



Minister Zdrowia

DSZ.031.2.2025.JP
Warszawa, 05 marca 2025

Pan
Bartłomiej Chmielowiec
Rzecznik Praw Pacjenta

Szanowny Panie Rzeczniku,
w odpowiedzi na pismo z dnia 7 lutego 2025 r. znak: RzPP-DWS-WPS.033.1.2025 (data wpływu do MZ: 11.02.2025 r.) uprzejmie przekazuję informacje o podjętych w Ministerstwie Zdrowia w 2024 r. najważniejszych działaniach mających na celu realizację ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

DZIAŁANIA MINISTRA ZDROWIA W CELU REALIZACJI CELÓW NARODOWEJ STRATEGII ONKOLOGICZNEJ

W ramach programu wieloletniego na lata 2020-2030 pn. Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO), mającego na celu wprowadzanie kompleksowych zmian w polskiej onkologii, realizowano działania zgodnie ze strategią przyjętą przez Radę Ministrów w drodze uchwały z dnia 4 lutego 2020 r. Najważniejszym celem NSO jest zwiększenie liczby osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej oraz zmniejszenie zapadalności na choroby nowotworowe. Poprawie ma ulec również jakość życia pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego, jak i po jego zakończeniu. NSO wytycza kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej w zakresie onkologii, wskazując na 5 obszarów, które są kluczowe dla odwrócenia niekorzystnych trendów epidemiologicznych, poprawy skuteczności terapii onkologicznych i dostosowania rozwiązań systemowych do potrzeb pacjentów z chorobą nowotworową:

INWESTYCJE W KADRY poprzez:

- zwiększanie liczby lekarzy, pielęgniarek i innych specjalistów w dziedzinach onkologicznych,
- podnoszenie jakości kształcenia kadry medycznej;

INWESTYCJE W EDUKACJĘ - PREWENCJĘ PIERWOTNĄ - STYL ŻYCIA poprzez:

- naukę dzieci, młodzież i dorosłych Polaków, jak świadomie dbać o swoje zdrowie, by ograniczać ryzyko zachorowania na nowotwór oraz wspieranie zdrowego odżywiania;
- wprowadzenie rozwiązań służących ograniczeniu używania wyrobów tytoniowych;
- uruchomienie bezpłatnych szczepień HPV dla dziewcząt i chłopców;
- zmodyfikowanie programu profilaktyki chorób od tytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc POChP);

INWESTYCJE W PACJENTA - PREWENCJĘ WTÓRNĄ poprzez:

- ułatwienie dostępu do badań przesiewowych, dzięki czemu możliwe będzie wcześniejsze wykrywanie nowotworów;
- wprowadzenie nowych badań przesiewowych;
- zaangażowanie w wykrywanie nowotworów lekarzy POZ i lekarzy medycyny pracy (Profilaktyka 40 Plus);

INWESTYCJE W NAUKĘ I INNOWACJE poprzez:

- zwiększenie możliwości udziału pacjentów onkologicznych w badaniach klinicznych;
- ułatwienie dostępu do innowacyjnych terapii onkologicznych;
- zwiększenie liczby leków refundowanych w onkologii;

INWESTYCJE W SYSTEM OPIEKI ONKOLOGICZNEJ poprzez:

- zapewnienie wszystkim pacjentom onkologicznym najwyższej jakości leczenia;
- zwiększenie dostępu do nowoczesnej aparatury medycznej;
- poprawę jakości życia osób chorych na nowotwory, w tym umożliwienie łatwiejszego dostępu do różnych form rehabilitacji;
- wspieranie rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej.

W ramach NSO dofinansowywano podmiotom leczniczym zakup sprzętu medycznego do diagnostyki i leczenia nowotworów.

W 2024 roku przeprowadzano konkursy na zakup i wymianę sprzętów w zakresie zadań pn.

- „Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów - mammografy” - wymiana mammografów cyfrowych;
- „Doposażenie klinik i oddziałów hematoonkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków” – dla podmiotów udzielających świadczenia dzieciom;
- „Doposażenie zakładów radioterapii – wymiana akceleratorów”;
- „Doposażenie klinik i oddziałów hematoonkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków” – dla podmiotów udzielających świadczenia osobom dorosłym;
- „Zakup sprzętu do diagnostyki patomorfologicznej”.

W ramach doposażenia infrastruktury podmiotów leczniczych z budżetu NSO przeznaczono kwotę 400 mln złotych, dzięki czemu poprawiono jakość życia pacjentów, zwiększono dostępność do nowoczesnych rozwiązań technologicznych oraz zapewniono poprawę zastosowanej terapii.

Najważniejsze działania podejmowane w 2024 r. mające na celu wzmocnienie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych związanych z poprawą dostępności, jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej:

Krajowa Sieć Onkologiczna(KSO)¹ wprowadziła nowy model organizacji i zarządzania opieką onkologiczną, którego celem jest zapewnienie każdemu pacjentowi - niezależnie od miejsca zamieszkania - kompleksowej opieki opartej o jednakowe standardy i wysoką jakość. Strukturę KSO tworzą Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego (SOLO) na trzech poziomach zabezpieczenia opieki onkologicznej: na najwyższym wysokospecjalistycznym poziomie – w SOLO III, złożone – w SOLO II, a podstawowe – w SOLO I (kwalifikacja na poszczególne poziomy została przeprowadzona w lipcu 2024 r. przez NFZ).

W ramach wdrażania KSO rozpoczęto prowadzenie szkoleń dla koordynatorów opieki onkologicznej, którzy odpowiadają za ciągłość opieki i mają pomóc pacjentom przejść przez wszystkie etapy diagnostyki i leczenia, ja też skoordynować późniejszą rehabilitację i opiekę kontrolną.

Wprowadzono (w formie obwieszczenia MZ) jako kluczowe zalecenia tzw. „ścieżki pacjenta” dla 18 rodzajów nowotworów , w tym m.in. dla nowotworu piersi, nowotworu płuca, klatki piersiowej, gruczołu krokowego, pęcherza moczowego czy nowotworów neuroendokrynnych. Standardy te obligują wszystkie podmioty zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej do zapewnienia pacjentom takiego samego procesu opieki medycznej , zgodnie z aktualnymi i najlepszymi standardami europejskimi.

Prowadzono działania zwiększające świadomość społeczną w zakresie profilaktyki onkologicznej i badań przesiewowych.

Prowadzono kampanię Planuję Długie Życie, w ramach której działa również projekt Pracodawca Zdrowia, którego głównym celem jest promocja zdrowia w miejscu pracy oraz zwiększenie zgłaszalności pracowników na badania profilaktyczne pod kątem wykrywania chorób cywilizacyjnych (w szczególności nowotworów).

Docierano z informacją o profilaktyce onkologicznej do odbiorców poprzez różne media tj. publikację spotów w telewizji, radio i Internecie (np. kanał YouTube Ministerstwa Zdrowia, witryna MZ na LinkedIn), infografiki w mediach społecznościowych, audycje w programach

¹ Ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej z dnia 9 marca 2023 r. (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208)

śniadaniowych oraz artykuły w gazetach i czasopismach o charakterze lokalnym i regionalnym.

Zwiększano dostęp pacjentów onkologicznych do badań klinicznych poprzez działania realizowane przez Agencję Badań Medycznych oraz zwiększano świadomość pacjentów na temat badań klinicznych, sukcesywnie rozszerzano wykaz leków refundowanych w terapiach onkologicznych.

DZIAŁANIA MINISTRA ZDROWIA W CELU REALIZACJI NARODOWEGO PROGRAMU CHORÓB UKŁADU KRAŻENIA NA LATA 2022- 2032

W ramach realizacji Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 (NPChUK) kontynuowano działania zapoczątkowane w 2023 r. oraz podjęto nowe inicjatywy (program realizowany jest od 2023 r., ponieważ wszedł w życie z końcem 2022 r.).

NPChUK jest strategicznym i kompleksowym programem. Stanowi reformę polskiej kardiologii, kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej, angiologii, neurologii i innych dziedzin pokrewnych związanych z chorobami układu krążenia (ChUK), skupiając działania w pięciu głównych obszarach kluczowych dla uzyskania efektu synergii oraz poprawy wskaźników epidemiologicznych związanych z ChUK w Rzeczypospolitej Polskiej tj.:

INWESTYCJE W KADRY poprzez rozwój systemu kształcenia personelu medycznego;

INWESTYCJE W EDUKACJĘ, PROFILAKTYKĘ I STYL ŻYCIA poprzez zwiększenie świadomości społecznej na temat profilaktyki chorób układu krążenia oraz kształtowanie postaw prozdrowotnych;

INWESTYCJE W PACJENTA poprzez zwiększenie dostępności i zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawa ich jakości;

INWESTYCJE W NAUKĘ I INNOWACJE poprzez wsparcie badań naukowych w kardiologii i dziedzinach pokrewnych z ChUK oraz zapewnienie dostępu do nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych, a także rozwój badań naukowych i projektów innowacyjnych;

INWESTYCJE W SYSTEM OPIEKI KARDIOLOGICZNEJ poprzez optymalizację procesu leczenia, w tym wdrożenie jednolitych standardów diagnostyczno-terapeutycznych na rzecz poprawy jakości życia pacjentów z ChUK w trakcie i po zakończeniu leczenia, a także doposażenie podmiotów leczniczych w nowoczesny sprzęt i infrastrukturę celem zapewnienia pacjentom opieki kardiologicznej w pobliżu miejsca zamieszkania.

Przeprowadzono dwa postępowania konkursowe dla podmiotów leczniczych, w ramach, których umożliwiono doposażenie 77 podmiotów w echokardiografy i 30 podmiotów w angiografy (jedno lub dwupłaszczyznowe) –wydatkowane środki na ten cel to ponad 153,5 mln zł.

Celem zakupu ww. sprzętów było umożliwienie podejmowania przez podmioty lecznicze kompleksowych działań mających na celu prewencję chorób serca, poprawę diagnostyki umożliwiającą wczesne wykrycie chorób serca i tym samym spowolnienie ich postępowania oraz uzyskiwanie lepszych efektów leczenia, jak również poprawę jakości życia i funkcjonowania pacjentów z ChUK oraz zmniejszenie powodowanej przez nie śmiertelności.

Doposażenie w sprzęt umożliwi także – przez zwiększenie jego dostępności – skrócenie czasu oczekiwania na hospitalizację i leczenie zabiegowe, co wpłynie na poprawę wyników zastosowanej terapii.

Podejmowano działania informacyjno-edukacyjne skierowane do całej społeczności, mające na celu redukcję czynników ryzyka chorób układu krążenia w populacji.

Prowadzono prace nad ankietą stanu zdrowia, której wypełnienie umożliwi pacjentowi ocenę swojego stylu życia i nasilenia czynników ryzyka ChUK. Wynik ankiety przedstawiony w formie graficznej wskaże pacjentowi obszary wg koncepcji „10 dla serca”, w których niezbędna będzie interwencja polegająca w szczególności na modyfikacji stylu życia, konieczności konsultacji lekarskiej lub całościowej ocenie stanu zdrowia

Obszary te obejmują:

- 1) optymalne ciśnienie tętnicze;
- 2) optymalne stężenie cholesterolu;
- 3) optymalne stężenie glukozy;
- 4) prawidłowa waga;
- 5) niepalenie tytoniu;
- 6) zdrowe żywienie;
- 7) aktywność fizyczna;
- 8) nie picie alkoholu;
- 9) zdrowy sen;
- 10) redukcja stresu.

Prowadzono prace przygotowawcze do przeprowadzenia ogólnopolskiego badania zagrożenia populacji chorobami układu krążenia WOBASZ, którego celem jest dokonanie oceny sytuacji zdrowotnej dorosłej populacji w zakresie częstości występowania chorób układu krążenia ChUK oraz zachowań zdrowotnych. Uzyskane wyniki pozwolą na dokonanie analizy uwarunkowań demograficznych, społecznych, ekonomicznych ChUK i innych chorób przewlekłych, analizy skuteczności działań profilaktycznych realizowanych w POZ i opiece specjalistycznej oraz analizy przyczyn umieralności z powodu chorób układu krążenia w Polsce (badanie kohorty). Badanie WOBASZ zakłada przebadanie co najmniej 9.035 respondentów w 107 gminach na terenie całej Polski, natomiast badanie WOBASZ DZIECI - co najmniej 3.523 respondentów (losowanie próby badanej będzie dotyczyło szkół w gminach objętych badaniem WOBASZ, a następnie uczniów w tych szkołach).

Prowadzono działania informacyjno-edukacyjne na temat ChUK tj. m.in.:

- w ramach Tygodnia Zdrowia Kobiet (inicjatywa Ministerstwa Zdrowia realizowana w trakcie tygodnia, w którym przypadł Dzień Kobiet), prowadzono działania edukacyjne na portalach społecznościowych Ministerstwa Zdrowia na temat zdrowia kobiet, w szczególności w zakresie profilaktyki ChUK;
- zrealizowano audycje w paśmie telewizji śniadaniowej na temat nadciśnienia tętniczego, „10 dla serca” – jako kompleksowego zestawu naukowo opracowanych zasad, które pomagają zadbać o zdrowie serca, zmniejszając ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia, a także czynników ryzyka sercowo-naczyniowego;
- zrealizowano audycje pt. *Kierunek życie*, w ramach których przedstawiono historie osób z cukrzycą, nadciśnieniem, hipercholesterolemią i otyłością. Audycje miały na celu przedstawienia głównych czynników ryzyka w ChUK oraz sposób leczenia ChUK.

Najważniejsze działania podejmowane w 2024 r. mające na celu wzmocnienie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych związanych z poprawą: dostępu, jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych w ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej:

Prowadzono prace nad projektem ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej, która zakłada wprowadzenie koordynowanej opieki kardiologicznej na terenie całej Polski, co powinno przyczynić się do poprawy w dostępie i jakości leczenia chorób układu krążenia całej populacji polskiej.

Wdrożenie ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK) ma na celu wprowadzenie do porządku prawnego regulacji zapewniających stabilny system koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej w obszarze kardiologii.

Ponadto ustanowienie Krajowej Sieci Kardiologicznej ma na celu wzrost efektywności leczenia ChUK, zarówno w skali całego kraju, jak i w odniesieniu do społeczności lokalnych, dzięki standaryzacji i koordynacji procedur wysokospecjalistycznych oraz monitorowaniu jakości. W konsekwencji umożliwi to odwrócenie niekorzystnych trendów epidemiologicznych oraz pozwoli na obniżenie społecznych kosztów obciążenia ChUK. Oczekiwany efektem wprowadzenia KSK jest poprawa bezpieczeństwa i jakości leczenia kardiologicznego, poprawa satysfakcji pacjenta oraz optymalizacja kosztowa i organizacyjna opieki kardiologicznej.

Zgodnie z założeniami projektowanej ustawy strukturę KSK będą tworzyć Ośrodki Kardiologiczne I poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej KSK, zwane dalej „OK I”,

oraz Ośrodki Kardiologiczne II poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej KSK, zwane dalej „OK II”. Podmioty lecznicze zakwalifikowane do KSK mogą tworzyć w ramach ww. ośrodków Centra Doskonałości Kardiologicznej, wyspecjalizowane w diagnostyce i leczeniu określonego rodzaju lub grupy jednostek chorobowych z zakresu ChUK.

