

Warszawa, dnia 31 grudnia 2024 r.

Poz. 146

**OBWIESZCZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 31 grudnia 2024 r.

w sprawie aktualizacji krajowego planu transformacji

Na podstawie art. 95b ust. 10 i 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, 858, 1222, 1593, 1615 i 1915) ustala się na okres od dnia 1 stycznia 2025 r. do dnia 31 grudnia 2026 r. aktualizację krajowego planu transformacji, stanowiącą załącznik do niniejszego obwieszczenia.

MINISTER ZDROWIA
wz. Ministra Zdrowia
Sekretarz Stanu
Wojciech Konieczny

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

Załącznik do obwieszczenia

Ministra Zdrowia

z dnia 31 grudnia 2024 r. (poz. 146)



Minister Zdrowia

KRAJOWY PLAN TRANSFORMACJI

na lata 2022–2026

AKTUALIZACJA

Warszawa

2024

Dofinansowane przez
Unię Europejską

Spis treści

Wykaz skrótów	4
1. Wprowadzenie	7
1.1. Idea planu transformacji	7
1.2. Cel opracowania planu transformacji	8
1.3. Podstawa prawna	8
1.4. Zakres aktualizacji	9
1.5. Inne dokumenty strategiczne	9
2. Główne obszary działań	11
2.1. Demografia	11
2.2. Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	13
2.3. Czynniki ryzyka i profilaktyka	15
2.4. Podstawowa opieka zdrowotna	28
2.5. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	39
2.6. Leczenie szpitalne	46
2.7. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	56
2.8. Rehabilitacja medyczna	63
2.9. Opieka długoterminowa	66
2.10. Opieka paliatywna i hospicyjna	76
2.11. Kadry	80
2.12. Państwowe Ratownictwo Medyczne	89
2.13. Działania horyzontalne	94
2.13.1. Pakiet na rzecz bezpieczeństwa kobiet	95
2.13.2. Opieka koordynowana	97
2.13.3. E-usługi i telemedycyna	100
2.13.4. Piramida świadczeń	107
2.13.5. Ewidencja Potencjału Świadczeniodawcy	108

2.13.6. Podstawowe Regiony Zabezpieczenia.....	110
2.13.7. Inne.....	111
3. Monitorowanie wdrażania i aktualizacja	122

Dokument został przygotowany w ramach projektu „Podstawowe Regiony Zabezpieczenia”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Operacyjnego Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego.

Wykaz skrótów

ABM – Agencja Badań Medycznych

AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

B+R – Badania i Rozwój

CDK – Centrum Doskonalenia Kadr

CeR – Centralna e-Rejestracja

CeZ – Centrum e-Zdrowia

CMJ – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

CMKP - Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

CNPL – Centrum Nocnej Pomocy Lekarskiej

CZP – Centrum Zdrowia Psychicznego

DALY – ang. *disability adjusted life-years*, lata życia skorygowane niesprawnością

DCWP – Dzielne Centrum Wsparcia Pamięci

DDOM – Dzienny Dom Opieki Medycznej

DOM – domowa opieka medyczna

e-DILO – elektroniczna Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego

EDM – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

EOG – Europejski Obszar Gospodarczy

EPŚ – Ewidencja Potencjału Świadczeniodawcy

FiT – ang. *fecal immunochemical test* – badanie immunochemiczne kału

GIS – Główny Inspektor Sanitarny

GUS – Główny Urząd Statystyczny

HEMS – Śmigłowcowa Służba Ratownictwa Medycznego (ang. *Helicopter Emergency Medical Service*)

HPV – wirus brodawczaka ludzkiego (Human Papilloma Virus)

IKP – Internetowe Konto Pacjenta

JGP – Jednorodne Grupy Pacjentów

KPO – Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności

KPRM – Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

KPT – Krajowy Plan Transformacji

KSO – Krajowa Sieć Onkologiczna

LSZ – leczenie szpitalne

MEN – Ministerstwo Edukacji Narodowej

MF – Ministerstwo Finansów

MHJ – MEDEVAC HUB Jasionka

MPZ – mapa potrzeb zdrowotnych

MRPiPS – Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

MS – Ministerstwo Sprawiedliwości

MSWiA – Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji

MZ – Ministerstwo Zdrowia

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NIK – Najwyższa Izba Kontroli

NIK-PIB – Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

NIO-PIB – Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

NiŚOZ – Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna

NIZP PZH-PIB – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

NPChUK – Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032

NPZ – Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025

NSO – Narodowa Strategia Onkologiczna

OECD – ang. *Organisation for Economic Cooperation and Development* – Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju

OECR – Ośrodki Eksperckie Chorób Rzadkich

OSCE – ang. *Objective Structured Clinical Examination* – ogólnokrajowa standaryzacja egzaminu praktycznego

PAN – Polska Akademia Nauk

PAZ – Portfel Aplikacji Zdrowotnych

POZ – podstawowa opieka zdrowotna

PRM – Państwowe Ratownictwo Medyczne

PSZ – system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

REACT-EU – ang. *Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe* –
Wsparcie na rzecz odbudowy służącej spójności oraz terytoriom Europy

SOR – szpitalny oddział ratunkowy

SPZOZ – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

UE – Unia Europejska

WHIH – Warsaw Health Innovation Hub

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia

ZLŚ – zespół leczenia środowiskowego

ZRM – zespół ratownictwa medycznego

1. Wprowadzenie

1.1. Idea planu transformacji

W 2019 r. na zlecenie Komisji Europejskiej powstał raport przedstawiający propozycje rozwiązań podnoszących skuteczność koordynacji inwestycji współfinansowanych z Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych w sektorze zdrowia w perspektywie programowania 2021–2027 w Rzeczypospolitej Polskiej¹.

Przygotowano go na podstawie wywiadów z interesariuszami z sektora ochrony zdrowia, tj.: MZ, NFZ, GIS, NIZP PZH-PIB, ministrem właściwym do spraw rozwoju regionalnego, Komitetem Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk, jednostkami samorządu terytorialnego oraz organizacjami pacjentów i pracodawców.

W raporcie znajdują się rekomendacje dotyczące efektywności wdrażania inwestycji współfinansowanych z funduszy unijnych w obszarze zdrowia oraz innych elementów systemu ochrony zdrowia, spośród których szczególne znaczenie ma postulat dotyczący określenia modelu infrastruktury w mapie potrzeb zdrowotnych i planach transformacji. Wskazanie docelowej bazy infrastrukturalnej systemu ochrony zdrowia definiuje bowiem wektory transformacji i tworzy warunki do sformułowania planu, który przeprowadziłby system ze stanu obecnego do pożądanego, a co najmniej nadałby kierunek zmianom i powiązanim z nimi wydatkom². Plan transformacji, opracowany na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych, powinien odnosić się do infrastruktury, a także obejmować wszystkie zakresy świadczeń opieki zdrowotnej.

W celu realizacji rekomendacji ujętych w raporcie Komisji Europejskiej, jak również mając na uwadze doświadczenia z kilkuletniego funkcjonowania mapy potrzeb zdrowotnych, ustawą z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1292) wprowadzono przepisy, które dodały element planowania strategicznego w ochronie zdrowia. Umożliwiły funkcjonowanie systemu, w którym działania planowane są z wyprzedzeniem, z równoczesnym wskazaniem horyzontu czasowego oraz środków finansowych na ich realizację. Podstawy takich działań muszą być oparte o rzeczywiste (zobiektywizowane) potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Dla ich efektywnego funkcjonowania konieczne jest określanie priorytetów. Z uwagi na ograniczone zasoby finansowe, czasowe oraz kadrowe, nie jest możliwe realizowanie wszystkich zadań jednocześnie.

¹ Mołdach R., *Wdrażanie Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych (EFIS) w sektorze zdrowia w Polsce*, Warszawa 2019, https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/studies/pdf/implement_healthcare_pl_pl.pdf

² Ibidem s. 32

Należy w pierwszej kolejności podejmować te działania, które przyniosą największą wartość zdrowotną dla ogółu społeczeństwa, gdzie uzyskiwane obecnie wyniki zdrowotne są najbardziej oddalone od potencjalnie możliwych do uzyskania.

Nowelizacja ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadziła obowiązek sporządzenia krajowego oraz wojewódzkich planów transformacji, uwzględniających rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia. Konieczność opracowania planu transformacji na poziomie ogólnopolskim wynika z faktu, że podejmowanie działań w części obszarów możliwe jest wyłącznie na poziomie krajowym.

Plany transformacji mają być przygotowywane jako dokumenty o charakterze wdrożeniowym, które przewidują konkretne działania (z przypisaniem m.in. podmiotu odpowiedzialnego, harmonogramu, kryteriów oceny) i służą realizacji rekomendacji zawartych w mapie potrzeb zdrowotnych. Przyjęty proces ich tworzenia ma sprzyjać uzyskaniu konsensusu zainteresowanych stron. Są one opracowywane przez rady wojewódzkie do spraw potrzeb zdrowotnych, w których uczestniczą przedstawiciele wielu stron systemu ochrony zdrowia, a następnie poddawane szerokiej konsultacji.

1.2. Cel opracowania planu transformacji

Celem KPT jest wzmocnienie zasobów i procesów ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej i na inwestycje w sektorze ochrony zdrowia, na poziomie krajowym i regionalnym, uwzględniając potrzeby zdrowotne mieszkańców.

1.3. Podstawa prawna

Zgodnie z art. 95b ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, KPT podlega aktualizacji na podstawie sprawozdania śródkresowego z jego realizacji w przypadku:

- 1) osiągnięcia założonych wartości wskaźników przed upływem okresu 5 lat lub
- 2) identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym.

Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia zaktualizowany krajowy plan transformacji nie później niż do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego pierwszy rok jego obowiązywania, tj. do dnia 31 grudnia 2024 r.

1.4. Zakres aktualizacji

W ramach aktualizacji KPT dodanych zostało 39 działań, które wynikają z nowych, priorytetowych potrzeb zdrowotnych oraz zadań i wyzwań dla organizacji systemu opieki zdrowotnej, zidentyfikowanych podczas oceny śródkresowej KPT. Dziesięć z nich znalazło się w obszarze „Czynniki ryzyka i profilaktyka”, osiem w „Działania horyzontalne”, a po pięć działań odpowiednio w obszarach: „Państwowe Ratownictwo Medyczne” i „Kadry”. Cztery nowe działania uwzględniono również w obszarze „Ambulatoryjna opieka specjalistyczna”, trzy w obszarze „Leczenie szpitalne”, a dwa w obszarze „Opieka psychiatryczna i leczeniu uzależnień”. W obszarach „Opieka paliatywna i hospicyjna” oraz „Opieka długoterminowa” dodano po jednym nowym działaniu.

W konsekwencji oceny śródkresowej KPT zmodyfikowano również brzmienie wybranych dotychczasowych działań. W tym przypadku zmiany dotyczyły zarówno modyfikacji opisu działania, jak i finansowania oraz wskaźników.

W celu zapewnienia przejrzystości i spójności KPT, każde z uwzględnionych w dokumencie działań uzupełniono o informację dotyczącą statusu realizacji.

Cały dokument został również zaktualizowany o najnowsze, dostępne dane statystyczne.

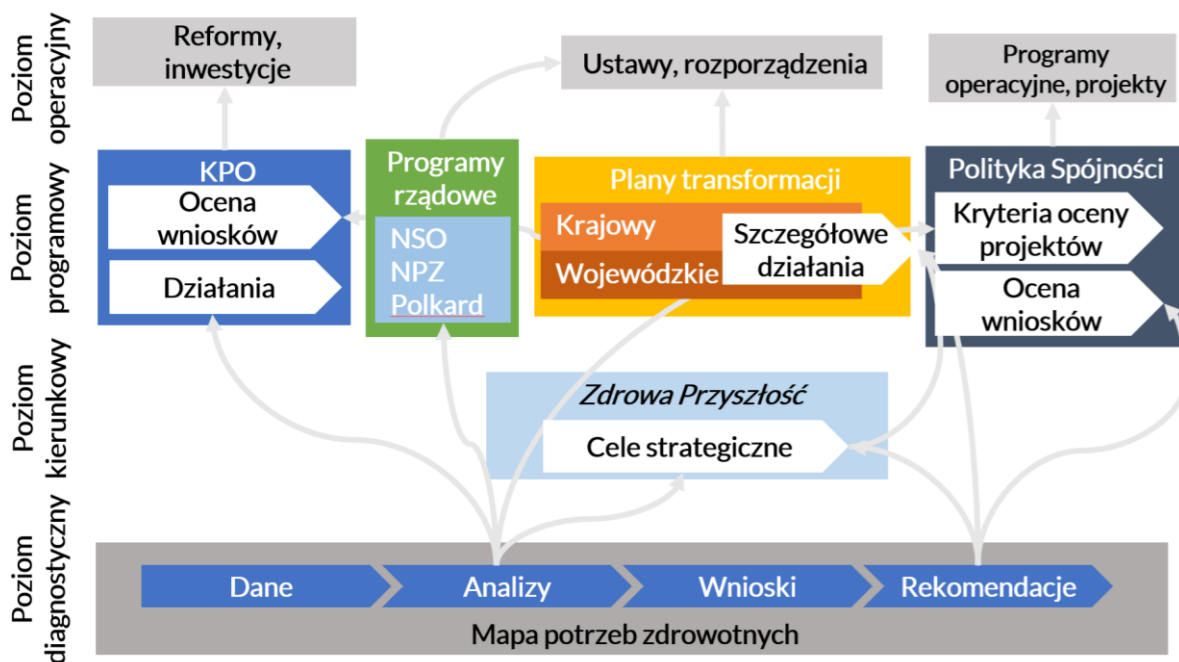
1.5. Inne dokumenty strategiczne

KPT jest dokumentem wdrożeniowym, który określa konkretne działania jakie należy podjąć, aby zapewnić obywatelom i mieszkańcom kraju dostęp do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te wynikają z rekomendacji płynących z mapy potrzeb zdrowotnych oraz innych dokumentów strategicznych w sektorze zdrowia.

Mapa potrzeb zdrowotnych jest dokumentem o charakterze diagnostycznym, zawierającym szczegółową i usystematyzowaną wiedzę na temat dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w całym kraju oraz diagnozę systemu ochrony zdrowia. Zawarte w niej analizy oraz rekomendacje stanowią podstawę dla innych dokumentów zarówno o charakterze kierunkowym, takich jak „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030”, jak i programowych, tj. np. KPO oraz programów operacyjnych w ramach Polityki Spójności na lata 2021–2027.

Wynikające bezpośrednio z rekomendacji ujętych w mapie potrzeb zdrowotnych działania KPT wpływają na identyfikację priorytetowych reform i inwestycji przewidzianych do realizacji w ramach KPO oraz Polityki Spójności, gdzie są wykorzystywane przy określaniu kryteriów oceny projektów oraz wniosków o objęcie wsparciem.

Rysunek 1. Zależności dokumentów o charakterze strategicznym w sektorze zdrowia



Źródło: opracowanie własne MZ

2. Główne obszary działań

2.1. Demografia

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

Do najważniejszych wyzwań demograficznych wpływających na organizację i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej należą: starzenie się społeczeństwa, brak zastępowalności pokoleń, nadumieralność mężczyzn oraz spadek liczby urodzeń. Prognozuje się, że do 2060 r. liczba ludności Rzeczypospolitej Polskiej zmniejszy się do poziomu 30,9 mln³. Szybkie starzenie się społeczeństwa oraz wolniejszy wzrost trwania życia w zdrowiu niż wzrost przeciętnego trwania życia, będą powodować narastające problemy dla systemu ochrony zdrowia. Oznacza to większe potrzeby w zakresie opieki długoterminowej i geriatrycznej oraz ograniczone możliwości wzrostu nakładów finansowych na zdrowie ze względu na zmniejszanie się populacji w wieku produkcyjnym.

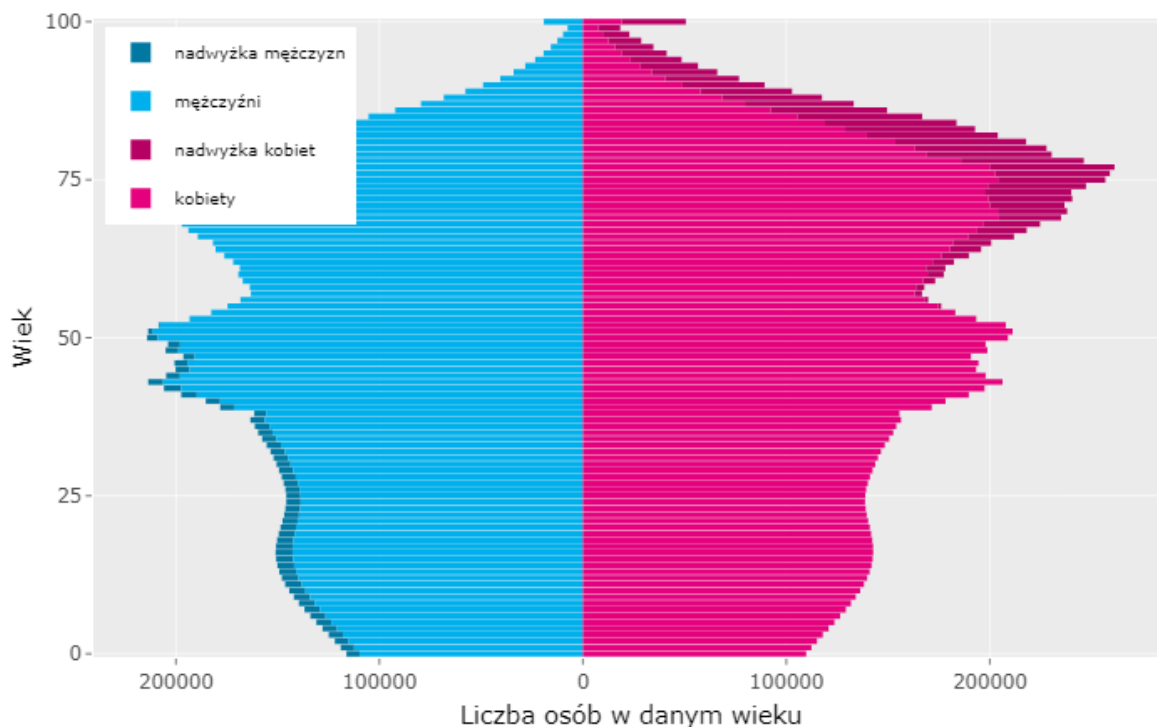
Niezależnie od podejmowanych działań, nie da się w najbliższym czasie zatrzymać procesu starzenia się społeczeństwa w kraju. Przedstawiciele powojennego wyżu demograficznego są już na emeryturze lub za kilka lat na nią przejdą. W perspektywie kolejnych 30 lat dołączą do nich również osoby urodzone w wyżu demograficznym z lat 70 i 80 ubiegłego wieku.

