie działającego systemu refundacji leków, który wspiera aktywności inwestycyjne na terenie Polski oraz rozwój polskiej gospodarki.

Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w roku 2018) ma za zadanie zapewnienie wysokiej jakości, bezpieczeństwa i dostępności do opieki pielęgniarstwa dla pacjentów i społeczeństwa, w szczególności przez zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej, powstrzymanie emigracji zarobkowej oraz zmotywowanie absolwentów do podejmowania pracy w zawodzie i utrzymanie na rynku pracy pielęgniarek/położnych, w tym nabywających uprawnienia emerytalne.

UMIEJSCOWIENIE DOKUMENTU W SYSTEMIE ZARZĄDZANIA ROZWOJEM POLSKI

Niniejszy dokument stanowi, zgodnie z Systemem Zarządzania Rozwojem Polski, politykę publiczną. Odnosi się do celów wyznaczonych przez obowiązujące strategie rozwoju kraju oraz przyjęte przez Radę Ministrów dokumenty, takie jak NPZ oraz NSO, a także projektowaną strategią w zakresie chorób układu krążenia.

Jak wskazano w tym rozdziale, Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju oraz SRKL wskazują na ogólne cele rozwoju ochrony zdrowia, m.in. jak:

- poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i dostępności do usług;
- poprawa jakości świadczeń medycznych;
- zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych wysokiej jakości,
- promocja zdrowia, wsparcie profilaktyki;
- modernizacja placówek medycznych;
- wsparcie kadr medycznych;
- rozwój e-zdrowia.

Niniejszy dokument przedstawia główne działania w ochronie zdrowia oraz niezbędne kierunki zmian, które należy podjąć, aby zapewnić obywatelom dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Wyznaczone cele i narzędzia stanowią ramy strategiczne dla działań wszystkich instytucji w ochronie zdrowia.

Zgodnie z Systemem Zarządzania Rozwojem Polski, niniejszy dokument ma rangę dokumentu rządowego – został przyjęty w formie uchwały przez Radę Ministrów.

CELE POLITYKI ZDROWOTNEJ, KIERUNKI INTERWENCJI I NARZĘDZIA ICH WDRAŻANIA

Mając na względzie zidentyfikowane potrzeby opracowano główne kierunki zmian w systemie ochrony zdrowia. Przy ich opracowaniu wykorzystano koncepcję zrównoważonej karty wyników (ang. balanced scorecard) dostosowaną do realiów publicznego systemu ochrony zdrowia. Wykorzystanie zrównoważonej karty wyników jako narzędzia zarządzania strategicznego w publicznym systemie ochrony zdrowia pozwala spojrzeć na niego w sposób kompleksowy, wskazać cele i niezbędne kierunki zmian, a równocześnie stanowi narzędzie do monitorowania i ewaluacji ich realizacji. W koncepcji tej organizacja, a w tym przypadku system rozpatrywany jest z czterech perspektyw: finansów, rozwoju zasobów organizacyjnych, procesów i wreszcie odbiorcy końcowego, czyli w przypadku systemu ochrony zdrowia - pacjenta. Dla każdej z perspektyw wyznaczane są cele, inicjatywy, wskaźniki ich realizacji wraz z wartościami docelowymi, które razem składają się na realizację wizji i osiągnięcia nadrzędnego celu – misji, dla której realizacji system został stworzony.

Dostęp społeczeństwa do świadczeń opieki zdrowotnej jest jednym z podstawowych elementów zabezpieczenia społecznego. Reguluje go m.in. art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, który przyznaje obywatelom prawo do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dbałość o zdrowie obywateli jest podyktowana nie tylko względami humanitarnymi i dbałością o poprawę jakości życia jednostek. Zdrowie jest także istotnym warunkiem rozwoju gospodarczego, gdyż zdrowe społeczeństwo przekłada się na większą produktywność oraz dłuższą aktywność zawodową.

Misja

Zapewnienie równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia

Rycina 69. Schemat przedstawiający główne obszary zmian w systemie ochrony zdrowia



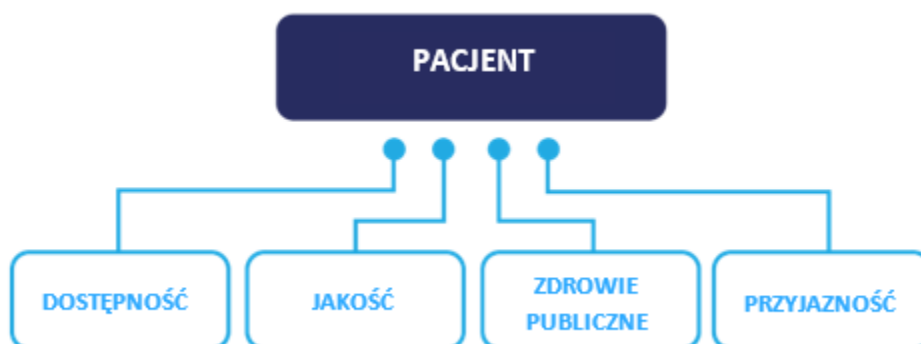
Wizja

Wydłużenie trwania życia i poprawa stanu zdrowia Polaków

PACJENT

Z perspektywy misji funkcjonowania systemu ochrony zdrowia centralnym ogniwem zrównoważonej karty wyników jest perspektywa pacjenta. To pacjent jest ostatecznym beneficjentem świadczeń zdrowotnych, a długość jego życia w zdrowiu stanowi najlepszą miarę skuteczności systemu. Jakkolwiek na osiągnięcie tego efektu wpływają różnorakie czynniki. Wśród tych najistotniejszych charakterystyk związanych z udzielaniem pacjentowi świadczeń zdrowotnych należy wyróżnić **jakość**, **dostępność** i **przyjazność**. Nie można również zapominać o skutecznym zapobieganiu chorobom i pogorszeniu stanu zdrowia realizowanym poprzez działania w obszarze **zdrowia publicznego**.

Rycina 70. Schemat przedstawiający elementy obszaru Pacjent



W obszarze *Pacjent* wyznaczono następujące cele:

- **Cel 1.1 [Dostępność]** Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnych do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa
- **Cel 1.2 [Jakość]** Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych
- **Cel 1.3 [Przyjazność]** Zwiększenie zadowolenia i satysfakcji pacjenta z systemu opieki zdrowotnej
- **Cel 1.4 [Zdrowie publiczne]** Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych

Dostępność

Publiczny system ochrony zdrowia powinien gwarantować *dostępność świadczeń w ilości i czasie adekwatnym do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych oraz na zasadach równego dostępu* zależnego jedynie od stanu zdrowia pacjenta, a nieograniczonego względami geograficznymi, statusem materialnym czy barierami architektonicznymi. Osiągnięcie tego celu w warunkach ograniczonych środków finansowych oraz innych zasobów (m.in. kadrowych i infrastrukturalnych) nie jest zadaniem prostym. Bardzo ważne w tym kontekście jest zwiększenie podaży świadczeń m.in. w poprzez **zniesienie limitów** w wybranych grupach świadczeń, szczególnie tych, w przypadku których ograniczona dostępność skutkuje pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, a w konsekwencji realizacją świadczeń na droższych szczeblach systemu (np. w szpitalu). Należy również podkreślić, że niedobory dostępności są często konsekwencją niedoborów kadrowych lub infrastrukturalnych, stąd też długoterminowo dostępność świadczeń jest mocno związana z rozwojem kadr i infrastruktury systemu ochrony zdrowia. Dlatego też w obliczu zmian demograficznych szczególne znaczenie mają działania zmierzające ku **deinstytucjonalizacji** opieki m.in. poprzez **rozwój opieki domowej**

i środowiskowej oraz szersze wykorzystanie **rozwiązań telemedycznych**. Rozwiązania te charakteryzują się często większą efektywnością kosztową, mniejszymi barierami dostępności, a zarazem mniejszymi wymaganiami dot. wykorzystania specjalistycznych zasobów kadrowych i infrastrukturalnych. Rozwiązaniem pozytywnie wpływającym na poprawę dostępności może być również **wprowadzenie serwisów opieki farmaceutycznej** obejmujących np. kontynuację recept czy wsparcie pacjentów z drobnymi dolegliwościami. Niezbędne są również działania mające na celu zmniejszenie nierówności w dostępie do świadczeń. Ważnym elementem jest tu określenie (na bazie map potrzeb zdrowotnych) **podstawowych regionów zabezpieczenia** i podejmowanie inicjatyw w celu **likwidowania tzw. białych plam** i niedoborów dostępności poprzez inwestycje infrastrukturalne oraz **system zachęt do relokacji dla kadr medycznych**, w tym poprzez utworzenie mechanizmów preferencyjnego finansowania rozwoju podmiotów leczniczych, w szczególności przychodni POZ/AOS na obszarach o ograniczonej dostępności do świadczeń. Nie można również zapominać o barierach architektonicznych przyczyniających się do powstawania nierówności w dostępie do świadczeń, które mogą być niwelowane poprzez **modernizację infrastruktury** w celu wdrożenia standardów dostępności. Ważnym elementem jest także rozwój usług cyfrowych takich jak **e-rejestracja**, zwiększających transparentność, niwelujących bariery informacyjne dla pacjentów, świadczeniodawców i płatnika, dodatkowo stwarzająca możliwości lepszej identyfikacji potrzeb zdrowotnych, koordynacji procesu leczenia i przeciwdziałania marnotrawstwu zasobów (np. w wyniku niestawienia się pacjenta na umówioną wizytę). Istotnym aspektem jest także dostępność farmakoterapii, w tym w szczególności **dostępność rynkowa** oraz **dostępność refundacyjna**. W tym kontekście bardzo istotny jest dalszy rozwój **narzędzi do monitorowania łańcucha dystrybucji leków** i przeciwdziałania brakom dostępności oraz **systemowego informowania** pracowników medycznych, **farmaceutów i pacjentów** o możliwych ograniczeniach dostępności i wczesnego reagowania na zdarzenia tego typu. Ponadto wydarzenia ostatnich lat wskazują na zasadność **wspierania rozwoju produkcji substancji aktywnych** w kraju zwiększającej bezpieczeństwo lekowe państwa w sytuacjach kryzysowych. W dalszym ciągu niezbędne jest również zwiększanie dostępności pacjentów do **nowoczesnych technologii lekowych** o udowodnionym działaniu, w tym w szczególności technologii długodziałających.

Jakość

System ochrony zdrowia powinien *zapewniać świadczenia o wysokiej jakości klinicznej* tj. gwarantujące bezpieczeństwo oraz wysoką skuteczność popartą aktualnym stanem wiedzy naukowej i standardami sztuki medycznej. Bardzo ważnym elementem zapewnienia wysokiej jakości w publicznym systemie ochrony zdrowia jest wprowadzenie długo oczekiwanych systemowych rozwiązań projakościowych. Podstawą poprawy jakości w systemie ochrony zdrowia jest transparentne monitorowanie nieprawidłowości. W tym celu niezbędne jest wypracowanie rozwiązań legislacyjnych sprzyjających transparentności tj. zapewniających bezpieczeństwo prawne pracownikom medycznym dokładającym niezbędnych starań w celu ratowania zdrowia i życia pacjenta, jak również umożliwiających sprawne dochodzenie odszkodowań przez pacjentów za skutki popełnionych błędów. Kluczowymi rozwiązaniami są tu tzw. **klauzula no-fault**, utworzenie **rejestru zdarzeń niepożądanych** oraz **funduszu odszkodowań** dla pacjentów z tytułu wystąpienia zdarzenia niepożądanego. Należy podkreślić również kluczową rolę dalszego rozwoju **akredytacji**, w tym w szczególności wprowadzenia obowiązkowej akredytacji dla szpitali i pracowni diagnostycznych udzielających świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia oraz rozwój i upowszechnianie akredytacji na pozostałych szczeblach systemu. Ważnym elementem jest również objęcie świadczeniodawców obowiązkowym **systemem monitorowania i informowania o jakości**

leczenia umożliwiającym porównywanie oceny poszczególnych świadczeniodawców w oparciu o obiektywne kryteria (*benchmarking*). Istotnym wsparciem dla tego typu rozwiązań jest dalsze rozwijanie przez płatnika mechanizmów **płacenia za jakość**. W zakresie farmakoterapii szczególnie istotne z punktu widzenia jakości są działania zmierzające do **ograniczenia antybiotykooporności**, jak również utworzenie **systemu monitorowania i wspierania skuteczności farmakoterapii** umożliwiającego m.in. monitorowanie osiągania celów terapeutycznych i ciągłości leczenia, działań niepożądanych, a także identyfikowanie i przeciwdziałanie polipragmazji.

Przyjazność

Styczność z publicznym systemem ochrony zdrowia powinna cechować się wysokim poziomem przyjazności, aby wzmacniać zaangażowanie i pozytywne nastawienie do procesu leczenia oraz poprawiać jego dobrostan w często trudnym czasie związanym z pogorszeniem stanu zdrowia. Na każdym etapie styczności z publiczną ochroną zdrowia pacjent powinien poruszać się po systemie w sposób łatwy i intuicyjny, a wręcz być przez niego nawigowany, jak również mieć dostęp do rzetelnej informacji o procesie leczenia oraz być w niego aktywnie włączany. Kluczowym narzędziem poprawy przyjazności systemu jest **rozwój narzędzi teleinformatycznych** (e-usługi, infolinia, centra telemonitoringu) wspierających proces **nawigowania pacjenta** oraz **wymiany informacji** w systemie, w tym udzielania informacji dostępnych świadczeniach (również tych finansowanych w ramach opieki społecznej), powiadamiania o zaplanowanych wizytach itp. Ważnym elementem jest również utworzenie **systemu do monitorowania zadowolenia pacjenta** z udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniającego opinię pacjenta o sposobie traktowania, informowania i zakresie udzielanej informacji (m.in. poprzez rozwój funkcjonalności IKP oraz z wykorzystaniem infolinii). Kluczowe jest również **zwiększenie roli pacjentów** w kształtowaniu systemu ochrony zdrowia poprzez zwiększenie roli dialogu społecznego i ich partycypacji m.in. za pośrednictwem organizacji pacjentów i Rzecznika Praw Pacjenta.

Zdrowie publiczne

Poza czynnikami związanymi z procesem leczenia, w myśl zasady „lepiej zapobiegać niż leczyć” bardzo istotnym jest zapobieganie chorobom i ograniczanie ich rozwoju poprzez skuteczne działania z zakresu zdrowia publicznego m.in. edukację zdrowotną, promocję zdrowego stylu życia, rozwój profilaktyki, szczepień i badań przesiewowych umożliwiających pozostanie w stanie zdrowia lub wykrycie zmian na wczesnym etapie, na którym istnieją większe szanse wyleczenia i zredukowania ryzyka powikłań. Pierwszym z elementów przyczyniających się do realizacji tego celu jest opracowanie, aktualizacja i realizacja **narodowych programów zdrowotnych** dla kluczowych chorób przewlekłych o charakterze cywilizacyjnym, w szczególności uzależnień, otyłości, chorób zawodowych itp. Bardzo ważnymi działaniami podejmowanymi w ramach programów zdrowotnych są m.in. **realizacja programów profilaktycznych, promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych** (szczególnie wśród dzieci, młodzieży i osób starszych oraz w obszarze zdrowia psychicznego) oraz wzmocnienie działań w obszarze **zdrowia środowiskowego** (szczególnie w zakresie edukacji, monitorowania zagrożeń w miejscach pracy, promocji zdrowej żywności i poprawy warunków środowiskowych oraz redukcji ryzyk zdrowotnych, takich jak środowiskowe czy behawioralne:). Ważnym elementem wspierającym profilaktykę będą **okresowe profilaktyczne bilanse zdrowotne** oraz programy **badań przesiewowych** w grupach podwyższonego ryzyka wraz z mechanizmami zachęcającymi pacjentów do zgłaszania się na nie. Ponadto intensyfikacji wymagają działania z zakresu **edukacji zdrowotnej** zwiększającej wiedzę o zdrowiu i wpływających na nie czynnikach, jak również kształtującej postawy

prozdrowotne i umiejętności poruszania się po systemie ochrony zdrowia. Niezbędne są również działania zmierzające do modernizacji w obszarze szczepień w tym **rozwój poprzez poszerzenie zakresu programu szczepień** ochronnych, wprowadzenie elektronicznej karty szczepień oraz poszerzenie katalogu osób uprawnionych do kwalifikacji i wykonywania szczepień.

PROCESY

Osiągnięcie celów perspektywy pacjenta jest możliwe tylko pod warunkiem skutecznej organizacji procesów. Właściwa organizacja systemu wspiera efektywną realizację celów zdrowotnych poprzez odpowiednią alokację i wykorzystanie ograniczonych zasobów. W tej perspektywie 5 obszarów zostało wytypowanych jako szczególnie kluczowe: **przejrzystość, obsługa pacjenta, koordynacja opieki, piramida świadczeń oraz pomoc społeczna.**

Rycina 71. Schemat przedstawiający elementy obszaru Procesy



W obszarze *Procesy* wyznaczono następujące cele:

- **Cel 2.1 [Przejrzystość] Zapewnienie przejrzystości procedur**
- **Cel 2.2 [Obsługa pacjenta] Usprawnienie procesów obsługi pacjenta**
- **Cel 2.3 [Koordynacja opieki] Rozwój opieki koordynowanej**
- **Cel 2.4 [Piramida świadczeń] Optymalizacja piramidy świadczeń**
- **Cel 2.5 [Pomoc społeczna] Wykorzystanie potencjału synergii systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej**

Przejrzystość

Zapewnienie przejrzystości procedur jest istotne zarówno z perspektywy pacjentów, pracowników medycznych, świadczeniodawców, płatnika, jak i regulatora. Ułatwia ona wszystkim uczestnikom systemu poruszanie się po nim, harmonizuje relacje pomiędzy nimi, racjonalizuje oczekiwania, zwiększa bezpieczeństwo i ułatwia rozliczenia. Z tej perspektywy

kluczowym działaniem jest wdrożenie innowacji procesowych oraz **standaryzacja procedur** prowadzona we współpracy z konsultantami medycznymi i towarzystwami naukowymi i poprzedzona **przeoglądem regulacyjnym** oraz jej **wdrożenie** (mające odzwierciedlenie w mechanizmach rozliczeniowych). W szczególności w zakresie **standardów organizacyjnych opieki, standardów informatyki medycznej oraz udzielania świadczeń telemedycznych, jak również ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego** dla częściej występujących jednostek chorobowych. Bardzo ważnym elementem jest także przejrzystość w zakresie sprawozdawczości obejmująca **uporządkowanie standardów prowadzenia dokumentacji i sprawozdawczości** (w szczególności **rejestrów medycznych**), likwidację nadmiarowych i duplikujących się obowiązków sprawozdawczych, dalszą automatyzację procesów sprawozdawczych, a także poprawę jakości danych (w uzasadnionych przypadkach również poszerzenia ich zakresu) oraz **ustalenie przejrzystych zasad wykorzystywania i wymiany danych zdrowotnych** dla celów diagnostyczno-terapeutycznych, zarządzania systemem ochrony zdrowia oraz prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych.

Obsługa pacjenta

Ważnym trendem w rozwoju nowoczesnych systemów opieki zdrowotnej jest tzw. *pacjentocentryzm* stawiający pacjenta w centrum systemu ochrony zdrowia w sposób zapewniający mu dostęp do informacji, poszanowanie godności i umożliwiający mu partycypację w podejmowaniu decyzji dotyczących procesu leczenia. Pacjentocentryzm winien być również fundamentem publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce, stąd też *usprawnienie procesów obsługi pacjenta* zajmuje szczególne miejsce na liście celów. W związku z tym niezbędne jest **wypracowanie i wdrożenie standardów obsługi pacjenta** powszechnych w całym publicznym systemie ochrony zdrowia, jak również ich **monitorowanie i premiowanie** przez płatnika utrzymywania wysokiego standardu obsługi pacjenta. Ważne jest również prowadzenie **szkoleń dla personelu podmiotów leczniczych** (zarówno medycznego, jak i administracyjnego) z zakresu obsługi pacjenta. Nieodłącznym elementem poprawy obsługi pacjenta w publicznym systemie ochrony zdrowia jest również **rozwój narzędzi teleinformatycznych** wspierających obsługę pacjenta, jak również proces jej monitorowania.

Koordinacja

Proces leczenia nierzadko wymaga kontaktu pacjenta z wieloma specjalistami i świadczeniodawcami. Z tego względu współpraca pomiędzy zaangażowanymi w proces leczenia oraz koordynacja tego procesu często staje się kluczowym czynnikiem wpływającym na jego powodzenie. Brak koordynacji i odpowiedniego prowadzenia pacjenta poprzez system może natomiast prowadzić do zaprzepaszczenia pozytywnych efektów zdrowotnych uzyskanych często dużymi nakładami pracy i środków. Z tego też względu ważnym kierunkiem rozwoju polskiego systemu ochrony zdrowia jest *rozwój opieki koordynowanej*. W tym obszarze konieczny jest rozwój dotychczasowych oraz **stworzenie i wdrożenie nowych modeli opieki koordynowanej** opartych na wartości zdrowotnej m.in. kompleksowej opieki bariatrycznej, opieki nad pacjentem z chorobami układu krążenia, cukrzycą, POChP oraz po przebytym udarze. W przypadku chorób przewlekłych dodatkowo, niezbędne jest **ustanowienie koordynatora procesu leczenia** tj. podmiotu odpowiedzialnego za koordynację opieki nad pacjentem i ciągłość leczenia umiejscowionego na adekwatnym poziomie (POZ, AOS, LS) w zależności od rozpoznania i stopnia zaawansowania choroby. Koordinacja powinna integrować wszystkie podmioty uczestniczące w procesie wsparcia osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. W kontekście trwającej epidemii koronawirusa, skali zakażeń oraz możliwych powikłań niezbędnym będzie też prawdopodobnie wprowadzenie **programu kompleksowej opieki i rehabilitacji postcovidowej**. Ważnym kierunkiem jest również wzmocnienie współpracy i więzi funkcjonalnych pomiędzy różnymi poziomami opieki m.in. poprzez **wzmocnienie funkcji konsultacyjnej AOS i leczenia szpitalnego dla POZ**, wzmocnienie integracji POZ i AOS oraz **wdrożenie narzędzi teleinformatycznych wspomagających komunikację i wymianę dokumentacji medycznej**. Ważnym elementem jest także utworzenie **Krajowej Sieci Onkologicznej** oraz **Krajowej Sieci Kardiologicznej** umożliwiających lepszą koordynację opieki. Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej przyniósł bardzo obiecujące efekty, dlatego powinna być nadal rozbudowywana. Udało się nie tylko przyspieszyć dostęp do lekarza i niezbędnych badań, ale także odnotowano kilkakrotne zwiększenie poprawnych i pełnych pakietów badań, co jest kluczowe we właściwej diagnostyce onkologicznej. Natomiast celem krajowej sieci kardiologicznej będzie budowa programu, który umożliwi nielimitowany dostęp pacjentów kardiologicznych do diagnostyki i terapii, koordynację leczenia, wdrożenie programów

prewencji pierwotnej i wtórnej, a przez to obniżenie śmiertelności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, pozostających wciąż głównymi przyczynami zgonów Polaków.

Piramida świadczeń

Dla efektywnego funkcjonowania systemu od strony procesowej niezbędnym jest udzielanie świadczeń na optymalnym, z punktu widzenia kosztów (zarówno po stronie systemu, jak i po stronie pacjenta) i efektów zdrowotnych, poziomie tzw. „piramidy świadczeń”. Zaczynając od świadczeń udzielanych najbliższej pacjenta ważnym kierunkiem jest **rozwój** nowoczesnych usług **opieki środowiskowej** i modeli **opieki domowej** z wykorzystaniem **narzędzi telemedycznych**. Kluczowym elementem optymalizacji piramidy świadczeń jest również **zwiększenie roli POZ** poprzez umożliwienie kontraktowania zespołów POZ o rozbudowanym składzie i kompetencjach (również z zakresu opieki specjalistycznej i rehabilitacji usprawniającej), premiowanie podmiotów zaangażowanych w profilaktykę i opiekę nad pacjentami z chorobami przewlekłymi oraz zwiększenie kompetencji pielęgniarek (w szczególności w zakresie profilaktyki, szczepień oraz porad w zakresie nieskomplikowanych problemów zdrowotnych). Istotnym kierunkiem jest również ograniczenie hospitalizacji poprzez zwiększenie kompetencji AOS, w szczególności **przeniesienie jednodniowych procedur zabiegowych** (również wykonywanych przy udziale anestezjologa) do opieki ambulatoryjnej wraz z optymalizacją wyceny świadczeń oraz rozszerzenie katalogu ambulatoryjnych diagnostycznych pakietów specjalistycznych w celu ograniczenia hospitalizacji zachowawczych. Ponadto istotnym jest stworzenie warunków systemowych do **specjalizacji poradni przyszpitalnych** w zakresie opieki okołoszpitalnej i wysokospecjalistycznej dedykowanej pacjentom narażonym na częste rehospitalizacje i ze skomplikowanymi problemami zdrowotnymi oraz ograniczanie świadczeń tych poradni na rzecz pacjentów, których potrzeby mogą być realizowane na niższych poziomach opieki. Bardzo ważnym elementem optymalizacji piramidy świadczeń jest dalsza **reforma nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej** mająca na celu odciążenie szpitalnych oddziałów ratunkowych wprowadzająca 3-poziomowy system opieki. Pierwszy poziom to teleporada lekarska lub pielęgniarska wspomagana narzędziami autodiagnostycznymi jako forma pierwszego kontaktu umożliwiająca rozwiązanie podstawowych problemów zdrowotnych, w tym wystawienie recepty lub skierowania do wyższego poziomu opieki. Drugi poziom NŚOZ stanowić będzie sieć całodobowych ambulatoriów (w każdym powiecie), do których pacjent kierowany będzie po teleporadzie. Dopiero trzecim poziomem, właściwym jedynie dla stanów zagrożenia życia, będzie SOR - w przypadku zaś braku zaistnienia takich okoliczności pacjent zostanie przekierowany do niższego poziomu NŚOZ. Wreszcie istotnym elementem optymalizacji piramidy świadczeń będzie **redefinicja sieci szpitali** obejmująca modyfikację kryteriów kwalifikacji do sieci i finansowania, jak również wprowadzenie obligatoryjnych mechanizmów **monitorowania jakości klinicznej, obsługi pacjenta i efektywności zarządzania** i związanych z nimi mechanizmów premiowania.

Pomoc społeczna

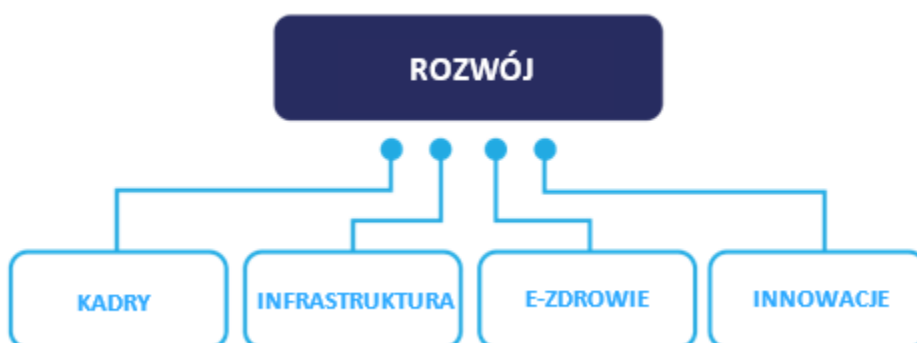
System ochrony zdrowia i system pomocy społecznej stanowią układ naczyń połączonych. Z tego też względu ich prawidłowa współpraca jest niezbędna dla efektywnego funkcjonowania każdego z nich z osobna oraz wykorzystania potencjału synergii pomiędzy nimi. Pierwszym krokiem do jej osiągnięcia jest **przegląd świadczeń z zakresu opieki społecznej** oraz **usprawnienie przepływu informacji** w celu poprawy zarządzania systemami, w szczególności poprawy koordynacji oraz eliminacji duplikowania świadczeń. Ważnym

elementem opieki na styku systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej jest **organizacja wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi, niepełnosprawnych i starszych** oraz **opiekunów osób wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu**. W kontekście trendów demograficznych wyzwaniem jest także **rozwój opieki długoterminowej** wymagający m.in. deinstytucjonalizacji opieki oraz zwiększenia liczby miejsc w placówkach opieki długoterminowej, tam, gdzie istnieje taka potrzeba, również poprzez **przekształcenie części szpitali** w zakłady opieki długoterminowej, gdzie łóżka szpitalne nie są w pełni wykorzystywane na innych oddziałach.

Rozwój

Kluczowym elementem systemu ochrony zdrowia są zasoby stanowiące podstawę jego funkcjonowania. Dlatego też ich rozwój jest nieodłącznym warunkiem leżącym u podstawy poprawy systemu ochrony zdrowia, a w konsekwencji - dobrostanu społeczeństwa. W obszarze tym szczególne znaczenie mają: **kadry, infrastruktura, e-zdrowie** oraz **innowacje**.

Rycina 72. Schemat przedstawiający elementy obszaru Rozwój



W obszarze *Rozwój* wyznaczono następujące cele:

Cel 3.1 [Kadry] Wsparcie rozwoju systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniających się potrzeb zdrowotnych

Cel 3.2 [Infrastruktura] Rozwój i modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia zgodny z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa

Cel 3.3 [Innowacje] Rozwój i upowszechnianie stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia

Cel 3.4 [e-Zdrowie] Rozwój i upowszechnianie usług cyfrowych e-zdrowia

Kadry

Zasoby kadrowe systemu ochrony zdrowia stanowią o jakości świadczonych usług, jak i ich dostępności. Z tego też względu *wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa* jest bardzo ważne dla zapewnienia prawidłowego funkcjonowania systemu zarówno w krótkim, jak i długim terminie. W tym kontekście kluczowym obszarem jest system **kształcenia kadr medycznych, organizacyjnych, administracyjnych i zarządczych systemu ochrony zdrowia**. W tym obszarze bardzo ważnym jest systematyczne **zwiększanie limitów przyjęć na studia medyczne** i liczby miejsc szkoleniowych, kształcenie specjalizacyjne w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, zwiększenie elastyczności procesu kształcenia w zawodach medycznych (m.in. poprzez ograniczenie liczby specjalizacji), wzrost wykorzystania nowoczesnych technologii w obszarze doskonalenia technik operacyjnych i diagnostycznych (szczególnie w ramach kształcenia podyplomowego) i ich równomierne upowszechnienie na terenie kraju, **rozszerzenie kompetencji innych niż lekarskich zawodów medycznych** oraz promocja kształcenia na tych kierunkach. Istotnym elementem promocji studiów medycznych jest także wprowadzenie **systemu kredytów i stypendiów dla studentów kierunków medycznych oraz lekarzy w trakcie specjalizacji** umarzanych po przepracowaniu ustalonego czasu w publicznym systemie ochrony zdrowia. Kredyty będą przewidziane również na start dla medyków po egzaminie specjalizacyjnym lub powrocie z zagranicy. Poza elementami istotnymi z punktu widzenia kształcenia kadr bardzo ważne jest stworzenie dobrych warunków dla obecnych kadr systemu ochrony zdrowia obejmujących **wsparcie rozwoju zawodowego pracowników systemu ochrony zdrowia, poprawę warunków pracy i wprowadzenie polityki wynagradzania** zachęcającej absolwentów do pozostania w kraju. Wreszcie ważny jest również rozwój **mechanizmów planowania rozmieszczenia kadr medycznych** i niwelowania dysproporcji poprzez odpowiedni **system zachęt** motywujących do podjęcia pracy w lokalizacjach z deficytami kadrowymi. Zostanie wprowadzona również szybka ścieżka wejścia do zawodu dla pielęgniarek, które mają kwalifikacje, a nie pracują w zawodzie. Planowane jest także dalsze zwiększanie wynagrodzeń młodych lekarzy, w szczególności podnoszenie wynagrodzeń w dziedzinach priorytetowych.

Infrastruktura

Istotną determinantą jakości, dostępności i efektywności świadczeń zdrowotnych jest infrastruktura budowlana i techniczna systemu ochrony zdrowia. Stąd też *rozwój i modernizacja infrastruktury systemu ochrony zdrowia zgodny ze zmieniającymi się potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa* stanowi kluczowy priorytet polityki zdrowotnej. Podstawowym działaniem w tym obszarze są **inwestycje w infrastrukturę budowlaną i techniczną** oraz jej **modernizacje**, jak również w wymianę i **rozwój aparatury i sprzętu medycznego**, by wspierać innowacje organizacyjne i procesowe, zwiększające wydajność i jakość opieki. Szczególny priorytet w tym kontekście mają inwestycje pozwalające na dostosowanie podmiotów leczniczych do **wdrożenia standardów dostępności** oraz opieki nad osobami starszymi. Bardzo ważne jest także **wsparcie infrastrukturalne uczelni medycznych** pozwalające na realizację celów związanych z rozwojem kadr systemu ochrony zdrowia. W kontekście trwającej epidemii bardzo ważnym jest też **dostosowanie**

infrastruktury systemu ochrony zdrowia do szybkiego, skutecznego i sprawnego podejmowania działań w sytuacjach nadzwyczajnych oraz **zapewnienia ciągłości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń** zdrowotnych na wszystkich poziomach systemu ochrony zdrowia, w tym poprzez dostosowanie podmiotów do udzielania świadczeń w warunkach podwyższonego reżimu sanitarnego oraz z wykorzystaniem telemedycyny.

Innowacje

Rozwój i upowszechnienie stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia to kolejny ważny kierunek strategii rozwoju zasobów systemu ochrony zdrowia. Innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia pozwalają zwiększyć skuteczność i efektywność leczenia, jak i wykorzystania zasobów kadrowych czy infrastrukturalnych. Bardzo ważnym kierunkiem w tym obszarze jest rozwój i upowszechnianie rozwiązań łączących elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny, w tym technologii optymalizujących czas i pracę lekarza i innych osób wykonujących zawody medyczne., rozwiązań autodiagnostycznych oraz wciąż niewystarczająco wykorzystywanych rozwiązań telemedycznych. W kontekście **rozwoju telemedycyny** istotne jest dostosowanie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do udzielania świadczeń zdrowotnych "na odległość" poprzez zapewnienie niezbędnego sprzętu i wydajnych łącz, utworzenie **centrów telemonitoringu, edukację** pracowników medycznych i pacjentów, eliminację niedoskonałości regulacji w tym obszarze oraz wprowadzenie klarownych **standardów** udzielania świadczeń zdrowotnych. Ważnym kierunkiem jest także **zwiększenie potencjału naukowego** sektora ochrony zdrowia. W tym kontekście istotny jest **skoordynowany rozwój rejestrów medycznych** oraz zwiększanie jakości i otwartości danych w nich zawartych stanowiących ważny zasób systemu ochrony zdrowia o wciąż niewystarczająco wykorzystanym potencjale. Ponadto, istotne jest wzmocnienie **roli i finansowania badań naukowych, niekomercyjnych badań klinicznych** (szczególnie w obszarze COVID-19) oraz **prac badawczo-rozwojowych** m.in. poprzez **utworzenie Hubu Biomedycznego** oraz **Polskiego Frakcjonatora Osocza**. Poza tym, niezbędna jest intensyfikacja działań w zakresie **rozwoju i zastosowania sztucznej inteligencji** i zaawansowanych metod analitycznych w obszarze ochrony zdrowia, w szczególności w procesach predykcyjnych, diagnostycznych i leczniczych, jak również na potrzeby efektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia.

e-Zdrowie

Rozwój i upowszechnienie usług cyfrowych e-zdrowia to priorytetowy kierunek rozwoju polskiego systemu ochrony zdrowia. Jak pokazuje doświadczenie czasu epidemii COVID-19, usługi cyfrowe w sytuacji nadzwyczajnej nie tylko ułatwiają korzystanie z systemu ochrony zdrowia i usprawniają jego funkcjonowanie, ale wręcz bezpośrednio przyczyniają się do ratowania zdrowia i życia pacjentów. W najbliższych latach niezbędny jest dalszy rozwój e-usług m.in. poprzez **wdrożenie** centralnej **e-rejestracji** na wybrane świadczenia zdrowotne (uruchomienie funkcjonalności jest planowane do końca 2021 r.), rozszerzenie katalogu EDM i prowadzenia wszelkiej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej oraz rozwój i upowszechnienie istniejących rozwiązań – jak np. **IKP**, e-skierowania oraz promowanie i upowszechnianie raportowania zdarzeń medycznych do Platformy e-Zdrowie oraz wymiany EDM między usługodawcami, dzięki czemu pracownicy medyczni mogą w łatwy i szybki sposób uzyskać dostęp do historii leczenia pacjenta i wybranych rodzajów dokumentacji medycznej dotyczących tego pacjenta, co stanowi niezwykle istotne wsparcie przy udzielaniu mu kolejnych świadczeń zdrowotnych i zachowania ciągłości jego leczenia. Ważne jest także

wdrożenie **systemu do komunikacji i wymiany informacji** pomiędzy uczestnikami systemu (pacjentami, pracownikami medycznymi, farmaceutami, świadczeniodawcami, płatnikiem), w tym narzędzi umożliwiających konsultację procesu diagnostycznego i ułatwiających koordynację świadczeń, jak również eliminację nieprawidłowości funkcjonalności wspierających zapewnienie jakości udzielanych świadczeń (np. poprzez informowanie o ryzyku nadużywania leków, ryzyku uczulenia pacjenta na lek czy ryzyku niepożądanych interakcji lekowych), umożliwiających konsultację procesu diagnostycznego i ułatwiających koordynację świadczeń, jak również eliminację nieprawidłowości. Rozwój usług cyfrowych musi być też poparty działaniami na rzecz **rozwaju kompetencji cyfrowych pacjentów i kadry medycznej** w celu pełnego wykorzystania ich potencjału. Należy podkreślić, iż rozwiązania z obszaru e-zdrowia muszą powstawać we współpracy z przedstawicielami zawodów medycznych i pacjentów, aby były zaprojektowane adekwatnie do ich potrzeb i możliwości.

FINANSE

Warunkiem koniecznym realizacji celów postawionych w pozostałych obszarach jest zapewnienie ich finansowania. Mając na uwadze utrzymujący się od lat niski (w porównaniu do innych krajów UE/OECD) poziom finansowania systemu ochrony zdrowia oraz rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństwa niezbędny jest **wzrost i dywersyfikacja finansowania** przy równoczesnym zapewnieniu wzrostu **efektywności wydatkowania**. Realizacja przedsięwzięć, celów i działań określonych w dokumencie będzie odbywać się przy zachowaniu stabilności makroekonomicznej Polski, w tym w szczególności sektora finansów publicznych.

Rycina 73. Schemat przedstawiający elementy obszaru Finanse



W obszarze *Finanse* wyznaczono następujące cele:

Cel 4.1 [Wzrost i dywersyfikacja finansowania] Zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia

Cel 4.2 [Efektywność wydatkowania] Racjonalizacja mechanizmów wydatkowania

Wzrost i dywersyfikacja finansowania

Kluczowym wyzwaniem polityki zdrowotnej jest **zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia**. Wyznacznikiem jest tutaj ustawowe zobowiązanie do **zwiększenia publicznych nakładów na zdrowie do poziomu co najmniej 6% PKB** do roku 2023, oraz 7% do 2027 roku, co pozwoliłoby zbliżyć się do średniej krajów OECD/UE. Jakkolwiek biorąc pod uwagę trendy demograficzne należy wskazać, że dalszy wzrost wydatków na zdrowie jest konieczny i nieunikniony. Ważnym aspektem związanym z finansowaniem ochrony zdrowia jest dywersyfikacja źródeł jego finansowania i uniezależnienie systemu od dotacji budżetowych. W tym kontekście ważnym elementem są **opłaty prozdrowotne** takie jak tzw. „opłata cukrowa od napojów”, które z jednej strony zapewniają dodatkowe środki na ochronę zdrowia, a jednocześnie promują postawy prozdrowotne. Podobną funkcję mogą spełniać opłaty ograniczające użycie leków OTC, suplementów diety czy produktów zawierających szkodliwe izomery trans kwasów tłuszczowych. Ważnym elementem dywersyfikacji finansowania jest również wykorzystanie środków z Europejskich Funduszy Strategicznych i Inwestycyjnych - EFSI dostępnych w ramach polityki spójności UE (EFRR, EFS+, Funduszu Spójności, Fundusz Sprawiedliwej Transformacji), a także instrumentów finansowania takich jak Krajowy Plan Odbudowy, unijny program pn. EU4Health oraz innych funduszy zagranicznych (mechanizmów: szwajcarskiego, norweskiego, a w przyszłości być może również brytyjskiego).

Gruntownej analizie wymaga także możliwość wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń – w szczególności **ubezpieczeń opiekuńczych** finansujących opiekę długoterminową oraz **mechanizmów partycypacji sprawców** prowadzących pojazdy pod wpływem alkoholu i środków odurzających w kosztach leczenia urazów ofiar ponoszonych przez publiczny system ochrony zdrowia.

Efektywność wydatkowania

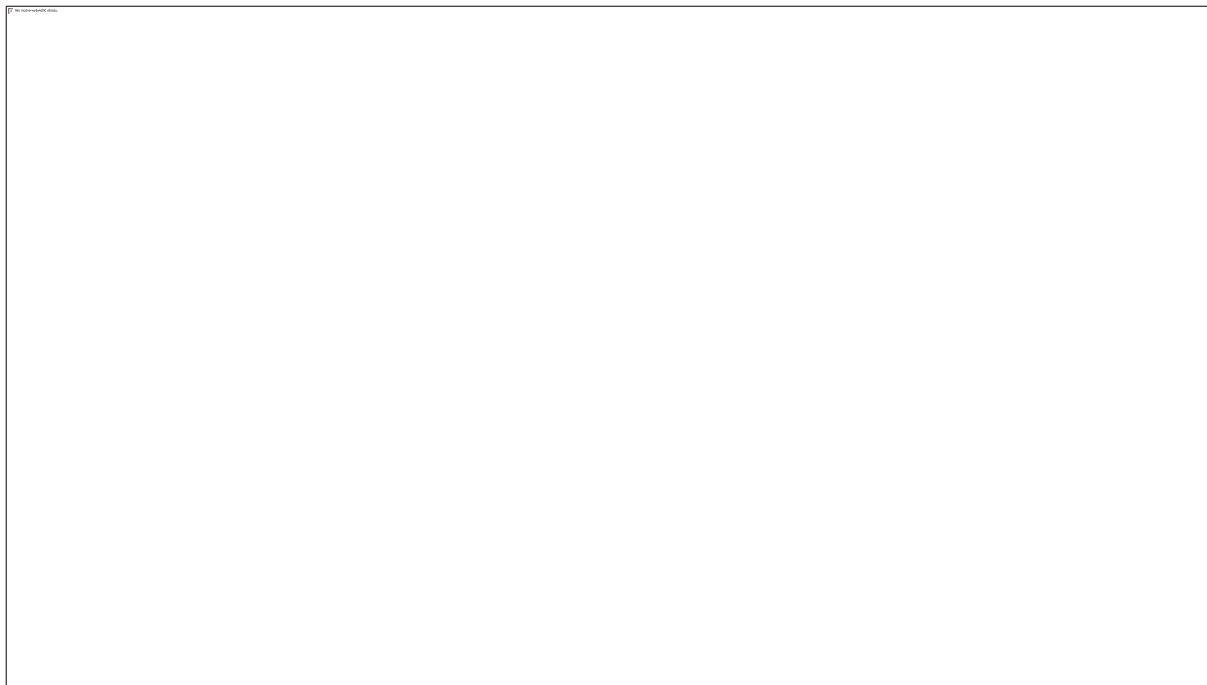
Ostatnim celem ujętym w zrównoważonej karcie wyników systemu ochrony zdrowia jest **racjonalizacja mechanizmów wydatkowania**. Kluczowym w tym kontekście jest rozwój **mechanizmów płacenia za jakość i/lub efekty zdrowotne** w oparciu o obiektywne wskaźniki oraz realizację usług zgodnie z przyjętymi standardami. Kolejnym istotnym działaniem jest **weryfikacja wykazu świadczeń gwarantowanych**, listy leków refundowanych, wyrobów medycznych i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego pod kątem ich efektywności zdrowotnej oraz stworzenie mechanizmów oceny interwencji w systemie ochrony zdrowia pod kątem wnoszonej przez nie innowacyjności i wartości zdrowotnej. Bardzo ważne jest również rozwijanie narzędzi mających na celu **przeciwdziałanie nadużyciom** w systemie ochrony zdrowia. Także, bardzo ważna jest poprawa efektywności operacyjnej podmiotów leczniczych. W tym kontekście kluczowa jest **reforma sektora szpitalnictwa** pochłaniającego znaczną część wydatków na ochronę zdrowia i generującego znaczące zadłużenie. Ponadto niezbędna jest **profesjonalizacja zarządzania** w sektorze szpitalnictwa poprzez **podniesienie kwalifikacji menadżerów opieki zdrowotnej** posiadających niezbędne kompetencje zarządcze, jak i znajomość specyfiki systemu ochrony zdrowia oraz ich ustawiczne doszkalać. Kolejnym kluczowym

elementem reformy jest również **wdrożenie obowiązkowego systemu benchmarkingu** szpitali obejmującego efektywność finansową, operacyjną oraz jakość świadczonych usług.

KIERUNKI INTERWENCJI

Cele wskazane w Zrównoważonej Karcie Wyników wskazują na najważniejsze priorytety zmian w systemie ochrony zdrowia. Równocześnie proponowane działania często służą realizacji więcej niż jednego celu. Przykładowo rozwój infrastruktury może przyczyniać się do poprawy dostępności, działania z zakresu zdrowia publicznego czy procesów mogą prowadzić do poprawy efektywności wydatkowania (np. poprzez zapobieganie chorobom lub prowadzenie procesu leczenia na poziomie systemu o większej efektywności kosztowej), a rozwój usług cyfrowych e-Zdrowia może prowadzić do poprawy przyjazności systemu. Dlatego też wskazano 6 kierunków interwencji mających służyć realizacji celów.

Rycina 74. Schemat przedstawiający zależność zmian zachodzących w systemie ochrony zdrowia



Cele będą realizowane poprzez następujące kierunki interwencji:

- ***Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych***
 - ***Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych***
 - ***Narzędzie 1.2 Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących***

- *Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia*
- *Kierunek interwencji 2: Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki*
 - *Narzędzie 2.1 Poprawa jakości, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej*
 - *Narzędzie 2.2 Wsparcie i rozwój opieki koordynowanej, w tym nad osobami starszymi*
 - *Narzędzie 2.3 Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki, w tym rozwój środowiskowych form opieki*
- *Kierunek interwencji 3: Poprawa dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia*
 - *Narzędzie 3.1 Wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych*
 - *Narzędzie 3.2 Wzmocnienie działań na rzecz dostosowania podmiotów leczniczych do wdrożenia standardów dostępności*
 - *Narzędzie 3.3 Wsparcie infrastrukturalne systemu ratownictwa medycznego i reagowania kryzysowego*
- *Kierunek interwencji 4: Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa*
 - *Narzędzie 4.1 Rozwój i wsparcie kształcenia lekarzy*
 - *Narzędzie 4.2 Rozwój i wsparcie kształcenia pielęgniarek i położnych*
 - *Narzędzie 4.3 Rozwój i wsparcie kształcenia innych zawodów związanych z ochroną zdrowia*
 - *Narzędzie 4.4 Rozwój i wsparcie kształcenia kadr organizacyjnych/ administracyjnych/zarządzających systemu ochrony zdrowia*
- *Kierunek interwencji 5: Rozwój usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony zdrowia*
 - *Narzędzie 5.1 Rozwój publicznych usług cyfrowych e-zdrowia*
 - *Narzędzie 5.2 Budowa kompetencji cyfrowych po stronie pacjentów i kadry medycznej oraz działania na rzecz zwiększenia dojrzałości cyfrowej placówek ochrony zdrowia*
- *Kierunek interwencji 6: Rozwój i upowszechnienie wykorzystania nowoczesnych i nowatorskich technologii w sektorze zdrowia*
 - *Narzędzie 6.1 Rozwój i upowszechnienie rozwiązań telemedycznych*
 - *Narzędzie 6.2 Rozwój koncepcji wykorzystania narzędzi sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia*
 - *Narzędzie 6.3 Zwiększenie potencjału naukowego i badawczo-rozwojowego sektora ochrony zdrowia*

Kierunek interwencji 1. Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych

Jak wskazano w części diagnostycznej, profilaktyka chorób to działania, które zapobiegają ich wystąpieniu. Ukierunkowane są na eliminację lub minimalizowanie wpływu choroby lub niepełnosprawności albo – jeśli nie jest to możliwe – opóźnienie postępu choroby lub niepełnosprawności²⁵⁸. Podział profilaktyki i jej szczegółowa definicja ujęte są w części diagnostycznej dokumentu.

Prowadzenie działań profilaktycznych przynosi, w krótszej lub dłuższej perspektywie czasowej, wymierne korzyści dla społeczeństwa w postaci:

- 1) poprawy świadomości zdrowotnej populacji;
- 2) poprawy stanu zdrowia ludności;
- 3) zwiększenia wykrywalności chorób we wczesnym stadium rozwoju;
- 4) zmniejszenia liczby osób z powikłaniami chorób i trwałym inwalidztwem, ograniczenia liczby zachorowań i zgonów;
- 5) obniżenia kosztów leczenia, a także mniejszych strat finansowych dla gospodarki (zasiłki chorobowe, straty produkcyjne).

Ważne jest także to, aby skupić się na prewencji pierwotnej, poprzez dostępne oddziaływania z zakresu zdrowia publicznego. Pierwszy krokiem w tym celu jest identyfikacja występujących ryzyk zdrowotnych, dotyczących poszczególne populacje, identyfikowane na możliwie najbardziej podstawowym poziomie. W tym celu rozszerzone powinny zostać funkcje istniejących instytucji odpowiedzialnych za zdrowie publiczne (głównie NIZP PZH-PIB, i GIS), oraz uzupełnienie ich o monitorowanie ryzyk zdrowotnych odpowiedzialnych za znaczną ilość zachorowań (np. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, otyłość, zanieczyszczenie powietrza).

W zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych u osób powyżej 40. r.ż. wprowadzony zostanie pierwszy tak szeroko zakrojony program badań profilaktycznych w Polsce pn. "Profilaktyka 40PLUS". Program obejmie ponad 20 milionów świadczeniobiorców powyżej 40 r.ż.. Z programu badań profilaktycznych będą mogły skorzystać wszystkie osoby, zarówno pracujące, jak i te, które prowadzą działalność gospodarczą lub są bez pracy, ale mają ubezpieczenie zdrowotne. Należy nadmienić, że badania muszą być wykonywane regularnie, aby na wczesnym etapie wykryć choroby cywilizacyjne. Wyróżnia się również potrzebę realizacji skutecznej profilaktyki wśród pracowników, co podkreśla się w aspekcie makroekonomicznym, szczególnie w kontekście starzenia się społeczeństwa i potrzeby utrzymywania dłuższej aktywności zawodowej.

Głównym wyznacznikiem skuteczności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest jego zdolność do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Stan ten jest jednak uwarunkowany szeregiem czynników.

WYZWANIA – OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA

- Aktualizacja i/lub opracowanie programów zdrowotnych/programów polityki zdrowotnej dla kluczowych chorób cywilizacyjnych.

²⁵⁸ Porta M. (ed), *A dictionary of epidemiology*. Oxford University Press, Oxford 2014: 224-225.

- Promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych – ze szczególnym uwzględnieniem działań na rzecz dzieci, młodzieży i osób starszych oraz zdrowia psychicznego
- Intensywna edukacja zdrowotna, w tym programy interwencji behawioralnych w grupach ryzyka (otyłość, używki, siedzący tryb życia, narażenie na nadmierny stres).
- Poszerzenie zakresu programu szczepień ochronnych.
- Realizacja programów badań przesiewowych w grupach o podwyższonym ryzyku.
- Opracowanie i rozpropagowanie okresowych profilaktycznych bilansów zdrowotnych dla osób dorosłych realizowanych w POZ.
- Powszechne objęcie świadczeniobiorców powyżej 40. r.ż. profilaktyczną diagnostyką laboratoryjną, w ramach programu "Profilaktyka 40PLUS" w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych.
- Skuteczne zapobieganie infekcjom bakteryjnym i zjawisku antybiotykooporności.
- Podnoszenie roli prewencji wtórnej (edukacja personelu medycznego).
- Integracja systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej w celu wzmocnienia zaangażowania w promocję zdrowia w każdym miejscu świadczenia usług społecznych.
- Wzmocnienie i zintegrowanie mechanizmów identyfikacji i monitorowania występowania ryzyk zdrowotnych.

Kierunek interwencji 1 będzie realizowany poprzez następujące narzędzia:

- 1) Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych
- 2) Narzędzie 1.2 Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących
- 3) Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia

Narzędzie 1.1. Realizacja programów profilaktycznych

W związku z zachodzącymi zmianami demograficzno-epidemiologicznymi jednym z głównych wyzwań polskiej ochrony zdrowia pozostają niedostateczne działania z zakresu zdrowia publicznego, profilaktyki chorób, przeciwdziałania antybiotykooporności oraz niewystarczające zaangażowanie Polaków we własne zdrowie.

Realizacja działań w przedmiotowym narzędziu przyczyni się do wypracowania i wdrożenia w systemie opieki zdrowotnej rozwiązań skoncentrowanych na kompleksowym zapobieganiu chorobom, które wynikają z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia Polaków, a także odnoszą się do najistotniejszych problemów i zagrożeń zdrowia, wynikających przede wszystkim z chorób cywilizacyjnych (w szczególności: uzależnienia, otyłość, choroby zawodowe, ChUK, POChP, cukrzyca, nowotwory, zaburzenia psychiczne, bóle kręgosłupa, choroby jamy ustnej, zaburzenia związane z prokreacją). Choroby cywilizacyjne to globalnie i powszechne występujące choroby, których przyczyną rozwoju oraz rozprzestrzenienia jest postęp współczesnej cywilizacji, dlatego też czasem mówi się, że są to „choroby XXI wieku”. Konieczne jest podejmowanie działań mających na celu ich ograniczenie i wczesne wykrycie.

Stan zagrożenia epidemicznego, a następnie stan epidemii powodujący liczne zakażenia wirusem SARS-CoV-2, wpłynęły na ograniczenie aktywności fizycznej oraz wzrost natężenia stresu, potęgując przy tym ryzyko zachorowania na najczęstsze choroby tzw. cywilizacyjne, takie jak: choroby układu krążenia czy choroby metaboliczne. Pandemia COVID-19, nakładając się na epidemię przewlekłych chorób niezakaźnych, powoduje efekt negatywnej synergii. Stanowiąc obecnie największe wyzwanie, niesie za sobą również negatywne skutki zdrowotne także w obszarze chorób niezakaźnych i zdrowia psychicznego (z uwagi na społeczną izolację, niepewność, obawy przed zachorowaniem, stres). Dlatego też mając na uwadze konsekwencje, jakie niesie obecna sytuacja epidemiczna zasadnym jest wprowadzenie programu „Profilaktyka 40 PLUS”, który pozwoli na powszechne objęcie świadczeniobiorców powyżej 40. r. ż. profilaktyczną diagnostyką laboratoryjną w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych. Ze względu na jego główny cel, tj. profilaktykę chorób przy obniżonej zgłaszalności do lekarzy w 2020 r. w związku z pandemią koronawirusa i tym samym potrzebą zintensyfikowania działań profilaktycznych w okresie po nasilonej fazie pandemii (w 2020 r.), zakłada się, że program „Profilaktyka 40 PLUS” będzie funkcjonował w 2021 r.

Należy wskazać, że badania profilaktyczne winny być wykonywane regularnie, by nie przeoczyć początkowo drobnych problemów związanych ze zdrowiem i zareagować odpowiednio wcześniej, zanim staną się poważne i o wiele trudniejsze do dalszej diagnostyki, a następnie leczenia. Wiele chorób, zwłaszcza w swoim początkowym stadium rozwoju, nie daje niepokojących objawów. Zatem dzięki badaniom profilaktycznym można wykryć chorobę bardzo wcześnie i uniknąć długotrwałego, a czasem nieskutecznego leczenia, które jest konsekwencją zbyt późnej diagnozy.

Pacjent będzie mógł skorzystać z pakietu badań profilaktycznych „Profilaktyka 40 PLUS” bez skierowania od lekarza. Program „Profilaktyka 40 PLUS” zakłada realizację badań diagnostycznych w formie pakietów dedykowanych oddzielnie dla kobiet i mężczyzn oraz pakietu wspólnego. Uczestnictwo w programie „Profilaktyka 40 PLUS” jest dobrowolne. Zakłada się realizację pakietu badań diagnostycznych dla świadczeniobiorców jednorazowo. Informacja o możliwości skorzystania z badania oraz ankieta, która pozwoli na ocenę czynników ryzyka i wykonanie pakietu badań będzie dostępna na IKP (IKP posiada ponad cztery miliony osób powyżej 40 r.ż.²⁵⁹, z 20 174 070²⁶⁰ osób w wieku powyżej 40 r.ż.).

Ważna jest również realizacja programów badań przesiewowych w grupach o podwyższonym ryzyku, zwiększenie liczby i zakresu tych badań, ze zwróceniem uwagi na główne problemy zdrowotne społeczeństwa polskiego.

Należy kontynuować wdrażanie programów profilaktycznych obejmujących takie elementy, jak: czynniki ryzyka, wczesne wykrywanie chorób oraz rehabilitację. Realizowane programy profilaktyczne powinny być tworzone i aktualizowane zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną. Dla problemów zdrowotnych, dla których brak jest kompleksowych programów zdrowotnych, powinny zostać opracowane skuteczne rozwiązania.

W wyniku pandemii zmieniła się również sytuacja zdrowotna dzieci i młodzieży, które z powodu izolacji i braku aktywności fizycznej były narażone na zwiększony stres. Dlatego grupa tych

²⁵⁹ Dane Centrum e-Zdrowia – stan na 2 lipca 2021

²⁶⁰ Dane GUS – stan na 31 grudnia 2020 r.

pacjentów powinna być objęta opieką psychiatryczną lub psychologiczną w celu wykluczenia lub zapobiegania negatywnym skutkom w obszarze zdrowia psychicznego.

Wyzwaniem jest podnoszenie jakości realizowanych programów profilaktycznych i zwiększenia ich dostępności dla ogółu obywateli, a szczególnie grup zagrożonych wykluczeniem społecznym. Zatem realizowane i nowe programy profilaktyczne powinny odpowiadać na przedmiotowe wyzwanie.

Ponadto, w ramach prewencji pierwotnej należy wdrażać działania mające na celu rozwój poprzez poszerzenie zakresu programu szczepień ochronnych. Jest to szczególnie istotne w kontekście zagrożeń epidemicznych, aby na bieżąco poszerzać zakres programu szczepień ochronnych. Aktualnie trwająca pandemia wirusa SARS-CoV-2 w 2020 r., uświadamia, jak ważne w profilaktyce są szczepienia i ich dostępność.

Ważnym aspektem profilaktyki są także skuteczne działania zapobiegające infekcjom bakteryjnym (w tym szczególnie zapobieganie zjawisku rosnącej antybiotykooporności). Należy kontynuować działania zapobiegające lekooporności drobnoustrojów oraz rozwijać w polskich szpitalach politykę antybiotykową, która sprawi, że ich stosowanie będzie bardziej racjonalne. W tym kontekście istotna jest także edukacja i promocja zasad stosowania antybiotyków, nie tylko wśród profesjonalistów, ale także całego społeczeństwa.

Istotnym elementem skutecznej realizacji działań profilaktycznych jest właściwa identyfikacja i monitorowanie ryzyk zdrowotnych. W tym obszarze niezbędne jest wzmocnienie działań w obszarze analizy stanu zdrowia lokalnych populacji oraz identyfikacji ryzyk zdrowotnych w oparciu o dane wtórne oraz dedykowane badania, a następnie inicjowanie i koordynowanie działań mających na celu ich redukcję oraz monitorowanie ich skuteczności.

Działania na rzecz rozwoju zdrowia publicznego powinny obejmować edukację personelu medycznego oraz integrację systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej w celu wzmocnienia zaangażowania w promocję zdrowia w każdym miejscu świadczenia usług społecznych.

Istotne jest także sukcesywne zwiększanie finansowania działań z obszaru promocji zdrowia i profilaktyki chorób, na wszystkich szczeblach realizacji polityki zdrowotnej.

Należy również wzmocnić rozwój działań badawczych i projektowanie nowych rozwiązań w zakresie zdrowia publicznego, zwłaszcza w kontekście zmiany nawyków i postaw zdrowotnych Polaków.

Założeniem horyzontalnym realizacji działań w ramach przedmiotowego narzędzia powinno być dążenie, aby POZ stanowił fundament systemu ochrony zdrowia w Polsce, obejmując mieszkańców kraju skuteczną opieką w zakresie diagnostyki i leczenia najbardziej rozpowszechnionych populacyjnie chorób, a także w obszarze ich profilaktyki.

Narzędzie 1.2. Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących

Kierunki działań w zakresie medycyny pracy określa *ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy*. Mając na uwadze potencjał realizowanych zadań przez lekarzy medycyny pracy oraz obowiązek cyklicznych badań z tego zakresu, kluczowe jest rozszerzenie realizowanych działań na rzecz wsparcia profilaktyki zdrowotnej.

Głównym celem projektów w ramach przedmiotowego narzędzia powinno być wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących przez opracowanie i rozpropagowanie okresowych bilansów zdrowotnych dla osób dorosłych realizowanych w ramach medycyny pracy lub POZ.

Kompleksowe wsparcie zdrowia osób pracujących nie może funkcjonować bez działań w kierunku nowego modelu badań profilaktycznych osób pracujących. Należy rozpocząć realizację projektów służących opracowaniu i wdrożeniu standardów kompleksowej opieki profilaktycznej nakierowanej na wszystkie aspekty zdrowia pracowników. W ramach narzędzia powinno uwzględnić się również rozwój działań prozdrowotnych w zakładach pracy, w tym identyfikację czynników ryzyka w miejscu pracy, przeciwdziałanie szkodliwym warunkom, rehabilitację, przekwalifikowanie pracowników.

Celem działań podejmowanych w ramach przedmiotowego narzędzia powinno być także przywrócenie osobom objętym wsparciem pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Realizacja działań powinna służyć wspieraniu systemu rehabilitacji z zapewnianiem szybszego dostępu do usług rehabilitacyjnych oraz wspieraniu podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji.

Narzędzie 1.3. Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia

Jak wskazano wcześniej, istotną rolę w profilaktyce i zdrowiu publicznym odgrywa kwestia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Pomimo dotychczasowej realizacji szeregu działań promujących zdrowy styl życia od najmłodszych lat, w dalszym ciągu istnieje konieczność inwestowania w zdrowie obywateli poprzez edukację, promocję i rozwój postaw prozdrowotnych. Upowszechnienie zdrowego stylu życia, obejmującego także aktywność fizyczną i właściwy sposób odżywiania się powinno być efektem skoordynowanych i zakrojonych na szeroką skalę działań nie tylko organów władzy publicznej, podmiotów leczniczych, ale również organizacji działających na rzecz pacjentów w lokalnej społeczności. Niezwykle istotnym elementem powinien być rozwój edukacji kształtującej świadomość osobistej odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie. Istotna jest także promocja postaw autodiagnostycznych, w tym z wykorzystaniem dostępnych obecnie i w przyszłości testów oraz urządzeń.

Pandemia wywołana wirusem SARS-CoV-2 w 2020 r. uświadomiła jak istotna jest edukacja zdrowotna, odpowiedzialność każdego obywatela za swoje zdrowie oraz stosowanie się do zaleceń służb medycznych i sanitarnych.

W tym kontekście działania podejmowane w ramach przedmiotowego narzędzia powinny mieć na celu wspieranie edukacji zdrowotnej realizowanej w przedszkolach i szkołach. Należy wzmocnić umiejętności pacjentów w zakresie poruszania się po systemie opieki zdrowotnej, wiedzę o prawach pacjenta, zachowaniach zdrowotnych i ich wpływie na stan zdrowia i jakość życia.

Celem realizowanych projektów powinna być popularyzacja zdrowego stylu życia, m. in. poprzez tworzenie narzędzi edukacyjnych (np. symulujących przebieg choroby w przypadku zastosowania leczenia/szczepienia lub jego braku), akcje i kampanie informacyjne promujące zdrowy styl życia oraz projekty w zakresie kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych. Podejmowane działania powinny uwzględniać najnowsze technologie i wykorzystywać najbardziej powszechne i najnowocześniejsze źródła komunikacji, przede wszystkim internet i interaktywne platformy edukacyjne.

Niezwykle istotne jest również, aby realizowane projekty uwzględniały i wykorzystywały zakrojone na szeroką skalę kampanie świadomościowe, a także badania i analizy wspierające działania w zakresie kształtowania postaw prozdrowotnych.