Niezakwalifikowane do KSK podmioty lecznicze realizujące w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub podstawowej opieki zdrowotnej lub rehabilitacji leczniczej lub opieki długoterminowej, współpracujące z ośrodkami zakwalifikowanymi do KSK w zakresie realizacji i koordynacji opieki kardiologicznej nad świadczeniobiorcą, będą stanowiły tzw. ośrodki współpracujące. Projektowane przepisy mają na celu poprawę jakości udzielanych świadczeń oraz bezpieczeństwa pacjenta. Na I poziomie (OK I) – zapewniona będzie podstawowa diagnostyka kardiologiczna, na II poziomie (OK II) zapewniona będzie koordynacja i ciągłość opieki kardiologicznej w tym kompleksowa diagnostyka kardiologiczna, leczenie kardiologiczne w tym z zakresu kardiologii interwencyjnej i leczenia ostrych zespołów wieńcowych oraz dostęp do rehabilitacji kardiologicznej. Na poziomie (OK III) zapewniona będzie koordynacja i ciągłość opieki kardiologicznej oraz realizowane będą najbardziej skomplikowane procedury medyczne, np. z zakresu kardiochirurgii i leczenie powikłań ChUK.

Do końca 2024 r. prowadzony był program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej, którym objętych było 7 województw: mazowieckie, dolnośląskie, łódzkie, małopolskie, pomorskie, śląskie i wielkopolskie. Okres realizacji programu pilotażowego to lata 2021 – 2024.

W 2024 r. do programu pilotażowego zakwalifikowano 27.536 pacjentów, a w całym okresie realizacji programu - 48.807 pacjentów.

Do programu włączono 156 ośrodków, w tym 90 Ośrodków POZ, 41 ośrodków poziomu I (AOS + szpital), 18 ośrodków poziomu II (AOS + szpital) oraz 7 Regionalnych ośrodków koordynujących.

W ramach programu pilotażu testowano i oceniano zasadność oraz skuteczność funkcjonowania modelu opartego na sieci ośrodków kardiologicznych, w tym podział kompetencji pomiędzy ustalone poziomy referencyjne działających w ramach umów z NFZ podmiotów prowadzących diagnostykę i leczenie kardiologiczne.

Program skierowany był do pacjentów powyżej 18. roku życia, którzy posiadają zdiagnozowane rozpoznanie wstępne w kierunku nadciśnienia tętniczego opornego i wtórnego lub niewydolności serca lub nadkomorowych i komorowych zaburzeń rytmu i przewodzenia lub wady zastawkowe serca.

Doświadczenia i wstępne wnioski z realizacji programu pilotażowego, wynikające z raportu częściowego z przeprowadzonej śródevaluacji programu pilotażowego, który przedstawił Ministrowi Zdrowia w dniu 31 lipca 2024 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w szczególności w zakresie jej organizacji, struktury, zasad przepływu informacji między ośrodkami oraz koordynacji opieki kardiologicznej, stały się filarem założeń dla opracowania projektu ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej.

DZIAŁANIA MINISTRA ZDROWIA W CELU REALIZACJI PROGRAMU ROZWOJU E-ZDROWIE W POLSCE NA LATA 2022-2027

Kontynuowano działania w ramach Programu Rozwoju e-Zdrowia na lata 2022-2027, którego celem jest lepsza opieka zdrowotna dzięki transformacji cyfrowej. Głównym zadaniem programu jest większe zaangażowanie Pacjentów we własne zdrowie, co ma odbywać się dzięki usługom cyfrowym. e-Zdrowie zakłada przede wszystkim rozwój zdalnej opieki w środowisku pacjenta i autodiagnostyki, a udostępnione e-usługi powinny wspomagać pacjenta i system ochrony zdrowia. Program Rozwoju e-Zdrowia to lepsze wykorzystanie danych oraz wykorzystanie sztucznej inteligencji - m.in. do podpowiadania pracownikom medycznym na co powinni zwrócić większą uwagę. To rozwój narzędzi wspomagających decyzje kliniczne i poprawa skuteczności diagnostyki. Program zakłada rozwój nie tylko systemów centralnych (w tym usług dla pacjentów), ale także systemów

świadczeniodawców, z których będą też korzystać pracownicy medyczni. Szereg działań przewidzianych w Programie zaplanowanych jest do realizacji w ramach inicjatywy finansowanych z Krajowego Programu Odbudowy.

Ponadto, w 2024 r. **rozpoczęto realizację projektu „Dostępność Plus dla AOS”**. Jego celem jest na opracowanie Standardów Dostępności dla Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej, a następnie udzielanie grantów placówkom AOS na projekty podnoszące dostępność w obszarze architektonicznym, cyfrowym oraz informacyjno-komunikacyjnym. Projekt zakłada udzielenie wsparcia granowego co najmniej 362 placówkom AOS. W ramach podjętych działań w 2024 r. zorganizowano i przeprowadzono spotkania w formie warsztatów fokusowych. Nastąpiło także rozstrzygnięcie postępowania przetargowego na podmiot pełniący funkcję Doradcy Dostępności. Opracowano wstępne założenia dla Platformy Komunikacji i Mapy Dostępnych Placówek Zdrowotnych. Dodatkowo trwały prace nad opracowaniem dokumentów dotyczących naboru, który będzie miał charakter otwarty i składać się z etapu oceny formalno-merytorycznej. Zainteresowanym podmiotom zostaną udostępnione standardy wraz ze wzorem raportu z audytu wstępnego w celu umożliwienia poddania się audytowi wstępnemu przed ubieganiem się o powierzenie grantu. Placówki będą mogły złożyć wniosek dopiero po przeprowadzeniu u siebie wstępnego audytu dostępności, przeprowadzonego przez podmiot, który znajduje się w wykazie podmiotów dokonujących certyfikacji, o którym mowa w art. 17 ustawy o dostępności. W ramach powyższych prac w Ministerstwie dostrzeżono, że największe potrzeby związane będą z poprawą dostępności architektonicznej, lecz istotną część zadań dotyczyć będzie także poprawy dostępności cyfrowej. Zakłada się też, że bardzo istotnym elementem z punktu widzenia zapewnienia dostępności będą szkolenia, np. z komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami. Należy także podkreślić, że priorytetem będzie skierowanie wsparcia przede wszystkim do placówek położonych w małych miejscowościach lub wsiach, ponieważ dane oraz ewaluacja Programu D+ wskazują na gorszy poziom dostosowania placówek tam położonych niż w dużych ośrodkach miejskich, co skutkuje gorszą ich dostępnością dla pacjentów.

Podjęto również działania na rzecz poszerzenia oferty cyfrowej dla pacjentów, w tym także w zakresie rozwiązań mobilnych, dzięki którym dostęp do świadczeń zdrowotnych zostanie zwiększony przy zachowaniu jakości oraz bezpieczeństwa. Stąd też udostępniono w marcu 2023 r. możliwości zgłaszania zdrowotnych aplikacji mobilnych do procesu oceny, w wyniku której aplikacja może uzyskać tytuł Aplikacja Certyfikowana MZ i zostać umieszczona w Portfelu Aplikacji Zdrowotnych (PAZ). Celem powstania Portfela Aplikacji Zdrowotnych (PAZ), w którym znajdują się Aplikacje Certyfikowane MZ, jest wskazanie bezpiecznych i rzetelnie opracowanych aplikacji dedykowanych pacjentom.

Mimo że aplikacje znajdujące się w PAZ są skierowane do pacjentów, to przewidywane są korzyści także dla wszystkich zaangażowanych stron. Personel medyczny zyska sprawdzone narzędzie, które pomoże np. monitorować stan zdrowia pacjenta, wspierać w realizacji zaleceń, a tym samym zaangażuje pacjenta w proces dbania o zdrowie. Dla właścicieli aplikacji włączenie do PAZ będzie natomiast świadectwem najwyższej jakości i skuteczności ich produktu oraz szansą na jego rozpowszechnienie wśród szerokiego grona pacjentów, a udział organizacji eksperckich i pacjentów w procesie przyczyni się do ich popularyzacji oraz umożliwi nowy sposób realizacji ich założeń statutowych.

PROGRAM PILOTAŻOWY W ZAKRESIE CENTRALNEJ E-REJESTRACJI

Podmioty mające umowę z NFZ na realizację profilaktycznych badań mammograficznych, cytologicznych lub świadczeń w zakresie kardiologii mogą od 26 sierpnia 2024 r. przystępować do programu pilotażowego centralnej e-rejestracji². Stanowi on preludium do

² program pilotażowy w zakresie Centralnej e-Rejestracji wdrożony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 roku w sprawie programu pilotażowego dotyczącego centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych. (Dz.U. 2024 poz. 1212).

planowanego na koniec 2025 r. na podstawie ustawy obowiązkowego wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia.

Celem projektowanej ustawy jest wprowadzenie nowego, scentralizowanego systemu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz ustalania kolejności ich udzielania za pomocą centralnej elektronicznej rejestracji. System ten ma pozwolić na uproszczenie i przyspieszenie procesu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewnić świadczeniobiorcom kompleksowy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców. Realizacji przyjętych dążeń służyć będzie wprowadzenie elektronicznych rozwiązań centralnych, takich jak przede wszystkim scentralizowany system zgłoszeń na świadczenia opieki zdrowotnej oraz centralnie prowadzony wykaz oczekujących na ich udzielenie, wspólny dla wszystkich świadczeniodawców. Centralna elektroniczna rejestracja na dane świadczenie zastąpi jednocześnie listy oczekujących, prowadzone dotychczas osobno przez każdego świadczeniodawcę.

Obecnie do pilotażu centralnej e-rejestracji zgłosiło się prawie 200 podmiotów, najwięcej w zakresie mammografii i kardiologii (odpowiednio 96 i 92 podmiotów - niektóre zgłosiły się do udziału w kilku zakresach). Podmioty te mają stosunkowo duży udział w średniomiesięcznej liczbie świadczeń: w mammografii 47 tys. terminów (co stanowi prawie 49% wszystkich terminów miesięcznie), a w kardiologii - 70 tys. terminów (co stanowi 15% wszystkich terminów miesięcznie).

ZMIANY W ZAKRESIE FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W 2024 r. w wyniku zmian planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia nakłady na koszty świadczeń opieki zdrowotnej wzrosły łącznie o kwotę 24 776 313 tys. zł (porównanie planu ostatecznego do planu pierwotnego zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 29 września 2023 r.). Ponadto w 2024 r. nastąpiło istotne zwiększenie środków z tytułu dotacji podmiotowej dla NFZ – z kwoty 8,8 mld zł uwzględnionej w pierwotnym planie finansowym NFZ na 2024 r. do 14,8 mld zł, co oznacza wzrost o blisko 6 mld zł. Na podstawie decyzji Ministra Zdrowia, NFZ otrzymał również w 2024 r. dodatkowe środki na zwiększenie funduszu zapasowego w łącznej kwocie 344,67 mln zł.

Narodowy Fundusz Zdrowia w związku z zapisami § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2024 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem skutkom powodzi, otrzymał środki z rezerwy celowej z przeznaczeniem na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na łączną kwotę 1 489 954,12 zł.

Kontynuowano finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych obywatelom Ukrainy ze środków Funduszu Pomocy (zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa). W związku z powyższym, na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, w 2024 r. sfinansowano świadczenia w łącznej kwocie 747 029 289,68 zł.

Dodatkowo w ramach środków z Budżetu Państwa część 46 – Zdrowie zrealizowano:

1. zakup sprzętu, aparatury medycznej i wyposażenia dla Baz operacyjnych HEMS, Bazy Samolotowego Zespołu Transportowego oraz Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego, Działu Szkoleń Medycznych, Działu Logistyki Medycznej, Stacji Obsługi Technicznej, Działu Księgowości, Działu Kadr i Płac, Magazynów, użytkowników EZD oraz majątku trwałego LPR oraz zakup 4 nowych samochodów osobowych dla LPR (Centrala w Warszawie, Stacja Obsługi Technicznej w Warszawie, Stacja Obsługi Technicznej w Szczecinie)
2. w zakresie zakupów inwestycyjnych łącznie na realizację zakupów inwestycyjnych przekazane zostały w 2024 r. środki w wysokości 5 728 824,30 zł, w podziale na:
 - a) zakup sprzętu, aparatury medycznej i wyposażenia dla Baz operacyjnych HEMS, Bazy Samolotowego Zespołu Transportowego oraz Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego, Działu Szkoleń Medycznych, Działu Logistyki Medycznej, Stacji Obsługi Technicznej, Działu Księgowości,

Działu Kadr i Płac, Magazynów, użytkowników EZD oraz majątku trwałego LPR – na kwotę 3 058 048,30 zł oraz

b) b) zakup fabrycznie nowych 4 samochodów osobowych dla LPR – na kwotę 478 916,00 zł.

3. zakupy inwestycyjne Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego związane z realizacją zadań w zakresie administrowania Systemem Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz w zakresie jego rozbudowy i modyfikacji na kwotę 2 191 860,00 zł.

W ramach środków z funduszy unijnych:

1. Zrealizowano wsparcie istniejących i budowę nowych SOR oraz rozwój Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (wsparcie i budowa nowych lądowisk i baz LPR) w ramach 10 projektów, których realizacja zakończyła się w latach 2023-2024, w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020, działania: Infrastruktura ratownictwa medycznego, o łącznej wartości 341 863 755,86 zł (w tym 9 projektów zakończono w 2023 r. a 1 w 2024 r.).
2. Trwa realizacja programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021-2027 (FENIKS), obejmującego inwestycje w infrastrukturę i doposażenie dyspozytorni medycznych, w tym w rozwój infrastruktury łączności radiowej oraz wsparcie zakupu i instalacji pełnego symulatora lotów wraz z wybudowaniem zaplecza szkoleniowego dla kadry Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. W ramach programu FENIKS w 2024 r. rozpoczęto i zakończono nabory wniosków w zakresie:
 - a) inwestycji w infrastrukturę i doposażenie dyspozytorni medycznych, w tym rozwój infrastruktury łączności na łączną przewidywaną kwotę 113 700 000,00 zł, w tym zawarto dn. 30.12.2024 r. dwa porozumienia o dofinansowanie projektów tj. projektu nr FENX.06.01-IP.03-0002/24 pn. Rozwój infrastruktury łączności radiowej w województwie opolskim na potrzeby systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne na kwotę 2 100 000,00 zł oraz projektu nr FENX.06.01-IP.03-0003/24 pn. Modernizacja i rozbudowa sieci łączności radiowej Państwowego Ratownictwa Medycznego w województwie łódzkim na kwotę 2 127 120,41 zł, zaś pozostałe projekty są w trakcie oceny;
 - b) wsparcia zakupu i instalacji pełnego symulatora lotów wraz z wybudowaniem zaplecza szkoleniowego dla kadry Lotniczego Pogotowia Ratunkowego zawarto umowę o dofinansowanie projektu LPR na kwotę 178 830 000,00 zł.

W zakresie bieżącego finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w systemie PRM wskazać należy, że w planie finansowym NFZ w 2024 r. zabezpieczono na zadania zespołów ratownictwa medycznego środki w wysokości 4 356 069 tys. zł, co oznaczało wzrost w porównaniu do roku 2023 na poziomie 14,91 proc. natomiast w porównaniu do nakładów z 2021 r., od kiedy nastąpiło rozdzielenie finansowania dyspozytorni medycznych i zespołów ratownictwa medycznego, był to wzrost o 77,84 % . W roku 2024 ogólna liczba ZRM wzrosła o 44 - z 1631 do 1675.