Równocześnie rośnie mediana wieku kobiet rodzących pierwsze dziecko – w 2022 r. wyniosła 28,88 lat i wzrosła o 2,22 roku w ciągu ostatnich 12 lat.

Przyrost naturalny w 2022 r. był ujemny i najniższy od 30 lat. Współczynnik przyrostu naturalnego zmniejszył się i zarówno dla miast (-4,4), jak i wsi (-2,8), osiągnął wartość ujemną.

³ Prognoza ludności na lata 2023-2060, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2023, dostęp: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html>

Rysunek 2. Piramida wieku prognozowanej populacji Rzeczypospolitej Polskiej w 2060 r.



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GUS

Informacje o przeciętnym dalszym trwaniu życia w 2022 r. w podziale na płeć wskazują na wyraźnie krótszą długość życia mężczyzn niż kobiet (73,42 lat dla mężczyzn i 81,06 lat dla kobiet). Dotyczy to szczególnie mężczyzn żyjących na wsi (73,01 lat). Zróżnicowanie w długości życia między płciami w populacji polskiej jest zdecydowanie wyższe niż mierzone dla poszczególnych płci pomiędzy różnymi województwami.

W konsekwencji rekomenduje się rozwój dziedzin związanych z geriatrią, opieką długoterminową (w tym zdeinstytucjonalizowaną) oraz szeroko rozumianą opieką zdrowotną skierowaną do seniorów czy do osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Zmiany te powinny być ukierunkowane na organizację świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym, jak najbliżej pacjenta.

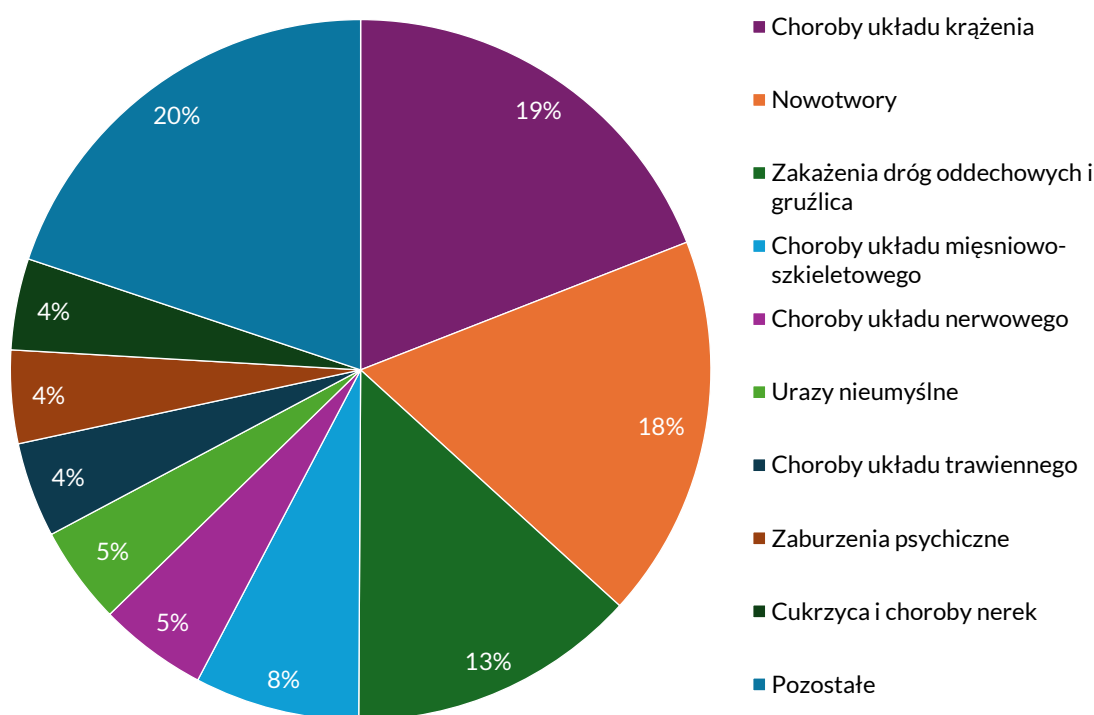
Ponadto rekomendowane jest wdrożenie, w szczególności na poziomie lokalnym, działań profilaktycznych, w tym mających na celu zwiększanie aktywności fizycznej w tej grupie wiekowej.

2.2. Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

Choroby układu krążenia oraz nowotwory odpowiadają za prawie 60% wszystkich zgonów oraz 37% DALY w Rzeczypospolitej Polskiej. Spośród chorób układu krążenia choroba niedokrwienna odpowiada za ponad połowę wszystkich zgonów (52%) oraz stanowi prawie 50% DALY. Prognozuje się, że w kolejnych latach liczba chorych i liczba zgonów spowodowanych przez ten problem zdrowotny wzrośnie.

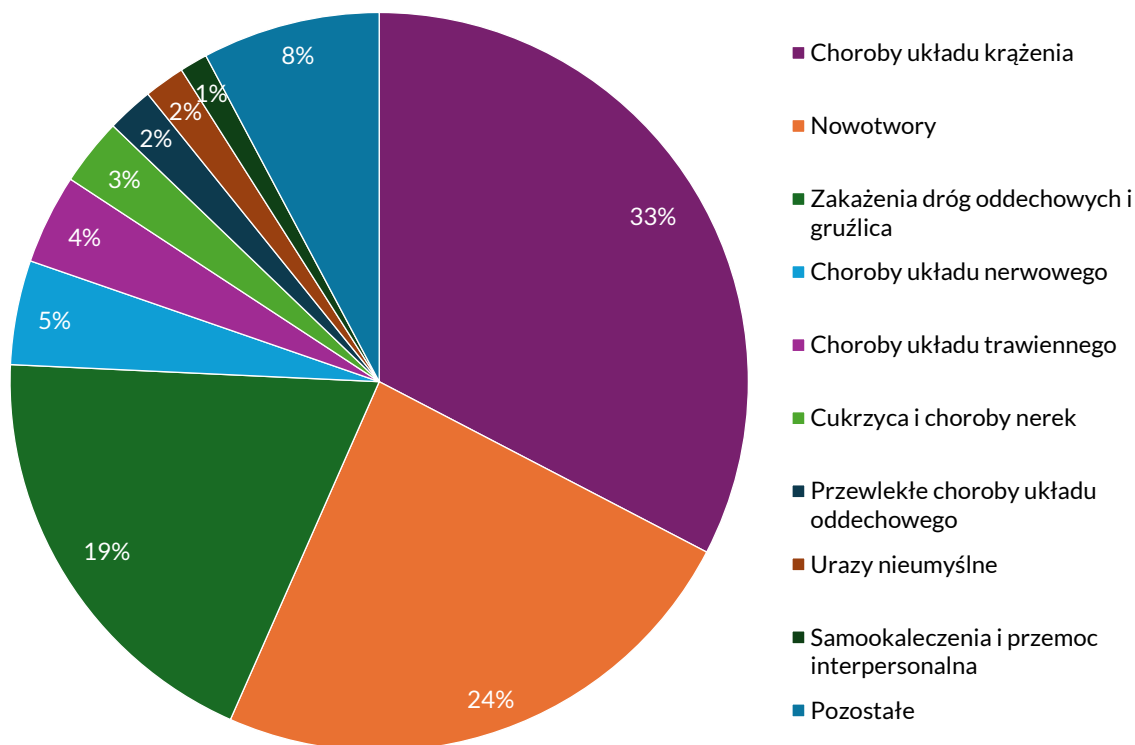
Rysunek 3. Najważniejsze grupy problemów zdrowotnych według DALY w 2021 r.⁴



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GBD IHME

⁴ na moment publikacji aktualizacji KPT brak nowszych danych.

Rysunek 4. Najważniejsze grupy problemów zdrowotnych według liczby zgonów w 2021 r.⁵



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GBD IHME

Liczba zgonów spowodowana chorobami nowotworowymi wzrosła od 1999 r. aż o 29%. Spośród nich największy udział mają nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy, które odpowiadają łącznie za ok. 9% wszystkich zgonów w kraju. Według prognoz, liczba zgonów, chorobowość i zapadalność na nowotwory będą wzrastać do 2028 r., podczas gdy w UE, poza liczbą zgonów, prognozuje się, że wskaźniki te będą miały tendencję spadkową.

Na uwagę zasługują także choroby układu krążenia na podłożu miażdżycy. Udary, które są drugą najczęstszą przyczyną zgonów, odpowiadają jednocześnie za dwukrotnie większą wartość lat straconych z powodu niepełnosprawności (ang. *Years lost due to disability*) w porównaniu do choroby niedokrwiennej serca. Jednocześnie od 1999 r. wartość DALY dla choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych wzrosła w Rzeczypospolitej Polskiej niemal dwukrotnie (1,78). Z prognoz do 2028 r. wynika, że ten problem zdrowotny będzie powodował o ok. 25% więcej zgonów.

⁵ na moment publikacji aktualizacji KPT brak nowszych danych.

W konsekwencji należy rozwijać i wspierać działania w zakresie wczesnej diagnostyki (szczególnie w przypadku nowotworów) oraz koordynowanej opieki zdrowotnej, w odniesieniu do najistotniejszych problemów zdrowotnych.