Kierunek interwencji 2. Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki

Bardzo ważnym kierunkiem interwencji jest poprawa procesów i organizacji systemu ochrony zdrowia przyczyniająca się do osiągnięcia celów dotyczących jakości, przyjazności i efektywności systemu ochrony zdrowia.

Pierwszym ważnym zagadnieniem związanym z jakością i efektywnością świadczonych usług zdrowotnych jest stałe monitorowanie zarówno wskaźników uzyskiwanych wyników leczenia, równości dostępu do świadczeń medycznych, jakości obsługi, a przypadku podmiotów publicznych również efektywności operacyjnej i finansowej.

Konieczna jest również optymalizacja (w opiece zdrowotnej), która może mieć największy wpływ na poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia. Działania z zakresu optymalizacji powinny zapewnić efektywniejsze wydawanie środków przeznaczanych na ochronę zdrowia, co pozwoli uniknąć zagrożenia rosnącymi wydatkami przy braku zmiany wydajności systemu.

Niezbędne jest ponadto stworzenie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych i podejmowania na tej podstawie działań zapobiegawczych i naprawczych, jak i wprowadzanie rozwiązań poprawy bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego. Założeniem wprowadzenia rozwiązań w tym zakresie jest poprawa jakości opieki leczniczej poprzez ograniczenie występowania zdarzeń niepożądanych.

Na zwiększenie jakości w ochronie zdrowia wpływają też stosowane zewnętrzne systemy oceny, m.in. standardy akredytacyjne. Konieczne jest kontynuowanie działań w zakresie upowszechnienia standardów w podmiotach leczniczych.

Koordinacja i integracja opieki nad pacjentem nabiera szczególnie istotnego znaczenia w przypadku opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz osobami z zaburzeniami psychicznymi. Te dwa obszary w dużym stopniu powinny zostać objęte deinstytucjonalizacją, która jest rekomendowanym kierunkiem zmian postulowanym przez WHO, UE i OECD oraz w przedmiotowym dokumencie.

Zachodzące procesy społeczno-demograficzne oraz ich dalszy spodziewany przebieg wymuszają podjęcie pilnych działań w zakresie zapewnienia osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu dostępu do kompleksowych świadczeń zdrowotnych w ramach nowych modeli opieki. Podejmowane działania powinny racjonalizować ponoszone koszty oraz zwiększać udział zdeinstytucjonalizowanych usług, realizując cel najefektywniejszego wsparcia funkcjonowania pacjenta w środowisku. Proces ten powinien zostać włączony również system pomocy społecznej.

Zdeinstytucjonalizowane formy opieki powinny odgrywać coraz większą rolę w procesie poprawy dostępności do opieki zdrowotnej. Z jednej strony zwiększają one bowiem dostępność do świadczeń i są „przyjazne” dla pacjentów i ich rodzin, a z drugiej stanowią uzupełnienie tradycyjnych, instytucjonalnych form opieki. W tym kontekście niezbędny jest dynamiczny rozwój infrastruktury – przede wszystkim sprzętowej, ale w niektórych przypadkach również budowlanej (np. budowa ośrodków pobytu dziennego).

Dzięki udzielonemu wsparciu pacjenci powinni mieć możliwość korzystania z wysokiej jakości usług odpowiadających zmieniającym się wymogom demograficznym, zdrowotnym

i cywilizacyjnym. Efektem wdrażania interwencji powinno być zapewnienie większego bezpieczeństwa zdrowotnego osobom osobom wymagającym opieki w codziennym funkcjonowaniu, a także poprawa jakości ich życia oraz zwiększenie pola do różnorodnych form aktywności, w tym możliwości funkcjonowania w społeczeństwie i pogłębiania więzi społecznych.

Jak ważne jest stworzenie skoordynowanego systemu opieki długoterminowej opartego na deinstytucjonalizacji unaoczniała również pandemia SARS-CoV-2 w 2020 r. Jednym z obszarów silnie narażonych na rozprzestrzenianie się epidemii była bowiem instytucjonalna opieka długoterminowa oparta na instytucjach z zakresu pomocy społecznej – domach pomocy społecznej i instytucjach opieki zdrowotnej – zakładach opiekuńczo-leczniczych. Dlatego tym bardziej pilne i konieczne jest wsparcie i rozwój opieki w środowisku domowym.

Kolejnym, ważnym krokiem ku koordynacji jest dokonanie zmian w nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Szpitale powinny działać na zasadzie trzech etapów kontaktu z pacjentem. Pierwszy poziom to wstępna diagnostyka i e-rejestracja pacjenta; drugi – sieć powiatowych ambulatoriów całodobowych, trzeci – interwencja karetki ratownictwa medycznego i transport do szpitalnego oddziału ratunkowego.

WYZWANIA – OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA

- Utworzenie systemu monitorowania i porównywania jakości świadczonych usług (wraz z serwisami informowania pacjentów), efektywności operacyjnej i finansowej podmiotów leczniczych funkcjonujących w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.
- Opracowanie i implementacja standardów organizacyjnych opieki i obsługi pacjenta oraz ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla często występujących jednostek chorobowych
- Wdrożenie mechanizmów płacenia za jakość i efekty zdrowotne, w tym premiowania wykonywania usług zgodnie ze standardami.
- Utworzenie systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych oraz funduszu odszkodowań dla pacjentów.
- Wzmocnienie roli POZ i AOS poprzez wdrażanie kompleksowych rozwiązań i skoordynowanie działań w obu zakresach. Reorganizacja sieci szpitali oraz NŚOZ.
- Wprowadzenie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, która pozwoli na każdym poziomie systemu ochrony zdrowia zaimplementować mechanizmy akredytacji i monitorowania jakości.
- Wsparcie i rozwój akredytacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
- Stworzenie nowych modeli opieki koordynowanej opartych na wartości zdrowotnej.
- Utworzenie Krajowej Sieci Onkologicznej oraz Krajowej Sieci Kardiologicznej umożliwiających lepszą koordynację opieki.
- Rozwój infrastruktury niezbędnej do udzielania świadczeń zdrowotnych w formach zdeinstytucjonalizowanych.
- Rozwój usług opiekuńczych poprzez integrację usług zdrowotnych i pomocy społecznej oraz dostosowanie usług do potrzeb lokalnych.
- Rozwój opieki środowiskowej i długoterminowej
- Rozwój nowoczesnych modeli opieki domowej, z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych.
- Organizacja pomocy dla opiekunów osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
- Organizacja wsparcia dla osób z zaburzeniami poznawczymi i innymi przewlekłymi chorobami skutkującymi zaburzeniami pamięci.
- Rozwój dialogu społecznego w obszarze zdrowia oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia poprzez promowanie i nawiązywanie współpracy administracji publicznej nadzorującej system ochrony zdrowia z organizacjami pacjentów oraz organizacjami reprezentującymi interesariuszy działających w i na rzecz ochrony zdrowia.

Kierunek interwencji 2 będzie realizowany przez następujące narzędzia:

1. Narzędzie 2.1 Poprawa jakości, bezpieczeństwa, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej

2. Narzędzie 2.2 Wsparcie i rozwój opieki koordynowanej, w tym nad osobami starszymi
3. Narzędzie 2.3 Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki, w tym rozwój środowiskowych form opieki

Narzędzie 2.1. Poprawa jakości, bezpieczeństwa, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej

Zapewnienie efektywnego wsparcia dla systemu opieki zdrowotnej wymaga wzmocnienia podejmowanych dotąd działań, które przyniosły wymierne korzyści związane z poprawą jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz poprawą jakości zarządzania w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Aby poprawić efektywność funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej należy podjąć działania optymalizacyjne lub zwiększające podaż wysokiej jakości usług zdrowotnych, a więc bezpiecznych i skutecznych, ale jednocześnie efektywnych kosztowo technologii medycznych, a także rozwijające współpracę z partnerami społecznymi. Celem przedmiotowego narzędzia powinno być dążenie do wyeliminowania wszelkich zagrożeń dla poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, zwiększenia przyjazności oraz efektywności operacyjnej i finansowej w podmiotach leczniczych udzielających w szczególności świadczeń szpitalnych.

Wspierane działania powinny służyć poprawie efektywności podmiotów leczniczych, w szczególności szpitali. Realizowane przedsięwzięcia powinny prowadzić do zwiększenia efektywności i jakości procesów zarządczych i nadzorczych, w tym poprzez profesjonalizację zarządzania oraz przygotowanie narzędzi pozwalających na obiektywne porównywanie jakości klinicznej, poziomu obsługi pacjenta oraz efektywności zarządczej podmiotów, wspomagać procesy restrukturyzacyjne i modernizacyjne oraz wdrożenie innowacji organizacyjnych.

Kluczowym elementem wsparcia jakości w opiece zdrowotnej było dotąd wzmocnienie procesu akredytacji w ochronie zdrowia. Współczesne oczekiwania społeczne wobec jakości w opiece zdrowotnej dotyczą w znacznej mierze odpowiedzialności za opiekę szpitalną i jej skutki. Dzięki środkom EFS możliwy był wzrost liczby szpitali posiadających akredytację, a także zainicjowanie wsparcia procesu akredytacji podmiotów udzielających świadczeń w zakresie POZ. Ze względu na potrzebę rozwoju wysokiej jakości usług zdrowotnych w środowisku lokalnym działania na rzecz upowszechnienia akredytacji powinny być dalej rozwijane. Należy dążyć do obligatoryjności akredytacji w lecznictwie szpitalnym, jak i upowszechniania akredytacji na pozostałych poziomach systemu.

Jednym z działań dotyczącym POZ, mającym na celu poprawę jakości opieki zdrowotnej jest wdrożenie opieki koordynowanej. Aby to umożliwić, pierwszym krokiem powinna być ocena gotowości placówek do wprowadzenia opieki koordynowanej na podstawie np. zwalidowanego i wykorzystywanego w EU modelu Scirocco Exchange²⁶¹, opracowanie modeli logicznych na przyjęcie i dostosowanie się do projektowanych zmian i umożliwienie transferu wiedzy i dobrych praktyk pomiędzy placówkami POZ. W celu poprawy jakości, przyjazności i przejrzystości należy również rozwijać działania na rzecz standaryzacji świadczeń zdrowotnych m.in. poprzez opracowanie i implementację standardów organizacyjnych opieki, obsługi pacjenta, zaleceń diagnostyczno-terapeutycznych, wytycznych postępowania oraz ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych dla często występujących jednostek chorobowych we

²⁶¹ <https://akademia.nfz.gov.pl/scirocco-exchange/>

współpracy z konsultantami, ekspertami i towarzystwami naukowymi oraz powiązanie mechanizmów płatniczych z realizacją świadczeń zgodnie ze standardami.

Ponadto należy również wdrożyć pilotażowe projekty poprawy jakości w podmiotach leczniczych dotyczące optymalizacji procedur medycznych i administracyjnych oraz zastosowanie nowoczesnych instrumentów wspomagających zarządzanie procesami i współpracę w ramach wewnętrznej struktury w szpitalach.

Ważnym elementem poprawy bezpieczeństwa w systemie ochrony zdrowia jest przeciwdziałanie błędom medycznym i zdarzeniom niepożądanym. W tym kontekście istotne jest wprowadzenie rozwiązań legislacyjnych w zakresie odpowiedzialności pracowników medycznych sprzyjających monitorowaniu niezgodności, utworzenie funduszu odszkodowań dla pacjentów ułatwiającego dochodzenie rekompensat za błędy medyczne oraz utworzenie rejestru zdarzeń niepożądanych pozwalającego na ich monitorowanie i wspierającego wdrażanie działań naprawczych.

Jednym z elementów wsparcia w zakresie jakości oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej powinna być poprawa jakości danych wprowadzanych i zbieranych w systemie. Z tego względu niezbędne jest dokonanie przeglądu obowiązków sprawozdawczych nakładanych na podmioty lecznicze, likwidacja nadmiarowych lub duplikujących się obowiązków sprawozdawczych oraz uzupełnienie zakresu zbieranych danych tam, gdzie jest to niezbędne dla poprawy funkcjonowania systemu. Istotna jest profesjonalizacja w zakresie tworzenia i utrzymywania dokumentacji medycznej i sprawozdawczej, a tym samym odciążenie personelu medycznego bez utraty jakości i kompletności danych i informacji medycznych. Szczególnie istotnym zagadnieniem jest uporządkowanie i poprawa jakości danych zbieranych w ramach rejestrów medycznych. Bardzo ważne jest także udrożnienie przepływu danych pomiędzy systemami ochrony zdrowia i opieki społecznej w celu poprawy ich efektywności. Ponadto ważnym kierunkiem jest również zwiększenie otwartości danych zdrowotnych dla celów badawczych i rozwojowych z zachowaniem poszanowania praw pacjenta. Z tego względu niezbędne jest wypracowanie przejrzystych zasad udostępniania, wykorzystywania i wymiany danych zawartych w rejestrach publicznych i medycznych. W procesie tym powinny brać udział wszyscy interesariusze systemu ochrony zdrowia w celu opracowania takiego zestawu danych, który będzie użyteczny dla wszystkich instytucji.

Wobec powyższych zadań, zostanie wprowadzona ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, która pozwoli na każdym poziomie systemu ochrony zdrowia zaimplementować mechanizmy akredytacji i monitorowania jakości. Ponadto pozwoli zbudować m.in. krajowy system monitorowania zdarzeń niepożądanych. System ten w wielu krajach, przy zapewnieniu ochrony i bezpieczeństwa osobom zgłaszającym takie zdarzenia, w istotny sposób wpłynął na poprawę rozwiązań dotyczących działalności medycznej i organizacji pracy.

Wsparcie w obszarze poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej powinno dotyczyć także wzmocnienia potencjału instytucji systemu opieki zdrowotnej w zakresie realizacji działań sanitarnych, zapobiegawczych i przeciwepidemicznych. Niezbędne jest wdrożenie technik analitycznych umożliwiających prowadzenie zaawansowanych badań epidemiologicznych. Jest to szczególnie ważne z uwagi na pandemię COVID-19. Ważnym celem tych działań powinno być dążenie do podniesienia kompetencji pracowników inspekcji sanitarnej.

Poprawie przejrzystości systemu oraz efektywności jego funkcjonowania służą również działania na rzecz rozwoju dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności

instytucji systemu ochrony zdrowia, polegające m.in. na współpracy administracji systemu ochrony zdrowia z organizacjami pacjentów.

Dla osiągnięcia powyższego konieczne jest wzmocnienie pozycji pacjenta w systemie, w tym również wsparcie organizacji pacjentów poprzez zaplanowane działania na rzecz zwiększenia kompetencji pacjentów. Jedynie pacjenci zorientowani w systemie ochrony zdrowia oraz posiadający wiedzę z zakresu swoich uprawnień są w stanie być jego aktywnym uczestnikiem. Zaangażowanie pacjentów w proces realizacji strategii jest działaniem na rzecz wzmocnienia potencjału systemu i będzie stanowić istotny element przy jej ewaluacji.

Narzędzie 2.2. Wsparcie i rozwój opieki koordynowanej, w tym nad osobami starszymi

Główne cele opieki koordynowanej to udoskonalenie procesu tworzenia i świadczenia opieki zdrowotnej zorientowanej na pacjenta, podniesienie jakości świadczeń dla osób w podeszłym wieku, przewlekle chorych i z niepełnosprawnościami oraz zmniejszenie fragmentaryzacji, wypełnienie luki i usunięcie nadwyżki/zwiększenie efektywności wykorzystania posiadanych zasobów²⁶². Wyzwaniem przy wprowadzaniu opieki koordynowanej jest wypracowanie takich zasad współpracy i organizacji opieki nad chorym, aby uwzględniały one lokalne uwarunkowania. Należy również pamiętać, że opieka koordynowana jest procesem ciągłym, który wymaga stałego monitorowania oraz bieżącego reagowania na nowe wyzwania.

Koordynowana opieka zdrowotna powinna być jednym z podstawowych kierunków zmian planowanych w najbliższych latach w systemie zarządzania opieką zdrowotną w Polsce. Działania w tym zakresie należy ukierunkować na wypracowanie, przetestowanie, a następnie wdrożenie nowych instrumentów służących zapewnieniu odpowiedniej koordynacji procesu leczenia, szczególnie w przypadku chorób przewlekłych.

Opieka koordynowana rekomendowana jest przede wszystkim jako rozwiązanie pomocne dla osób chorych cierpiących na choroby przewlekłe oraz w populacji osób starszych. Ma ona integrować wszystkie podmioty uczestniczące w procesie leczenia pacjentów z danym schorzeniem oraz usprawniać i przyspieszać leczenie, poprzez stworzenie odpowiednich norm organizacyjnych²⁶³.

Celem tego narzędzia powinno być przede wszystkim wypracowanie, przetestowanie, a następnie wdrożenie nowych instrumentów służących zapewnieniu odpowiedniej koordynacji procesu leczenia.

Realizowane działania powinny mieć na celu przede wszystkim:

1. poprawę dostępu wysokiej jakości opieki zdrowotnej, oferowanej blisko miejsca zamieszkania oraz w środowisku lokalnym;
2. zapewnienie ciągłości i integracji opieki zdrowotnej nad populacją podopiecznych oraz aktywnych pacjentów;
3. poprawę jakości medycznej oraz satysfakcji pacjentów z opieki zdrowotnej;

²⁶² Kozieł A., Kononiuk A., Wiktorzak K., *Opieka koordynowana, definicja, międzynarodowe doświadczenia jako inspiracja dla Polski*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, 2017,15(3).

²⁶³ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 44.

4. poprawę efektywności systemu opieki zdrowotnej oraz stabilności finansowej systemu i jego składowych.

Działania powinny być skierowane przede wszystkim do osób starszych oraz potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Ww. działaniom towarzyszyć powinien szereg prac uzupełniających, realizowanych w ramach innych narzędzi – m.in. szkolenia dla pracowników systemu ochrony zdrowia nt. zdeinstytucjonalizowanych form opieki oraz organizacji systemu opieki zdrowotnej i społecznej, tworzenie i rozwój sieci geriatrycznych centrów akademickich/ geriatrycznych ośrodków konsultacyjnych, a także opracowanie i upowszechnienie rozwiązań telemedycznych.

Jednym z pierwszych kroków przy rozwoju opieki koordynowanej w Rzeczypospolitej Polskiej było wprowadzenie pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, która przyniosła bardzo obiecujące efekty, dlatego powinna być nadal rozbudowywana. Udało się nie tylko przyspieszyć dostęp do lekarza i niezbędnych badań, ale także odnotowano kilkakrotne zwiększenie poprawnych i pełnych pakietów badań, co jest kluczowe we właściwej diagnostyce onkologicznej. Następnym krokiem przy rozwijaniu opieki koordynowanej w Polsce, powinno być utworzenie krajowej sieci kardiologicznej, której celem będzie budowa programu, który umożliwi nielimitowany dostęp pacjentów kardiologicznych do diagnostyki i terapii, koordynację leczenia, wdrożenie programów prewencji pierwotnej i wtórnej, a przez to obniżenie śmiertelności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, pozostających wciąż głównymi przyczynami zgonów Polaków.

Narzędzie 2.3. Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki, w tym rozwój środowiskowych form opieki

Niniejszy dokument w sposób szczególny podchodzi do kwestii deinstytucjonalizacji. Cele szczegółowe i kierunki działań zostaną wskazane w załącznikach do dokumentu zawierającej strategię deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej.

W ramach narzędzia wsparcie skierowane powinno być w szczególności do dwóch grup: osób z problemami psychicznymi – dzieci, młodzieży i dorosłych – oraz osób starszych i potrzebujących pomocy w codziennym funkcjonowaniu.

W zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży planowane wsparcie powinno objąć wdrożenie modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej, w tym wsparcie infrastrukturalne, szkolenia, programy profilaktyczno-edukacyjne i terapeutyczne, dodatkowe świadczenia, wsparcie koordynacyjne.

Z kolei wsparcie osób dorosłych powinno objąć wdrożenie środowiskowej opieki psychiatrycznej - rozwój i wsparcie CZP (w tym wsparcie infrastrukturalne), wsparcie przeprofilowania monospecjalistycznych szpitali psychiatrycznych w kierunku udzielania świadczeń specjalistycznych i długoterminowych (wsparcie infrastrukturalne), opracowanie standardów postępowania medycznego, programy terapeutyczne dla pacjentów.

W ramach narzędzia należy również uwzględnić podejmowanie działań skierowanych do osób starszych i potrzebujących pomocy w codziennym funkcjonowaniu, a także ich opiekunów, w tym:

- pilotaż Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci dla osób z chorobami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami skutkującymi zaburzeniami pamięci;

- wsparcie osób z demencją np. poprzez kampanie edukacyjne;
- wsparcie działalności lub tworzenia nowych miejsc opieki medycznej w formach zdeinstytucjonalizowanych, w tym DDOM zgodnie z przyjętym standardem;
- wsparcie innych form opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osobami starszymi;
- wsparcie dla opiekunów, w szczególności członków rodzin osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Konieczne może okazać się również wsparcie infrastrukturalne podmiotów udzielających świadczeń w formie zinstytucjonalizowanych i zdeinstytucjonalizowanych, które powinny obejmować dofinansowanie rozbudowy i dostosowania infrastruktury do specyficznych potrzeb odbiorców, budowę nowych obiektów, a także wyposażenie placówek w niezbędny sprzęt medyczny i rehabilitacyjny, w tym również tworzenie wypożyczalni sprzętu specjalistycznego, niezbędnego do sprawowania opieki w warunkach domowych.

Kierunek interwencji 3: Poprawa dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia

Niezwykle istotnym problemem opieki zdrowotnej jest niewystarczająca dostępność do niej. Coraz pilniejsza jest poprawa dostępności architektonicznej podmiotów leczniczych, w tym przychodni i szpitali, które powinny być wyposażone w sprzęt ułatwiający komunikację (z osobą niesłyszącą, z osobą z zaburzeniami mowy) oraz swobodne poruszanie się (oznaczenia, podjazdy, podnośniki). Dostępność placówek medycznych, czyli m.in. przychodni i szpitali to warunek konieczny dla zapewnienia każdemu obywatelowi prawa do równego traktowania. Nowe lub zmodernizowane budynki szpitali i przychodni spełniają na ogół kryteria dostępności architektonicznej. Niemniej, w przypadku starszych budynków konieczne są dodatkowe usprawnienia, dzięki którym osoby o szczególnych potrzebach będą mogły bez trudności poruszać się po placówce świadczącej pomoc medyczną.

Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej to czas oczekiwania na realizację świadczenia zdrowotnego. Długie kolejki oczekiwania na realizację świadczeń opieki zdrowotnej, szczególnie do lekarzy specjalistów, powoduje wydłużony czas diagnostyki i wdrożenia leczenia, co wpływa na chorobowość i śmiertelność w przypadku większości chorób cywilizacyjnych jak np. chorób onkologicznych.

Dostępność jest również rozpatrywana w zakresie geograficznej dostępności. W obszarze ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w dalszym ciągu utrzymują się duże różnicowania regionalne w zakresie dostępności do opieki zdrowotnej, jak również poziomu zachorowalności oraz liczby zgonów. Utrudniony jest dostęp do placówek medycznych mieszkańców wsi i małych miejscowości, zlokalizowanych wokół metropolii miejskich.

Poważnym problemem jest również dostępność do publicznej opieki zdrowotnej osób pozostających z różnych powodów poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wciąż nierozwiązanym problemem jest dostępność tzw. grup wykluczonych (nieubezpieczonych) do bezpłatnej opieki zdrowotnej w ramach systemu publicznego. Temat ten podlega aktualnie pracom regulacyjnym we współpracy MZ i MF. Proponowane zmiany mają ułatwić objęcie opieką zdrowotną każdego obywatela RP. Projektowany dokument ma charakter całościowy i adresuje wszystkie grupy społeczne, zwłaszcza grupy defaworyzowane.

Jednym z kluczowych elementów systemu ochrony zdrowia, wpływających na jakość, dostępność i efektywność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, jest stan infrastruktury ochrony zdrowia.

Nowoczesne podmioty lecznicze zapewnią lepszy dostęp do usług medycznych oraz wyższą jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń zdrowotnych. Skrócenie czasu hospitalizacji jest w dużej mierze możliwe dzięki zastosowaniu nowoczesnych technologii w diagnostyce i terapii. Wczesna diagnoza i rozpoczęcie leczenia umożliwiają szybszy powrót do codziennej aktywności.

Podejmowane w ostatnich latach działania na rzecz poprawy infrastruktury szpitalnej, w szczególności oddziałów szpitalnych, przynoszą widoczne efekty i znacząco wpływają na poprawę jakości udzielanych świadczeń. Jednocześnie jednak, dynamicznemu rozwojowi ww. obszaru nie zawsze towarzyszy jednoczesny rozwój komórek funkcjonalnych pełniących funkcję usługową względem ww. oddziałów, takich jak np. pracownie czy laboratoria. W tym kontekście w perspektywie finansowej 2021-2027 konieczne jest ukierunkowanie wsparcia również na ww. obszary.

W obszarze ochrony zdrowia w Polsce w dalszym ciągu utrzymują się duże zróżnicowania regionalne w zakresie dostępności do opieki zdrowotnej, jak również poziomu zachorowalności oraz liczby zgonów. Tym samym niezbędna jest realizacja inwestycji infrastrukturalnych wyrównujących różnice geograficzne w dostępie do opieki zdrowotnej i społecznej.

Jak dowodzą wyniki Badania stanu infrastruktury podmiotów leczniczych, przeprowadzonego w 2020 r. przez MZ, 29% powierzchni oddziałów szpitalnych jest w optymalnym stanie technicznym. Niemniej jednak, aspektem, który należy mieć na uwadze planując wsparcie systemu ochrony zdrowia w perspektywie wieloletniej jest fakt, że infrastruktura, która obecnie nie wykazuje znaczących oznak zużycia, w perspektywie 4-5 lat również będzie wymagała modernizacji w celu dostosowania do zmieniających się zarówno potrzeb zdrowotnych, jak i trendów technologicznych.

Jednocześnie ze starzejącą się infrastrukturą budowlaną, obserwowane jest zjawisko starzenia się sprzętu i aparatury. Praca na sprzęcie o wysokim stopniu zużycia może negatywnie wpływać na jakość, skuteczność i efektywność udzielanych świadczeń zdrowotnych, a tym samym na efektywność finansową podmiotów leczniczych.

Największym wyzwaniem, które wiąże się z każdą nową inwestycją w sprzęt medyczny jest zapewnienie efektywnej alokacji zasobów w taki sposób, aby te inwestycje były jak najbardziej optymalne z punktu widzenia całego społeczeństwa (czyli dążyły do maksymalizacji wykorzystania jednocześnie ograniczając zróżnicowanie w dostępie do świadczeń na terenie całego kraju). Należy podkreślić, że sprzęt medyczny jest jednym z elementów składających się na kompleksową opiekę medyczną, a do jego efektywnego wykorzystywania niezbędna jest odpowiednio wykwalfikowana kadra.

Kolejną kwestią konieczną do wdrożenia jest restrukturyzacja szpitali publicznych, w tym finansowanie inwestycji, poprawa jakości zarządzania szpitalami publicznymi, podniesienie kompetencji kadry zarządzającej oraz reorganizacja systemu leczenia szpitalnego. Jej celem powinna być trwała poprawa sytuacji finansowej szpitali publicznych oraz poprawa procesów nadzorowania i zarządzania tymi jednostkami, co w praktyce przełoży się na zwiększenie jakości usług opieki zdrowotnej świadczonych na rzecz pacjentów.

Reorganizacja infrastruktury strategicznej w ochronie zdrowia i podmiotów leczniczych poprzez wsparcie infrastruktury ochrony zdrowia wpłynie na jakość i dostępność oraz bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Program unowocześniania i modernizacji infrastruktury powinien opierać się na przekazywaniu samorządom środków na realizację inwestycji w placówkach opieki zdrowotnej funkcjonujących na ich terenie. Ważne jest wsparcie przekształcania łóżek szpitalnych w miejsca opieki długoterminowej, celem wykorzystania istniejącego potencjału szpitali w zapewnienie niezbędnych świadczeń opiekuńczo-leczniczych w związku z potrzebami starzejącego się społeczeństwa.

Istotnym wyzwaniem stojącym przed polskim systemem ochrony zdrowia jest jego niedostosowanie do struktury i potrzeb, w szczególności w zakresie opieki długoterminowej i psychiatrycznej. Obszary te wymagają podjęcia zdecydowanych działań zwiększających ich dotychczasowy potencjał infrastrukturalny oraz kadrowy. W związku z rosnącymi potrzebami w zakresie opieki długoterminowej, oprócz działań modernizacyjnych, należy przekształcić część łóżek szpitalnych na łóżka opieki długoterminowej, paliatywnej oraz hospicyjnej. Jeśli chodzi o opiekę psychiatryczną, ciężar zdecydowanie powinien zostać przeniesiony na formy środowiskowe, niemniej wsparcie w strukturach instytucjonalnych również powinno zostać zabezpieczone, a do tego niezbędne są inwestycje w infrastrukturę.

Jakość i efektywność systemu ochrony zdrowia to również szybkie i skuteczne udzielanie pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Skuteczne zaopatrzenie poszkodowanych oraz szybka diagnostyka warunkują możliwość uratowania życia oraz szybszego powrotu do zdrowia. Ma to bardzo istotne znaczenie w kontekście przebiegu dalszego leczenia pacjentów (m.in. ilość wykonywanych procedur, długość pobytu w szpitalu, długość rehabilitacji) oraz ich aktywności zawodowej, a w konsekwencji wpływa na koszty leczenia oraz wysokość wypłacanych świadczeń z ubezpieczeń społecznych związanych z niezdolnością do pracy (renty, świadczenia rehabilitacyjne, zwolnienia od pracy). Stworzenie zatem kompleksowego, skutecznego i efektywnego systemu ratownictwa medycznego warunkuje nie tylko dłuższe życie w zdrowiu ludności, ale także generuje oszczędności w systemie publicznych świadczeń zdrowotnych oraz ubezpieczeń społecznych.

System Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) wymaga wzmocnienia zarówno na etapie pozaszpitalnym, czyli w zakresie wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego w środki transportu sanitarnego (ambulanse), jak i szpitalnym, czyli w odniesieniu do szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali (oddziałów) wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

WYZWANIA – OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA

- Wprowadzenie nielimitowania świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).
- Modernizacja infrastruktury budowlanej i technicznej szpitali, której pogarszający się stan może powodować istotne obniżenie jakości świadczonych usług zdrowotnych.
- Modernizacja jednostek współpracujących z oddziałami szpitalnymi, w szczególności pracowni genetycznych, patomorfologii oraz histopatologii.
- Wyrównywanie różnic w dostępności do świadczeń zdrowotnych, zarówno poprzez inwestycje w infrastrukturę budowlaną, jak i sprzętową.

- Dostosowanie zasobów i struktury zasobów infrastrukturalnych do zachodzących zmian demograficznych, w szczególności w zakresie opieki nad osobami starszymi – opieka długoterminowa, opieka geriatryczna, zakłady opiekuńczo-lecznicze.
- Poprawa dostępności obiektów ochrony zdrowia.
- Inwestycje w wymianę aparatury i sprzętu medycznego - z uwagi na ciągły rozwój technologii medycznych oraz utrzymujący się deficyt zarówno w jakości, jak i liczbie wykorzystywanej aparatury specjalistycznej.
- Restrukturyzacja szpitalnictwa, w tym:
 - 1) wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentracja leczenia wysokospecjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń;
 - 2) wprowadzenie spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych – optymalnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli, zgodnego z mapą potrzeb zdrowotnych i planami transformacji;
 - 3) wdrożenie skutecznych mechanizmów restrukturyzacyjnych poprawiających rentowność szpitali i ich stabilność finansową;
 - 4) inwestycje – skoordynowane działania ukierunkowane na wzmocnienie potencjału reorganizowanych szpitali, skierowanie dodatkowych środków na rozwój nowoczesnej infrastruktury szpitalnej, w szczególności opieki wysokospecjalistycznej m.in. z Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności;
 - 5) koordynacja i optymalizacja wykorzystania bazy materialnej systemu oraz wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń szpitalnych;
 - 6) tworzenie grup zakupowych – przyjmowanie lepszej pozycji negocjacyjnej w rozmowach z dostawcami;
 - 7) efektywniejsze wykorzystanie dostępnych zasobów kadrowych (koncentracja);
 - 8) wzmocnienie kadry zarządzającej i popularyzacja nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia, podniesienie umiejętności kadry zarządzającej, a także budowa potencjału kadry restrukturyzacyjnej;
 - 9) wsparcie infrastruktury strategicznej w ochronie zdrowia, w tym centrów opieki wysokospecjalistycznej, rozwój infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych, wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego czy wymiana łóżek szpitalnych.
- Wyrównywanie różnic w dostępie do infrastruktury systemu PRM oraz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego w sposób adekwatny do zagrożeń charakteryzujących różne obszary kraju oraz zapewniający niezbędną opiekę medyczną na porównywalnym poziomie, niezależnie od miejsca pobytu;
- Przygotowanie infrastruktury ochrony zdrowia do szybkiego, skutecznego i sprawnego podjęcia oraz realizacji działań w sytuacjach nadzwyczajnych – stan epidemii i pandemii;
- Wsparcie infrastruktury budowlanej i technicznej oraz zakup niezbędnego sprzętu do instytucji walczących na pierwszej linii frontu walki w zwalczaniu pandemii COVID-19;
- Zakup odpowiedniej liczby szczepionek przeciw COVID-19 i ich dystrybucja oraz monitoring przebiegu i efektywności szczepienia;
- Dostępność transportu publicznego do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych

Kierunek interwencji 3 będzie realizowany przez następujące narzędzia:

- Narzędzie 3.1 Wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych
- Narzędzie 3.2 Wzmocnienie działań na rzecz dostosowania podmiotów leczniczych do wdrożenia standardów dostępności.
- Narzędzie 3.3 Wsparcie infrastrukturalne systemu ratownictwa medycznego i reagowania kryzysowego.

Narzędzie 3.1 Wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych

W ramach przedmiotowego narzędzia realizowane powinny być projekty inwestycyjne (roboty budowlane, wyposażenie, wymiana sprzętu medycznego) na rzecz podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w szczególności w zakresie leczenia szpitalnego, AOS, POZ.

Dotychczasowe inwestycje infrastrukturalne, pomimo znaczącej poprawy, jedynie w części zaspokoiły potrzeby podmiotów leczniczych w tym zakresie. Infrastruktura ta nadal w większości przypadków nie spełnia standardów i wymaga modernizacji, w tym także dostosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Ponadto, w porównaniu z wieloma innymi krajami UE, w Rzeczypospolitej Polskiej identyfikuje się opóźnienia we wprowadzaniu nowoczesnych technologii w leczeniu chorób, w tym przede wszystkim chorób nowotworowych. Z uwagi na skalę potrzebnych nakładów inwestycyjnych, jedynie część świadczeniodawców jest w stanie zapewnić w miejscu udzielania świadczeń szerokie spectrum badań diagnostycznych.

Potrzeby inwestycyjne powinny być oparte na danych epidemiologicznych oraz zestawione z dostępną infrastrukturą i jej stanem wyeksploatowania. W tym kontekście należy podkreślić, że podstawowymi narzędziami wykorzystywanymi w procesie planowania inwestycji w infrastrukturę sektora ochrony zdrowia są:

- zoperacjonalizowane mapy potrzeb zdrowotnych, które służą m. in. do racjonalnego rozdysponowania zasobów;
- IOWISZ – Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Ochrony Zdrowia wykorzystywany do oceny celowości inwestycji w tym obszarze.

Wychodząc naprzeciw potrzebom wynikającym z obecnej sytuacji epidemiologiczno-demograficznej, działania realizowane w ramach przedmiotowego narzędzia powinny służyć przede wszystkim wsparciu infrastrukturalnemu podmiotów leczniczych oraz współpracujących z nimi komórek organizacyjnych/ funkcjonalnych udzielających świadczeń z zakresu:

- chorób onkologicznych;
- chorób układu krążenia (w tym chorób naczyń mózgowych);
- chorób psychicznych i zaburzeń zachowania;
- chorób zakaźnych;
- chorób układu oddechowego;
- chorób wewnętrznych;
- chorób neurologicznych;

- chorób urologicznych;
- leczenia uzdrowiskowego;
- anestezjologii i intensywnej terapii;
- pediatrii i szeroko pojętego leczenia dzieci;
- ginekologii i położnictwa;
- geriatry;
- opieki długoterminowej, paliatywnej, hospicyjnej;
- rehabilitacji leczniczej;
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- okulistyki.

Należy mieć na uwadze, że konieczne są inwestycje w ramach zakładów, pracowni i laboratoriów współpracujących z podmiotami leczniczymi, w szczególności w powyższych zakresach. Ważnym aspektem, jest także rozwój infrastruktury aptek szpitalnych skutkujący automatyzacją, zwiększeniem poziomu ich informatyzacji oraz ograniczeniem strat. Jednocześnie konieczne jest zapewnienie narzędzi do bezpiecznego przygotowywania żywienia do i pozajelitowego oraz indywidualnego leczenia lekami cytostatycznymi. Także należy uwzględnić rozwój usług farmacji klinicznej mający na celu wsparcie zespołów szpitalnych i zwiększenie skuteczności farmakoterapii oraz ograniczenie jej kosztów.

Planowane do wdrożenia projekty powinny być skierowane m.in. na przeprowadzenie robót remontowych oraz budowlanych niezbędnych z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych (budowa nowych obiektów - wyłącznie w uzasadnionych przypadkach) oraz wyposażenie w nowoczesny sprzęt medyczny i aparaturę medyczną jednostek zajmujących się leczeniem dorosłych oraz dzieci. Równie istotnymi działaniami w zakresie poprawy efektywności podmiotów leczniczych będzie ich wsparcie we wdrożeniu zmian jakościowych w funkcjonowaniu danej jednostki poprzez np. wdrożenie planów naprawczych, optymalizację procesów inwestycyjnych i zarządczych, usprawnienie systemów zarządzania i systemów eksploatacyjnych podmiotów, czy wprowadzenie działań projakościowych w podmiotach.

Dodatkowo, w kontekście wystąpienia sytuacji nadzwyczajnych (np. porównywalnych do pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 w 2020 r.), konieczne jest przygotowanie infrastruktury ochrony zdrowia do szybkiego, skutecznego i sprawnego podjęcia oraz realizacji działań w tego typu sytuacjach. W tym kontekście ważne jest przystosowanie podmiotów leczniczych do funkcjonowania w warunkach podwyższonego reżimu sanitarnego m.in. poprzez wdrażanie rozwiązań pozwalających na bezpieczne porządkowanie ruchu chorych, usprawniających izolację i obserwację potencjalnie zakażonych, a także poprawiających warunki higieniczno-sanitarne

Narzędzie 3.2 Wzmocnienie działań na rzecz dostosowania podmiotów leczniczych do wdrożenia standardów dostępności

Z uwagi na stan architektoniczny większości budynków problem dostępności obiektów ochrony zdrowia, jest niezwykle istotny. Dlatego należy kontynuować wsparcie dla osób ze szczególnymi potrzebami, służące wzmocnieniu działań na rzecz zmian w wybranych placówkach opieki medycznej, polegających na poprawie ich wyposażenia w sprzęt ułatwiający komunikację (z osobą niesłyszącą lub niedosłyszącą, oraz z osobą z zaburzeniami mowy) czy poruszanie się (oznaczenia, podjazdy, podnośniki itd.)²⁶⁴.

²⁶⁴ Program rządowy - Dostępność Plus 2018-2025, str 40.

Osoby z niepełnosprawnościami to nie tylko osoby na wózkach, ale też m.in. z niepełnosprawnością intelektualną, poruszające się o kulach, osoby niewidome, niedowidzące czy niesłyszące, dla których niezbędne są odpowiednie oznakowania zapewniające bezpieczne poruszanie się czy też możliwość skorzystania z alternatywnych form komunikacji (np. multisensoryczny system numerków w poczekalni). W procesie znoszenia barier powinny być podjęte działania poprawiające dostępność gabinetów lekarskich, poprzez zmianę sposobu urządzania pomieszczeń, zakup sprzętu diagnostycznego umożliwiającego korzystanie z nich osobom z niepełnosprawnościami. Ważna jest również dostępność informacji o dostosowaniu danej placówki do potrzeb tych osób.

Tym samym w dalszym ciągu istnieje potrzeba wdrażania działań o charakterze infrastrukturalnym, związanych z dostosowaniem placówek medycznych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami oraz osób starszych w kontekście realizacji standardów dostępności.

Standardy dostępności to wprowadzone przepisy prawne, które gwarantują dostępność w prowadzeniu np. inwestycji budowlanych, zakupie odpowiednio przygotowanych środków transportu, oznaczaniu tras i przestrzeni publicznej, usług czy realizacji zadań z wykorzystaniem środków publicznych. W tym kontekście działaniem infrastrukturalnym jest ingerencja mająca na celu zapewnienie funkcjonowania transportu publicznego umożliwiającego dojazd do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, stanowiącego uzupełnienie transportu realizowanego w ramach świadczeń gwarantowanych.

Głównym celem przedmiotowego wsparcia powinno być podniesienie jakości usług zdrowotnych dla pacjentów z niepełnosprawnościami, zniwelowanie barier architektonicznych, funkcjonowanie placówek przyjaznych osobom niepełnosprawnym czy podniesienie dojrzałości cyfrowej w zakresie potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

W ramach przedmiotowego narzędzia należy realizować projekty inwestycyjne służące dostosowaniu podmiotów leczniczych (w szczególności AOS) w zakresie wdrożenia standardu dostępności w wybranych komponentach:

- architektonicznym – podjazdy, windy, poszerzanie wejść do budynków i drzwi wewnętrznych, likwidacja wysokich progów, montaż posadzek antypoślizgowych, dostosowanie pomieszczeń sanitarnych, rejestracji pacjentów, włączników i tablic informacyjnych, zakup pętli indukcyjnych itp.),
- cyfrowym – zakup sprzętu komputerowego, oprogramowania oraz innych urządzeń, a także zapewnienie dostępu do szerokopasmowych łącz internetowych służących poprawie dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z niepełnosprawnościami, rozwój telemedycyny ułatwiającej komunikację na odległość, a także wdrożenie innych rozwiązań zapewniających funkcjonowanie placówek „przyjaznych” osobom niepełnosprawnym, systemy rejestracji (także on-line), uwzględniające potrzeby osób z niepełnosprawnościami, tworzenie i dostosowanie stron internetowych do standardu WCAG 2.0).

Należy też kontynuować działania na rzecz rozwoju standardów dostępności wypracowanych w programie PO WER na lata 2014-2020 (dla podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego i POZ).

Narzędzie 3.3 Wsparcie infrastrukturalne systemu ratownictwa medycznego i reagowania kryzysowego

W ostatniej dekadzie można zauważyć transformację epidemiologiczną w zakresie występowania wypadków. Wzrasta udział zgonów z powodu upadków, które stanowią najważniejszą przyczynę leczenia szpitalnego z powodu wszystkich wypadków w każdej grupie wiekowej.

Szybkie udzielenie pierwszej pomocy na miejscu zdarzenia oraz bezpieczny transport pacjenta urazowego pod opieką wykwalifikowanego personelu zapewniają utrzymanie i stabilizację podstawowych funkcji życiowych. Miejszem docelowym udzielania pomocy zdrowotnej jest SOR, który powinien dysponować odpowiednią kadrą i być wyposażony w odpowiedni sprzęt do ratowania życia i zdrowia ludzkiego.

Kompleksowy, zrównoważony system ratownictwa medycznego to spójne działanie poszczególnych jednostek systemu wyposażonych w nowoczesny i kompatybilny sprzęt. Poszczególne jednostki systemu muszą ze sobą ściśle współpracować, aby osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia można było szybko i skutecznie udzielić pomocy. System ratownictwa medycznego stanowi swego rodzaju sieć, brak któregośkolwiek elementu powoduje brak możliwości w pełni skutecznego działania.

W ramach infrastruktury ratownictwa medycznego, szczególnie istotne jest zachowanie zasady tzw. złotej godziny (nie przekraczania 60 minut pomiędzy powzięciem informacji o zdarzeniu, a rozpoczęciem specjalistycznego leczenia szpitalnego). Niezbędne jest również wyrównanie różnic w dostępie do infrastruktury systemu PRM w sposób adekwatny do zagrożeń charakteryzujących różne obszary kraju oraz zapewniający niezbędną opiekę medyczną na porównywalnym poziomie, niezależnie od miejsca pobytu.

Realizacja działań w tym narzędziu powinna służyć wzmocnieniu potencjału PRM, w tym ZRM wraz z zapleczem administracyjnym (obiekty stacji pogotowia ratunkowego wymagające dużych nakładów na ich modernizację, remonty i unowocześnienie), Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, lądowisk dla helikopterów ratunkowych (roboty budowlane i doposażenie) oraz Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (roboty budowlane, doposażenie).

Pomimo znaczącej poprawy wyposażenia i funkcjonowania infrastruktury ratownictwa medycznego, nadal istnieją potrzeby doposażenia szpitalnych oddziałów ratunkowych w sprzęt medyczny. Odnowienia wymaga również pozostała infrastruktura szpitalna, niezbędna do sprawnego funkcjonowania systemu oraz specjalistyczne środki transportu sanitarnego(ambulanse).

Działania powinny skupić się na wsparciu systemu poprzez m.in.:

- doposażanie istniejących szpitalnych oddziałów ratunkowych i budowę nowych oddziałów na terenach, gdzie występuje ich deficyt;
- zakup nowych ambulansów z wyposażeniem na potrzeby ZRM;
- wzmocnienie potencjału wojewodów w zakresie prowadzenia dyspozytorni medycznych;
- poprawę i wyposażenie w nowoczesne moduły łączności systemu ratownictwa medycznego;
- wsparcie Lotniczego Pogotowia Ratunkowego poprzez budowę lub modernizację baz operacyjnych HEMS i doposażenie śmigłowców w odpowiedni sprzęt i aparaturę;
- wsparcie ZRM poprzez doposażenie w ambulanse, odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną;
- wsparcie ZRM poprzez budowę nowych lub adaptację pomieszczeń dotychczasowych Stacji/Podstacji/miejsc wyczekiwania ZRM;

- wsparcie ZRM poprzez podnoszenie kwalifikacji zawodowej/szkolenia;
- wsparcie ZRM poprzez remonty (w tym termomodernizacja, wykorzystywanie OZE, wymiana sprzętu komputerowego oraz urządzeń do łączności, wymiana wyposażenia, itp.) dotychczasowych Stacji/Podstacji/miejsc wyczekiwania ZRM;
- wsparcie jednostek systemu PRM poprzez sfinansowanie wymiany sprzętu IT i urządzeń biurowych oraz zakup nowego oprogramowania do kompleksowego zarządzania jednostką (ERP, CRM, systemu apteczne, zarządzanie ryzykiem i analityczne);
- wsparcie innowacyjnych projektów związanych ze skutecznym udzielaniem pierwszej pomocy przez świadków zdarzenia przed przybyciem ZRM.

W kontekście pandemii COVID-19 niezmiernie ważnym elementem jest wsparcie infrastrukturalne, budowlane i techniczne oraz doposażenie w niezbędny sprzęt instytucji szczególnie zaangażowanych w walkę z koronawirusem, tj. GIS, WSSE, PSSE, NIZP-PZH-PIB, RCKiK, NCK. Kluczowe jest stworzenie nowoczesnej i sprawnie funkcjonującej infrastruktury (m.in. infrastruktury laboratoryjnej o wysokiej przepustowości) z uwzględnieniem aktualnych i przyszłych potrzeb epidemiologicznych oraz badawczo-diagnostycznych, w oparciu o procedury zwiększające bezpieczeństwo i przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się wirusa.

Dodatkowo, niezmiernie ważnym działaniem jest zakup odpowiedniej liczby szczepionek przeciw COVID-19, ich dystrybucja oraz monitoring przebiegu i efektywności szczepienia, tak aby osiągnąć poziom zaszczepienia społeczeństwa umożliwiający jak najszybsze zapanowanie nad wirusem, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższych standardów bezpieczeństwa.

Kierunek interwencji 4: Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa

Odpowiednia liczbowo i jakościowo kadra medyczna jest podstawowym warunkiem skutecznej realizacji działań państwa w obszarze zdrowia, na wszystkich jego poziomach – od profilaktyki, wczesnego wykrywania, po diagnostykę i leczenie chorób. Profil i natężenie procesu kształcenia kadr medycznych powinny być ściśle związane z zapotrzebowaniem na kadry konkretnej specjalności, wynikającym z trendów epidemiologicznych i demograficznych występujących w Polsce.

Tymczasem jednym z głównych wyzwań, przed którym stoi obecnie polski system ochrony zdrowia, jest ogólna niska liczba kadr medycznych, ich starzenie się, a także niewłaściwe rozdysonowanie względem rzeczywistego zapotrzebowania.

Na niedostateczną liczbę pracowników ochrony zdrowia nakłada się ich nierównomierne rozmieszczenie terytorialne. Liczba lekarzy na 100 tys. ludności jest zróżnicowana między województwami²⁶⁵.

Ważnym czynnikiem wpływającym na jakość opieki zdrowotnej są kwalifikacje kadry medycznej. Przyjmuje się, że miernikiem poziomu kwalifikacji dla lekarzy i lekarzy dentystów jest odsetek specjalistów.

Ponadto, wprowadzono przepisy obligujące podmioty lecznicze do stopniowego wzrostu wynagrodzeń zasadniczych pracowników wykonujących zawody medyczne. W celu zagwarantowania stopniowego podwyższania wynagrodzeń pracowników wykonujących zawody medyczne, w tym lekarzy, w 2017 r. uchwalone zostały przepisy ustalające najniższe

²⁶⁵ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 48-49.

wynagrodzenie zasadnicze niektórych pracowników, które znowelizowane zostały w 2019 r. m.in. w zakresie odmrożenia kwoty bazowej.

Znacznie podwyższono również wynagrodzenia zasadnicze lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury i lekarzy specjalistów. W 2018 r. wdrożono rozwiązania umożliwiające podwyższenie wynagrodzeń zasadniczych lekarzy specjalistów, w przypadku gdy lekarze ci są zatrudnieni na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawców, którzy zawarli z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych i uczestniczą w udzielaniu tych świadczeń oraz zobowiązują się wobec pracodawcy do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z NFZ.

Wprowadzono również przepisy, zgodnie z którymi lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury może otrzymywać dodatek do wynagrodzenia w zamian za zobowiązanie się do wykonywania zawodu lekarza na terytorium RP w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu.

Zapewniono również jednostkom szkolącym lekarzy rezydentów refundację kosztów ponoszonych na wynagrodzenia za pełnione przez nich programowe dyżury medyczne oraz wprowadzono dodatkowe urlopy naukowe.

Ponadto, w związku z wystąpieniem pandemii COVID-19, lekarze pracujący bezpośrednio przy zakażonych wirusem pacjentach w tzw. „szpitalach COVID-owych”, jak również wszyscy lekarze pracujący na SOR-ach i izbach przyjęć we wszystkich szpitalach, otrzymywali przez okres nasilenia pandemii dodatkowe świadczenia pieniężne w wysokości ich miesięcznego wynagrodzenia (co oznacza podwojenie wynagrodzenia).

Prowadzone działania zmierzają również do zwiększania limitu przyjęć, w szczególności na studia magisterskie na kierunku lekarskim, prowadzone w formie stacjonarnej w języku polskim. W roku akademickim 2015/2016 na kierunkach: lekarskim i lekarsko-dentystycznym ustalono limit 7550 miejsc (w tym 5703 miejsc na studiach stacjonarnych i niestacjonarnych w języku polskim), natomiast na rok akademicki 2020/2021 ustalono limit 9717 (w tym 7436 miejsc na studiach stacjonarnych i niestacjonarnych w języku polskim). Jak wynika z powyższego, limit miejsc na rok 2020/2021 w porównaniu z rokiem akademickim 2015/2016 jest wyższy o 2167.

Należy także zauważyć, że od 2015 r. zwiększyła się również liczba wydziałów lekarskich na uczelniach. W 2015 r. kształcenie na kierunku lekarskim prowadziło 15 uczelni (w tym 11 nadzorowanych przez Ministra Zdrowia i 3 nadzorowane przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego), zaś w 2020 r. już 22 uczelnie (w tym 9 nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, 9 nadzorowanych przez Ministra Edukacji i Nauki oraz 4 uczelnie prywatne). Stanowi to wzrost o 7 uczelni.

Obecnie w Rzeczypospolitej Polskiej kształci się na kierunkach lekarskich i lekarsko-dentystycznych 42 938 osób (w tym ponad 37 tys. na kierunkach lekarskich i prawie 6 tys. na kierunku lekarsko-dentystycznym).

Istotnym elementem promocji studiów medycznych jest także wprowadzenie systemu kredytów i stypendiów dla studentów kierunków medycznych oraz lekarzy w trakcie specjalizacji umarżanych po przepracowaniu ustalonego czasu w publicznym systemie ochrony

zdrowia. Kredyty będą przewidziane również na start dla medyków po egzaminie specjalizacyjnym lub powrocie z zagranicy.

Zwiększana jest także liczba przyznawanych miejsc rezydenckich, w szczególności w dziedzinach najbardziej deficytowych, tj. w tych, w których występuje największe zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów.

Podjęmowane są również działania, które mają na celu zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia, uatrakcyjnienie i zwiększenie prestiżu tych zawodów. Jednym z takich działań jest przyjęty w 2019 r. przez Radę Ministrów dokument pn. "Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce" (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w 2018 r.), którego celem jest wypracowanie rozwiązań zapewniających wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostępność do opieki pielęgniarskiej i położniczej dla pacjentów i społeczeństwa przez zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej i powstrzymanie emigracji zarobkowej tej grupy zawodowej, zmotywowanie absolwentów do podejmowania pracy w zawodzie pielęgniarki i położnej oraz utrzymanie na rynku pracy pielęgniarek i położnych nabywających uprawnienia emerytalne.

Problematyka związana z warunkami pracy pielęgniarek i położnych jest bardzo szeroka, obejmuje wiele aspektów. Obecnie najważniejszymi kwestiami w tym obszarze są m.in. wynagrodzenie za pracę oraz przywileje pracownicze. Np. w 2019 r. wprowadzono dodatkowy urlop szkoleniowy dla pielęgniarek i położnych w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie oraz umożliwiono prowadzenia studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo w formie niestacjonarnej. Takie rozwiązanie umożliwia podejmowanie kształcenia przez osoby pracujące, które chcą uzyskać nowe kwalifikacje zawodowe i podjąć pracę w zawodzie pielęgniarki lub położnej.

W celu poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym POZ i AOS, podjęto działania mające na celu rozszerzenie kompetencji pielęgniarek i położnych – od 1 stycznia 2016 r. pielęgniarki i położne, posiadające odpowiednie kwalifikacje zawodowe, nabyły prawo do ordynacji określonych leków i wyrobów medycznych, w tym wystawiania na nie recept, zarówno w ramach samodzielności zawodowej jak i kontynuacji leczenia w ramach realizacji zleceń lekarskich.

Ponadto, wprowadzono możliwość realizacji przez pielęgniarki i położne porad w POZ (zakres porady obejmuje m.in. dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę/położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, wystawianie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla świadczeniobiorcy). Celem wprowadzenia powyższych rozwiązań jest usprawnienie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i ułatwienie pacjentom, w tym osobom starszym, niepełnosprawnym, dostępu do świadczeń zdrowotnych, którzy wymagają interwencji bez konieczności bezpośredniego i osobistego zaangażowania personelu lekarskiego, a także zwiększenie samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych.

Jednym z celów modelu opieki koordynowanej jest podjęcie współpracy wśród personelu opieki zdrowotnej. Współpraca i przenikanie się kompetencji personelu medycznego pomagają w osiągnięciu odpowiedniego poziomu dostępności do opieki zdrowotnej. Według raportu WHO²⁶⁶ właściwe zaprojektowanie i wdrożenie krzyżujących/łączących się kompetencji (ang.

²⁶⁶ World Health Organization. (2000). Skill mix in the health workforce : determining skill mix in the health workforce : guidelines for managers and health professionals / Jane Buchan, Jane Ball and Fiona O'May. World Health Organization.

skill mix) ma ogromne znaczenie dla organizacji, zarządzania i efektywności działań podejmowanych w systemach zdrowotnych.

W systemie opieki zdrowotnej zatrudnione są także osoby w zawodach, które nie są związane bezpośrednio z wykonywaniem czynności medycznych, ale mają istotne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Rozwój ww. zawodów, w tym odpowiedniej kadry administracji publicznej zaangażowanej w zadania w ochronie zdrowia wymaga wzmocnienia. Sprawna kadra wspomagająca zawody medyczne w realizacji zadań ma ogromne znaczenie dla efektywności podejmowanych działań. Dotyczy to wsparcia kadry medycznej na poziomie pojedynczych podmiotów leczniczych, ale również na poziomie administracji publicznej różnych szczebli, podejmującej określone działania i decyzje w sektorze zdrowia.

Przy planowaniu zwiększania liczby absolwentów należy brać pod uwagę, że działania wdrażane teraz przełożą się na zwiększenie liczby specjalistów dopiero za ok. 12 lat (6 lat studiów i średnio 6 lat specjalizacji).

Poza tym w obliczu zagrożenia wywołanego pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 niezwykle ważne jest odpowiednie przeszkolenie kadry, która zapewniłaby działalność diagnostyczno-leczniczą i profilaktyczną w zakresie chorób zakaźnych. Przy tych działaniach istotne jest to, aby zapewnić kadrze medycznej odpowiednie wsparcie psychologiczne.

Wskazać należy na konieczność prowadzenia nowych i wzmocnienia dotychczas realizowanych działań zachęcających do podejmowania specjalizacji na ww. kierunkach.

WYZWANIA – OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA

- Zwiększenie liczby osób kształcących się na kierunkach medycznych, systematyczne zwiększenie limitów przyjęć oraz miejsc na studia medyczne i liczby miejsc szkoleniowych szczególnie w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych Polski.
- Wprowadzenie kredytów dla studentów kierunków medycznych.
- Promocja kształcenia w zakresie innych zawodów związanych z ochroną zdrowia oraz administracyjno-organizacyjnym w obszarze ochrony zdrowia, w szczególności opiekunów medycznych.
- Zwiększenie elastyczności procesu kształcenia w zawodach medycznych, np. poprzez ograniczenie liczby specjalizacji oraz rozszerzenie kompetencji innych niż lekarskich zawodów medycznych.
- Standaryzacja szkolenia podyplomowego lekarzy w specjalizacjach zabiegowych oraz rozwój wykorzystania nowoczesnych technologii w obszarze doskonalenia technik operacyjnych i diagnostycznych.
- Wsparcie szkoleniowe węższych umiejętności lekarskich jako odpowiedź na zwiększenie dostępu do deficytowych świadczeń medycznych istotnych z punktu widzenia demograficznego i epidemiologicznego.
- Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych zgodnie z zapotrzebowaniem epidemiologiczno-demograficznym oraz uwzględniając m.in. możliwe braki lekarzy specjalistów wynikające z odchodzenia z rynku pracy lekarzy specjalistów.
- Wsparcie infrastrukturalne uczelni medycznych oraz placówek medycznych prowadzących działalność dydaktyczną.
- Rozwój nowoczesnych metod nauczania studentów kierunków medycznych oraz bazy dydaktycznej dla kształcenia przedklinicznego, w szczególności poprzez rozwój kształcenia praktycznego z wykorzystaniem technik symulacji medycznej.
- Poprawa warunków pracy, wprowadzenie polityki wynagradzania oraz ułatwianie dalszego rozwoju po ukończeniu studiów w celu zachęcenia absolwentów do podejmowania pracy w Polsce.
- Zapewnienie kursów z zakresu medycyny rodzinnej dla lekarzy pracujących w POZ.
- Wsparcie rozwoju zawodowego obecnych, medycznych pracowników systemu ochrony zdrowia oraz innych zawodów związanych z ochroną zdrowia i kadry administracyjno-organizacyjnej.
- Stworzenie skutecznego mechanizmu planowania rozmieszczenia kadr medycznych i likwidacji dysproporcji pomiędzy województwami oraz mechanizmów zachęcających do podjęcia zatrudnienia w lokalizacjach z deficytami kadrowymi.

Kierunek interwencji 4 będzie realizowany poprzez następujące narzędzia:

- Narzędzie 4.1 Rozwój i wsparcie kształcenia lekarzy
- Narzędzie 4.2 Rozwój i wsparcie kształcenia pielęgniarek i położnych

- Narzędzie 4.3 Rozwój i wsparcie kształcenia innych zawodów związanych z ochroną zdrowia
- Narzędzie 4.4 Rozwój i wsparcie kształcenia kadr organizacyjnych/administracyjnych/zarządzających systemu ochrony zdrowia

Narzędzie 4.1 Rozwój i wsparcie kształcenia lekarzy

Pomimo realizacji szeregu interwencji mających na celu rozwój kadr medycznych w dalszym ciągu istnieje potrzeba wzmocnienia działań skierowanych do kadry lekarskiej, która ma fundamentalne znaczenie dla funkcjonowania systemu opieki medycznej. Konieczne jest wsparcie działań w kierunku zapewnienia odpowiedniej liczby osób kształcących się na kierunkach medycznych oraz właściwej liczby lekarzy specjalistów w polskim systemie ochrony zdrowia. Realizacja działań objętych narzędziem przyczyni się również do rozwoju praktycznego szkolenia podyplomowego lekarzy, co zostanie zapewnione również poprzez dalszy rozwój nowoczesnych centrów symulacji zabiegowej. Ponadto, epidemia COVID-19 pokazała jak niezwykle ważne jest dysponowanie odpowiednimi narzędziami pozwalającymi na prowadzenie kształcenia lekarzy w trybie zdalnym. Dlatego też niezbędne jest stworzenie nowej kompleksowej oferty dydaktycznej opartej na platformie cyfrowej, pozwalającej na całościową organizację procesu dydaktycznego w oparciu o technologie cyfrowe, z zapewnieniem niezbędnego, wymaganego przepisami prawa wymiaru godzinowego zajęć odbywających się w trybie tradycyjnym.

W tym kontekście, działania podejmowane w ramach przedmiotowego narzędzia powinny dotyczyć przede wszystkim:

- zwiększenia liczby osób kształcących się na kierunkach medycznych, np. zwiększenie liczby studentów przyjmowanych na kierunek lekarski, promocja zawodu, stosowanie zachęt dla studentów medycyny w postaci stypendiów, finansowania wyjazdów studyjnych dla studentów, praktyk zawodowych czy obowiązkowych praktyk zawodowych;
- poprawy warunków pracy, wprowadzenia polityki wynagradzania oraz ułatwiania dalszego rozwoju po ukończeniu studiów w celu zachęcenia absolwentów do podejmowania pracy w Polsce;
- stworzenia skutecznego – opartego na rzetelnych danych – mechanizmu planowania rozmieszczenia kadr medycznych i likwidacji dysproporcji pomiędzy województwami oraz mechanizmów, np. finansowych, zachęcających kadry medyczne do podjęcia zatrudnienia poza dużymi ośrodkami (w lokalizacjach uznawanych za mniej atrakcyjne);
- wprowadzanie nowoczesnych metod nauczania, zwiększających efektywność i trwałość wyników nauczania, poprzez wsparcie infrastruktury oraz narzędzi służących nauce, w tym rozwój istniejących ośrodków symulacji medycznej poprzez dostosowanie ich do liczby studentów oraz tworzenie nowych centrów; wspieranie wymiany naukowej i dydaktycznej realizowanej między uczelniami krajowymi, oraz krajowymi i zagranicznymi, w tym przy pomocy urządzeń informatycznych;
- kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych Polski. Wspierane są m.in. następujące dziedziny: medycyna rodzinna, choroby wewnętrzne, pediatria, chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, onkologia kliniczna, radioterapia onkologiczna, hematologia,

patomorfologia, psychiatria, geriatra oraz choroby zakaźne. Planuje się ponadto zapewnienie kursów z zakresu medycyny rodzinnej dla lekarzy pracujących w POZ. Przykładem podejmowanych działań mogą być działania planowane w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej dotyczące dostosowania struktury kadry medycznej do lepszego zaspokajania potrzeb pacjentów w obszarze onkologii przez zwiększenie zasobów kadrowych oraz poprawę jakości kształcenia;

- wsparcia szkoleniowego węższych umiejętności lekarskich jako odpowiedź na zwiększenie dostępu do deficytowych świadczeń medycznych istotnych z punktu widzenia demograficznego i epidemiologicznego. Działania powinny dotyczyć przede wszystkim organizacji szkoleń umożliwiających uzyskanie certyfikatu w umiejętnościach związanych m.in. z profilaktyką i diagnostyką onkologiczną, opieką nad osobami starszymi czy z chorobami zakaźnymi;
- standaryzacji szkolenia podyplomowego lekarzy w specjalizacjach zabiegowych, pod kątem nauczania umiejętności wysoce specjalistycznych poprzez stworzenie sieci ośrodków symulacji zabiegowych, szkolących przyszłych specjalistów w zakresie umiejętności zabiegowych. Standaryzacja powinna dotyczyć sposobu szkolenia instruktorów, procesu kształcenia oraz sposobu weryfikacji umiejętności;
- wsparcie infrastrukturalne uczelni medycznych oraz wzrost wykorzystania nowoczesnych technologii w obszarze doskonalenia technik operacyjnych i diagnostycznych i ich równomierne upowszechnienie na terenie kraju;
- przeprowadzenie działań związanych z informatyzacją obszaru zarządzania uczelnią oraz kompleksowa reorganizacja procesów administracyjnych, w tym przystosowanie do funkcjonowania w warunkach pracy zdalnej;
- rozwój kompetencji miękkich kadr uczelni oraz wdrożenie systemu motywacyjnego dostosowanego do potrzeb tej grupy, zwiększenie wykorzystania jednostek nieklinicznych w kształceniu praktycznym, przy jednoczesnym wdrożeniu programów podnoszących kompetencje z obszaru dydaktyki pracowników tych jednostek.