Z kolei środki zabezpieczone na funkcjonowanie SOR w 2024 r. wyniosły 4 186 435 tys. zł, co stanowiło wzrost nakładów o 29% w stosunku do 2023 r. W roku 2024 funkcjonowało 250 szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Dodatkowo w 2024 r. na wniosek Rzecznika Praw Pacjenta, reprezentowanego przez Dyrektora Generalnego Biura RPP, podjęto działania celem uzyskania dofinansowania na realizację projektu niekonkurencyjnego pn. „*Bezpieczny pacjent – działania na rzecz praw pacjenta w systemie ochrony zdrowia*”, obejmującego tematykę praw pacjenta, w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021 - 2027.

Złożony w naborze ww. projekt, do końca 2024 r., nie został wybrany do dofinansowania ze względu na trwającą ocenę i poprawę przedkładanych wersji wniosku.

BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE KOBIET I OPIEKA OKOŁOPORODOWA

Jednym z priorytetowych obszarów działania Ministerstwa Zdrowia w 2024 r. było (i nadal jest) jest bezpieczeństwo zdrowotne kobiet, w szczególności w aspekcie zdrowia prokreacyjnego i opieki okołoporodowej. Ministerstwo Zdrowia w podejmowanych w tym obszarze działaniach koncentruje się na zapewnieniu pacjentkom realnego dostępu do świadczeń gwarantowanych obejmujących przerwanie ciąży zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, zwanej dalej „ustawą o planowaniu rodziny”.

W celu zapewnienia dostępu do świadczeń obejmujących procedurę przerwania ciąży wprowadzono istotną **zmianę przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**, obligującą szpitale do wykonywania świadczeń zakończenia ciąży w miejscu udzielania świadczeń, niezależnie od powołania się przez lekarza wykonującego zawód u tego świadczeniodawcy na tzw. „klauzulę sumienia”.

Ustawa o planowaniu rodziny przewiduje, że „osobom objętym ubezpieczeniem społecznym i osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do bezpłatnej opieki leczniczej przysługuje prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w podmiotach leczniczych”. Świadczenia gwarantowane związane z przerwaniem ciąży zostały uwzględnione w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W świetle obowiązujących przepisów, w tym przede wszystkim rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszystkie podmioty lecznicze (szpitale), które zawarły umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, mają obowiązek udzielania świadczeń w nim przewidzianych – w pełnym zakresie i zgodnie z obowiązującym prawem. Podpisując umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca zobowiązuje się do realizacji wszystkich świadczeń określonych jako gwarantowane w stosownych rozporządzeniach wykonawczych do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w danym zakresie i rodzaju świadczeń, na jaki została zawarta umowa).

W celu **zapewnienia stosowania ww. regulacji w praktyce** (tj. dostępu do świadczeń przerwania ciąży w okolicznościach przewidzianych w ustawie o planowaniu rodziny) **wprowadzono zmianę przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.**

Zmienione regulacje weszły w życie **30 maja br.** W ich wyniku obecnie świadczeniodawca realizujący z NFZ umowę w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwa i ginekologia, w przypadkach, gdy zakończenie ciąży jest dopuszczalne przepisami prawa powszechnie obowiązującego, **jest zobowiązany do wykonywania świadczeń zakończenia ciąży w miejscu udzielania świadczeń, niezależnie od powstrzymania się przez lekarza wykonującego zawód u tego świadczeniodawcy od wykonania świadczenia**, czyli powołania się na tzw. „klauzulę sumienia”.

Niewykonanie ww. obowiązku skutkuje karą umowną w wysokości do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za każde stwierdzone naruszenie. Niezależnie od tego, w przypadku naruszenia przywołanego obowiązku Prezes NFZ albo dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może również rozwiązać umowę w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia.

Ponadto, w celu zapewnienia właściwego stosowania przepisów prawa, a tym samym faktycznej dostępności do dopuszczalnej prawem procedury przerwania ciąży Ministerstwo Zdrowia opracowało dokument pn.: **„Wytyczne w sprawie obowiązujących przepisów prawnych dotyczących dostępu do procedury przerwania ciąży”.**

Dokument ten stanowi zestawienie obowiązujących przepisów prawnych odnoszących się do wskazanej w ich tytule materii, nie wprowadzają nowych norm czy też regulacji. W dokumencie wyraźnie wskazano okoliczności, w których – zgodnie z przepisami ustawy o planowaniu rodziny – możliwe jest przerwanie ciąży. Zawarte w nim informacje pozwolą podmiotom leczniczym na właściwe stosowanie przepisów prawa w tym zakresie, a tym

samym spowodują poprawę faktycznej dostępności do dopuszczalnej prawem procedury przerwania ciąży. To z kolei powinno zapewnić jednakowe i zgodne z prawem traktowanie kobiet, które chcą skorzystać z przysługującego im w tym zakresie prawa.

Dokument został upowszechniony przez Narodowy Fundusz Zdrowia za pośrednictwem Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji wśród świadczeniodawców realizujących z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwa i ginekologia. Został on również zamieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, aby zapewnić pełną dostępność do niego lekarzy, dyrektorów szpitali, ordynatorów/kierowników oddziałów, ale także kobiet i ich osób bliskich. Treść dokumentu dostępna jest na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-w-sprawie-obowiazujacychprzepisow-prawnych-dotyczacych-dostepu-do-procedury-przerwania-ciazy> oraz <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-lekarzy-i-podmiotow-leczniczych-wsdostepu-do-procedury-przerwania-ciazy>

OPIEKA OKOŁOPORODOWA

W 2024 r. Ministerstwo Zdrowia wychodząc naprzeciw oczekiwaniom co do zagwarantowania wysokiej jakości opieki okołoporodowej, wyrażonym przez ekspertów w dziedzinie położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, anestezjologii i środowisk reprezentujących kobiety, podjęło pracę nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

Opiniowanie i konsultacje społeczne projektu rozpoczęły się 17 grudnia 2024 r. Oczekuje się, że nowy standard zapewni właściwą i jednolitą organizację pracy, w sposób najbardziej efektywny wykorzystującą cały potencjał kadry, przy jednoczesnym zagwarantowaniu bezpieczeństwa pacjentom. Przedmiotowa regulacja będzie wpływała na ujednolicenie organizacji opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietami w okresie ciąży, porodu, połogu i opieki nad noworodkiem we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą, poprawę jakości opieki okołoporodowej, poprawę komfortu i bezpieczeństwa rodzących oraz ich dzieci.

Nowelizacja standardu w sposób szczególny podkreśla realizację praw pacjenta, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w obszarze opieki okołoporodowej. Oczekuje się, że jednymi z ważniejszych zmian mających na celu wzmocnienie ochrony prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych związanych z poprawą dostępu, jakości, bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych w standardzie będą:

- określenie najważniejszych filarów, które będzie musiał uwzględnić plan porodu, w celu zwiększenia świadomości kobiet czego mogą oczekiwać w czasie porodu,
- większa dostępność do znieczulenia zewnątrzoponowego przez doprecyzowanie warunków, które muszą zostać spełnione, aby zagwarantować możliwość wykonania równolegle wielu analgezji rodzących, zapewniając z jednej strony bezpieczeństwo wszystkim znieczulonym rodzącym oraz gwarantując efektywne wykorzystanie kadry medycznej,
- edukacja przedporodowa od momentu stwierdzenia ciąży,
- zwrócenie szczególnej uwagi na potrzeby kobiet w sytuacjach szczególnych (po poronieniu, urodzeniu dziecka martwego, niezdolnego do życia lub obciążonego letalnymi schorzeniami, urodzeniu chorego dziecka lub dziecka z wadami wrodzonymi,
- szerszy zakres profesjonalnej opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania albo pobytu dziecka, kobiety w połogu oraz kobiety w sytuacji szczególnej,
- zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych osobom ze szczególnymi potrzebami.

W 2024 r. Ministerstwo Zdrowia współorganizowało konferencję pn.: „Opieka okołoporodowa: Klucz do bezpieczeństwa i satysfakcji kobiet” z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta oraz Szpitalem Ginekologiczno- Położniczym Szpitalem Klinicznym Uniwersytetu

Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (gospodarz wydarzenia). Konferencja odbyła się 22 listopada 2024 r. Istotną rolę w wydarzeniu odegrały organizacje pozarządowe, które aktywnie uczestniczyły w dyskusjach i panelach. Do najważniejszych tematów poruszanych w trakcie konferencji należały: podmiotowość pacjentki, potrzeby kobiet w okresie okołoporodowym, dobre praktyki oraz kierunki rozwoju opieki okołoporodowej. Ważne miejsce zajmował również temat łagodzenia bólu porodowego. W panelu „Głos matek - głos pacjentek. Standardy opieki okołoporodowej - potrzeby a rzeczywistość” brały udział przedstawicielki następujących organizacji pozarządowych: Fundacja Rodzić po Ludzku (Prezeska Joanna Pietrusiewicz, prowadząca panel), Fundacja Matecznik, Fundacja Czułość, Fundacja Mlekiem Mamy, Stowarzyszenie Tulimy Mamy, Inicjatywa Maluchy Na Brzuchy. Organizacje te wniosły istotny wkład w dyskusję, przedstawiając informacje dotyczące zarówno potrzeb i oczekiwań, jak i zastrzeżeń zgłaszanych przez kobiety w zakresie sposobu organizacji i jakości opieki okołoporodowej w Polsce.

Konferencja stanowiła platformę do wymiany dobrych praktyk, wiedzy i doświadczenia między podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi i ekspertami. W wydarzeniu stacjonarnym brało udział około 200 osób; dostępny był streaming w social mediach Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz Ministerstwa Zdrowia.

Główną grupą docelową był personel medyczny zaangażowany w opiekę zdrowotną nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu oraz nad noworodkiem. Informacje o wydarzeniu dostępna jest na stronie internetowej RPP i MZ: <https://www.gov.pl/web/rpp/zaproszenie-na-konferencje-na-temat-opieki-okoloporodowej> i <https://www.gov.pl/web/zdrowie/nowe-standardy-opieki-okoloporodowej-zaproszeniena-konferencje>

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

W zakresie reformy opieki długoterminowej w Polsce realizowanej w ramach kamieni milowych A69G i A70G reformy A4.6: Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) w 2024 r. podjęte zostały działania m.in. na rzecz poprawy jakości świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej.

Na bazie opublikowanego w czerwcu 2024 r. Przeglądu strategicznego systemu opieki długoterminowej w Polsce (dostępny na stronie BIP MZ:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/przeglad-strategiczny-opieki-dlugoterminowej-wpolsce-opracowany-przez-bank-swiatowy>), przygotowanego przez Bank Światowy, w ramach realizacji kamienia milowego A69G, prowadzone były prace międzyresortowe nad wdrożeniem priorytetów reformy opieki długoterminowej. Wśród nich znajduje się m.in. określenie ram monitorowania jakości tej opieki w systemach ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

W ramach prac Grupy roboczej ds. opieki długoterminowej (której członkami są również przedstawiciele MZ), utworzonej przy Międzyresortowym Zespole ds. systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi w celu wsparcia realizacji przedmiotowej reformy pod koniec 2024 r. rozpoczęto analizę przepisów prawnych i funkcjonujących obecnie rozwiązań umożliwiających definiowanie, monitorowanie i ewaluację jakości opieki długoterminowej oraz gromadzenie i wykorzystywanie danych w tym zakresie.

Prowadzone analizy mają na celu dostosowanie przepisów prawnych dotyczących standardów jakości opieki długoterminowej w każdym z systemów, a także wypracowanie i przyjęcie dokumentu, w którym zaproponowany zostanie zintegrowany system monitorowania i ewaluacji jakości i oraz gromadzenia i wykorzystywania danych dotyczących tej opieki.

NAJWAŻNIEJSZE ZMIANY WPROWADZONE W 2024 R. PRZEZ MINISTERSTWO ZDROWIA W ZAKRESIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH:

- Umożliwiono realizację dwóch świadczeń opieki zdrowotnej „porada specjalistyczna – diabetologia dla dzieci” oraz „porada specjalistyczna – endokrynologia dla dzieci” lekarzom

w trakcie specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dla dzieci³. Celem zmiany było zwiększenie dostępności do porad specjalistycznych z zakresu diabetologii dla dzieci oraz endokrynologii dla dzieci.

- Wprowadzono do systemu jako świadczenia gwarantowane, finansowane ze środków publicznych dwa nowe badania genetyczne⁴:

- 1) badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) oraz
- 2) badanie analiza ekspresji genu lub kilku genów (w tym genów fuzyjnych) przy użyciu metody Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time Quantitative Polymerase Chain Reaction).

Badania te wykorzystywane są zarówno w diagnostyce prenatalnej, jak i postnatalnej w przypadku chorób rzadkich oraz w diagnostyce w kierunku nowotworów układu mieloidalnego lub limfoidalnego lub monitorowaniu odpowiedzi na leczenie lub monitorowaniu minimalnej choroby resztkowej (MRD - Minimal Residual Disease) w trakcie leczenia i po jego zakończeniu, w nowotworach układu mieloidalnego i limfoidalnego. Wprowadzenie wskazanych wyżej badań genetycznych do wykazu świadczeń gwarantowanych miało na celu zwiększenia dostępu do nowoczesnej i efektywnej diagnostyki genetycznej.

- Zmieniono warunki realizacji badania TK tętnic wieńcowych⁵. Celem zmiany było zwiększenie dostępu do badania TK tętnic wieńcowych, które jest nieinwazyjnym badaniem obrazowym pozwalającym na ocenę anatomii krążenia wieńcowego i które zapewnia wysoką skuteczność w rozpoznawaniu zwężeń tętnic wieńcowych oraz anomalii ich rozwoju.

- Wprowadzono zmiany dotyczące zakwalifikowania leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych⁶. Oczekiwane efekty to:

- 1) zapewnienie płynnej nieprzerwanej dostępności do leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych od dnia 1 lipca 2024 r., a więc po zakończeniu realizacji programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych, w ramach którego leczenie to było finansowane;
- 2) umożliwienie świadczeniobiorcom realizacji świadczeń z wykorzystaniem metod terapeutycznych o potwierdzonej skuteczności klinicznej, zwiększenie kompetencji personelu medycznego w zakresie stosowania nowych metod terapeutycznych;
- 3) opracowanie, wdrożenie i stosowanie sformalizowanej procedury określającej zasady współpracy pomiędzy lekarzem prowadzącym leczenie i lekarzem wykonującym zabieg a zespołem ratownictwa medycznego.

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lutego 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 224) - weszło w życie w dniu 6 marca 2024 r.

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1318) - weszło w życie w dniu 1 stycznia 2025 r.

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2024 poz. 1977) – weszło w życie w dniu 1 stycznia 2025 r.

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 961) – weszło w życie w dniu 1 lipca 2024 r.

- Wprowadzono zmiany dotyczące zakwalifikowania przezskórnych termoablacji i krioablacji zmian nowotworowych płuc i oskrzeli oraz w obrębie klatki piersiowej, a także kości i nadnerczy⁷. Oczekiwane efekty to:

- 1) wydłużenie życia pacjentów, a tym samym skrócenie czasu leczenia systemowego związanego z zastosowaniem chemioterapii lub radioterapii, szybki powrót do życia społecznego i zawodowego;
- 2) zmniejszenie liczby wizyt ambulatoryjnych oraz liczby pobyków szpitalnych, a także obniżenie kosztów leczenia powikłań po chemioterapii jak i obniżenie kosztów stosowania terapii przeciwnowotworowej m.in. w ramach programów lekowych;
- 3) realizacja nowych procedur będzie się odbywała w ośrodkach spełniających dodatkowe restrykcyjne warunki realizacji ablacji, w tym dotyczące doświadczenia i specjalistycznego szkolenia kadr medycznych realizujących zabiegi, przygotowania organizacyjnego jak i wyposażenia w dodatkowy sprzęt, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w bezpieczeństwie, skuteczności i wysokiej jakości realizowanych procedur.