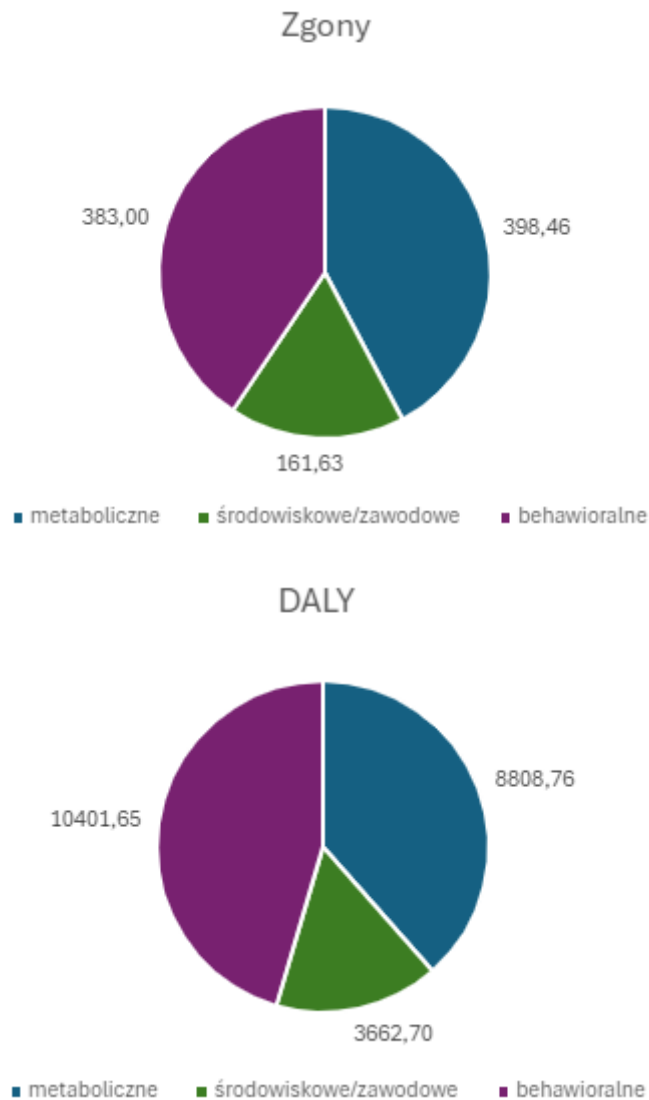
2.3. Czynniki ryzyka i profilaktyka

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

W Rzeczypospolitej Polskiej w 2021 r.⁶ dominującą grupą czynników ryzyka wpływającą na DALY były czynniki behawioralne, czyli związane ze stylem życia. Odpowiadały one za utratę ok. 45% lat przeżytych w zdrowiu. Za zgony najczęściej odpowiadała grupa czynników metabolicznych stanowiących ok. 42%.

⁶ na moment publikacji aktualizacji KPT brak nowszych danych.

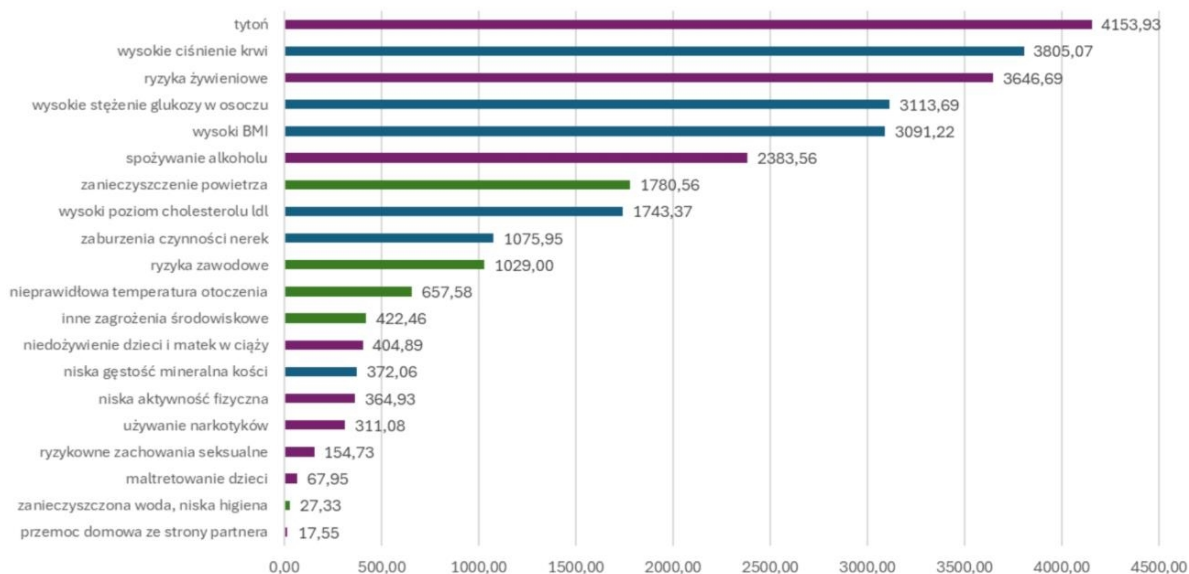
Rysunek 5. Udział głównych grup czynników ryzyka w Rzeczypospolitej Polskiej dla kobiet i mężczyzn łącznie (DALY i zgony na 100 tys. ludności).



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GBD IHME

Czynnikami ryzyka odpowiadającymi za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu dla kobiet i mężczyzn łącznie są odpowiednio: tytoń (ok. 4,2 tys. DALY na 100 tys. ludności), wysokie ciśnienie krwi (ok. 3,8 tys. DALY na 100 tys. ludności) oraz ryzyka żywieniowe (ok. 3,6 tys. DALY na 100 tys. ludności).

Rysunek 6. Udział czynników ryzyka w Rzeczypospolitej Polskiej dla kobiet i mężczyzn łącznie (DALY na 100 tys. ludności).



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GBD IHME

W przypadku mężczyzn palenie tytoniu wpływa ponad dwa razy bardziej na DALY i zgony niż w przypadku kobiet. Spożywanie alkoholu jest czwartym w kolejności dominującym czynnikiem ryzyka odpowiadającym za DALY w przypadku mężczyzn, przewyższającym wartość dla kobiet prawie pięciokrotnie.

W 2022 r. w kraju, w ramach publicznego systemu zdrowia, badaniom w kierunku raka szyjki macicy zostało poddanych 11% rocznej populacji kobiet zakwalifikowanych do przebadania. Od 2017 r. wartość ta zmniejszyła się o ok. 7,3 punktu procentowego.⁷

Jednym z istotnych działań z zakresu zdrowia publicznego są działania dotyczące profilaktyki zdrowotnej. Na poziomie lokalnym obserwuje się ograniczenia w możliwości zapewnienia równego dostępu do profilaktyki. W niektórych województwach nie są prowadzone działania profilaktyczne, które mogłyby wzmocnić zdrowie publiczne lokalnych społeczności.

Większość realizatorów zadań z zakresu zdrowia publicznego, tj. jednostki samorządu terytorialnego, stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz jednostki centralne, określa te zadania jako trudne do realizacji, najczęściej z powodu ograniczonych środków

⁷ Dane z Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP) NFZ.

finansowych i zasobów kadrowych oraz braku wystarczającego zainteresowania ze strony grupy docelowej⁸.

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

- 1) Prowadzenie działań w zakresie promowania zdrowego trybu życia i budowania kompetencji zdrowotnych w celu ograniczenia wpływu poszczególnych czynników ryzyka, w tym behawioralnych, wpływających na utratę lat życia w zdrowiu i zgony w oparciu m. in. o koncepcję „10 dla serca”.

Planuje się prowadzenie kampanii mających na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie czynników ryzyka sercowo-naczyniowych w 10 obszarach dotyczących:

- a) utrzymania optymalnego ciśnienia tętniczego,
- b) stężenia cholesterolu,
- c) poziomu cukru,
- d) masy ciała,
- e) zdrowego odżywiania,
- f) życia bez nikotyny,
- g) życia bez alkoholu,
- h) aktywności fizycznej,
- i) zdrowego snu i wypoczynku,
- j) nauki radzenia ze stresem.

Dążenie do osiągnięcia w kraju niższych wartości wpływu behawioralnych czynników ryzyka na DALY (do średniego poziomu UE).

- 2) Podjęcie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe jako ważny aspekt poprawy skuteczności profilaktyki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej. W szczególności należy poprawić zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne i mammograficzne oraz zgłaszalność kobiet i mężczyzn na badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego. Dodatkowo należy zadbać o profilaktykę zdrowotną wśród mężczyzn, których średnia

⁸ Badanie ankietowe przeprowadzone przez NIZP PZH-PIB w grudniu 2019 r., w ramach NPZ na lata 2016–2020, cel operacyjny „Zadania z zakresu zdrowia publicznego: Prowadzenie monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego, w ramach Zadań koordynacyjnych, ewaluacyjnych i badawczych w latach 2019–2020”.

długość życia odstaje negatywnie od średniej długości życia kobiet w Rzeczypospolitej Polskiej oraz średnich wartości dla UE.