Narzędzie 4.2 Rozwój i wsparcie kształcenia pielęgniarek i położnych

Podobnie, jak w przypadku kadry lekarskiej wzmocnienia wymagają również działania wspierające pielęgniarki i położne. Skoncentrowanie prac ukierunkowanych na przygotowanie pielęgniarek i położnych do zachodzących zmian demograficznych i epidemiologicznych wymaga wypracowania rozwiązań wspierających i rozwijających działania ułatwiające tej grupie zawodowej udział w różnych formach kształcenia podyplomowego.

Głównym celem projektów w ramach przedmiotowego narzędzia powinno być wzmocnienie działań zmierzających do zapewnienia właściwej liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej, co ma szczególne znaczenie w kontekście starzejącego się społeczeństwa. W celu odpowiedzi na istniejące potrzeby, należy kontynuować i wzmacniać realizację programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych (kampanie informacyjne, promocja zawodów, finansowanie wyjazdów studyjnych dla pracowników uczelni i studentów, praktyk zawodowych, finansowanie stypendiów motywacyjnych dla wyróżniających się studentów). Niezwykle istotne powinno być również wprowadzenie dla absolwentów studiów pielęgniarskich mechanizmów mających na celu zachęcenie do podejmowania pracy w Polsce.

Mając na uwadze trendy demograficzno-epidemiologiczne, kontynuowane powinno być również wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami wynikającymi z ww. trendów, w tym kształcenie na rzecz POZ oraz

opieki długoterminowej, jak również – z uwagi na doświadczenia wynikające z walki z pandemią COVID-19 – pielęgniarstwa epidemiologicznego. Główne działania powinny dotyczyć realizacji kursów kwalifikacyjnych i szkoleń specjalizacyjnych m.in. w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, kardiologicznego, neurologicznego, diabetologicznego, psychiatrycznego, rodzinnego dla pielęgniarek, rodzinnego dla położnych, i internistycznego, opieki długoterminowej, pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, opieki paliatywnej, epidemiologicznego oraz szkoleń specjalizacyjnych m.in. w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, psychiatrycznego, rodzinnego dla pielęgniarek, rodzinnego dla położnych, internistycznego, opieki długoterminowej, anestezjologicznego i intensywnej opieki, opieki paliatywnej, epidemiologicznego oraz szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej. NSO zakłada przegląd i modyfikację wybranych programów szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych o treści dotyczące profilaktyki i opieki nad chorymi na nowotwory podczas leczenia i po jego zakończeniu.

Dodatkowo w celu zapewnienia wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej świadczącej usługi w ramach opieki długoterminowej należy przewidzieć realizację kursów specjalistycznych (np. w zakresie opieki pielęgniarskiej nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów, żywienia dojelitowego i pozajelitowego czy leczenia ran).

Mając na uwadze problemy, z którymi boryka się środowisko medyczne oraz aktualne trendy, należy również przewidzieć realizację kursów doszkalających i specjalistycznych w zakresie umiejętności tzw. „miękkich”, np. prowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, komunikacji interpersonalnej w pielęgniarstwie czy agresji w ochronie zdrowia. W celu rozwoju praktycznego nauczania podyplomowego należy zintensyfikować wsparcie kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych z wykorzystaniem nowoczesnych technologii, mające na celu przede wszystkim utworzenie Wieloprofilowego Centrum Symulacji Praktyki Pielęgniarskiej, jak również wykorzystanie e-learningu. Kształcenie i rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych powinny również zostać objęte wsparciem poprzez program mentoringu.

Narzędzie 4.3 Rozwój i wsparcie kształcenia innych zawodów związanych z ochroną zdrowia

Skoncentrowanie działań ukierunkowanych na przygotowanie pracowników systemu ochrony zdrowia do zachodzących trendów demograficzno-epidemiologicznych wymaga zaprojektowania wsparcia również dla osób wykonujących inne zawody związanych z ochroną zdrowia. Umiejętności i kwalifikacje tych osób mają istotne znaczenie dla zwiększenia jakości usług, jak również przyczyniają się do obciążenia lekarzy i pielęgniarek.

Jednocześnie doświadczenia wynikające z walki z pandemią COVID-19 bezsprzecznie potwierdzają, że w systemie ochrony zdrowia ogromną rolę odgrywają nie tylko lekarze i pielęgniarki, ale także osoby wykonujące inne zawody medyczne, np. ratownicy medyczni czy diagnosty laboratoryjni.

Mając na uwadze, iż wyniki badań laboratoryjnych stanowią podstawę postawienia właściwej diagnozy lekarskiej, doboru właściwej terapii i oceny efektów leczenia, bardzo istotne jest zapewnienie odpowiedniej jakości kształcenia, przygotowującego do pracy w medycznych laboratoriach diagnostycznych i do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego.

Obecnie procedowany w MZ projekt ustawy o medycynie laboratoryjnej, który ma zastąpić obowiązującą ustawę z dnia 27 lipca 2021 r. o diagnostyce laboratoryjnej wprowadza szereg nowych regulacji, które pozytywnie wpłyną na wzrost zainteresowania podjęciem pracy oraz

poprawę warunków pracy diagnostów laboratoryjnych oraz innych osób wykonujących czynności medycyny laboratoryjnej, m.in. wprowadzenie uznania dorobku zawodowego lub naukowego w danej dziedzinie medycyny laboratoryjnej dorobku za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia - diagności laboratoryjnej, którym Minister Zdrowia uzna dorobek, będą mogli od razu przystąpić do egzaminu specjalizacyjnego, a po uzyskaniu pozytywnego wyniku, będą posiadać tytuł specjalisty w danej dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej. Ponadto w projekcie ustawy o medycynie laboratoryjnej zostały uwzględnione przepisy dotyczące dofinansowania szkolenia specjalizacyjnego dla diagnostów laboratoryjnych. Ponadto diagnostom laboratoryjnym będzie przysługiwał urlop szkoleniowy w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie na realizację ustawicznego rozwoju zawodowego.

Realizowane działania powinny mieć na celu wsparcie kształcenia innych zawodów związanych z ochroną zdrowia, realizowane zarówno w formie kształcenia przeddyplomowego, jak również podyplomowego - doskonalącego, specjalizacyjnego. Istotną kwestią pozostaje zachęcenie osób do podjęcia kształcenia w zawodach związanych z ochroną zdrowia, jak również zachęcenie do podejmowania pracy w Polsce. Wsparciem należy objąć m.in. specjalistów systemu ochrony zdrowia w tym psychicznego dzieci i młodzieży, ratowników medycznych, kadrę LPR, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych, asystentek stomatologicznych, higienistek stomatologicznych, ortoptystów, optometrystów, elektroradiologów, techników farmaceutycznych, techników masażystów, techników ortopedii, terapeutów zajęciowych, protetyków słuchu, techników dentystycznych, dietetyków, techników sterylizacji medycznej, logopedów.

Narzędzie 4.4 Rozwój i wsparcie kształcenia kadr organizacyjnych/administracyjnych/zarządzających systemu ochrony zdrowia

Oprócz wsparcia kadr medycznych oraz osób wykonujących inne zawody związane z ochroną zdrowia, niezwykle istotne dla właściwego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest zwiększenie kompetencji administracji publicznej oraz kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi. W celu zagwarantowania prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ważna jest stała poprawa wiedzy i umiejętności pracowników organizacyjnych, administracyjnych i zarządzających pracujących w sektorze ochrony zdrowia.

Działania podejmowane w trakcie walki z pandemią COVID-19 wskazały na kolejne zawody i instytucje, których wsparcie jest niezbędne, jak Państwowa Inspekcja Sanitarna czy wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne.

W tym kontekście powinny być realizowane działania mające na celu podniesienie kompetencji zawodowych i lepsze przygotowanie do wykonywanych obowiązków przez pracowników m.in. jednostek samorządu terytorialnego, urzędów wojewódzkich, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, NFZ, AOTMiT.

Aby poprawić efektywność funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej niezmiennie potrzebne są także projekty polegające na rozwijaniu wiedzy i poprawie umiejętności kadry zarządzającej oraz pracowników administracyjnych podmiotów leczniczych, związanych z nowoczesnym zarządzaniem i wykorzystywaniem narzędzi pro jakościowych w celu poprawy efektywności ekonomicznej. Szczególnie ważne dla rozwoju kadry zarządzającej i pracowników administracyjnych szpitali będzie ich wyposażenie w umiejętności związane z nowymi zadaniami oraz w zakresie obsługi narzędzi informatycznych.

Bazując na doświadczeniach wynikających z walki z pandemią COVID-19, należy mieć na względzie, że sytuacja epidemiologiczna może wiązać się z koniecznością pilnego

wprowadzenia nowych elementów kształcenia, co wymaga zapewnienia elastyczności realizowanych działań i możliwości kształcenia nowych grup zawodowych.

Kierunek interwencji 5: Rozwój usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony zdrowia

E-zdrowie, rozumiane jako wykorzystanie systemów teleinformatycznych w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej to istotny obszar obecnych działań Ministerstwa Zdrowia oraz warunek wstępny transformacji sektora ochrony zdrowia w kierunku rozwiązań przewidujących, wyprzedzających, spersonalizowanych i partycypacyjnych.

Niezależnie od źródła przyjętej definicji e-zdrowia, kierunek rozwoju systemu ochrony zdrowia w oparciu o technologie ICT jest dominującym trendem, wskazanym przez 58% członków WHO biorących udział w 3. Globalnym Badaniu e-Zdrowia²⁶⁷.

Jedną z najbardziej oczekiwanych e-usług w polskim systemie ochrony zdrowia jest e-rejestracja ułatwiająca proces umawiania się na wizytę, zwiększająca przyjazność i transparentność systemu, jak i stwarzająca warunki do sprawniejszego zarządzania systemem. Kolejnym ważnym aspektem rozwoju e-zdrowia EDM. Obecnie, większość dokumentacji medycznej prowadzona jest w postaci papierowej co powoduje, że w przypadku potrzeby dostępu do niej przez kadrę medyczną z innej placówki niż posiadająca tę dokumentację pacjent musi indywidualnie występować o jej udostępnienie lub też jej kopia może zostać przesłana podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą na jego wniosek. Oba te rozwiązania nie zapewniają jednak szybkiego dostępu do danych medycznych i dokumentacji medycznej, co ma istotne znaczenie w przypadku pilnej konieczności udzielania świadczenia, w tym w sytuacjach ratowania życia i zdrowia. Powyższe powoduje też często niepotrzebne dublowanie badań diagnostycznych generujące zbędne koszty czy stawianie diagnozy i określanie terapii w oparciu o niekompletne dane, co zwiększa ryzyko złych decyzji dotyczących leczenia.

Cyfrowe technologie umożliwiają natomiast zapewnienie szybkiego dostępu do informacji na temat opieki zdrowotnej, ułatwiają diagnozowanie i leczenie, a także poprawiają dostęp do opieki dla pacjentów w domu oraz w placówkach opieki zdrowotnej. Choć przybywa narzędzi i technologii informatycznych w obszarze e-zdrowia, to głównym wyzwaniem pozostaje obecnie zróżnicowany i co do zasady niewystarczający poziom informatyzacji ochrony zdrowia, a także interoperacyjności poszczególnych systemów i rozwiązań informatycznych.

Kontynuacja procesu budowy systemu e-zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej przyczyni się do istotnej poprawy odporności systemu opieki zdrowotnej na przyszłe kryzysy poprzez zwiększenie udziału pacjentów w procesie leczenia oraz poszerzenie oferty publicznych usług cyfrowych oraz zdalnych sposobów udzielania świadczeń medycznych.

Ważnym aspektem, jest również wdrożenie ICD-11 – (Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i powiązanych problemów zdrowotnych). Klasyfikacja ta, jest podstawą statystyk dotyczących zdrowia. Tworzy system kategorii, do których przypisuje się jednostki chorobowe zgodnie z ustalonymi kryteriami, a jednolita klasyfikacja zapewnia porównywalność danych na poziomie międzynarodowym. Klasyfikacja ICD-11, bazując na strukturze ontologicznej, jest w pełni elektroniczna i znacznie łatwiejsza w implementacji w porównaniu z rewizją 10, która nie była tworzona dla środowiska elektronicznego. Aktualizacja klasyfikacji

²⁶⁷ Raport Światowej Organizacji Zdrowia, *Global Diffusion of eHealth. Making universal health coverage achievable*, Genewa 2016, str. 12.

ułatwi integrowanie z innymi elektronicznymi aplikacjami zdrowotnymi i systemami informacyjnymi, a tym samym doprowadzi do mniejszej liczby błędów i pozwoli na rejestrowanie i przetwarzanie większej liczby szczegółów. Dotychczas w ramach PO WER realizowany jest projekt, którego celem jest dostosowanie do warunków polskich całej klasyfikacji ICD -11 oraz opracowanie ostatecznej polskiej wersji ICD-10 (uwzględniającej wszystkie dotychczasowe aktualizacje po 2008 r.), jak również stworzenie polskich wersji informatycznych narzędzi, wypracowanych przez WHO, które wspomagają użytkowników ICD-11.

Dodatkowo, warto zaznaczyć, że rozwój e-zdrowia, szczególnie w trwającym trudnym okresie, jakim jest dla systemu ochrony zdrowia pandemia COVID-19, może stać się źródłem wzmożonych ataków ze strony cyberprzestępców. Dlatego ważne jest to, aby wzmocnić działania na rzecz ochrony i obrony systemów teleinformatycznych oraz zwalczanie źródeł zagrożeń.

WYZWANIA – OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA

- Standaryzacja w systemach informatycznych ochrony zdrowia, zapewniająca interoperacyjność systemów, obejmująca standardy struktur danych, procesów, terminologii i składni.
- Rozwój publicznych usług cyfrowych w ochronie zdrowia (m.in. wprowadzenie centralnej rejestracji na wizyty lekarskie – e-rejestracja, karty pacjenta, promowanie i rozwój wymiany EDM oraz raportowania zdarzeń medycznych do Platformy e-Zdrowie, a także rozwój rozwiązań takich jak:– IKP, czy e-skierowania) oraz cyfryzacja procesów *back office*.
- Wdrożenie narzędzi komunikacji i wymiany informacji pomiędzy poszczególnymi uczestnikami systemu (pacjentami, lekarzami, pielęgniarzami, farmaceutami, płatnikiem), w tym narzędzi do komunikacji/konsultacji umożliwiających koordynację świadczeń, konsultacje dot. procesu diagnostycznego, jak również eliminację nieprawidłowości.
- Rozwój narzędzi teleinformatycznych wspierających proces nawigowania pacjenta w systemie, w tym udzielania informacji o dostępnych świadczeniach, powiadamiania o zaplanowanych wizytach.
- Utworzenie systemu informowania personelu medycznego, farmaceutów i pacjentów o dostępności i możliwych brakach leków, monitorowanie dystrybucji leków.
- Wdrażanie technologii informatycznych optymalizujących czas i pracę lekarza i w ten sposób zwiększających wydajność całego systemu.
- Wsparcie na rzecz budowy kompetencji cyfrowych pacjentów i kadry medycznej, obliczone na osiągnięcie optymalnego wykorzystania wytworzonych rozwiązań.
- Rozwój infrastruktury IT w ochronie zdrowia.
- Poprawa cyberbezpieczeństwa w systemie ochrony zdrowia.
- Współpraca z przedstawicielami zawodów medycznych przy opracowaniu rozwiązań z obszaru e-zdrowia.

Kierunek interwencji 5 będzie realizowany poprzez następujące narzędzia:

- Narzędzie 5.1 Rozwój publicznych usług cyfrowych e-zdrowia
- Narzędzie 5.2 Budowa kompetencji cyfrowych po stronie pacjentów i kadry medycznej oraz działania na rzecz zwiększenia dojrzałości cyfrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Narzędzie 5.1 Rozwój publicznych usług cyfrowych e-zdrowia

Wsparcie w ramach przedmiotowego narzędzia powinno się skupiać na realizacji działań stanowiących kontynuację rozpoczętych procesów budowy systemu e-zdrowia.

1) Stworzenie Centrum Obsługi Pacjenta - pacjent.gov.pl

Centrum stanowić będzie narzędzie kompleksowej obsługi oraz polepszy komunikację z pacjentem, co przełoży się również na poprawę jakości i dostępu świadczeń.

Możliwość zdalnej rejestracji wizyty lekarskiej jest najczęściej wskazywaną usługą, z której korzystaliby pacjenci w Rzeczypospolitej Polskiej. Wg badania „E-zdrowie. Czego oczekują pacjenci”²⁶⁸, przeprowadzonego przez Fundację My Pacjenci wraz z CSIOZ w sierpniu 2017 r., 90% respondentów chętnie skorzystałoby z takiej formy rejestracji wizyty do lekarza, pielęgniarki czy osoby wykonującej inny zawód medyczny. Nieodłącznym elementem poprawy obsługi pacjenta w publicznym systemie ochrony zdrowia jest także rozwój innych narzędzi teleinformatycznych takich jak: triage telefoniczny, telefoniczna rejestracja, identyfikowanie wolnych miejsc w szpitalach i informowanie o nich oraz kierowanie ruchem ratownictwa medycznego. Pozwoli to także na przesyłanie SMS-owych przypomnień o wizytach, ułatwiających życie milionom pacjentów.

Celem powyższych działań powinno być umożliwienie pacjentom elektronicznego wyszukania wolnych terminów na wizytę lekarską lub hospitalizację i dokonanie elektronicznej rejestracji, a także zarządzanie planowanymi świadczeniami, w tym zmianę terminu świadczenia lub rezygnację ze świadczenia. Centralny system elektronicznej rejestracji usprawni także proces prowadzenia przez świadczeniodawców harmonogramów udzielania świadczeń i list oczekujących na świadczenia, co przyczyni się do jego optymalizacji i pośrednio wpłynie na skrócenie czasu oczekiwania.

Zbudowanie centralnej e-rejestracji w oparciu o Platformę P1 pozwoli m.in. na umożliwienie – dzięki IKP - elektronicznej identyfikacji pacjenta. Aby osiągnąć ten cel, niezmiernie ważnym działaniem jest rozwój infrastruktury IT i odpowiednich rozwiązań w zakresie oprogramowania.

Ponadto System Informacji Medycznej (SIM) będzie umożliwiał przekazywanie lekarzowi – za zgodą pacjenta – informacji o związanych z pacjentem zdarzeniach medycznych, a także jego EDM. Warto podkreślić, że planuje się, że początkowo system e-rejestracji będzie umożliwiał zapisanie się na wybrane świadczenia zdrowotne, których zakres będzie systematycznie rozszerzany.

2) Wymiana Elektronicznej Dokumentacji Medycznej

W komunikacie dotyczącym transformacji cyfrowej opieki zdrowotnej i społecznej na jednolitym rynku cyfrowym, wzmacniania pozycji obywateli i budowania zdrowszego

²⁶⁸ https://mypacjenci.org/wp-content/uploads/2018/08/E_Zdrowie_Raport.pdf; dostęp 12.05.2020.

społeczeństwa (COM(2018)233)²⁶⁹ KE wskazała, że obywatele powinni mieć możliwość bezpiecznego dostępu do pełnej dokumentacji elektronicznej dotyczącej zdrowia w każdym miejscu w UE. Obywatele powinni zachować kontrolę nad swoimi danymi dotyczącymi zdrowia i powinni być w stanie w bezpieczny sposób prowadzić wymianę tych danych z upoważnionymi stronami (do celów leczenia, usług profilaktycznych, badawczych lub do jakichkolwiek innych celów, jakie uznają za stosowne).

Zgodnie z rekomendacją KE w zakresie formatu wymiany EDM z 6 lutego 2019 r. (C(2019) 800) państwa członkowskie powinny zapewniać obywatelom oraz kadrze medycznej zdalny i bezpieczny dostęp do ww. dokumentacji. Zasadniczym elementem polityki europejskiej jest wspieranie interoperacyjności systemów, tak na poziomie krajowym jak europejskim, któremu służy w szczególności określenie Europejskich Ram Interoperacyjności (EIF), stanowiących część regulacji ogłoszonych w komunikacie (C(2017) 134).

Istotnym aspektem działań związanych z rozwojem EDM w skali systemowej jest oparcie wprowadzanych rozwiązań na uznanych i przyjętych standardach międzynarodowych, które będą warunkowały interoperacyjność, także transgraniczną, krajowej usługi wymiany EDM. Wykorzystanie potencjału Platformy P1 wymaga podniesienia kompetencji cyfrowych świadczeniodawców, gdyż bez tego nie jest możliwe pełne wykorzystanie potencjału usługi wymiany EDM, jak również dostępu do danych medycznych pacjenta zaciąganych ze zdarzeń medycznych zapewnionych za pośrednictwem Platformy e-Zdrowie. Działania podejmowane w ramach narzędzia powinny się skupiać na dalszym rozwoju w obszarze EDM, w szczególności na włączeniu się Rzeczypospolitej Polskiej do jego wymiany między państwami członkowskimi UE.

Kluczowym kierunkiem jest również dalszy rozwój usług e-zdrowia w oparciu o dotychczas uruchomione rozwiązania takie jak e-recepta, IKP czy e-skierowanie oraz rozwiązania planowane do uruchomienia mający na celu zwiększenie intuicyjności korzystania z systemu ochrony zdrowia i jego przyjazności. W ramach narzędzia wypracowane powinny zostać rozwiązania wspomagające nawigowanie pacjenta w systemie dostarczające informacji o dostępnych świadczeniach, przypominające o umówionych wizytach, jak i monitorujące i informujące o dostępności leków i ich możliwych brakach.

Ponadto, ważnym elementem jest również utworzenie rozwiązań wspomagających komunikację (w tym konsultacje) pomiędzy poszczególnymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia (pacjentami, pracownikami medycznymi, świadczeniodawcami, płatnikiem).

Dla prawidłowego funkcjonowania e-usług w systemie ochrony zdrowia niezbędna jest rozbudowa infrastruktury IT, w tym również infrastruktury podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W tym kontekście bardzo ważna jest również cyfryzacja procesów *back office*, szczególnie w administracji centralnej. Równocześnie rozwój usług cyfrowych w systemie ochrony zdrowia wiąże się z coraz większym ryzykiem cyberataków, dlatego też niezbędne jest podejmowanie działań zmierzających do poprawy cyberbezpieczeństwa w systemie.

W dokumencie należy zwrócić uwagę na znaczenie elektronicznej dokumentacji medycznej w ramach badań klinicznych. Istnieje konieczność zapewnienia uprawnień sponsorów badań klinicznych do wglądu w dokumentację medyczną pacjentów w zakresie w jakim jest to

niezbędne do prowadzenia badania klinicznego, w tym procesu monitorowania badania klinicznego. Problem ten w szczególności uwydatnił się w okresie pandemii, kiedy to dostęp monitorów badań klinicznych do ośrodków badawczych był bardzo utrudniony, a obecny stan prawny oraz infrastruktura informatyczna podmiotów leczniczych nie umożliwiały zdalnego dostępu do danych medycznych pacjentów przypisanych do określonych badań klinicznych.

Dla rozwoju badań klinicznych ważne jest zapewnienie takich rozwiązań w obszarze legislacyjnym oraz technicznym (poprzez odpowiedni dostęp w podmiotach prowadzących badania).

Narzędzie 5.2 Budowa kompetencji cyfrowych po stronie pacjentów i kadry medycznej oraz działania na rzecz zwiększenia dojrzałości cyfrowej placówek ochrony zdrowia

Nawet najlepsze wypracowane rozwiązania w zakresie zdrowia cyfrowego nie będą skuteczne bez odpowiedniej świadomości i wiedzy na temat ich wykorzystania. Biorąc pod uwagę, że informatyzacja sektora ochrony zdrowia jest procesem, który będzie postępował, nabycie lub poszerzenie kompetencji cyfrowych zarówno wśród pacjentów, jak i kadry medycznej (także studentów oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych i administrujących podmiotami leczniczymi) jest konieczne dla zapewnienia osiągnięcia korzyści w postaci zwiększenia wygody, oszczędności czasu i nakładów.

W ramach przedmiotowego narzędzia realizowane powinny być działania mające na celu zwiększenie poziomu świadomości w zakresie już istniejących i wytwarzanych rozwiązań i usług e-zdrowia wśród wskazanych interesariuszy poprzez:

- organizowanie kampanii informacyjnych, szkoleń, sesji praktycznych;
- informowanie nt. korzyści osiąganych przez poszczególnych interesariuszy poprzez środki tworzone z myślą o danych grupach użytkowników;
- popularyzowanie rozwiązań w zakresie zdrowia cyfrowego na kierunkowych uczelniach wyższych;
- stosowanie zasady „simplicity by design” – korzystania z przystępnych rozwiązań w zakresie obsługi i interfejsu użytkownika dla wprowadzanych rozwiązań cyfrowych;
- wykorzystywania znanych użytkownikom kanałów komunikacji (internet, smartfon, aplikacje mobilne);
- oferowanie pomocy i konsultacji dla administracji podmiotów leczniczych w zakresie informatyzacji placówek i zwiększania kompetencji personelu.

Kierunek interwencji 6: Rozwój i upowszechnienie wykorzystania nowoczesnych i nowatorskich technologii w sektorze zdrowia

Duże znaczenie w kontekście dostępu do świadczeń medycznych oraz wobec zasadności zapewniania zdalnych rozwiązań mają działania związane z rozwojem telemedycyny, stanowiące skuteczną odpowiedź na wyzwania związane przede wszystkim z tendencjami demograficznymi, ale również kryzysem epidemicznym.

Istotny potencjał korzyści z perspektywy pacjentów, kadry medycznej oraz całego systemu ma rozwój i większe wykorzystanie sztucznej inteligencji oraz narzędzi stosujących algorytmy do analizy dużych zespołów danych.

Szczególne znaczenie dla rozwoju medycyny mają badania kliniczne, które warunkują dostarczenie nowych leków i wyrobów medycznych. Badania kliniczne stanowią wielką szansę

dla pacjentów, w szczególności tych cierpiących z powodu ciężkich chorób, w leczeniu których wszystkie standardowo dostępne terapie zawiodły²⁷⁰.

Z uwagi na znaczenie badań klinicznych proponujemy w większym stopniu uzupełnić działania przyczyniające się do poprawy warunków prowadzenia badań klinicznych w Rzeczypospolitej Polskiej. Badania kliniczne są jednym z kluczowych elementów prac rozwojowych nad nowym lekiem i nierzadko stanowią bardzo ważną opcję terapeutyczną dostępną dla pacjentów. Korzyści płynące z realizacji badań klinicznych różnych faz dotyczą nie tylko pacjentów, ale również ośrodków badawczych, w których są realizowane, oraz generują dochody dla budżetu państwa.

Należy jednak pamiętać, iż ostatnie problemy wywołane załamaniem się procesów rekrutacji pacjentów do badań klinicznych wywołane sytuacją pandemiczną oraz utrudnienia w monitorowaniu badań klinicznych ujawniły potrzebę dalszych prac nad udoskonaleniem rozwiązań systemowych takich jak wprowadzenia rozwiązań informatycznych (zdalny monitoring badań) czy program *compassionate use* (stwarzając pacjentom szybki dostęp do opcji terapeutycznych).

Ogólnie pojęte innowacyjne rozwiązania w sektorze ochrony zdrowia przyczyniają się do poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia, a tym samym do wydłużenia i poprawy jakości życia pacjentów²⁷¹. Należy zatem wspierać współpracę placówek w zakresie korzystania z wykwalifikowanej kadry, w szczególności w dziedzinie diagnostyki obrazowej, patomorfologicznej, a także endoskopowej. Służyć temu może stosowanie cyfrowych rozwiązań on-line i off-line, w których profesjonalista medyczny może wykonywać swoje zadania na odległość.

Nowe technologie medyczne zwiększają inwestycje w opiekę zdrowotną, ale także przyczyniają się do zmniejszenia niektórych kosztów i poprawy jakości leczenia²⁷².

WYZWANIA – OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA

- Zwiększenie potencjału naukowego sektora ochrony zdrowia, w tym wzmocnienie roli i finansowania badań naukowych, (w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu) niekomercyjnych badań klinicznych oraz prac badawczo-rozwojowych.
- Poprawa dostępności do innowacji w ochronie zdrowia, w tym do nowoczesnych terapii.
- Rozwijanie i upowszechnianie nowoczesnych form świadczenia usług medycznych i opieki zdrowotnej, łączących elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny (telemedycyna)

²⁷⁰ *Badania kliniczne w Polsce*, PWC, grudzień 2015, str. 4.

²⁷¹ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 45.

²⁷² BFF Banking Group (2019); Finansowanie ochrony zdrowia a jakość systemu dla pacjentów. Polska na tle wybranych krajów europejskich, <https://pl.bffgroup.com/documents/138192/154306/PL+Raport+-+Finansowanie+ochrony+zdrowia+a+jakosc+systemu+dla+pacjentow+%283%29.pdf/9566cc9e-0b0a-34d5-abe1-3931c069543b>; dostęp 20.01.2020.

- Położenie szczególnego nacisku na wdrażanie innowacji związanych z rozwojem medycyny (nowe terapie lecznicze, biotechnologia), technologicznych (technologie cyfrowe i telemedycyna) oraz innowacji organizacyjnych i procesowych.
- Zapewnienie spójnego i równomiernego wdrażania innowacji i dążenie do stałej optymalizacji – konieczne zapewnienie koordynacji i działań w tym zakresie przez instytucje centralne i zaangażowanie wiodących ośrodków naukowych i badawczych.
- Eliminacja braków lub niedoskonałości regulacji prawnych związanych z wprowadzaniem nowego typu technologii, a także ich punktowym i nieskoordynowanym wdrażaniem.
- Rozwój cyfrowych narzędzi wspomagania pracy personelu medycznego, takich jak rozpoznawanie mowy i obrazu, czy systemy wspomagania decyzji klinicznych.
- Intensyfikacja działań w zakresie zastosowania sztucznej inteligencji, w szczególności w zakresie wykorzystania AI w procesach predykcyjnych, diagnostycznych i leczniczych (w tym wykorzystanie sieci neuronowych) oraz procesach obsługi pacjenta.
- Utworzenie systemu monitorowania i wspierania skuteczności farmakoterapii (monitorowanie osiągania celów terapeutycznych i ciągłości leczenia, działań niepożądanych, przeciwdziałanie polipragmazji i antybiotykooporności).
- Utworzenie hubu biomedycznego oraz rozwój produkcji substancji aktywnych i produktów krwiopochodnych.
- Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych.
- Rozwój działalności analitycznej m.in. w zakresie zbierania i analizy danych umożliwiających w dalszej perspektywie podniesienie jakości opieki zdrowotnej w zakresie chorób zakaźnych i niezakaźnych.

Kierunek interwencji 6 będzie realizowany poprzez następujące narzędzia:

- Narzędzie 6.1 Rozwój i upowszechnienie rozwiązań telemedycznych
- Narzędzie 6.2 Rozwój koncepcji wykorzystania narzędzi sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia
- Narzędzie 6.3 Zwiększenie potencjału naukowego i badawczo-rozwojowego sektora ochrony zdrowia

Narzędzie 6.1 Rozwój i upowszechnienie rozwiązań telemedycznych

Telemedycyna rozumiana jako zdalne dostarczanie świadczeń opieki zdrowotnej i informacji medycznej z wykorzystaniem technologii telekomunikacyjnych jest istotnym elementem rozwoju e-zdrowia w Polsce w perspektywie najbliższych lat. Wykorzystanie telemedycyny będzie jednym z działań prowadzących do poprawy efektywności i dostępności systemu ochrony zdrowia, a zdalne sposoby udzielania świadczeń stanowią wymierną odpowiedź na potrzeby związane kryzysem epidemicznym oraz istotny element strategii wyjścia.

Celem działań realizowanych w oparciu o przedmiotowe narzędzie powinna być poprawa jakości leczenia i dostępności do świadczeń dla pacjentów poprzez zapewnienie szybszego i łatwiejszego dostępu do usług medycznych dzięki zastosowaniu rozwiązań telemedycznych.

Proponowane główne działania w ramach przedmiotowego narzędzia przewidują:

- analizę koszyka świadczeń i identyfikację świadczeń, które byłyby najbardziej optymalne pod kątem wdrożenia w modelu telemedycznym;
- przygotowanie rekomendacji dotyczących ścieżki wdrożeniowej danego rozwiązania od strony technicznej (sprzęt, standardy komunikacji) i merytorycznej;
- analizę gotowości obsłużenia nowych rozwiązań pod kątem merytorycznym i sprzętowym – po stronie świadczeniodawcy i pacjenta;
- określenie warunków zakupu sprzętu medycznego i IT na podstawie przeprowadzonej analizy, w tym urządzeń z obszaru m-zdrowia, umożliwiających świadczenie usług telemedycznych (w tym urządzeń do telemonitoringu, pozwalających na opiekę nad osobami starszymi i niesamodzielnymi w warunkach domowych; monitorowanie istotnych parametrów zdrowotnych u osób z chorobami przewlekłymi; urządzeń do telerehabilitacji w warunkach domowych itp.);
- określenie przejrzystych i klarownych standardów udzielania świadczeń telemedycznych;
- wdrożenie pilotażowe rekomendowanych procedur;
- proces wprowadzania rekomendowanych procedur do koszyka świadczeń;
- działania edukacyjno-promocyjne – przeprowadzenie szkoleń dla pracowników medycznych i pacjentów, akcji informacyjno-promocyjnych.

Narzędzie 6.2 Rozwój koncepcji wykorzystania narzędzi sztucznej inteligencji i zaawansowanej analityki dużych zbiorów danych w ochronie zdrowia

Sztuczna inteligencja oraz zaawansowane metody analizy dużych zbiorów danych są kluczowym elementem trwającej IV rewolucji przemysłowej. Umożliwiają transformację sektora ochrony zdrowia w kierunku rozwiązań przewidujących, wyprzedzających, spersonalizowanych i partycypacyjnych. W obliczu rosnących kosztów ochrony zdrowia, niekorzystnych tendencji demograficznych oraz postępującego rozwoju technologii stanowią ważne uzupełnienie wdrażanych rozwiązań e-zdrowia.

Rozwiązania sztucznej inteligencji mogą przyczynić się do osiągnięcia korzyści przez wszystkich interesariuszy sektora ochrony zdrowia:

- perspektywa pacjenta: zwiększenie jakości usług medycznych, optymalizacja czasu i skuteczności procedur medycznych, rozwinięcie indywidualnych modeli prewencji opartej na analizie danych medycznych, medycyna spersonalizowana;
- perspektywa kadry medycznej: dostęp do narzędzi wspomagania decyzji klinicznych, poprawa skuteczności diagnostyki (wcześniejsze wykrycie chorób), identyfikacja zagrożeń epidemiologicznych, wykrywanie interakcji leków, optymalizacja czasu pracy poprzez analizę danych pochodzących z urządzeń monitorujących;
- perspektywa systemowa: optymalizacja kosztów i wykorzystania zasobów, zmiana orientacji systemu ochrony zdrowia z reakcji na schorzenie na działania prewencyjne, budowa narzędzi umożliwiających monitorowanie i eliminację nadużyć;
- perspektywa naukowo-badawcza: nowe leki i skuteczniejsze badania kliniczne opracowane na pełnych danych, nie na grupie, lepsza identyfikacja pacjentów, lepsze pozycjonowanie nowych leków, zmniejszenie lub eliminacja skutków ubocznych.

Realizacja działań w przedmiotowym narzędziu powinna przyczynić się do zwiększenia poziomu korzystania ze sztucznej inteligencji w systemie ochrony zdrowia oraz rozwijania narzędzi tego typu. W tym kontekście pożądane jest rozpoczęcie działań prowadzących do praktycznego zastosowania narzędzi sztucznej inteligencji w pracy kadry medycznej dla celów

poprawy prewencji, diagnostyki i leczenia, poprzez: m.in. rozpoznawanie mowy w procesach tworzenia dokumentacji medycznej, rozpoznawanie obrazu i automatyzację identyfikacji odchyleń (np. radiologia, patomorfologia), analizy „real world data” (RWD), w optymalizacji procesów w systemie, czy rozwój AI w monitorowaniu i obsłudze pacjenta.

Ważnym kierunkiem rozwoju narzędzi analitycznych jest wykorzystanie potencjału danych zawartych w systemie informacji medycznej oraz rejestrach medycznych. Przykładem działań tego typu może być utworzenie systemu do monitorowania i wspierania skuteczności farmakoterapii umożliwiającego monitorowanie działań niepożądanych, osiągania celów terapeutycznych i ciągłości leczenia, jak również przeciwdziałanie polipragmazji i antybiotykooporności. Ważnym aspektem wykorzystania potencjału sztucznej inteligencji i zaawansowanych metod analitycznych jest również zwiększenie otwartości danych zawartych w rejestrach publicznych i medycznych poprzez wypracowanie przejrzystych zasad i metod udostępniania danych z zachowaniem anonimowości i poszanowaniem praw pacjenta.

Narzędzie 6.3 Zwiększenie potencjału naukowego i badawczo-rozwojowego sektora ochrony zdrowia

Obszarem wymagającym znacznego wsparcia i promocji w kontekście ochrony zdrowia jest sektor badań i rozwoju.

Niezbędna jest profesjonalizacja zawodowa organizacji badań klinicznych poprzez wprowadzenie ścieżki kariery nastawionej na organizację i zarządzanie procesem, prowadząca do odciążenia badaczy pracą organizacyjną, a także dalsze uproszczenie procedur administracyjnych dla badań klinicznych przy utrzymaniu wysokiej jakości i bezpieczeństwa.

Jednocześnie dla rozwoju sektora nauki oraz wzrostu innowacyjności w ochronie zdrowia konieczne będzie także większe inwestowanie we wzrost wiedzy kadr zajmujących się badaniami klinicznymi. Na przeszkodzie stoi zjawisko „drenażu umysłów” w obszarze biotechnologii, wynikającej z emigracji międzynarodowej (zewnętrznej) i międzysektorowej (wewnętrznej), a także brak wsparcia naukowców w komercjalizacji wyników badań – patentów, poszukiwania inwestorów, negocjacji warunków. Rozwojowi badań medycznych nie sprzyja również zbyt krótka perspektywa finansowania grantów, ograniczająca prowadzenie badań z horyzontem badawczym powyżej 5 lat – prowadzi to do dzielenia badań na części, które bywają zarzucane. Czas badaczy przeznaczany jest na regularne ubieganie się o środki na kontynuację, co zwiększa poczucie niepewności odnośnie do sensu realizowanych badań.

Wobec powyższego istnieje potrzeba rozwoju systemu zachęt do prowadzenia B+R w ochronie zdrowia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, a także budowa systemu wsparcia dla szybkiego i skutecznego kierowania wyników badań do fazy komercyjnej. W tym kontekście należy zaoferować wsparcie w zakresie tworzenia i rozwoju ośrodków badań klinicznych w Rzeczypospolitej Polskiej oraz rozwoju przedsiębiorczości i nauki w obszarze badań klinicznych, a także wykorzystania nowych technologii w medycynie oraz finansowania programu młodych talentów w postaci grantów dla naukowców przed 35. rokiem życia.

Istotnym elementem rozbudowy badawczo-rozwojowego potencjału sektora ochrony zdrowia jest również utworzenie hubu biomedycznego stanowiącego platformę stwarzającą możliwości wykorzystania innowacyjnych rozwiązań i wyników badań naukowych do poprawy zdrowia pacjentów.

Ponadto ważnym działaniem mającym na celu poprawę bezpieczeństwa medycznego kraju jest również wsparcie produkcji substancji aktywnych oraz preparatów krwiopochodnych

poprzez frakcjonowanie osocza. Dlatego, należy wspierać nie tylko prace badawczo-rozwojowe, które mają na celu opracowywanie nowych substancji czynnych, ale również rozwój badań w obszarze farmakodynamiki, farmakokinetyki czy w zakresie poprawy stosowania się do zaleceń lekarskich. Ważne jest, szczególnie w dobie kryzysu i niepokoju związanego z pandemią koronawirusa, aby zapewnić pacjentom szeroki dostęp do skutecznych i bezpiecznych leków oraz przejrzystego i racjonalnie działającego systemu refundacji leków, który wspiera aktywności inwestycyjne na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz rozwój polskiej gospodarki. Zakłada się wsparcie finansowe czołowych polskich uniwersytetów i szpitali w pracach nad lekami i szczepionkami chroniącymi przed kolejnymi mutacjami wirusa.

Wobec powyższego, niezmiernie ważną kwestią są zadania w obszarze regulacyjnym, w tym przede wszystkim stworzenie ram regulacyjnych oraz wdrożeniowych systemu zachęt dla producentów w zakresie dopłat do produkcji API. Natomiast w obszarze inwestycyjnym ważną rolę odgrywa finansowanie rozbudowy lub budowy zaplecza produkcyjnego, odbudowy syntez API, a także modernizacji linii produkcyjnych przez firmy z branży farmaceutycznej.

Mając na uwadze powyższe, niezmiernie ważnym aspektem jest także stworzenie odpowiedniego zaplecza naukowego, w tym infrastrukturalnego. Dzięki działaniom inwestycyjnym, takim jak budowa nowego centrum analitycznego, czy stworzenie odpowiednich systemów informatycznych przysposobionych do pozyskiwania i monitorowania danych epidemiologicznych. Priorytetowym obszarem działań powinno być wsparcie analityczne w zakresie: technologii dla szczepionek, rozwoju leków przeciwwirusowych, badań lekooporności oraz badań nad mechanizmami powstawania powikłań pocovidowych, a w dalszej perspektywie leczenia i/lub zapobiegania tych powikłań. Analizy będą przygotowane w kontekście opracowywania i testowania innowacyjnych podejść terapeutycznych i metod diagnostycznych. Dysponując tymi danymi, możliwe będzie wskazanie najbardziej obiecujących terapii, a następnie przeprowadzenie analiz przez dedykowane do tego celu instytucje, pod kątem wdrożenia ocenianych rozwiązań do systemu opieki zdrowotnej. Przeprowadzone analizy zostaną wykorzystane m.in na potrzeby określenia strategicznych obszarów interwencji, które mogą zostać wdrożone w formie niekomercyjnych badań klinicznych finansowanych przez ABM oraz możliwości rozwoju i uzyskania niezależności Polski w zakresie łańcucha dostaw leków lub surowców do produkcji leków w przypadku zidentyfikowania kolejnych zagrożeń epidemicznych.

Opisane działania w przyszłości będą stanowiły wsparcie dla instytucji zajmujących się oceną i optymalizacją terapii, co w dalszej perspektywie czasowej przełoży się na wygenerowanie dodatkowych oszczędności w systemie opieki zdrowotnej i ich alokację na inne cele zdrowotne.

Wśród narzędzi zwiększenia potencjału naukowego i badawczo-rozwojowego w ramach tworzenia warunków dla rozwoju sektora produkcji leków proponujemy w większym stopniu uwzględnić rolę i znaczenie kompetentnych organów krajowych i unijnych, odpowiedzialnych za naukowe i regulacyjne wspieranie rozwoju innowacji (EMA, URPLiB, agencje lekowe w innych krajach UE). Bezpieczeństwo i jakość, standardy GLP, GCP, wytyczne EDQM to obok efektywności klinicznej fundamenty prawa krajowego i unijnego. W związku z powyższym proponujemy, aby w ramach działań w zakresie stworzenia warunków dla rozwoju sektora leków poszerzyć działania o cel jakim jest poprawa wiedzy regulacyjnej i dostępu polskiego środowiska badań i rozwoju do europejskich i krajowych instytucji odpowiedzialnych za wspieranie innowacji, praktyczne wsparcie podmiotów w kontaktach z EMA (opłaty za doradztwo prawne, refundacja kosztów doradztwa naukowego, koszty podróży na spotkania z ekspertami EMA itd.).

Z uwagi na skoncentrowanie polskiego przemysłu farmaceutycznego na lekach generycznych brak jest na polskim rynku osób z doświadczeniem w pracach badawczo-rozwojowych nad innowacyjnymi produktami leczniczymi. Obecnie funkcjonujące działy B+R przedsiębiorstw rozwijają się raczej na zasadzie „uczenia się na własnych błędnych” niż korzystają z wiedzy doświadczonej kadry B+R z odpowiednią wiedzą w obszarze regulatorowym. Dlatego

zasadnym wydaje się wprowadzenie krajowej instytucji doradztwa naukowego w obszarze regulatorowym („scientific advice”) oraz zintensyfikowanie działań szkoleniowych w tym obszarze dla innowatorów, wynalazców oraz kadry B+R uczelni i przedsiębiorstw. Ze względu na specyfikę procesu „scientific advice” w Europejskiej Agencji Leków, która wymaga od pomysłodawców odpowiedniej jakości dokumentów i planów rozwoju innowacyjnych produktów leczniczych dopiero po podniesieniu kompetencji krajowych kadr B+R i wsparciu ich poprzez krajowe instrumenty wsparcia naukowego uzasadnione wydaje się wspieranie uczestnictwa w bardzo drogich i skomplikowanych procedurach „scientific advice” w EMA. Z uwagi na inne ścieżki regulatorowe dla leków generycznych omijające EMA nie wydaje się, iż proponowane rozwiązania przyczynią się do atrakcyjności polskich producentów leków generycznych na rynkach zewnętrznych.

Wszystkie wymieniane działania w *Zdrowej Przyszłości* oraz w jego załącznikach, niezależnie od sposobu finansowania, będą koordynowane i monitorowane przez ministra właściwego ds. zdrowia przy pomocy właściwych gremiów, jednostek i instytucji.

Sprawne i efektywne wdrożenie wszystkich założeń i narzędzi przewidzianych w ramach dokumentu wymaga ich skoordynowania na wielu poziomach:

- 1) centralnym i regionalnym,
- 2) środków krajowych i pochodzących z budżetu UE,
- 3) pomiędzy różnymi programami środków wspólnotowych,
- 4) dokumentów na poziomie programowym i operacyjnym względem *Zdrowej Przyszłości*.

Potrzeba koordynacji działań regionalnych z krajowymi dotyczy wielu dziedzin kluczowych dla właściwego funkcjonowania i rozwoju sektora ochrony zdrowia w Polsce, zarówno w obszarze otoczenia legislacyjnego i tworzenia podstaw prawnych do wprowadzania reform, jak i konkretnych działań o charakterze projektowym dotyczących np. profilaktyki zdrowotnej, wzmocnienia potencjału kadr medycznych czy inwestycji infrastrukturalnych.

Skuteczna koordynacja ma kluczowe znaczenie dla maksymalizacji efektów zaplanowanych działań. Właściwe mechanizmy koordynacyjne przyczyniają się do osiągania celów operacyjnych i związanych z nimi wskaźników, stymulowania komplementarności, a przede wszystkim zapewnienia spójności i skuteczności i projektowanych interwencji.

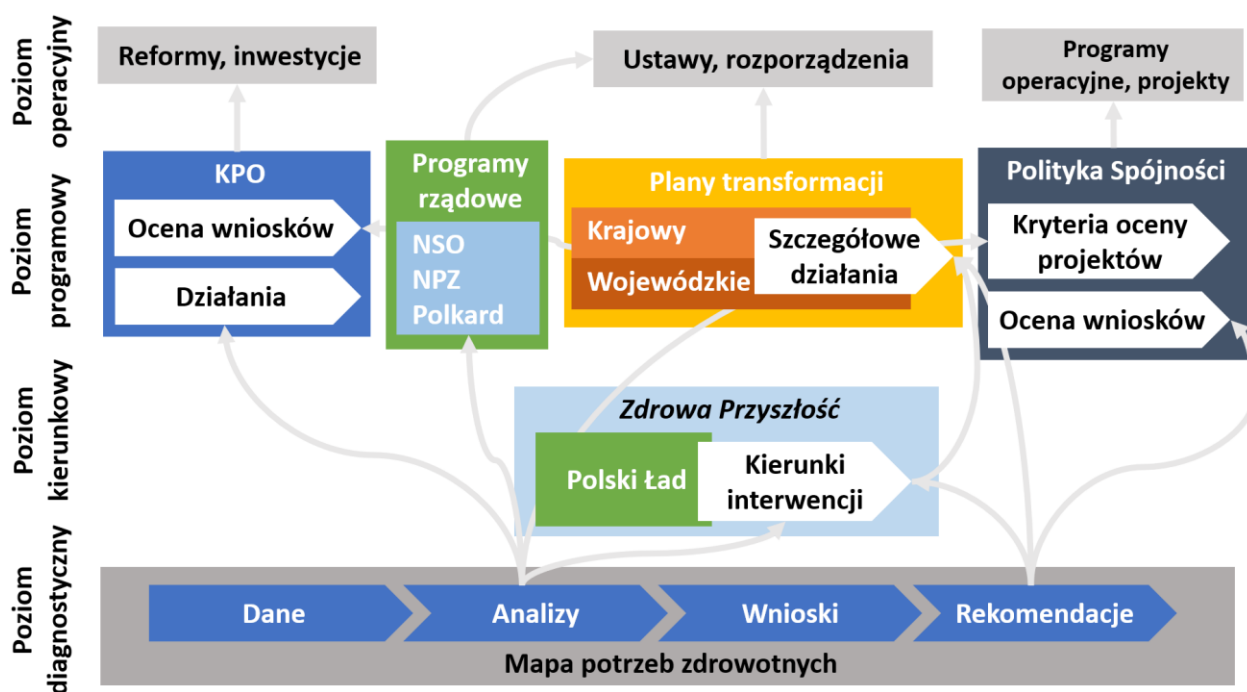
Możliwe do wykorzystania przy wdrażaniu działań wskazanych w *Zdrowej Przyszłości* narzędzia koordynacji to przede wszystkim:

- 1) rozporządzenia Ministra właściwego ds. zdrowia i zarządzenia NFZ kształtujące politykę zdrowotną w danym zakresie;
- 2) Komitet Sterujący do spraw koordynacji wsparcia w sektorze zdrowia;
- 3) system koordynacji, wdrażania i sprawozdawczości krajowego i wojewódzkich planów transformacji
- 4) mechanizmy koordynacji wskazane w innych dokumentach systemu ochrony zdrowia (tj. np. NSO, NPZ, Fundusz Medyczny, itp.)
- 5) wytyczne ministra właściwego ds. zdrowia lub ministra właściwego ds. polityki rozwoju (np. w zakresie minimalnych warunków dla świadczeniodawców ubiegających się o udział w programie polityki zdrowotnej);
- 6) mechanizm Oceny Celowości Inwestycji (OCI);
- 7) rekomendacje, opinie i stanowiska ministra właściwego ds. zdrowia w obszarach objętych wsparciem wraz z prowadzeniem publicznej bazy tych stanowisk;

- 8) powoływanie zespołów / grup roboczych do rozwiązywania konkretnych problemów
- 9) zapewnienie możliwości udziału ekspertów w obszarze zdrowia w ocenie projektów dotyczących tego obszaru;
- 10) witryna internetowa służąca komunikowaniu, koordynacji, monitorowaniu, wymianie doświadczeń i dobrych praktyk w zakresie wykorzystania funduszy UE.

Polityka rozwoju sektora zdrowia w Polsce prowadzona jest na czterech poziomach poprzez przyporządkowane do nich dokumenty strategiczne i wdrożeniowe. Są one między sobą komplementarne i wzajemnie zależne, bazując na wspólnej podstawie, czyli danych, analizach, wnioskach i rekomendacjach wskazanych w mapie potrzeb zdrowotnych.

Rycina 75. Poziomy koordynacji i dokumenty w polityce rozwoju sektora zdrowia w Polsce.



Źródło: opracowanie własne

Podstawą dla niniejszej polityki publicznej są analizy i rekomendacje zawarte w mapie potrzeb zdrowotnych – dokumencie o charakterze diagnostycznym, zawierającym szczegółową i usystematyzowaną wiedzę na temat dostępności do świadczeń opieki w całym kraju, prognozowanych zmian w tym zakresie oraz rekomendowanych kierunków działań. Kierunki interwencji określone w *Zdrowej Przyszłości* mają swoje oparcie w danych analitycznych wynikających z mapy potrzeb. Przekładają się one z kolei na informacje wskazane w planach transformacji (krajowym oraz wojewódzkich) pełniących funkcję dokumentów wdrożeniowych, zawierających konkretne działania jakie należy podjąć, aby zapewnić dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Równocześnie wpływają one na identyfikację priorytetowych reform i

inwestycji przewidzianych do realizacji w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Wzmocnienia Odporności oraz Polityki Spójności na lata 2021-2027 i są wykorzystywane przy określaniu kryteriów oceny projektów oraz wniosków do dofinansowania.

Krajowy i wojewódzkie plany transformacji są jednym z elementów systemu tworzenia i koordynacji polityki ochrony zdrowia na poziomach centralnym i regionalnym. Określają one potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomach ponadregionalnym i wojewódzkim. Wskazują planowany rok lub lata, w których działania te będą realizowane, podmioty odpowiedzialne za ich realizację, szacunkowe koszty, oczekiwane rezultaty oraz wskaźniki realizacji.

Krajowy Plan Transformacji ustala Minister Zdrowia po zaopiniowaniu przez szerokie grono eksperckie: Radę Dialogu Społecznego, Prezesa NFZ, Prezesa AOTMiT oraz Dyrektora NIZP-PZH-PIB, konsultantów krajowych w ochronie zdrowia, Dyrektora Narodowego Instytutu Kardiologii oraz Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii. Natomiast dla obszaru województwa plan transformacji ustala wojewoda uwzględniając krajowy plan i rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia. Taki system koordynacji pozwala na zapewnienie jednolitości, kompleksowości oraz spójności interwencji w ochronie zdrowia, podejmowanych na obszarze województwa i w skali ponadregionalnej

Plany transformacji są sporządzane na okres 5 lat, jednak corocznie podlegają monitoringowi w zakresie realizacji wskaźników realizacji poszczególnych działań osiągniętych w danym roku. Dodatkowo, w trzecim roku obowiązywania planów sporządzane będą sprawozdania śródkresowe, zaś po okresie pięcioletniej realizacji – sprawozdania końcowe.

Sprawozdania, zarówno śródkresowe jak i końcowe, będą zawierały:

- 1) opis działań rozpoczętych lub zrealizowanych w danym okresie;
- 2) opis sposobu wdrożenia rekomendowanych kierunków działań przedstawionych w mapie;
- 3) wskazanie źródeł i wysokości finansowania działań, zrealizowanych lub rozpoczętych w danym okresie;
- 4) stopień realizacji wskaźników realizacji poszczególnych działań;
- 5) określenie nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej;
- 6) wnioski wynikające z realizacji Krajowego Planu;
- 7) propozycje aktualizacji działań.

Wnioski płynące ze sprawozdawczości śródkresowej będą wykorzystane przy aktualizacji działań w przypadku osiągnięcia założonych wartości wskaźników lub w wyniku identyfikacji

nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej. Wojewódzkie plany będą też mogły zostać zaktualizowane w sytuacji konieczności doprowadzenia do zgodności wojewódzkiego planu z krajowym planem po jego zmianie.

Z uwagi na fakt, że *Zdrowa Przyszłość* ma charakter dokumentu kierunkowego, system jego monitoringu i koordynacji powiązany jest z implementacją m.in.:

- aktualnie obowiązujących strategii rozwoju kraju,
- przyjętych przez Radę Ministrów dokumentów, np. NPZ, NSO, projektowana strategia w zakresie chorób układu krążenia,
- mechanizmów ustanowionych na mocy ustaw, np. Fundusz Medyczny.

Dodatkowym elementem systemu koordynacji i wdrażania mającym na celu racjonalizację i podniesienie efektywności systemu wydatkowania środków publicznych jest mechanizm oceny celowości inwestycji (OCI) wynikający z art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W rezultacie jego stosowania środki publiczne będą wspierały tylko te przedsięwzięcia inwestycyjne, które są celowe, a więc odpowiadają istniejącym i prognozowanym potrzebom zdrowotnym. Efektem wykorzystania mechanizmu będzie dostosowanie inwestycji w sektorze zdrowia do rzeczywistych potrzeb społeczeństwa oraz umożliwienie świadczeniodawcy perspektywicznego rozwoju zgodnego z lokalnymi potrzebami zdrowotnymi.

Należy także podkreślić rolę jaką w systemie tworzenia i koordynacji polityki w zakresie ochrony zdrowia pełni Narodowy Program Zdrowia, który jest dokumentem strategicznym dla zdrowia publicznego, a więc podstawą działań w tym zakresie. NPZ opiera się na współdziałaniu organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz podmiotów trzeciego sektora. NPZ jest sporządzany na okres nie krótszy niż 5 lat i podlega corocznemu procesowi monitorowania. Minister właściwy ds. zdrowia, jako koordynator realizacji NPZ, monitoruje działania podmiotów prowadzących zadania z zakresu zdrowia publicznego (stale lub okresowo) w kontekście celu strategicznego i celów operacyjnych zdrowia publicznego. Może także sygnalizować konieczność podjęcia określonych zadań poszczególnym podmiotom oraz – w razie potrzeby – wspierać finansowo lub merytorycznie ich działania.

W zakresie wdrażania poszczególnych programów wieloletnich nadzorowanych przez Ministra Zdrowia takich jak np. NSO czy Polkard, prowadzone są ponadto systematyczne działania z zakresu monitorowania, realizowane przez wskazane we właściwych przepisach jednostki.

Przedmiotem monitoringu jest postęp wdrożenia celów w ujęciu ogólnopolskim i regionalnym. Biorąc pod uwagę skalę zaplanowanych działań, wysokość środków publicznych (krajowych i pochodzących z budżetu UE) dedykowanych ochronie zdrowia, jak również liczbę podmiotów składających się na system instytucjonalny polityki zdrowotnej w Polsce, koordynacja działań

sektora stanowi istotne wyzwanie dla władz publicznych i odbywać się będzie na trzech poziomach:

- strategicznym – prowadzonym przez władze centralne, które odpowiedzialne są za tworzenie i aktualizację ram strategicznych dla sektora ochrony zdrowia. Rolę wiodącą pełnią: minister właściwy ds. zdrowia za pomocą komórek organizacyjnych właściwych do inwestycji, programowania i strategii. Główne zadania to wyznaczanie kierunków w zakresie polityki i programowania strategicznego w ochronie zdrowia;
- operacyjnym – prowadzonym przez powołany do tego celu Komitet Sterujący do spraw koordynacji wsparcia w sektorze zdrowia. Realizacja tego poziomu wspomagana będzie przez komórkę organizacyjną MZ właściwą dla koordynacji wdrażania projektów współfinansowanych z funduszy europejskich we współpracy z innymi departamentami merytorycznymi resortu, w partnerstwie z podmiotami mającymi wpływ na kształt polityki zdrowotnej w Polsce i partnerami społecznymi;
- wykonawczym – prowadzonym poprzez wdrażanie konkretnych działań (narzędzi) zgodnych z celami dokumentu *Zdrowa Przyszłość*. Poziom wykonawczy realizowany będzie zarówno na szczeblu centralnym (poprzez działania np. NFZ, MZ), jak i na szczeblu regionalnym (poprzez działania np. oddziałów wojewódzkich NFZ, instytucji zarządzających RPO, wojewodów).

Głównym narzędziem koordynacji interwencji podejmowanych w sektorze zdrowia ze środków polityki spójności jest Komitet Sterujący ds. spraw koordynacji wsparcia w sektorze zdrowia. Komitet działa pod przewodnictwem ministra właściwego ds. zdrowia. Poza przedstawicielami ministra właściwego ds. zdrowia i jednostek podległych MZ, w jego skład wchodzi w szczególności przedstawiciele ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, ministra właściwego ds. pracy, ministra właściwego ds. zabezpieczenia społecznego, ministra właściwego ds. cyfryzacji oraz samorządy regionów, a także partnerzy reprezentujący tzw. trzeci sektor w zakresie ochrony zdrowia (tj. np. stowarzyszenia, fundacje, organizacje samorządu zawodowego). W posiedzeniach Komitetu, na zaproszenie przewodniczącego, mogą uczestniczyć również inne osoby, np. konsultanci medyczni czy przedstawiciele partnerów społecznych oraz podmiotów reprezentujących społeczeństwo obywatelskie.

Działania koordynacyjne są realizowane m.in. poprzez wydawanie przez Komitet Sterujący rekomendacji dla kryteriów wyboru projektów dla określonego typu inwestycji. Instytucje Zarządzające są zobowiązane do wykorzystania rekomendacji w kryteriach wyboru projektów dla właściwych interwencji.

Warunkiem koniecznym dla podejmowania interwencji w sektorze zdrowia jest ich zgodność z uzgodnionym przez Komitet Sterujący planem działań. Plan działań zawiera m.in. rekomendacje dla komitetów monitorujących co do trybów i kryteriów wyboru projektów w ramach naborów

ogłaszanych w programach krajowych i regionalnych oraz proponowane interwencje realizowane w formie projektów pozakonkursowych. Plan działań wskazuje również odpowiednie uzasadnienie do podjęcia interwencji, czy to w formie planowanego postępowania konkursowego czy pozakonkursowego.

Komitet Sterujący opiera się na mechanizmie gwarantującym zobowiązanie instytucji odpowiedzialnych za wdrażanie środków unijnych na rzecz systemu ochrony zdrowia do ścisłej i formalnej współpracy z ministrem właściwym ds. zdrowia, tak aby umożliwić właściwą koordynację inwestycji w obszarze zdrowia, w szczególności przy tak licznych instrumentach wsparcia.

Komitet na bieżąco analizuje i ocenia kwestie związane z ochroną zdrowia, w szczególności pod kątem opracowywania rozwiązań zapewniających skuteczność i efektywność podejmowanych interwencji ze środków polityki spójności. Komitet może zlecać ewaluacje i analizy dla poszczególnych zakresów wsparcia.

Co do zasady, spotkania Komitetu odbywają się w zależności od potrzeb, jednak nie rzadziej niż dwa razy w roku. W przypadku konieczności przeprowadzenia bardziej szczegółowej dyskusji w odniesieniu do specyficznych zagadnień, przewodniczący może podjąć decyzję o zwołaniu spotkania Komitetu na poziomie roboczym, w składzie adekwatnym do specjalistycznej tematyki, która będzie omawiana. Szczegółowy tryb pracy Komitetu, zadania przewodniczącego oraz członków Komitetu określa regulamin.

Monitoring i ewaluacja odbywać się będzie w oparciu o zmiany w czasie wartości wskaźników kontekstowych dla obszaru zdrowie, wskazanych w dokumentach strategicznych.