- Zmiany z zakresu programów zdrowotnych, które mają na celu zwiększenie dostępu do badań prenatalnych dla kobiet w ciąży⁸. Wprowadzone zmiany dotyczyły Programu badań prenatalnych, w szczególności:

- 1) usunięto kryterium wieku jako kryterium kwalifikacji do udziału w programie ze wszystkich etapów programu;
- 2) usunięto obecnie obowiązujących kryteriów kwalifikacji do udziału w programie z etapu Poradnictwo i badania biochemiczne oraz Poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych;
- 3) doprecyzowano w etapie Poradnictwo i badania biochemiczne oraz Poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych, terminu, w którym powinny zostać wykonane priorytetowe badania prenatalne.

Wprowadzenie zmian do rozporządzenia ma na celu zwiększenie dostępu do badań prenatalnych dla wszystkich kobiet niezależnie od wieku. Natomiast usunięcie kryteriów kwalifikacji do pierwszych dwóch etapów Programu badań prenatalnych spowoduje zwiększenie dostępu do badań prenatalnych, które umożliwiają wczesne wykrycie wad płodu oraz ich diagnostykę we wczesnym okresie ciąży oraz, o ile to możliwe, podjęcie leczenia jeszcze w okresie płodowym.

- Zmiana w zakresie zasad przekazywania przez usługodawców do Systemu Informacji Medycznej danych zdarzenia medycznego w zakresie ciąży⁹. Obowiązek przekazywania informacji o ciąży pacjentki stał się działaniem usługodawcy na wniosek usługobiorcy (pacjentki). Wprowadzone rozwiązanie realizuje potrzebę zgłaszaną Ministrowi Zdrowia stosowania mechanizmów ograniczających zakres danych przekazywanych do Systemu Informacji Medycznej. Nowelizacja rozporządzenia przyczyniła się do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa oraz komfortu pacjentek poprzez zagwarantowanie im możliwości samostanowienia w zakresie udostępniania personelowi medycznemu informacji w zakresie ciąży.

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 1798) – weszło w życie w dniu 1 stycznia 2025 r.

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14 maja 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 767) – weszło w życie w dniu 5 czerwca 2024 r.

⁹ zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 738) polegająca na reorganizacji

- Zmiany w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych, które poprawią dostęp do znieczulenia zewnątrzoponowego przy porodach naturalnych¹⁰. Zmienił się model rozliczania świadczeń znieczulenia zewnątrzoponowego przy porodach naturalnych. Narodowy Fundusz Zdrowia stosuje współczynniki korygujące – w zależności od liczby porodów naturalnych w znieczuleniu. Szpitale są premiowane, jeśli zapewniają znieczulenie zewnątrzoponowe lub (w uzasadnionych przypadkach) znieczulenie podpajęczynówkowe na poziomie powyżej 10% wszystkich porodów naturalnych. Im więcej takich porodów, tym lepsza będzie ich ogólna wycena w danej placówce medycznej. Premia za zwiększenie odsetka porodów naturalnych ze znieczuleniem może wynieść nawet 21%. NFZ będzie monitorował system premiowania szpitali.
- od 1 kwietnia 2024 r. zostały zniesione limity w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Zniesienie limitów oznacza, że świadczeniodawcy mają gwarancję otrzymania środków za wszystkie świadczenia zrealizowane zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262).
- od 1 lipca 2024 r. nastąpił wzrost wyceny świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej, zgodnie z zarządzeniem 54/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, wprowadzającym nowe taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, określone w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT z dnia 28 marca 2024 r. Poza wzrostami wycen świadczeń wprowadzono dodatkowo porady kwalifikacyjne, aby zwiększyć finansowanie w pierwszym dniu opieki. Poprawiono również model finansowania poradni medycyny paliatywnej.

INNE DZIAŁANIA Z ZAKRESU ZWIĘKSZANIA DOSTĘPU DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W kontekście dostępu do świadczeń opieki dla dzieci i ich bezpieczeństwa wystąpiono z propozycją kontroli dot. realizacji protonoterapii, która dotyczy w dużej mierze bezpiecznego udzielania omawianego świadczenia na rzecz dzieci.

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 czerwca 2024 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR (Dz. U. 2024 poz. 856) przedłużono program pilotażowy do 30 czerwca 2026 r., dzięki czemu zwiększono liczbę pacjentów mogących skorzystać z ww. świadczenia.

Ponadto Ministerstwo Zdrowia przygotowało pismo skierowane do szpitali przypominające o prawnym obowiązku zapewnienia pacjentom wyżywienia adekwatnego do stanu zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem zapewnienia bezpiecznych diet bezglutenowych pacjentom z celiakią. W piśmie zawarto odniesienie do nagrania z posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Celiakii 17 października 2024 r., w celu umożliwienia szpitalom zapoznania się z przedstawionymi na posiedzeniu praktykami, które mogą stanowić cenne wskazówki dla wielu szpitali w zakresie m.in. odpowiedniego przechowywania, przygotowywania i wydawania produktów oraz posiłków bezglutenowych tak, aby uniknąć ich wtórnego zanieczyszczenia glutenem, jak również w zakresie kontaktu pomiędzy dietetykami/koordynatorami ds. żywienia, a personelem przygotowującym posiłki bezglutenowe.

W piśmie poinformowano również, że Rzecznik Praw Pacjenta we współpracy z Polskim Stowarzyszeniem Osób z Celiakią i na Diecie Bezglutenowej przeprowadzi szkolenie dla Pełnomocników do spraw praw pacjenta, podczas którego zostanie przedstawiony problem

¹⁰ Od dnia 1 lipca 2024 r. weszły w życie zmiany (zgodnie z zarządzeniem nr 53/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2024 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne), które poprawią dostęp do znieczulenia zewnątrzoponowego przy porodach naturalnych.

związany z zapewnianiem bezpiecznych diet bezglutenowych dla pacjentów z celiakią przebywających w szpitalach wraz ze wskazaniem potrzeby podjęcia stosownych działań w tym zakresie. Przedmiotowe pismo 22 listopada 2024 r. zostało przekazane do Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o rozesłanie go do wszystkich szpitali w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799, ze zm.), z którymi NFZ ma podpisane umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Kolejno należy wskazać, że za działania wspierające, które mogą służyć do poprawy przestrzegania praw pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, należy uznać opracowanie i aktualizację standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne oraz standardów akredytacyjnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, które weszły w życie w formie:

- 1) Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2024 r. poz. 145);
- 2) Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2024 r. poz. 73).

Postępowanie o udzielenia akredytacji jest procedurą dobrowolną, której wszczęcie jest uzależnione od indywidualnej decyzji podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Niemniej jednak, w przypadku złożenia wniosku o udzielenie akredytacji przez taki podmiot jednym z obszarów standardów akredytacyjnych, które są weryfikowane w trakcie procedury oceniającej jest dział poświęcony przestrzeganiu praw pacjenta.

NAJWAŻNIEJSZE PROGRAMY I PROJEKTY REALIZOWANE PRZEZ MINISTERSTWO ZDROWIA W 2024 r.

1. PROJEKT „ODWRÓCONA PIRAMIDA ŚWIADCZEŃ”

Celem projektu jest:

- odciążenie kosztochłonnego systemu szpitalnego od konieczności realizacji świadczeń diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym i przeniesienie ich realizacji w ramach AOS i POZ,
- wprowadzenie płacenia za wynik (*paying for performance*) oraz różnicowania płatności w zależności od stopnia złożoności przypadku,
- opracowanie schematów współpracy/komunikacji pomiędzy szpitalem, AOS, POZ w ramach diagnostyki i leczenia.

Oczekiwane rezultaty:

- zwiększenie jakości, efektywności i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej przy jednoczesnej optymalizacji zaangażowania zasobów,
- zwiększenie udziału świadczeń outpatient (ambulatoryjnych i jednodniowych),
- racjonalizacja wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej i skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej,
- zwiększenie efektywności wymiany informacji medycznej pomiędzy poszczególnymi poziomami opieki zdrowotnej m.in. POZ, AOS i LSZ w celu zapewnienia całościowego procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjenta.

2. PROJEKT „PODSTAWOWE REGIONY ZABEZPIECZENIA”

Projekt przewiduje:

- określenie obszarów zabezpieczenia w zakresie usług ochrony zdrowia,
- tworzenie warunków umożliwiających zwiększanie dostępności (w tym przestrzennej) do świadczeń z zakresu zdrowia i budowania bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Oczekiwane rezultaty:

- wytyczne dla kształtowania systemu opieki zdrowia uwzględniającego regionalne uwarunkowania epidemiologiczne i demograficzne,

- wsparcie dla prowadzenia polityki w zakresie ochrony zdrowia, w tym decyzji zarządczych podejmowanych przez decydentów na centralnym i regionalnym szczeblu administracji publicznej,
- zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej odpowiadających regionalnym i lokalnym potrzebom zdrowotnym obywateli,
- wsparcie dla prowadzenia polityki wrażliwej terytorialnie uwzględniającej m.in. obszary koncentracji negatywnych zjawisk epidemiologicznych i demograficznych.

3. PROJEKT „EWIDENCJA POTENCJAŁU ŚWIADCZENIODAWCY”,

W ramach projektu założono zaprojektowanie i wdrożenie centralnego systemu teleinformatycznego, który pozwoli na gromadzenie i monitorowanie w czasie rzeczywistym informacji o aktualnie dostępnych zasobach:

- 1) łóżek szpitalnych,
- 2) pracowników medycznych,
- 3) infrastruktury,
- 4) wyrobów medycznych,
- 5) środków ochrony indywidualnej,
- 6) gazów medycznych,
- 7) krwi i jej składników

oraz częściowym lub całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Oczekiwane rezultaty:

- ograniczenie zadań sprawozdawczych obciążających personel świadczeniodawców oraz budowa bazy danych o charakterze referencyjnym dla interesariuszy nadzorujących system ochrony zdrowia w Polsce,

z perspektywy pacjenta, wdrożenie systemu pozwoli na poprawę jakości opieki przedszpitalnej dzięki zapewnieniu monitorowania aktualnych zasobów szpitalnych dla jednostek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (m.in. zapobieganie odmowom przyjęcia pacjenta) i ograniczenie przewożenia pacjenta pomiędzy szpitalami, zapewnienie łóżka oraz odpowiedniej do zdiagnozowanego stanu pacjenta opieki medycznej, itp.), a także na podniesienie jakości procesu decyzyjnego w ochronie zdrowia w zakresie potencjału usługodawcy i poprawy jakości udzielanych świadczeń,

- proces decyzyjny oparty o aktualne dane, także w zarządzaniu i planowaniu obronnym,
- optymalizacja wykorzystania potencjału do realizacji świadczeń (w szczególności w sytuacji kryzysowej).

4. PROGRAM „LECZENIE NIEPŁODNOŚCI OBEJMUJĄCE PROCEDURY MEDYCZNIE WSPOMAGANEJ PROKREACJI, W TYM ZAPŁODNIENIE POZAUSTROJOWE PROWADZONE W OŚRODKU MEDYCZNIE WSPOMAGANEJ PROKREACJI, NA LATA 2024-2028”.

Podjęto również istotne działania w celu zapewnienia dostępu do świadczeń związanych z leczeniem niepłodności. W dniu 1 czerwca 2024 r. rozpoczęto realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”.

Celem głównym Programu jest zapewnienie parom dotkniętym niepłodnością równego dostępu do procedury in vitro oraz umożliwienie osobom przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność zabezpieczenia materiału rozrodczego (ocytów lub nasienia) na przyszłość. Program jest realizowany przez 58 ośrodków medycznie wspomaganej prokreacji zlokalizowanych na terenie całej Polski. Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych minister właściwy do spraw zdrowia przeznaczy corocznie z budżetu państwa z części będącej w jego dyspozycji nie mniej niż 500 mln zł na realizację Programu.

5. PROGRAM PILOTAŻOWY W ZAKRESIE KOMPLEKSOWEJ OPIEKI NAD ŚWIADCZENIOBIORCĄ Z WCZESNYM ZAPALENIEM STAWÓW

Program wprowadzono rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z wczesnym zapaleniem stawów z dnia 15 września 2023 r. (Dz. . z 2023 r. poz. 2212). Rozporządzenie zostało opublikowane i weszło w życie pod koniec 2023 r., natomiast realizacja świadczeń w ramach programu pilotażowego rozpoczęła się w 2024 roku.

Oczekiwane efekty to:

1. poprawa dostępności do świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem wczesnego zapalenia stawów w specjalistycznych ośrodkach reumatologicznych rozmieszczonych na terenie 14 województw w Polsce.
2. poprawa jakości życia pacjentów z wczesnym zapaleniem stawów i ograniczenie niepełnosprawności spowodowanej chorobą, a także powrót do pełnej sprawności w środowisku rodzinnym, jak i zawodowym.
3. bieżąca weryfikacja realizacji opieki KOWZS i dokonywanie oceny oraz wprowadzanie ewentualnych koniecznych modyfikacji w zakresie poprawności wdrożenia i funkcjonowania wytycznych postępowania w programie pilotażowym KOWZS.
4. opracowanie krajowych wytycznych postępowania medycznego wraz ze standardami prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, w zakresie opieki nad pacjentami z wczesnym zapaleniem stawów i ocena organizacyjna nowego modelu opieki nad tą grupą świadczeniobiorców w Polsce.

6. PLAN DLA CHOROÓB RZADKICH NA LATA 2024–2025

W dniu 13 sierpnia 2024 r. została przyjęta Uchwała Rady Ministrów nr 88 w sprawie przyjęcia dokumentu Plan dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025. Plan dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025 jest kontynuacją działań podjętych podczas realizacji I edycji Planu w latach 2021–2023. Celem II edycji Planu jest poprawa sytuacji polskich pacjentów cierpiących na choroby rzadkie oraz ich rodzin, poprzez stworzenie modelu zintegrowanej opieki zdrowotnej, który umożliwi kompleksową i skoordynowaną opiekę. Plan dla Chorób Rzadkich to dokument strategiczny, który określa kierunki działań w sześciu obszarach:

- 1) Powołanie Ośrodków Ekspertkich Chorób Rzadkich (OECR) oraz analiza wprowadzonych dla OECR produktów rozliczeniowych. Zasadniczym zadaniem OECR jest zapewnienie pacjentom z określoną chorobą rzadką lub grupą chorób rzadkich dostępu do nowoczesnej diagnostyki oraz wysokospecjalistycznej opieki medycznej, leczenie oraz monitorowanie stanu pacjenta. W 2024 r. NFZ wprowadził 3 typy porad w zakresie AOS dla OECR, które przyczyniają się do poprawy dostępu do konsultacji dla pacjentów z chorobą rzadką.
- 2) Poprawa dostępu do badań diagnostycznych wykorzystywanych w diagnostyce i leczeniu chorób rzadkich. Dostęp do nowoczesnej diagnostyki genetycznej ma szczególnie duże znaczenie w opiece nad pacjentami z podejrzeniem choroby rzadkiej. Wprowadzono dwa nowe badanie genetyczne jako świadczenia gwarantowane. Badania te finansowane są ze środków publicznych zarówno w diagnostyce prenatalnej, jak i postnatalnej, w przypadku chorób rzadkich oraz w diagnostyce niektórych nowotworów.
- 3) Dostęp do leków, wyrobów medycznych i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowanych w chorobach rzadkich.
- 4) Polski Rejestr Chorób Rzadkich.
- 5) Karta Pacjenta z chorobą rzadką.
- 6) Platforma Informacyjna „Choroby Rzadkie”.