- 3) Podejmowanie skutecznych działań z zakresu:
 - a) profilaktyki palenia tytoniu (ze szczególnym zwróceniem uwagi na programy skierowane do młodzieży oraz kobiet, u których problem ten narasta);
 - b) profilaktyki nadmiernego spożywania alkoholu (w szczególności wśród grup społecznych najbardziej zagrożonych tym problemem);
 - c) promowania prawidłowego sposobu odżywiania i zapobiegania nadwadze i otyłości (szczególnie wśród mężczyzn oraz dzieci i młodzieży).
- 4) Wzmocnienie skuteczności działań prozdrowotnych podejmowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz jednostki samorządu terytorialnego przez tworzenie jednostek koordynujących lub tworzenie mechanizmów systemowych pozwalających na lepszą koordynację działań prozdrowotnych realizowanych na poziomie powiatów i gmin.
- 5) Ważnym wyzwaniem jest wzmocnienie profilaktyki zdrowotnej, szczególnie w odniesieniu do dzieci i młodzieży. W tym kontekście znaczenie będą mieć m.in. działania mające na celu ograniczenia spożycia alkoholu, tradycyjnych wyrobów tytoniowych, e-papierosów oraz nowatorskich wyrobów tytoniowych i wyrobów niezawierających w swoim składzie tytoniu lub suszu tytoniowego. Dodatkowe działania powinny uwzględniać również kwestie uzależnień (w tym m.in. zagrożeń związanych z niekontrolowanym rozpowszechnianiem opioidowych leków przeciwbólowych i innych substancji psychoaktywnych).
- 6) Istotnym problemem jest uzależnienie cyfrowe, w tym m.in. od mediów społecznościowych, w szczególności wśród dzieci i młodzieży. Nadmierne korzystanie z urządzeń cyfrowych wpływa negatywnie na zdrowie psychiczne. Ponadto powoduje narażenie na działanie niebieskiego światła, które wpływa niekorzystnie na organizm, w szczególności na jakość snu.
- 7) Choroby naczyń mózgowych stanowią ważny i powszechny problem w populacji. Udar mózgu to jedna z najczęstszych przyczyn trwałej niepełnosprawności i braku samodzielności wśród osób dorosłych. Z tego powodu należy podjąć działania mające na celu poprawę profilaktyki w tym zakresie.
- 8) Kontynuacja działań w ramach NPChUK w zakresie redukcji czynników ryzyka chorób układu krążenia (przede wszystkim na tle miażdżycowym).

Działania na poziomie ponadregionalnym**Działanie 2.3.1.**

Wzmocnienie potencjału zdrowia publicznego, w tym zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu populacji Rzeczypospolitej Polskiej, przez realizację NPZ na lata 2021–2025.

Status po aktualizacji:**zaktualizowane****Oczekiwane rezultaty działania:**

- realizowanie nowatorskich i wysokiej jakości działań z zakresu zdrowia publicznego.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NIZP PZH-PIB, ABM, NIO-PIB.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2025.

Szacowane koszty działania: Wysokość finansowania zadań powierzanych realizatorom w ramach celów operacyjnych NPZ i zadań wspierających, z wyłączeniem środków przeznaczanych w ramach limitów wydatków własnych, wynosi rocznie nie więcej niż maksymalny limit wydatków, o którym mowa w art. 29 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1670). Wysokość finansowania celów operacyjnych NPZ wynosi rocznie nie więcej niż 140 mln zł

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba zrealizowanych działań z zakresu zdrowia publicznego.

Działanie 2.3.2.

Opracowanie programu pilotażowego i wdrożenie modelu edukacji zdrowotnej w szkołach i przedszkolach np. przez wprowadzenie cyklicznych spotkań edukacyjnych dla uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych w zakresie promocji zdrowego stylu życia. Działania będą prowadzone w ramach zadania NSO: przeprowadzenie programu pilotażowego w ramach działań edukacyjnych na rzecz profilaktyki przeciwnowotworowej i kształtowania postaw prozdrowotnych w zakresie szkolnej edukacji zdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia oraz wdrażania Edukacyjnego Programu dla Zdrowia w Szkołach.

Status po aktualizacji:**zakończone**

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie świadomości wśród dzieci i młodzieży w zakresie poprawy stylu życia oraz zmniejszenie wpływu czynników ryzyka związanych ze stylem życia w młodszych grupach wiekowych.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ i MEN, NIO-PIB.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: rok szkolny 2023/2024; do końca 2022 r. wypracowanie materiałów.

Szacowane koszty działania: ok. 5,0 mln zł.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Zmniejszenie udziału behawioralnych czynników ryzyka w DALY wśród dzieci i młodzieży.
2. Zmniejszenie udziału behawioralnych czynników ryzyka w zgonach wśród dzieci i młodzieży.

Działanie 2.3.3.

Kampanie społeczne skierowane do ogółu społeczeństwa, zachęcające do poddawania się regularnym badaniom i aktywizowania w tym zakresie rodzin oraz promujące zdrowy styl życia, zbilansowaną dietę, regularną aktywność fizyczną, dbałość o prawidłową masę ciała i niestosowanie używek.

Wśród tematów kampanii społecznych szczególne zwrócenie uwagi w grupie docelowej mężczyzn na najważniejsze ryzyka chorób, jakimi są palenie papierosów, alkohol, zła dieta oraz w grupie kobiet profilaktyka raka piersi, szyjki macicy oraz raka skóry.

Kampanie realizowane będą m.in. w ramach zadań NSO, tj. kampania „Planuję długie życie”.

Status po aktualizacji:

zaktualizowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- wzrost świadomości profilaktyki zdrowotnej i poprawa zgłaszalności na badania profilaktyczne (rozumiane jako badanie mające na celu ewentualne wykrycie choroby na odpowiednio wczesnym etapie) wśród społeczeństwa.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2030.

Szacowane koszty działań: Na tym etapie brak jest możliwości oszacowania kosztów

Wskaźniki realizacji działania:

Liczba zrealizowanych świadczeń profilaktycznych w zakresie:

- 1) Programu badań przesiewowych raka jelita grubego,
- 2) Programu profilaktyki raka piersi,
- 3) Programu profilaktyki raka szyjki macicy,
- 4) Programu profilaktyki nowotworów skóry,
- 5) Programu profilaktyki chorób odtytoniowych,
- 6) Programu badań w kierunku wykrywania raka płuca, w ujęciu rocznym (łącznie wśród kobiet i mężczyzn)

Działanie 2.3.4

Działania na rzecz ograniczania dostępności ekonomicznej wyrobów tytoniowych i ich substytutów.

Status po aktualizacji:

zaktualizowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- ograniczenie dostępności wyrobów tytoniowych i ich substytutów, w szczególności dla osób nieletnich, przez podwyższenie stawek akcyzy;
- ograniczenie dostępności cenowej urządzeń do waporyzacji obejmujących zarówno papierosy elektroniczne (jednorazowe i wielokrotnego użytku), zwłaszcza dla młodszej części społeczeństwa rozpoczynającej kontakt z używkami, przez wprowadzenie opodatkowania podatkiem akcyzowym tych wyrobów.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MF przy współpracy z MZ i NIO-PIB.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2027.

Szacowane koszty działania: działanie legislacyjne bezkosztowe, docelowe koszty zostaną zdefiniowane po pracach legislacyjnych.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Wzrost podatku akcyzowego, a tym samym wzrost cen wyrobów tytoniowych i ich substytutów w porównaniu do 2021 r.

Działanie 2.3.5.

Nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2023 r. 916, z późn. zm.) w zakresie leczenia i zapobiegania nikotynizmowi.

Status po aktualizacji:**zakończone****Oczekiwane rezultaty działania:**

- sukcesywne obniżanie odsetka osób palących;
- odniesienie efektywności i poprawa dostępności do kompleksowego poradnictwa antynikotynowego i leczenia zespołu uzależnienia od nikotyny.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.**Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane:** lata 2021–2025.**Szacowane koszty działania:** Działanie legislacyjne bezkosztowe; docelowe koszty wynikające z rozwiązań przyjętych w wydanych aktach normatywnych zostaną określone w Ocenie Skutków Regulacji do tych aktów.**Wskaźnik realizacji działania:**

1. Wejście w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1433).
2. Spadek liczby osób palących wyroby tytoniowe.

Działanie 2.3.6.

Tworzenie mechanizmów systemowych pozwalających na koordynowanie działań prozdrowotnych realizowanych na poziomie powiatów i gmin. Działania związane będą z opracowaniem założeń zmian systemowych z zakresie zdrowia publicznego w Rzeczypospolitej Polskiej.

Status po aktualizacji:**zaktualizowane****Oczekiwane rezultaty działania:**

- poprawa jakości i adekwatności działań instytucji publicznych (samorządowych i rządowych) planujących i realizujących polityki prozdrowotne (realizowane na podstawie różnych przepisów i finansowane z różnych źródeł).

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.**Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane:** 2024–2025 - opracowanie założeń zmian systemu; realizacja lata 2026–2030.**Szacowane koszty działań:** Działanie legislacyjne bezkosztowe, docelowe koszty wynikające z rozwiązań przyjętych w wydanych aktach normatywnych zostaną określone po zakończeniu prac nad nimi.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Zmiany ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym i ewentualnie innych przepisach prawa.

Działanie 2.3.7. – przeniesione do rozdziału 2.13.2.**Działanie 2.3.8.**

Nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych – wprowadzenie nowoczesnych badań przesiewowych w profilaktyce nowotworów: test HPV HR, cytologia na podłożu płynnym (LBC), niskodawkowa tomografia komputerowa, test FIT.

Status po aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- poprawa dostępu do badań przesiewowych;
- podniesienie jakości świadczeń gwarantowanych w programach profilaktycznych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.**Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane:** 2021–2025

Szacowane koszty działań: Działanie legislacyjne bezkosztowe; docelowe koszty dla płatnika publicznego, wynikające z rozwiązań przyjętych w wydanych aktach normatywnych, zostaną określone w Ocenie Skutków Regulacji do projektu rozporządzenia.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Wejście w życie odpowiednich przepisów dotyczących wskazanych programów.
2. Liczba świadczeniodawców realizujących programy profilaktyczne.
3. Liczba wykonanych badań w ramach wskazanych programów profilaktycznych.

Działanie 2.3.9.

Wprowadzenie mechanizmów prawnych w celu ograniczenia dostępności do alkoholu.