Tabela 14. Wskaźniki kontekstowe dla obszaru zdrowie, zawarte w dokumentach strategicznych

Wskaźnik	Jednostka miary	Wartość bazowa (rok)	Wartość docelowa (2027)	Źródło danych	Definicja wskaźnika
Wydłużenie trwania życia w zdrowiu i poprawa stanu zdrowia Polaków					
Oczekiwana długość życia w zdrowiu (HALE) w dniu urodzenia	lata	68,7 (2019)	wzrost	WHO	Oczekiwana długość życia w zdrowiu (ang. <i>Healthy Life Expectancy</i> - HALE) - liczba lat, w których osoba w danym wieku może oczekiwać dobrego zdrowia, biorąc pod uwagę śmiertelność i niesprawność. Wskaźnik HALE/DALE dotyczący oczekiwanej długości życia skorygowanej o stan zdrowia, został oszacowany przez WHO na podstawie danych o umieralności oraz danych dotyczących zapadalności i chorobowości. Opiera się na danych epidemiologicznych.
1. Pacjent					
1.1. Dostępność. Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnych do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa					
1.1.1. Mediana czasu oczekiwania na zabieg endoprotezoplastyki stawu kolanowego	dni	107 - przypadki pilne 460 - przypadki stabilne (IV kw. 2019)	spadek	NFZ	Wartość środkowa czasów oczekiwania – na podstawie danych o średnich czasach oczekiwania przekazywanych przez świadczeniodawców na udzielenie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej

1.1.2. Mediana czasu oczekiwania na zabieg w zakresie soczewki (zaćma)	dni	36 - przypadki pilne 142 - przypadki stabilne (IV kw. 2019)	spadek	NFZ	Wartość środkowa czasów oczekiwania – na podstawie danych o średnich czasach oczekiwania przekazywanych przez świadczeniodawców na udzielenie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej
1.1.3. Liczba substancji czynnych wytwarzanych w Polsce.	liczba	658 (luty 2021)	wzrost	GIF	Liczba substancji czynnych wytwarzanych na drodze syntezy chemicznej/biologicznej (chemiczne/ biologiczne API) lub ekstrakcji roślin (roślinne API) na co najmniej jednym etapie produkcji w Polsce
1.2. Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych					
1.2.1. Liczba szpitali posiadających akredytację MZ	liczba	214 (2020)	wzrost	CMJ	Liczba szpitali posiadających akredytację. Akredytacja szpitali została opracowana przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia – Ośrodek Współpracy z WHO w zakresie rozwoju jakości i bezpieczeństwa w systemach ochrony zdrowia
1.3. Przyjazność. Zwiększenie zadowolenia i satysfakcji pacjenta z systemu opieki zdrowotnej					

1.3.1. Odsetek zadowolonych z funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce	%	36 (2020)	wzrost	CBOS	Odsetek respondentów, zdecydowanie zadowolonych lub raczej zadowolonych z funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce
1.3.2. Liczba skarg kierowanych do NFZ	liczba	6825 (2020)	spadek	NFZ	Liczba skarg, które wpłynęły do NFZ (dot. Centrali i oddziałów wojewódzkich)
1.3.3. Liczba skarg kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta	liczba	135625 (2020)	spadek	RPP	
1.3.4. Liczba postępowań w sprawie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta zakończonych wydaniem przez Rzecznika Praw Pacjenta decyzji, w których ocenił naruszenie zbiorowych praw pacjenta	liczba	136 (2020)	wzrost	RPP	
1.4. Zdrowie publiczne. Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych					
1.4.1. Zgłaszalność na badania mammograficzne w ramach programu profilaktycznego (% uprawnionych)	%	63,62 (2019)	wzrost	MZ	Udział uprawnionych do badania w rocznej populacji kobiet
1.4.2. Zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktycznego (% uprawnionych)	%	17,3 (2019)	wzrost	MZ	Udział uprawnionych do badania w rocznej populacji kobiet

1.4.3. Odsetek zaszczepionych dzieci w 3 roku życia w odniesieniu do wymogów "Programu szczepień ochronnych" (% objętych sprawozdaniami)	%	85,2 (2019, rocznik 2017)	wzrost	NIZP- PZH-PIB	Udział w pełni zaszczepionych dzieci w 3 r.ż. w ramach obowiązkowych szczepień wśród objętych sprawozdaniami
1.4.4. Odsetek zaszczepionych przeciw grypie	%	4,12 (2019/2020)	wzrost	NIZP- PZH-PIB	Udział zaszczepionych pacjentów przeciw grypie w całej populacji
1.4.5. Udział wydatków na profilaktykę w wydatkach bieżących na zdrowie	%	2,3 (2017)	wzrost	GUS	Udział wydatków na profilaktykę i zdrowie publiczne w całości nakładów na ochronę zdrowia
2. Procesy					
2.1. Zapewnienie przejrzystości procedur					
2.1.1. Liczba wdrożonych standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej nad pacjentem	liczba	3 (luty 2021)	wzrost	MZ	Liczba standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej wdrożonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia (dot. anestezjologii i intensywnej terapii, opieki okołoporodowej, pacjentów podejrzanych o zakażenie lub zakażonych wirusem SARS-CoV-2) (2021)
2.1.2 Liczba opracowanych ścieżek terapeutyczno- diagnostycznych w publicznym systemie ochronie zdrowia	liczba	11 (luty 2021)	wzrost	NFZ	Liczba ścieżek terapeutyczno- diagnostycznych wdrożonych pilotażowo przez NFZ
2.2. Usprawnienie procesów obsługi pacjenta					
2.2.1. Ocena jakości opieki zdrowotnej	współczynnik	5,4 (2016)	wzrost	Europej skie badani e jakości życia	Miara oceny jakości opieki zdrowotnej w Polsce, współczynnik prezentowany w przedziale [0-10]. Niska wartość współczynnika

				(EQLS) - Eurofund	oznacza niską ocenę jakości opieki zdrowotnej
2.2.2. Liczba postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych zakończonych stwierdzeniem naruszenia prawa pacjenta	liczba	1312 (2019)	spadek	RPP	Liczba prowadzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych zakończonych stwierdzeniem naruszenia prawa pacjenta
2.3. Rozwój opieki koordynowanej					
2.3.1. Liczba opracowanych modeli opieki koordynowanej i kompleksowej	liczba	17 (luty 2021)	wzrost	NFZ	Liczba opracowanych przez NFZ świadczeń opieki kompleksowej i koordynowanej w publicznym systemie opieki zdrowotnej. Uwzględniono programy pilotażowe
2.3.2.1. Liczba wdrożonych modeli opieki koordynowanej i kompleksowej w publicznym systemie opieki zdrowotnej	liczba	9 (2019)	wzrost	NFZ	Liczba wdrożonych przez NFZ świadczeń opieki kompleksowej i koordynowanej w publicznym systemie opieki zdrowotnej. Nie uwzględniono programów pilotażowych
2.3.2.2. Liczba osób zakwalifikowanych do programów opieki koordynowanej i kompleksowej w publicznym systemie opieki zdrowotnej	liczba	50 tys. (2019)	wzrost	NFZ	Liczba osób, którym udzielono przynajmniej jedno świadczenie z zakresu opieki koordynowanej i kompleksowej w publicznym systemie opieki zdrowotnej
2.4. Optymalizacja „piramidy świadczeń”					

2.4.1. Wskaźnik świadczeń ambulatoryjnych	%	6,62 (2018)	spadek	NFZ	Licznik: liczba świadczeń szpitalnych (hospitalizacji) charakteryzowanych jedynie przez procedurę, która możliwa jest do realizacji w trybie ambulatoryjnym Mianownik: liczniki + liczba świadczeń ambulatoryjnych charakteryzowanych przez takie procedury, których sprawozdawanie umożliwia rozliczenie hospitalizacji
3. Rozwój					
3.1. Kadry. Wsparcie rozwoju systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniających się potrzeb zdrowotnych					
3.1.1. Liczba absolwentów kierunków medycznych	liczba	162 tys. (2020)	wzrost	MZ	Liczba osób, które otrzymały świadectwo potwierdzające kwalifikacje w wybranych zawodach medycznych (dot. Pielęgniarki, Położne, Fizjoterapeuci, Lekarze, Dentyści, Analityka medyczna, Farmacja, ratownictwo medyczne, Asystentka stomatologiczna, Higienistka stomatologiczna, Technik masażysta, Opiekun medyczny, Ortoptystka, Protetyk słuchu, Technik dentystyczny, Technik elektroradiolog, Technik farmaceutyczny, Technik ortopeda, Technik sterylizacji medycznej, Terapeuta zajęciowy, Technik elektroniki i informatyki medycznej)

3.2. Infrastruktura. Rozwój i modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia zgodny z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa					
3.2.1. Wartość zrealizowanych inwestycji	liczba	2,4 mld zł (2020)	wzrost	MZ	Łączna kwota dofinansowania inwestycji, które zostały ukończone w danym roku (dot. środków z budżetu państwa, środków unijnych i Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w BGK)
3.2.2. Liczba wspartych podmiotów	liczba	360 (2020)	wzrost	MZ	Łączna liczba podmiotów prowadzących działalność leczniczą wspartych w ramach wszystkich ukończonych inwestycji w danym roku
3.2.3. Odsetek sprzętu medycznego z wysokim priorytetem do wymiany	%	44,90 (2019)	spadek	MZ	Udział liczby sprzętów medycznych charakteryzujących się starszym wiekiem oraz stosunkowo wysokim wykorzystaniem (określonym na podstawie średniej liczby badań wykonywanych przez pojedynczy sprzęt u danego świadczeniodawcy) w ogólnej liczbie sprzętów medycznych (dot. akceleratorów, angiografów, aparatury do brachyterapii, ECMO, gammakamer, mammografów, PET, rezonanse magnetyczne, RTG, tomografów, USG)
3.3. Innowacje. Rozwój i upowszechnianie stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia					

3.3.1. Odsetek pacjentów korzystających z rozwiązań telemedycznych	%	~0 (2019)	wzrost	MZ	Udział pacjentów, którym udzielono przynajmniej jedno świadczenie z wykorzystaniem rozwiązań w ramach telemedycyny w ogólnej liczbie pacjentów w danym roku
3.3.2. Odsetek świadczeń realizowanych w ramach telemedycyny	%	~0 (2019)	wzrost	MZ	Udział świadczeń realizowanych z wykorzystaniem rozwiązań w ramach telemedycyny w ogólnej liczbie udzielonych świadczeń pacjentom w danym roku
3.3.3. Liczba leków krwiopochodnych wytworzonych w Polsce na bazie osocza pozyskanego w stacjach krwiodawstwa	liczba	3 (luty 2021)	wzrost	GIF	Liczba leków krwiopochodnych wytworzonych w Polsce na bazie osocza pozyskanego w stacjach krwiodawstwa wytworzonych przez polskiego wytwórcę
3.4. e-Zdrowie. Rozwój i upowszechnianie usług cyfrowych e-zdrowia					
3.4.1. Liczba wdrożonych e-usług w publicznym systemie ochrony zdrowia	liczba	352 (luty 2021)	wzrost	CeZ	Liczba e-usług wdrożonych w ramach systemów CeZ
3.4.2. Liczba pacjentów korzystających z e-usług w publicznym systemie ochrony zdrowia (dot. E-recepty)	liczba	28,7 mln (luty 2021)	wzrost	CeZ	Liczba pacjentów (unikatowe rekordy), którzy skorzystali z usługi e-recepty
3.4.3. Liczba kont w ramach IKP	liczba	5,8 mln (luty 2021)	wzrost	CeZ	Liczba internetowych kont pacjentów dorosłych łącznie z kontami dzieci
4. Finanse					
4.1. Wzrost i dywersyfikacja finansowania. Zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia					

4.1.1. Udział publicznych wydatków na zdrowie (% PKB)	%	4,9 (2019)	wzrost	GUS	Udział publicznych wydatków na zdrowie (ang. <i>General goverment expenditure</i>) w produkcie krajowym brutto
4.1.2. Udział wydatków instytucji rządowych w publicznych wydatkach na ochronę zdrowia	%	8,22 (2018)	spadek	GUS	Udział wydatków publicznych instytucji rządowych w publicznych wydatkach na ochronę zdrowia
4.2. Efektywność wydatkowania. Racjonalizacja mechanizmów wydatkowania					
4.2.1. Wartość zadłużenia szpitali	liczba	18,430 mld zł (III kw. 2020)	spadek	MZ	Wartość zobowiązań ogółem publicznych szpitali na podstawie sprawozdania Rb-Z

WYKAZ SKRÓTÓW

ABM – Agencja Badań Medycznych

AI – ang. *Artificial Intelligence* (sztuczna inteligencja)

AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

BASiW – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych

BMI – ang. *Body Mass Index* (wskaźnik masy ciała)

CBOS – Centrum Badania Opinii Społecznej

CeZ – Centrum e-Zdrowia

ChUK – choroby układu krążenia

CKPPIp – Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

CMJWOZ – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

CMKP – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

CRPiP – Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych

CSIOZ – Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (obecna nazwa Centrum e-Zdrowia-CEZ).

CZP – Centrum Zdrowia Psychicznego

DALY – ang. *Disability Adjusted Life-Years*, (lata życia skorygowane niesprawnością)

DCWP – Dzielne Centrum Wsparcia Pamięci

DDOM – Dzienny Dom Opieki Medycznej

DiLO – Diagnostyka i Leczenie Onkologiczne

DMP – ang. *Disease Management Program* (Moduł Zarządzania Chorobą)

EBC – ang. *European Brain Council* (Europejska Rada Mózgu)

EBM – ang. *Evidence Based Medicine* (medycyna oparta na dowodach)

EBPH – ang. *Evidence Based Public Health* (zdrowie publiczne oparte na dowodach)

ECRIN – Europejska Sieć Infrastruktur Badań Klinicznych

EDM – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

EFRR – Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego

EFS – Europejski Fundusz Społeczny

EFSI – Europejskie Fundusze Inwestycyjne i Strukturalne

EHCI –Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia

EHIS – Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia

GIF – Główny Inspektorat Farmaceutyczny

GIS – Główny Inspektorat Sanitarny

GUS – Główny Urząd Statystyczny

GZOD – Geriatryczny Zespół Opieki Domowej

HLY – ang. *Healthy Life Years* (lata życia w zdrowiu)

HPV – ang. *Human Papillomavirus* (wirus brodawczaka ludzkiego)

HTA – ang. *Health Technology Assesment* (Ocena technologii medycznych)

ICT – Technologie informacyjno-komunikacyjne

IDF – ang. *International Diabetes Foundation* (Międzynarodowa Fundacja Cukrzycy)

IKP – Internetowe Konto Pacjenta

IOWISZ – Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia

IPOM – indywidualny plan opieki medyczne

JGP – jednorodne grupy pacjentów

JST – jednostka samorządu terytorialnego

KE – Komisja Europejska

KONS – koordynowana opieka nad pacjentem z niewydolnością serca

KRUS – Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
LPR – Lotnicze Pogotowie Ratunkowe
MZ – Ministerstwo Zdrowia
NCBR – Narodowe Centrum Badań i Rozwoju
NCK – Narodowe Centrum Krwi
NCN – Narodowe Centrum Nauki
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
NIK – Najwyższa Izba Kontroli
NIL – Naczelna Izba Lekarska
NIZP-PZH-PIB – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy
NPZ – Narodowy Program Zdrowia
NSK – Narodowa Strategia Kardiologiczna
NSO – Narodowa Strategia Onkologiczna
NŚOZ – Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna
NZOZ – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
OCI – opinia o celowości inwestycji
OECD – ang. *Organisation for Economic Co-operation and Development* (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju)
OIZPiP – Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
PFRON – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
PKB – produkt krajowy brutto
POChP – przewlekła obturacyjna choroba płuc
POIiŚ – Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014-2020
POIR – Program Operacyjny Innowacyjny Rozwój
POPC – Program Operacyjnych Polska Cyfrowa

POWER – Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój
POZ – podstawowa opieka zdrowotna
PPG – Partner Polskiej Gospodarki
PRM – Państwowe Ratownictwo Medyczne
PSSE – Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
PSZ – System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej
PZK – punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny
RCKiK – Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa
RPO – Regionalny Program Operacyjny
RTR – Rozwojowy Tryb Refundacyjny
SOR – szpitalny oddział ratunkowy
SPZOZ – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
SRKL – Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego
UE – Unia Europejska
WHO – Światowa Organizacja Zdrowia
WSSE – Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
YLD – ang. *Years Lived with Disability* (utraczone lata życia w zdrowiu z powodu ograniczonej sprawności)
YLL – ang. *Years of Life Lost* (utraczone lata życia)
ZRM – Zespół Ratownictwa Medycznego
ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Załącznik nr 1 do dokumentu

„Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z
perspektywą do 2030 r.

STRATEGIA DEINSTYTUCJONALIZACJI: OPIEKA ZDROWOTNA NAD OSOBAMI STARSZYMI

Spis treści

Wstęp	3
DIAGNOZA POTRZEB ZDROWOTNYCH I DOSTĘPNEGO WSPARCIA ZDROWOTNEGO	4
OSOBY STARSZE	4
Demografia i epidemiologia	4
Dostępne wsparcie zdrowotne.....	15
OPIEKA NIEFORMALNA	35
KIERUNKI ROZWOJU WSPARCIA ZDROWOTNEGO W RAMACH PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI	39
OBSZARY STRATEGICZNE	40
ROZWÓJ ZASOBÓW KADROWYCH.....	40
ROZWÓJ FORM OPIEKI DZIENNEJ	44
ROZWÓJ FORM OPIEKI DOMOWEJ	49
ROZWÓJ INNOWACYJNYCH FORM OPIEKI.....	51
WSPARCIE OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH	54
KOORDYNACJA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ	61
SYSTEM REALIZACJI I MONITOROWANIA.....	64

Wstęp

Niniejszy dokument stanowi załącznik nr 1 do dokumentu „Zdrowa Przyszłość - Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”, zwanego dalej „Strategią”. Zgodnie z założeniami określonymi w dokumencie, przewidziane zostało wsparcie poświęcane osobom starszym. W dokumencie znajdują się zadania polegające przede wszystkim na zapewnieniu osobom starszym wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy.

Dokument składa się z części diagnostycznej, zawierającej demografię i epidemiologię, opis sytuacji zdrowotnej osób starszych i osób z zaburzeniami psychicznymi, potrzeby oraz szeroki opis obecnie dostępnego wsparcia, czyli opis dostępnej opieki zdrowotnej w ramach systemu ochrony zdrowia, tj. opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz opieki psychiatrycznej, z podziałem na opiekę ambulatoryjną, szpitalną i domową oraz dzienną. Jeden rozdział poświęcono opiece nieformalnej. Określono cel główny, którym w zakresie opieki nad osobami starszymi jest poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów w środowisku lokalnym. Następnie wskazano poniższe obszary strategiczne:

- 1) Rozwój zasobów kadrowych;
- 2) Rozwój form opieki dziennej;
- 3) Rozwój form opieki domowej;
- 4) Rozwój innowacyjnych form opieki;
- 5) Wsparcie opiekunów nieformalnych;
- 6) Koordynacja opieki środowiskowej.

Każdy obszar strategiczny ma cel szczegółowy i przypisane do niego konkretne działania jego realizacji. Osobne części poświęcone są systemowi koordynacji i wdrażania, a także monitorowania i ewaluacji oraz wskaźnikom realizacji celów projektowanego dokumentu strategicznego.

Dokument ten obejmuje działania przewidziane do finansowania zarówno ze środków krajowych, jak i funduszy europejskich. Sposób zarządzania zarówno środkami budżetowymi, jak i środkami funduszy europejskich, jest uregulowany w odrębnych przepisach, podobnie jak sposób ubiegania się o finansowanie przedsięwzięć z tych środków. Realizacja dokumentu nie wpływa na zmiany w przepisach w zakresie zarządzania przepływami finansowymi i ich wielkością.

DIAGNOZA POTRZEB ZDROWOTNYCH I DOSTĘPNEGO WSPARCIA ZDROWOTNEGO

OSOBY STARSZE

Demografia i epidemiologia

Sytuacja demograficzna

Zmiany demograficzne skutkujące starzeniem się społeczeństwa są od wielu lat zjawiskiem typowym dla krajów wysoko rozwiniętych, w tym krajów Europy Zachodniej. Na przestrzeni ostatnich lat stają się również coraz bardziej widoczne w Rzeczypospolitej Polskiej wpływając na coraz więcej obszarów życia społecznego i gospodarczego kraju, w tym m.in. system ochrony zdrowia.

Osoby starsze, tj. osoby w wieku co najmniej 60 lat¹ w 2020 r. stanowiły ponad 9,8 mln (ponad 25%, w tym niemal 29% kobiety, a 22% mężczyźni) z niemal 38,3-milionowej populacji Rzeczypospolitej Polskiej².

W stosunku do 2015 r. liczba Polaków w starszym wieku wzrosła o ponad 997 tys. osób. Udział osób w wieku co najmniej 60 lat w ogólnej populacji wzrósł w ciągu ostatnich 6 lat o 2,7 punktu procentowego (z 22,9% w 2015 r. do 25,6% w 2020 r.). W latach 2009-2020 liczba osób w starszym wieku wzrosła w sumie o ponad 2,5 mln, w tym największy liczebny wzrost o ponad 1,1 mln odnotowano dla grupy osób w wieku 65-69 lat. Udział osób w wieku co najmniej 60 lat w ogólnej populacji wzrósł od 2009 r. o ponad 6,5 punktu procentowego (z 19,1% do 25,6%).

Współczynnik obciążenia demograficznego³ rośnie w Rzeczypospolitej Polskiej od kilku lat – w 2020 r. wyniósł 69 wobec 55 w 2010 r. Jednakże bardziej istotne niż wartość ogólnego współczynnika są proporcje wskaźników częściowych (rozpatrywane odrębnie relacje liczby osób w wieku przedprodukcyjnym oraz liczby osób w wieku poprodukcyjnym do zbiorowości w wieku produkcyjnym). Ich analiza wskazuje na niekorzystne zmiany w obydwu rozpatrywanych grupach. Wskaźnik obciążenia dla osób w wieku przedprodukcyjnym od kilku lat pozostaje praktycznie bez zmian, natomiast wzrasta regularnie dla wieku poprodukcyjnego (najgwałtowniej w ciągu ostatniej dekady). W 2020 r. na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 31 osób w wieku przedprodukcyjnym i aż 38 osób w wieku poprodukcyjnym⁴. Zmiany w tym zakresie w minionych latach prezentuje tabela 1.

¹ Definicja osób starszych, zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705).

² *Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2020 r. Stan w dniu 31 XII*, GUS, Warszawa 2020, str. 11.

³ Współczynnik obrazujący liczbę osób w wieku nieprodukcyjnym przypadającą na 100 osób w wieku produkcyjnym

⁴ *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2019 r.*, s. 18.

*Tabela 1. Wartość współczynnika obciążenia demograficznego
w wybranych latach w okresie od 1990 do 2020 r.*

Wiek	Rok						
	1990	1995	2000	2010	2018	2019	2020
Ogółem	74	68	64	55	65	67	69
Przedprodukcyjny (0-17 lat)	52	45	40	29	30	30	31
Poprodukcyjny (od 60/65 lat*)	22	23	24	26	35	37	38

*od 60 lat dla kobiet, od 65 lat dla mężczyzn

Źródło: *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2020 r.*, s. 19.

Ludność Rzeczypospolitej Polskiej jest obecnie przeciętnie młodsza niż ludność większości krajów Unii Europejskiej (UE), ale – jak wynika z prognozy Eurostatu – ta korzystna dla Rzeczypospolitej Polskiej pod względem demograficznym różnica w stosunku do innych krajów UE będzie stopniowo zanikać. W połowie XXI w. zarówno mediana wieku, jak i odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będą w Rzeczypospolitej Polskiej wyraźnie wyższe od przeciętnych wartości dla krajów UE⁵. Na tle UE sytuacja demograficzna Rzeczypospolitej Polskiej zmienia się więc bardzo dynamicznie, gdyż z kraju o stosunkowo młodej populacji, Rzeczypospolita **Polska w 2050 r. stanie się najprawdopodobniej siódmym najstarszym krajem w UE** pod względem odsetka osób w wieku co najmniej 65 lat.⁶

Wyniki prognozy Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) dotyczącej liczby ludności Rzeczypospolitej Polskiej na lata 2014–2050 podobnie wskazują na pogłębianie się procesu **starzenia się społeczeństwa**. Mimo przewidywanego spadku liczby ludności o ok. 4,5 mln do 2050 r., spodziewany jest równocześnie systematyczny wzrost liczby ludności w wieku 60 lat i więcej. Przewiduje się, że populacja osób w tym wieku wzrośnie w końcu horyzontu prognozy do 13,7 mln i będzie stanowiła ponad 40% ogółu ludności⁷. Tabela 2 przedstawia prognozowany procentowy udział osób starszych w populacji Polski, w tym w podziale na poszczególne grupy wiekowe, w kolejnych dekadach XXI w.

*Tabela 2. Prognozowany udział osób w wieku 60 lat i więcej
w populacji Rzeczypospolitej Polskiej w latach 2030–2050*

Grupa wiekowa	Prognozowany udział [%] osób w latach		
	2030	2040	2050
60–64	5,7	7,9	7,7
65–69	5,7	6,7	8,5
70–74	6,2	5,4	7,7
75–79	5,4	4,9	6,1
80–84	3,5	4,7	4,3
85 i więcej	2,4	4,8	6,1
Ogółem	29,0	34,4	40,4

⁵ *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania 2020*, (red.) Wojtyniak B., Goryński P., NIZP–PZH, Warszawa 2020, s. 49.

⁶ *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, GUS, Warszawa 2014, s. 167.

⁷ *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, GUS, Warszawa 2018, s. 6.

Na podstawie: *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r.*, s. 9 (na podstawie prognozy GUS).

Prognozy wskazują, że w okresie dekady przypadającej na lata 2021–2030 będzie wzrastała liczba i udział osób w wieku 60–79 lat w ogóle ludności Rzeczypospolitej Polskiej. W wiek ten będą bowiem wchodziły liczne grupy osób urodzonych w latach *boomu* urodzeń z przełomu lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX w. Natomiast w wiek późnej starości (80 lat i więcej) będą wchodziły stosunkowo mało liczne grupy osób urodzonych w czasie drugiej wojny światowej⁸. Z kolei począwszy od 2026 r. rozpocznie się dynamiczny wzrost liczby osób w wieku 80 lat i więcej, co będzie związane z wchodzeniem w wiek późnej starości bardzo licznej grupy osób urodzonych pomiędzy końcem drugiej wojny światowej a początkiem lat sześćdziesiątych. Szacuje się, że pomiędzy 2025 r. a 2040 r. liczebność osób w wieku co najmniej 80 lat i więcej w Rzeczypospolitej Polskiej zwiększy się dwukrotnie – z 1,7 mln do 3,4 mln⁹.

Obserwowane w Rzeczypospolitej Polskiej pozytywne zmiany w zakresie spadku natężeniu zgonów są przyczyną trwającego od niemal 30 lat **wzrostu przeciętnego trwania życia**. W 2019 r. przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej wynosiło 74,1 lat, natomiast płci żeńskiej 81,8 lat (tabela 3). W porównaniu z 1996 r. trwanie życia wydłużyło się o 5,2 wśród kobiet i 6 lat wśród mężczyzn. W Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. mężczyzna w wieku 60 lat miał przed sobą jeszcze średnio nieco ponad 19 lat życia, zaś kobieta w tym wieku ponad 24 lata, czyli o 3-4 lata więcej niż w 1996 r.¹⁰.

Tabela 3. Przeciętne dalsze trwanie życia w 2019 r.

Przeciętne dalsze trwanie życia:	Mężczyźni	Kobiety	Średnia
osób urodzonych w 2019 r.	74,1	81,8	78,0
osób w wieku 60 lat	19,3	24,2	21,8
osób w wieku 75 lat	10,2	12,6	11,4

Źródło: *Trwanie życia w 2019 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2020, s. 11

W Polsce, podobnie jak w innych krajach, występuje nadumieralność mężczyzn, jednak skala tego zjawiska jest znacznie wyższa niż w większości krajów europejskich – w 2019 r. wartość ta wyniosła 7,7 lat. Zjawisko **nadumieralności mężczyzn** obserwowane jest we wszystkich grupach wiekowych, jednak różnica między płciami zwiększa się wraz z wiekiem.¹¹ Wśród mężczyzn osoby starsze stanowią niespełna 3% ludności, a wśród kobiet prawie 6%¹². Szczegółowe porównanie w tym zakresie przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Liczba i struktura populacji osób w wieku 60 lat i więcej w populacji Rzeczypospolitej Polskiej w 2020 r.

Wyszczególnienie	Mężczyźni [mln]	Kobiety [mln]	Ogółem [mln]
Ogółem	18,50	19,76	38,26
w tym osoby w wieku 60 lat i więcej	4,11	5,69	9,80
Osoby w wieku 60 lat i więcej w podziale na grupy wiekowe:			
60–64 lat	1,26	1,42	2,68

⁸ j.w., s. 7.

⁹ *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, s. 7.

¹⁰ *Trwanie życia w 2019 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2020, s. 11

¹¹ *Trwanie życia w 2019 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2020, s. 9

¹² *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2020 r.*, s. 19.

65–69 lat	1,12	1,38	2,50
70–74 lat	0,81	1,11	1,92
75–79 lat	0,39	0,62	1,01
80–84 lat	0,30	0,57	0,87
85 lat i więcej	0,23	0,59	0,82

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS z 2020 r.

Mężczyźni żyją znacząco krócej niż kobiety, dlatego też grupa osób w starszym wieku jest silnie zróżnicowana ze względu na płeć. Nadumieralność mężczyzn i zróżnicowanie parametrów trwania życia skutkują rosnącym wraz z wiekiem udziałem kobiet w populacji. W populacji osób w starszym wieku większość stanowią kobiety (58,1%) – na 100 mężczyzn przypada ich 139 (dla porównania dla ludności ogółem wskaźnik feminizacji wynosi 107). **Przewaga liczebna kobiet wzrasta wraz z wiekiem**, np. w grupie 60-64 lata kobiety stanowią ponad 53% zbiorowości (współczynnik feminizacji wynosi 113 – na 100 mężczyzn przypada 113 kobiet), a wśród osób co najmniej 85-letnich już niemal 72% (wskaźnik feminizacji – 257). Jedynie w najstarszej grupie wieku, tj. osób w wieku 85 lat i więcej, współczynnik feminizacji na wsi był wyższy niż w mieście (274 wobec 248). W miastach ludność w starszym wieku stanowi niemal 27,8% ogółu mieszkańców, natomiast na terenach wiejskich udział ten jest niższy i wynosi 22,3% mieszkańców.¹³ Przytoczone dane wskazują, że zbiorowość osób starszych jest zdominowana przez kobiety, których udział stanowi ponad 70% osób w najstarszej grupie wiekowej¹⁴. Różnice w wartości współczynnika feminizacji pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi oraz mieszkańcami miast i wsi w populacji osób starszych przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Współczynnik feminizacji w populacji osób starszych w 2020 r. w rozróżnieniu na wiek i miejsce zamieszkania

Grupa wiekowa	Ogółem	Miasto	Wieś
60–64	113	123	98
65–69	123	133	106
70–74	137	143	124
75–79	160	162	155
80-84	196	197	194
85 i więcej	257	248	274
Populacja osób starszych ogółem	139	146	126
Populacja Polski ogółem	107	111	101

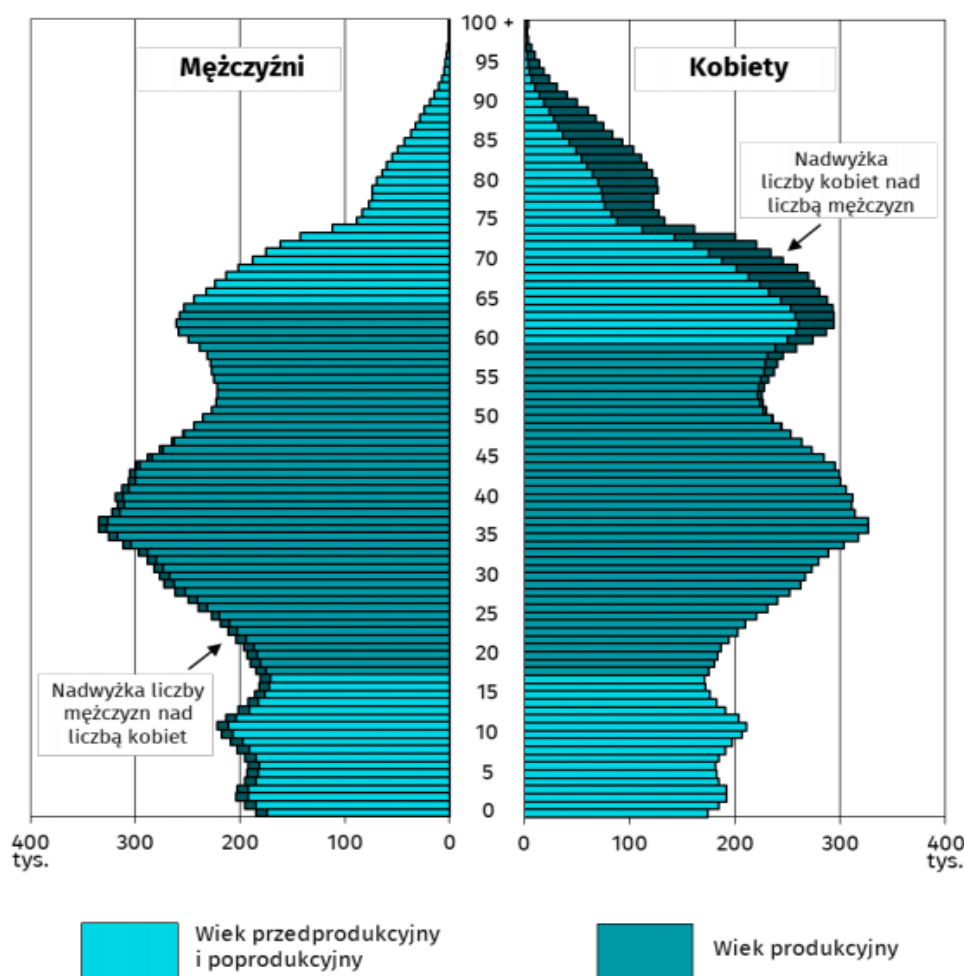
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS z 2020 r.

Różnice proporcji pomiędzy płciami i poszczególnymi grupami wiekowymi przedstawia wykres 1, prezentujący przekrój demograficzny ludności Rzeczypospolitej Polskiej w połowie 2020 r.

¹³ Opracowanie własne na podstawie danych GUS z 2020 r.

¹⁴ Opracowanie własne na podstawie danych GUS z 2020 r.

Wykres 1. Piramida wieku ludności (stan w dniu 30 czerwca 2020 r.)



Źródło: *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2020 r. Stan w dniu 31 VI*, GUS, Warszawa 2020, s. 10.

Przeciętne trwanie życia różni się także pomiędzy poszczególnymi grupami społeczno-ekonomicznymi, (m.in. grupami o różnym statusie materialnym), grupami o różnych poziomach wykształcenia, grupami zawodowymi, mieszkańcami różnych regionów i województw czy miast i wsi (w 2020 r. w miastach ludność w starszym wieku stanowiła 28% populacji, natomiast na terenach wiejskich mieszkało ich mniej i stanowili ponad 22% mieszkańców). Nierówności te również utrzymują się w Rzeczypospolitej Polskiej w większym stopniu niż w krajach Europy Zachodniej¹⁵.

Sytuacja zdrowotna

Subiektywna ocena stanu zdrowia jest tym niższa, im jesteśmy starsi. W grupie wieku 50-59 lat 48,9% osób miało poczucie dobrego lub bardzo dobrego stanu zdrowia. W kolejnych grupach wieku odsetek

¹⁵ *Trwanie życia w 2018 r.*, s. 8–11 oraz *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania*, s. 73, 83.

ten był coraz niższy dochodząc do 34,9% w wieku 60-69 lat i 21,7% w wieku 70-79 lat oraz 15,7% w wieku 80 lat i więcej¹⁶. Obok długości trwania życia, istotne znaczenie dla jakości życia ma **długość trwania życia w zdrowiu** wyliczane na podstawie średniej liczby lat życia bez niepełnosprawności. Według szacunków Eurostatu, mężczyźni w Rzeczypospolitej Polskiej przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) przeciętnie 60,5 lat (82,1% oczekiwanej całkowitej długości życia), a kobiety średnio 64,3 lat (78,7% oczekiwanej całkowitej długości życia)¹⁷. Według aktualnych szacunków Eurostatu długość życia w zdrowiu Polek wynosi 64,3 lat (78,7% oczekiwanej całkowitej długości życia) i jest o 0,5 roku dłuższa od średniej dla krajów UE, natomiast Polacy żyją w zdrowiu przeciętnie 60,5 lat (82,1% oczekiwanej całkowitej długości życia) i jest o 2,9 roku krótsza niż średnia UE. W latach 2009–2018 długość życia w zdrowiu polskich mężczyzn wzrosła o 2,2 lat, a kobiet – o 1,8 lat. Różnica w długości życia w zdrowiu kobiet i mężczyzn w Rzeczypospolitej Polskiej (3,8 lat) jest obecnie największa w krajach UE¹⁸.

Na podstawie wyników Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (EU-SILC), 27,9% osób starszych w wieku 60 lat i więcej mieszkających w Rzeczypospolitej Polskiej oceniło w 2019 r. swoje zdrowie jako „dobre” lub „bardzo dobre”, częściej mężczyźni (30,5%) niż kobiety (26,1%) oraz częściej mieszkańcy miast (30,1%) niż wsi (24,3%). Z kolei 26,5% osób starszych uznało, że ich zdrowie jest „złe” lub „bardzo złe”, częściej kobiety (27,9%) niż mężczyźni (24,6%) oraz częściej mieszkańcy wsi (28,2%) niż miast (25,5%). Jednocześnie niemal połowa (45,6%) osób oceniła swoje zdrowie niejednoznacznie jako „takie sobie, ani dobre, ani złe”. Niemal $\frac{2}{3}$ osób w wieku 60 lat i więcej (66,3%) wskazało na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, które trwają (lub przewidywano, że będą trwały) co najmniej 6 miesięcy – częściej kobiety (68,3%) niż mężczyźni (63,5%) oraz mieszkańcy miast (67,7%) niż mieszkańcy wsi (64,0%). Biorąc pod uwagę 12 miesięcy poprzedzających badanie, rzeczywistą potrzebę leczenia lub badania zadeklarowało 73,4% osób starszych. Z tej grupy jedynie 12,1% przyznało, że nie skorzystało z leczenia lub badania za każdym razem, gdy była taka potrzeba. Największa część (40,9%) jako powód podała „zbyt długą listę/kolejkę oczekujących”. Ponad połowa (54,6%) osób powyżej 60 r.ż. w 2019 r. zadeklarowała brak ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności. Poważnie lub niezbyt poważnie ograniczona zdolność do wykonywania codziennych czynności dotyczyła natomiast 45,4% osób starszych (46,4% wśród kobiet i 43,9% wśród mężczyzn; 46,0% wśród mieszkańców wsi i 45,0% wśród mieszkańców miast)¹⁹.

Rzeczypospolita Polska jest krajem o bardzo nierównomiernym rozkładzie umieralności i zachorowalności w różnych grupach społeczno-ekonomicznych. Wysoki poziom **społecznych nierówności w zdrowiu** populacji osób starszych (oprócz różnic w zamożności, wykształceniu czy miejscu zamieszkania) może wynikać także z różnic w dostępie do opieki zdrowotnej. Potrzeba opieki wynikająca z ograniczeń funkcjonalnych u osób starszych rozkłada się nierównomiernie w polskiej populacji – ograniczenia funkcjonalne występują 2-krotnie częściej w przedziale osób o najniższych dochodach niż w przedziale osób o dochodach najwyższych oraz 3-krotnie częściej w grupie osób z wykształceniem podstawowym niż w grupie osób z wykształceniem wyższym. Wyższe zapotrzebowanie na opiekę wśród osób o niższych dochodach i gorszym wykształceniu niekorzystnie koreluje z możliwością uzyskania przez te osoby pomocy w sektorze prywatnym lub na zasadzie współodpłatności²⁰.

¹⁶ Stan zdrowia ludności Polski 2019, GUS, Warszawa, 31.03.2021 r., s. 1.

¹⁷ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020, s. 86–87.

¹⁸ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020, s. 86–87.

¹⁹ Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2019, s. 41-42.

²⁰ Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej, Bank Światowy, 2015, s. 42.

Badania dotyczące stanu zdrowia osób w starszym wieku w ostatnich latach wykazują niejednolite tendencje – niektóre wskazują na nieznaczne pogorszenie stanu zdrowia tej grupy osób (wzrost zachorowalności i poziomu zależności na skutek niepełnosprawności i większego rozpowszechnienia chorób przewlekłych i chorób współistniejących), natomiast inne wykazują na poprawę stanu zdrowia tej grupy społecznej (kompresja zachorowalności)²¹.

W porównaniu z innymi krajami europejskimi seniorzy w Rzeczypospolitej Polskiej częściej deklarują zły stan zdrowia – w 2018 r. 23,8% osób w wieku 65–74 lata oraz 42,7% w wieku powyżej 75 lat oceniało swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły (wartości średnie dla UE-28 w 2018 r. wyniosły w tym zakresie odpowiednio 13,5% i 23,8%). Podobna prawidłowość dotyczyła ograniczonej zdolności do wykonywania codziennych czynności – 11,8% osób w wieku 65–74 lata oraz 26,9% osób w wieku powyżej 75 lat ocenia swoje ograniczenie jako poważne, natomiast pewne ograniczenie dostrzega u siebie 29,3% osób wieku 65–74 lata i 37,5% osób w wieku powyżej 75 lat.²²

Jednocześnie jakość życia starszych Polaków pozostaje niezadowolająca ze względu na znaczne obciążenie **chorobami przewlekłymi** i **wielochorobowością** (osoby w wieku powyżej 70 lat chorują średnio na co najmniej trzy choroby przewlekłe) oraz **niesprawnością funkcjonalną** (oddziaływującą na stan psychiczny i samoocenę stanu zdrowia), których prawdopodobieństwo wystąpienia wzrasta wraz z wiekiem. Wszystko to z kolei zwiększa prawdopodobieństwo zapotrzebowania na świadczenia medyczne, w tym także świadczenia opiekuńcze.

Według OECD głównymi przyczynami zgonów w krajach OECD w 2017 r. były kolejno:

- 1) choroby układu krążenia (31%),
- 2) nowotwory (25%),
- 3) choroby układu oddechowego (10%),
- 4) choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (9%)²³.

Najczęstszą przyczyną zgonów zarówno na świecie, jak i w Rzeczypospolitej Polskiej, są **choroby układu sercowo-naczyniowego**. Skalę skutków zdrowotnych poszczególnych chorób, w tym chorób układu krążenia, przedstawiają wyniki Globalnego Badania Obciążenia Chorobami (*Global Burden of Disease Study*, badanie GBD)²⁴. Na jego podstawie szacuje się, że w 2017 r. w Polsce na 100 tys. mieszkańców choroby układu sercowo-naczyniowego były powodem łącznie:

- niemal 440 zgonów, co stanowi niemal 43% ogółu zgonów;
- niemal 983 lat życia przeżytych z niepełnosprawnością (wskaźnik YLDs – *Years Lived with Disability*), co stanowi niemal 7% wszystkich YLDs;
- utraty ponad 7 232 lat życia w zdrowiu (wskaźnik DALYs – *Disability Adjusted Life Years*), co stanowi ponad 22% wszystkich DALYs.

Choroby układu krążenia są najczęstszą przypadłością zdrowotną wśród osób starszych. W 2017 r. spośród ogólnej liczby zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia ponad 92,8% dotyczyło osób w wieku co najmniej 60 lat. Wśród wszystkich osób starszych zgony kardiologiczne stanowiły blisko połowę (44,3%) zgonów, częściej wśród kobiet (48,3% zgonów) niż wśród mężczyzn (40,0%) oraz

²¹ j.w., s. 16.

²² *Dochody i warunki życia ludności Polski (raport z badania EU-SILC 2017)* – raport z badania sondażowego pn. *Europejskie Badanie Warunków Życia Ludności* (EU-SILC), ss. 73-74 (zgodnie z danymi GUS badanie zostało ponowione na terenie całej Polski w okresie kwiecień–czerwiec 2019 r.).

²³ *Health at a Glance*, 2019, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en.

²⁴ Na podstawie danych dla Polski według *Globalnego Badania Obciążenia Chorobami*: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

wśród mieszkańców wsi (47,5%) niż mieszkańców miast (42,5%). W przypadku seniorów (85 lat i więcej) – tylko 4 na 10 osób umiera w wyniku innych przyczyn niż kardiologiczne²⁵.

Drugą najczęstszą przyczyną zgonów są **nowotwory**, w tym nowotwory złośliwe. Zgodnie z wynikami badania GBD w 2017 r.²⁶ w Polsce na 100 tys. mieszkańców nowotwory były powodem łącznie:

- niemal 285 zgonów, co stanowi niemal 28% ogółu zgonów;
- ponad 177 YLDs, co stanowi 1,24% wszystkich YLDs;
- utraty ponad 6 125 DALYs, co stanowi niemal 19% wszystkich DALYs.

Powyższe dane wskazują, że nowotwory skutkują zgonem najczęściej ze wszystkich przyczyn chorób, stanowiąc jednocześnie mniejszą przyczynę niepełnosprawności wśród chorych.

Ich udział wśród przyczyn umieralności rośnie. W 2017 r. zarówno w całej populacji, jak i w grupie osób starszych co czwarty zgon był spowodowany chorobami nowotworowymi (w 1990 r. było to 18%). Dane Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) wskazują, że w 2017 r. spośród wszystkich wykrywanych nowotworów złośliwych ponad 73% dotyczy osób w wieku co najmniej 60 lat, zaś na ponad 165 tys. wszystkich zachorowań na nowotwory ok. 121 tys. przypadków dotyczyło osób w starszym wieku. Mężczyźni stosunkowo częściej niż kobiety umierają na skutek nowotworów złośliwych – są one przyczyną 27,9% zgonów mężczyzn i 21,2% zgonów kobiet.²⁷

Struktura i częstość zgonów jest zróżnicowana według płci – zarówno dla całej populacji, jak i dla grupy osób w wieku 60 lat i więcej. Umieralność wśród mężczyzn jest zdecydowanie wyższa niż wśród kobiet i proces ten nasila się wraz z wiekiem²⁸. Wśród kobiet częstszą przyczyną zgonu są choroby układu krążenia, natomiast mężczyźni częściej niż kobiety umierają na skutek nowotworów złośliwych. Do innych przyczyn zgonów osób starszych należą również: cukrzyca, zapalenie płuc, choroby układu moczowo-płciowego (w tym zapalenie nerek), choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy oraz przewlekła choroba wątroby²⁹.

W kontekście problemów zdrowotnych osób starszych istotną rolę odgrywają także **zaburzenia otępienne**, w tym **choroba Alzheimera**, której rozpowszechnienie w Polsce szacuje się od 360 tys. do 470 tys., a według szacunków organizacji Alzheimer Europe – nawet na 500 tys. osób. Jest to niemal 20% więcej niż w 2005 r. Choroba Alzheimera stanowi ok. 60–70% wszystkich przypadków chorób otępiennych³⁰. Chorobowość rejestrowana choroby Alzheimera jest jednak niedoszacowana. Według danych GBD liczba chorych na Alzheimera na 2019 r. w Polsce to ok. 585 tys. osób³¹. Należy przy tym podkreślić, że o ile w latach 2005–2010 coroczny wzrost liczby chorych utrzymywał się na poziomie nieprzekraczającym 2%, o tyle w latach 2010–2015 dynamika ta wynosiła już 3–4%³². Według szacunków badania GBD³³ choroba Alzheimera oraz inne choroby otępienne w 2017 r. w Polsce na 100 tys. mieszkańców były powodem łącznie:

- niemal 75 zgonów, co stanowi 7,3% ogółu zgonów;
- niemal 187 YLDs, co stanowi 1,31% wszystkich YLDs;
- utraty ponad 833 DALYs, co stanowi 2,55% wszystkich DALYs.

²⁵ Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2019, s. 8.

²⁶ Na podstawie danych dla Polski według Globalnego Badania Obciążenia Chorobami: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

²⁷ Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2019, s. 8–9.

²⁸ j.w., s. 9.

²⁹ Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2018, s. 8–9.

³⁰ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

³¹ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [dostęp: 2021-02-21]

³² Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin, Informacja o wynikach kontroli, NIK, Warszawa 2017, s. 8–9.

³³ Na podstawie danych dla Polski według Globalnego Badania Obciążenia Chorobami: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

Wzrost rozpowszechnienia zaburzeń otępiennych, w tym w szczególności choroby Alzheimera, jest jednym z negatywnych skutków starzenia się polskiego społeczeństwa i implikuje wiele istotnych wyzwań dla systemu ochrony zdrowia. Wraz z wiekiem zwiększa się bowiem ryzyko wielu chorób, w tym również chorób neurodegeneracyjnych. Badania wskazują, iż ryzyko zachorowania na chorobę Alzheimera po ukończeniu 65. lat ulega praktycznie podwojeniu z upływem każdych kolejnych 5 lat życia³⁴.

Warto podkreślić, że osoby starsze, przez wzgląd na choroby przewlekłe i postępującą z wiekiem potrzebę wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, stanowią również najliczniejszą grupę wiekową wśród osób deklarujących **niepełnosprawność** w Rzeczypospolitej Polskiej – wśród ok. 4,7 mln osób stwierdzających u siebie problemy zdrowotne skutkujące ograniczeniem wykonywania czynności codziennych, aż ponad 2,5 mln osób to ludzie starsi (tj. w wieku co najmniej 60 lat)³⁵. Podobny odsetek osób starszych odnotowuje się również wśród 2,5 mln osób z formalnie orzeczoną niepełnosprawnością³⁶. W obu powyższych przypadkach ponad połowę całej zbiorowości osób z niepełnosprawnościami stanowią osoby starsze. Dane te dobitnie potwierdzają skalę niesprawności i potrzeby wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w polskiej populacji, która dotyka przede wszystkim osób starszych, a tym samym również wpływa na wzrost zapotrzebowania na usługi zdrowotne ukierunkowane na tę grupę osób.

Potrzeby opiekuńcze

Wyniki badania *PolSenior* (realizowanego w latach 2007–2011) opartego na wywiadach społecznych i medycznych przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie osób powyżej 65. roku życia, a także rezultaty badania realizowanego w ramach *Badania Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych – SHARE: 50+ w Europie* (ang. *Survey on Health, Ageing, and Retirement in Europe*, prowadzone od 2004 r.) wskazują **wysoki poziom ograniczeń funkcjonalnych polskich seniorów**, porównywalny do poziomu zaobserwowanego w krajach Europy Południowej (takich jak Włochy czy Hiszpania) oraz w krajach Europy Wschodniej. Ograniczenia funkcjonalne narastają wraz z wiekiem, przy czym **bardziej dotknięte są nimi kobiety niż mężczyźni**. Krytyczny moment dla znacznego uzależnienia wynosi 85 lat, a występowanie takiej zależności jest charakterystyczne **w szczególności dla obszarów wiejskich**. Ponad 20% przebadanych seniorów w wieku powyżej 85 lat jest całkowicie zależnych od opieki innych³⁷.

Zgodnie z wynikami rundy 6. badania SHARE, przeprowadzonej w latach 2010–2011, przeciętnie 13% mężczyzn i ponad 16% kobiet w wieku 50+ w Polsce wskazywało na trudności z wykonywaniem przynajmniej jednej czynności prostej, zaś 19% mężczyzn i ponad 26% kobiet deklarowało problemy z czynnościami złożonymi³⁸.

Łącznie 23% respondentów (ok. 20% mężczyzn i ponad 25% kobiet) zgłaszało ograniczenia, które przekładały się na przynajmniej jedną godzinę w miesiącu koniecznego wsparcia ze strony innych

³⁴ *Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin*, s. 8. oraz *Epidemiology of dementia: prevalence and incidence estimates using validated electronic health records from primary care*, Ponjoan A., Garre-Olmo J., Blanch J., Fages E., Alves-Cabrata L., Martí-Lluch R., Comas-Cufí M., Parramon D., Garcia-Gil M., Ramos R., *Clinic Epidemiology* 2019, nr 11, s. 217–228.

³⁵ *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, s. 6.

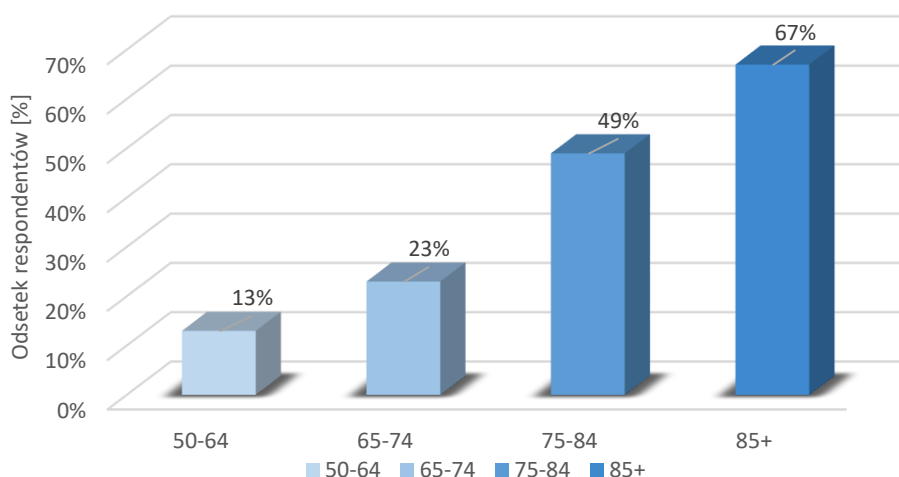
³⁶ *Osoby niepełnosprawne w 2018 r.*, GUS, Warszawa 2019 r., s. 2.

³⁷ Wizner B., Skalska A., Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Grodzicki T., 2013, *Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku*, [w:] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, terMedia, Poznań 2012.

³⁸ *Portret generacji 50+ w Polsce i w Europie Wyniki badania zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę w Europie (SHARE)*, Warszawa 2014.

osób³⁹. Wykres 2 przedstawia, jak zapotrzebowanie na taką opiekę rozkładało się w poszczególnych grupach wiekowych osób starszych.

Wykres 2. Odsetek respondentów rundy 6. badań SHARE zgłaszających ograniczenia, przekładające się na zapotrzebowanie na przynajmniej jedną godzinę opieki w miesiącu w zależności od wieku



Źródło: Raport ewaluacyjny rundy 6. badania SHARE.

Przeciętnie co piąta osoba w wieku 85+ zgłaszała ograniczenia, których wyrównanie czy zaspokojenie wymagałoby ponad 100 godzin opieki miesięcznie. Ok. 45% osób wymagających opieki miało zaspokojone potrzeby w tym zakresie i 60% spośród osób wymagających opieki otrzymywało regularną pomoc. 72% osób z zaspokojonymi potrzebami otrzymywało opiekę przede wszystkim od rodziny lub znajomych, często będących członkami tego samego gospodarstwa domowego (27%)⁴⁰.

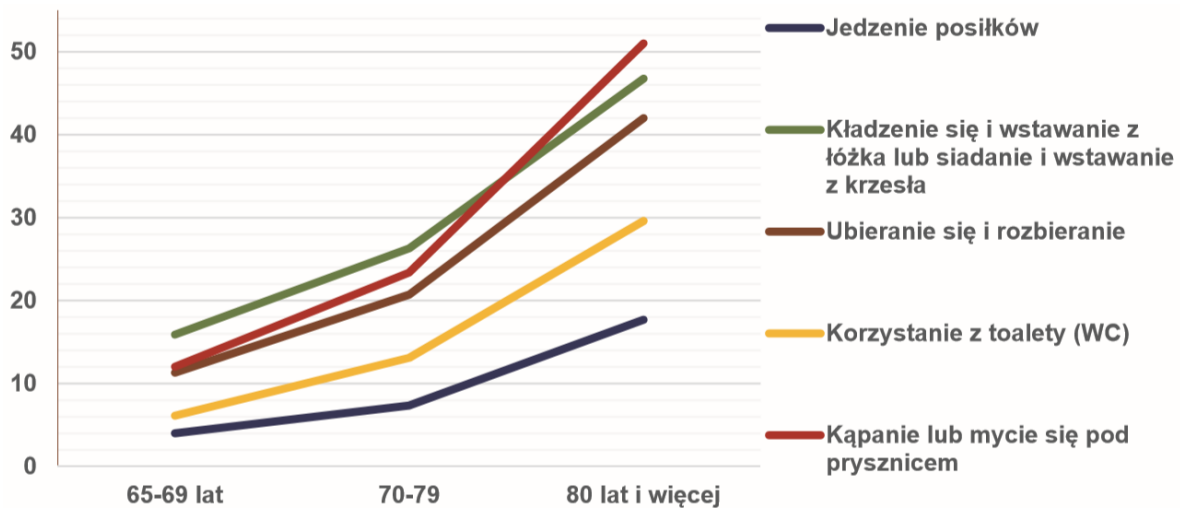
Wyniki badania GUS potwierdziły powyższe dane – w 2014 r. ponad 1,6 mln osób w wieku 65 lat i więcej miało trudności związane z kładzeniem się i wstawaniem z łóżka lub siadaniem czy wstawaniem z krzesła. Także blisko 1,6 mln osób miało problem z samodzielnym umyciem się, a ponad 1,3 mln osób – z samodzielnym ubraniem czy rozebraniem się. Prawie 875 tys. osób starszych miało trudności przy korzystaniu z toalety, a blisko 520 tys. – nawet podczas spożywania posiłków. Wykres 3 prezentuje odsetek osób starszych wykazujących problemy z wykonaniem poszczególnych czynności codziennych⁴¹.

³⁹ j.w.

⁴⁰ j.w.

⁴¹ Stan zdrowia ludności Polski 2014, s. 71.

Wykres 3. Częstość występowania trudności w samoobsłudze u osób starszych według grup wiekowych [%]



Źródło: Stan zdrowia ludności Polski 2014, GUS, Warszawa 2015, s. 71.

Jednocześnie ponad 55% osób wymagających opieki miało niezaspokojone potrzeby opiekuńcze. Niezaspokojenie potrzeb częściej (na poziomie ponad 60%) deklarowały osoby młodsze w tej grupie (50–64 lat), podczas gdy osoby starsze (85 lat i więcej) zgłaszały je dwukrotnie rzadziej (na poziomie ok. 30%). Osoby młodsze z niezaspokojonymi potrzebami częściej wymagają mniej intensywnej opieki, zaś zapotrzebowanie na intensywną opiekę rośnie wraz z wiekiem. Kobiety zarówno z najmłodszej, jak i najstarszej grupy wiekowej potrzebują krótszej codziennej opieki niż mężczyźni⁴².

Mimo, że osoby w wieku poniżej 75 lat mieszkające w mieście potrzebują opieki w mniejszym zakresie godzinowym niż mieszkańcy wsi w tym samym wieku, to odwrotną sytuację zaobserwowano w przypadku grupy wiekowej 75 lat i więcej. Odsetek osób wymagających miesięcznej opieki nieprzekraczającej 49 godzin jest niższy wśród mieszkańców miast w porównaniu do mieszkańców wsi, zaś odsetek osób z zapotrzebowaniem na opiekę w zakresie przekraczającym 100 godzin miesięcznie jest wyższy wśród mieszkańców miast w porównaniu do mieszkańców wsi⁴³.

Opieka nad osobami starszymi potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu była przedmiotem badania w ramach projektu *Formalne i nieformalne instytucje opieki w Polsce. Etap pierwszy prac*. W zależności od miejsca zamieszkania od 31% do 47% procent seniorów wymagało opieki codziennie, co najmniej kilka razy na dobę, przy czym przeciętnie około połowy tej grupy przez całą dobę. Osoby niewymagające opieki całodobowej przeciętnie potrzebowały od 3,5 do 4,5 godzin opieki dziennie. Od 10% do 20% seniorów wymagało opieki co najmniej raz w tygodniu, przeciętnie czas tej opieki wynosił od 4 do 6 godzin tygodniowo. Z deklaracji badanych przedstawicieli gospodarstw domowych, w których są seniorzy potrzebujący opieki wynika, że chociaż większość z nich chce się opiekować bliskimi, to gdyby mieli możliwość wyboru rozwiązania najbardziej odpowiadającego ich oczekiwaniom i potrzebom, znacznie zmniejszyliby czasowy udział w udzielanej opiece na rzecz opieki sprawowanej w placówce lub przez indywidualnych opiekunów spoza gospodarstwa domowego⁴⁴.

⁴² Portret generacji 50+ w Polsce i w Europie Wyniki badania zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę w Europie (SHARE).

⁴³ j.w.

⁴⁴ Projekt został zrealizowany w 2015 r. przez Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich z inicjatywy Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej; badania opieki nad osobami starszymi dotyczyły osób w wieku co najmniej 70 lat faktycznie niesamodzielnych, tj. posiadających obiektywne stwierdzone ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu.

Dostępne wsparcie zdrowotne

Osoby starsze w Rzeczypospolitej Polskiej, co do zasady, mają dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach ogólnych, jednak ze względu na zwiększający się wraz z wiekiem wskaźnik chorobowości osoby starsze stanowią grupę najczęściej korzystającą ze świadczeń opieki zdrowotnej.

Starość, a w zasadzie postępująca niesprawność i potrzeba wsparcia w codziennym funkcjonowaniu związane z procesem starzenia, w polskim prawodawstwie postrzegana jest raczej jako czynnik ryzyka socjalnego. Oznacza to, że dożycie podeszłego wieku może, ale nie musi prowadzić do pogorszenia sytuacji zdrowotnej, społecznej i materialnej. Osoby starsze stają się podmiotem zainteresowania instytucji publicznych lub organizacji szczególnie wówczas, gdy pogarszający się stan zdrowia oraz ograniczenie lub utrata sprawności i samodzielności, a więc kwestie powiązane z procesem starzenia, prowadzą do obniżenia jakości ich życia, w tym życia związanego ze zdrowiem. To właśnie troska o jakość życia seniorów oraz ich otoczenia jest w dokumentach strategicznych punktem wyjścia do planowania wszelkich działań na rzecz tej grupy społecznej, w tym również rozwiązań skierowanych do tych osób w ramach systemu ochrony zdrowia⁴⁵.

W ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osobom starszym w Rzeczypospolitej Polskiej przysługuje wsparcie medyczne, zarówno w trybie stacjonarnym, jak i dziennym oraz domowym (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka szpitalna, opieka długoterminowa, opieka paliatywno-hospicyjna).

Należy podkreślić, iż mimo ustawowo przysługującego wszystkim świadczeniobiorcom równego dostępu do świadczeń gwarantowanych, istnieje duże zróżnicowanie w dostępie do tych usług w zależności od miejsca zamieszkania.

Rodzajami świadczeń gwarantowanych dedykowanymi w szczególności osobom starszym są:

- **świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej** dostępne w warunkach stacjonarnych lub domowych;
- **świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej** dostępne w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych lub domowych.

Ponadto, osobom starszym dedykowane są specjalistyczne ambulatoryjne i stacjonarne świadczenia geriatryczne.

Ponadto osobom starszym dedykowane były również usługi opieki dziennej udzielane w ramach **Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM)**, które powstały w ramach projektów współfinansowanych ze środków UE.

Możliwość objęcia danym rodzajem świadczeń opieki zdrowotnej zależy od indywidualnego stanu zdrowia i zaleceń medycznych oraz możliwości opiekuńczo-bytowych pacjenta.

Opieka długoterminowa

Świadczenia

Opiekę długoterminową definiuje się jako zakres usług udzielanych osobom z ograniczoną fizyczną, psychiczną lub poznawczą zdolnością funkcjonowania, na skutek czego osoby te przez dłuższy czas stają się zależne od pomocy w podstawowych aktywnościach życia codziennego. Opiekę tę można traktować jako całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarstwiej, rehabilitacji, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno-

⁴⁵ *Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych. Środowiskowa opieka formalna i nieformalna. Raport z badań.* Poznań 2017, s. 14.

opiekuńczych oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym, które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału szpitalnego. Opieka ta może być udzielana przez opiekunów formalnych (personel medyczny i pracowników pomocy społecznej) lub opiekunów nieformalnych (rodzinę, bliskich, wolontariuszy)⁴⁶.

W Polsce pod pojęciem opieki długoterminowej zwykle się rozumieć korzystanie z systemu opieki zdrowotnej (co odzwierciedla również formalne nazewnictwo systemu świadczeń gwarantowanych, gdyż jedynie świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w systemie ochrony zdrowia są udzielane jako świadczenia opieki długoterminowej, natomiast świadczenia opiekuńcze udzielane w ramach systemu pomocy społecznej przyjmują formalnie inną nazwę, stosownie do ich rodzaju i zakresu).

Opieka długoterminowa w ramach systemu ochrony zdrowia dedykowana jest osobom przewlekle chorym, których stan zdrowia nie wymaga leczenia w warunkach ostrego oddziału szpitalnego, natomiast powoduje występowanie poważnych deficytów w samoopiece i samopielęgnacji, uniemożliwiając niezależne, samodzielne funkcjonowanie⁴⁷.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej są udzielane w warunkach:

- **stacjonarnych** – w **zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL)** i **zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO)**;
- **domowych** – przez **pielęgniarki opieki długoterminowej** i **zespół długoterminowej opieki domowej**⁴⁸.

Świadczeniodawcy

Pomimo wzrostu liczby ZOL i ZPO na przestrzeni ostatnich lat, ze względu na postępujący proces starzenia się społeczeństwa, a co za tym idzie również wzrastający popyt na świadczenia opieki długoterminowej, średnia długość oczekiwania na objęcie długoterminową stacjonarną jest kilkukrotnie wyższa niż w przypadku opieki domowej. W lutym 2020 r. na miejsce w ZOL dla dorosłych oczekiwało ponad 8,6 tys. pacjentów, a w ZPO dla dorosłych – 3 tys. pacjentów, natomiast średni czas oczekiwania w zależności od kategorii medycznej wynosił średnio dla ZOL od 152 dni (przypadek pilny) do 294 dni (przypadek stabilny), a dla ZPO od 144 dni (przypadek stabilny) do 172 dni (przypadek pilny). Z kolei do pielęgniarstwa domowego w kolejce oczekiwało ponad 5,3 tys. pacjentów, ze średnim czasem oczekiwania od 85 dni (przypadek stabilny) do 107 dni (przypadek pilny). W przypadku pozostałych form opieki długoterminowej (zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych i dzieci wentylowanych mechanicznie oraz zakładów opiekuńczych dla dzieci) długość oczekiwania na objęcie opieką była zdecydowanie krótsza i wynosiła od 0 do 11 dni. Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Średni czas oczekiwania na objęcie opieką długoterminową w 2020 r. w zależności od trybu udzielania świadczeń

Rodzaj świadczenia	Kategoria medyczna – przypadek	Liczba oczekujących		Przeciętny czas oczekiwania		Liczba świadczeniodawców	
		01/2020	02/2020	01/2020	02/2020	01/2020	02/2020

⁴⁶ Na podstawie m.in. definicji WHO i OECD; *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2012, http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/pod_strategia.pdf.