W ramach systemu powstanie Polski Rejestr Chorób Rzadkich. Z tego systemu będzie generować się Karta Pacjenta z Chorobą Rzadką, która będzie regularnie aktualizowanym zbiorem podstawowych, kluczowych informacji na temat sytuacji zdrowotnej pacjenta. Szczegółowe informacje na temat danej choroby znajdują się na aktualizowanej Platformie Informacyjnej, uruchomionej jesienią 2023 r.

BEZPIECZEŃSTWO LEKOWE

W dniu 5 grudnia 2024 r. została uchwalona przez Sejm RP ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2025 r. poz. 129). Ustawa ta wprowadziła możliwość wystawiania recept na darmowe leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne dla osób przed ukończeniem 18. albo po ukończeniu 65. roku życia, przez osoby, które wcześniej nie posiadały takich uprawnień.

Ustawa objęła ww. możliwością lekarzy działających na podstawie innych umów niż z zakresu dotychczasowych, tj. podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub leczenia szpitalnego. Oznacza to, że ww. możliwość zaczęła przysługiwać lekarzom działającym na podstawie umów np. z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, czy też opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Omawiana ustawa umożliwiła ponadto wystawianie ww. recept lekarzom działającym bez jakichkolwiek umów, czyli w formule praktyk zawodowych (prywatnie).

Omawiana zmiana dot. recept bezpłatnych objęła przy tym nie tylko lekarzy, ale również felczerów i pielęgniarki w zakresach, w jakich przedstawiciele tych zawodów mają prawo wystawiania recept (w ogóle), jak również farmaceutów w zakresie, w jakim mają oni prawo wystawiania recept farmaceutycznych. Co więcej, ta sama ustawa wprowadziła możliwość przeprowadzania zalecanych szczepień ochronnych w aptekach ogólnodostępnych na podstawie wystawianych tamże przez farmaceutów recept farmaceutycznych. (Dotychczas możliwość taka występowała jedynie w przypadku grypy.) Obecnie jest możliwość wystawienia recepty farmaceutycznej oraz zaszczepienia na jej podstawie w aptecę w zakresie wszystkich szczepień zalecanych (jest ich blisko 30 rodzajów). Dodatkowo wszystkie takie recepty mogą być refundowane (jeżeli sama szczepionka jest refundowana), w tym również bezpłatne (w przypadku uprawnień „S” i „DZ”, jeżeli recepta na szczepionkę jest wystawiana we wskazaniach podlegających refundacji). Dotychczas zaś recepty farmaceutyczne mogły być refundowane tylko w przypadku wystawiania ich dla siebie („pro auctore”), albo najbliższych farmaceuty („pro familiae”).

Jakkolwiek efekt prowadzonych prac, czyli wejście w życie ww. ustawy nastąpiło już w 2025 r. (14 lutego), którego sprawozdanie nie dotyczy, to jednak całość procesu opracowania i procedowania tych zmian miało miejsce przez większość 2024 r. i wymaga to odnotowania.

Dzięki umożliwieniu szerszej grupie przedstawicieli zawodów medycznych wystawiania recept na darmowe leki dla seniorów i osób niepełnoletnich, zwiększył się dostęp do tych świadczeń. Ewentualny koszt leku, środka spożywczego lub wyrobu medycznego w tych przypadkach nie jest już elementem, który może zniechęcać do uzyskania świadczenia (zwłaszcza w systemie publicznym). Równocześnie wzrasta szansa na zdecydowanie się przez osobę, która z określonych przyczyn nie chce lub nie może leczyć się w systemie publicznym, na wizytę prywatną, jeżeli w jej wyniku może uzyskać receptę, którą będzie mogła zrealizować bezpłatnie. To z kolei skutkuje zmniejszeniem się liczby pacjentów zainteresowanych uzyskaniem wizyty u specjalisty w systemie publicznym tylko ze względów refundacyjnych.

Bardziej jaskrawym przejawem zwiększania tego dostępu jest druga z opisanych wyżej zmian (wystawianie recept farmaceutycznych w aptekach na szczepionki wykorzystywane do szczepień zalecanych wraz z wykonaniem szczepienia w aptecę ogólnodostępną na podstawie takich recept). W oczywisty sposób zmiana ta zwiększa dostęp do ww. świadczeń zarówno w aspekcie dostępności fizycznej (dywersyfikacja kanałów dostępu do nich poprzez dodanie kanału aptecznego), jak i dostępności ekonomicznej – poprzez eliminację bariery finansowej (dzięki refundacji).

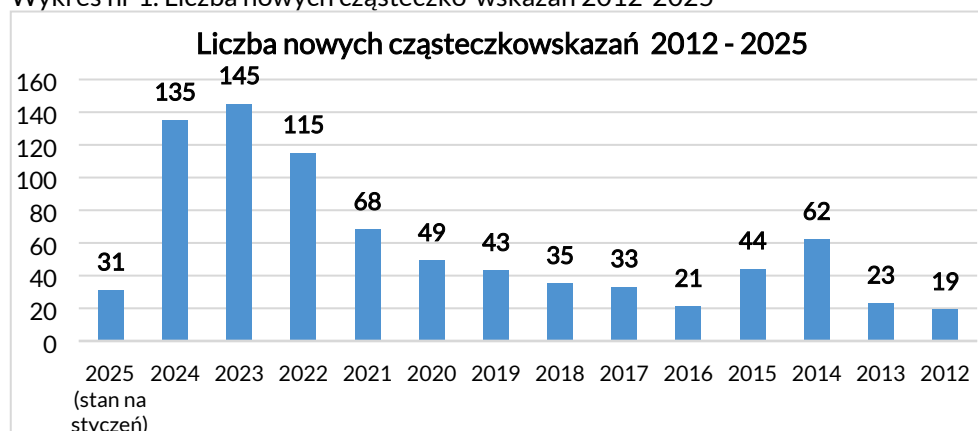
Ponadto od maja 2024 r. wprowadzony został (stosownym rozporządzeniem Ministra Zdrowia) program pilotażowy w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego. W ramach programu pilotażowego farmaceuta może w aptecę ogólnodostępną, po przeprowadzeniu odpowiedniego wywiadu z pacjentką, wystawić jej receptę farmaceutyczną na środek antykoncepcji postkoitalnej (awaryjnej, „dzień po”). Zmiana ta wpłynęła na fizyczną dostępność do tego rodzaju środków antykoncepcyjnych

poprzez wprowadzenie dodatkowego (poza lekarskim) kanału dostępu do recept na nie. W 2024 r. na ww. środki wystawiono i zrealizowano blisko 25 tysięcy recept farmaceutycznych (z około 300 tysięcy wystawionych recept na takie same albo podobne środki w ogóle w analizowanym roku). Jakkolwiek udział ten nie jest spektakularnie duży, to jednak jest godny odnotowania, zwłaszcza jeżeli ww. liczbę odnieść do roku 2023, w którym na omawiane środki wystawiono mniej niż 1 tys. recept farmaceutycznych. Niewątpliwie zatem zmiana ta wpłynęła na dostęp do tego rodzaju świadczeń, ale również ich jakość (dzięki poprzedzającemu wystawienie recepty wywiadowi, który ma bezpośrednie przełożenie na bezpieczeństwo stosowania środka). Jakość ma tu szczególny wymiar w kontekście tego, że w niektórych z poprzednich lat większość wystawień recept na antykoncepcję awaryjną recept następowała za pośrednictwem tzw. „receptomatów”, czyli najczęściej z powierzchownym-, a w najgorszym razie pozorowanym wywiadem medycznym, albo bez takiego wywiadu w ogóle.

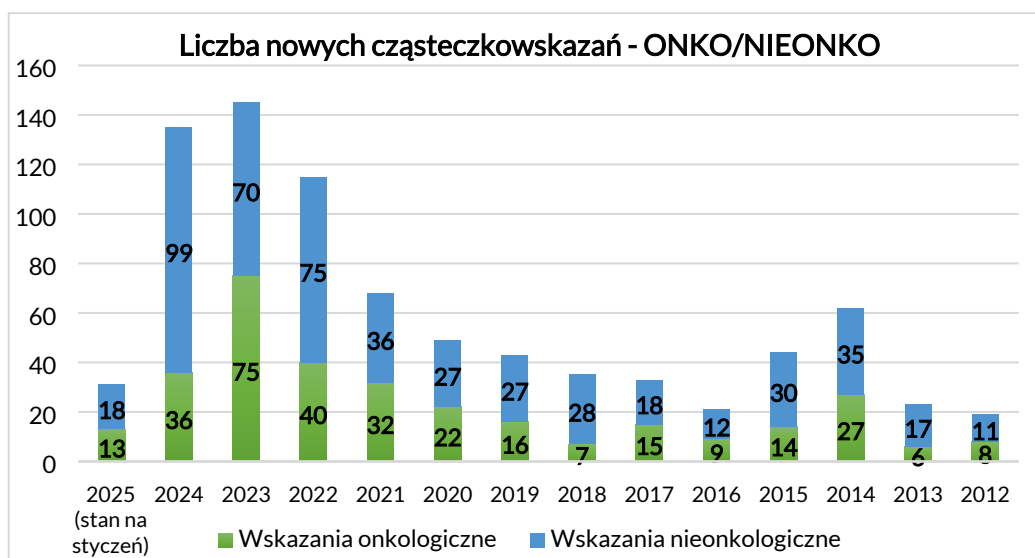
REFUNDACJA LEKÓW

W kwestii dostępności do świadczeń zdrowotnych poprzez refundację leków wskazać należy, że ostatnie lata stanowiły przełom w liczbie nowych terapii obejmowanych refundacją. Ministerstwo Zdrowia sukcesywnie rozwija listę leków refundowanych, a każde obwieszczenie przynosi dobre wiadomości dla wielu pacjentów. Zwiększająca się liczba nowych objęć jest obserwowana szczególnie od 2019 r., gdzie wyraźnie zauważalny jest wzrost obejmowania refundacją wskazań onkologicznych oraz dotyczących chorób rzadkich. Należy przypomnieć, że w roku 2023 refundacją objęto aż 145 innowacyjnych terapii (w tym 75 onkologicznych, 43 wskazania w chorobach rzadkich). Od początku funkcjonowania ustawy refundacyjnej to właśnie w 2023 r. zaoferowano polskim pacjentom najwięcej możliwości w dostępie do innowacyjnych terapii. Kontynuacja tego trendu w roku 2024 przyniosła 135 nowych cząsteczkowskazań, z czego 36 dotyczyło onkologii oraz 36 dotyczyło chorób rzadkich.

Wykres nr 1. Liczba nowych cząsteczeko-wskazań 2012-2025



Wykres nr 2. Liczba nowych cząsteczeko-wskazań – ONKO/NIEONKO



Wykres nr 3. Liczba nowych cząsteczko wskazań –wskazania rzadkie



- Niezaprzeczalny wydaje się fakt, iż resort zdrowia przykłada bardzo dużo uwagi do problemu osób chorych na choroby onkologiczne.
- Zdecydowana większość nowych cząsteczko-wskazań dotyczy terapii najdroższymi substancjami czynnymi (w zakresie programów lekowych).

Szczególnym rodzajem sukcesywnie implementowanych modyfikacji w systemie refundacyjnym są zmiany kategorii dostępności z programów lekowych na katalog chemioterapii. Takie działania korzystnie wpływają na dostępność pacjentów onkologicznych do terapii selektywnych oraz mniejsze nakłady pracy personelu medycznego związane z monitorowaniem i sprawozdawczością procesu terapeutycznego.

W celu **poszerzenia dostępności do onkologicznych terapii refundowanych** Minister Zdrowia wydaje z urzędu decyzje zmieniające kategorię dostępności refundacyjnej leków stosowanych w ramach programów lekowych na leki stosowane w ramach chemioterapii. Proces zmiany kategorii dostępności refundacyjnej skupia się przeważnie na cząsteczkach:

- o udowodnionej skuteczności klinicznej,
- o znanym profilu bezpieczeństwa,
- ugruntowanej pozycji w międzynarodowych rekomendacjach klinicznych,
- o szerokim zakresie wskazań refundacyjnych,
- zgenerowanych - dla których wygasły okresy ochrony patentowej.

Obowiązuje od	Substancja czynna	Obszar terapeutyczny/ jednostka chorobowa
01.01.2021	RITUXIMABUM	Chłoniak grudkowy i chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL)
	GEFITYNIBUM	Niedrobnokomórkowy rak płuca
	ERLOTINIBUM	Niedrobnokomórkowy rak płuca
01.11.2022	BEVACIZUMABUM	Rak jajnika, jajowodu lub otrzewnej
01.05.2022	BEVACIZUMABUM	Rak szyjki macicy, rak jelita grubego, rak wątrobowokomórkowy
01.01.2023	LENALIDOMIDUM	Szpiczak plazmocytowy, Anemia zależna od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych, Chłoniak z komórek płaszczka
01.03.2023	TRASTUZUMABUM I.V.	Rak piersi, rak żołądka
	OCTAN ABIRATERONU	Rak gruczołu krokowego
01.05.2023	SUNITINIB	Nowotwory podścieliska przewodu pokarmowego (GIST), Mięśniaki tkanek miękkich, Rak nerki, Nowotwór neuroendokrynnny trzustki
	SORAFENIB	Nowotwory podścieliska przewodu pokarmowego (GIST), Rak wątrobowokomórkowy, Rak nerki
	IMATINIB	Nowotwory podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)
	EVEROLIMUS	Rak nerki, Nowotwór neuroendokrynnny trzustki
01.11.2023	DASATINIB	Przewlekła białaczka szpikowa, Ostra białaczka limfoblastyczna
01.10.2024	TRABECTEDIN	Mięśniaki tkanek miękkich, Rak jajnika
	PANITUMUMAB	Rak jelita grubego
	CETUXIMAB	Rak jelita grubego, Rak narządów głowy i szyi
	LAPATINIB	Rak piersi
	CABAZITAXEL	Rak gruczołu krokowego
	RADIUM (223RA) DICHLORIDE	Rak gruczołu krokowego
	AKSITINIB	Rak nerki
	TEMSIROLIMUS	Rak nerki
1.01.2025 r.	POMALIDOMIDUM	Szpiczak plazmocytowy

Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2023 r. poz. 1938) wprowadziła szereg przepisów dotyczących zarówno bezpośrednio bezpieczeństwa lekowego Polski, jak i pośrednio wpływających na dostępność leków dla pacjentów. Od 1 listopada 2023 r. wnioskodawcy mogą składać wnioski o objęcie refundacją leków zgodnie z procedurą opisaną w art. 13a ustawy o refundacji pozwalającą na ustalenie, że dany lek lub substancja czynna są wytwarzane w Polsce. Wydanie decyzji o objęciu refundacją leku, dla którego złożono wniosek o objęcie refundacją i Minister Zdrowia wydał postanowienie o przyznaniu preferencji, o których w art. 13a ust. 2 ustawy o refundacji, jest podstawą zamieszczenia jej na wykazie leków refundowanych w części stanowiącej, że lek został uznany:

- wykaz G1 - Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo takie, do których wytworzenia wykorzystano substancję czynną wytworzoną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- wykaz G2 - Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z wykorzystaniem substancji czynnej wytwarzanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

a co za tym idzie do obniżenia kwoty odpłatności dla pacjenta (art. 6 ust. 2a ustawy o refundacji), bowiem wraz z nadaniem statusu „polskiego leku” redukcji ulega poziom odpłatności pacjenta za lek refundowany w aptece o 10%, jeżeli lek jest wytwarzany w Polsce albo do jego wytworzenia wykorzystano substancję czynną wyprodukowaną na terenie Rzeczypospolitej Polskiej albo o 15%, jeżeli lek jest wytwarzany w Polsce z wykorzystaniem substancji czynnej wytwarzanej w Polsce.