Status po aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- ograniczenie spożycia alkoholu w populacji ogólnej (osób dorosłych i niepełnoletnich)

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2024–2025

Szacowane koszty działań: Działanie legislacyjne bezkosztowe.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Wejście w życie przepisów ograniczających dostępność alkoholu.

Działanie 2.3.10.

Wprowadzenie mechanizmów prawnych w celu ograniczenia dostępności do elektronicznych papierosów wśród dzieci i młodzieży.

Status po aktualizacji: nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- ograniczenie dostępności elektronicznych papierosów, w szczególności wśród dzieci i młodzieży.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2024–2025

Szacowane koszty działań: Działanie legislacyjne bezkosztowe.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Wejście w życie ustawy zakazującej sprzedaży płynów beznikotynowych do elektronicznych papierosów osobom poniżej 18. roku życia oraz zakaz ich sprzedaży w automatach jak również przez Internet.

Działanie 2.3.11.

Implementacja do prawa krajowego przepisów dyrektywy delegowanej 2022/2100 z dnia 29 czerwca 2022 r. zmieniającej dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/40/UE w odniesieniu do zniesienia niektórych zwolnień w przypadku podgrzewanych wyrobów tytoniowych.

Status po aktualizacji: nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- ograniczenie dostępności podgrzewanych wyrobów tytoniowych, w szczególności wśród dzieci i młodzieży.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2024–2025

Szacowane koszty działań: Działanie legislacyjne bezkosztowe.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Wejście w życie odpowiednich przepisów.

Działanie 2.3.12.

Wprowadzenie ograniczeń dostępu do opioidowych leków przeciwbólowych i innych substancji psychoaktywnych, w szczególności fentanylu, z zachowaniem dostępu dla pacjentów paliatywnych i onkologicznych.

Status po aktualizacji: nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- ograniczenie nadużywania leków opioidowych (np. fentanylu) oraz wzmożona kontrola nad wystawianiem e-recept.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ we współpracy z MSWiA i MS.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2024–2025

Szacowane koszty działań: Działanie legislacyjne bezkosztowe.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Wejście w życie odpowiednich przepisów: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz. U. poz. 1600) weszło w życie z dniem 7 listopada 2024 r.

Działanie 2.3.13.

Kampanie społeczne na rzecz profilaktyki zdrowia i kształtowania postaw prozdrowotnych wśród uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych, m.in. kampania „Zdrowie? Ogarniam to!”.

Status po aktualizacji: nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- wzrost świadomości znaczenia i wpływu na zdrowie regularnej aktywności fizycznej, zdrowego stylu życia, prawidłowego odżywiania, unikania stosowania używek oraz kształtowanie dobrych nawyków w tych obszarach u dzieci i młodzieży.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2023–2026

Szacowane koszty działań: 15 000 000 zł

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba ogólnopolskich kampanii społecznych z projektami, które zaangażują szkoły i uczniów ze szkół podstawowych i ponadpodstawowych i zwrócić uwagę na potrzeby profilaktyki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń związanych z alkoholem, papierosami, e-papierosami i używkami.
2. Liczba szkół podstawowych i ponadpodstawowych biorących udział w każdej z przeprowadzonych kampanii społecznych i jej projektach.

Działanie 2.3.14.

Kampanie społeczne i działania o charakterze edukacyjno-promocyjnym w zakresie prozdrowotnych zachowań, świadczeń gwarantowanych (w tym m.in. badań profilaktycznych, szczepień) i uwzględniających aktualne potrzeby zdrowotne przede wszystkim osób dorosłych (realizowane poza programami NSO i NPChUK).

Status po aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- wzrost wiedzy w społeczeństwie (szczególnie osób dorosłych) na temat prozdrowotnych zachowań oraz dostępności świadczeń profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych (badań profilaktycznych, szczepień),
- zwiększenie poziomu realizacji świadczeń profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2024–2026

Szacowane koszty działań: 20 mln zł

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba zrealizowanych świadczeń profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych (badań profilaktycznych, szczepień).

Działanie 2.3.15.

Działania dotyczące dostępu do szczepień przeciw HPV, w tym w szkołach.

Status po aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- działanie ma objąć projekty informacyjne i promocyjne dotyczące realizacji szczepień przeciw HPV, co ma zwiększyć zasięg i wpłynąć na znaczącą poprawę stanu realizacji szczepień przeciw HPV z poziomu 20% na oczekiwany poziom 70% osób zaszczepionych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: zgodnie z aktualną Narodową Strategią Onkologiczną lata 2024 r. do 2030 r.

Szacowane koszty działań: 10 mln zł

Wskaźniki realizacji działania:

1. Odsetek wyszczepialności przeciwko HPV we wskazanej grupie wiekowej (wśród dziewcząt i chłopców).

2.4. Podstawowa opieka zdrowotna

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

Do podmiotów leczniczych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu POZ w 2023 r. zapisane było 90,86% populacji mieszkańców kraju. Dodatkowo, analiza regionalna dostępności wykazała, że w 56 gminach (2,26% wszystkich) nie funkcjonował ani jeden podmiot leczniczy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu POZ. Były to głównie gminy wiejskie obwarzankowe, czyli odrębne gminy otaczające miasto.

Rysunek 2. Rozmieszczenie podmiotów leczniczych POZ w gminach w Rzeczypospolitej Polskiej w 2023 r.



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych NFZ i GUS

Jednym z aktualnych wyzwań sprawnie działającej opieki zdrowotnej jest odciążenie oddziałów ratunkowych przez minimalizację liczby udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej niezwiązanych ze stanami zagrożenia życia. Odpowiedzią na to wyzwanie jest NiŚOZ. W 2022 r. sprawozdano 1,38 razy więcej świadczeń opieki zdrowotnej w ramach NiŚOZ niż na SOR-ach, jednak według analizy Najwyższej Izby Kontroli, w skrajnych przypadkach 80% pacjentów zgłaszających się na SOR nie znajdowało się w stanie zagrożenia życia⁹.

Wizyty realizowane w POZ najczęściej (35,6% w 2023 r.) dotyczyły świadczeń opieki zdrowotnej związanych z wypisaniem recepty oraz innych bliżej nieokreślonych czynności okołomedycznych. Statystyka ta może być podstawą do rekomendacji dotyczącej poprawy jakości sprawozdawczości w ramach POZ, a także wprowadzenia zmian w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zastosowaniem telemedycyny. Dane sprawozdawane do NFZ wskazują na niski udział profilaktyki zdrowotnej w ramach

⁹ Funkcjonowanie Systemu Ratownictwa Medycznego, NIK, Warszawa, 2020, dostęp: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,23528,vp,26262.pdf>.

POZ. Także NIK wskazywała na niedostateczną realizację profilaktyki zdrowotnej (m.in. w ramach POZ)¹⁰.

Udzielanie porady lekarskiej lekarza POZ, wizyty pielęgniarki POZ i położnej POZ na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności zostało wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 31 października 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2120), a szerokie zastosowanie tzw. „teleporady” w POZ znalazło zastosowanie w związku z pandemią COVID-19. W 2023 r. udzielono 14,73 mln teleporad a udział teleporad w łącznej liczbie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu POZ wyniósł 8,73%. Problemy, jakie dalej napotyka system ochrony zdrowia, to brak adekwatnych regulacji prawnych, rozwiązań finansowych i odpowiedniej infrastruktury. Ograniczeniem w tej kwestii jest także niewystarczająca wiedza i umiejętności personelu medycznego w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przy użyciu nowoczesnych systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

Zgodnie z ustawą z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. 2022 poz. 2527, z późn. zm.), na lekarzu POZ spoczywa obowiązek koordynacji leczenia pacjenta, we współpracy z pielęgniarką POZ i położną POZ, w całym systemie ochrony zdrowia. Analizy problemów zdrowotnych sugerują, że współpraca z AOS nie odbywa się w sposób właściwy.

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

- 1) Wdrożenie proaktywnej opieki nad pacjentami w ramach POZ oraz opracowanie motywacyjnego systemu udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ celem zwiększenia częstotliwości zlecenia badań diagnostycznych przez lekarza POZ, rozszerzenie diagnostyki na poziomie POZ i odciążenie AOS oraz leczenia szpitalnego z hospitalizacji diagnostycznych, możliwych do realizacji w trybie ambulatoryjnym odpowiednim z dostosowaniem sposobu ich finansowania.
- 2) Wzmocnienie roli NiŚOZ celem poprawy zgłaszalności pacjentów do tej formy opieki oraz odciążenia SOR z przypadków niewymagających ratowania zdrowia

¹⁰ Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia, NIK, Warszawa, 2017, dostęp: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,13788,vp,16224.pdf>; *Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego*, NIK, Warszawa, 2016, dostęp: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11909,vp,14281.pdf>

i życia oraz skupienie uwagi personelu SOR przede wszystkim na pacjentach najbardziej wymagających pomocy.

- 3) Rozwijanie i upowszechnianie nowoczesnych form udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, łączących elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny (telemedycyna) na poziomie POZ.
- 4) Ulepszanie mechanizmów koordynacyjnych dotyczących współpracy POZ z AOS i lecnictwem szpitalnym, NiŚOZ, medycyną pracy oraz mechanizmów wymiany (elektronicznej) dokumentacji medycznej, informacji o stanie zdrowia pacjenta i jego potrzebach w związku z leczeniem specjalistycznym i hospitalizacją lub badaniami na potrzeby pracodawcy oraz w zakresie w zakresie rehabilitacji i opieki długoterminowej.
- 5) Opracowanie i wdrożenie systemu pozwalającego na skuteczną i efektywną współpracę między lekarzem POZ a pielęgniarką lub higienistką szkolną oraz lekarzem dentystą.
- 6) Wzmocnienie roli oraz zwiększenie aktywności pielęgniarki POZ i położnej POZ przez dalsze przekazywanie kompetencji lekarza POZ, zwiększenie liczby pielęgniarek POZ i położnych POZ z ukończonym kursem specjalistycznym, ordynowanie leków i wypisywanie recept przez pielęgniarki POZ i położne POZ, możliwość kierowania pacjenta na badania.