⁴⁷ Wykaz i warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń opieki długoterminowej zostały zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1658, z późn. zm.).

⁴⁸ Zgodnie z § 4 ust. 1 i § 6 ww. rozporządzenia.

Opieka stacjonarna							
Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy dla dorosłych	pilny	722	945	94,9	152,1	54	81
	stabilny	3962	7729	141,0	293,5	123	203
Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci	pilny	0	0	0,0	0,0	0	0
	stabilny	5	6	11,2	7,5	2	2
Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dorosłych	pilny	158	329	56,6	172,3	20	29
	stabilny	1742	2686	114	143,8	48	75
Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci	pilny	0	0	0,0	0,0	0	0
	stabilny	0	0	0,0	0,0	0	0
Opieka domowa							
Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	pilny	697	1339	92,9	106,5	84	160
	stabilny	2205	4005	87,8	84,5	244	427
Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych	pilny	0	1	0,0	0,0	0	1
	stabilny	29	44	4,3	4,0	7	12
Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci	pilny	0	0	0,0	0,0	0	0
	stabilny	11	9	5,8	7,0	5	7

Źródło: Dane NFZ.

Świadczeniobiorcy

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej są adresowane zarówno do osób dorosłych, jak i do dzieci, jednak w przeważającej części pacjenci objęci taką opieką to osoby starsze, najczęściej z chorobami przewlekłymi, wymagające stałej opieki i pomocy.

W 2019 r. ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej finansowanych ze środków publicznych skorzystało łącznie 110 tys. pacjentów, w tym jedynie 1,2 tys. stanowiły osoby poniżej 18. roku życia, natomiast aż 93 tys. to pacjenci w wieku 65 lat i więcej⁴⁹. Niemniej jednak odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej objętych opieką długoterminową jest w Rzeczypospolitej Polskiej najniższy wśród państw OECD i wynosi 1,4 % (OECD 25 – 10,8%)⁵⁰.

Świadczenia opieki długoterminowej udzielone w warunkach domowych w skali całej Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. zostały udzielone łącznie ok. niemal 69 tys. pacjentom, w tym w większości osobom starszym. Liczba pacjentów korzystających z analizowanych świadczeń wyniosła 179 na 100 tys. ludności.

W 2019 r. podobnie jak w przypadku opieki stacjonarnej, opieką domową również w większości są objęte osoby w wieku powyżej 80 lat, które stanowiły łącznie 55% pacjentów, grupa wiekowa 65-79 lat stanowiła 28% pacjentów, 12% stanowiła grupa wiekowa 40-64 lat, natomiast poniżej 40 lat świadczenia są udzielane 5% pacjentów. Ponad $\frac{2}{3}$ ogółu pacjentów (67%) stanowiły kobiety, a 66% mieszkańcy miast.

Wśród ogółu pacjentów 41% osób miało stwierdzony znaczny stopień niepełnosprawności, a 6% – umiarkowany bądź lekki.

⁴⁹ Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2020.

⁵⁰ Według raportu OECD *Health at a Glance 2019* udział pacjentów opieki długoterminowej w Polsce wśród pacjentów powyżej 65 roku życia wyniósł 0,9%, jednak w raporcie tym nie uwzględniono opieki domowej. Kryteria jakie wzięto pod uwagę w raporcie można znaleźć pod adresem: <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=4b1884af-0b8b-4f3f-994a-7cc4b30d73a0>.

Finansowanie

Nakłady na opiekę długoterminową w Rzeczypospolitej Polskiej jako udział w PKB również należą do najniższych wśród państw OECD i wyniosły w 2017 r. 0,4% PKB (OECD 17 – 1,7%). Liczba pracowników opieki długoterminowej na 100 osób w wieku 65+ jest także jedną z najniższych wśród krajów OECD – w 2017 r. wyniosła 0,5 (OECD 28 – 4,9).

Według planów finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) koszty świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej wyniosły w 2018 r. 1,64 mld zł, a w 2019 r. 1,86 mld zł, co stanowi ok. 2% kosztów przeznaczanych na świadczenia opieki zdrowotnej ogółem. Zgodnie z planami finansowymi na 2020 r. NFZ w 2020 r. miało w założeniu przeznaczyć na opiekę długoterminową łącznie 1,87 mld zł (o 14% więcej w porównaniu do 2018 r.).

Tabela 7 przedstawia charakterystykę świadczeń udzielonych w ramach opieki długoterminowej w 2019 r. pod względem liczby, krotności i wartości rozliczonych świadczeń.

Tabela 7. Liczba, krotność i wartość świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udzielonych w ramach opieki długoterminowej w 2019 r.

Rok realizacji	Zakres świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych	Liczba rozliczonych świadczeń	Krotność rozliczonych świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń [zł]
2019	Świadczenia w ZOL i ZPO	96 035	7 885 981	798 501 219
	Świadczenia w ZOL i ZPO dla dzieci i młodzieży	1 447	156 231	25 798 167
	Świadczenia w ZOL i ZPO dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	2 706	145 628	60 685 879
	Świadczenia w ZOL i ZPO dla dzieci wentylowanych mechanicznie	178	10 704	5 654 172
	Świadczenia w ZOL i ZPO (RAZEM)	100 355	8 198 544	890 639 437
	Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej - dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	55 156	1 584 842	218 385 465
	Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej - dla dzieci wentylowanych mechanicznie	7 007	189 411	30 777 578
	Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej (RAZEM)	62 163	1 774 253	249 163 043
	Świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej	552 170	15 132 038	394 595 788
	RAZEM	714 688	25 104 835	1 534 398 268

Źródło: Dane NFZ.

Opieka stacjonarna

Świadczenia

Obejmuje ona całodobowe świadczenie zdrowotne udzielane w ZOL i ZPO, w tym leczenie, pielęgnację i rehabilitację pacjentów, których celem jest rekonwalescencja i poprawa zdrowia pacjenta.

- Świadczenia te obejmują również środki farmaceutyczne, materiały medyczne, sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów socjalnych, psychologicznych i psychicznych⁵¹.

Zadaniem ZOL i ZPO jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją oraz kontynuacja leczenia osób przewlekłe chorych, a także osób, które przebywały w szpitalu i u których ukończono proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego.

Świadczenia gwarantowane realizowane w ZOL i ZPO obejmują:

- świadczenia udzielane przez lekarza;
- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
- rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego;
- świadczenia psychologa;
- terapię zajęciową;
- leczenie farmakologiczne;
- leczenie dietetyczne;
- zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w tych placówkach są również udzielane m.in. przez fizjoterapeutów, opiekunów medycznych, psychologów, terapeutów (w tym terapeutów zajęciowych), oraz logopedów.

Dodatkowo, w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych, świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie leki i badania diagnostyczne.

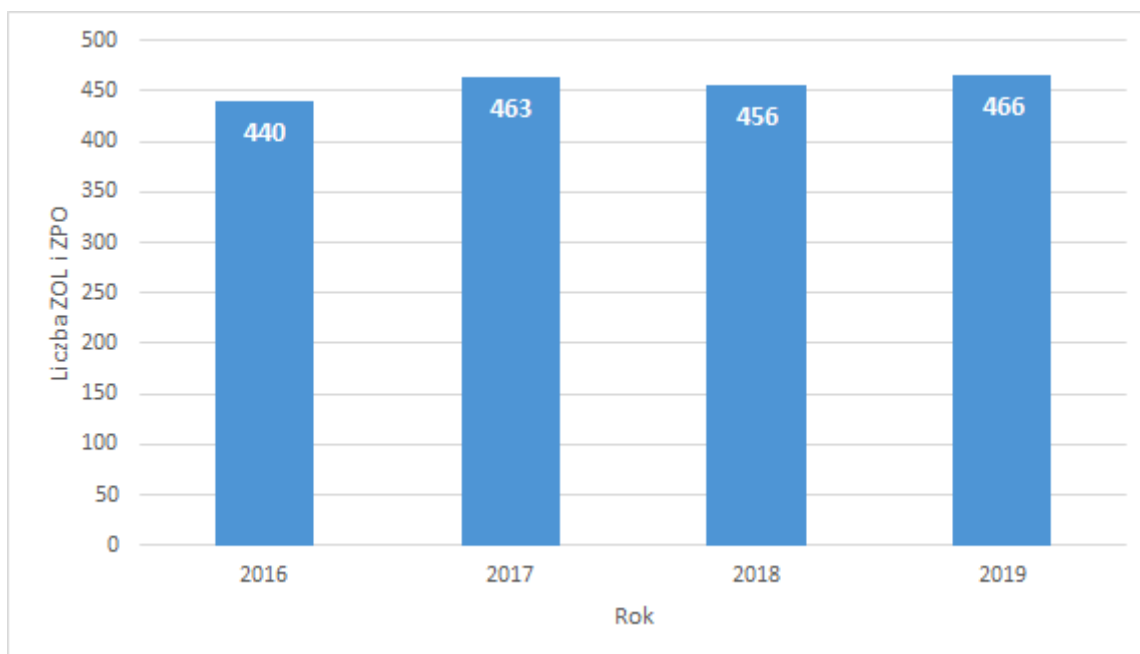
Świadczenia gwarantowane udzielane w ZOL i ZPO mogą być realizowane na rzecz świadczeniobiorców wymagających żywienia dojelitowego lub pozajelitowego bądź wentylacji mechanicznej przy pomocy respiratora.

Świadczeniodawcy

W 2019 r. na terenie Rzeczypospolitej Polskiej funkcjonowało łącznie 466 podmiotów udzielających świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w ZOL i ZPO o profilu ogólnym w ramach opieki długoterminowej oraz 82 oddziały w ZOL i ZPO o profilu psychiatrycznym w ramach opieki psychiatrycznej. Łączną liczbę ZOL i ZPO o profilu ogólnym w latach 2016–2019 przedstawia wykres 4.

⁵¹ Mitek A., Wpływ zróżnicowania województw na finansowanie opieki długoterminowej w Polsce, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse Rynki finansowe, Ubezpieczenia, nr 67, Szczecin 2014, s. 992.

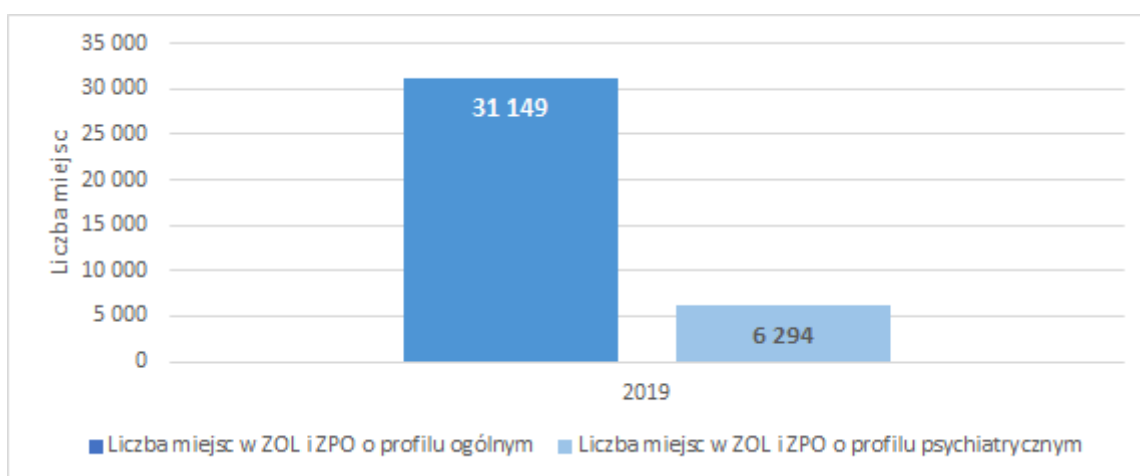
*Wykres 4. Liczba podmiotów
opieki długoterminowej stacjonarnej (ZOL i ZPO) w latach 2016–2019*



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Liczba miejsc, którymi dysponowały ZOL i ZPO w dniu 31 grudnia 2019 r. przedstawia wykres 5.

Wykres 5. Liczba miejsc stacjonarnych w ZOL i ZPO (w dniu 31 grudnia 2019 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczeniobiorcy

Osoby starsze, ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną, a także brak lub znaczne ograniczenie samodzielności w wykonywaniu podstawowych codziennych czynności, konieczność stałej kontroli lekarskiej, potrzebę profesjonalnej pielęgnacji oraz rehabilitację, wymagają całodobowej opieki.

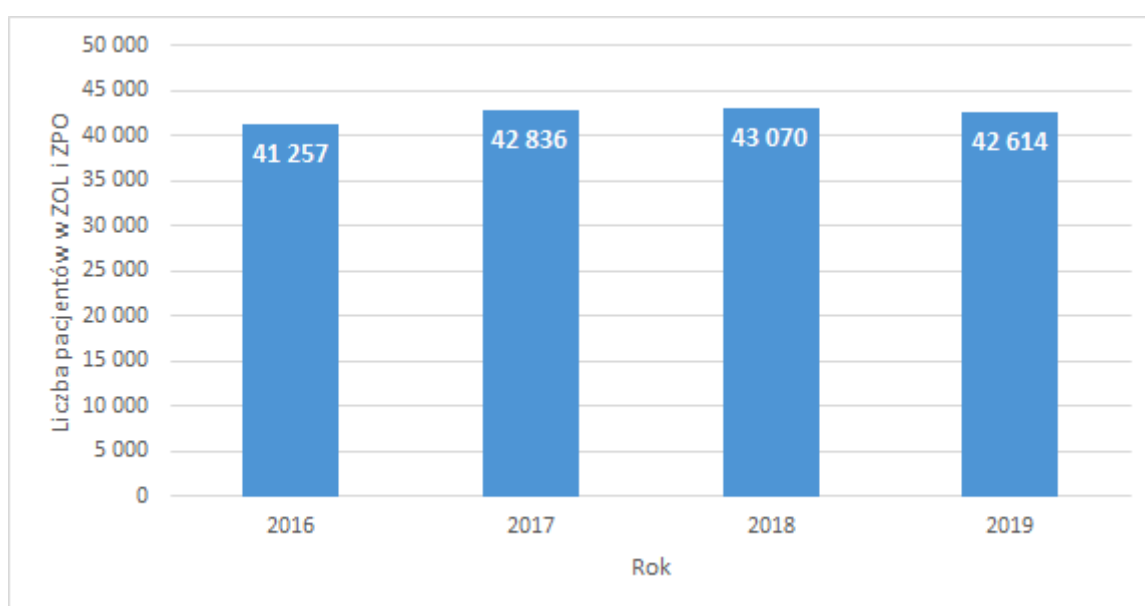
Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagających hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności, zwaną dalej „skalą Barthel”, 40 punktów lub mniej.

Wspomaganie oddychania (wentylacja mechaniczna) w ZOL i ZPO dotyczy pacjentów z niewydolnością oddechową, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii, ale potrzebują ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora.

Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe w ZOL i ZPO dotyczy pacjentów, którzy z powodu braku możliwości podawania drogą naturalną diety kuchennej, wymagają długotrwałego (przewidywanego dłużej niż 30 dni) podawania substancji odżywczych w sposób inny niż doustnie.

Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w ZOL i ZPO w skali całej Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. zostały udzielone łącznie ponad 43 tys. pacjentów. Liczba pacjentów korzystających z analizowanych świadczeń wyniosła 111 na 100 tys. ludności. Liczba pacjentów objętych opieką długoterminową w ZOL i ZPO w latach 2016-2019 przedstawia wykres 6.

Wykres 6. Liczba pacjentów opieki długoterminowej objętych opieką w warunkach stacjonarnym (w ZOL i ZPO) w latach 2016–2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2019 r. przypadku opieki stacjonarnej osoby w wieku 80 lat i więcej stanowiły 59% pacjentów, grupa wiekowa 65-79 lat stanowiła 28% pacjentów, 11% stanowiła grupa wiekowa 40-64 lat, natomiast poniżej 40 lat świadczenia były udzielane 2% pacjentów. Ponad $\frac{2}{3}$ ogółu pacjentów (68%) stanowiły kobiety, podobna przewaga (65%) dotyczyła mieszkańców miast. Wśród ogółu pacjentów 34% osób miało stwierdzony znaczny stopień niepełnosprawności, a 6% – umiarkowany bądź lekki.

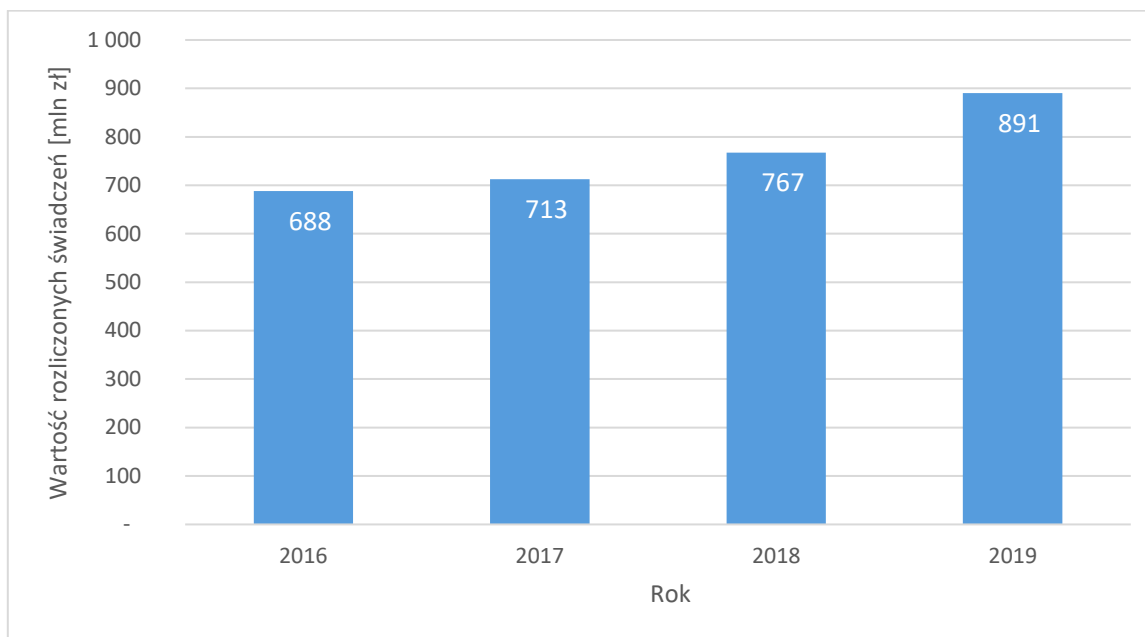
Najczęstszym rozpoznaniem z jakim pacjenci trafiali do opieki stacjonarnej w 2019 r. był przebyty udar (23% wszystkich pacjentów), a także choroba tętnic obwodowych, choroba Alzheimera i inne choroby otępienne oraz inne choroby sercowo naczyniowe i układu krążenia. Średnio ok. 30% pacjentów między 40. a 79. rokiem życia trafia do opieki stacjonarnej po przebyłym udarze. Po 80. roku życia obok udaru (18%) najczęstszym rozpoznaniem wymagającym pomocy stacjonarnej są również choroby tętnic obwodowych (19%).

Finansowanie

Opieka długoterminowa finansowana jest ze środków publicznych pozostających w dyspozycji NFZ (w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej) i prywatnych (w zakresie pobytu pacjenta, tj. zakwaterowanie i wyżywienie).

Łączny koszt refundacji świadczeń opieki długoterminowej w ZOL i ZPO w 2019 r. wyniósł ponad 890 mln zł. Koszt refundacji tych świadczeń w latach 2015–2018 przedstawia wykres 7.

Wykres 7. Wartość rozliczonych świadczeń opieki długoterminowej udzielonych w ZOL i ZPO w latach 2016–2019 [mln zł]



Źródło: Dane NFZ.

Tabela 8 przedstawia charakterystykę świadczeń udzielonych w poszczególnych rodzajach ZOL i ZPO w 2019 r. pod względem liczby, krotności i wartości rozliczonych świadczeń.

Tabela 8. Liczba, krotność i wartość świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udzielonych w ZOL i ZPO w 2019 r.

Rok realizacji	Zakres świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udzielanych w ZOL i ZPO	Liczba rozliczonych świadczeń	Krotność rozliczonych świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń [zł]
2019	Świadczenia w ZOL i ZPO	96 035	7 885 981	798 501 219
	Świadczenia w ZOL i ZPO dla dzieci i młodzieży	1 447	156 231	25 798 167
	Świadczenia w ZOL i ZPO dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	2 706	145 628	60 685 879
	Świadczenia w ZOL i ZPO dla dzieci wentylowanych mechanicznie	178	10 704	5 654 172
	RAZEM	100 355	8 198 544	890 639 437

Źródło: Dane NFZ.

Opieka domowa

a. Zespół długoterminowej opieki domowej

Świadczenia

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane są przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, składający się z lekarza, pielęgniarki i fizjoterapeuty.

W ramach wspomagania oddychania (wentylacja mechaniczna) w warunkach domowych prowadzona jest terapia inwazyjna (za pomocą respiratora – przez rurkę tracheotomijną), bądź terapia nieinwazyjna (za pomocą ustników, masek i kasków).

Do obowiązków zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, należy wyposażenie świadczeniobiorców w niezbędny sprzęt (m.in. respirator, ssak itp.) oraz stworzenie chorym i ich opiekunom poczucia bezpieczeństwa poprzez zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez 24h na dobę we wszystkie dni w tygodniu.

W sytuacjach wymagających nagłej konsultacji, lekarz i pielęgniarka dostępni są pod telefonem. Chory pozostaje pod obserwacją, ma zapewnione badania diagnostyczne konieczne do właściwej realizacji terapii w domu. Świadczenia te są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się: kartę informacyjną leczenia szpitalnego, wyniki badań pacjenta oraz kwalifikację do objęcia opieką w warunkach domowych.

Świadczeniobiorcy

Świadczenia te są udzielane pacjentom z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagającym stosowania inwazyjnej bądź nieinwazyjnej, ciągłej lub okresowej wentylacji mechanicznej, a niewymagającym hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, jednak wymagającym stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji, którzy jednocześnie mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę (opiekunów prawnych) w zakresie pielęgnacji i obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy, tak aby podczas stosowania terapii mogło być zapewnione bezpieczeństwo świadczeniobiorcy.

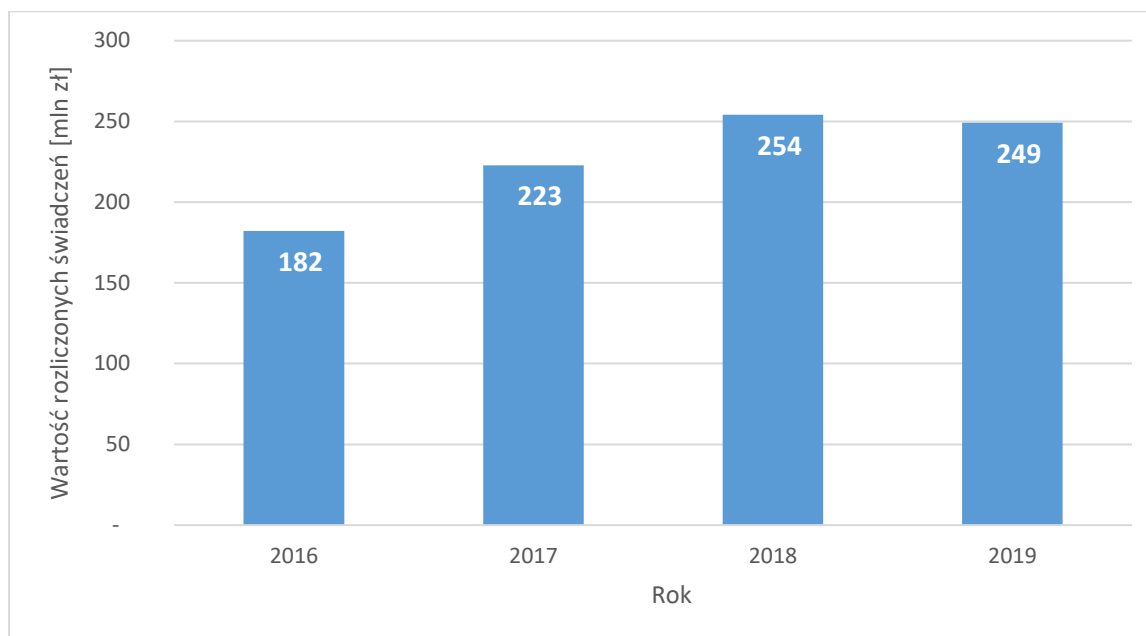
Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej w skali całej Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. zostały udzielone łącznie ok. 7,7 tys. pacjentom, w tym w większości osobom starszym.

Wśród osób w grupie wiekowej 18-39 lat najczęstszym rozpoznaniem wymagającym opieki domowej ogółem były inne choroby układu nerwowego (40%), natomiast w grupie wiekowej 40-64 lata – inne przewlekłe choroby układu oddechowego (20%). Wśród kobiet najczęstszą przyczyną objęcia opieką domową są choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (17%) oraz udar (14%), natomiast wśród mężczyzn – udar (16%), inne przewlekłe choroby układu nerwowego (12%), inne choroby układu nerwowego (11%) oraz choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (11%).

Finansowanie

Łączny koszt refundacji świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej w 2019 r. wyniósł prawie 250 mln zł, w tym ponad 218 mln dla dorosłych pacjentów.

Wykres 8. Wartość rozliczonych świadczeń opieki długoterminowej udzielonych przez zespoły długoterminowej opieki domowej w latach 2016–2019 [mln zł]



Źródło: Dane NFZ.

b. Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa

Świadczenia

Świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej nad osobami obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu, obejmujące:

- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
- przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji (m.in. nauka radzenia sobie z niesprawnością);
- świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania;
- edukację zdrowotną;
- pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;
- pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji chorego w domu.

Wizyty pielęgniarskie realizowane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00, a w soboty i dni ustawowo wolne od pracy – w medycznie uzasadnionych przypadkach. Po godzinie 20:00 do godz. 8:00 rano dnia następnego, świadczenia pielęgniarskie wynikające z zachowania ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji zapewnia w ramach sprawowanej opieki świadczeniodawca realizujący umowę w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Świadczeniobiorcy

Świadczeniami tymi mogą być objęci pacjenci, którzy nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne potrzebują systematycznej opieki pielęgniarskiej w warunkach domowych, a jednocześnie mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i rodzinę/opiekunów prawnych przeszkolonych w zakresie pielęgnacji i obsługi aparatury medycznej oraz udzielania pierwszej pomocy, tak aby podczas stosowania terapii mogło być zapewnione bezpieczeństwo świadczeniobiorcy.

Do opieki tej mogą być zakwalifikowani pacjenci, którzy:

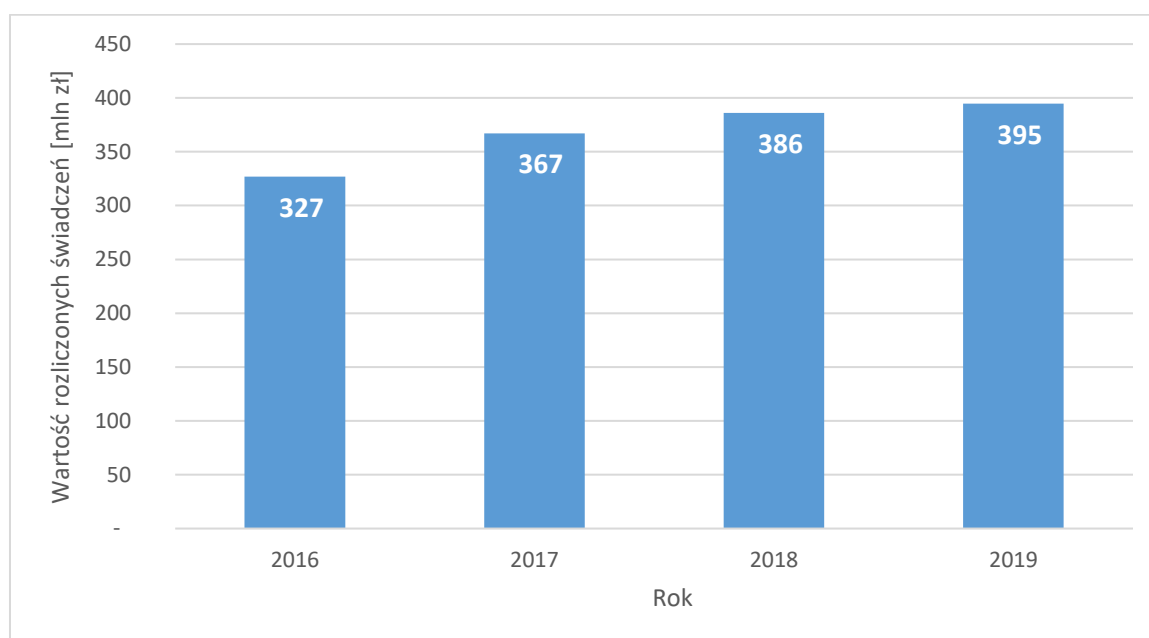
- w ocenie skalą Barthel otrzymali 40 punktów lub mniej;
- nie korzystają w tym samym czasie z domowej opieki dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, hospicjum domowego, stacjonarnego zakładu opiekuńczego (opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego);
- nie są w ostrej fazie choroby psychicznej.

Świadczenia pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej w skali całej Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. zostały udzielone łącznie ok. 62 tys. pacjentów (ok. 517 osobom na 100 tys. mieszkańców).

Finansowanie

Łączny koszt refundacji tych świadczeń w 2019 r. wyniósł niemal 400 mln zł. W ostatnich latach w skali całego kraju obserwuje się tendencję wzrostową wydatków publicznych na świadczenia pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej.

Wykres 9. Wartość rozliczonych świadczeń pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej w latach 2016–2019 [mln zł]



Źródło: Dane NFZ.

Opieka paliatywna i hospicyjna

Świadczenia

Opieka paliatywna i hospicyjna to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe pacjentów chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Świadczenia gwarantowane przysługują świadczeniobiorcom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe⁵².

⁵² Zgodnie z § 3 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 742, z późn. zm.).

Świadczenia gwarantowane w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej są udzielane w warunkach:

- **stacjonarnych** – w **hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej**;
- **ambulatoryjnych** – w poradni medycyny paliatywnej;
- **domowych** – w ramach **hospicjum domowego** lub zespołów domowej opieki paliatywnej;
- **perinatalnej opieki paliatywnej**⁵³.

Świadczeniodawcy

W 2019 r. łącznie 663 ośrodki udzielały świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w tym (część podmiotów realizowała jednocześnie kilka form opieki):

- 191 w warunkach stacjonarnych,
- 155 w warunkach ambulatoryjnych,
- 559 w warunkach domowych.

Od 2016 r. zaobserwowano wzrost liczby podmiotów świadczących usługi z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej o 15% (o 87 podmiotów), w tym w szczególności w ramach opieki domowej.

W 2019 r. w Rzeczypospolitej Polskiej na 100 tys. ludności przypadały średnio ok. 2 ośrodki udzielające opieki paliatywnej i hospicyjnej (1,73).

W lutym 2020 r. liczba oczekujących na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej wyniosła 2,5 tys. osób, w tym 63% osób oczekiwało na świadczenia opieki domowej, 24% – opieki stacjonarnej i 12% – opieki ambulatoryjnej. W lutym 2020 r. najwięcej pacjentów oczekiwało na świadczenia w hospicjach domowych i zespołach domowej opieki paliatywnej (ponad 1,6 tys. osób). Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawia tabela 9.

Tabela 9. Średni czas oczekiwania na objęcie opieką paliatywną i hospicyjną w 2020 r. w zależności od trybu udzielania świadczeń

Rodzaj świadczenia	Przypadek pilny		Przypadek stabilny	
	Liczba oczekujących	Przeciętny czas oczekiwania	Liczba oczekujących	Przeciętny czas oczekiwania
Opieka stacjonarna				
Oddział medycyny paliatywnej	36	12,9	152	12,9
Hospicjum stacjonarne/stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej	102	43,0	334	17,1
Opieka domowa				
Hospicjum domowe/zespół domowej opieki paliatywnej	184	24,5	1 431	20,8
Hospicjum domowe dla dzieci/zespół domowej	-	-	9	7,3

⁵³ Zgodnie z § 4 ww. rozporządzenia.

opieki paliatywnej dla dzieci				
Opieka ambulatoryjna				
Poradnia medycyny paliatywnej	5	8,4	308	3,1

Źródło: Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2020

Świadczeniobiorcy

W Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. 96,4 tys. pacjentów skorzystało ze świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Struktura pacjentów ze względu na płeć była zbliżona, z nieznaczną przewagą kobiet (50,6%). W przeważającej większości ze świadczeń korzystały osoby w wieku 65 lat lub więcej (73%), w tym osoby w wieku 65–79 stanowiły 44%, a osoby w wieku 80 lat i więcej – 29%. Tabela 10 prezentuje strukturę wiekową pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej w zależności od trybu jej udzielania.

Tabela 10. Struktura wiekowa pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2019 r. w zależności od trybu jej udzielania

Grupa wiekowa	Liczba pacjentów			
	Ogółem [tys.]	Opieka stacjonarna [tys.]	Opieka ambulatoryjna [tys.]	Opieka domowa [tys.]
<18	1,9	0,2	0,0	1,8
18-39	1,8	0,4	0,2	1,4
40-64	22,5	8,5	4,5	14,0
65-79	42,6	15,8	6,9	27,9
80+	27,7	11,6	2,9	17,4

Źródło: Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2020

Struktura pacjentów pod względem miejsca zamieszkania także była zróżnicowana – jedynie co trzeci pacjent (32,2%) pochodził z obszarów wiejskich, natomiast pozostali zamieszkiwali obszary miejskie. Największe różnice zaobserwowano w odniesieniu do świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnych, w tym przypadku osoby zamieszkujące tereny wiejskie stanowiły jedynie 25,0% wszystkich pacjentów. Ograniczony dostęp do świadczeń na obszarach wiejskich wynika m.in. z nierównomiernego pod tym względem rozmieszczenia ośrodków udzielających opieki paliatywnej i hospicyjnej – tylko niecałe 9% pacjentów skorzystało ze świadczeń w podmiotach działających na wsi⁵⁴.

Najczęstszym rozpoznaniem, z jakim pacjenci trafiali do opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2019 r. były nowotwory złośliwe (88,7%). Najpowszechniej występującymi nowotworami dla ogółu pacjentów były nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc (16,6%) oraz nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy (10,9%). Z analogicznymi rozpoznaniem pojawiali się również mężczyźni (odpowiednio 20,6% oraz 11,9%). Wśród kobiet dominującym rozpoznaniem był nowotwór złośliwy sutka (15,2%), nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc (12,8%) oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy (10,0%). W przypadku dzieci najliczniejszymi jednostkami chorobowymi były wady wrodzone płodu (36,9%) oraz inne choroby układu nerwowego (36,2%).

⁵⁴ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3368>, Struktura demograficzna, Świadczeniodawcy i łóżka

Finansowanie

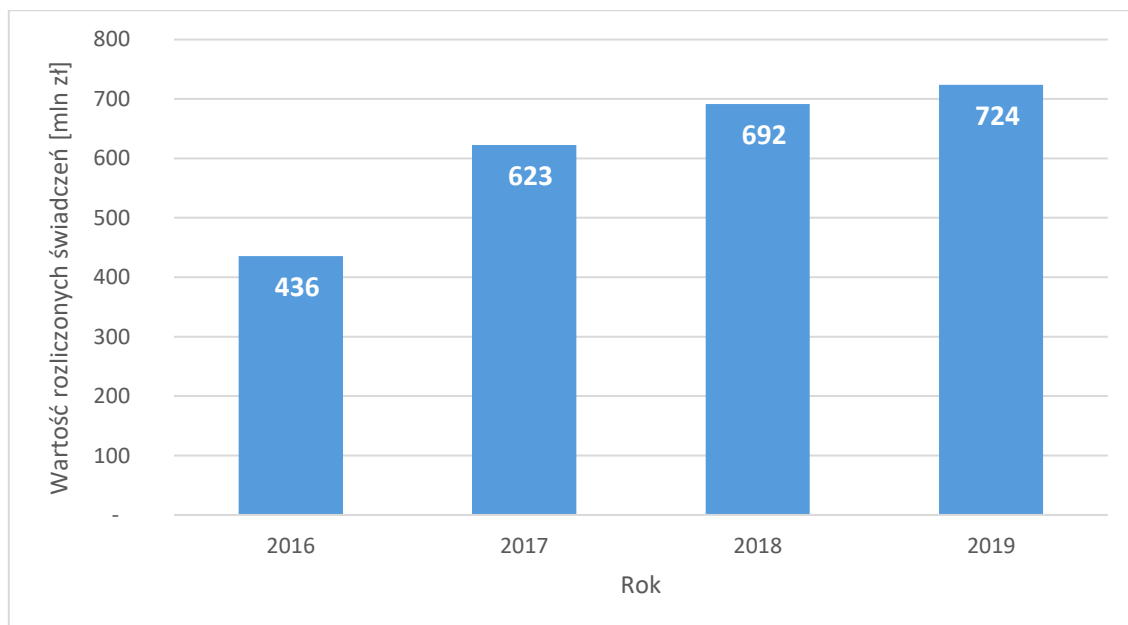
Koszt refundacji świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej (w ramach zakresów: porada w poradni medycyny paliatywnej, świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci i dorosłych, perinatalna opieka paliatywna oraz świadczenia na oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym) wyniósł w 2019 r. prawie 724 mln zł. W porównaniu do 2016 r. zaobserwowano wzrost kosztów refundacji świadczeń o ponad 288 mln zł (czyli o 66%).

Tabela 11. Liczba, krotność i wartość refundacji świadczeń paliatywnych i hospicyjnych w 2019 r.

Rok realizacji	Zakres świadczeń paliatywnych i hospicyjnych	Liczba rozliczonych świadczeń	Krotność rozliczonych świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń [zł]
2019	Świadczenia na oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym	62 633	1 082 376	374 925 363
	Porada w poradni medycyny paliatywnej	307 220	63 727	3 468 110
	Świadczenia w hospicjum domowym	19 896	5 584 891	299 725 177
	Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	304	522 648	45 439 381
	Perinatalna opieka paliatywna	45 723	304	440 280
	RAZEM	435 776	7 253 946	723 998 312

Źródło: Dane NFZ.

Wykres 10. Wartość rozliczonych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej ogółem w latach 2016–2019 [mln zł]



Źródło: Dane NFZ.

Opieka stacjonarna

Świadczenia

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych są udzielane:

- w hospicjach stacjonarnych,
- na oddziałach medycyny paliatywnej.

Świadczenia w warunkach stacjonarnych udzielane są przy zachowaniu całodobowego dostępu do lekarza i pielęgniarstwa przez 7 dni w tygodniu.

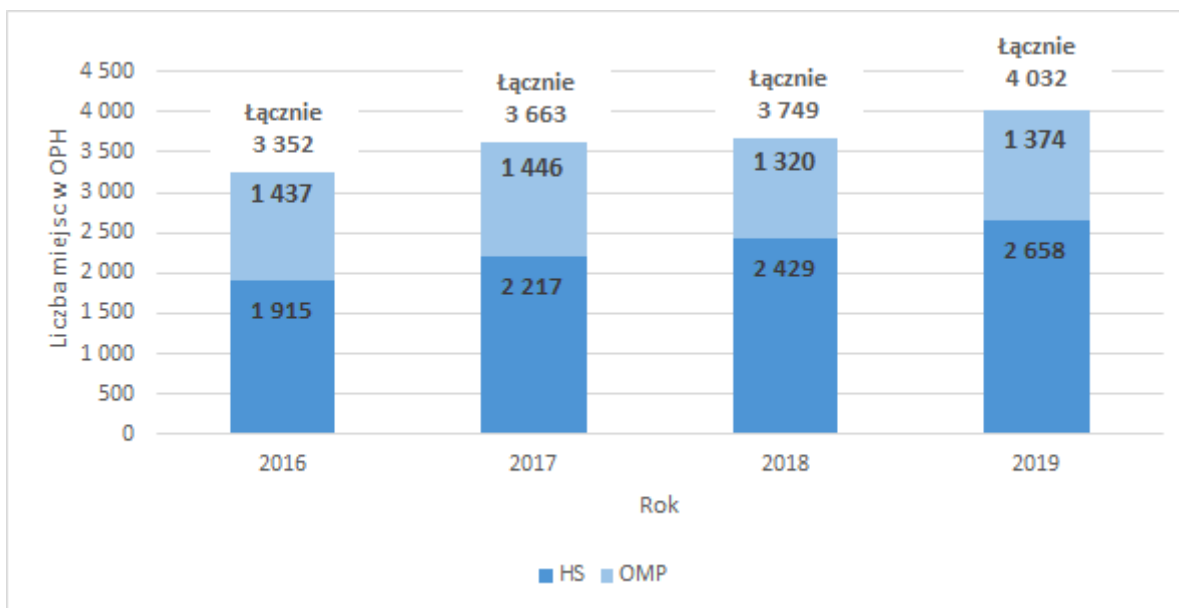
Świadczenia gwarantowane realizowane w hospicjum stacjonarnym obejmują:

- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarstwa;
- leczenie farmakologiczne;
- leczenie bólu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej;
- leczenie innych objawów somatycznych;
- opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- rehabilitację;
- zapobieganie powikłaniom;
- badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej;
- zaopatrzenie w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej;
- opiekę wyręczającą obejmującą przyjmowanie świadczeniobiorców do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni.

Świadczenia opiekuńcze w tych placówkach są również udzielane przez fizjoterapeutów, psychologów i opiekunów medycznych.

Świadczenia hospicjum stacjonarnego obejmują również opiekę wyręczającą, która polega na przyjęciu do hospicjum lub do oddziału medycyny paliatywnej pacjenta na okres nie dłuższy niż 10 dni. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne oraz leki i wyroby medyczne.

Wykres 11. Liczba miejsc w hospicjach stacjonarnych
i na oddziałach medycyny paliatywnej w latach 2016–2019



Stan na dzień 31 grudnia każdego roku; HS – hospicjum stacjonarne, OMP – oddział medycyny paliatywnej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z RPWDL.

Świadczeniobiorcy

Świadczenia te przysługują pacjentom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 742, z późn. zm.).

Opieka hospicjum stacjonarnego sprawowana jest w szczególności w chorobach, które nie roszą nadziei na wyleczenie. Do hospicjum kierowani są pacjenci na podstawie wskazań medycznych (szczególnie z chorobami nowotworowymi), w schyłkowym okresie życia.

Na koniec 2019 r. oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne dysponowały 4,03 tys. łózek (średnio 105,05 łózek na 1 mln ludności).

W 2019 r. łącznie ok. 36,5 tys. pacjentów było leczonych w ramach NFZ w 191 oddziałach medycyny paliatywnej lub w hospicjach stacjonarnych.

Struktura pacjentów ze względu na płeć była zbliżona, z nieznaczną przewagą kobiet (50,3%). W przeważającej większości ze świadczeń opieki zdrowotnej korzystały osoby w wieku 65 lat lub więcej (75%), w tym osoby w wieku 65–79 stanowiły 43%, a osoby w wieku 80 lat i więcej – 32%.

Opieka ambulatoryjna

Świadczenia

Świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej realizowane w warunkach ambulatoryjnych obejmują porady i konsultacje lekarskie, świadczenia pielęgniarstwa oraz porady psychologiczne – udzielane w poradni medycyny paliatywnej lub w domu chorego, a także wsparcie rodziny chorego.

Porady udzielane w poradni lub w domu pacjenta obejmują: badanie pacjenta, ordynację leków (w tym leków przeciwbólowych), zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych, zlecenie i wykonywanie

zabiegów leczniczych, zlecanie zabiegów pielęgnacyjnych, kierowanie na konsultacje, kierowanie do szpitala, wydawanie orzeczeń i opinii o stanie zdrowia pacjenta, niezbędnych w procesie leczenia. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne.

W ramach poradni są udzielane porady oraz realizowane wizyty domowe nie częściej niż dwa razy w tygodniu.

Świadczeniodawcy

W 2019 r. na terenie Rzeczypospolitej Polskiej funkcjonowało łącznie 155 poradni medycyny paliatywnej udzielających świadczeń gwarantowanych. Poradnie znajdowały się głównie w dużych miastach i ich okolicach. Średnio w Rzeczypospolitej Polskiej liczba poradni na 100 tys. ludności wyniosła 0,4.

Świadczeniobiorcy

Świadczenia te przysługują pacjentom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej*.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w poradni medycyny paliatywnej są przeznaczone dla pacjentów chorujących na choroby nowotworowe, u których zakończono leczenie przyczynowe i którzy potrzebują leczenia przeciwbólowego oraz wsparcia. Pod opieką poradni medycyny paliatywnej znajdują się osoby, które są stabilne, mają możliwość udania się do poradni sami lub – ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się – wymagają porad lub wizyt w domu.

W 2019 r. ze świadczeń paliatywnych i hospicyjnych w warunkach ambulatoryjnych skorzystało łącznie 14,6 tys. pacjentów. Struktura pacjentów ze względu na płeć była zbliżona z nieznaczną przewagą kobiet (52,6%). Wśród pacjentów poradni medycyny paliatywnej 31% stanowiły osoby w wieku 40–64 i 47% osoby w wieku 65–79. Osoby najstarsze (w wieku powyżej 80 lat i więcej) stanowiły 20% pacjentów.

Opieka domowa

Świadczenia

Hospicjum domowe zajmuje się opieką nad chorymi w terminalnej fazie choroby, przebywającymi w środowisku, które jest im znane i gdzie czują się najlepiej, czyli np. we własnych domach. Personel hospicjum otacza opieką rodzinę chorego w trudnym okresie choroby. Najważniejszym założeniem hospicjum domowego jest ścisła współpraca personelu z rodziną.

Świadczenia w hospicjum domowym (wizyty domowe) realizowane są we współpracy z lekarzem i pielęgniarzką podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenia te obejmują bezpłatne: porady i konsultacje lekarskie, świadczenia pielęgniarstwa, leczenie farmakologiczne, leczenie objawów somatycznych i leczenie bólu, opiekę psychologiczną nad pacjentem i jego rodziną, rehabilitację, zapobieganie powikłaniom, badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym, ordynację leków oraz wypożyczanie przez hospicja domowe sprzętu medycznego i pomocniczego. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne.

W ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanej w warunkach domowych, pacjent ma całodobowy dostęp do świadczeń udzielanych przez lekarza i pielęgniarzkę przez 7 dni w tygodniu.

Porady lekarskie odbywają się nie rzadziej niż 2 razy w miesiącu, wizyty pielęgniarskie – nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu.

Świadczeniodawcy

W Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. funkcjonowało łącznie 599 hospicjów domowych (w tym 71 dedykowanych dzieciom) w ramach, których udzielano świadczeń gwarantowanych, a na 100 tys. ludności przypadał średnio ok. 1 ośrodek domowej opieki paliatywnej i hospicyjnej (1,56).

Świadczeniobiorcy

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Jednocześnie pacjenci hospicjum domowego powinni mieć zapewnione odpowiednie warunki domowe oraz przeszkolonych opiekunów w zakresie opieki i pielęgnacji oraz ewentualnej obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy, tak aby podczas udzielania opieki mogło być zapewnione bezpieczeństwo świadczeniobiorcy.

W 2019 r. ze świadczeń paliatywnych i hospicyjnych udzielanych w ramach hospicjum domowego skorzystało łącznie 62,5 tys. pacjentów. Struktura pacjentów ze względu na płeć była zbliżona z nieznaczną przewagą kobiet (50,2%). W przeważającej większości ze świadczeń korzystały osoby w wieku 65 lat lub więcej (73%), w tym osoby w wieku 65–79 stanowiły 45%, a osoby w wieku powyżej 80 lat – 28%.

Opieka dzienna DDOM

Usługi

Pilotażowe wdrożenie i przetestowanie standardu DDOM zostało sfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) w wyniku konkursu ogłoszonego w 2015 r. w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER).

Beneficjenci projektu prowadzili DDOM zgodnie z opracowanym standardem, udzielając pacjentom świadczeń zdrowotnych o charakterze rehabilitacyjno-opiekuńczym, zapewniając wymagany skład zespołu terapeutycznego na podstawie opracowanego przez Ministerstwo Zdrowia dokumentu pt. „Dzienny dom opieki medycznej organizacja i zadania”, wydanego we wrześniu 2017 r.

Podstawowym celem opieki udzielanej w DDOM jest zapobieganie wtórnym hospitalizacjom pacjentów. DDOM zapewnia opiekę medyczną połączoną z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach domu opieki medycznej należą:

- opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji;
- doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych;
- usprawnianie ruchowe;
- stymulacja procesów poznawczych;
- terapia zajęciowa;
- przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).

Dla pacjentów korzystających z DDOM, w zależności od potrzeb, zapewnia się także badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, badania laboratoryjne oraz materiały medyczne

dostosowane do potrzeb pacjenta. Usprawnianie pacjentów odbywa się poprzez zajęcia rehabilitacyjne, terapię zajęciową, porady psychologiczne, logopedyczne, dietetyczne oraz minimalizację polipragmazji. Pacjenci pozostają pod stałym nadzorem lekarskim oraz pielęgniariskim.

Poza świadczeniami opieki zdrowotnej pacjentom przebywającym w DDOM zapewniane jest odpowiednie do stanu zdrowia wyżywienie, prowadzone są zajęcia dodatkowe, pozwalające na zagospodarowanie czasu wolnego pomiędzy udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi oraz w razie potrzeby bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do DDOM i powrót do miejsca zamieszkania.

Każdy z DDOM dysponuje 10–15 miejscami dla pacjentów⁵⁵, a czas pobytu pacjenta w DDOM wynosi od 30 do 120 dni roboczych. DDOM funkcjonuje przez cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 8 godzin dziennie, w godzinach dostosowanych do potrzeb pacjentów i ich rodzin. Czas trwania pobytu w DDOM jest ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny i nie może być, co do zasady, krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych.

Realizacja projektów w ramach PO WER była podstawą do przeprowadzenia ewaluacji, w wyniku której nieznacznie zmieniono standard DDOM i przekazano go do wdrożenia w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych.

Pacjenci

W DDOM wsparcie kierowane jest do osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności do osób powyżej 65. roku życia (min. 50% łącznej liczby pacjentów DDOM), których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), a jednocześnie nie wymagających całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniariskiego realizowanego w trybie stacjonarnym.

Świadczeniami opieki zdrowotnej realizowanymi w ramach DDOM mogą być objęte osoby mające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵⁶.

Do DDOM mogą być przyjęci:

- pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniariskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających narastającej potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- pacjenci, u których występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.

Świadczenia w DDOM udzielane są pacjentom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40–65 punktów.

Podstawowe cele kwalifikowania pacjentów do domu opieki medycznej to: poprawa stanu zdrowia i samodzielności życiowej, zapobieganie wczesnym powikłaniom poszpitalnym, przygotowanie pacjenta i rodziny do życia z niepełnosprawnością i samoopieki – możliwe do uzyskania poprzez rehabilitację lub modyfikację leczenia farmakologicznego – co będzie oceniane w momencie kwalifikacji do objęcia opieką.

⁵⁵ W wyniku ewaluacji pilotażu zwiększono liczbę miejsc w DDOM maksymalnie do 25 miejsc.

⁵⁶ Na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 poz. 1285).

Ze względu na charakter opieki świadczonej w dziennym domu opieki medycznej, ze wsparcia wyłączone są osoby korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych, a także osoby, w przypadku których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).

Finansowanie

W ramach konkursu PO WER przyjęto do realizacji 53 projekty o łącznej wartości 53,4 mln zł. Projekty realizowane były w okresie od 2016 r. do I kwartału 2019 r.

W ramach RPO w 2020 r. zostało utworzonych 105 Domów Diennej Opieki Medycznej. Szczegółowe dane z podziałem na województwa przedstawia tabela 12.

Tabela 12. Liczba utworzonych DDOM w podziale na poszczególne województwa

Lp.	Województwo	Liczba utworzonych DDOM
1	Dolnośląskie	16
2	Kujawsko-Pomorskie	9
3	Lubelskie	2
4	Lubuskie	0
5	Łódzkie	0
6	Małopolskie	10
7	Mazowieckie	29
8	Opolskie	0
9	Podkarpackie	12
10	Podlaskie	1
11	Pomorskie	0
12	Śląskie	9
13	Świętokrzyskie	8
14	Warmińsko - Mazurskie	0
15	Wielkopolskie	9
16	Zachodniopomorskie	0
	RAZEM	105

Źródło: Opracowane na podstawie dokumentów sprawozdawczych przekazanych przez poszczególne IZ RPO wg stanu na 31.12.2020 r.

OPIEKA NIEFORMALNA

W Rzeczypospolitej Polskiej w dużej mierze to sieć rodzinna osób starszych stawia czoła ryzyku niesprawności i potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz wynikającym z tego potrzebom opiekuńczym tychże osób. Zadania rodziny i role jej członków są w Rzeczypospolitej Polskiej nadal postrzegane w tradycyjny sposób, a system opieki nad osobami starszymi potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w Rzeczypospolitej Polskiej opiera się w głównej mierze właśnie na opiece nieformalnej sprawowanej przez bliskich chorego. Rola opiekuńcza rodziny jako swoista norma kulturowa ma zatem istotny wpływ w kształtowaniu modelu opieki nad osobami wymagającymi takiego wsparcia.

Podjęcie decyzji o zaopiekowaniu się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu jest często podyktowane ograniczoną dostępnością świadczeń systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej oraz niewystarczającą ofertą wsparcia publicznego dedykowaną tej grupie osób.

Decyzja taka jest również w dużej mierze zdeterminowana społecznymi tradycjami, normami i oczekiwaniami odnoszącymi się do pozycji, ról rodzinnych, a także do roli rodziny w systemie nieformalnego oparcia społecznego. Przemiany cywilizacyjne oraz modernizacja społeczeństwa, w szczególności zmiany dotyczące życia rodzinnego, wpływają na sposób organizacji i świadczenia usług opiekuńczych przez nieformalne sieci wsparcia. Pomimo tak intensywnych przemian zachodzących w obrębie rodziny w ostatnich latach, Polacy nadal bardzo tradycyjnie postrzegają rolę rodziny w sprawowaniu opieki nad przedstawicielami starszej generacji, jednocześnie traktując instytucjonalną formę opieki jako awaryjną i przymusową dla rodziny niewydolnej opiekuńczo. Intensywnym przemianom demograficznym towarzyszą również zmiany w układach rodzinnych oraz obowiązujących w społeczeństwie stosunkach panujących pomiędzy starszą i młodszą generacją⁵⁷.

Zgodnie z jedną z najpowszechniej używanych definicji opiekunem nieformalnym jest osoba, która dostarcza regularnego, trwałego, fizycznego i (lub) emocjonalnego wsparcia oraz asysty przy czynnościach dnia codziennego komuś, kto jest fizycznie lub intelektualnie niepełnosprawny, psychicznie chory i jest osobą starszą, której psychofizyczną kondycję można określić jako słabą. Pojęcie opiekuna nieformalnego jest szersze niż pojęcie opiekuna rodzinnego, ponieważ poza rodziną osoby starszej obejmuje ono również bliskich spoza rodziny (np. sąsiadów czy przyjaciół), którzy także mogą sprawować opiekę nad osobami starszymi⁵⁸.

Na poziomie ustaw i rozporządzeń nie funkcjonuje pojęcie opieki formalnej i nieformalnej. Termin ten pojawia się w *Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020* w kontekście opiekunów sprawujących opiekę nad osobami starszymi o ograniczonej samodzielności. Opiekuna nieformalnego definiuje się tam jako osobę niebędącą opiekunem medycznym, opiekującą się osobą o ograniczonej samodzielności, np. członek rodziny⁵⁹.

Z kolei w wytycznych ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego opiekun nieformalny nazywany jest także opiekunem faktycznym i jest nim osoba pełnoletnia opiekująca się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki, najczęściej członek rodziny⁶⁰.

⁵⁷ *Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych*, s. 21.

⁵⁸ Rosochacka-Gmitrzak M., *Wsparcie opiekunów nieformalnych – w stronę równowagi społecznych oczekiwań i opiekuńczych możliwości rodzin*, [w:] Raciąg M. (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011, s. 140.

⁵⁹ *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*, s. 21, Załącznik do uchwały nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. (Dz. U. z 2014 r. poz. 118).

⁶⁰ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiej Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014–2020 z 8 lipca 2019 r., s. 8.

Zgodnie z *ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*⁶¹, opiekun faktyczny oznacza osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga. Niemniej jednak ramy prawne opieki faktycznej nie zostały szerzej ustalone w polskim porządku prawnym, co skutkuje w praktyce pewnymi problemami interpretacyjnymi oraz związanymi z podejmowaniem niektórych decyzji w imieniu chorego.

Sprawowanie opieki nad osobami starszymi w Rzeczypospolitej Polskiej przede wszystkim przez rodzinę wynika zarówno z uwarunkowań społecznych, kulturowych, jak i istniejących uregulowań prawnych, które zobowiązują małżonków, rodziców i dzieci do wzajemnej pomocy i wsparcia⁶² oraz wywołują konsekwencje prawne w przypadku nieudzielenia pomocy i odmawiania wsparcia najbliższej rodzinie np. w trakcie choroby⁶³. Przepisy prawa nie określają jednak, w jaki sposób rodzina powinna sprawować opiekę nad członkiem rodziny, tym bardziej nad starszymi osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Zakres, sposób organizacji i czas sprawowania opieki nad członkiem rodziny wymagającym wsparcia pozostaje więc suwerenną decyzją rodziny (obejmującą różne aspekty życia przy wykorzystaniu własnych zasobów oraz usług publicznych), niejednokrotnie uzależnioną od stanu zdrowia lub stopnia sprawności członka rodziny, składu rodziny oraz sytuacji materialnej i zawodowej rodziny. W Rzeczypospolitej Polskiej nie prowadzi się rejestru opiekunów nieformalnych, nie można więc ustalić szczegółowych danych na temat łącznej liczby opiekunów nieformalnych i osób objętych taką opieką. Niemniej jednak szacuje się, że większość osób starszych otrzymuje w Rzeczypospolitej Polskiej opiekę nieformalną – odsetek ten stanowi w zależności od badania od 80% do 93%⁶⁴. Posiłkując się natomiast wynikami badania *Eurofamcare*, prowadzonego w wybranych krajach europejskich, w tym także w Rzeczypospolitej Polskiej w latach 2003–2004, szacowano liczbę opiekunów nieformalnych w Rzeczypospolitej Polskiej na ok. 2 mln osób⁶⁵.

Dostępne statystyki nie odzwierciedlają jednak zjawiska nieformalnego zatrudniania opiekunów przez bogatsze gospodarstwa domowe, co może dodatkowo komplikować analizę modelu opieki w Rzeczypospolitej Polskiej. Niemniej jednak nawet biorąc ten fakt pod uwagę, odsetek osób niekorzystających z formalnych świadczeń opiekuńczych w Rzeczypospolitej Polskiej jest wciąż najwyższy ze wszystkich krajów UE⁶⁶.

W Rzeczypospolitej Polskiej, podobnie jak w innych krajach, najczęstszymi opiekunami nieformalnymi są współmałżonkowie, dzieci oraz osoby dalej spokrewnione, z tym, że dzieci podejmują się obowiązku opieki nieco częściej niż w innych krajach Unii Europejskiej, takich jak Grecja, Niemcy, Szwecja, Wielka Brytania czy Włochy⁶⁷.

Osobom, wobec których świadczona jest opieka nieformalna, jest najczęściej rodzic (50,8%), inny członek rodziny (16%) oraz małżonek (13,4%). W niespełna połowie przypadków (48,9%) osoba zależna zamieszkuje wraz z opiekunem, a więc najczęściej ze swoim synem/córką. Osobą najczęściej zamieszkującą z opiekunem jest znacznie niesprawna osoba starsza (44,7%). W 67% przypadków opieka nieformalna trwa powyżej 2 lat, a w co trzecim powyżej 5 lat. Z powodu długości i intensywności

⁶¹ Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849).

⁶² Zgodnie z art. 23 i 87 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (Dz.U. z 2020 poz. 1359).

⁶³ Zgodnie z art. 1008 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – *Kodeks Cywilny* (Dz.U. z 2020 poz. 1740, z późn. zm.).

⁶⁴ *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce, Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*, Bank Światowy, 2015, s. 1 na podstawie: *Long-Term Care for the Elderly in Poland*, Łuczak P., Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2013.

⁶⁵ *Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage, The Trans-European Survey Report*, Eurofamcare 2006 – przeprowadzonym badaniu przyjęto definicję opiekuna rodzinnego jako osobę, która świadczyła opiekę i pomoc swojemu krewnemu w wieku 65 lat lub starszemu przez przynajmniej 4 godziny w tygodniu, niezależnie od poziomu niesprawności (psychicznej i/lub fizycznej) podopiecznego.

⁶⁶ *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce* s. 15 i 43.

⁶⁷ *Jakość życia starszych opiekunów nieformalnych osób przewlekle chorych w opiece domowej*, Kachaniuk H., Bartoszek A., Ślusarska B., Nowicki G., Kocka K., Deluga A., Piasecka K., [w:] *Geriatra* 2018, nr 12, s. 81.

opieki opiekunowie nieformalni mogą być z czasem narażeni na doświadczanie negatywnych zjawisk wynikających z nadmiernego obciążenia obowiązkami opiekuńczymi, takich jak tzw. wypalenie opiekuńcze, czy syndrom opiekuna, co w konsekwencji może doprowadzić do pogorszenia ich stanu zdrowia fizycznego i dobrostanu psychicznego.⁶⁸

Badanie *Eurofamcare* wykazało, że średni wiek opiekunów rodzinnych rośnie wraz z wiekiem podopiecznych i spadkiem ich sprawności funkcjonalnej, a większość opiekunów rodzinnych to kobiety w wieku 50–60 lat, głównie córki opiekujące się rodzicami lub teściami (pokolenie dojrzałych dzieci opiekujące się pokoleniem osób sędziwych)⁶⁹. Rodzinni opiekunowie zajmują się nie tylko osobami starszymi, z którymi dzielą mieszkanie, lecz otaczają troską także tych członków rodziny, którzy mieszkają samotnie⁷⁰.

Inne wyniki badań również potwierdzają, że opiekę nad osobami starszymi w ramach rodziny sprawują najczęściej osoby w dojrzałym wieku (45–64 lat), określane jako tzw. kanapkowe pokolenie (ang. *sandwich generation*) odnoszące się do pokolenia osób dojrzałych, które z różnych względów muszą obejmować opieką zarówno swoich starzejących się rodziców, jak wspierać dorosłe dzieci, a częstokroć także wnuki, jednocześnie trudniąc się nadal pracą zawodową⁷¹. Coraz częściej zdarza się również, że starsza grupa osób z tego pokolenia wspiera równocześnie swoich współmałżonków i partnerów wymagających już pewnej formy codziennej opieki lub asysty ze względu na chorobę lub niesprawność. Sytuacja taka generuje potrójne obciążenie, co – przy braku wsparcia z zewnątrz – często może negatywnie oddziaływać m.in. na stan zdrowia i ogólną jakość życia tychże osób.

Zjawisko silnej feminizacji roli opiekuna nieformalnego zauważalne jest również w innych badaniach i analizach prowadzonych w obszarze organizowania i świadczenia opieki osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, jednak ich odsetek różni się w zależności od badania⁷² (od ponad 65%⁷³ do niemal 80%⁷⁴). Równocześnie kobiety stanowią większość osób wymagających takiej opieki⁷⁵. Fakt ten związany jest z tym, że kobiety żyją przeciętnie dłużej niż mężczyźni, a także częściej i wcześniej szukają pomocy (m.in. medycznej) i wsparcia społecznego⁷⁶.

Kobiety statystycznie częściej podejmują decyzję o zmniejszeniu wymiaru zatrudnienia lub całkowitej rezygnacji z pracy zawodowej w przypadku zapotrzebowania bliskich na opiekę. Kobiety bierne zawodowo w wieku 25–54 lata, częściej niż mężczyźni jako przyczynę dezaktywacji zawodowej wskazują pełnienie opieki nad osobami małoletnimi (dziećmi, wnukami) oraz osobami starszymi⁷⁷. Powoduje to ich niemożność radzenia sobie z innymi obowiązkami, a w konsekwencji wcześniejsze odchodzenie z rynku pracy bądź w przypadku młodych kobiet – odkładanie macierzyństwa lub mniejszą liczbę dzieci⁷⁸.