Publikacja pierwszego wykazu dotyczącego leków tzw. polskich producentów, miała miejsce na *obwieszczeniu refundacyjnym* obowiązującym od 1 kwietnia 2024 r.

W oparciu o obwieszczenie 77W obowiązujące od 1.01.2025 r. należy wskazać, że wykaz G1 zawiera 605 leków rozumianych jako indywidualne kody GTIN. Lista leków wytwarzanych w Polsce albo z substancji czynnej wytwarzanej w Polsce obejmuje 135 substancji czynnych lub ich połączeń. Leki umieszczone na wykazie G1 objęte są 10% redukcją kwoty stanowiącej dopłatę pacjenta. Wśród tej grupy produktów leczniczych znalazły się m.in. leki: antyhistaminowe, cytostatyki, hipoglikemizujące, hipolipemizujące, hipotensyjne, przeciwartymiczne, przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze, przeciwwirusowe, przeciwbólowe, przeciwdrgawkowe, przeciwpsychotyczne, przeciwreumatyczne, przeciwparkinsonowskie, przeciwzakrzepowe, stosowane w chorobach dróg oddechowych, stosowane w chorobach urologicznych, stosowane w chorobach układu pokarmowego.

Wykaz G2 zawiera 37 leków rozumianych jako indywidualne kody GTIN. Lista leków wytwarzanych w Polsce z wykorzystaniem substancji czynnej wytwarzanej w Polsce obejmuje 13 substancji czynnych lub ich połączeń. Leki umieszczone na wykazie G2 objęte są 15% redukcją kwoty stanowiącej dopłatę pacjenta. Wśród tej grupy produktów leczniczych znalazły się m.in. leki: hipoglikemizujące, hipotensyjne, przeciwdrgawkowe, przeciwpsychotyczne, przeciwzakrzepowe, stosowane w chorobach dróg oddechowych.

Dodatkowo, znowelizowana ustawa o refundacji wprowadziła nową ścieżkę procedowania wniosków refundacyjnych w ramach art. 30a. Przepisy określone w art. 30a ustawy o refundacji dotyczą leków wymagających stosowania dłużej niż 30 dni w określonym stanie klinicznym, rekomendowanych w wytycznych postępowania klinicznego, dla których wnioskodawca nie złożył dotychczas wniosku o objęcie refundacją i upłynął okres wyłączności rynkowej. Na podstawie art. 30a ustawy o refundacji Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, po zasięgnięciu opinii Rady Przejrzystości, Konsultantów Krajowych oraz Rzecznika Praw Pacjenta, przygotowała pierwszy wykaz leków o ugruntowanej skuteczności, dotyczący leków we wskazaniach kardiologicznych. Na podstawie ww. wykazu 11 października 2024 r. Minister Zdrowia opublikował **listę kardiologicznych leków o ugruntowanej skuteczności**, na której znalazło się **14 cząsteczkowskazań** informując tym samym podmioty odpowiedzialne, których technologie znalazły się na ww. liście o możliwości składania wniosków refundacyjnych. W związku ze złożonymi wnioskami o objęcie refundacją leków w ramach ww. listy kardiologicznych leków o ugruntowanej skuteczności od 1 stycznia 2025 r. refundacją zostało objętych 6 nowych cząsteczek – wskazań dedykowanych kardiologicznym jednostkom chorobowym, co wiązało się z wydaniem dodatkowych 67 decyzji refundacyjnych:

Substancja czynna	Nazwy handlowe	Wskazanie
<i>dabigatran</i>	Daxanlo Telexer Dabigatran Eteksylan Stada	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy

		udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa $\geq II$ wg NYHA)
<i>eplerenon</i>	Espiro Nonpres	Niewydolność mięśnia sercowego
<i>metylidopa</i>	Dopegyt	Nadciśnienie tętnicze w ciąży
<i>rywaroxaban</i>	Xanirva Xiltess Kardatuxan Mibrex Rixacam Vixargio Thinban Bevimlar Runaplast Zarixa	Profilaktyka udaru i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca
<i>torasemid</i>	Ebozan Toramide Diuver Toradiur Diured	Niewydolność mięśnia sercowego
<i>trimetazydyna</i>	Predictal MR Protevasc SR Metazydyna	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane

Produkty lecznicze z *rywaroksabanem* i *dabigatranem* są dostępne w wyżej wymienionych wskazaniach klinicznych wyłącznie za odpłatnością 30% - nowe wskazanie nie zostało uwzględnione na wykazie bezpłatnych leków dla pacjentów po ukończeniu 65. roku życia. Nadal przedkładane oraz procedowane są kolejne wnioski o objęcie refundacją i ustalenie ceny zbytu netto kolejnych leków, które znalazły się liście kardiologicznych leków o ugruntowanej skuteczności. Należy jednocześnie zaznaczyć, że lista leków o ugruntowanej skuteczności dotycząca leków we wskazaniach kardiologicznych nie będzie jedyną listą leków o ugruntowanej skuteczności - planowane jest opublikowanie kilku list, w podziale na poszczególne dziedziny medycyny.

Aktualnie trwają prace nad przygotowaniem listy leków o ugruntowanej skuteczności we wskazaniach onkologicznych.

Dostrzegając potrzebę informowania pacjentów (prawo do informacji), jak również personelu medycznego (lekarze, farmaceuci), o zmianach i możliwościach systemu refundacyjnego Ministerstwo Zdrowia regularnie udziela stosownych wyjaśnień przez publikację komunikatów w kwestiach ważnych dla danej grupy zainteresowanych.

Jako przykłady można wskazać m.in.:

- Komunikat Ministra Zdrowia w sprawie odpowiedników doustnych leków przeciwzakrzepowych nowej generacji
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-w-sprawie-odpowiednikow-doustnych-lekow-przeciwzakrzepowych-nowej-generacji>
- Komunikat Ministra Zdrowia w sprawie kontynuacji refundacji produktów od 1 stycznia 2025 r. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-w-sprawie-kontynuacji-refundacji-produktow-od-1-stycznia-2025-r>
- Komunikat Ministra Zdrowia w sprawie refundacji leków z rywaroksabanem i dabigatranem w leczeniu pacjentów z migotaniem przedsionków
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-w-sprawie-refundacji-lekow-z-rywaroksabanem-i-dabigatranem-w-leczeniu-pacjentow-z-migotaniem-przedsionkow>

- Komunikat ws. zmian preskrypcji produktów umieszczonych na bezpłatnych wykazach dedykowanych pacjentom do ukończenia 18. roku życia oraz po ukończeniu 65. r.ż. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ws-zmian-preskrypcji-produktow-umieszczonych-na-bezpłatnych-wykazach-dedykowanych-pacjentom-do-ukonczenia-18-roku-zycia-oraz-po-ukonczeniu-65-rz>

Ponadto, w 2024 r. kompleksowo zmodernizowana została strona Komisji Ekonomicznej. Komisja Ekonomiczna jest ciałem doradczym działającym przy Ministrze Zdrowia, a jej zadaniem jest wspieranie Ministra Zdrowia w kształtowaniu krajowego systemu refundacyjnego. Na stronie publikowane są m.in. harmonogramy negocjacji cenowych, protokoły posiedzeń Komisji, jak również protokoły uchwał negatywnych, co znacząco zwiększa transparentność procesów refundacyjnych.

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komisja-ekonomiczna>

Natomiast w odniesieniu do wyrobów medycznych wydano rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie z dnia 4 lipca 2024 r. (Dz.U. z 2024 r. poz. 1055), którym wprowadzono zmiany będące odpowiedzią na postulaty pacjentów, lekarzy i organizacji pacjentów.

Celem tych propozycji była korekta i uszczegółowienie obowiązujących przepisów, co pozwoliło na wyeliminowanie problemów interpretacyjnych.

Najważniejsze zmiany zawarte w tym rozporządzeniu objęły:

- 1) korektę katalogu osób uprawnionych do wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne polegającą na przywróceniu możliwości wystawiania zleceń osobom uprawnionym posiadającym te uprawnienia przed 1 stycznia 2024 r.;
- 2) ujednolicenie na format procentowy w kolumnie 5 w załączniku do rozporządzenia wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w limicie finansowania ze środków publicznych (kody Z.03.01, Z.03.02 i Z.03.03);
- 3) korektę wzajemnych wyłączeń jednoczesnego zaopatrzenia w ramach kryteriów przyznawania dla wyrobów medycznych wspomagających układ oddechowy (kody U.03.01, U.03.02, U.04.01 i U.04.02), wózków inwalidzkich (kod S.15.01) oraz sensorów do systemu monitorowania stężenia glukozy flash (kod R.05.01);
- 4) korektę mającą na celu przywrócenie limitu cen napraw dla wózków inwalidzkich dziecięcych (kod S.14.01);
- 5) korektę polegającą na przywróceniu możliwości jednoczesnego zaopatrzenia w okulary lornetkowe do blizy i do dali poprzez wydzielenie dwóch odrębnych kodów dla okularów lornetkowych do blizy i okularów lornetkowych do dali (kody O.09.01 i O.09.02);
- 6) doszczegółowienie kryteriów przyznawania dla gorsetów (biustonoszy) kompresyjnych (kod N.16.01) i biustonoszy pooperacyjnych lub do protez piersi (kod Z.01.02) przez wyłączenie możliwości zaopatrzenia w stroje kąpielowe;
- 7) przywrócenie możliwości skrócenia okresu użytkowania dla obuwia ortopedycznego (kody M.01.01, M.02.01, M.03.01, M.04.01 i M.05.01);
- 8) korektę kryteriów przyznawania umożliwiającą zaopatrzenie w soczewki okularowe korekcyjne do blizy i do dali z mocą pryzmatyczną w przypadku wad wzroku wymagających korekcji sfera od $\pm 6,25$ dptr i cylinder od 0,00 dptr (kody O.01.01 i O.01.02);
- 9) doprecyzowanie przysługującej maksymalnej liczby sztuk zaopatrzenia dla transponderów/nadajników do systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) wymagających wymiany rzadziej niż raz na 3 miesiące w sposób odpowiadający wymaganej częstotliwości wymiany w skali ustalonej w załączniku do zmienianego rozporządzenia okresu użytkowania, który obecnie wynosi raz na rok (kod R.04.02);
- 10) korektę kryteriów przyznawania doprecyzowującą maksymalną liczbę sensorów do systemu monitorowania stężenia glukozy flash (FGM) podlegających refundacji w przedziale kolejnych 6 miesięcy kalendarzowych (kod R.05.01); 11) przywrócenie doprecyzowania stronności ortez stawu biodrowego (kody H.05.01 i H.05.02) oraz

brzmienia określonych przez kody G.05.01 i G.05.02 części kończyny dolnej obejmowanych przez ortezy.

Ponadto w analizowanym okresie prowadzone były działania w zakresie szeroko rozumianej dostępności produktów leczniczych, które znacząco przyczyniły się do usprawnienia funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Przez stałe monitorowanie sytuacji dostępności rynkowej poszczególnych produktów leczniczych, wydawanie tzw. list antywywózowych (obwieszczenia Ministra Zdrowia wydawane co najmniej raz na 2 miesiące, określające wykaz leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, najbardziej zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, by w celu prewencyjnym ochronić umieszczone w wykazie produkty przed sprzedażą poza granice Polski, co mogłoby prowadzić do powstawania niedoborów niektórych produktów na polskim rynku farmaceutycznym), liczne kontakty z podmiotami odpowiedzialnymi, hurtowniami farmaceutycznymi, ale również realizując ustalenia zapadłe podczas posiedzeń Zespołu do spraw przeciwdziałania brakom w dostępności produktów leczniczych, analizy sytuacji rynkowej zarówno leków, dla których Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych otrzymał informacje od podmiotów odpowiedzialnych o czasowym lub stałym wstrzymaniu dostaw na rynek, leków zamieszczonych na tzw. liście antywówozowej, leków objętych finansowaniem ze środków publicznych oraz innych produktów, dla których otrzymywano sygnały o problemach w dostępności, udało się zapobiec systemowym brakom leków, a ewentualne utrudnienia występowały na poziomie lokalnym i tylko dla poszczególnych, konkretnych leków określonych podmiotów odpowiedzialnych.

W 2024 r. opublikowano 6 obwieszczeń Ministra Zdrowia w sprawie wykazu produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a liczba pozycji w nich zawartych oscylowała w granicach 220 – 260, co stanowiło około 1% z sumarycznej liczby wszystkich pozwoleń na dopuszczenie do obrotu.

Dodatkowo, zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 lipca 2019 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2019 r. poz. 57) utworzony został Zespół do spraw przeciwdziałania brakom w dostępności produktów leczniczych, którego pracami kieruje Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia odpowiedzialny za politykę lekową. Spotkania Zespołu odbywają się cyklicznie, nie rzadziej niż raz na trzy miesiące. Od chwili utworzenia zespołu odbyło się już ponad dwadzieścia spotkań, w tym w 2024 r. – 4 posiedzenia. Zespół analizuje sytuację rynkową leków, w odpowiedzi na zgłoszenia dotyczące problemów z nabyciem leku i rekomenduje odpowiednie działania. Zespół dokonuje analiz dotyczących dostępności:

- leków, dla których Prezes URPL otrzymał informacje od podmiotów odpowiedzialnych o czasowym lub stałym wstrzymaniu obrotu,
- leków zamieszczonych na liście antywówozowej,
- leków objętych finansowaniem ze środków publicznych,
- leków, dla których otrzymano sygnały o problemach z dostępnością.

Analizie podlegają również produkty lecznicze wskazane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego, dla których wystąpiły odmowy realizacji recept. Jednym z zadań Zespołu jest przygotowywanie rekomendacji dla Ministra Zdrowia oraz organów podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia w zakresie działań, które powinny zostać podjęte w celu przeciwdziałania brakom dostępności produktów leczniczych. Dodatkowo, ze względu na konieczność wzmocnienia bezpieczeństwa lekowego Polski, a także w odpowiedzi na oczekiwania polskiego rynku farmaceutycznego, Minister Zdrowia w dniu 20 grudnia 2024 r. przedstawił pierwszą w Polsce Krajową Listę Leków Krytycznych, obejmującą 301 substancji czynnych, stosowanych w leczeniu schorzeń gastroenterologicznych, hematologicznych, kardiologicznych, dermatologicznych, urologicznych oraz ginekologicznych, endokrynologicznych, zakaźnych oraz pasożytniczych, onkologicznych, reumatologicznych, neurologicznych, pulmonologicznych oraz laryngologicznych. Lista ta stanowi ważne narzędzie wspierające zapewnienie suwerenności lekowej Polski. Krajowa Lista Leków Krytycznych wskazuje substancje

czynne, które zostały uznane za krytyczne, gdyż leki zawierające te substancje są stosowane w leczeniu poważnych chorób i w przypadku ich niedoboru na rynku, nie można ich łatwo zastąpić innymi produktami leczniczymi (brak odpowiedników i/lub możliwości zastosowania alternatywnych technologii medycznych), a zapobieganie niedoborom tych właśnie leków jest szczególnie ważne, gdyż mogą one spowodować poważne zagrożenia dla życia i zdrowia polskich pacjentów.