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.4.1.

Uświadamianie obywatelom roli i zadań NiŚOZ przy pomocy kampanii społecznych.

Status po aktualizacji:

anulowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- zmniejszenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez SOR i poziomu obciążenia na SOR.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2022–2026.

Szacowane koszty działania: 2,0 mln zł.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Odsetek udzielonych teleporad bez dalszych wizyt na SOR.
2. Odsetek wizyt na SOR po odbyciu telekonsultacji.

Działanie 2.4.2.

Zwiększenie zakresu kompetencji lekarza POZ i pielęgniarki POZ przez:

- 1) podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby badań diagnostycznych realizowanych w POZ;
- 2) opracowanie protokołu konsultacji pomiędzy lekarzem POZ i personelem AOS, w tym konsultacji udzielanych za pomocą systemów teleinformatycznych;
- 3) modyfikacja modelu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach POZ przez wprowadzenie opłaty zadaniowej;
- 4) premiowanie ustawicznego szkolenia i podnoszenia kwalifikacji przez personel POZ.

Status po aktualizacji:

kontynuowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- podnoszenie jakości działań w zakresie kompetencji POZ.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2025.

Szacowane koszty działania: szacowany roczny koszt wprowadzanej zmiany wyniesie ok. 902,398 mln zł (świadczenia opieki koordynowanej wyniosły ok. 777,698 mln zł + koszty związane z wprowadzeniem koordynatora w opiece koordynowanej w wysokości ok. 124,7 mln zł).

Wskaźniki realizacji działania:

1. Udział wizyt, podczas których zlecono badania diagnostyczne wśród wszystkich wizyt zrealizowanych w ramach POZ.
2. Liczba badań diagnostycznych w stosunku do liczby wizyt zrealizowanych w ramach POZ.
3. Udział pacjentów przewlekle chorych skierowanych do stałej opieki w ramach AOS w relacji do pacjentów z daną chorobą leczonych stale w ramach POZ.

Działanie 2.4.3.

Wzmocnienie koordynacji opieki przez:

- 1) wprowadzenie w POZ funkcji koordynatora poruszania się pacjenta po systemie ochrony zdrowia oraz jego finansowanie ze środków publicznych i monitorowanie funkcji koordynatora pacjenta po systemie ochrony zdrowia;

- 2) wprowadzenie szczegółowej sprawozdawczości w zakresie badań diagnostycznych i innych zlecanych przez POZ oraz jej monitorowanie w zakresie badań diagnostycznych i innych zlecanych z POZ;
- 3) opracowanie nowego modelu opieki nad chorymi przewlekle, z uwzględnieniem m.in. rozwiązań cyfrowych i doświadczeń projektu POWR.05.02.00-00-0039/17-02 „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS”.

Status po aktualizacji:

kontynuowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- poprawa jakości opieki nad pacjentami przewlekle chorymi.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2025.

Szacowane koszty działania:

Szacowany roczny koszt związany z wprowadzeniem koordynatora w opiece koordynowanej w wysokości ok. 124,7 mln zł.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Odsetek podmiotów leczniczych udzielających świadczeń POZ zatrudniających koordynatora.
2. Liczba hospitalizacji osób z wybranymi chorobami przewlekłymi.
3. Liczba wizyt ze sprawozdanymi badaniami laboratoryjnymi.
4. Odsetek i krotność wizyt pacjentów w ramach pomocy doraźnej udzielanej przez POZ.
5. Opracowanie standardów monitorowania pacjentów z chorobami przewlekłymi.
6. Udział pacjentów ze realizowanymi standardami monitorowania (np. 4x w roku, raz w roku badanie X, itp.) w grupie wszystkich pacjentów z rozpoznaną chorobą przewlekłą.

Działanie 2.4.4.

Wzmocnienie opieki domowej nad pacjentem z wykorzystaniem nowoczesnych technologii oraz zwiększeniem roli pielęgniarki POZ:

- 1) opracowanie zasad opieki domowej nad pacjentem;

- 2) wdrożenie rozwiązań premiujących rozszerzanie kompetencji – pielęgniarka zaawansowanej praktyki domowej;
- 3) rekomendacja wdrożenia rozwiązań zdalnych (m.in. obecne programy pilotażowe e-stetoskop, e-opaska).

Status po aktualizacji:

zakończone

Oczekiwane rezultaty działania:

- poprawa jakości i dostępności opieki nad pacjentem w ramach POZ.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2025.

Szacowane koszty działania:

Ad 1. Zadanie bezkosztowe

Ad 2. Zadanie bezkosztowe.

Ad 3. Budżet projektów: 15 136 269 zł (Fundusz Przeciwdziałania COVID-19).

Wskaźniki realizacji działania:

1. Udział wizyt i porad domowych w ogólnej liczbie wizyt i porad.
2. Liczba pacjentów korzystających z rozwiązań zdalnych.

Działanie 2.4.5.

Wzmocnienie opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich w celu zabezpieczenia obszarów nieobjętych POZ:

- 1) badanie potrzeb świadczeniodawców POZ na obszarach wiejskich w tym identyfikacja przyczyn braku zabezpieczenia świadczeń gwarantowanych w POZ na tych obszarach;
- 2) opracowanie systemu wsparcia świadczeniodawców POZ na obszarach wiejskich;
- 3) rozwinięcie modelu dodatkowego finansowania dla POZ z obszarów o niskiej gęstości zaludnienia.

Status po aktualizacji:

kontynuowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- zapobieganie „białym plamom” w ramach dostępności POZ przez wsparcie małych, wiejskich świadczeniodawców POZ oraz wyrównywanie szans w dostępie pacjentów do systemu ochrony zdrowia.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2027.

Szacowane koszty działania:

W zakresie projektu „Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)” - 1,25 mld zł, projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021–2027.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba pacjentów na listach aktywnych świadczeniodawców POZ na obszarach wiejskich (gminy wiejskie i miejsko-wiejskie).
2. Liczba powstałych dodatkowych miejsc udzielania świadczeń lekarza POZ na obszarach wiejskich o małej gęstości zaludnienia.

Działanie 2.4.6.

Wzmocnienie działań profilaktycznych w POZ oraz tworzenie bilansów zdrowia:

- 1) działania aktywizujące programy związane z profilaktyką i wczesną diagnostyką chorób przewlekłych i nowotworów;
- 2) wprowadzenie premiowania działań wpływających na jakość edukacji zdrowotnej i profilaktyki;
- 3) opracowanie nowego modelu profilaktyki z uwzględnieniem m.in. rozwiązań cyfrowych i doświadczeń projektu POWR.05.02.00-00-0039/17-02 „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS”;
- 4) kontynuacja programów profilaktycznych w zakresie nowego programu zdrowotnego.

Status po aktualizacji:

zaktualizowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie świadomości prozdrowotnej Polaków przez programy realizowane w ramach POZ i medycyny pracy. Włączenie medycyny pracy w działania profilaktyczne w ramach nowego programu zdrowotnego ma na celu zwiększenie skuteczności badań profilaktycznych (w ramach badań wstępnych, okresowych, kontrolnych), co w konsekwencji przełoży się na zwiększenie wykrywalności chorób i poprawę stanu zdrowia populacji kraju.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2025.

Szacowane koszty działania:

W ramach bieżących działań z budżetu państwa – część 46 – Zdrowie

Łączny koszt programu to 338 mln zł (stan na 03.06.2024 r.).

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba świadczeniobiorców POZ i osób objętych opieką służby medycyny pracy uczestniczących w programach polityki zdrowotnej i programach zdrowotnych w zakresie profilaktyki.

Działanie 2.4.7.

Rozwój telemedycyny przez:

- 1) uruchomienie naborów oraz podpisanie umów ze świadczeniodawcami POZ na obszarze całego kraju na realizację programów pilotażowych związanych z rozwojem telemedycyny;
- 2) rozwijanie centralnej platformy DOM, agregującej dane z urzędzeń telemedycznych przekazanych do POZ;
- 3) rozwijanie funkcjonalności w platformie DOM ułatwiającej prowadzenie „telekonsylium”, dzięki któremu specjaliści medyczni mogą wymieniać się informacjami i zaleceniami w zakresie potrzeb zdrowotnych danego pacjenta, zmniejszając konieczność przemieszczania się pomiędzy podmiotami leczniczymi udzielającymi poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) działania zmierzające do zwiększenia dojrzałości cyfrowej podmiotów leczniczych oraz do rozwoju kompetencji cyfrowych personelu (istotnym elementem każdej nowej usługi jest dbałość o jakość dostarczanych przez to rozwiązanie procedur, również w zakresie telemedycyny);
- 5) działania mające na celu systemowe wyposażenie stanowisk pracy całego personelu POZ, w tym w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej nad uczniami przez pielęgniarkę i higienistkę szkolną, w sprzęt umożliwiających wymianę danych w formie elektronicznej.

Status po aktualizacji:

zakończone

Oczekiwane rezultaty działania:

- zmniejszenie liczby wizyt w podmiocie leczniczym POZ, w szczególności w przypadku przedłużenia recepty, poprawa satysfakcji pacjenta z powodu zaoszczędzonego czasu.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2022.