⁶⁸ Poglębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych.

⁶⁹ *Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage, The Trans-European Survey Report*, Eurofamcare 2006.

⁷⁰ Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweđa-Lewandowska B., Kubicki P., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Warszawa 2012, s. 64.

⁷¹ Szweđa-Lewandowska Z., *Zapotrzebowanie na instytucjonalne formy pomocy osobom starszym w perspektywie dwudziestu pięciu lat w świetle aktualnych determinant w mikro- i makroskali*, [w:] J. T. Kowalewski (red.) *Przestrzenne zróżnicowanie starzenia się ludności Polski. Przyczyny, etapy, następstwa*, Łódź 2011, s. 17.

⁷² Na podstawie: Janowicz A., *Rola opiekunów nieformalnych w opiece u kresu życia. Przyczynek do badań w ramach projektu, European Palliative Care Academy (EUPCA), Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2014*, tom 4, nr 2, s. 161–167.

⁷³ 67% zgodnie z: *Poglębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych*, s. 7 (dot. badania CATI).

⁷⁴ 77,5% zgodnie z: *Jakość życia starszych opiekunów nieformalnych osób przewlekle chorych w opiece domowej*, Kachaniuk H., Bartoszek A., Ślusarska B., Nowicki G., Kocka K., Deluga A., Piasecka K., [w:] *Geriatrics*, nr 12, 2018, s. 77.

⁷⁵ 61,4% na podstawie: *Poglębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych*, s. 68 (dot. badania CATI).

⁷⁶ Badanie AZER (Wóycicka I., Rurarz R., 2007).

⁷⁷ *Kobiety i mężczyźni na rynku pracy*, GUS, Warszawa 2016, s. 3,14.

⁷⁸ Raciaw M., *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłacanej pracy*, [w:] Hryniewicz J., *O sytuacji ludzi starszych*, tom 2., Rządowa Rada Ludnościowa, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2012, s. 71-82.

Osobiste zaangażowanie się członka rodziny w opiekę nad osobą w starszym wieku potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu wymusza czasem konieczność czasowej lub całkowitej rezygnacji z aktywności zawodowej, co może stanowić zarówno problem indywidualny, jak i społeczno-ekonomiczny. W celu zapewnienia wsparcia w przypadkach sprawowania czasowej opieki nad chorym lub niepełnosprawnym członkiem rodziny, osobie objętej opieką oraz jego opiekunowi przysługują określone świadczenia z systemu pomocy społecznej, w tym świadczenia pieniężne, świadczenia opiekuńcze udzielane w warunkach domowych bądź zapewniane przez placówki dziennego lub całodobowego pobytu.

Funkcja opiekuńcza pełniona w ramach rodziny nadal pozostaje nie do zastąpienia, pomimo że ostatnio coraz częściej następuje przesunięcie jej zadań na wyspecjalizowane instytucje, zarówno publiczne, jak i prywatne. Opieka prywatna (komercyjna) świadczona w miejscu zamieszkania osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu pozostaje w dużej mierze nieuregulowana prawnie. W związku z tym brakuje informacji o rzeczywistej liczbie podmiotów i osób udzielających usługi opiekuńcze komercyjnie, a także o liczbie osób objętych tymi usługami oraz o liczbie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Mimo coraz większej dostępności do usług profesjonalnych, rodzina jest najważniejszą i zazwyczaj jedyną grupą wsparcia dla osób starszych, które doświadczają ograniczenia samodzielności. W szczególności dostęp do opieki długoterminowej jest w dalszym ciągu ograniczony i zapewniany przez rodzinę chorego⁷⁹. Wsparcie ze strony rodziny nie daje jednak pełnej gwarancji zaspokajania potrzeb opiekuńczych w Polsce, ponieważ część rodzin nie jest już wydolna opiekuńczo i potrzebuje wsparcia zewnętrznego na coraz większą skalę niż jest to dostępne obecnie⁸⁰.

Opiekunowie niejednokrotnie potrzebują wsparcia zarówno w zakresie zaspokojenia potrzeb opiekuńczych, społecznych, leczniczych czy rehabilitacyjnych osoby zależnej, jak również potrzeb zdrowotnych i związanych z jakością życia ich samych. Dodatkowo, mając na uwadze aktualne tendencje demograficzne, liczba opiekunów nieformalnych będzie się sukcesywnie zmniejszała, co z kolei wskazuje na konieczność przesunięcia ciężaru odpowiedzialności za udzielanie opieki z opiekunów nieformalnych na profesjonalny personel opiekuńczy. Niemniej jednak nawet najlepiej sprawowana opieka nieformalna wymaga pewnego wsparcia ze strony opieki formalnej, w szczególności mając na uwadze jak najdłuższe życie w zdrowiu i utrzymanie satysfakcjonującej jakości życia zarówno osób objętych opieką, jak i ich opiekunów nieformalnych.

⁷⁹ *Sprawozdanie krajowe. Polska 2020 (Country Report)* opublikowany przez Komisję Europejską w dniu 26 lutego 2020 r.).

⁸⁰ Szatur-Jaworska B., *Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi starych w Polsce*, Studia BAS, 2012, s. 74-75.

KIERUNKI ROZWOJU WSPARCIA ZDROWOTNEGO W RAMACH PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI

Osoby starsze stanowią jedną z czterech grup społecznych uwzględnionych w *Ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności* (obok osób z niepełnosprawnościami, osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym oraz dzieci).

Zgodnie z ww. dokumentem proces deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych skierowanych do tych osób ma przyczynić się do rozwoju zindywidualizowanych usług zdrowotnych w społeczności lokalnej mających ograniczyć konieczność opieki instytucjonalnej oraz zmiany dotychczasowych proporcji dedykowanych zasobów (w szczególności kadrowych i finansowych) z pozycji dominującej instytucji udzielających całodobowej opieki długoterminowej w kierunku przewagi znaczenia usług świadczonych w środowisku lokalnym.

Należy zwrócić uwagę, że wymienione powyżej grupy docelowe działań na rzecz deinstytucjonalizacji nie stanowią grup rozłącznych, np. osoba starsza jednocześnie może być osobą z niepełnosprawnościami lub mieć problemy ze zdrowiem psychicznym. Wówczas zakres form wsparcia uzależniony jest od stopnia poszczególnego rodzaju problemów i potrzeb zdrowotnych w tym zakresie.

W aktualnym systemie ochrony zdrowia osobom starszym w środowisku dedykowane są w szczególności świadczenia opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej, ponieważ osoby te, ze względu na choroby i dolegliwości narastające z wiekiem, stanowią najliczniejszą grupę odbiorców tychże świadczeń.

Zapewnienie odpowiedniej opieki zdrowotnej ma szczególne znaczenie dla osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu nie tylko z powodu ograniczonej mobilności i dysfunkcji zmysłowych, ale również z powodów problemów poznawczych i emocjonalnych na skutek postępujących zaburzeń otępiennych oraz przewlekłych i nieuleczalnych chorób onkologicznych i nieonkologicznych.

Niemniej jednak bycie osobą starszą nie przesądza o potrzebie skorzystania z tego typu świadczeń, ponieważ podstawową kwalifikacją do ich uzyskania są ściśle określone kryteria medyczne oparte na podstawie identyfikacji określonych problemów zdrowotnych.

Warto też zaznaczyć, że część osób starszych potrzebująca wsparcia pozamedycznego znajduje je w systemie pomocy społecznej, w tym m.in. w ramach usług opiekuńczych udzielanych w placówkach pobytu dziennego lub całodobowego bądź w postaci usług opiekuńczych i wspierających o charakterze domowym.

Nadrzędnym celem procesu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych dedykowanych osobom starszym jest poprawa stanu zdrowia i jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów oraz wsparcie w utrzymaniu niezależności osób starszych umożliwiającej im jak najdłuższe funkcjonowanie w środowisku lokalnym.

Uwzględniając specyfikę i problematykę systemu ochrony zdrowia w Polsce za kluczowe dla realizacji powyższego celu przyjęto następujące **obszary strategiczne**:

- I. Rozwój zasobów kadrowych;**
- II. Rozwój form opieki dziennej;**

- III. Rozwój form opieki domowej;
- IV. Rozwój innowacyjnych form opieki;
- V. Wsparcie opiekunów nieformalnych;
- VI. Koordynacja środowiskowej opieki zdrowotnej.

OBSZARY STRATEGICZNE

ROZWÓJ ZASOBÓW KADROWYCH

CEL SZCZEGÓŁOWY: Podniesienie kompetencji personelu udzielających opieki zdrowotnej osobom starszym potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w środowisku lokalnym

Diagnoza

Kadry medyczne są podstawą każdego systemu opieki zdrowotnej i stanowią główne zasoby warunkujące poziom dostępności i jakości usług medycznych. Zapewnienie odpowiedniej liczby personelu medycznego w bezpośredni sposób wpływa na stan zdrowia populacji. Ma to ogromne znaczenie w przypadku opieki medycznej sprawowanej nad osobami starszymi potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności chorymi na przewlekłe, nieuleczalne choroby, wymagającymi ze względu na stan zdrowia długotrwałego wsparcia medycznego umożliwiającego utrzymanie odpowiedniej jakości życia związanej ze zdrowiem. Odpowiednio przygotowana kadra medyczna stanowi zatem kluczowy warunek dla sprostania potrzebom zdrowotnym tych osób, szczególnie w perspektywie postępującego starzenia się społeczeństwa i wzrostu rozpowszechnienia nieuleczalnych chorób, dając możliwość zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz koncentracji działań wokół chorego i jego potrzeb.

W sprawowanie opieki długoterminowej w ZOL i ZPO zaangażowani są przede wszystkim personel pielęgniarski, lekarski i fizjoterapeutyczny, natomiast świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach domowych udziela w szczególności personel pielęgniarski. Opieka paliatywna i hospicyjna realizowana jest natomiast głównie przez personel pielęgniarski, lekarski, fizjoterapeutyczny i psychologiczny.

Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane pacjentom w starszym wieku może realizować personel pielęgniarski z ukończoną specjalizacją, kursem kwalifikacyjnym lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów w odpowiednich dziedzinach pielęgniarstwa mających zastosowanie w udzielaniu tej opieki⁸¹.

W opiece nad świadczeniobiorcami wentylowanymi mechanicznie, dodatkowo udziela świadczeń pielęgniarka, która ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, lub specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub w trakcie odbywania tej specjalizacji lub kursu.

Natomiast w ramach realizacji świadczeń pielęgniarskich w stosunku do pacjentów objętych opieką długoterminową domową cały personel pielęgniarski zobligowany jest do posiadania dodatkowych

⁸¹ Dziedziny te zostały wyszczególnione w załączniku 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1658, z późn. zm.).

kwalifikacji uzyskanych w ramach kształcenia podyplomowego, co jest niezbędne z uwagi na samodzielność pracy zawodu pielęgniarki i pielęgniarza.

W 2019 r. liczebność kadry medycznej zatrudnionej w ramach NFZ w opiece długoterminowej wyniosła 33 696 osób, w tym między innymi 24 300 osób z personelu pielęgniarstwa, 5 031 fizjoterapeutów i 4 197 lekarzy (w tym 1 382 lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych i jedynie 98 lekarzy geriatrów). Z kolei w opiece paliatywnej i hospicyjnej zatrudnionych było 10 612 osób, w tym między innymi 6 288 kadry pielęgniarstwa, 2 543 lekarzy (w tym 774 lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych i 55 lekarzy geriatrów)⁸².

Od 2004 r. liczba personelu pielęgniarstwa zatrudnionego w instytucjach opieki długoterminowej zwiększyła się niemal dwukrotnie. Zgodnie z danymi na dzień 2 sierpnia 2021 r.⁸³ liczba kadr pielęgniarstwa ze specjalizacją pielęgniarstwa mającą zastosowanie w opiece długoterminowej wynosiła łącznie 23 871 osób. Natomiast, wg stanu na dzień 31 grudnia 2020 r. liczba kadr pielęgniarstwa, które ukończyły kursy kwalifikacyjne w dziedzinach pielęgniarstwa mające zastosowanie w opiece długoterminowej lub kursy specjalistyczne wynosiła odpowiednio 68 666 osób i 66 511 osób – łącznie 135 177 osób.

Analiza wyników badania ankietowego przeprowadzonego w 2016 r. na grupie 296 pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w opiece długoterminowej wykazała, że długoterminową opieką domową sprawują doświadczone osoby z personelu pielęgniarstwa:

- o długim stażu pracy,
- posiadające średnie i wyższe wykształcenie oraz niezbędne kwalifikacje,
- opiekujące się najczęściej kilkoma osobami,
- wykonujące tę pracę jako dodatkowe zatrudnienie.

Okres pracy w środowisku domowym pacjenta wynosił średnio 4 lata (1–27 lat). Zdecydowana większość personelu pielęgniarstwa (78,7%) pracowała w tej formie opieki nie więcej niż 6 lat. Dla większości ankietowanych była to dodatkowa praca polegająca na sprawowaniu opieki u średnio 3 pacjentów (w badanej grupie 1 pacjentem opiekowało się 15,5% ankietowanych, 2 pacjentami – 21,3%, a 3 pacjentami – 40,9%)⁸⁴.

Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej również w dużej mierze udzielane są przez personel pielęgniarstwa.

- Wg stanu na dzień 2 sierpnia 2021 r. liczba kadr pielęgniarstwa ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej wynosiła 2 399 osób;
- Wg stanu na dzień 31 grudnia 2020 r. liczba kadr pielęgniarstwa, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub kurs specjalistyczny w zakresie podstaw opieki paliatywnej wynosiła odpowiednio 5 221 osób i 7 234 osób – łącznie 12 455 osób.

Ponadto, tendencje wzrostowe w zakresie liczby personelu wykwalifikowanego do udzielania świadczeń opieki długoterminowej i opieki paliatywnej i hospicyjnej zanotowano w ostatnich latach również wśród lekarzy, fizjoterapeutów, psychologów, logopedów, terapeutów zajęciowych i terapeutów uzależnień oraz opiekunów medycznych.

⁸² <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>, Kadry NFZ

⁸³ Na podstawie danych z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

⁸⁴ *Pielęgniarki i pielęgniarze opieki długoterminowej domowej*, Nowak-Kapusta Z, Irzyniec T., Franek G, Drzazga B., [w:] *Pielęgniarstwo Polskie* 2017, nr 3(65), s. 409–415.

Liczba opiekunów medycznych zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia wzrosła w ostatnich latach ponad dwukrotnie – z niemal 4,2 tys. osób w 2015 r. do niemal 8,3 tys. osób w 2019 r., w tym w ZOL i ZPO wzrosła z niemal 1,7 tys. osób w 2010 r., przez ponad 4 tys. osób w 2015 r. do niemal 6 tys. osób w 2019 r.⁸⁵.

Powyższe tendencje wskazują na postępujące dostosowywanie się systemu opieki długoterminowej w Rzeczypospolitej Polskiej do rosnącej liczby osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz do zwiększających się potrzeb z zakresu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej wśród tej grupy osób. Mimo obserwowanego w ostatnich latach stałego wzrostu liczby personelu udzielającego świadczeń opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej, pogłębianie się procesu starzenia się polskiego społeczeństwa skutkuje niesatysfakcjonującą liczbą personelu medycznego udzielającego tychże świadczeń – nadal uśredniona proporcja liczby pracowników do liczby pacjentów objętych tą opieką pozostaje jedną z najniższych wśród krajów UE.

Z tego względu niezbędne są kierunkowe działania mające na celu zarówno utrzymanie na rynku odpowiedniej liczebności i poziomu kompetencji poszczególnych zawodów medycznych uczestniczących w zaspokojeniu potrzeb pacjentów w starszym wieku, jak również podejmowanie działań na rzecz rozwoju kadr opiekuńczych wspierających personel medyczny udzielający świadczenia tym pacjentom.

W ramach zakresu świadczeń udzielanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej można wydzielić proste czynności pielęgnacyjne, opiekuńcze i profilaktyczne, które pokrywają się w dużej mierze z zakresem zadań przewidzianych dla opiekunów medycznych. Niemniej jednak specyfika pracy z pacjentem chorym nieuleczalnie w terminalnej fazie choroby, czy pacjentem starszym potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na swój stan zdrowia (w tym również z zaburzeniami otępiennymi, które stanowią specyficzną i ciągle rosnącą grupę pacjentów w starszym wieku) wymaga od opiekuna medycznego specyficznej wiedzy i umiejętności, których aktualny program kształcenia nie obejmuje w wystarczającym stopniu.

Warto podkreślić, że w zakresie opiekunów medycznych istotne jest również podnoszenie kompetencji z zakresu realizacji usług społecznych dla osób starszych.

Pomimo uruchomionego na terytorium całego kraju systemu kształcenia opiekunów medycznych, jak i rosnącej liczby osób nabywających kwalifikacje w tym zawodzie, brak przeszkolenia w zakresie opieki nad ww. grupami pacjentów stanowi istotne ograniczenie w wykorzystaniu potencjału kadrowego tej grupy zawodowej.

Osoby wykonujące zawód opiekuna medycznego realizują go w oparciu o wiedzę i umiejętności nabyte w toku kształcenia. Aktualnie obowiązujące przepisy nie zawierają jednak regulacji dotyczących doskonalenia zawodowego i rozwoju kompetencji opiekunów medycznych. W przypadku chęci pogłębienia swoich umiejętności, opiekunowie medyczni są zmuszeni sfinansować dalszą edukację z własnych środków.

⁸⁵ Na podstawie: *Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia* wydawane przez Centrum e-Zdrowia; *Biuletyn Statystyczny 2020*, Warszawa 30.10.2020

Rezultat 1

Podniesienie kompetencji minimum 1 500 opiekunów medycznych w zakresie opieki nad osobami starszymi potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2030 r.

Działania

1. Opracowanie programu kursu kwalifikacyjnego dla opiekunów medycznych w zakresie opieki nad osobami starszymi potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2022 r.

Opracowanie przez grono ekspertów programu kursu kwalifikacyjnego w zakresie opieki nad osobami starszymi potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, na potrzeby opieki długoterminowej, opieki paliatywno-hospicyjnej i opieki nad osobami z zaburzeniami otępiennymi, będzie stanowiło podstawę dla przeszkolenia opiekunów medycznych w przedmiotowym zakresie.

Obszarami, które powinny zostać uwzględnione przy tworzeniu programu kursu kwalifikacyjnego dla tej grupy zawodowej powinny być m.in. postępowanie opiekuńcze wobec pacjentów z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz pacjentów diabetologicznych, opieka paliatywna i hospicyjna, opieka geriatryczna oraz pierwsza pomoc .

2. Realizacja kursu kwalifikacyjnego dla opiekunów medycznych na potrzeby opieki długoterminowej, opieki paliatywno-hospicyjnej i opieki nad osobami z zaburzeniami otępiennymi – do końca 2030 r.

W celu zwiększenia liczby personelu przygotowanego do zapewnienia specjalistycznej opieki nad pacjentami w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywno-hospicyjnej i pacjentami z zaburzeniami otępiennymi planuje się podniesienie kwalifikacji opiekunów medycznych poprzez przeprowadzenie kursów doskonalących z zakresu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej tym grupom pacjentów.

Celem ww. działań edukacyjnych jest przygotowanie przedmiotowej grupy zawodowej do realizacji świadczeń w opiece domowej i środowiskowej.

REZULTAT 1											
Termin realizacji działań	Nr działania	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	1.										
	2.										
Indyktywne źródła finansowania	1. Środki NPZ na lata 2021–2025 2. Środki KPO na lata 2021–2027 finansowanego ze środków EFS+										
Koordynacja	1. CMKP we współpracy z MZ i MEiN 2. CMKP we współpracy z MZ										

ROZWÓJ FORM OPIEKI DZIENNEJ

CEL SZCZEGÓŁOWY: Rozwijanie form dziennej opieki medycznej nad osobami starszymi potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze szczególnym uwzględnieniem regionów oraz obszarów wiejskich, w których dostęp do świadczeń opieki długoterminowej oraz paliatywnej i hospicyjnej jest najbardziej ograniczony

Diagnoza

W polskim systemie opieki zdrowotnej brakuje nadal usług dziennej opieki długoterminowej dostosowanej do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego najbliższych, łączących zarówno pewne specyficzne cechy zorganizowanej opieki instytucjonalnej, jak również opieki udzielanej w warunkach domowych.

Dzienna opieka medyczna realizowana jest od kilku lat w ramach DDOM, utworzonych w projektach realizowanych ze środków unijnych. Nadrzędnym celem funkcjonowania DDOM jest zapewnienie jak najpełniejszej sprawności pacjentów w środowisku po przebytych hospitalizacjach, poprawa stanu zdrowia osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz zmniejszenie liczby i czasu trwania nieuzasadnionych medycznie hospitalizacji wśród tych osób.

Ze względu na pozytywny społeczny odbiór oferty usług DDOM zdecydowano się na kontynuację ich działalności w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2014-2020 oraz planuje się podjęcie podobnych działań także w przyszłej perspektywie finansowej 2021-2027.

Usługi udzielane w DDOM nie wyczerpują jednak zapotrzebowania na opiekę dzienną wśród pacjentów wymagających codziennego wsparcia zdrowotnego. Szczególną grupą osób, która – ze względu na specyfikę objawów i postępu choroby – wymaga odrębnej formy opieki, są osoby z zaburzeniami otępiennymi.

W ramach systemu ochrony zdrowia dostępne są świadczenia opieki długoterminowej stworzone z myślą o osobach starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, lecz brakuje usług specyficznych dla osób z otępieniem. Sprawowanie opieki nad chorymi z demencją w ramach opieki zdrowotnej odbywa się w ZOL i ZPO i w ramach opieki długoterminowej domowej oraz dziennych i całodobowych oddziałów psychogeriatrycznych. Nie są to jednak formy opieki ukierunkowane *stricte* na osoby z otępieniem, ale raczej ogólnie na osoby starsze, przewlekłe chore i potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu⁸⁶.

W ramach funkcjonującego w Rzeczypospolitej Polskiej powszechnego systemu opieki zdrowotnej nie wprowadzono dotychczas dedykowanych narzędzi dla efektywnego i kompleksowego rozwiązywania problemów osób z chorobami otępiennymi (w tym m.in. chorobą Alzheimera) i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci (m.in. chorobą Parkinsona, chorobą Huntingтона) oraz ich bliskich. Mając na uwadze potrzebę stworzenia kompleksowego systemu opieki nad osobami z demencją podjęto decyzję dotyczącą opracowania i wdrożenia krajowego planu działań wobec demencji.

Specyfika chorób otępiennych i innych przewlekłych chorób mózgu skutkujących zaburzeniami pamięci sprawia, że dostępne formy instytucjonalnej opieki zdrowotnej w Polsce nie są dostosowane do potrzeb tej grupy pacjentów. Ze względu na postępujący charakter objawów w chorobach otępiennych, objęcie pacjenta całodobową opieką instytucjonalną poza znajomym dla niego

⁸⁶ W ramach systemu pomocy społecznej opieka nad osobami z zaburzeniami otępiennymi odbywa się w: domach rodzinnych poprzez usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (środowiskowe domy samopomocy oraz kluby samopomocy), domach pomocy społecznej (jednostki samorządowe lub prowadzone na zlecenie jednostek samorządowych). W ramach sektora prywatnego opieka taka jest sprawowana w prywatnych domach opieki lub przez prywatnych opiekunów zastępczych zajmujących się chorym w domu.

otoczeniem niejednokrotnie może wzmacniać objawy chorobowe i wywoływać kolejne, przyspieszając tym samym postęp choroby oraz związaną z tym niesprawność i potrzebę wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

W 2010 r. niemal 92% chorych na demencję w Rzeczypospolitej Polskiej przebywało w domu od początku choroby aż do śmierci⁸⁷. Wynika stąd, że opieka nad chorym z zaburzeniami otępiennymi spoczywa głównie na opiekunach nieformalnych wywodzących się z rodziny chorego lub zaangażowanych przez jego rodzinę.

Opieka pozainstytucjonalna sprawowana w warunkach domowych obecnie głównie przez opiekunów nieformalnych wiąże się z dużym obciążeniem psychicznym i fizycznym opiekunów, którzy niejednokrotnie nie dysponują dostateczną wiedzą i umiejętnościami, żeby właściwie ją sprawować. W dłuższej perspektywie sytuacja ta ma również negatywny wpływ na stan zdrowia samych opiekunów oraz inne aspekty ich życia (rodzinnego, zawodowego, społecznego itp.).

System ochrony zdrowia w obecnym kształcie nie obejmuje świadczeń opiekuńczych oddzielnie dedykowanych tej grupie pacjentów uwzględniających ich potrzeby zdrowotne, ograniczenia funkcjonalne i perspektywy terapeutyczne. Z tego względu osoby te, w zależności od stadium choroby, są obejmowane różnymi rodzajami i zakresami świadczeń opieki zdrowotnej – od świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przez świadczenia opieki długoterminowej, po świadczenia psychiatryczne udzielane w warunkach szpitalnych. Brakuje natomiast kompleksowego podejścia i koordynacji opieki zdrowotnej pozwalającej objąć pacjenta i jego rodzinę odpowiednim wsparciem w ich środowisku lokalnym.

Rezultat 1

Stworzenie sieci DDOM finansowanych ze środków publicznych do końca 2030 r.

Działania

1. Włączenie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w DDOM do koszyka świadczeń gwarantowanych – do końca 2022 r.

W celu włączenia świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w DDOM do finansowania ze środków publicznych planuje się wprowadzenie stosownych zmian w przepisach prawnych w zakresie uwzględnienia opieki dziennej udzielanej w DDOM jako elementu świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej.

2. Umożliwienie istniejącym DDOM ubiegania się o finansowanie ze środków publicznych – do końca 2030 r.

Planuje się, że dzienna opieka zdrowotna udzielana w DDOM będzie mogła zostać sfinansowana ze środków publicznych w ramach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych opieki długoterminowej finansowanych ze środków NFZ lub innych.

3. Dalszy rozwój sieci DDOM – do końca 2030 r.

W kolejnych latach planuje się dalszy rozwój sieci DDOM poprzez finansowanie ze środków publicznych oraz poprzez rozbudowę infrastruktury sieci DDOM w ramach dofinansowania ze

⁸⁷ Durda M., *Organizacja opieki nad osobami z demencją w Polsce na tle krajów rozwiniętych i rozwijających się*, *Gerontologia Polska*, , tom 18, nr 2, Poznań 2010, s. 77.

środków unijnych na uruchomienie dodatkowych usług, w tym działania inwestycyjne czy dostosowanie lub doposażenie pomieszczeń.

REZULTAT 1											
Termin realizacji działań	Nr działania	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	1.										
	2.										
	3.										
Indykatywne źródła finansowania	1. Działanie bezkosztowe 2. Środki publiczne 3. Środki RPO na lata 2021–2027 (inwestycje, dostosowanie pomieszczeń, wyposażenie, dodatkowe usługi nieujęte w ramach sieci DDOM) Środki publiczne										
Koordinacja	1. MZ we współpracy z NFZ 2. MZ, NFZ 3. IZ RPO, MZ, NFZ										

Rezultat 2

Stworzenie systemu dziennego wsparcia dla osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci oraz dla opiekunów tych osób – do końca 2030 r.

Działania

1. Opracowanie standardu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci – do końca 2022 r.

Przewiduje się opracowanie standardu realizacji usług medycznych w Dziennych Centrach Wsparcia Pamięci (DCWP), który następnie zostanie przetestowany w ramach projektu pilotażowego.

2. Przeprowadzenie 3-letniego pilotażu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci – do końca 2025 r.

Na podstawie opracowanego standardu wsparcia pacjentów i ich opiekunów, planuje się pilotażowe uruchomienie DCWP. Pilotaż ma objąć obszar wszystkie 16 województw kraju. Przewiduje się, że pilotaż DCWP będzie realizowany przez okres 3 lat, w trakcie którego w każdym województwie powstałoby co najmniej jedno DCWP.

Każde z DCWP będzie prowadzone przez podmiot leczniczy posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

Świadczeniami opieki zdrowotnej realizowanymi przez DCWP zostaną objęte osoby mające prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W ramach pilotażu zostaną uruchomione następujące formy wsparcia:

- dzienna opieka medyczna dla osób z chorobą Alzheimera lub innymi zaburzeniami otępiennymi oraz innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci;

- edukacja opiekunów nieformalnych osób z chorobami otępiennymi albo innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci;
- wsparcie psychologiczne dla opiekunów nieformalnych osób z chorobami otępiennymi albo innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci;
- wstępne badania przesiewowe dla osób z objawami zaburzeń otępiennych;
- punkt informacji na temat dostępnego wsparcia ze strony pomocy społecznej.

DCWP w założeniu ma zapewnić chorym profesjonalną opiekę w ciągu dnia oraz wsparcie ich opiekunów nieformalnych, a także przyczyni się do poprawy dostępu do wczesnej diagnostyki i wykrywalności zaburzeń otępiennych.

3. Ewaluacja rezultatów przeprowadzonego pilotażu i analiza możliwości włączenia przetestowanych rozwiązań do systemu świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej – do końca 2025 r.

Pilotaż wsparcia w DCWP zostanie poddany ewaluacji oraz ocenie, w jaki sposób dane procedury mogą systemowo kwalifikować się do dofinansowania ze środków publicznych, tj. czy cechuje je wystarczająca efektywność i skuteczność kliniczna.

4. Tworzenie i finansowanie działalności dodatkowych Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci funkcjonujących na podstawie standardu wypracowanego w ramach przeprowadzonego pilotażu – do końca 2030 r.

Na podstawie przeprowadzonego pilotażu i wypracowanego standardu funkcjonowania Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci planuje się tworzenie i finansowanie nowych placówek udzielających wsparcia w tym zakresie na poziomie poszczególnych regionów.

5. Włączenie pozytywnie zwalidowanych form wsparcia realizowanych w ramach **Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci** do systemu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej – do końca 2030 r.

W przypadku pozytywnych wyników ewaluacji przeprowadzonego pilotażu planuje się włączenie usług Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci do świadczeń gwarantowanych udzielanych w opiece długoterminowej poprzez nowelizację przepisów z zakresu realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

REZULTAT 2											
Termin realizacji działań	Nr działania	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	1.										
	2.										
	3.										
	4.										
	5.										
Indykatywne źródła finansowania	1. Środki KPO na lata 2021–2027 finansowanego ze środków EFS+ Środki PT POWER 2. Środki KPO na lata 2021–2027 finansowanego ze środków EFS+ 3. Środki KPO na lata 2021–2027 finansowanego ze środków EFS+										

	<ul style="list-style-type: none"> 4. Środki RPO na lata 2021–2027 5. Budżet NFZ
Koordinacja	<ul style="list-style-type: none"> 1. MZ 2. MZ 3. MZ 4. IZ RPO, MZ 5. MZ we współpracy z NFZ

ROZWÓJ FORM OPIEKI DOMOWEJ

CEL SZCZEGÓŁOWY: Zwiększenie dostępności opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych

Diagnoza

Mimo, że liczba świadczeniodawców opieki długoterminowej udzielanych w warunkach domowych w ostatnich latach sukcesywnie spada, to liczba udzielanych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielonych w warunkach domowych, w tym w szczególności w ramach opieki pielęgniarstwa, wykazuje tendencję wzrostową. Należy zwrócić uwagę na dane wskazujące, iż liczba świadczeniobiorców korzystających z opieki długoterminowej domowej jest wyższa niż liczba świadczeniobiorców korzystających z opieki długoterminowej instytucjonalnej.

Rozwój opieki i wsparcia udzielanego w warunkach pozainstytucjonalnych, w środowisku lokalnym, w miarę możliwości w domu pacjenta lub jego rodziny, jest jednym z głównych kierunków rozwoju opieki zdrowotnej nad osobami starszymi. Niemniej jednak znaczącym ograniczeniem w tym procesie są kurczące się zasoby profesjonalnego personelu medycznego, w szczególności kadry pielęgniarstwa, która jest podstawą opieki udzielanej w warunkach domowych. Ograniczenia kadrowe, przy jednoczesnym wzroście zapotrzebowania na usługi opiekuńcze dla tej grupy pacjentów, stanowią ogromne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia. Perspektywa zaprojektowania odpowiednich rozwiązań w tym zakresie wymaga bowiem uwzględnienia zarówno potrzeb i oczekiwań zdrowotnych pacjentów, jak też aktualnych zasobów i możliwości organizacyjnych systemu.

Biorąc pod uwagę zakres wsparcia udzielanego pacjentom ze względu na stan zdrowia, w szczególności w warunkach domowych, warto zauważyć, że pewna część tych osób wymaga ze strony personelu medycznego w dużej mierze bieżącej pomocy i wsparcia w zakresie zaspokojenia podstawowych potrzeb biologicznych, utrzymania lub przywrócenia samodzielności i codziennej aktywności, zapewniania bieżącego bezpieczeństwa i higieny czy też pomocy w przyswajaniu zachowań prozdrowotnych.

Również dla części pacjentów z nieuleczalnymi i postępującymi chorobami codzienna opieka zdrowotna realizowana w ramach hospicjum domowego – poza zapobieganiem bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzaniem – opiera się w znaczącym stopniu na codziennej pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności takich jak czynności higieniczno-pielęgnacyjne, profilaktyce przeciwoleżynowej oraz wsparciu w użytkowaniu przedmiotów ortopedycznych i sprzętu rehabilitacyjnego.

W obu powyższych przypadkach wymienione obowiązki w dużej mierze pokrywają się z zakresem czynności opiekuńczych przewidzianych do realizacji przez opiekunów medycznych. Należy jednak zaznaczyć, że opiekunowie medyczni są obecnie zaangażowani jedynie w realizację świadczeń opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanych w warunkach stacjonarnych (w ZOL i ZPO i hospicjach stacjonarnych/oddziałach medycyny paliatywnej), nie uczestniczą natomiast w udzielaniu tych zakresów świadczeń w warunkach domowych.

Opiekunowie potrzebują jednocześnie różnorodnego sprzętu wspierającego ich w pielęgnowaniu osób przewlekle chorych i niesamodzielnych, a także chroniącego samych opiekunów przed przeciążeniem fizycznym. Często dostęp do takiego sprzętu jest bardzo ograniczony, szczególnie w małych miejscowościach i warunkowany posiadaniem formalnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Rezultat 1

Zwiększenie liczby świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej poprzez ich realizację przez opiekunów medycznych w warunkach domowych – od początku 2023 r.

Działania

1. Włączenie opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych – do końca 2023 r.

W celu poprawy dostępu do usług opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych, a także optymalizacji organizacji udzielania tychże świadczeń, planuje się większe włączenie opiekunów medycznych do ich realizacji poprzez wprowadzenie stosownych zmian w zakresie wymogów kadrowych w funkcjonujących przepisach określających warunków realizacji tych zakresów świadczeń.

Zgodnie z założeniami dla ww. zmian, opiekun medyczny ma przejąć przeprowadzanie prostych czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych wykonywanych dotychczas przez pielęgniarki opieki długoterminowej. Ma to pozwolić na zagospodarowanie aktualnych zasobów kadrowych opiekunów medycznych oraz odciążyć dotychczasowy personel pielęgniarski w przeważającej mierze udzielający tychże świadczeń. Jest to szczególnie istotne ze względu na rosnące niedobory personelu pielęgniarskiego w Rzeczypospolitej Polskiej oraz zmniejszający się potencjał zastępowalności pokoleniowej wśród tych kadr.

REZULTAT 1											
Termin realizacji działań	Nr działania	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	1.										
Indykatywne źródła finansowania	1. Budżet NFZ										
Koordinacja	1. MZ we współpracy z NFZ										

ROZWÓJ INNOWACYJNYCH FORM OPIEKI

CEL SZCZEGÓŁOWY: Zwiększenie dostępności usług z zakresu telemedycyny, w szczególności dla osób starszych oraz innych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Diagnoza

Wzrost popytu na opiekę zdrowotną w związku ze zmianami demograficznymi i starzeniem się społeczeństwa wiąże się z koniecznością zwiększenia efektywności udzielania usług medycznych w skali systemowej. Innowacyjne formy opieki, obejmujące m.in. zdalne systemy monitorowania i wsparcia, mogą stanowić odpowiedź na te wyzwania. Kluczowym elementem takich zmian jest rozwój i upowszechnienie rozwiązań z zakresu telemedycyny (lub szerzej zdrowia cyfrowego), która posiada istotny potencjał zwiększenia efektywności aktualnych zasobów ochrony zdrowia i optymalizacji wydatków z nimi związanych.

Raport *E-zdrowie oczami Polaków* z lutego 2018 r. wskazuje, że potencjał rozwiązań telemedycznych dostrzegają zarówno pacjenci, jak i lekarze. Obie grupy wskazały, że telemedycyna nie jest w Rzeczypospolitej Polskiej wystarczająco rozwinięta (65,2% pacjentów; 80% lekarzy) oraz że czynności związane z biurokracją w ochronie zdrowia pochłaniają zbyt wiele czasu i uwagi lekarzy (72% pacjentów i 66% lekarzy). Rozwijanie usług cyfrowych może przynieść wymierne korzyści w postaci m.in. zwiększenia efektywności opieki nad pacjentem. W grupie przebadanych osób pozytywna opinia na temat telemedycyny jest szczególnie widoczna wśród osób w wieku powyżej 60. roku życia (69,6% pacjentów w tym wieku uważa, że rozwój telemedycyny wpłynie pozytywnie na sytuację społeczną), co wskazuje na istotną rolę i potencjał rozwiązań telemedycznych dla osób starszych.

Narzędzia e-zdrowia, w tym także telemedycyna, mogą być stosowane zarówno w odniesieniu do chorób przewlekłych, takich jak choroby układu sercowo-naczyniowego (m.in. poprzez konsultacje na odległość, zastosowanie urządzeń monitorujących stan zdrowia, urządzeń mobilnych, technologii ubieralnych), jak również wielu powszechnych chorób cywilizacyjnych (poprzez promowanie zdrowego stylu życia z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi komunikacji, odpowiednią dietę i aktywność fizyczną oraz zapewnienie wsparcia w indywidualnym doborze badań profilaktycznych).

Ponadto w Rzeczypospolitej Polskiej istnieją grupy społeczne, które ze względu na sytuację społeczno-ekonomiczną wymagają pilnego wsparcia w celu wyrównania dostępu do usług medycznych. Osoby te zamieszkują z reguły obszary nieurbanizowane, znajdujące się w znacznym oddaleniu (kilkadziesiąt km) od ośrodków zdrowia⁸⁸. Do tej grupy często zaliczają się osoby starsze i inne osoby ze szczególnymi potrzebami. Dojazdy na wizyty u lekarzy specjalistów są dla tych osób niejednokrotnie trudne lub wręcz niemożliwe m.in. z uwagi na ograniczone zasoby finansowe, czas potrzebny na podróż i ograniczenie mobilności. W związku z tym osoby te często przerywają proces diagnozowania bądź leczenia nie realizując zaleceń lekarzy prowadzących. Wsparcie tych grup jest niezbędne w celu zwiększenia dostępu i jakości świadczeń opieki zdrowotnej, ale także poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia. Osiągnięcie takich rezultatów ma być możliwe m.in. dzięki zastosowaniu na szerszą skalę nowych technologii wspierających proces udzielania usług medycznych.

⁸⁸ Opieka długoterminowa: <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3361>, Opieka paliatywna i hospicyjna: <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3368>

Rezultat 1

Realizacja wypracowanych procedur telemedycznych w wybranych dziedzinach medycyny w ramach świadczeń gwarantowanych – od 2027 r.

Działania

1. Opracowanie standardów procedur telemedycznych – do końca 2021 r.

Zakłada się powołanie zespołu ekspertów, którego zadaniem będzie opracowanie standardów procedur telemedycznych. W celu poprawy dostępności i jakości usług medycznych, w tym dedykowanych osobom starszym i innym osobom ze szczególnymi potrzebami, ma zostać przygotowanych 7 modeli w wybranych dziedzinach medycyny.

2. Opracowanie modeli procedur telemedycznych w wybranych dziedzinach medycyny – do końca 2021 r.

Grupy ekspertów na podstawie przeprowadzonych analiz mają wypracować propozycje modeli świadczeń telemedycznych, które następnie zostaną przetestowane w projektach pilotażowych.

3. Przeprowadzenie pilotaży procedur telemedycznych pod względem możliwości rozszerzenia koszyka świadczeń gwarantowanych – do końca 2024 r.

W wybranych podmiotach mają zostać pilotażowo wdrożone procedury telemedyczne zgodne z opracowanymi modelami świadczeń telemedycznych. Działanie takie pozwoli na ocenę skuteczności proponowanych rozwiązań i możliwości ich wdrożenia na szerszą skalę.

4. Ewaluacja rezultatów przeprowadzonych pilotaży i analiza możliwości włączenia przetestowanych rozwiązań do systemu świadczeń gwarantowanych – do końca 2025 r.

Wdrożenia pilotażowe mają zostać poddane ewaluacji oraz ocenie, czy dane procedury mogą kwalifikować się do dofinansowania ze środków publicznych, tj. czy cechuje je wystarczająca efektywność i skuteczność kliniczna.

5. Włączenie pozytywnie zwalidowanych procedur telemedycznych do systemu świadczeń gwarantowanych – do końca 2027 r.

Przewiduje się, że przetestowane i zatwierdzone rozwiązania dotyczące procedur telemedycznych zostaną wprowadzone do systemu świadczeń gwarantowanych.

REZULTAT 1											
Termin realizacji działań	Nr działania	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	1.										
	2.										
	3.										
	4.										
	5.										
Indykatywne źródła	1.	Środki Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014 – 2021 (projekt telemedyczny)									
	2.	Środki Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014 – 2021 (projekt telemedyczny)									

finansowania	3. Środki Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014 – 2021 (część konkursowa) 4. Środki Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014 – 2021 (projekt telemedyczny) 5. Budżet NFZ
Koordinacja	1. MZ 2. MZ 3. MZ 4. MZ 5. MZ we współpracy z NFZ

WSPARCIE OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH

CEL SZCZEGÓŁOWY: Rozwój wsparcia środowiskowego dla opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Diagnoza

Formalna opieka domowa stanowi w Rzeczypospolitej Polskiej nadal zbyt małą część wszystkich usług pielęgnacyjno-opiekuńczych. Wzrost liczby pacjentów objętych opieką długoterminową obserwuje się przede wszystkim w placówkach opieki stacjonarnej, natomiast odsetek usług opieki udzielanej w warunkach domowych zwiększa się dużo wolniej.

Mimo znaczącego rozwoju zarówno publicznych, jak i prywatnych usług opiekuńczych kluczową rolę pełni nadal opieka zapewniana przez rodzinę i bliskich osób chorych. Opiekunami nieformalnymi osoby zależnej są członkowie rodziny lub inne bliskie osoby (w większości kobiety w średnim wieku), którzy pełnią tę opiekę nieodpłatnie.

W 2010 r. w Rzeczypospolitej Polskiej praca opiekuńcza nad osobami spoza własnego gospodarstwa domowego stanowiła 53% całości pracy niezarobkowej wykonywanej w kraju, co przełożyło się na wypracowanie 0,77 mln etatów. Opieka nad chorymi i osobami starszymi stanowiła niemal ⅓ ogółu pracy opiekuńczej⁸⁹.

Opiekunowie nieformalni nie są rejestrowani, z wyjątkiem nielicznych osób, którzy pobierają np. specjalny zasiłek opiekuńczy. Próba oszacowania liczby nieformalnych opiekunów osób starszych w Polsce podjęta została po raz pierwszy właśnie w ramach międzynarodowego projektu EUROFAMCARE, realizowanego w latach 2003–2004. Na podstawie tego badania oszacowano liczbę osób starszych z niepełnosprawnościami lub wymagających pomocy w wykonywaniu codziennych czynności na ok. 2 mln⁹⁰.

Do przyczyn wysokiego poziomu zaangażowania opieki nieformalnej w Rzeczypospolitej Polskiej należą przede wszystkim tradycyjne stosunki rodzinne oraz wysoki współczynnik współzamieszkania (częste przypadki zamieszkiwania osób starszych ze swoimi dziećmi). Warto przy tym podkreślić, że opieka sprawowana przez rodzinę ma dla osoby chorej i potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu pozytywne skutki społeczne i zdrowotne – obecność bliskich oraz pozytywne relacje z rodziną mają bowiem szczególne znaczenie dla poczucia bezpieczeństwa i komfortu życia.

Skuteczna opieka wymaga od opiekunów nieformalnych wielu kompetencji i poświęceń, jednak w wielu przypadkach opiekunowie nie posiadają wystarczającej wiedzy, umiejętności i wsparcia umożliwiającego właściwe sprawowanie codziennej opieki.

Tymczasem okazuje się, że opiekunowie nieformalni często nie posiadają nawet podstawowej wiedzy o dostępnych rozwiązaniach mogących ułatwić im sprawowanie opieki, takich jak świadczenia pielęgniarstwa opieki długoterminowej, domowe zabiegi rehabilitacyjne, dostęp do sprzętu ortopedycznego i pomocniczego, system dofinansowań takiego sprzętu oraz warunki jego uzyskania⁹¹. Wiedza ta jest istotna przede wszystkim na początkowym etapie opieki.

⁸⁹ *Opiekunowie rodinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej – raport z badania*, ROPS Kraków, Kraków 2015, s. 7.

⁹⁰ *Opiekunowie rodinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej – raport z badania*, ROPS Kraków, Kraków 2015, s. 8.

⁹¹ Raciąg M., *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłaconej pracy*, [w:] *O sytuacji ludzi starszych*, J. Hryniewicz (red.), Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 76.

Szkolenia powinny obejmować różnorodną tematykę – od podstawowej opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, po szczegółowe zagadnienia z zakresu konkretnych chorób, o których wiedzy brakuje nawet doświadczonym opiekunom. Wśród najważniejszych zakresów wsparcia edukacyjnego opiekunów znajdują się m.in.:

- nauka zasad udzielania pierwszej pomocy;
- przyswojenie praktycznych sposobów obsługi osób obłożnie chorych (zasady przemieszczania, zmiana pieluch, zmiana pościeli, mycie, karmienie, higiena osobista, profilaktyka przeciwoleżynowa);
- umiejętność przeprowadzenia prostych zabiegów medycznych, administrowania leków, oklepywania zapobiegającego odleżynom, wykorzystywania elementów fizjoterapeutycznych i wykonywania prostych masażu, pomiaru ciśnienia i opatrywania ran;
- właściwa opieka nad osobami z zaburzeniami otępiennymi w różnym ich etapie postępu choroby;
- prewencja upadków i urazów.

Również dla utrzymania dobrej jakości życia opiekuna w czasie opieki nad chorym duże znaczenie ma wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół i najbliższego otoczenia (sąsiadów, lokalnych władz i instytucji). Niemniej ważny jest także pozytywny przekaz międzypokoleniowy oraz wcześniejsze doświadczenia dotyczące opieki w rodzinie nad osobą potrzebującą pomocy w chorobie w warunkach domowych. Natomiast do czynników obniżających jakość życia opiekuna zalicza się najczęściej zmiany dotyczące jakości relacji między pacjentem a opiekunem, poczucie braku kontroli nad sytuacją i braku wpływu, konflikty rodzinne, problemy w innych relacjach międzyludzkich, brak akceptacji pomocy ze strony rodziny, zmiany sposobu spędzania czasu wolnego, brak doświadczenia i umiejętności w adekwatnym postępowaniu z chorym⁹². Częstokroć utrudnione jest łączenie opieki nieformalnej z pracą zawodową i aktywnością społeczną, co może prowadzić do zubożenia gospodarstw domowych oraz pogorszenia stanu zdrowia fizycznego i psychicznego opiekuna, a w konsekwencji może również negatywnie wpłynąć na jakość udzielanej przez niego opieki. Ze względu na brak szerokiego dostępu do systemowego wsparcia realizacja opieki najczęściej negatywnie wpływa na jakość życia opiekuna.

Sprawowanie opieki w domu nad przewlekle chorymi z deficytem sprawności funkcjonalnej dla wielu opiekunów staje się trudnym wyzwaniem. Poprawa jakości życia może być istotnym celem postępowania terapeutycznego, sprzyjającym zapewnieniu optymalnej opieki nad chorym w warunkach domowych⁹³.

Wraz z długością trwania opieki pogarsza się stan somatyczny opiekunów, co czyni ich bardziej podatnymi na negatywne skutki stresu. Dłuższy czas opieki związany jest ze zwiększonym obciążeniem, występowaniem objawów depresyjnych i lękowych, a tym samym z pogorszeniem samooceny stanu zdrowia i obniżeniem jakości życia opiekuna. Pogorszenie się jakości życia opiekuna może być powodem niewystarczającej pomocy udzielanej osobom z niską sprawnością funkcjonalną w środowisku domowym. Napięcie związane z wykonywaniem zadań opiekuńczych, w połączeniu z poczuciem uwięzienia roli opiekuna, należą do głównych powodów, dla których opiekunowie decydują się na instytucjonalizację opieki dla swoich bliskich⁹⁴.

⁹² Jakość życia starszych opiekunów nieformalnych osób przewlekle chorych w opiece domowej, Kachaniuk H, Bartoszek A., Ślusarska B., Nowicki G., Kocka K., Deluga A., Piasecka K. [w:] *Geriatría* 2018, nr 12, s. 75.

⁹³ Jakość życia starszych opiekunów nieformalnych osób przewlekle chorych w opiece domowej, Kachaniuk H, Bartoszek A., Ślusarska B., Nowicki G., Kocka K., Deluga A., Piasecka K. [w:] *Geriatría* 2018, nr 12, s. 75.

⁹⁴ Jakość życia starszych opiekunów nieformalnych osób przewlekle chorych w opiece domowej, Kachaniuk H, Bartoszek A., Ślusarska B., Nowicki G., Kocka K., Deluga A., Piasecka K. [w:] *Geriatría* 2018, nr 12, s. 81.

Dlatego też niezbędne jest zapewnienie opiekunom nieformalnym także wsparcia psychologicznego, dającego szansę na zapobieganie i leczenie zaburzeń, które mogą się pojawić w sytuacji długotrwałego wykonywania zadań opiekuńczych wobec starszych osób bliskich.

Wsparcie psychologiczne dla opiekunów daje możliwość podtrzymania lub poprawy zdolności do utrzymania właściwych relacji z pacjentem, zapobiegające depresji i „wypaleniu” opiekunów⁹⁵.

Ze względu na duże znaczenie opieki nieformalnej oraz niezaspokojone potrzeby po stronie opiekunów nieformalnych w zakresie zapewnienia wielokierunkowego wsparcia systemowego w sprawowaniu codziennej opieki przewiduje się podjęcie kompleksowych działań ukierunkowanych zarówno na podniesienie kompetencji opiekuńczych tej grupy osób (z uwzględnieniem różnych problemów związanych z poszczególnymi jednostkami chorobowymi i zakresami opieki), jak również umiejętności radzenia sobie z ciężarem tej opieki w kontekście potrzeby utrzymania aktywności w życiu prywatnym i zawodowym.

Należy dążyć do zapewnienia opiekunom nieformalnym odpowiedniego wsparcia w środowisku lokalnym – oprócz zapewnienia dostępu do świadczeń opiekuńczych w warunkach domowych lub środowiskowych, niezwykle istotna jest również organizacja kompleksowego wsparcia informacyjnego, edukacyjnego i psychologicznego.

Osobom chorym na choroby otępienne i ich opiekunom niejednokrotnie brakuje rzetelnej i kompleksowej informacji na temat dostępnych form pomocy i opieki oraz specyfiki samej choroby, a także możliwości uzyskania porady i wsparcia emocjonalnego w codziennym radzeniu sobie z ciężarem choroby i opieki. Znajomość objawów (w tym zmian emocjonalnych, poznawczych, behawioralnych) i perspektywy dalszego postępowania choroby oraz dostępnych form pomocy dla osób chorych i opiekunów może w znaczący sposób wpływać na jakość życia zarówno opiekuna, jak i samego chorego. Może m.in. zmniejszać poczucie bezradności towarzyszące chorobie oraz wspierać aktywne radzenie sobie z codziennymi problemami z nią związanymi.

Wymienione powyżej obszary wsparcia mają szczególne znaczenie ze względu na fakt, że opiekunowie nieformalni niejednokrotnie już należą, bądź niebawem będą należeć, do grupy osób starszych, a tym samym odpowiednio szybkie wdrożenie działań zapobiegawczych i wspierających ich codzienne funkcjonowanie w kontekście sprawowania opieki wydaje się kluczowe dla wydłużenia ich lat w zdrowiu, sprawności i samodzielności, a tym samym również opóźnienia konieczności umieszczenia swojego podopiecznego w opiece instytucjonalnej.

⁹⁵ Badania dotyczące opiekunów nieformalnych w Polsce przeprowadzono również w ramach międzynarodowego projektu *Nurse Managed Care for Elderly* – NMCE, którego polskim partnerem był zespół WSINF z Łodzi. Celem przedsięwzięcia było określenie potrzeb edukacyjnych opiekunów formalnych i nieformalnych, opracowanie dróg wspierania opiekunów nieformalnych jako osób dorosłych oraz podniesienie poziomu kompetencji i jakości opieki zdrowotnej świadczonej przez opiekunów – na podstawie: Janowicz A., *Rola opiekunów nieformalnych w opiece u kresu życia. Przyczynek do badań w ramach projektu, European Palliative Care Academy (EUPCA), Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2014, tom 4, nr 2, s. 163.

Rezultat 1

Podniesienie kompetencji opiekuńczych opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z zakresu opieki nad tymi osobami – do końca 2030 r.

Działania

1. Opracowanie ramowego programu szkoleń dla opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2022 r.

Planuje się, że wybrani eksperci opracują ramowy program szkoleń, na podstawie którego realizatorzy szkoleń przeprowadzą stosowne zajęcia dla uczestników w przedmiotowym zakresie. Jako baza powinny posłużyć doświadczenia z projektów już realizowanych w tym zakresie.

2. Organizacja i przeprowadzenie lokalnych szkoleń dla opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2030 r.

Planuje się, że szkolenia będą się odbywały na terenie całej Rzeczypospolitej Polskiej, w środowiskach lokalnych – blisko miejsca zamieszkania uczestników, a także w formie zdalnej w postaci szkoleń online. Przeprowadzenie szkoleń ma na celu podniesienie wiedzy i umiejętności opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w zakresie opieki nad tymi osobami, co pozwoli poprawić jakość i bezpieczeństwo opieki sprawowanej przez nich w domu. Ponadto podczas szkoleń uczestnicy będą mogli zwiększyć swoją wiedzę na temat objawów chorobowych w wybranych chorobach charakterystycznych dla starszego wieku, w tym zaburzeniach otępiennych i innych zaburzeniach pamięci.

REZULTAT 1											
Termin realizacji działań	Nr działania	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	1.										
	2.										
Indykatywne źródła finansowania	1. Środki NPZ na lata 2021–2025 2. Środki RPO na lata 2021–2027										
Koordinacja	1. MZ 2. IZ RPO, MZ										

Rezultat 2

Poprawa stanu zdrowia psychofizycznego i umiejętności radzenia sobie z rolą opiekuna u opiekunów nieformalnych osób starszych i potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osób z zaburzeniami otępiennymi – do końca 2030 r.

Działania

1. Opracowanie programu realizacji pilotażu wsparcia psychologicznego i profilaktyki zdrowia psychofizycznego dla opiekunów osób starszych i potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2022 r.

W celu przeprowadzenia pilotażu wsparcia psychologicznego dla opiekunów nieformalnych planuje się opracowanie założeń realizacji pilotażu, w tym programu poszczególnych form wsparcia psychologicznego, przez odpowiednich ekspertów w konsultacji z innymi wymaganymi podmiotami.

2. Przeprowadzenie pilotażu wsparcia psychologicznego i profilaktyki zdrowia psychofizycznego dla co najmniej 1 000 opiekunów osób starszych i potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2025 r.

Wsparcie psychologiczne i profilaktyki zdrowia psychofizycznego, w tym w postaci sesji terapii grupowej, dla opiekunów nieformalnych osób starszych i potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osób z zaburzeniami otępiennymi, zostaną pilotażowo wdrożone przez wybrane podmioty na podstawie opracowanego programu pilotażowego, w tym programu wsparcia psychologicznego. Realizacja pilotażu pozwoli na ocenę skuteczności zaproponowanych rozwiązań wspierających i możliwości ich wdrożenia na szerszą skalę.

3. Ewaluacja rezultatów przeprowadzonego pilotażu i analiza możliwości włączenia przetestowanych rozwiązań do systemu świadczeń gwarantowanych – do końca 2026 r.

Po zakończeniu pilotażu realizacja poszczególnych form wsparcia psychologicznego i ich rezultaty mają zostać poddane kompleksowej ocenie pod względem trafności i efektywności zastosowanych rozwiązań oraz możliwości ich włączenia do systemu publicznej ochrony zdrowia w ramach profilaktyki zdrowotnej.

4. Włączenie pozytywnie zwalidowanych form wsparcia psychologicznego dla opiekunów nieformalnych osób starszych i potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu do systemu publicznej ochrony zdrowia – do końca 2030 r.

W przypadku pozytywnych wyników ewaluacji przeprowadzonego pilotażu planuje się włączenie przetestowanych form wsparcia psychologicznego dla opiekunów nieformalnych do systemu publicznej ochrony zdrowia w ramach realizacji profilaktyki zdrowotnej poprzez zapobieganie chorobom psychosomatycznym i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem opiekunów nieformalnych.

REZULTAT 2											
Termin realizacji działań	Nr działania	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	1.										
	2.										

	3.										
	4.										
Indykatywne źródła finansowania	1. Środki NPZ na lata 2021–2025 2. Środki NPZ na lata 2021–2025 3. Środki NPZ na lata 2021–2025 4. Budżet NFZ										
Koordinacja	1. MZ 2. MZ 3. MZ 4. MZ we współpracy z NFZ										

Rezultat 3

Zapewnienie profesjonalnej telefonicznej informacji na temat zaburzeń otępiennych oraz wsparcia psychologicznego dla opiekunów i chorych – do końca 2030 r.

Działania

1. Opracowanie założeń pilotażu telefonicznej informacji i wsparcia psychologicznego dla osób z zaburzeniami otępiennymi oraz ich opiekunów – do końca 2022 r.

Dla celów przeprowadzenia pilotażu telefonicznej informacji i wsparcia psychologicznego dla osób chorych na otępienia i ich opiekunów planuje się opracowanie przez wybranych ekspertów założeń realizacji poszczególnych działań w tym zakresie.

2. Przeprowadzenie pilotażu telefonicznej informacji i wsparcia psychologicznego dla co najmniej 30 000 osób z zaburzeniami otępiennymi oraz ich opiekunów – do końca 2025 r.

Pilotażowe uruchomienie telefonicznej informacji i wsparcia psychologicznego dla osób chorych na otępienia i ich opiekunów pozwoli na udzielenie osobom zgłaszającym się bieżących informacji m.in. na temat przebiegu choroby, dostępnych usług społecznych stanowiących wsparcie dla osób chorych i ich opiekunów, kwestii prawnych, a także zapewnienie wsparcia emocjonalnego oraz pomocy w zakresie radzenia sobie z chorobą.

3. Ewaluacja rezultatów przeprowadzonego pilotażu i analiza możliwości dalszego finansowania infolinii ze środków krajowych – do końca 2026 r.

Po zakończeniu pilotażu jego rezultaty mają zostać poddane kompleksowej ocenie pod względem trafności i efektywności zastosowanych rozwiązań oraz możliwości ich włączenia do systemu publicznej ochrony zdrowia w ramach profilaktyki zdrowotnej.

4. Utrzymanie funkcjonowania infolinii ze środków krajowych – do końca 2030 r.

Ewentualne dalsze utrzymanie działania infolinii planuje się w ramach kontynuacji realizacji Narodowego Programu Zdrowia lub krajowego planu w zakresie demencji.

REZULTAT 3											
Termin realizacji działań	Nr działania	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	1.										
	2.										

	3.										
	4.										
Indykatywne źródła finansowania	1. Środki KPO na lata 2021–2027 finansowanego ze środków EFS+ 2. Środki KPO na lata 2021–2027 finansowanego ze środków EFS+ 3. Środki KPO na lata 2021–2027 finansowanego ze środków EFS+ 4. Środki NPZ na lata 2021-2025 Środki przewidziane na realizację krajowego planu w zakresie demencji										
Koordinacja	1. MZ 2. MZ 3. MZ 4. MZ										

KOORDYNACJA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ

CEL SZCZEGÓŁOWY: Zwiększenie dostępu do kompleksowej informacji na temat istniejącego wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów

Diagnoza

Istotnym problemem systemowym wpływającym na właściwe korzystanie z przysługujących świadczeń opieki zdrowotnej oraz innych dostępnych usług zdrowotnych jest niska świadomość i wiedza społeczna na temat dostępnych form opieki i wsparcia publicznego.

Osoby starsze potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu wymagające ze względu na swój stan zdrowia określonej formy opieki, pielęgnacji lub innego rodzaju wsparcia, jak również ich opiekunowie nieformalni, mają niejednokrotnie problem z poruszaniem się w obrębie systemu ochrony zdrowia oraz otrzymaniem przysługującej im pomocy.

Brakuje aktualnie kompleksowej bazy informacji na temat dostępnej oferty świadczeń opieki zdrowotnej oraz innych form wsparcia zdrowotnego, jak również innych kwestii użytecznych dla osób starszych i ich opiekunów, w ramach którego osoby te mogłyby w sposób szybki i łatwy uzyskać niezbędne informacje i pomoc (m.in. w zakresie dostępnych świadczeń opieki zdrowotnej oraz innych usług o charakterze zdrowotnym, innych wspierających działań o charakterze prozdrowotnym realizowanych regionalnie i lokalnie oraz danych teleadresowych instytucji i podmiotów udzielających takiego wsparcia oraz innych informacji użytecznych w codziennym radzeniu sobie z chorobą lub rolą opiekuna, np. dotyczących przebiegu danych chorób, objawów towarzyszących itp.).

Również pracownicy instytucji i placówek zaangażowanych w udzielanie opieki i wsparcia zdrowotnego pacjentom w starszym wieku i ich opiekunom najczęściej nie posiadają wystarczającej wiedzy, aby odpowiednio pokierować pacjentów i ich bliskich w zakresie wsparcia zdrowotnego wykraczającego poza obszar świadczeń opieki zdrowotnej lub innych usług związanych z ochroną zdrowia udzielanych przez podmioty, w których pracują. Powoduje to sytuację, w której w celu uzyskania dalszego lub dodatkowego wsparcia w innym obszarze ochrony zdrowia pacjenci i ich opiekunowie są zmuszeni szukać informacji w wielu miejscach, co może generować problemy w uzyskaniu właściwej pomocy.

W konsekwencji niewystarczającej świadomości i wiedzy na temat dostępnego wsparcia publicznego niejednokrotnie proces otrzymania oczekiwanej pomocy może ulec wydłużeniu lub nawet stać się niemożliwy, a tym samym może skutkować pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta oraz zwiększeniem obciążenia codzienną opieką u jego opiekuna nieformalnego. Ponadto brak wiedzy na temat jasnych zasad i warunków objęcia danym wsparciem może wzmacniać u tych osób poczucie bezsilności, marginalizacji i izolacji społecznej, co również może negatywnie oddziaływać na ogólną jakość życia, w tym związaną ze zdrowiem, ale też obniżać zaufanie do instytucji publicznych.

Ułatwieniem dla pacjentów i ich opiekunów w zakresie poruszania się po systemie opieki zdrowotnej byłoby udostępnienie online w jednym miejscu wszelkich niezbędnych, aktualizowanych na bieżąco i prezentowanych w przystępny sposób informacji na temat dostępnych usług i świadczeń dedykowanych osobom starszym i potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz ich opiekunom. Taka baza informacyjna powinna obejmować informacje m.in. na temat zasad kwalifikacji do objęcia określonym wsparciem, instytucji i placówek decydujących o objęciu danym wsparciem, dokumentacji niezbędnej do otrzymania określonej formy wsparcia, a także innych ważnych informacji i porad przydatnych dla opiekunów nieformalnych dotyczących np. objawów chorobowych, codziennej opieki nad chorym i problemów z nią związanych. Może w znaczący sposób usprawnić i skutecznić

indywidualny proces diagnostyczny, leczniczy i rehabilitacyjny, a tym samym również wpłynąć na wydłużenie okresu pozostawania pacjenta poza opieką instytucjonalną.

Ministerstwo Zdrowia współpracuje z Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej w zakresie opracowania strategii deinstytucjonalizacji usług społecznych w Rzeczypospolitej Polskiej, z uwzględnieniem potrzeb osób z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami psychicznymi, osób starszych, rodzin, dzieci i młodzieży, w tym pieczy zastępczej, a także osób bezdomnych.