Jednocześnie Minister Zdrowia wskazuje, że planowane są aktualizacje przedmiotowej listy, które będą odpowiedzią na zmieniającą się sytuację rynku farmaceutycznego. W tym miejscu należy wskazać, że w ocenie Ministra Zdrowia istotnym jest również wypracowanie zachęt oraz zapewnienie wsparcia dla krajowego przemysłu, które realnie przełożyłyby się na podjęcie decyzji o rozpoczęciu produkcji lub utrzymaniu produkcji leków krytycznych w naszym kraju. W tym celu Minister Zdrowia prowadzi rozmowy z innymi resortami, jednostkami podległymi oraz instytucjami by wypracować rozwiązania, które przyczynią się do wzmocnienia możliwości produkcyjnych w Polsce i będą stanowić odpowiedzi na oczekiwania rynku farmaceutycznego.

Minister Zdrowia uczestniczył również w spotkaniach związanych z działalnością Polski na arenie międzynarodowej (współpracując z EMA, HERA, OECD). W porównaniu do poprzednich lat w 2024 r. ilość zadań w powyższym zakresie znacznie się zwiększyła. W porozumieniu z Głównym Inspektorem Farmaceutycznym, Minister Zdrowia wziął udział w opracowaniu listy leków krytycznych przyjętej przez grupę zadaniową EMA/HMA ds. dostępności leków dopuszczonych do obrotu. Lista ta, opublikowana po raz pierwszy w grudniu 2023 r., nie tylko wskazała produkty lecznicze krytyczne dla systemu ochrony zdrowia zagrożone brakiem dostępności na rynku, ale również stanowiła przyczynek do dyskusji nad możliwościami w zakresie poprawy bezpieczeństwa lekowego całej Unii Europejskiej. Lista ta jest systematycznie aktualizowana, druga wersja unijnej listy leków krytycznych została opublikowana w grudniu 2024 r.

Przedstawiciele Ministra Zdrowia uczestniczyli również w pracach grup roboczych oraz spotkaniach forum powołanego w styczniu 2024 r. Sojuszu na rzecz Leków Krytycznych. Prace te dotyczyły zarówno możliwości zwiększenia bezpieczeństwa lekowego państw członkowskich Unii Europejskiej poprzez wzmocnienie zdolności produkcyjnych leków krytycznych w państwach członkowskich Unii Europejskiej jak też problematyki partnerstwa międzynarodowego i mechanizmów solidarnościowych, aby wzmocnić globalne łańcuchy dostaw.

W przypadku konieczności zastosowania w terapii pacjenta produktu leczniczego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego nieposiadającego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu w Polsce lub niedostępnego w obrocie możliwe jest sprowadzenie z zagranicy na podstawie zapotrzebowania na import docelowy takiego produktu z zagranicy (produkty lecznicze - art. 4 ustawy Prawo farmaceutyczne oraz środki spożywcze art. 29a ust. 5 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia). W roku 2024 Minister Zdrowia rozpatrzył 13 207 zapotrzebowań na import docelowy produktów leczniczych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, co umożliwiło sprowadzanie z zagranicy tych produktów w celu zapewniania terapii pacjentów.

W sytuacji utrudnionego dostępu do produktów leczniczych w skali całego kraju Minister Zdrowia posiada uprawnienia do zastosowania procedury tzw. importu interwencyjnego, czyli dopuszczenia do obrotu produktu leczniczego na czas określony zgodnie z zapisami art. 4 ust. 8 ustawy Prawo farmaceutyczne, W 2024 r. Minister Zdrowia rozpatrzył 1 797 takich zgłoszeń.

W przypadku uzyskania zgody Ministra Zdrowia na sprowadzenie z zagranicy produktu leczniczego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, pacjent, który będzie stosował ten produkt poza podmiotem leczniczym (w warunkach domowych) może ubiegać się o jego refundację, zgodnie z art. 39 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826). W 2024 r. Minister Zdrowia rozpatrzył 4 465 wniosków o wydanie indywidualnej zgody na refundację, w tym zostało wydane

4 125 zgód na refundację, co umożliwiło pacjentom nabycie tych produktów w aptekach ogólnodostępnych za opłatą ryczałtową, czyli 3,20 zł za opakowanie jednostkowe. Ponadto zaproponowano zmiany legislacyjne do ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, usuwające bariery prawne w wydawaniu zgód na refundację dla sierocych produktów leczniczych, które stosowane są w chorobach rzadkich, a w obowiązującym porządku prawnym nie mogły być refundowane. Powyższe przełoży się bezpośrednio na zwiększenie dostępności pacjentów do terapii poprzez likwidację barier administracyjnych. Odnosząc się wydatkowania środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego Funduszu Medycznego dedykowanych finansowaniu leczenia w ramach procedury RDTL, należy wskazać, że powyższa procedura umożliwia wydanie zgody na pokrycie kosztów leku, który posiada pozwolenie na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pozostaje w obrocie lub jest dostępny na polskim rynku i który nie znajduje się na wykazie produktów leczniczych niefinansowanych w ramach procedury RDTL, publikowanym cyklicznie przez Ministra Zdrowia. Warunkiem uzyskania zgody na pokrycie kosztów leku w ramach procedury RDTL jest przedłożenie przez świadczeniodawcę do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia pozytywnej opinii konsultanta wojewódzkiego lub krajowego z dziedziny medycyny właściwej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny stwierdzony u danego świadczeniodawcy (dla wniosku pierwszorazowego) lub zgłoszenia o kontynuacji terapii wraz z potwierdzeniem dotychczasowej skuteczności leczenia pacjenta w ramach procedury RDTL (dla wniosków kontynuacyjnych). Finansowanie leczenia w ramach procedury RDTL odbywa się na zasadzie dotacji celowych przekazywanych przez Ministra Zdrowia na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia comiesięcznych sprawozdań finansowych dotyczących świadczeń udzielonych pacjentom w ramach procedury RDTL. Po udzieleniu przez Ministra Zdrowia przedmiotowej dotacji, Narodowy Fundusz Zdrowia rozdysponowuje kwotę udzielonej dotacji na poszczególnych świadczeniodawców wskazanych w rzeczonych sprawozdaniach. Aktualnie wszystkie wpływające wnioski o wydanie zgody na pokrycie kosztów leku w ramach procedury RDTL ewidencjonowane są w Centralnej Bazie Wniosków i Decyzji zarządzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Po uzyskaniu od właściwego świadczeniodawcy kompletu dokumentów niezbędnych do uruchomienia płatności za dane leczenie, Narodowy Fundusz Zdrowia podejmuje decyzję w sprawie ewentualnego uruchomienia płatności za leczenie prowadzone w ramach procedury RDTL. Jednocześnie należy wskazać, że sprawozdania Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące finansowania leczenia w ramach procedury RDTL w danym miesiącu kalendarzowym są każdorazowo weryfikowane pod kątem merytorycznym przez Ministerstwo Zdrowia. W latach 2020 – 2024 ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego Funduszu Medycznego na finansowanie leczenia w ramach procedury RDTL przekazano łącznie 835 050 339,82 zł, w tym:

- a) w 2021 r. - 99 528 745,33 zł z dostępnej puli 154 418 000 zł, co stanowiło ok. 64,5% całości środków dedykowanych finansowaniu leczenia w ramach procedury RDTL w 2021 r.
- b) w 2022 r. - 164 187 057,91 zł z dostępnej puli 180 000 000 zł, co stanowiło ok. 91,2% całości środków dedykowanych finansowaniu leczenia w ramach procedury RDTL w 2022 r. (wzrost o ~65% w ujęciu r/r)
- c) w 2023 r. - 278 226 211,36 zł z dostępnej puli 331 115 000 zł, co stanowiło ok. 84% całości środków dedykowanych finansowaniu leczenia w ramach procedury RDTL w 2023 r. (wzrost o ~69,5% r/r)
- d) w 2024 r. - 293 108 325,22 zł z dostępnej puli 326 679 450,00 zł, co stanowiło ok. 89,7% całości środków dedykowanych finansowaniu leczenia w ramach procedury RDTL w 2024 r. (wzrost o 5,3% r/r).

PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE

W 2024 r. kontynuowano prace nad zmianą ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Wśród najważniejszych zmian zawartych w projekcie nowelizacji i wpływających na zwiększenie dostępności pacjentów do świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego wymienić należy:

1. Wprowadzenie odrębnego rodzaju zespołów ratownictwa medycznego, czyli motocyklowych jednostek ratowniczych. Motocykl ratunkowy będzie docierać w miejsca, do których nie może dojechać ambulans, a także np. w czasie zgromadzeń czy korków na drodze. Przyspieszy to moment uzyskania pomocy medycznej przez osoby w stanie nagłym.
2. Wprowadzenie rozróżnienia podstawowych zespołów ratownictwa medycznego na dwu- i trzyosobowe. Dotychczas ustalony był minimalny skład zespołów na poziomie dwóch osób. Pozwoli to na poprawę komfortu pracy i bezpieczeństwa członków zespołów, co przełoży się na jakość udzielanej pomocy.
3. Wprowadzenie przepisu, zgodnie z którym jeden Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) zabezpieczy teren nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, na którym czas dotarcia zespołów z miejsca zdarzenia do SOR, nie będzie dłuższy niż 45 minut. Przyczyni się to do planowania bardziej równomiernego rozłożenia SOR w terenie.
4. Wyznaczenie maksymalnego czasu na przekazanie pacjenta w SOR/ IP do 15 minut. W ten sposób ZRM będą spędzały mniej czasu na przekazaniu pacjenta w szpitalu i szybciej będą mogły być dysponowane do kolejnych zdarzeń.
5. Bezterminowe utrzymanie możliwości bezpośredniego kierowania do dyspozytorni medycznych połączeń alarmowych napływających na nr 999, co skróci czas obsługi zgłoszeń dotyczących stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego osób potrzebujących pomocy medycznej. W ten sposób do pacjentów dzwoniących na nr 999 ZRM zostanie wysłany szybciej w porównaniu do osób dzwoniących na nr 112, gdzie w przekazaniu zgłoszenia pośredniczy operator numerów alarmowych.
6. Umożliwienie wojewodom utworzenia 4 nowych dyspozytorni medycznych w województwach małopolskim, wielkopolskim, mazowieckim oraz śląskim. Pozwoli to na zapewnienie płynnej obsługi zgłoszeń wpływających na numer alarmowy 999.

Ustawa w dniu 19 lutego br. została skierowana do Sejmu.

Ponadto w 2024 r. zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. poz. 1877). Przedmiotowe rozporządzenie umożliwiło dalsze funkcjonowanie tych SOR, które po dniu 31 grudnia 2024 r. mogły nie spełnić wymagań rozporządzenia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2024 r. poz. 336, z późn. zm.) w zakresie posiadania m.in. lądowiska i punktu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przy SOR. Tym samym została zapewniona ciągłość dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Na poprawę dostępności i jakości świadczeń udzielanych w ramach systemu PRM wpływ mają również inwestycje w infrastrukturę systemu PRM poczynione w ramach środków przekazanych z Funduszu Medycznego, Budżetu Państwa oraz środków europejskich. W ramach środków z Funduszu Medycznego w wyniku rozstrzygniętych konkursów:

1. Na wybór wniosków o dofinansowanie podmiotów leczniczych w ramach programu inwestycyjnego w zakresie zadań polegających na modernizacji, przebudowie lub doposażeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) lub pracowni diagnostycznych współpracujących z SOR zawarto 152 umowy o dofinansowanie z terminem realizacji od 1 stycznia 2024 r. na łączną kwotę dotacji 1 455 857 389,47 zł¹¹.

¹¹ nr FM-SMPL.01.MDSOR.2023

W ramach programu inwestycyjnego w zakresie zadań polegających na modernizacji i doposażeniu SOR:

- 2 umowy zostały rozwiązane,
 - 43 umowy zostały zakończone w 2024 r.,
 - 107 umów jest dalej realizowanych z terminem realizacji do 31 grudnia 2025 r.
2. w zakresie zakupu ambulansów dla zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) wraz z dodatkowym wyposażeniem zawarte zostały 72 umowy o dofinansowanie z terminem realizacji od 1 stycznia 2024 r. na łączną kwotę dotacji 72 429 573 zł, na zakup 121 ambulansów. W ramach 72 umów na zakup ambulansów z wyposażeniem zakupiono 120 ambulansów (1 umowa na zakup 1 ambulansu wygasła)¹².

DZIAŁANIA MINISTERSTWA ZDROWIA W ZAKRESIE PRAWA PACJENTA DO INFORMACJI

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom społecznym oraz biorąc pod uwagę prawo pacjentów do informacji, Ministerstwo Zdrowia popularyzuje wiedzę o zdrowiu i informuje o badaniach przesiewowych, nowych rozwiązaniach medycznych, jak też planowanych i realizowanych zmianach w systemie ochrony zdrowia, kierując swój przekaz do różnych grup społecznych.

Ministerstwo Zdrowia prowadzi działania informacyjne, edukacyjne i promocyjne dotyczące szeroko rozumianej profilaktyki zdrowotnej. Ministerstwo Zdrowia prowadzi szeroką kampanię „Planuję Długie Życie”.

W celu dotarcia do licznych i zróżnicowanych odbiorców, kampania społeczna „Planuję długie życie” realizowana jest w oparciu o telewizję, radio, prasę, internet.

Działania prowadzone w ramach kampanii realizowane są m.in. głównie poprzez:

- emisję spotów telewizyjnych oraz radiowych w stacjach o zasięgu ogólnopolskim,
- publikację artykułów opracowanych przez ekspertów z Narodowego Instytutu Onkologii PIB na stronie www.planujedlugiezycie.pl oraz na stronie pacjent.gov.pl przy wsparciu ich promocji w mediach społecznościowych typu Facebook i Instagram,
- prowadzenie dedykowanej kampanii strony www.planujedlugiezycie.pl, na której znajdują się artykuły, spoty, filmy z ekspertami, a także informacje na temat bezpłatnych badań, z adresami miejsc, w których można wykonać badanie,
- emitowanie filmów z udziałem ekspertów na temat m.in. profilaktyki przeciwnowotworowej oraz zdrowego odżywiania, które opublikowane zostały na stronie www.planujedlugiezycie.pl, kanale YouTube oraz w mediach społecznościowych Ministerstwa Zdrowia,
- realizację cyklu audycji promujących profilaktykę zdrowotną, w tym zachęcających do wykonywania badań, realizowanych wspólnie z największymi ogólnopolskimi stacjami telewizyjnymi oraz radiowymi.

Działania, które obejmują m.in. telewizję i radio prowadzone są w stacjach o zasięgu ogólnopolskim, przy wsparciu stacjami regionalnymi, tematycznymi z wykorzystaniem dwóch formatów komunikacyjnych: audycji edukacyjnych i spotów społecznych.

W audycjach oraz w spotach społecznych MZ zachęcało do wykonywania badań przesiewowych, podkreślamy, że regularne badania ratują zdrowie i życie. Emitowane przez MZ spoty telewizyjne oraz audycje opatrzone są napisami oraz zawierają tłumaczenie na język migowy.

W 2024 r. kampania „Planuję Długie Życie” była szeroko promowana również w Internecie (banery, spoty i reklama tekstowa) na portalach i serwisach internetowych.

Ponadto, w ramach ww. kampanii 3 marca 2024 r. do kobiet w wieku od 18 roku życia wysłano wiadomość PUSH za pośrednictwem IKP zachęcającą do badań profilaktycznych.

Analogiczna wiadomość PUSH nakłaniającą do zrobienia mammografii lub usg piersi została również wysłana pod koniec października 2024 r., a w listopadzie 2024 r. do

¹² nr FM-SMPL.02.ZRM.2023

mężczyzn – wiadomość skierowana do mężczyzn miała na celu zachęcenie ich do samobadania jąder i wizyty u urologa.

Biorąc pod uwagę prawo pacjentów do informacji, w 2024 r. Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło również kampanię dot. bezpłatnego rządowego programu in vitro. W telewizji kampania dot. rządowego programu in vitro prowadzona była od początku czerwca do początku lipca 2024 r. Postawiono na dwa formaty – emisję spotów oraz produkcję i emisję audycji w mediach ogólnopolskich. Celem kampanii było poinformowanie osób mieszkających w Polsce o przywróceniu możliwości bezpłatnego skorzystania z procedury in vitro. Przez lata procedura ta była dostępna wyłącznie dla osób, które mogły za takie zabiegi zapłacić. Stąd też Ministrowi Zdrowia zależało na poinformowaniu o wprowadzeniu tej jakże istotnej zmiany..

Działania promocyjne dotyczące profilaktyki zdrowotnej są także prowadzone na profilach MZ w mediach społecznościowych.

Ponadto, Ministerstwo Zdrowia promuje Telefoniczną Informację Pacjenta poprzez umieszczanie numeru infolinii w artykułach (w czasopismach drukowanych oraz w Internecie), planszach końcowych audycji, stronie internetowej

<https://planujedlugiezycie.pl/>

Telefoniczna Informacja Pacjenta to bezpłatna infolinia obsługiwana 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, a za jej pośrednictwem pacjenci mogą uzyskać informacje o nocnej i świątecznej opiece lekarskiej, najbliższym SOR i aptece, w której znajdą swój lek. Infolinia obsługiwana jest w językach polskim, angielskim, ukraińskim i rosyjskim.

Ministerstwo Zdrowia współorganizuje również eventy lub wspiera organizowane tzw. miasteczka zdrowia i wiele wydarzeń profilaktycznych. I tak, 17 listopada 2024 r. w Bydgoszczy odbyła się druga edycja „Biegu dla jaj. Wspieraj z nami profilaktykę i leczenie męskich nowotworów”. W miasteczku biegowym zorganizowano stoisko Ministerstwa, gdzie można było wykonać bezpłatnie badania profilaktyczne oraz zadać pytania ekspertom i lekarzom. Był także prowadzony instruktaż nt. samobadania jąder.

Celem imprezy jest budowanie szerszej świadomości istoty badań profilaktycznych wśród mężczyzn, a także podnoszenie ich wiedzy na temat ryzyka wystąpienia raka jąder i prostaty. Akcja Movember stanowi doskonałą okazję do zwrócenia uwagi na te istotne kwestie. Bezpłatne badania, konsultacje były dostępne dla wszystkich odwiedzających.

Na miejscu czekali również specjaliści z jednostek podległych:

- Dietetycy PZH – Medyczne Centrum Dietetyki i Edukacji Zdrowotnej, z analizą składu ciała i udzielił porad dotyczących zdrowego stylu życia.
- Fizjoterapeuci z Krajowej Izby Fizjoterapeutów – doradzali, jak dbać o zdrową postawę, prawidłowo ćwiczyć z taśmami oporowymi, udzielił porad dot. profilaktyki bólów kręgosłupa;
- Eksperci z Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej – m.in. uczyli, jak przeprowadzać samobadanie jąder i piersi na fantomach; pokazywali jak działają narkogogle, alkogogle i smokerlyzer, fantom płuc oraz kolportowali materiały dot. szczepień: HPV, grypy, boreliozy, profilaktyki raka jąder;
- Lekarz dermatolog – oceniał znamiona skóry pomocne w wczesnym wykrywaniu zmian nowotworowych.
- Konsultacje pulmonologiczne – spirometria.
- Pomiar ciśnienia tętniczego, poziomu cholesterolu, glukozy oraz natlenienia krwi – profilaktyka chorób układu krążenia.

Ponadto, MZ włączyło się do akcji Telewizji Polskiej „Polska na Tak” – w 8 miastach Polski wspólnie z NFZ i Narodowym Instytutem Onkologii przygotowano miasteczka zdrowia. Podczas eventów mieszkańcy miast mogli wykonać badania profilaktyczne. Cykl ten oprócz organizacji badań na miejscu zakładał kilkukrotne wejścia na ogólnopolską antenę TVP Info, gdzie nasi eksperci namawiali do badań i tłumaczyli ich znaczenie.

W 2024 r. na na Pol'and'Rock Festival MZ stworzył wraz z Jednostkami Podległymi stoisko informacyjno-edukacyjne w Miasteczku Zdrowia Pomorza Zachodniego, gdzie przeprowadzano badania i konsultacje w ramach profilaktyki NSO i NPCHUK. Stoisko MZ przez 3 dni festiwalu odwiedziło i poddało się badaniom ok. 1000 osób.

W 2024 r. MZ uczestniczyło również w I Forum Aktywności Senioralnych na Stadionie Narodowym w Warszawie. Było to wydarzenie informacyjno-promocyjne skierowane do społeczności seniorów skupionej wokół programu Senior Plus (dzienne domy pobytu i kluby seniora z całej Polski). Wraz z Jednostkami Podległymi - NIO, NFZ, GIS, PZH, NIK oraz Instytutem Geriatrii, RPP i POZ Warszawa Praga-Północ zorganizowano stoiska z zakresu ochrony zdrowia, na których przeprowadzono badania profilaktyczne oraz edukację zdrowotną dla seniorów.

Działaniami mającymi na celu wzmocnienie ochrony praw pacjenta w zakresie prawa do dokumentacji medycznej była zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, z późn. zm.) polegająca na dostosowaniu dokumentacji medycznej do sytuacji związanych z możliwością skierowania pacjenta niebędącego w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego ze szpitalnego oddziału ratunkowego do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej bez konieczności oczekiwania do lekarza dyżurnego SOR. Dodatkowo uregulowane zostało prowadzenie dokumentacji medycznej przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, w przypadku awarii systemu, o którym mowa w art. 3 pkt 15 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2023 r. poz. 1541, z późn. zm.).

DZIAŁANIA MINISTERSTWA ZDROWIA W ZAKRESIE PRAWA PACJENTA DO TAJEMNICY INFORMACJI

Do najważniejszych działań w zakresie wzmocnienia prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych, należy zaliczyć:

1. wdrażanie we współpracy z Naukową i Akademicką Siecią Komputerową Państwowym Instytutem Badawczym (NASK) systemu platformy analitycznej S46 (infrastruktura i oprogramowanie wzmocniające technicznie i kompetencyjnie potencjał podmiotów objętych ustawą o Krajowym Systemie Cyberbezpieczeństwa w obszarze zapobiegania i reagowania na incydenty);
2. rozwój sektorowego Zespołu Reagowania na Incydenty Komputerowe- CSIRT CeZ,
3. przekazywanie operatorom usług kluczowych, w rozumieniu ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa, rekomendacji wdrażania zabezpieczeń w celu podniesienia poziomu cyberbezpieczeństwa.

STATYSTYKI W ZAKRESIE LICZBY SKARG I WNIOSKÓW KIEROWANYCH PRZEZ PACJENTÓW DO MINISTERSTWA ZDROWIA W 2024 ROKU

W zakresie rozpatrywanych skarg i wniosków wskazać należy, iż w 2024 r. do Ministerstwa Zdrowia wpłynęło 282 skarg i wniosków, spośród których 71 rozpatrzono we własnym zakresie. Główną problematyką zgłoszonych skarg analogicznie jak w roku ubiegłym stanowiły skargi na organy i jednostki podległe lub nadzorowane.

Tab. 1. Zestawienie wszystkich zgłoszonych spraw

Lp.	Wyszczególnienie	Załatwione w okresie sprawozdawczym			Sposób załatwienia spraw we własnym zakresie		
		Ogółem	w tym		zasadna	bezzasadna	Inna
			przekazano wg właściwości	załatwiono we własnym zakresie			
1.	Skargi	276	211	65	4	57	4
2.	Wnioski	6	0	6	1	5	0
Razem		282	211	71	5	62	4

Tab. 2. Problematyka wniosków rozpatrzonych przez Ministerstwo Zdrowia

Lp.	Problematyka wniosków rozpatrzonych przez Ministerstwo Zdrowia	Razem
1	Postępowanie na podstawie ustawy o refundacji	2
2	Zmiana regulacji prawnych	1
3	Ochrona interesów ekonomicznych płatnika publicznego oraz interesu publicznego	1
4	Zmiany regulacji prawnych w zakresie uprawnień Zasłużonych Honorowych Dawców Krwi	1
5	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia realizacji prawa do nieprzerwanego kontaktu skóra do skóry na Oddziałach Położniczych	1
Razem		6

Tab. 3. Problematyka skarg rozpatrzonych przez Ministerstwo Zdrowia

Lp.	Problematyka skarg rozpatrzonych przez Ministerstwo Zdrowia	Razem
1	Nieprawidłowości dot. przeprowadzenia egzaminu nostryfikacyjnego dla lekarzy w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi	21
2	Skargi na pracowników Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji	13
3	Skargi na pracowników Biura Administracyjnego	5
4	Skargi dot. działalności Ministerstwa Zdrowia (brak odpowiedzi na korespondencję, zastrzeżenia do prowadzenia sprawy)	5
5	Zastrzeżenia do prowadzenia sprawy i udzielonej odpowiedzi	4
6	Zastrzeżenia do funkcjonowania Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie	3
7	Zastrzeżenia do funkcjonowania Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego	2
8	Skarga na działania Głównego Inspektora Sanitarnego i na sposób rozpatrywania spraw	2
9	Skarga na Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia odnośnie sposobu obsługi wniosków o zwrot kosztów świadczeń medycznych poniesionych w ramach działalności transgranicznej	2
10	Zastrzeżenia do funkcjonowania Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki w Warszawie	1
11	Skarga na sposób leczenia i potraktowania pacjentki przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	1
12	Zastrzeżenia do prowadzenia sprawy i udzielonej odpowiedzi przez Departament Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia w kwestii leczenia sanatoryjnego	1
13	Skarga na Śląski Uniwersytet Medyczny w kwestii nierzetelnego prowadzenia sprawy oraz podania błędnych i niepełnych informacji na temat nostryfikacji dyplomu	1

14	Skarga na działania Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz zasadności przeprowadzania kontroli w firmie Skarżącego	1
15	Skarga na Instytut Psychiatrii i Neurologii	1
16	Polityka zdrowotna	1
17	Skarga na Biuro do spraw Substancji Chemicznych i Inspekcję Sanitarną	1
Razem		65

Ponadto w 2024 r. do MZ wpływały zgłoszenia od obywateli wyrażające zastrzeżenia do funkcjonowania jednostek systemu PRM:

- w sprawie wydłużonego czasu oczekiwania w SOR Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie – korespondencja przekazana za pośrednictwem KPRM;
- w sprawie nieprawidłowości podczas przyjęcia do SOR Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu;
- w sprawie wadliwych procedur udzielania świadczeń zdrowotnych w SOR Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach;
- w sprawie złego funkcjonowania SOR – korespondencja przekazana za pośrednictwem KPRM.

Na ww. korespondencję udzielone zostały odpowiedzi wyjaśniające zasady funkcjonowania SOR. Wnoszący zostali poinformowani, że w razie podtrzymywania zastrzeżeń co do prawidłowości udzielania świadczeń zdrowotnych w danym SOR, mogą oni wnieść skargę do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, dyrekcji danego szpitala, do wojewody, który sprawuje nadzór nad działaniem systemu PRM na terenie danego województwa, do Ministra Zdrowia lub, gdy zachodzi podejrzenie, że doszło do naruszenia prawa pacjenta, również do Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Cały czas monitorowane jest działanie systemu PRM poprzez analizę codziennych raportów napływających z Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego działającego w strukturze LPR. W razie zidentyfikowania jakichkolwiek nieprawidłowości (np. wydłużone czasy oczekiwania ZRM na przekazanie pacjenta w SOR), Departament Bezpieczeństwa w MZ występuje do wojewodów (do wiadomości OW NFZ) z prośbą o podjęcie działań mających na celu poprawę sytuacji.

Pozostałe działania zmierzające do poprawy dostępu, jakości i bezpieczeństwa świadczeń gwarantowanych polegały bądź na przekazywaniu spraw dot. zapytań, próśb o pomoc, zastrzeżeń w związku z długim czasem oczekiwania czy też odmową przyjęcia na leczenie itp., zgłaszanych przez pacjentów indywidualnie (a niezakwalifikowanych jako skargi lub wnioski w rozumieniu KPA) do oddziałów wojewódzkich NFZ zgodnie z właściwością terytorialną (albo do Centrali NFZ w przypadku braku miejsca zamieszkania pacjenta lub siedziby świadczeniodawcy), a następnie monitorowaniu sposobu rozpatrzenia sprawy, bądź na udzielaniu bezpośrednich odpowiedzi pacjentom (szczególnie zgłaszającym zastrzeżenia co do sposobu leczenia) na temat przysługujących im praw i procedur wnoszenia skarg i zażaleń na postępowania lekarzy do RPP, Rzeczników Dyscyplinarnych przy OIL, oraz OW NFZ.

Dodatkowo przekazujemy informacje o czynnościach podjętych w 2024 r. w poniższych sprawach:

W sprawie znak: NKN.054.11.2024, w wyniku wystąpienia Rzecznika Praw Dziecka dotyczącego realizacji środka leczniczego orzeczonego wobec nieletniej, podjęte zostały czynności wyjaśniające co do prawidłowości działań Instytutu Psychiatrii i Neurologii, a nieletnia pacjentka przyjęta została (zgodnie z postanowieniem właściwego sądu) na Oddział Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży w ww. Instytucie. Z posiadanych informacji wynika, że Rzecznik Praw Pacjenta wszczął postępowanie wyjaśniające wobec Instytut

Psychiatrii i Neurologii w przedmiotowej sprawie (znak: RzPP-DZP-RzSP-DM.470.48.2024).

W sprawie znak: NKN.054.22.2024, podjęte zostały czynności wyjaśniające na skutek wystąpienia Polskiego Stowarzyszenia Chorych na Hemofilię z siedzibą w Warszawie działającego na rzecz pacjentów chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne, dotyczącego w sytuacji Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii. Ww. Instytut udzielił odpowiedzi na przedmiotowe wystąpienie, a Ministerstwo Zdrowia przekazało ww. Stowarzyszeniu informacje uzupełniające.

Analiza funkcjonowania dyspozytorni medycznych (od 2022 r. w strukturach urzędów wojewódzkich) stanowi podstawę do typowania dyspozytorni do kolejnych kontroli MZ. W roku 2023 i 2024 przeprowadzone zostały kontrole w DM01-01 Wrocław oraz DM16-01 Szczecin. Kontrole dotyczyły oceny prawidłowości funkcjonowania dyspozytorni medycznych w zakresie organizacji stanowisk pracy, sposobu funkcjonowania, obsady stanowiska kierownika dyspozytorni i psychologa, obsady dyspozytorskiej oraz jej zgodności z Wojewódzkim Planem Działania Systemu, elementów technicznych dyspozytorni medycznej, wyposażenia stanowisk pracy Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM)/Podsystem Zintegrowanej Łączności SWD PRM w dyspozytorniach medycznych oraz stosowania ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytorów medycznych, algorytmu zbierania wywiadu przez dyspozytorów medycznych oraz wytycznych przekazywanych przez MZ i instrukcji do poszczególnych modułów SWD PRM przekazywanych przez Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Jerzy Szafranowicz
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/