Rezultat 1

Stworzenie kompleksowej bazy informacji dostępnej online na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów – do końca 2030 r.

Działania

1. Opracowanie kompleksowej informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz systemu jej aktualizacji – do końca 2022 r.

Planuje się wybór podmiotu, który zbierze informacje na temat systemu wsparcia zdrowotnego (z uwzględnieniem działań realizowanych regionalnie) oraz innych kwestii (np. dotyczących przebiegu danych chorób, objawów towarzyszących itp.) użytecznych dla osób starszych i ich opiekunów, a następnie na tej podstawie opracowanie kompleksowej bazy informacji oraz systemu ich weryfikacji i aktualizacji.

2. Zamieszczenie na stronie internetowej pacjent.gov.pl informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz ich bieżąca aktualizacja – do końca 2030 r.

Planuje się udostępnienie zebranych i opracowanych informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów na stronie internetowej pacjent.gov.pl. Informacje mają być również zamieszczane i aktualizowane na bieżąco, w przejrzystej i komunikatywnej formie oraz w sposób łatwy do nawigacji, tak aby użytkownicy, do których będą skierowane, mogli łatwo je odnaleźć na stronie i z nich skorzystać.

REZULTAT 2											
Termin realizacji działań	Nr działania	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	1.										
	2.										
Indykatywne źródła finansowania	1. Budżet państwa 2. Budżet państwa										
Koordynacja	1. MZ 2. MZ										

SYSTEM REALIZACJI I MONITOROWANIA

Strategia ma stanowić politykę publiczną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2021 r. poz. 1057). Szczegółowy sposób opracowywania *Strategii* określony jest w przepisach tejże ustawy.

Strategia stanowi ramy dla procesu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych. Wskazuje ona m.in.:

- grupy docelowe oraz cele główne strategii do nich przypisane;
- obszary deinstytucjonalizacji w odniesieniu do każdej grupy docelowej oraz cele szczegółowe przypisane do każdego z obszarów;
- rezultaty dla każdego celu szczegółowego oraz działania umożliwiające osiągnięcie zakładanych rezultatów;
- przewidywany okres realizacji poszczególnych działań;
- rodzaj i wysokość środków możliwych do wykorzystania w ramach realizacji poszczególnych działań;
- podmioty koordynujące i zaangażowane w realizację poszczególnych działań;
- wskaźniki monitorowania osiągnięcia rezultatów.

Realizacja *Strategii* wymaga działań w wymiarze prawnym, organizacyjnym, finansowym i informacyjnym, koordynowanych w szczególności przez instytucje administracji publicznej.

Strategia jest dokumentem obejmującym działania przewidziane do finansowania zarówno ze środków krajowych, jak i funduszy europejskich. Sposób zarządzania zarówno środkami budżetowymi, jak i środkami funduszy europejskich, jest uregulowany w odrębnych przepisach, podobnie jak sposób ubiegania się o finansowanie przedsięwzięć z tych środków. Realizacja *Strategii* nie wpływa na zmiany w przepisach w zakresie zarządzania przepływami finansowymi i ich wielkością.

Kontrolę w zakresie prawidłowego wykorzystania środków regulują odpowiednie przepisy prawne, zarówno w zakresie środków krajowych, jak i unijnych. Nie planuje się powołania dodatkowych instytucji do kontroli realizacji działań określonych w *Strategii*.

Strategia jest zbiorem działań kierunkowych, które dotyczą obszaru zdrowia, zatem instytucją koordynującą ich realizację jest Ministerstwo Zdrowia we współpracy z innymi instytucjami, w tym Instytucjami Zarządzającymi Regionalnymi Programami Operacyjnymi. Istotnym elementem w tym zakresie będzie skorelowanie działań o charakterze krajowym z działaniami realizowanymi w poszczególnych regionach kraju.

Finansowanie

Działania ujęte w *Strategii* ukierunkowane na poprawę sytuacji zdrowotnej osób starszych i potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz ich opiekunów planuje się realizować zarówno ze środków krajowych, jak i ze środków europejskich. W ramach środków krajowych zaplanowane działania mają być wdrażane przede wszystkim ze środków NFZ, ale również m.in. ze środków Narodowego Programu Zdrowia (NPZ). W przypadku prowadzenia działań w ramach NPZ planuje się ich realizację w trybie konkursowym przez wybranych realizatorów, którzy będą odpowiadać za proces wdrożenia danych rozwiązań na poziomie regionalnym lub ogólnopolskim (w tym za harmonogram działań, dobór narzędzi realizacji, zapewnienie zasobów kadrowych, przeprowadzenie kolejnych działań, ewaluację realizacji projektu itp.).

Koordynacja

Koordynacja realizacji działań i monitorowania rezultatów co do zasady spoczywa na Ministerstwie Zdrowia, jednak w przypadku działań związanych z finansowaniem włączenia rozwiązań do systemu świadczeń gwarantowanych ich koordynatorem ma być NFZ, natomiast w odniesieniu do działań wdrażanych na poziomie regionalnym ze środków europejskich – Instytucje Zarządzające Regionalnymi Programami Operacyjnymi oraz Instytucje Pośredniczące.

Ewaluacja

W ramach wdrażania *Strategii* nie planuje się ewaluacji działań wynikających z dokumentu .

Wskaźniki monitorowania

Wdrażanie wskazanych w niniejszym dokumencie działań będzie wiązało się z okresowym monitorowaniem wskaźników zawartych w oczekiwanych rezultatach.

Nadrzędnym założeniem przy konstrukcji wskaźników monitorowania realizacji działań i zakładanych rezultatów tych działań jest osiągnięcie szybszego wzrostu liczby osób w wieku co najmniej 65 lat objętych środowiskową (domową i dzienną) opieką długoterminową niż wzrostu liczby osób objętych całodobową stacjonarną (instytucjonalną) opieką długoterminową.

Pozostałe wskaźniki monitorowania w tym zakresie obejmują również:

- liczbę opiekunów medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielanej w warunkach domowych na 10 tys. osób w wieku co najmniej 65 lat;
- liczbę osób w wieku co najmniej 65 lat objętych świadczeniami pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi w ramach opieki długoterminowej udzielanymi w warunkach domowych;
- liczbę osób w wieku co najmniej 65 lat korzystających z dziennej opieki długoterminowej udzielanej w ramach DDOM;
- liczbę osób w wieku co najmniej 65 lat korzystających z dziennej opieki długoterminowej udzielanej w ramach Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci;
- odsetek osób w wieku 65 lat i więcej objętych opieką długoterminową, w tym w formach środowiskowych.

Zakłada się wzrost wartości każdego z ww. wskaźników w okresie wdrażania *Strategii* (porównanie wyjściowej wartości wskaźnika do jego wartości końcowej).

Źródłem danych dla wybranych do monitorowania celów jest m.in.: statystyka publiczna, dane NFZ, mapy potrzeb zdrowotnych.

Załącznik nr 2 do dokumentu

„Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.

**STRATEGIA DEINSTYTUCJONALIZACJI: OPIEKA
ZDROWOTNA NAD OSOBAMI
Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI**

Spis treści

Wstęp	3
DIAGNOZA POTRZEB ZDROWOTNYCH I DOSTĘPNEGO WSPARCIA ZDROWOTNEGO	4
Zdrowie psychiczne dorosłych.....	4
Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży	7
Dostępne wsparcie	11
Oddziały psychiatryczne dla dorosłych.....	11
Oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży	15
Świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych dla dorosłych	16
Oddziały dzienne psychiatryczne dla dorosłych	18
Oddziały dzienne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży.....	19
Ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne i psychologiczne dla dzieci i młodzieży.....	20
Centra Zdrowia Psychicznego.....	21
Główne założenia rozwoju systemu	23
KIERUNKI ROZWOJU WSPARCIA ZDROWOTNEGO W RAMACH PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI ..	25
Psychiatria Dorosłych	26
Psychiatria Dzieci i Młodzieży.....	41
Psychiatria Dorosłych i Psychiatria Dzieci i Młodzieży	47
Ewaluacja i monitoring osiągania oczekiwanych rezultatów	50

Wstęp

Niniejszy dokument stanowi załącznik nr 2 do dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”, zwanego dalej „Strategią”. Zgodnie z założeniami określonymi w dokumencie, przewidziane zostało wsparcie poświęcane opiece psychiatrycznej. W dokumencie znajdują się zadania polegające przede wszystkim na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Celem głównym dokumentu jest poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym populacji oraz zapewnienie odpowiednich warunków opieki w ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego. W dokumencie zaproponowano realizację działań z zakresu deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej w następujących obszarach:

- 1) Inwestycje w kadry - poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii, jak również kadr innych specjalizacji zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego;
- 2) Inwestycje w system - zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej;
- 3) Inwestycje w system - zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej;
- 4) Inwestycje infrastrukturalne - dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
- 5) Inwestycje w zdrowie populacji – promocja zdrowia psychicznego, prewencja samobójstw i zachowań autoagresywnych.

Każdy wymieniony obszar strategiczny ma cele szczegółowe i przypisane do niego konkretne działania jego realizacji. Osobne części poświęcone są systemowi koordynacji i wdrażania, a także monitorowania i ewaluacji oraz wskaźnikom realizacji celów projektowanego dokumentu.

Dokument ten obejmuje działania przewidziane do finansowania zarówno ze środków krajowych, jak i funduszy europejskich. Sposób zarządzania zarówno środkami budżetowymi, jak i środkami funduszy europejskich, jest uregulowany w odrębnych przepisach, podobnie jak sposób ubiegania się o finansowanie przedsięwzięć z tych środków. Realizacja dokumentu nie wpływa na zmiany w przepisach w zakresie zarządzania przepływami finansowymi i ich wielkością.

DIAGNOZA POTRZEB ZDROWOTNYCH I DOSTĘPNEGO WSPARCIA ZDROWOTNEGO

Zdrowie psychiczne dorosłych

Statystyki pokazują, iż ponad 450 milionów światowej ludności cierpi z powodu zaburzeń psychicznych, a jeszcze więcej doświadcza problemów psychicznych nie kwalifikowanych jako zaburzenie. Ponad 27% dorosłych Europejczyków doświadcza przynajmniej jednego z przejawów złego stanu zdrowia psychicznego w ciągu roku.¹ Podobnie sytuacja wygląda na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie systematycznie rośnie liczba osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. Epidemiologia zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Polski została sporządzona na podstawie danych z Narodowego Funduszu Zdrowia odnoszących się do liczby udzielonych świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień, jak również na podstawie danych pozyskanych z badania pn. *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*, (dalej „badanie EZOP”). Badanie EZOP I realizowane było na próbie ludności Polski w wieku 18-64 (losowa próba 10 tys. respondentów) w latach 2009-2012 podczas gdy EZOP II pn. *Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań* realizowano w latach 2018-2021 (losowa próba 15 tys. respondentów), które objęło próbę całej populacji. Przedstawione poniżej dane z EZOP II ograniczono do ludności w wieku 18-64 lata – celem porównania danych. Podkreślenia wymaga, iż pozyskane dane umożliwiają zbadanie występowania najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych² wśród mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej.

Przechodząc do sytuacji zdrowotnej, należy zauważyć, iż na podstawie ostatnich wyników badania EZOP II³

w badanej próbie u 20,9% osób rozpoznano w ciągu życia przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne z 18 zaburzeń zdefiniowanych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 i Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV). W porównaniu do wyników z EZOP I nie zmieniła się liczba osób z dwoma zaburzeniami, natomiast wzrosła liczba osób, które mają za sobą doświadczenia z trzema i więcej zaburzeniami. Grupę tych ostatnich pacjentów, mających doświadczenia z kilkoma zaburzeniami, można szacować na blisko 330 tys. osób. U około 10% badanej populacji stwierdzono zaburzenia nerwicowe, wśród których do najczęstszych należały fobie swoiste (4,8%) i zaburzenia stresowe pourazowe (PTSD) (1,9%). Natomiast zaburzenia nastroju wśród zgłaszanych dolegliwości stanowią łącznie 3,6%, w tym aż 3,4% stanowi depresja. Należy zaznaczyć, że depresja przez wzrost rozpowszechnienia staje się coraz bardziej istotnym problemem zdrowotnym oraz społecznym. Impulsywne zachowania rozpoznawano u 11,5% respondentów.

Wyniki badań prowadzonych w Europie (UE 27, Szwajcaria, Islandia i Norwegia) wskazują, że każdego roku 164,8 miliona mieszkańców Unii Europejskiej (38,2%) cierpi z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego. Jak wynika z raportu, najczęstszymi zaburzeniami zdrowia psychicznego są: zaburzenia lękowe (14%), bezsenność (7%), depresja (6,9%), zaburzenia somatyczne (6,3%), zaburzenia

¹ Zielona Księga – Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej

² Należy zaznaczyć, iż ze względów metodologicznych badanie EZOP nie objęło zaburzeń psychotycznych, w tym schizofrenicznych, stanowiących poważny problem zdrowotny o znaczących konsekwencjach społecznych dla chorujących i ich rodzin.

³ <https://ezop.edu.pl/>

spowodowane używaniem alkoholu oraz substancji psychoaktywnych (>4%), ADHD (5%) u dzieci i młodzieży, demencja (1-30% w zależności od wieku)⁴.

O istotnym znaczeniu zdrowia psychicznego w obszarze zdrowia publicznego świadczą również opublikowane przez WHO wyniki badania *Globalnego obciążenia chorobami 2019*⁵. Według szacunków w Polsce, do najważniejszych przyczyn utraconych lat życia w zdrowiu z powodu ograniczonej sprawności (ang. *years lived with disability* – YLDs) należą zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (ang. *mental and substance use disorders*), które stanowią trzecią wśród mężczyzn i drugą wśród kobiet najważniejszą grupę przyczyn odpowiedzialną odpowiednio za 10,85% i 11,1% utraconych lat życia w zdrowiu z powodu ograniczonej sprawności przez mieszkańców Polski. Choroby te są równocześnie odpowiedzialne za 7,4% utraconych lat życia w zdrowiu (ang. *disability adjusted life-years* – DALYs) przez polskich mężczyzn i 6,7% przez kobiety⁶.

Jeden z najważniejszych wskaźników z obszaru zdrowia psychicznego, a mianowicie współczynnik zgonów z powodu samobójstw, jest wśród mężczyzn w Polsce (w 2016 r. 22,8/100 tys.) znacząco wyższy od średniego dla krajów UE (w 2015 r. 16,9/100 tys.) (współczynniki standaryzowane względem wieku). Natomiast współczynnik zgonów kobiet z tej przyczyny w Polsce (3,02/100 tys.) jest wielokrotnie niższy w porównaniu ze współczynnikiem zgonów mężczyzn i jest niższy od przeciętnego dla UE 28 (4,51/100 tys.). W żadnym z krajów Unii Europejskiej nie obserwuje się tak ogromnej trwałej dysproporcji między płciami⁷.

WHO przewiduje, że w ciągu najbliższych 20 lat depresja stanie się najczęstszym problemem zdrowotnym. Depresja jest jednym z zaburzeń psychicznych uniemożliwiających prawidłowe codzienne funkcjonowanie. Cechuje się głównie obniżeniem nastroju, energii i aktywności oraz zmniejszeniem zainteresowań. Zaburzenia depresyjne często zaczynają się już w bardzo młodym wieku i przeważnie mają charakter nawracający. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że depresja jest chorobą ogólnoustrojową, której występowanie, przy braku właściwego leczenia, powoduje zwiększenie ryzyka występowania chorób somatycznych i na odwrót – choroby somatyczne, zwłaszcza przewlekłe, zwiększają ryzyko wystąpienia depresji. Z zaburzeniem tym wiąże się wiele negatywnych konsekwencji społecznych, m.in. osoby cierpiące na ciężką depresję nierzadko muszą rezygnować z pracy i bywa, że pozostają długotrwale bezrobotne. Powoduje to wzrost wydatków na zasiłki chorobowe i inne zasiłki. Zgodnie z dokumentem WHO pt. *Mental Health Action Plan 2013-2020* depresja stanowi obecnie 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami i jedną z największych pojedynczych przyczyn niesprawności w skali świata (11% wszystkich lat życia skorygowanych niesprawnością na świecie – DALY 3). Szczególnie często występuje wśród dzieci i młodzieży, ale także wśród osób starszych⁸.

Statystycznie w Polsce liczba osób leczonych z zaburzeniami afektywnymi pozostawała w latach 2014–2016 na porównywalnym poziomie, wynoszącym 325 029 w 2014 r., 321 541 w 2015 r. i 318 402 w 2016 r. Widoczną w skali kraju tendencją był wzrost współczynnika chorobowości w przedziale wiekowym 0–18 lat oraz powyżej 65. roku życia jak również wzrost liczby leczonych w związku z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi (F31) i zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi (F33).

⁴ „Size and Burden of Mental Disorders and other Disorders of the Brain in Europe 2010”.

⁵ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

⁶ Biechowska D., Rabczenko D., Moskaiewicz B., Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania [w:], Wojtyński B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018, s.231.

⁷ <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122/default/table?lang=en>

⁸ https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/

W skali kraju w 2016 r. wskaźnik liczby leczonych i liczby leczonych po raz pierwszy na zaburzenia afektywne (na 100 tys. ludności Polski) wyniósł odpowiednio 828,6 i 156,5 osób⁹.

Jedną z kluczowych kwestii związanych ze skutkami zaburzeń zdrowia psychicznego są koszty ekonomiczne i społeczne. Jednym z przykładów może być schizofrenia, której objawy dotyczą wszystkich poziomów funkcjonowania człowieka. Do głównych objawów należą: postępująca utrata kontaktu ze światem i przewaga zainteresowania przeżyciami wewnętrznymi; zubożenie uczuciowe prowadzące do pustki uczuciowej i utraty związków emocjonalnych z otoczeniem, rozpad osobowości objawiający się brakiem kontaktu intelektualnego z rzeczywistością, brakiem zgodności treści uczuć i myśli, jednoczesnym występowaniem dwóch sprzecznych sądów, uczuć, lub dążeń, objawami wytwórczymi.

Ocenia się, że rozpowszechnienie zaburzeń psychotycznych ze szczególnym uwzględnieniem schizofrenii na całym świecie wynosi ok. 1%. Tak samo często chorują mężczyźni jak i kobiety. W skali kraju w 2016 roku wskaźnik liczby leczonych i liczby leczonych po raz pierwszy na zaburzenia schizofreniczne (na 100 tys. ludności Polski) w opiece ambulatoryjnej wyniósł odpowiednio 367,4 i 33,2 osób, w opiece całodobowej odpowiednio 87,7 i 12,4. W UE natomiast zapadalność roczna to 12,4 na 100 tys. ludności. Ryzyko wystąpienia schizofrenii w ciągu całego życia (zapadalność życiowa) wg różnych badań wynosi poniżej 1 %¹⁰.

Schizofrenia w poważnym stopniu ogranicza możliwości wykonywania pracy zarobkowej. W strukturze wydatków ogółem na świadczenia ZUS z tytułu niezdolności do pracy w 2018 r. grupą chorobową generującą najwyższe wydatki były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (kody ICD-10 od F00 do F99) i wyniosły 15,8% ogółu wydatków, co stanowiło ok. 5 822 mln zł (Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 2019). Dla porównania: choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej generowały odpowiednio – 14,3% ogółu wydatków, choroby związane z okresem ciąży, porodu i połogu – 13,2%, urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 12,2%, choroby układu krążenia – 10,0%, choroby układu nerwowego – 8,1% oraz choroby układu oddechowego – 8,5%. W 2018 r. schizofrenia jako jednostka chorobowa była trzecią spośród 20 jednostek chorobowych generujących najwyższe wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy (po opiece położniczej z powodu stanów związanych głównie z ciążą i zaburzeniami korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych). Udział schizofrenii w wydatkach ogółem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wyniósł w 2018 r. - 3,1 %, co wynosi w wartościach bezwzględnych 1 141 mln zł. Stanowi to 16,5% całości wydatków ZUS w grupie chorobowej zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Należy zauważyć, iż koszty pośrednie schizofrenii wynikają także m.in z przedwczesnej śmierci oraz obciążenia i wymuszonej absencji rodzin i opiekunów^{11,12}.

Więcej szczegółowych informacji dotyczących sytuacji w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień osób dorosłych w Polsce Ministerstwo Zdrowia publikuje w mapie potrzeb zdrowotnych, w wersji elektronicznej na platformie internetowej¹³. Dane będą tam corocznie aktualizowane, zgodnie ze stanem na rok poprzedzający.

⁹ Biechowska D., Rabcenko D., Moskaiewicz B., Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania [w:], Wojtyński B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018, s. 159.

¹⁰ <https://izwoz.lazarski.pl/projekty-badawcze/raport-nt-schizofrenii/>

¹¹ <https://izwoz.lazarski.pl/projekty-badawcze/raport-nt-schizofrenii/>

¹² Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, Analiza wybranych problemów zdrowotnych w Polsce - Schizofrenia, <https://basiw.mz.gov.pl/> (dostęp z dn. 24.08.2020 r.)

¹³ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3451>

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży

Szacuje się, że rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych dotyczy około 10%, populacji dzieci i młodzieży co oznacza, że w Polsce ponad 600 tys. osób poniżej 18. r. ż. wymaga zapewnienia profesjonalnej opieki¹⁴.

Zaburzenia psychiczne pojawiające się w dzieciństwie i adolescencji są wynikiem wielu czynników biologicznych i środowiskowych, mają związek z warunkami społecznymi i ekonomicznymi, relacjami w rodzinie, szkole oraz grupach rówieśniczych, stresem i narażeniem na kontakt z substancjami psychoaktywnymi. Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się narastanie częstości zaburzeń zależnych lub częściowo zależnych od uwarunkowań cywilizacyjnych (np. zaburzenia depresyjne, próby samobójcze, samookaleczenia, zaburzenia odżywiania, uzależnienia, zaburzenia związane ze stresem). Zmianie ulega także obraz kliniczny zaburzeń - coraz częściej dominującymi objawami stają się zachowania agresywne i autodestrukcyjne.

W tabeli 1 przedstawione zostały najczęstsze rozpoznania na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tabela 1. 10 najczęstszych rozpoznań wśród pacjentów korzystających ze świadczeń opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.

kod rozpoznania głównego ICD10 (3 znaki)	nazwa rozpoznania głównego ICD10 (3 znaki)	liczba pacjentów	% w ogólnej liczbie rozpoznań
F84	CAŁOŚCIOWE ZABURZENIA ROZWOJOWE	36 706	25,36%
F90	ZABURZENIE HIPERKINETYCZNE (ZESPOŁY NADPOBUDLIWOŚCI RUCHOWEJ)	25 170	17,39%
F43	REAKCJA NA CIĘŻKI STRES I ZABURZENIA ADAPTACYJNE	15 210	10,51%
F93	ZABURZENIA EMOCJONALNE ROZPOCZYNAJĄCE SIĘ ZWYKLE W DZIECIŃSTWIE	14 905	10,30%
F92	MIESZANE ZABURZENIA ZACHOWANIA I EMOCJI	13 903	9,60%
Z03	OBSERWACJA MEDYCZNA I OCENA PRZYPADKÓW PODEJRZANYCH O CHOROBE LUB STANY PODOBNE	9 238	6,38%
F91	ZABURZENIA ZACHOWANIA	7 560	5,22%
F32	EPIZOD DEPRESYJNY	6 647	4,59%
F41	INNE ZABURZENIA LĘKOWE	6 284	4,34%
F70	UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE LEKKIE	5 496	3,80%

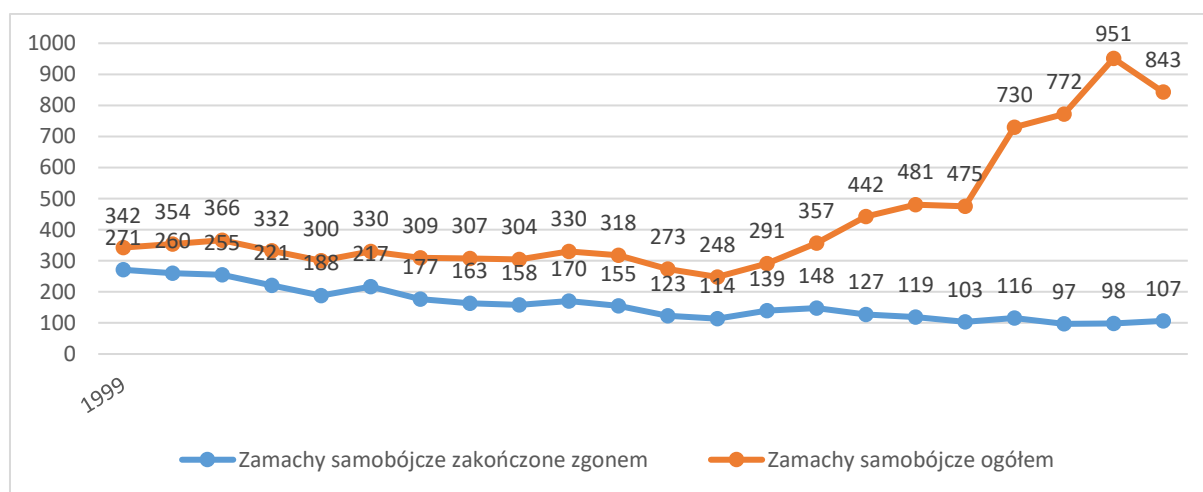
Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych NFZ 2019

14 Janas-Kozik Małgorzata. "Sytuacja psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce w 2016 roku. Aktualne występowanie i obraz zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego." *Psychiatria* 14.1 (2017): 61-63.

Szczególnie poważnym problemem są Zamachy samobójcze (w tym dokonane). Samobójstwa stanowią drugą po wypadkach komunikacyjnych przyczynę zgonów wśród dzieci i młodzieży w Polsce¹⁵. Śmierć

w wyniku samobójstwa stanowi przyczynę 23% wszystkich zgonów w grupie wiekowej 1-19 lat (przyczyna śmierci 26% chłopców i 16% dziewcząt). Poniżej na wykresie przedstawiona została liczba zamachów samobójczych oraz zamachów samobójczych zakończonych zgonem. Wyraźny jest wzrost liczby zamachów samobójczych w omawianej grupie wiekowej. Należy jednocześnie zaznaczyć, iż dane uwzględniają jedynie te próby, które zostały zarejestrowane przez Policję bezpośrednio po wydarzeniu w momencie ustalenia, że doszło do zamachu samobójczego.

Wykres 1. Zamachy samobójcze zakończone zgonem i nie zakończone zgonem (tzw. Próby samobójcze) w grupie wiekowej poniżej 18 r. ż.



Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji.

Wzrost częstości występowania problemów psychicznych pociąga za sobą narastającą potrzebę organizowania i rozwoju profesjonalnej pomocy na różnych poziomach opieki (nie tylko ambulatoryjna lub szpitalna opieka psychiatryczna, ale także na poziomie systemu rodzinnego, systemu edukacji, poradni psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków socjoterapeutycznych i wychowawczych, ośrodków pomocy społecznej, świetlic środowiskowych, ośrodków interwencji kryzysowej, rodzinnych ośrodków diagnostyczno-konsultacyjnych, centrów integracji społecznej, ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, itp.).

Analizy porównujące liczbę świadczeniodawców udzielających określonych typów wsparcia dzieciom i młodzieży doświadczającej zaburzeń psychicznych w okresie ostatnich kilku lat wskazują, iż liczba podmiotów realizujących świadczenia nie ulega znaczącym zmianom. W ocenie specjalistów taka liczba świadczeniodawców nie zaspokaja potrzeb populacyjnych. W tabeli poniżej przedstawiona została liczba podmiotów posiadających umowę na udzielanie świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia w określonych zakresach.

Tabela 2. Liczba świadczeniodawców posiadających umowy na świadczenia w rodzaju opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w latach 2013, 2017, 2018 i 2020

Nazwa zakresu	Liczba świadczeniodawców			
	2013 r.	2017 r.	2018 r.	2020 r

¹⁵ Kielan Aleksandra, Dominik Olejniczak. "Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży." Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka 17.3 (2018): 9-26

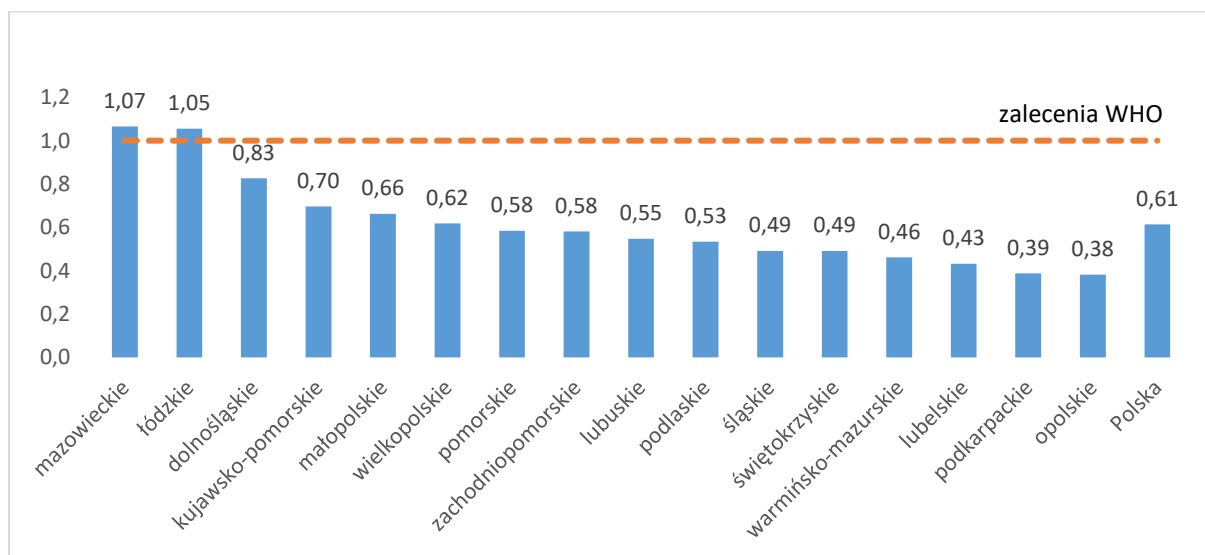
Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży (oddziały całodobowe)	30	31	34	34
Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży	35	35	38	45
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	155	157	167	154
Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny	Ośrodki rozpoczęły działalność od kwietnia 2020 r.			139

Źródło: Zestawienie Ministerstwo Zdrowia na podstawie danych NFZ, luty 2020.

Poważnym problemem systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w Polsce jest regionalne zróżnicowanie dostępu do poszczególnych typów świadczeń. Szczególnie trudna sytuacja jest obecnie w województwie podlaskim, w którym brakuje oddziału całodobowego dla dzieci i młodzieży.

Trudna sytuacja w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w sposób szczególny związana jest z niewystarczającą liczbą specjalistów lekarzy – psychiatrów dziecięcych. Zawód psychiatry dziecięcego wykonuje 482 osób w Polsce (dane Naczelna Izba Lekarska, stan na dzień 28 lutego 2021 r.). Poniżej przedstawiony został wskaźnik liczby lekarzy psychiatrów na 10 000 osób poniżej 18. r. ż. w poszczególnych województwach (stan na 31 grudnia 2019 r.). Należy zauważyć, iż zgodnie ze standardem WHO dla kraju o średnim poziomie dochodów 1 psychiatra powinien przypadać na 10 000 dzieci¹⁶. Jedynie w dwóch województwach (mazowieckim oraz łódzkim) ten standard został spełniony, a wskaźnik ogólnokrajowy jest o 40% niższy od standardu WHO.

Wykres 2. Wskaźnik liczby lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży na 10 000 dzieci i młodzieży (stan na 31 grudnia 2019 r.).



Źródło: Zestawienie własne.

Należy także zauważyć, iż dostępne dane wskazują na negatywne skutki epidemii COVID-19 dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, co jest związane z czynnikami takimi jak m.in.:

¹⁶ Wystąpienie pokontrolne NIK P/19/059 Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży 2019.

- izolacja (w tym izolacja od członków rodziny, środowiska szkolnego oraz rówieśniczego)¹⁷;
- narastanie różnic społecznych (uczniowie pochodzących ze środowisk dotkniętych ubóstwem mogą szczególnie mocno odczuć zarówno społeczne jak i zdrowotne skutki zamknięcia placówek oświatowych)¹⁸;
- obawa o zdrowie i życie najbliższych (w tym strach przed zarażeniem bliskich)¹⁹;
- ograniczenie aktywności fizycznej (np. przez brak możliwości uczestnictwa w zajęciach sportowych);
- utrudniony dostęp do opieki psychologicznej (przez brak dostępu do pomocy otrzymywanej w szkołach, ograniczenie dostępu do świadczeń)²⁰;
- zwiększone narażenie na przemoc fizyczną i psychiczną oraz seksualną, w przypadku domów, w których występuje problem przemocy^{21, 22};
- niestabilność finansowa rodziny²³.

Dostępne badania wskazują na negatywne konsekwencje pandemii dla zdrowia psychicznego w Polsce. Jak wynika z badania CBOS24 w porównaniu do danych z 2019 roku nastąpiło wyraźne obniżenie ogólnego samopoczucia, które najbardziej widoczne było wśród najmłodszych badanych (18-24 lata), którzy doświadczali niektórych negatywnych emocji wyraźnie częściej niż osoby starsze. Częstość odczuwania depresji, bezradności i znużenia osiągnęła wśród tej grupy najwyższy poziom na przestrzeni ostatnich 20 lat. Na liczne problemy związane ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży wskazują także inne dostępne raporty z prowadzonych w Polsce badań^{25 26}.

Więcej szczegółowych informacji dotyczących sytuacji w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień osób dorosłych w Polsce Ministerstwo Zdrowia publikuje w mapie potrzeb zdrowotnych, w wersji elektronicznej na platformie internetowej²⁷. Dane będą tam corocznie aktualizowane, zgodnie ze stanem na rok poprzedzający.

¹⁷ UNESCO, 2020. *Adverse consequences of school closures*. <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse/consequences>
Data uzyskania dostępu: 26 08 2020.

¹⁸ Armitage, Richard, and Laura B. Nellums. *Considering inequalities in the school closure response to COVID-19*. The Lancet Global Health , 8.5 2020: 644.

¹⁹ Fegert, Jörg M., Benedetto Vitiello, Paul L. Plener, and Clemens Vera. *Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality*. Child and adolescent psychiatry and mental health , 14 2020: 1-11.

²⁰ Golberstein, Ezra, Wen Hefei, and Benjamin F. Miller. *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health for children and adolescents*. JAMA pediatrics, 2020.

²¹ Fegert, Jörg M. i in. ibidem.

²² Kim, Usher, Bhullar Navjot, Joanne Durkin, Naomi Gyamfi, and Debra Jackson. *Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support*. International journal of mental health nursing, 2020

²³ Kim, Usher i in. ibidem

²⁴ CBOS, 2021. <https://www.cbos.pl/PL/publikacje/news/2021/01/newsletter.php> Data uzyskania dostępu: 09 03 2021

²⁵ Makaruk, K., Włodarczyk, J. i Szredzińska, R., 2021. *Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii*, Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę

²⁶ Puciłowska, M., Buchner, A., Wierzbicka, M. i Michorowska, M., 2020. *Stan zdrowia psychicznego polskich uczniów z perspektywy nauczycieli*, Warszawa: Fundacja Szkoła z Klasą.

²⁷ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3362>

Dostępne wsparcie

Oddziały psychiatryczne dla dorosłych

Zakres wsparcia

Na wstępie należy zaznaczyć, że świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień są udzielane bezpłatnie wszystkim osobom niezależnie od ubezpieczenia zdrowotnego. Leki refundowane przysługują wszystkim obywatelom niezależnie od statusu ubezpieczenia.

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w formie stacjonarnej (całodobowe) udzielane są w oddziałach psychiatrycznych, oddziałach leczenia uzależnień oraz w izbach przyjęć osobom powyżej 18 r. ż. w zakresie diagnostyki oraz leczenia wszystkich rodzajów zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00-F99). Świadczenia całodobowe udzielane są przede wszystkim na oddziałach psychiatrycznych ogólnych stanowiącą główną część bazy lecznictwa stacjonarnego.

Na oddziale szpitalnym przeprowadzana jest wielostronna diagnoza i leczenie zaburzeń psychicznych.

Do świadczeń udzielanych na oddziale zalicza się:

- 1) świadczenia terapeutyczne;
- 2) programy terapeutyczne;
- 3) niezbędne badania diagnostyczne;
- 4) konsultacje specjalistyczne;
- 5) leki;
- 6) wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi;
- 7) wyżywienie, z zastrzeżeniem art. 18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 8) działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

Oprócz diagnozy psychiatrycznej i psychologicznej, w ramach hospitalizacji możliwe jest także wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych, EKG czy badań dodatkowych mających na celu wykluczenie chorób ośrodkowego układu nerwowego (np. EEG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny). Pacjenci oddziałów psychiatrycznych mają także zapewniony dostęp do terenu przeznaczonego na cele rekreacyjne, gdzie mogą przebywać pod opieką personelu oddziału.

Osoba z zaburzeniami psychicznymi przebywająca w szpitalu psychiatrycznym ma prawo do przestrzegania jej praw określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849) w tym prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.

Warunkiem przyjęcia jest ważne skierowanie od lekarza psychiatry. W nagłych przypadkach, w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala, osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez skierowania.

Zasady przyjmowania pacjentów do szpitala psychiatrycznego reguluje ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. z 2020 r. poz. 685) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego* (Dz. U. z 2018 r. poz. 2475).

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi, następuje za jej pisemną zgodą oraz na podstawie ważnego skierowania, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia, lub bez skierowania w nagłych przypadkach (za zgodą pacjenta), po osobistym zbadaniu przez lekarza.

Warunki przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym bez zgody określają art. 23, 24 i 28 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*. Natomiast w art. 29 ww. ustawy określone są warunki przyjęcia bez zgody w trybie wnioskowym.

Przyjęcia w ramach trybu nagłego podlegają ocenie ich zasadności przez sąd. W przypadku trybu wnioskowego przyjęcie odbywa się po uprawomocnieniu orzeczenia sądu w tej sprawie.

Poniższe tabele zawierają dane dotyczące liczby szpitali psychiatrycznych w Polsce oraz liczby oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych wraz z liczbą łóżek. Działania planowane w dalszej części dokumentu odnoszą się również do zmiany struktury liczby łóżek, zarówno w szpitalach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych.

Tabela 3 Liczba szpitali psychiatrycznych oraz łóżek psychiatrycznych w oparciu o dane zebrane na podstawie Programu badań statystycznych zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie programu statystyki publicznej. Dane 2019 r.

Województwo	Szpitale psychiatryczne					
	Liczba placówek	Liczba oddziałów	Łóżka w dniu 31.XII rzeczywiste	Średnia	Leczeni	
				liczba łóżek	(bez ruchu między-oddziałowego)	Osobodni
				rzeczywistych	**	Leczenia
				**		**
POLSKA	57	264	10 918	11 028	115 010	3 709 676
dolnośląskie	6	20	676	730	7 685	240 288
kujawsko-pomorskie	1	9	262	262	2 530	93 698
lubelskie	3	14	684	687	6 061	239 041
lubuskie	3	10	407	411	3 527	137 247
łódzkie	5	22	835	854	9 040	277 074
małopolskie	2	15	603	637	6 597	225 969
mazowieckie	8	48	1 835	1 838	20 232	653 932
opolskie	3	8	434	434	4 703	149 164
podkarpackie	2	9	414	414	3 614	130 860
podlaskie	2	11	469	469	5 880	154 261
pomorskie	5	20	786	757	8 799	249 766
śląskie	7	31	1 418	1428	12 001	411 530
świętokrzyskie	1	10	524	524	7 139	195 990
warmińsko-mazurskie	3	11	464	473	3 995	158 670
wielkopolskie	3	23	954	957	11 127	341 894
zachodniopomorskie	3	3	153	153	2 080	50 292

Tabela 4. Liczba oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych w oparciu o dane zebrane na podstawie Programu badań statystycznych zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie programu statystyki publicznej. Dane 2019 r.

Województwo	Oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych					
				Średnia	Leczeni	

	Liczba placówek	Liczba oddziałów	łóżka w dniu 31.XII rzeczywiste	liczba łóżek	(bez ruchu między-oddziałowego)	Osobodni
				rzeczywistych	**	Leczenia
				**		**
POLSKA	96	139	5 432	5 447	66 343	1 811 998
dolnośląskie	7	9	377	379	3 946	129 385
kujawsko-pomorskie	7	19	587	587	6 031	201 229
lubelskie	6	10	429	429	4 811	130 265
lubuskie	2	3	99	99	1 473	34 707
łódzkie	4	12	492	492	6 113	157 227
małopolskie	11	12	520	502	6 533	165 556
mazowieckie	14	15	514	522	7 065	175 555
opolskie	2	3	80	80	982	25 537
podkarpackie	7	9	376	376	5 137	140 337
podlaskie	4	4	121	122	1 679	36 497
pomorskie	5	6	188	227	2 393	81 399
śląskie	14	18	698	693	8 772	216 438
świętokrzyskie	1	1	60	60	849	20 967
warmińsko-mazurskie	3	3	177	177	1 961	54 808
wielkopolskie	4	7	280	280	3 116	89 611
zachodniopomorskie	5	8	434	422	5 482	152 480

<i>Tabela 5. Liczba łóżek psychiatrycznych na 10 000 mieszkańców w oparciu o dane zebrane na podstawie Programu badań statystycznych zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie programu statystyki publicznej. Dane 2019 r. POLSKA</i>	LICZBA ŁÓŻEK NA 10 000 TYS. MIESZKAŃCÓW
	OGÓŁEM
ogółem	8,85
Dolnośląskie	9,56
Kujawsko-pomorskie	7,56
Lubelskie	10,69
Lubuskie	17,96
Łódzkie	8,79
Małopolskie	5,96
Mazowieckie	8,36
Opolskie	11,75

Podkarpackie	7,33
Podlaskie	10,92
Pomorskie	10,01
Śląskie	9,76
Świętokrzyskie	7,53
Warmińsko-mazurskie	8,99
Wielkopolskie	7,58
Zachodniopomorskie	7,23

Grupa docelowa

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w warunkach stacjonarnych udzielane są osobom powyżej 18 r. ż.

Finansowanie

Należy zauważyć, iż nakłady Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia psychiatryczne dla dorosłych udzielane w warunkach całodobowych systematycznie wzrastają. Świadczenia realizowane w formie stacjonarnej są najbardziej kosztochłonną formą leczenia psychiatrycznego. W tabeli 6 przedstawiono nakłady na poszczególne zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

Tabela 6. Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

nazwa zakresu świadczeń	2016	2017	2018	2019
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	750 870 208,18 zł	760 430 730,71 zł	766 158 781,79 zł	699 640 514,26 zł
LECZENIE ZABURZEŃ NERWICOWYCH DLA DOROSŁYCH	30 254 372,85 zł	29 276 578,79 zł	30 317 029,59 zł	33 328 913,28 zł
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA CHORYCH SOMATYCZNIE	23 963 743,89 zł	23 700 791,16 zł	23 050 760,93 zł	22 563 642,29 zł
ŚWIADCZENIA PSYCHOGERIATRYCZNE	46 269 251,28 zł	46 714 280,19 zł	51 606 968,93 zł	55 475 140,25 zł
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA PRZEWLEKLE CHORYCH	12 774 136,00 zł	13 018 768,90 zł	13 155 068,77 zł	12 776 949,03 zł
ŚWIADCZENIA W PSYCHIATRII SĄDOWEJ W WARUNKACH PODSTAWOWEGO ZABEZPIECZENIA	71 906 592,59 zł	78 756 305,30 zł	91 750 591,03 zł	105 400 423,25 zł
ŚWIADCZENIA W PSYCHIATRII SĄDOWEJ W WARUNKACH	79 575 245,82 zł	84 832 188,70 zł	94 158 244,66 zł	106 111 041,00 zł

WZMOCNIONEGO ZABEZPIECZENIA				
ŚWIADCZENIA W IZBIE PRZYJĘĆ SZPITALA (RYCZAŁT DOBOWY)	16 258 785,06 zł	17 113 866,50 zł	23 019 688,73 zł	30 301 523,46 zł
ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	12 054 693,00 zł	12 523 467,44 zł	13 416 091,25 zł	14 487 295,71 zł
ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZO-LECZNICZE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	166 430 290,92 zł	172 211 309,41 zł	187 606 334,62 zł	207 246 927,62 zł
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH W CZP	- zł	- zł	14 851 885,70 zł	66 254 170,11 zł
RAZEM	1 210 357 319,59 zł	1 238 578 287,10 zł	1 309 091 446,00 zł	1 353 586 540,26 zł

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych NFZ.

Oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży

Zakres wsparcia

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w warunkach stacjonarnych udzielane są dzieciom i młodzieży w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00-F99). Świadczenia całodobowe udzielane są przede wszystkim na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.

Na oddziale psychiatrycznym pacjent znajduje się pod całodobową opieką lekarza psychiatry – specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz personelu pielęgniarskiego. Ma także możliwość korzystania z psychoterapii, terapii zajęciowej oraz innych form pomocy dostosowanej do potrzeb chorego (np. terapia grupowa, trening komunikacji czy psychoedukacja). Oprócz diagnozy psychiatrycznej i psychologicznej, w ramach hospitalizacji możliwe jest także wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych, EKG czy badań dodatkowych mających na celu wykluczenie chorób ośrodkowego układu nerwowego (np. EEG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny). Pacjenci oddziałów psychiatrycznych mają także zapewniony dostęp do terenu przeznaczonego na cele rekreacyjne, gdzie mogą przebywać pod opieką personelu oddziału. Zapewnienie możliwości nauczania należy do obowiązków szkół przyszpitalnych.

Na oddziałach całodobowych funkcjonują sale obserwacyjne przeznaczone dla pacjentów, u których ryzyko zachowań autodestrukcyjnych jest szczególnie nasilone. Istnieje także możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów na zasadach opisanych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

W trakcie hospitalizacji pacjenci objęci są opieką pedagogiczną i realizują obowiązek szkolny w ramach szkół przyszpitalnych.

Grupa docelowa

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w warunkach stacjonarnych udzielane są dzieciom i młodzieży, kształcącej się w szkołach ponadpodstawowych do ich ukończenia. Hospitalizacja może przebiegać w trybie nagłym (na podstawie decyzji lekarza psychiatry) lub planowym (na podstawie skierowania). Stany nagłe obejmują stany zagrożenia życia i zdrowia takie jak

na przykład podjęcie przez chorego próby samobójczej lub zagrożenie wystąpienia takiego zachowania, czy występowanie zaburzeń odżywiania przy BMI (body mass index) poniżej 15 kg/m². Przyjęcia planowe mogą być związane m.in. z koniecznością przeprowadzenia pogłębionej diagnozy psychiatrycznej, intensyfikacji działań terapeutycznych czy doboru właściwego leczenia farmakologicznego.

Oddzielne placówki przeznaczone są do terapii uzależnień oraz udzielania świadczeń psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia.

Finansowanie

Podobnie jak w przypadku świadczeń dla osób dorosłych, nakłady finansowe na świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży udzielane w warunkach całodobowych rosną. Poniżej w tabeli 7 przedstawiono nakłady na poszczególne zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

Tabela 7. Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

nazwa zakresu świadczeń	2016	2017	2018	2019
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	61 350 357 zł	68 909 241 zł	82 880 377 zł	99 591 870 zł
LECZENIE ZABURZEŃ NERWICOWYCH DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	5 057 932 zł	5 315 774 zł	5 609 736 zł	6 925 302 zł
ŚWIADCZENIA W PSYCHIATRII SĄDOWEJ W WARUNKACH WZMOCNIONEGO ZABEZPIECZENIA DLA NIELETNICH	14 569 401 zł	14 374 429 zł	16 154 549 zł	16 063 758 zł
ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE PSYCHIATRYCZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	1 797 999 zł	2 566 436 zł	3 146 824 zł	3 727 724 zł
ŚWIADCZENIA OPIEKUŃCZO-LECZNICZE PSYCHIATRYCZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	1 283 713 zł	1 351 467 zł	1 441 330 zł	1 497 861 zł
RAZEM	84 059 401,33 zł	92 517 346,10 zł	109 232 815,47 zł	127 806 514,39 zł

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych NFZ.

Świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych dla dorosłych

Zakres wsparcia

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w warunkach ambulatoryjnych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r. poz. 1285, z późn. zm.) udzielane są pacjentom ze wszystkimi rodzajami zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00-F99), a także może być prowadzona obserwacja i badanie psychiatryczne diagnostyczne przypadków podejrzanych o zaburzenia psychiczne (Z03 i Z04.6).

Świadczenia w warunkach ambulatoryjnych udzielane są przede wszystkim osobom nie wymagającym leczenia w warunkach całodobowych. Opieka realizowana jest w poradni zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień.

Pacjent w ramach poradni zdrowia psychicznego ma możliwość skorzystania z bezpłatnych porad (w zakresie diagnozy, terapii), wizyt domowych oraz sesji psychoterapii (indywidualnej lub grupowej). Do poradni na wizytę u psychiatry nie jest wymagane skierowanie. Natomiast na wizytę u psychologa i psychoterapeuty wymagane jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Jednocześnie zgodnie z art. 30 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. *o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu* (Dz. U. poz. 1493 z późn. zm.) w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii skierowanie, o którym mowa w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), nie jest wymagane do świadczeń psychologicznych dla dorosłych.

W ramach poradni leczenia uzależnień pacjent ma możliwość skorzystania z bezpłatnych porad lekarskich, terapii prowadzonej przez specjalistę psychoterapii uzależnień, psychologa lub psychoterapeutę. W udzielaniu świadczeń z zakresu psychoterapii uzależnień może uczestniczyć również instruktor terapii uzależnień.

Podjęte działania mają prowadzić do abstynencji, która jest warunkiem niezbędnym do dalszego leczenia uzależnień. Zapewniane jest również profesjonalne wsparcie rodzinie osoby uzależnionej.

W poradniach ustalany jest plan terapeutyczny dobrany indywidualnie i adekwatnie do stanu psychofizycznego pacjenta uwzględniający leczenie farmakologiczne, psychoedukację, pomoc psychologiczną, różne formy psychoterapii. Kolejne wizyty służą monitorowaniu oceny stanu psychicznego i postępu leczenia. Częstość wizyt zależy od indywidualnych potrzeb pacjenta.

W ramach leczenia ambulatoryjnego w psychiatrycznej opiece zdrowotnej należy wyszczególnić również zespoły leczenia środowiskowego. Jest to forma terapii dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi. Zespoły Leczenia Środowiskowego są najczęściej jednostką organizacyjną szpitala psychiatrycznego, Poradni Zdrowia Psychicznego lub Zakładu Opieki Zdrowotnej. Podstawową formą kontaktu są wizyty domowe. Zespoły Leczenia Środowiskowego pełnią niezwykle istotną funkcję w środowiskowym modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Grupa docelowa

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w warunkach ambulatoryjnych udzielane są osobom dorosłym, w tym osobom m.in. z nerwicami, związanymi ze stresem, zaburzeniami osobowości, zaburzeniami preferencji seksualnych, zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych, używaniem alkoholu.

Finansowanie

Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia nakłady na świadczenia psychiatryczne dla dorosłych udzielane w warunkach ambulatoryjnych na przestrzeni lat wzrastają. W tabeli 8 przedstawiono nakłady na poszczególne zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

Tabela 8. Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

nazwa zakresu świadczeń	2016	2017	2018	2019
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE AMBULATORYJNE DLA DOROSŁYCH	270 397 294 zł	286 818 924 zł	289 174 892 zł	284 893 452 zł
ŚWIADCZENIA PSYCHOLOGICZNE	17 952 404 zł	19 028 384 zł	20 019 128 zł	24 749 156 zł

LECZENIE ŚRODOWISKOWE (DOMOWE)	34 695 951 zł	46 695 960 zł	51 897 111 zł	49 546 900 zł
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE AMBULATORIJNE DLA DOROSŁYCH W CZP	- zł	- zł	3 114 928 zł	14 437 847 zł
RAZEM	323 045 649,36 zł	352 543 267,98 zł	364 206 059,23 zł	373 627 354,33 zł

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych NFZ.

Oddziały dzienne psychiatryczne dla dorosłych

Zakres wsparcia

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w warunkach dziennych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień udzielane są osobom powyżej 18. r. ż. w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00-F99), z wyłączeniem: zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków (substancji) psychoaktywnych (F10-F19) oraz upośledzenia umysłowego (F71-F79).

Ww. świadczenia udzielane są przede wszystkim na oddziałach dziennych psychiatrycznych, które przeznaczone są do kompleksowego diagnozowania, leczenia, terapii i rehabilitacji osób z zaburzeniami psychiatrycznymi wymagającymi fachowej pomocy wykraczającej poza możliwości Poradni Zdrowia Psychicznego, ale niepotrzebujących całodobowej opieki szpitalnej.

Zajęcia w oddziale dziennym odbywają się z reguły od poniedziałku do piątku, przy dziennej liczbie godzin nie mniejszej niż 5, a następnie pacjenci wracają do swojego środowiska, domu, rodziny. Pobyt w oddziale dziennym ma służyć poprawie stanu psychicznego pacjenta, redukcji objawów i zachowań objawowych, zapobieganiu nawrotom choroby, poprawie współpracy we własnym leczeniu, poprawie funkcjonowania społecznego i zaradności życiowej, poprawie samooceny, aktywizacji i pomocy w podjęciu aktywności społecznej i zawodowej. W trakcie pobytu w oddziale pacjenci mają możliwość korzystania z psychoterapii, psychoedukacji, terapii zajęciowej np.: pracownia krawiecka, plastyczna, komputerowa, ogrodnicza, malarstwo, zajęcia integracyjne, muzykoterapia, arteterapia, psychorysunek, zajęcia teatralne, trening kulinarny.

Grupa docelowa

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w warunkach dziennych udzielane są pacjentom, na podstawie skierowania od lekarza psychiatry. Dobór zajęć i metod oddziaływań rehabilitacyjnych uwzględnia aktualny stan psychiczny, możliwości fizyczne, poznawcze i poziom społeczno-kulturalny pacjenta.

Analizę tę dokonują członkowie zespołu terapeutycznego w skład, którego wchodzi m.in.: lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii, psycholog, pedagog, pielęgniarka, instruktor terapii zajęciowej. Efektywne połączenie leczenia farmakologicznego z leczeniem psychospołecznym poprawia wsparcie emocjonalne, rozbudza odpowiedzialność za własne leczenie, poprawia umiejętności społeczne i kontakty w rodzinie.

Finansowanie

Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia nakłady na świadczenia psychiatryczne w warunkach dziennych dla osób dorosłych wzrastały na przestrzeni ostatnich lat. W tabeli 9 przedstawiono nakłady na poszczególne zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

Tabela 9. Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

nazwa zakresu świadczeń	2016	2017	2018	2019
ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH	68 165 283 zł	82 197 424 zł	80 514 942 zł	75 086 440 zł
ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE REHABILITACYJNE DLA DOROSŁYCH	16 859 653 zł	20 318 659 zł	21 079 203 zł	22 371 524 zł
ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE GERIATRYCZNE	6 109 842 zł	7 855 091 zł	9 146 903 zł	10 893 779 zł
ŚWIADCZENIA DZIENNE REHABILITACYJNE DLA OSÓB Z CAŁOŚCIOWYMI ZABURZENIAMI ROZWOJOWYMI	3 301 425 zł	4 607 074 zł	5 915 877 zł	7 766 774 zł
ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH W CZP	- zł	- zł	2 117 067 zł	8 251 460 zł
RAZEM	94 436 203,48 zł	114 978 248,08 zł	118 773 991,23 zł	124 369 976,80 zł

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych NFZ.

Oddziały dzienne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży

Zakres wsparcia

Udzielanie świadczeń w warunkach oddziału dziennego udzielane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień ma niezwykle istotne znaczenie w przypadku dzieci i młodzieży - umożliwia bowiem realizację intensywnych działań diagnostycznych i terapeutycznych bez konieczności izolacji pacjenta od środowiska rodzinnego i grupy rówieśniczej. Pobyt na oddziale dziennym ogranicza stres odczuwany przez pacjenta i jego bliskich.

W ramach pobytu na oddziale dziennym pacjenci korzystają z opieki lekarza psychiatry oraz opieki pielęgniarstwa, psychoterapii, terapii zajęciowej i grupowej. Inne zajęcia realizowane są zgodnie z zapotrzebowaniem pacjentów i możliwościami oddziałów. W ramach świadczeń podejmowane są działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi.

Realizacja obowiązku szkolnego może odbywać się na oddziale (w ramach szkoły przyszpitalnej) lub poza godzinami pobytu na oddziale (w przypadku oddziałów udzielających świadczeń w godzinach popołudniowych).

Grupa docelowa

Dzieci i młodzież do 18. r. ż. z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza psychotycznymi, ze znacznymi, zagrażającymi lub utrwalonymi zaburzeniami funkcjonowania życiowego. Wskazany jest podział oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci i młodzieży na pododdział dla dzieci młodszych (do 13. r. ż.) i pododdział młodzieżowy.

Przyjęcie na oddział dzienny następuje w trybie planowym, na podstawie skierowania lekarskiego. Oddzielne placówki przeznaczone są do terapii uzależnień.

Finansowanie

Podobnie jak w przypadku świadczeń dedykowanych osobom dorosłym, nakłady na świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży udzielane w warunkach oddziału dziennego stale rosną. W tabeli 10 przedstawiono nakłady na poszczególne typy świadczeń w latach 2016-2019.

Tabela 10. Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

nazwa zakresu świadczeń	2016	2017	2018	2019
ŚWIADCZENIA DZIENNE PSYCHIATRYCZNE REHABILITACYJNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	19 467 742 zł	23 384 490 zł	24 836 767 zł	28 588 198 zł

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych NFZ.

Ambulatoryjne świadczenia psychiatryczne i psychologiczne dla dzieci i młodzieży

Pacjent w ramach poradni zdrowia psychicznego, ma możliwość skorzystania z bezpłatnych porad (w zakresie diagnozy, terapii), wizyt domowych oraz sesji psychoterapii (indywidualnej, grupowej lub rodzinnej). Na wizytę u psychiatry dzieci i młodzieży nie jest wymagane skierowanie, podobnie jak do świadczeń psychologicznych, psychoterapeutycznych czy środowiskowych.

W ramach poradni leczenia uzależnień pacjent ma możliwość skorzystania z bezpłatnych porad lekarskich, terapii prowadzonej przez specjalistę psychoterapii uzależnień, pomocy psychologicznej, wsparcia emocjonalnego czy psychoterapii.

W poradniach zdrowia psychicznego ustalany jest indywidualny plan terapeutyczny dobrany indywidualnie i adekwatnie do stanu psychofizycznego pacjenta uwzględniający leczenie farmakologiczne, psychoedukację, pomoc psychologiczną, różne formy psychoterapii. Kolejne wizyty służą monitorowaniu oceny stanu psychicznego i postępu leczenia. Częstość wizyt zależy od indywidualnych potrzeb pacjenta.

W ramach leczenia ambulatoryjnego w psychiatrycznej opiece zdrowotnej dla dzieci i młodzieży również funkcjonują zespoły leczenia środowiskowego.

Od kwietnia 2020 r. świadczenia ambulatoryjne udzielane są także w ośrodkach środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (I poziom referencyjny nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży). Są to ośrodki zatrudniające psychologów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych dzieci i młodzieży, udzielające pomocy blisko miejsca zamieszkania rodziny. Specjaliści pracujący na I poziomie referencyjnym mają za zadanie otoczyć opieką osoby doświadczające najczęstszych zaburzeń psychicznych – w przypadku których najczęściej nie jest konieczna pogłębiona diagnoza lekarska czy farmakoterapia. Zgodnie z założeniami reformy ośrodki te pełnić będą kluczową funkcję w zmniejszeniu liczby pacjentów korzystających z konsultacji psychiatrycznych i hospitalizacji.

Według aktualnych danych świadczenia na I poziomie psychiatrii dziecięcej udzielane są w 304 miejscach (dane czerwiec 2021 r.). Obecnie oddziały wojewódzkie prowadzą kolejne postępowania konkursowe.

Zakres wsparcia

Świadczenia dla dzieci i młodzieży w warunkach ambulatoryjnych udzielane są w ramach świadczeń psychiatrycznych i psychologicznych. Zakres udzielanego wsparcia obejmuje m.in.:

- porady lekarza psychiatry dzieci i młodzieży (w tym m.in. lekarsko-diagnostyczną rozpoczynającą lub weryfikującą proces diagnostyczno-terapeutyczny, lekarsko-terapeutyczną, lekarsko-kontrolną);
- porady psychologiczne (w tym psychologiczno-diagnostyczne);
- sesji psychoterapii (indywidualnej, grupowej, rodzinnej);
- sesji wsparcia psychospołecznego;
- wizyty, porady domowe lub środowiskowe.

Grupa docelowa

Ze świadczeń ambulatoryjnych korzystają wszyscy ci pacjenci wymagający diagnostyki i terapii zaburzeń psychicznych, u których nie ma wskazań do hospitalizacji na oddziałach dziennych ani całodobowych. Opieką poradni obejmowane są także osoby po wypisie ze szpitala psychiatrycznego.

Świadczenia ambulatoryjne udzielane są dzieciom i młodzieży bez skierowania od lekarza. Oddzielne placówki przeznaczone są do terapii uzależnień.

Finansowanie

Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia nakłady na świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży udzielane w warunkach ambulatoryjnych wzrastają na przestrzeni lat. W tabeli 11 przedstawiono nakłady na poszczególne typy świadczeń w latach 2016-2019.

Tabela 11. Nakłady na wybrane zakresy świadczeń w latach 2016-2019.

nazwa zakresu świadczeń	2016	2017	2018	2019
ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE AMBULATORYJNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	40 516 212 zł	46 170 155 zł	48 420 726 zł	53 828 381 zł

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych NFZ.

Centra Zdrowia Psychicznego

Zakres wsparcia

Aby umożliwić przystosowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej do uwarunkowań społeczno-ekonomicznych, niezbędne jest przeprowadzenie programu pilotażowego centrum zdrowia psychicznego, który w chwili obecnej jest w trakcie wdrażania. Celem programu pilotażowego jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na centrach zdrowia psychicznego, o których mowa w art. 5a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego w aspekcie organizacyjnym, finansowym, jakościowym oraz równości i dostępności do świadczeń zdrowotnych. W dniu 9 maja 2018 r. opublikowane zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz.852 z późn. zm.). Zgodnie z przepisami każdy podmiot zakwalifikowany do programu pilotażowego tworzy jedno centrum zdrowia psychicznego.

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w ramach centrum zdrowia psychicznego (CZP) udzielane są osobom pełnoletnim cierpiącym na zaburzenia psychiczne. CZP zapewnia kompleksową psychiatryczną opiekę zdrowotną osobom zamieszkałym na określonym obszarze terytorialnym w formie co najmniej pomocy doraźnej, ambulatoryjnej (porada lekarska, porada psychologiczna, sesja psychoterapii, wizyta domowa), środowiskowej (środowiskowe opieka

czynna zespołu leczenia środowiskowego/domowego), dziennej (oddział dzienny) i szpitalnej (całodobowy, ogólny oddział psychiatryczny).

Odpowiedzialność terytorialna CZP zwiększa dostępność opieki, umożliwia jej koordynację oraz ułatwia prowadzenie procesu terapeutycznego w sposób dostosowany i zindywidualizowany do potrzeb pacjentów, co może w znaczący sposób przyczyniać się do zwiększenia efektów terapeutycznych.

Pierwszy kontakt z CZP następuje bezpośrednio lub telefonicznie w punkcie zgłoszeniowo-koordynacyjnym (PZK). Osoby zgłaszające się są obsługiwane bez zwłoki i bez konieczności wcześniejszego umawiania się, przez wykwalifikowanego pracownika medycznego, który:

- udzieli informacji o zakresie działania centrum i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej,
- dokona wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych,
- wskaże termin, rodzaj i miejsce uzyskania niezbędnego świadczenia (w przypadkach pilnych, nie później niż 72 godziny od chwili zgłoszenia),
- gdy jest taka potrzeba, udzieli informacji na temat miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia z zakresu pomocy społecznej, gdy jest ona potrzebna,
- udzieli świadczenia opieki zdrowotnej.

PZK stanowi część poradni zdrowia psychicznego, która w CZP funkcjonuje co najmniej od poniedziałku do piątku, poza dniami ustawowo wolnymi od pracy, w godzinach od 8.00 do 18.00. W innym czasie, jak również w przypadkach nagłych, niezbędną pomoc świadczy lekarz dyżurny oddziału całodobowego bez pośrednictwa PZK.

W poradni CZP pacjent może uzyskać pomoc w trybie zwykłym (tj. wyczekującym) lub czynnym (tj. zapewniającym ciągłość opieki zgodnie z indywidualnym planem terapii i zdrowienia), w formie porad lub wizyt lekarza i psychologa, wizyt terapeuty środowiskowego, sesji wsparcia psychospołecznego lub psychoterapii. Zespół leczenia środowiskowego zajmuje się pacjentami wymagającymi środowiskowej opieki czynnej, tj. dążącej do podtrzymania ciągłości leczenia i wyprzedzania i ograniczania ryzyka nawrotów, świadczonej w razie potrzeby w miejscu zamieszkania, z intensywnością zależną od aktualnego stanu zdrowia chorego, zgodnie z indywidualnym planem terapii i zdrowienia. W opiece dziennej pacjent ma zagwarantowane świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki, wsparcie edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin, bezpłatny jeden posiłek każdego dnia pobytu. W warunkach całodobowej opieki szpitalnej zapewnione są ponadto konsultacje specjalistyczne, wyroby medyczne, w tym przedmioty ortopedyczne oraz bezpłatne zakwaterowanie i wyżywienie.

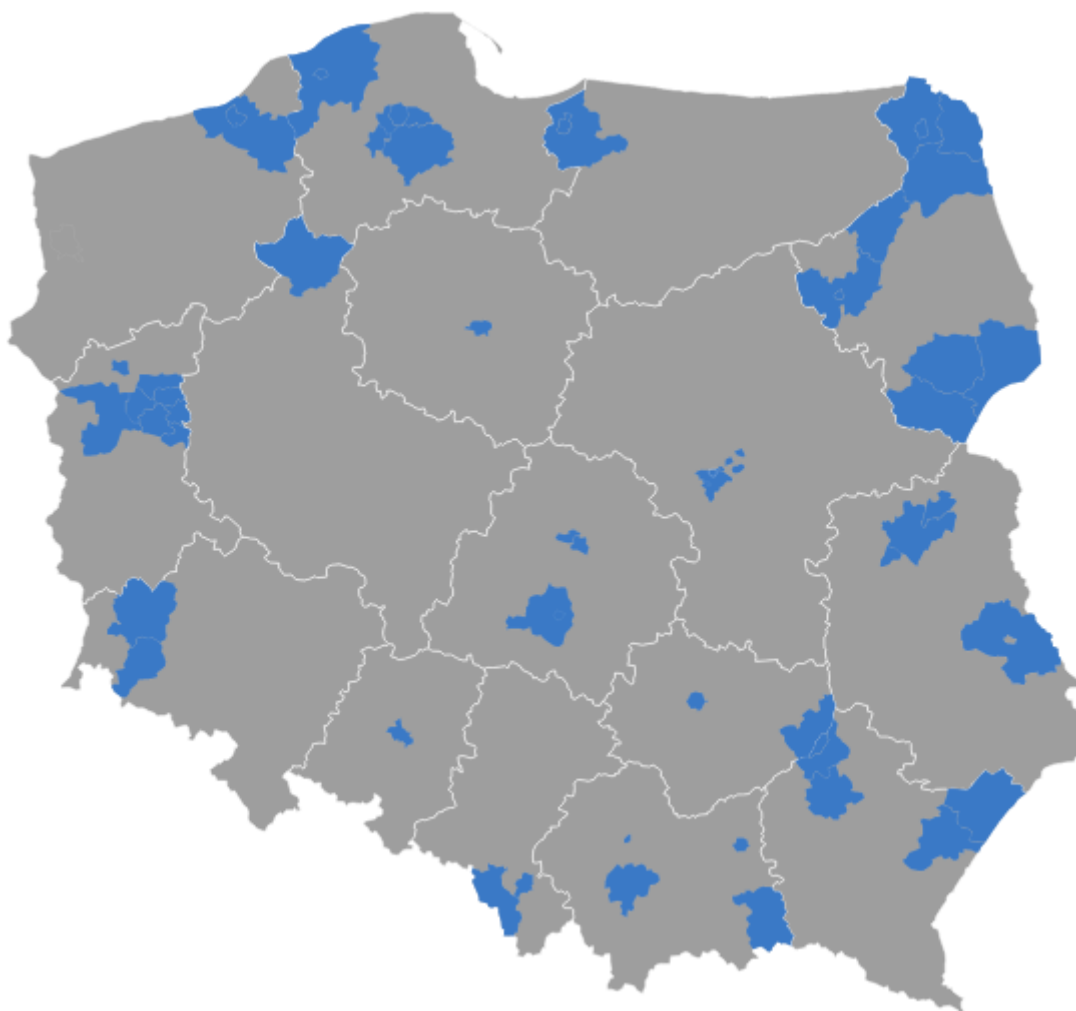
CZP zatrudniają asystentów zdrowienia oferujących aktualnie chorującym wsparcie możliwe dzięki przebytemu i przepracowanemu własnemu doświadczeniu poważnego kryzysu psychicznego.

CZP współpracuje z podmiotami pomocy społecznej oraz innymi organizacjami pomocowymi w zapewnieniu niezbędnego oparcia społecznego oraz przywracaniu gotowości i zdolności do uczestnictwa w życiu społecznym. Współpracuje też z organizacjami samopomocowymi funkcjonującymi na obszarze odpowiedzialności CZP.

Grupa docelowa oferowanego wsparcia

CZP powstały w ramach pilotażowego programu psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Od 2018 r. utworzono w pilotażu 33 centrów zlokalizowanych we wszystkich województwach, zarówno w dużych miastach, jak i powiatach, gdzie dominuje ludność wiejska.

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w ramach CZP udzielane są osobom dorosłym cierpiącym na zaburzenia psychiczne. Centrum nie udziela świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom i młodzieży poniżej 18. r. ż., nie zajmuje się leczeniem uzależnień oraz nie udziela świadczeń zdrowotnych pacjentom, wobec których zastosowano środek zabezpieczający w postaci detencji psychiatrycznej.



Rycina 1. Obszary objęte pilotażem w 2021 r. Stan na dzień 9.02.2021 r.

Finansowanie

Finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez CZP opiera się na ryczałcie na populację, czyli sposobie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej objętych pilotażem określonym jako iloczyn liczby osób powyżej 18. r. ż. zamieszkujących obszar działania centrum i stawki rocznej na osobę.

Główne założenia rozwoju systemu

Mając na uwadze informacje przedstawione w ww. rozdziałach należy podkreślić, iż działania zaplanowane w niniejszym dokumencie mają na celu rozwój systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce w kierunku modelu psychiatrii środowiskowej opartej na centrach zdrowia psychicznego. Poza rozwojem centrów zdrowia psychicznego oraz położeniem nacisku na rozwój świadczeń ambulatoryjnych kluczowa jest również zmiana struktury łóżek szpitalnych w opiece psychiatrycznej.

Celem zaplanowanych działań jest zmniejszanie łóżek szpitalnych zwłaszcza w dużych szpitalach psychiatrycznych przy jednoczesnym rozwoju świadczeń środowiskowych oraz położeniu nacisku na hospitalizowanie osób tego wymagających w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych.

KIERUNKI ROZWOJU WSPARCIA ZDROWOTNEGO W RAMACH PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI

Dokumentem określającym strategię działań w obszarze ochrony zdrowia psychicznego jest Narodowy Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, zwany dalej „Programem”. W Programie znajdują się zadania polegające przede wszystkim na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji. Wśród zadań wymienionych w Programie, za kluczowe uznaje się upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w duchu procesu deinstytucjonalizacji m.in. przez tworzenie warunków do rozwoju Centrów Zdrowia Psychicznego. Stopniowe przechodzenie z modelu „azylowego”, opierającego się na izolowaniu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego w dużych szpitalach psychiatrycznych na model środowiskowy, jest zgodne z kierunkami reform psychiatrii dokonującymi się w państwach rozwiniętych.

Należy również zaznaczyć, że deinstytucjonalizacja psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest rekomendowanym kierunkiem zmian postulowanym przez WHO, UE i OECD, ale również przez wiele organizacji pozarządowych w tym organizacji pacjenckich. Przeniesienie opieki psychiatrycznej do środowiska lokalnego umożliwia m.in.: przeciwdziałanie stygmatyzacji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne oraz przy odpowiedniej koordynacji daje szansę na osiągnięcie lepszych efektów terapeutycznych.

Jednym z elementów umożliwiających wdrażanie środowiskowego modelu było także wsparcie realizowane w działaniu 4.1 PO WER Innowacje społeczne. Pozwoliło ono przetestować w praktyce rozwiązania dotąd nie stosowane.

Mając na uwadze powyższe proponuje się realizację działań z zakresu deinstytucjonalizacji w następujących obszarach:

Cel główny: Poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym populacji oraz zapewnienie odpowiednich warunków opieki w ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego

- 1) Inwestycje w kadry - poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii, jak również kadr innych specjalizacji zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego;
- 2) Inwestycje w system - zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej;
- 3) Inwestycje w system - zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej;
- 4) Inwestycje infrastrukturalne - dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
- 5) Inwestycje w zdrowie populacji – promocja zdrowia psychicznego, prewencja samobójstw i zachowań autodestrukcyjnych.

Psychiatria Dorosłych

Inwestycje w kadry – poprawa sytuacji kadrowej w dziedzinie psychiatrii dorosłych

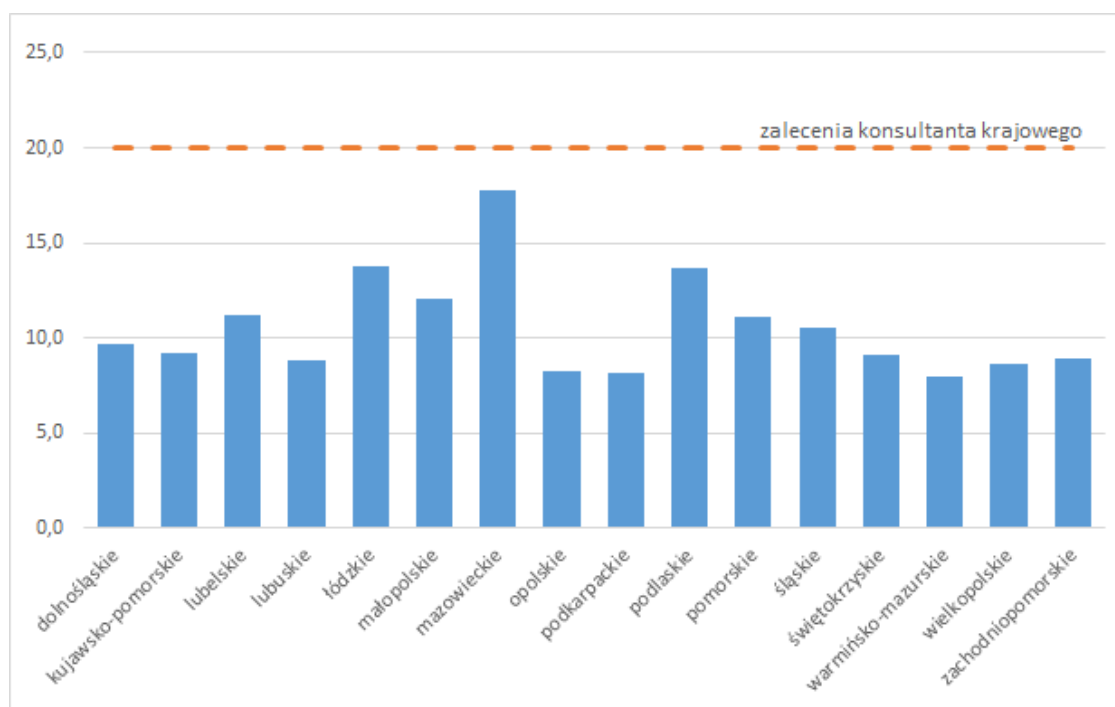
Cel szczegółowy:

Poprawa sytuacji kadrowej w opiece psychiatrycznej dorosłych

Diagnoza:

Z uwagi na specyfikę udzielania świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, kadry specjalistów zajmujących się udzielaniem tego rodzaju świadczeń stanowią najistotniejszy zasób warunkujący dostępność i jakość udzielanych świadczeń. Z tego powodu istotna jest ocena liczby zarówno lekarzy psychiatrów, jak i innych specjalistów zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego. Na poniższym wykresie przedstawiono liczbę psychiatrów na 100 tys. ludności wg województw, w poniższych tabelach zestawiono informacje dotyczące liczby przedstawicieli wybranych grup zawodowych zaangażowanych w udzielanie świadczeń:

Wykres 3. Wskaźnik liczby lekarzy ze specjalizacją w psychiatrii dorosłych na 100 tys. ludności w roku 2019.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych 2020.

Tabela 12. Ogólna liczba personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – lekarze, psycholodzy, pielęgniarki psychiatryczne (niepowtarzające się PESELE) w latach 2017-2020.

OW NFZ	Rok	Liczba lekarzy psychiatrów			Liczba psychologów		Liczba pielęgniarek psychiatrycznych
		W trakcie specjalizacji	Ze specjalizacją I stopnia	Specjalistów	Bez specjalizacji	Klinicznych	
Dolnośląski	2017	61	29	218	324	83	71
	2018	79	28	220	321	87	107
	2019	87	31	215	332	97	127
	2020	2020	103	29	212	363	95
Kujawsko-Pomorski	2017	40	11	144	188	39	64
	2018	61	11	154	214	39	64
	2019	60	7	160	148	71	142
	2020	71	7	155	169	66	168
Lubelski	2017	67	30	160	302	76	67
	2018	71	31	173	374	105	79
	2019	59	23	159	281	73	50
	2020	54	21	157	308	73	89
Lubuski	2017	9	17	81	110	15	26
	2018	6	13	74	102	13	39
	2019	9	10	67	93	31	38
	2020	15	9	64	99	29	47
Łódzki	2017	118	23	253	296	140	62
	2018	122	23	269	376	168	86
	2019	89	16	205	267	118	155
	2020	98	16	196	287	117	185
Małopolski	2017	93	28	312	401	168	77
	2018	112	31	347	528	208	111
	2019	102	23	291	412	159	114
	2020	128	21	290	480	168	115

Mazowiecki	2017	236	55	596	884	159	106
	2018	250	50	589	904	154	130
	2019	219	43	573	846	220	186
	2020	252	42	550	930	222	212
Opolski	2017	29	17	77	105	44	30
	2018	32	17	82	116	48	53
	2019	24	14	81	124	47	54
	2020	21	14	75	149	53	58
Podkarpacki	2017	32	21	123	190	48	38
	2018	40	16	127	189	47	53
	2019	38	15	117	223	51	89
	2020	45	14	115	243	50	126
Podlaski	2017	28	14	139	151	33	73
	2018	31	12	128	136	25	59
	2019	28	12	123	139	33	66
	2020	36	12	124	137	31	66
Pomorski	2017	79	24	201	293	57	40
	2018	79	22	215	279	64	78
	2019	75	18	203	233	107	125
	2020	82	18	199	246	110	138
Śląski	2017	107	31	397	606	120	88
	2018	131	31	396	633	127	79
	2019	75	26	391	529	150	224
	2020	92	29	376	572	159	227
Świętokrzyski	2017	29	8	95	114	8	45
	2018	29	8	95	139	9	45
	2019	19	6	105	106	30	47
	2020	19	5	104	117	34	55
Warmińsko-Mazurski	2017	23	22	90	131	38	57
	2018	23	21	93	142	39	70

	2019	20	15	90	103	34	38
	2020	23	14	90	110	32	41
Wielkopolski	2017	74	22	261	370	115	56
	2018	79	25	277	421	133	157
	2019	79	14	307	353	145	159
	2020	89	15	302	384	151	171
Zachodniopomorski	2017	47	17	120	157	56	33
	2018	52	17	131	188	76	39
	2019	39	11	135	165	70	37
	2020	44	10	129	182	60	41
Suma	2017	1072	369	3267	4622	1199	933
Suma	2018	1197	356	3370	5062	1342	1249
Suma	2019	1022	284	3222	4354	1436	1651
Suma	2020	1172	276	3138	4776	1450	1879

Źródło: Dane na podstawie informacji NFZ.

Tabela 13. Ogólna liczba personelu udzielającego świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – specjaliści psychoterapii i instruktorzy terapii uzależnień (niepowtarzające się PESELE) w latach 2017-2020.

OW NFZ	Rok	Liczba psychoterapeutów	Liczba osób ubiegających się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty	Liczba specjalistów psychoterapii uzależnień	Liczba osób ubiegających się o otrzymanie certyfikatu specjalisty	Liczba Instruktorów w terapii uzależnień
--------	-----	-------------------------	---	--	---	--

					psychoterapii uzależnień	
Dolnośląski	201 7	80	92	152	48	63
Dolnośląski	201 8	87	97	162	49	59
Dolnośląski	201 9	76	104	158	47	58
Dolnośląski	202 0	82	139	159	50	54
Kujawsko- Pomorski	201 7	40	31	109	8	41
Kujawsko- Pomorski	201 8	40	35	112	15	44
Kujawsko- Pomorski	201 9	26	29	81	38	34
Kujawsko- Pomorski	202 0	26	31	83	47	30
Lubelski	201 7	21	56	77	60	19
Lubelski	201 8	33	85	98	57	26
Lubelski	201 9	30	40	95	32	23
Lubelski	202 0	35	49	93	35	25
Lubuski	201 7	9	21	76	20	34
Lubuski	201 8	9	21	73	19	31
Lubuski	201 9	21	23	82	22	35
Lubuski	202 0	18	24	85	23	29

łódzki	201 7	41	80	71	63	53
łódzki	201 8	62	98	97	88	54
łódzki	201 9	54	37	94	49	33
łódzki	202 0	56	54	91	54	32
Małopolski	201 7	60	109	109	33	29
Małopolski	201 8	100	136	123	78	35
Małopolski	201 9	103	85	172	52	36
Małopolski	202 0	102	117	166	53	32
Mazowiecki	201 7	248	372	270	174	52
Mazowiecki	201 8	238	394	266	186	47
Mazowiecki	201 9	123	148	321	138	59
Mazowiecki	202 0	135	218	314	146	54
Opolski	201 7	19	29	62	27	18
Opolski	201 8	20	42	68	30	19
Opolski	201 9	18	37	70	20	19
Opolski	202 0	19	49	66	24	19
Podkarpacki	201 7	39	37	78	23	27
Podkarpacki	201 8	42	31	82	27	27
Podkarpacki	201 9	26	40	58	34	22

Podkarpacki	2020	31	46	56	31	21
Podlaski	2017	42	88	78	42	14
Podlaski	2018	41	80	81	41	13
Podlaski	2019	39	55	92	40	13
Podlaski	2020	41	70	84	44	13
Pomorski	2017	54	55	38	32	7
Pomorski	2018	75	77	57	29	7
Pomorski	2019	91	67	159	54	31
Pomorski	2020	90	82	160	66	33
Śląski	2017	186	392	272	129	61
Śląski	2018	213	392	278	124	63
Śląski	2019	146	193	260	81	54
Śląski	2020	159	242	260	85	59
Świętokrzyski	2017	25	33	90	25	19
Świętokrzyski	2018	25	47	90	28	17
Świętokrzyski	2019	30	28	87	21	12
Świętokrzyski	2020	29	34	88	22	12
Warmińsko-Mazurski	2017	28	30	96	35	36
Warmińsko-Mazurski	2018	31	44	102	26	37

Warmińsko-Mazurski	2019	25	28	93	18	22
Warmińsko-Mazurski	2020	24	29	94	16	24
Wielkopolski	2017	79	118	81	35	46
Wielkopolski	2018	104	165	101	55	49
Wielkopolski	2019	91	151	262	73	34
Wielkopolski	2020	93	174	251	81	33
Zachodniopomorski	2017	69	64	71	39	165
Zachodniopomorski	2018	87	89	88	49	175
Zachodniopomorski	2019	27	29	112	24	28
Zachodniopomorski	2020	27	33	109	26	25
Suma	2017	1040	1607	1730	793	684
Suma	2018	1207	1833	1878	901	703
Suma	2019	926	1094	2196	743	513
Suma	2020	967	1391	2159	803	495

Źródło: Dane na podstawie informacji NFZ.

Zgodnie z danymi w tabeli 13, w 2020 r. świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna udzielało 967 psychoterapeutów oraz 1391 osób ubiegających się o wykonywanie zawodu psychoterapeuty. Analizując dane zamieszczone w tabeli 13 po spadku odnotowanym na przełomie lat 2018-2019 zauważalny jest pozytywny wzrost liczby osób ubiegających się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeutów. Jest to dość istotne mając na uwadze,

iż psychoterapia stanowi istotny element w postępowaniu leczniczym. Np. w zaburzeniach depresyjnych na każdym etapie leczenia wskazane jest rozważenie zalecenia wdrożenia oddziaływań psychoterapeutycznych (w depresji o niewielkim nasileniu – jako jedyna forma leczenia, przy zintensyfikowaniu objawów – jako leczenie wspomagające obok farmakoterapii)²⁸.

Kluczowe wydaje się dążenie do zapewnienia również dostępności do wskazanych kadr medycznych w poszczególnych województwach.

Warte zaznaczenia jest, iż we wdrażanym modelu psychiatrii środowiskowej na znaczeniu będą zyskiwali asystenci zdrowienia. Wymóg zatrudniania asystentów zdrowienia w centrach zdrowia psychicznego wynika z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.

Oczekiwany rezultat:

1. **Do końca 2025 r. zwiększenie liczby psychiatrów dorosłych.**
2. **Do końca 2021 r. zwiększenie liczby asystentów zdrowienia w centrach zdrowia psychicznego.**
3. **Od 2022 r. możliwość wspierania przygotowania zawodowego do pełnienia funkcji przez asystentów zdrowienia.**
4. **Do końca 2025 r. zwiększenie łącznej liczby terapeutów środowiskowych (proponowane uruchomienie studiów licencjackich od 2022 r., z zachowaniem uprawnień przez osoby, które nabyły uprawnienia w oparciu o dotychczasowe rozwiązania), psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych oraz pielęgniarek psychiatrycznych zatrudnionych w podmiotach finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.**

Działania

Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania dążące do wzrostu liczby specjalistów psychiatrii dorosłych m.in. poprzez wpisanie psychiatrii jako dziedziny priorytetowej (a więc podjęcie kształcenia w tej dziedzinie jest premiowane finansowo oraz przewidziane są dodatkowe miejsca na rezydentury). Ponadto Ministerstwo Zdrowia corocznie zwiększa limit liczby osób studiujących na kierunku lekarskim oraz wprowadza zmiany w systemie szkolenia specjalizacyjnego lekarzy. Ważny jest również rozwój nowych zawodów/kwalifikacji uczestniczących w opiece psychiatrycznej takich jak. m.in.: asystenci zdrowienia. Dla tej grupy osób niezbędne będzie wspieranie przygotowania zawodowego do pełnienia funkcji przez asystentów zdrowienia. Prowadzone są prace w zakresie włączenia do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (ZSK) kwalifikacji rynkowej dotyczącej wspierania osób doświadczających kryzysów psychicznych w procesie zdrowienia, przez osoby z doświadczeniem psychozy. W chwili obecnej zatrudnianie asystentów zdrowienia wynika z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego. Istotne jest również podjęcie działań umożliwiających uruchomienie studiów licencjackich kształcących terapeutów środowiskowych, którzy stanowią bardzo ważny element modelu środowiskowego.

Zgodnie z art. 70 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 479), minister właściwy do spraw zdrowia w ramach posiadanych środków i ustalonej minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, dofinansowuje szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych w priorytetowych dziedzinach, w tym m.in. szkolenia specjalizacyjne w

²⁸ https://wyleczdepresje.pl/wp-content/uploads/2019/04/Depresja_rekomendacje_calosc.pdf

dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Corocznie Minister Zdrowia planuje na ten cel środki finansowe.

Finansowanie

Finansowanie kadr medycznych w ramach niniejszej strategii (rezultat 1, 2, 4) odbywa się przede wszystkim na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* (Dz. U. z 2021 r. poz. 478, z późn. zm.), ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. z 2021 r. poz. 790,) oraz ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej*, a także innych aktów prawnych z przedmiotowego zakresu. Istotnym aktem prawnym dotyczącym finansowania kształcenia kadr medycznych jest również rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2019 r. *w sprawie sposobu podziału środków finansowych dla uczelni medycznych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1201). Jednocześnie w ramach strategii deinstytucjonalizacji przewiduje się możliwość finansowego wspierania przygotowania zawodowego do pełnienia funkcji przez asystentów zdrowia

Cel – Poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii								
Termin realizacji działań	Nr rezultatu	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	3							
Indyktywne źródła finansowania	Finansowanie ze środków Europejskich							
Instytucje koordynujące	Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej							

Inwestycje w system - zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej

Cel szczegółowy:

Zmiana profilu udzielanych świadczeń przez duże szpitale psychiatryczne – ograniczenie przyjęć „ostrych” do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, na rzecz przyjęć w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych.**Diagnoza:**

Świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej realizowane w formie stacjonarnej (całodobowej) udzielane są w oddziałach psychiatrycznych, oddziałach leczenia uzależnień oraz w izbach przyjęć osobom powyżej 18. r. ż. w zakresie diagnostyki oraz leczenia wszystkich rodzajów zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (F00-F99). Świadczenia całodobowe udzielane są przede wszystkim na oddziałach psychiatrycznych ogólnych stanowiącą najważniejszą część bazy leczenia stacjonarnego. W chwili obecnej w Polsce funkcjonuje 46 szpitali psychiatrycznych oraz 109 placówek z oddziałami psychiatrycznymi przy szpitalach wielospecjalistycznych.

Ważnym kierunkiem zmian jest także przeorganizowanie opieki nad pacjentami doświadczającymi zaburzeń psychicznych, aby w przyszłości osobom wymagającym hospitalizacji udzielana ona była

wyłącznie na oddziałach psychiatrycznych funkcjonujących w szpitalach wielospecjalistycznych. Udzielanie świadczeń w taki sposób nie tylko ogranicza stygmatyzację związaną z hospitalizacją psychiatryczną, ale także pozwala na pełniejszą diagnozę i terapię współwystępujących u pacjentów problemów zdrowotnych.

W przypadku niektórych zaburzeń i chorób psychicznych konieczne jest stworzenie możliwości skorzystania z pomocy wyspecjalizowanych ośrodków, dysponujących odpowiednio przygotowaną kadrą, warunkami lokalowymi oraz programem terapeutycznym. .

Oczekiwany rezultat:

- 1. Do końca 2027 r. ograniczenie przyjęć „ostrych” do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, na rzecz przyjęć w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych z wyjątkiem rezerwy dla miejsc, w których uzasadnione jest wydłużenie okresu przejściowego.**
- 2. Do końca 2027 r. zmniejszenie bazy łóżkowej w oddziałach psychiatrycznych ..**
- 3. Stworzenie pozaszpitalnych miejsc pobytu kryzysowego przy każdym centrum zdrowia psychicznego (pobyty krótkoterminowe) – do końca 2027 r.**

Działania

Przedstawione działania w zakresie zmiany organizacji udzielania psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych dotyczą przede wszystkim zmiany struktury udzielania świadczeń całodobowych poprzez reorganizację całodobowych placówek psychiatrycznych oraz oddziałów psychiatrycznych funkcjonujących przy szpitalach wielospecjalistycznych.

Kluczowe w niniejszym działaniu jest dążenie do ograniczenia przyjęć ostrych do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, z wyjątkiem rezerwy dla miejsc ze specyficznymi uwarunkowaniami dotyczącymi dostępności do opieki, a także lokalnymi uwarunkowaniami związanymi m.in. z czasem dojazdu..

Ograniczenie przyjęć “ostrych” w szpitalach psychiatrycznych, a także stopniowe ograniczanie liczby łóżek w ww. podmiotach wiąże się ze zwiększeniem potencjału oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych. Całodobowe leczenie pacjentów dotkniętych zaburzeniami psychicznymi wymagającymi hospitalizacji w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych gwarantuje dostęp do specjalistów w związku z występowaniem współistniejących chorób somatycznych oraz w sposób zdecydowany ogranicza stygmatyzację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

Zmiana struktury udzielania świadczeń przez monoprofilowe szpitale psychiatryczne ukierunkowana jest na realizowanie przez te podmioty programów dotyczących wyspecjalizowanych świadczeń psychiatrycznych. Takie ośrodki powinny dysponować odpowiednio przygotowaną kadrą lekarzy, pielęgniarek i innych specjalistów, jak również odpowiednimi warunkami i programami terapeutycznymi.

Dlatego podstawą do kształtowania struktury opieki stacjonarnej (wielkość i profile działalności szpitali psychiatrycznych) powinien być plan sieci szpitali psychiatrycznych ustalany na podstawie ustawowej. Analogiczny plan powinien dotyczyć CZP i oddziałów przy szpitalach wielospecjalistycznych wraz z określeniem obszarów odpowiedzialności. . Proponuje się określenie specjalnych zasad dla ośrodków akademickich – jako miejsc o najwyższym stopniu referencyjności, które muszą dysponować najbardziej wyspecjalizowaną kadrą medyczną.

Istotne jest, aby w procesie ograniczania przyjęć „ostrych” do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych, na rzecz przyjęć w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych jednocześnie

tworzyć pozaszpitalne miejsca pobytu kryzysowego przy każdym centrum zdrowia psychicznego. Umożliwi to zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom podczas wdrażania założeń strategii.

Finansowanie

Realizacja zadań w ramach ww. celu ma przede wszystkim charakter zmiany organizacyjnej w sposobie udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej. Finansowanie działalności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wiąże się przede wszystkim z podpisaniem bądź rozwiązaniem umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Podmiotem odpowiedzialnym za zmianę organizacyjną danego pomiotu leczniczego jest organ tworzący. Realizacja ww. działań będzie opierała się na systematycznym wdrażaniu zmian przygotowywanych przez administrację rządową w oparciu o dokumenty strategiczne tj. m.in.: Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego przy współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego oraz Narodowym Funduszem Zdrowia.

Inwestycje w system - zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej

Cel szczegółowy:

Rozwój środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej dla dorosłych poprzez tworzenie centrów zdrowia psychicznego.

Diagnoza:

Model środowiskowy jest uznawany współcześnie za najlepsze rozwiązanie systemowe poprawiające funkcjonowanie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Sprzyja on uzyskiwaniu lepszych wyników w procesie zdrowienia i przywracania uczestnictwa społecznego osób z problemami zdrowia psychicznego, a także wpływa na zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Opieka środowiskowa oznacza dostępność odpowiednich usług w pobliżu miejsca zamieszkania. Doświadczenia światowe i europejskie wskazują na potrzebę rozwiązań, w których opieka szpitalna ma charakter ograniczony, podczas gdy najważniejsza część pomocy jest oferowana na poziomie opieki środowiskowej.

Oczekiwany rezultat:

- 1. Do końca 2022 r. opracowanie i wdrożenie standardów organizacyjnych w centrach zdrowia psychicznego.**
- 2. Do końca 2022 r. przygotowanie i zatwierdzenie docelowej mapy obszarów odpowiedzialności centrów zdrowia psychicznego.**
- 3. Przedłużenie czasu trwania programu pilotażowego do końca 2022 roku. Do końca 2027 r. zwiększenie liczby centrów zdrowia psychicznego do 300 podmiotów objęcie działaniem centrów zdrowia psychicznego dorosłej ludności Polski.**

Działania:

Realizacja przedmiotowego celu będzie następowała analogicznie do procesu wyłaniania realizatorów programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego tj. po przeprowadzeniu procesu kwalifikacji w oparciu o nadesłane zgłoszenia przez podmioty wyrażające chęć realizacji pilotażu. Niezbędne do rozpoczęcia realizacji świadczeń w ramach centrum zdrowia psychicznego jest podpisanie umowy

z właściwym oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Centra zdrowia psychicznego powstają i są finansowane w oparciu o środki krajowe (na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia).

Opracowanie standardów organizacyjnych wydaje się kluczowe w kontekście ujednolicenia organizacji świadczeń opieki zdrowotnej realizowanej w środowiskowym modelu ochrony zdrowia psychicznego.

Finansowanie

Świadczenia zdrowotne realizowane przez centra zdrowia psychicznego są finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Cel - Inwestycje w system - zwiększenie dostępności do opieki świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej								
Termin realizacji działań	Nr rezultatu	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	4							
	1							
Indykatywne źródła finansowania	4. Narodowy Fundusz Zdrowia							
	1. Budżet Ministra Zdrowia							
Instytucje koordynujące	1. Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia							

Inwestycje infrastrukturalne – dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Cel szczegółowy:

Dostosowanie infrastruktury pomiotów leczniczych realizujących środowiskowy model opieki psychiatrycznej.

Diagnoza:

Wieloletnie niedofinansowanie opieki psychiatrycznej skutkuje niedostosowaniem zwłaszcza placówek stacjonarnych do wymagań współczesnej psychiatrii. W wielu przypadkach podmioty stacjonarne

wymagają gruntownego infrastrukturalnego wsparcia w celu umożliwienia poprawnej realizacji świadczeń. W chwili obecnej funkcjonuje 46 szpitali psychiatrycznych oraz 109 oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych.

Oczekiwany rezultat:

- 1. Do końca 2027 r. dofinansowanie infrastrukturalne oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych (lub utworzenie i dostosowanie nowych) przy jednoczesnym ograniczaniu łóżek w szpitalach psychiatrycznych (reorganizacja).**
- 2. Do końca 2027 r. wsparcie infrastrukturalne centrów zdrowia psychicznego oraz podmiotów spełniających warunki utworzenia centrum zdrowia psychicznego.**

Działania:

W ramach realizacji celu przewiduje się wsparcie dla działających centrów zdrowia psychicznego oraz nowych podmiotów deklarujących chęć przystąpienia do programu. Wdrażanie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego wymaga odpowiedniego dostosowania podmiotów tworzących centra do wymogów współczesnej psychiatrii. W ramach działania niezbędne będzie doposażenie zespołów wyjazdowych stanowiących istotny element modelu środowiskowego oraz wspieranie dostosowania podmiotów pod kątem wyposażenia w sprzęt do sprawowania kompleksowej opieki psychiatrycznej, jak również przeprowadzenie niezbędnych inwestycji infrastrukturalnych (remonty oraz budowa obiektów). Szczególne poprawa infrastruktury wydaje się być kluczowa w nowopowstałych, punktach zgłoszeniowo-koordynacyjnych, których zadaniem jest m.in.: udzielanie informacji o zakresie działania centrum i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzenie wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osób zgłaszających się do PZK, uzgodnienie wstępnego planu postępowania oraz udzielenie możliwego wsparcia w zakresie zdefiniowanych potrzeb czy w przypadkach tego wymagających wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia z zakresu pomocy społecznej.

Istotne jest też wsparcie infrastrukturalne w procesie reorganizacji funkcjonowania oddziałów stacjonarnych w szpitalach psychiatrycznych oraz oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych, które gwarantują objęcie kompleksową opieką somatyczną pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Ważne jest również dofinansowanie infrastrukturalne dużych szpitali psychiatrycznych poprzez dostosowanie części oddziałów do nowej oferty programów specjalistycznych w ramach zmiany organizacji udzielanych świadczeń oraz w sytuacji ograniczania łóżek ogólnopsychiatrycznych na rzecz ich rozwoju w szpitalach wielospecjalistycznych.

Finansowanie

Finansowanie reorganizacji podmiotów udzielających stacjonarnych świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie przy wsparciu środków europejskich. Przewiduje się, iż w ramach osiągnięcia oczekiwanych rezultatów wskazanych w pkt 1 możliwe będzie otrzymanie wsparcia finansowego ze środków europejskich.

Celem działania będzie umożliwienie szpitalom wielospecjalistycznym dostosowanie lub utworzenie oddziałów psychiatrycznych. Działanie powinno umożliwić zapewnienie odpowiedniej infrastruktury umożliwiającej prowadzenie oddziałów (dostosowanie budynku, wyposażenie pomieszczeń, zakup sprzętu).

Finansowanie ze środków europejskich w przedmiotowych działaniach ma na celu przede wszystkim wsparcie infrastrukturalne podmiotów uczestniczących w reformie. Udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowanie całego systemu są oparte wyłącznie na środkach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dzięki dofinansowaniu już istniejących CZP poprawione zostaną warunki udzielania świadczeń a nowo włączane podmioty będą miały możliwość dostosowania do aktualnych rekomendacji dotyczących udzielania świadczeń psychiatrycznych. Dzięki wsparciu nowe podmioty zostaną włączone do programu pilotażowego, w ramach którego udzielać będą świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia co zapewni trwałość działań.

Cel dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej								
Termin realizacji działań	Nr rezultatu	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	1							
	2							
Indykatorywn e źródła finansowania	1 – Finansowanie ze środków Europejskich							
	2 - Finansowanie ze środków Europejskich							
Instytucje koordynujące	1– Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej							
	2 - Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej							

Psychiatria Dzieci i Młodzieży

Inwestycje w kadry – poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w systemie ochrony zdrowia psychicznego

Cel szczegółowy:

Poprawa sytuacji kadrowej w opiece psychiatrycznej dzieci i młodzieży.

Diagnoza:

Jedną z kluczowych barier w dostępie do opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży jest niewystarczająca liczba specjalistów. Psychiatria dzieci i młodzieży jest wpisana na listę dziedzin priorytetowych, a więc podjęcie kształcenia w tej dziedzinie jest premiowane finansowo oraz przewidziane są dodatkowe miejsca na rezydentury. Niemniej jednak co roku znaczna część przewidzianych miejsc dla rezydentów nie zostaje obsadzona z powodu braku chętnych. Całość systemu ochrony zdrowia psychicznego opiera się na pomocy lekarzy psychiatrów, których jest w Polsce około 480, z tego jedynie część pracuje w publicznym systemie.

Niezbędnym elementem funkcjonowania nowego modelu jest rozwój kadr specjalistów - poza lekarzami psychiatrami – zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego najmłodszych. Dzięki upowszechnieniu oferty pomocy udzielanej przez tych specjalistów – psychologów, psychoterapeutów oraz terapeutów środowiskowych – możliwe będzie takie zorganizowanie opieki, aby do lekarzy psychiatrów kierowane były wyłącznie osoby potrzebujące diagnozy psychiatrycznej lub terapii farmakologicznej.

W związku z tym, zdecydowano się na wprowadzenie regulacji dotyczących nowych zawodów:

- specjalizacja psychoterapia dzieci i młodzieży została wprowadzona rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. 2019, poz. 226). Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży został zatwierdzony we wrześniu 2019 r.;
- kwalifikacja rynkowa „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży” została włączona do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2018 r. (M.P. 2018 poz. 1279);
- opracowany został nowy program specjalizacji z psychologii klinicznej (kwiecień 2018 r.).

Oczekiwany rezultat:

1. Do 2027 wykształcenie nowych specjalistów, którzy uzyskają kwalifikację w zakresie psychologii klinicznej lub psychoterapii dzieci i młodzieży lub terapii środowiskowej dzieci i młodzieży.

Działania:

W celu zwiększenia zainteresowania uzyskaniem kwalifikacji w ww. zawodach istotne jest upowszechnienie wyżej wymienionych kwalifikacji. Ważne jest dofinansowywanie kursów kształcących specjalistów, którzy mogą zostać zatrudnieni w publicznym systemie – nie tylko w systemie zdrowia, ale także edukacji czy pomocy społecznej. Istotne jest także podnoszenie kwalifikacji specjalistów już pracujących w systemie.

Obok prowadzonych kursów niezwykle istotne będzie upowszechnienie świadomości społecznej dotyczącej nowych zawodów oraz budowa zaufania do tych specjalistów. Jest to kluczowe dla odwrócenia obecnego modelu korzystania ze świadczeń, w którym często pierwszym specjalistą, do którego kierowane jest dziecko w przypadku zaburzeń psychicznych jest lekarz psychiatra dzieci i młodzieży. Działania, których celem jest usamodzielnienie pozostałych zawodów zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego najmłodszych zostały już rozpoczęte: m.in. poprzez zniesienie obowiązku posiadania skierowania lekarskiego w celu skorzystania ze świadczeń psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych dla dzieci i młodzieży.

Finansowanie

W ramach działań mających na celu zwiększenie liczby oraz podniesienie kompetencji specjalistów systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży prowadzone będą szkolenia kadr publicznego systemu opieki zdrowotnej, oświaty i pomocy społecznej w celu uzyskania kwalifikacji oraz podniesienia kompetencji:

- a) w zakresie psychologii klinicznej dzieci i młodzieży,
- b) w zakresie psychoterapii dzieci i młodzieży,
- c) w zakresie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży,
- d) w ramach innych kursów lub szkoleń z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży.

Cel – Poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii								
Termin realizacji działań	Nr rezultatu	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	1						-	-

Indyktywne źródła finansowania	1 – Finansowanie ze środków Europejskich
Instytucje koordynujące	1- Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej

Inwestycje w system – zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży oraz

Inwestycje w system - zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży

Cel szczegółowy:

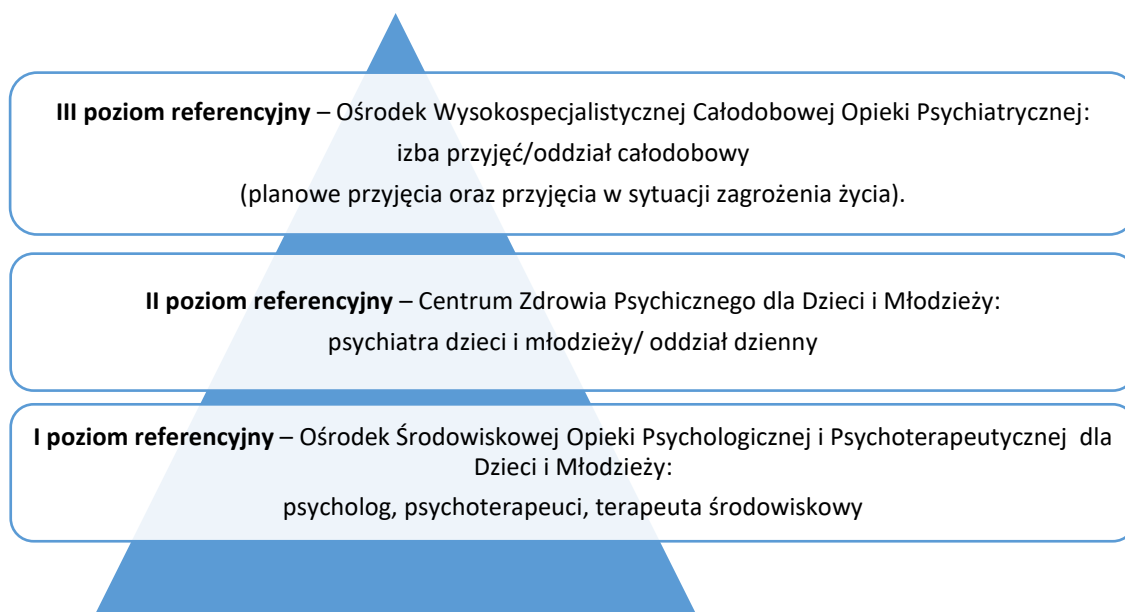
Wdrożenie nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży opartego na trzech poziomach referencyjnych.

Diagnoza:

System opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w Polsce nie zaspokaja obecnie potrzeb populacyjnych na opiekę tego rodzaju.

Nowy model ochrony zdrowia psychicznego został wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r. poz. 1640), które określa warunki szczegółowe, jakie są obowiązani spełniać świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach poziomów referencyjnych. Nowy model ochrony zdrowia psychicznego pacjentów niepełnoletnich jest wynikiem prac działającego od lutego 2018 r. Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. W skład Zespołu wchodzi wybitni eksperci w dziedzinie psychiatrii, psychologii i psychoterapii. W trakcie prac inspiracją do tworzenia założeń nowego modelu były wnioski z realizacji projektu „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę - projekt zintegrowany. Dzielnica Bielany m.st. Warszawa” (nr projektu: POWR.04.01.00-00-D207/17), realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w Ministerstwie Funduszy i Rozwoju Regionalnego.

Poniżej prezentowana jest piramida obrazująca trzy poziomy referencyjne placówek systemu zapewniającego wsparcie pacjentom niepełnoletnim doświadczającym zaburzeń psychicznych w nowym modelu ochrony zdrowia psychicznego:



Podstawą planowanego modelu są ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (I poziom referencyjny), zatrudniające psychologów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych. Specjaliści pracujący na tym poziomie będą udzielać pomocy dziecku oraz rodzinie, współpracować ze środowiskiem szkolnym, a w razie potrzeby kierować pacjentów do lekarzy psychiatrów. Rozwiązanie będzie stanowić przeciwieństwo obecnej sytuacji, w której często przyjęcie na oddział psychiatryczny (np. po podjętej próbie samobójczej) jest pierwszym kontaktem nieletniego z jakąkolwiek formą opieki. Oczywiście osoby w stanach zaostrzenia choroby, a szczególnie w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia nadal będą mogły korzystać ze świadczeń na oddziałach całodobowych.

Poza ośrodkami I poziomu, działać będą także ośrodki II poziomu, gdzie pracować będzie lekarz psychiatra, a pacjenci wymagający intensywniejszej opieki będą mogli skorzystać ze świadczeń w ramach oddziału dziennego. Jeden taki ośrodek obejmowałby wsparciem kilka sąsiadujących ze sobą powiatów.

Wreszcie na III, najwyższym poziomie referencyjności funkcjonować będą ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej. W takich ośrodkach pomoc znajdą pacjenci wymagający najbardziej specjalistycznej pomocy, w tym w szczególności osoby w stanie zagrożenia życia i zdrowia, przyjmowani w trybie nagłym. Mamy nadzieję, iż z czasem liczba takich przypadków będzie coraz mniejsza, niemniej jednak ze względu na bezpieczeństwo pacjentów konieczne jest, aby w każdym województwie funkcjonował co najmniej jeden taki ośrodek. W ośrodkach tych będą się także kształcili przyszli lekarze psychiatry i inni specjaliści systemu.

Zgodnie z założeniami reformy, dzięki zwiększeniu dostępności pomocy w opiece ambulatoryjnej i środowiskowej, osoby nie wymagające hospitalizacji będą mogły otrzymać pomoc w mniejszych placówkach (zmniejszając tym samym obciążenie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych i Izb Przyjęć). Ponadto dzięki stworzeniu sieci ośrodków udzielających pomocy osobom chorym psychicznie możliwe będzie skrócenie czasu pobytu w szpitalu i zapobieganie rehospitalizacji.

Istotną zmianą jest możliwość skorzystania ze świadczeń psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych dla dzieci i młodzieży bez skierowania lekarskiego.

Obecnie największym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest wdrożenie i upowszechnienie modelu na terenie całego kraju.

Oczekiwany rezultat:

1. Do 2027 rozbudowa sieci ośrodków I stopnia referencyjnego ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży.
2. Do 2025 opracowanie i upowszechnienie standardów organizacyjnych i diagnostyczno-terapeutycznych dla placówek działających w ramach nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

Działania:

Dzięki wprowadzonym zmianom legislacyjnym możliwe jest prowadzenie postępowań konkursowych przez oddziały wojewódzkie NFZ i zawieranie umów na udzielanie świadczeń w ramach nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Pierwsze ośrodki I stopnia referencyjnego rozpoczęły swoją działalność 1 kwietnia 2020 r. Oddziały wojewódzkie prowadzą kolejne postępowania konkursowe. Na kolejnym etapie rozpoczęte zostanie zawieranie kontraktów na II i III poziom referencyjny. Należy zauważyć, iż tworzenie sieci ośrodków przebiegać będzie stopniowo (m.in. ze względu na czas potrzebny na wykształcenie odpowiedniej kadry).

Konieczne jest także prowadzenie działań, których celem będzie podnoszenie jakości udzielanych świadczeń (m.in. dzięki opracowaniu standardów organizacyjnych i diagnostyczno-terapeutycznych) oraz wzmacnianie współpracy pomiędzy poziomami referencyjnymi i z innymi instytucjami oferującymi wsparcie dla dzieci, młodzieży oraz ich rodzin (działających w ramach systemu oświaty, pomocy społecznej i sprawiedliwości).

Osiągnięcie oczekiwanego rezultatu wskazanego w pkt 2 uwzględnia przede wszystkim opracowanie i publikację standardów organizacyjnych oraz diagnostyczno-terapeutycznych w zakresie postępowania z dziećmi i młodzieżą doświadczającymi zaburzeń psychicznych w ramach trzech poziomów referencyjnych. Po opracowaniu Standardy zostaną przekazane podmiotom leczniczym z zaleceniem do stosowania przez wszystkich świadczeniodawców w systemie publicznym co najmniej w drodze dokumentu podpisanego przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub Pełnomocnika do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży (jeśli zostanie powołany).

Finansowanie

Osiągnięcie oczekiwanego rezultatu wskazanego w pkt 1 dotyczącego rozbudowy sieci ośrodków I stopnia referencyjnego tj.: podmiotów środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży wiąże się przede wszystkim z podpisaniem umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Cel zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży oraz zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży								
Termin realizacji działań	Nr rezultatu	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	2							

Indykatywne źródła finansowania	2 – Finansowanie ze środków Europejskich
Instytucje koordynujące	2 – Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej

Inwestycje infrastrukturalne – dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży

Cel szczegółowy:

Zapewnienie odpowiedniej infrastruktury do udzielania świadczeń psychiatrycznych dzieciom i młodzieży w ramach nowego modelu systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Diagnoza

Obecnie funkcjonujący system ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży charakteryzuje duże regionalne różnicowanie: w niektórych regionach brakuje świadczeniodawców udzielających określonych typów świadczeń (np. w trybie całodobowym lub dziennym). Szczególnie ważne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów jest, aby w każdym województwie funkcjonował co najmniej jeden ośrodek III poziomu referencyjnego (tj. ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej).

Zmiana sposobu udzielania świadczeń pociąga za sobą konieczność inwestycji infrastrukturalnych (np. przystosowania placówek do udzielania świadczeń w warunkach poradni lub oddziału dziennego, organizacja hostelu, doposażenie w niezbędny sprzęt).

Oczekiwany rezultat

- Do 2027 wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych uczestniczących w realizacji nowego modelu ochrony zdrowia dla dzieci i młodzieży oraz podmiotów wyrażających chęć do włączenia w nowy model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży**

Działania

W ramach prowadzonych działań konieczne jest wsparcie infrastrukturalne podmiotów w zakresie poziomów referencyjnych (zwłaszcza I i II). Niezbędne jest dostosowanie infrastruktury placówek do wymogów aktualnych rekomendacji dotyczących udzielania świadczeń dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.

W ramach rozwoju sieci placówek całodobowych konieczna jest współpraca ze świadczeniodawcami oraz samorządem województwa podlaskiego (gdzie obecnie nie ma możliwości skorzystania ze

świadczeń całodobowej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży). Obecnie dzięki wsparciu finansowym Ministerstwa Zdrowia oraz Unii Europejskiej w województwie podlaskim realizowany jest projekt budowy Centrum Psychiatrii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego i Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. L. Zamenhofs w Białymstoku.

Finansowanie

Osiągnięcie oczekiwanego rezultatu opierać się będzie na wsparciu infrastrukturalnym ośrodków I, II i III poziomu referencyjnego oraz podmiotów wyrażających chęć do włączenia w nowy model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. W ramach wsparcia dla placówek udzielających świadczeń możliwe będzie dofinansowanie dostosowania infrastruktury do wymogów aktualnych rekomendacji dotyczących udzielania świadczeń dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. W ramach działania wsparcie będzie możliwe również dla ośrodków funkcjonujących na III poziomie referencyjnym. Dzięki dofinansowaniu poprawione zostaną warunki udzielania świadczeń dla dzieci, młodzieży i ich rodzin w ramach poziomów referencyjnych w placówkach, które udzielać świadczeń będą także po zakończeniu okresu dofinansowania.

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w ramach nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży są finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Szacuje się, iż w realizację oczekiwanego rezultatu opisanego w pkt 1 zaangażowana powinna zostać kwota 300 mln zł.

Cel - dostosowanie podmiotów leczniczych do środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży								
Termin realizacji działań	Nr rezultatu	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
	1							
Indykatywne źródła finansowania	1 - Finansowanie ze środków Europejskich							
Instytucje koordynujące	1 - Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej							

Psychiatria Dorosłych i Psychiatria Dzieci i Młodzieży

Inwestycje w zdrowie populacji - promocja zdrowia psychicznego, prewencja samobójstw i zachowań autodestrukcyjnych

Cel szczegółowy:

Utworzenie Biura do Spraw Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym w zakresie wspierania działań na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym.

Bieżący nadzór nad realizacją zadań wchodzących w skład Celu Operacyjnego 3 pn. Promocja zdrowia psychicznego – zapobieganie zachowaniom samobójczym Narodowego Programu Zdrowia.

Diagnoza:

Na podstawie danych statystycznych gromadzonych przez Policję wynika, że w 2020 r. podejmowanych było 12013 zamachów samobójczych z czego 5165 zakończyło się zgonem, w tym: 4386 mężczyzn i 778 kobiet.

Liczba samobójstw była najniższa w 2008 r. i wynosiła 3 964 osoby, natomiast od 2013 r. liczba samobójstw zakończonych zgonem sukcesywnie maleje.

Najczęstszym powodem podjęcia próby samobójczej było zaburzenie psychiczne (2 939), drugim w kolejności był zawód miłosny(1208). Zaznaczenia wymaga, iż w przypadku 4969 powodów popełnienia nie został ustalony. W 2020 r. mężczyźni umierali przez samobójstwo częściej niż kobiety (4386- mężczyzn i 778 - kobiet). Najwyższy wskaźnik samobójstw w liczbie 524 odnotowano wśród osób dorosłych w wieku od 60 do 64 lat. Drugi co do wielkości wskaźnik (490) wystąpił u osób w wieku 40-44 lat lub młodszych w wieku 35-39 lat (481). W grupach młodszych odsetek samobójstw był stale niższy niż u osób w średnim i starszym wieku.

Należy zauważyć, iż w raporcie NIZP-PZH pt. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania (rok wydania - 2018) wskazano, że „wśród zewnętrznych przyczyn zgonów najczęstszą przyczyną utraty życia są samobójstwa, w wyniku których w 2016 r. straciło życie 4671 osób (aż 4075 mężczyzn i 596 kobiet). Są one znacznie większym (o 63%) zagrożeniem życia mężczyzn mieszkających na wsi niż w miastach, natomiast taka różnica nie występuje wśród kobiet. We wszystkich województwach poziom umieralności z powodu samobójstw mieszkańców wsi był znacznie wyższy niż mieszkańców miast. Największa względna różnica poziomów umieralności na wsi i w miastach odnotowano w woj. lubelskim, a następnie mazowieckim, warmińsko-mazurskim i łódzkim. Zdecydowanie najniższe zagrożenie życia z powodu samobójstw było w woj. śląskim, które jest jedynym województwem, gdzie współczynnik zgonów mieszkańców wsi jest niższy od przeciętnego dla całego kraju. Tak duże różnice wskaźników między mieszkańcami miast i wsi mogą wskazywać na duże braki w zaspokojeniu potrzeb związanych ze zdrowiem psychicznym”.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że szeroko zakrojone działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym były realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Działania te będą kontynuowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025.

Oczekiwany rezultat:

1. Do 2021 r. utworzenie Biura do Spraw Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym w zakresie wspierania działań na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym.

Działania

Mając na uwadze podejmowane działania w kraju na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym niezbędne jest utworzenie Biura do Spraw Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym, który będzie koordynował działania na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym wskazanych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025 (cel 3 Promocja zdrowia psychicznego, część: „zapobieganie zachowaniom samobójczym”).

Priorytetowe zadania Biura będą obejmować niniejsze obszary:

1. Diagnoza sytuacji w zakresie wszystkich 10 zadań z obszaru zapobiegania zachowaniom samobójczym, w tym nadzór nad ich realizacją;
2. Prowadzenie nadzoru merytorycznego i koordynacja tematyki zdrowia psychicznego;
3. Opracowanie i prowadzenie strony internetowej informującej o działaniach na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym, w tym, utworzenie zakładki do strony z publikacjami z zakresu profilaktyki samobójstw, zakładki z kalendarzem wydarzeń, w tym zamieszczenie informacji o wydarzeniach kongresy/konferencje, linki do stron pomocowych;
4. Nawiązanie stałej współpracy z mediami (wzorem Biura ds. Pilotażu – spotkania informacyjne – tzw. śniadania);
5. Bieżące opracowywanie oraz publikacja stanowisk w sprawie pojawiających się nieprawdziwych informacji dotyczących zachowań oraz zamachów samobójczych związanych z zaburzeniami psychicznymi w przestrzeni medialnej;
6. Inicjowanie, koordynacja oraz publikowanie stanowisk ekspertów w dziedzinie zdrowia psychicznego w reakcji na nieprawdziwe informacje dot. zachowań związanych z zaburzeniami psychicznymi w przestrzeni medialnej;
7. Organizacja konferencji prasowych;
8. Współpraca z organizacjami rządowymi i pozarządowymi wskazanymi do realizacji zadań wg NPZ.

Bardzo istotne jest również prowadzenie działań z zakresu promocji zdrowia psychicznego mających na celu podniesienie świadomości obywateli na temat znaczenia zdrowia psychicznego.

Należy zauważyć, iż po wprowadzeniu ogólnokrajowych programów zapobiegania samobójstwom odnotowywany jest spadek ogólnego wskaźnika liczby samobójstw.

Jak podają dostępne źródła na podstawie danych lat 1980-2004 z 21 krajów OECD, badano, czy istnieje statystycznie istotna różnica we wskaźnikach samobójstw przed i po wdrożeniu krajowych programów zapobiegania samobójstwom. Wówczas dowiedziono, że prowadzone przez rząd programy zapobiegania samobójstwom są najbardziej skuteczne w zapobieganiu samobójstwom wśród populacji osób starszych. Liczba samobójstw na 100 000 seniorów zmniejszyła się o około 3,5 po ich uruchomieniu. Choć ich skala jest nieco mniejsza, programy te miały również wpływ na liczbę samobójstw wśród populacji osób poniżej 25 r. ż. Natomiast liczba samobójstw w grupach w wieku produkcyjnym, bez względu na płeć, nie zmieniła się pod wpływem wprowadzenia krajowych programów prewencyjnych²⁹. Od czasu rozpoczęcia ogólnokrajowych programów zapobiegania samobójstwom w krajach o liczbie 10 mln osób (np. w Szwecji) liczba zgonów w wyniku samobójstw zmniejszyła się średnio o 140 rocznie. W krajach, w których żyje 50 mln osób (np. w Wielkiej Brytanii), liczba zgonów samobójczych zmniejszyła się o 650, a w krajach, w których żyje ponad 100 mln osób (np. w Niemczech), szacuje się, że dzięki kompleksowym krajowym programom zapobiegania samobójstwom udało się zapobiec 1350 zachowaniom samobójczym³⁰.

Finansowanie

²⁹ Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social Science & Medicine*, 73, 1395–1400.

³⁰ Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social Science & Medicine*, 73, 1395–1400.

https://www.researchgate.net/publication/51663589_The_effect_of_national_suicide_prevention_programs_on_suicide_rates_in_21_OECD_nations

Finansowanie ze środków publicznych w ramach Narodowego Programu Zdrowia. Przy perspektywie redukcji o 1% wskaźnika zachowań samobójczych możliwe byłoby zapobiegnięcie około 50 zgonów z powodu zachowań samobójczych.

Przy założeniu szacunku kosztów samobójstw w Polsce, szacuje się, że w przypadku osiągnięcia ww. wskaźnika możliwe byłoby uniknięcie utraty wartości straconych lat życia w wysokości ok. 2 mln zł rocznie.³¹

Ewaluacja i monitoring osiągania oczekiwanych rezultatów

Realizacja Strategii wymaga działań w wymiarze prawnym, organizacyjnym, finansowym i edukacyjnym, koordynowanych przede wszystkim przez instytucje w ramach administracji publicznej. Istotnym elementem będzie skorelowanie działań o charakterze krajowym z działaniami realizowanymi w regionach.

Strategia jest dokumentem zawierającym działania przewidziane do finansowania zarówno ze środków krajowych, jak i funduszy europejskich. Sposób zarządzania środkami budżetowymi, jak i środkami funduszy europejskich jest uregulowany odrębnymi przepisami, podobnie jak sposób ubiegania się o finansowanie przedsięwzięć ze środków budżetowych i unijnych. Realizacja Strategii nie wpływa na zmiany w przepisach w zakresie zarządzania przepływami finansowymi i ich wielkością.

Strategia stanowi ramy dla procesu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych – wskazuje działania do realizacji oraz środki, które można wykorzystać na ten cel. Kontrolę w zakresie prawidłowego wykorzystania środków regulują odpowiednie przepisy prawne, zarówno w zakresie środków krajowych, jak i unijnych. Nie planuje się powołania dodatkowych instytucji do kontroli realizacji działań określonych w Strategii.

Na wstępie należy podkreślić, iż podmiotami monitorującymi osiągnięcie oczekiwanych rezultatów w określonych niniejszym dokumencie obszarach dotyczących zdrowia psychicznego jest przede wszystkim Ministerstwo Zdrowia jako pomiot odpowiedzialny za wprowadzanie zmian systemowych z zakresu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz Narodowy Fundusz Zdrowia jako płatnik systemu.

Niewątpliwie kluczowe w monitorowaniu oczekiwanych rezultatów jest współpraca ww. podmiotów z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej, które jest odpowiedzialne za monitorowanie przeznaczania funduszy unijnych na lata 2021-2027 oraz przygotowywanie krajowych dokumentów niezbędnych do uruchamiania tych środków oraz z Instytucjami Zarządzającymi Regionalnymi Programami Operacyjnymi i Instytucjami Pośredniczącymi.

Wdrażanie wskazanych w niniejszym dokumencie działań będzie wiązało się z okresowym monitorowaniem wskaźników zawartych w oczekiwanych rezultatach (m.in.: liczba przeszkolonego, wykształconego personelu, liczba utworzonych centrów zdrowia psychicznego, liczba zlikwidowanych łóżek psychiatrycznych w szpitalach monospecjalistycznych, liczba podmiotów objętych wsparciem z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży). Źródłem danych dla wybranych do monitorowania celów jest m.in.: statystyka publiczna, dane Narodowego Funduszu Zdrowia, mapy potrzeb zdrowotnych.

Tabela 14. Liczba zadań wraz ze wskazaniem źródeł ich finansowania.

Źródła finansowania poszczególnych oczekiwanych rezultatów

³¹ Rola mediów w promocji zdrowia psychicznego i w zapobieganiu samobójstwom. Poradnik dla pracowników mediów. Baran A., Gmitrowicz A., Koszewska I. i wsp. Grupa ds. mediów przy Zespole roboczym ds. prewencji samobójstw i depresji przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia. Warszawa 2018.

Od 2022 r. możliwość wspierania przygotowania zawodowego do pełnienia funkcji przez asystentów zdrowienia.	Finansowanie ze środków Europejskich
Do końca 2021 r. opracowanie i wdrożenie standardów organizacyjnych w centrach zdrowia psychicznego	Budżet Ministra Zdrowia
Do końca 2027 r. zwiększenie liczby centrów zdrowia psychicznego do 300 podmiotów – objęcie działaniem centrów zdrowia psychicznego całej dorosłej ludności Polski.	Narodowy Fundusz Zdrowia
Do końca 2027 r. dofinansowanie infrastrukturalne (utworzenie i dostosowanie) nowych oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych (do uzyskania łącznego poziomu 8 tys. łóżek ogólnopsychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych) przy jednoczesnej likwidacji dwukrotnie większej liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych (reorganizacja w stosunku - utworzenie jednego łóżka w szpitalu wieloprofilowym przy likwidacji dwóch w szpitalu psychiatrycznym).	Finansowanie ze środków Europejskich
Do końca 2027 r. wsparcie infrastrukturalne 50 centrów zdrowia psychicznego oraz 250 podmiotów spełniających warunki utworzenia centrum zdrowia psychicznego.	Finansowanie ze środków Europejskich
Do 2027 wykształcenie co najmniej 1200 nowych specjalistów, którzy uzyskają kwalifikację w zakresie psychologii klinicznej dzieci i młodzieży lub psychoterapii dzieci i młodzieży lub terapii środowiskowej dzieci i młodzieży.	Finansowanie ze środków Europejskich
Do 2025 opracowanie i upowszechnienie standardów organizacyjnych i diagnostyczno-terapeutycznych dla placówek działających w ramach nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.	Finansowanie ze środków Europejskich
Do 2027 wsparcie infrastrukturalne co najmniej 120 podmiotów leczniczych uczestniczących w realizacji nowego modelu ochrony zdrowia dla dzieci i młodzieży oraz podmiotów wyrażających chęć do włączenia w nowy model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży	Finansowanie ze środków Europejskich

Przedmiotowa tabela nie zawiera wszystkich zadań wskazanych w oczekiwanych rezultatach a jedynie te, które wymagają oddzielnego finansowania.