Szacowane koszty działań: 16,0 mln zł.

Budżet programu E-STETOSKOP II wprowadzonego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych stetoskopów w ramach POZ przez świadczeniobiorców zakażonych wirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 257): 6 976 474,00 zł (Fundusz Przeciwdziałania COVID -19).

Budżet programu E-SPIROMETR wprowadzonego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych spirometrów w ramach POZ i AOS: 2 284 872,44 zł (Fundusz Przeciwdziałania COVID -19).

Budżet projektu „E-KONSYLIIUM - wdrożenie modelu zdalnych konsultacji kardiologicznych z wykorzystaniem platformy telemedycznej”: 8 589 933,12 zł (POWER)

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba zrealizowanych programów pilotażowych.
2. Liczba urządzeń do zdalnego monitorowania stanu zdrowia pacjentów przekazanych świadczeniodawcom POZ.
3. Liczba pacjentów monitorowanych za pomocą innowacyjnych urządzeń.

Działanie 2.4.8.

Rozwijanie i upowszechnianie nowoczesnych form udzielania świadczeń opieki zdrowotnej łączących elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny (telemedycyna) na poziomie POZ.

Status po aktualizacji:

zakończone

Oczekiwane rezultaty działania:

- zmniejszenie liczby wizyt w podmiocie leczniczym POZ, w szczególności w przypadku przedłużenia recepty, poprawa satysfakcji pacjenta z powodu zaoszczędzonego czasu.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2024.

Szacowane koszty działań: projekt telemedyczny: wartość 5 243 195 EUR tj. 22 599 743 zł. Projekt finansowany w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014–2021 w wysokości 85% oraz budżetu państwa w wysokości 15%.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba opracowanych modeli telemedycznych do wykorzystania na poziomie POZ.
2. Liczba osób stanowiących personel medyczny, które podniosły kwalifikacje w zakresie telemedycyny i e-zdrowia w wyniku przeprowadzonych szkoleń.
3. Liczba warsztatów promujących rezultaty programów pilotażowych telemedycyny i e-zdrowia.
4. Liczba przeprowadzonych kampanii podnoszących świadomość w zakresie telemedycyny i e-zdrowia.

Działanie 2.4.9.

Podniesienie kompetencji pielęgniarek i położnych POZ w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept oraz skierowania na badania. Działania będą realizowane w ramach subfunduszu rozwoju profilaktyki (wzmocnienie roli pielęgniarki POZ). Celem działania jest wzmocnienie roli pielęgniarki POZ i położnej POZ oraz finansowanie współczynników korygujących.

Status po aktualizacji:

kontynuowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- większa dostępność do świadczeń z zakresu POZ.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2022–2029.

Szacowane koszty działań: Finansowanie wskaźników korygujących dla lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ ze środków Funduszu Medycznego (subfundusz rozwoju profilaktyki) w latach 2024–2029 zaplanowano na łącznym poziomie 100 mln zł, z czego:

- w 2024 r. przewidywane wykonanie zaplanowano w kwocie 50 mln zł,
- w latach 2025–2029 przewiduje się koszty roczne w kwocie 10 mln zł.

Wskaźniki realizacji działania:

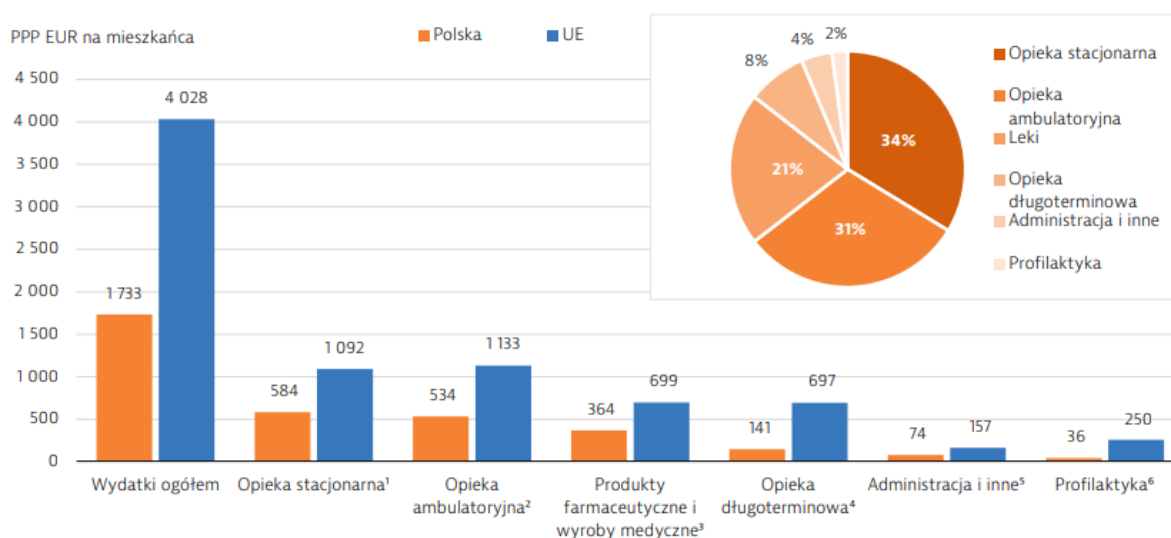
1. Liczba porad wykonanych przez pielęgniarki POZ i położne POZ.

2.5. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

W porównaniu do systemów opieki zdrowotnej w innych krajach UE w Rzeczypospolitej Polskiej występuje nierównowaga w strukturze świadczeń opieki zdrowotnej: leczenie pacjentów w nadmiernym stopniu opiera się na opiece stacjonarnej, zamiast na ambulatoryjnej. Ma to swoje odzwierciedlenie w kosztach przeznaczonych na poszczególne rodzaje opieki.

Rysunek 3. Wydatki na leczenie szpitalne i inne rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej (dane za 2021 r., z wyjątkiem Malty, w przypadku której dane odnoszą się do 2020 r.).

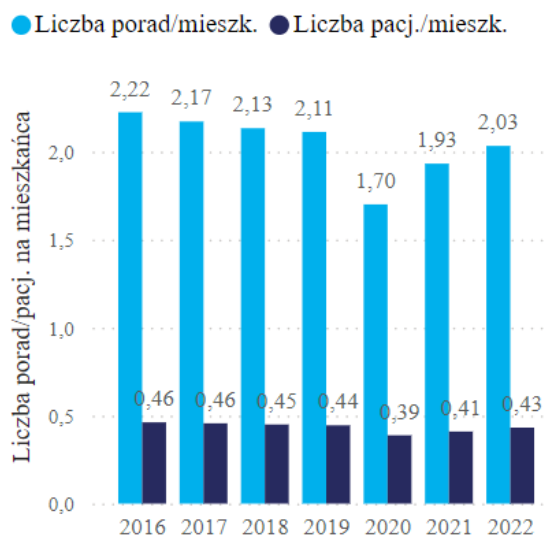


Uwagi: 1. Obejmuje opiekę medyczno-rehabilitacyjną w szpitalu i innych placówkach; 2. Obejmuje opiekę domową i usługi dodatkowe (np. transport pacjentów); 3. Obejmuje jedynie rynek leczenia ambulatoryjnego; 4. Obejmuje jedynie część dotyczącą zdrowia; 5. Obejmuje zarządzanie systemem ochrony zdrowia i administrację oraz inne wydatki; 6. Obejmuje wyłącznie wydatki na zorganizowane programy profilaktyczne. Średnia UE jest ważona.

Źródło: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2024), *Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2023*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b12d3d03-pl>

Od kilku lat obserwuje się spadek udziału AOS w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej ponoszonych przez NFZ, a w latach 2016–2022 także spadek liczby pacjentów korzystających z AOS (widoczne załamanie spowodowane pandemią COVID-19).

Rysunek 4. Liczba porad i pacjentów w AOS w latach 2016–2022 w przeliczeniu na liczbę mieszkańców.



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych NFZ

Równocześnie ze spadkiem liczby porad udzielanych w ramach NFZ następuje wzrost liczby porad w prywatnej opiece zdrowotnej.

Rysunek 5. Odsetek porad udzielonych poza NFZ (wśród wszystkich porad) w latach 2016–2019 dla dziewięciu wybranych specjalności.

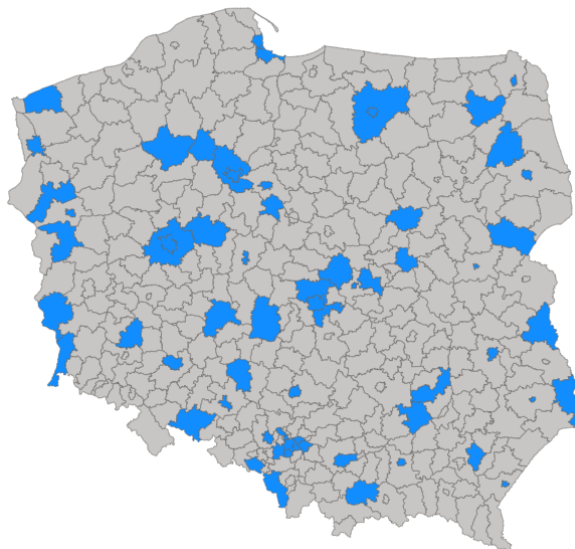


Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GUS (sprawozdania ZD-3) oraz NFZ

Głównym powodem, dla którego pacjenci wybierają usługi poza NFZ, jest długi czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej.

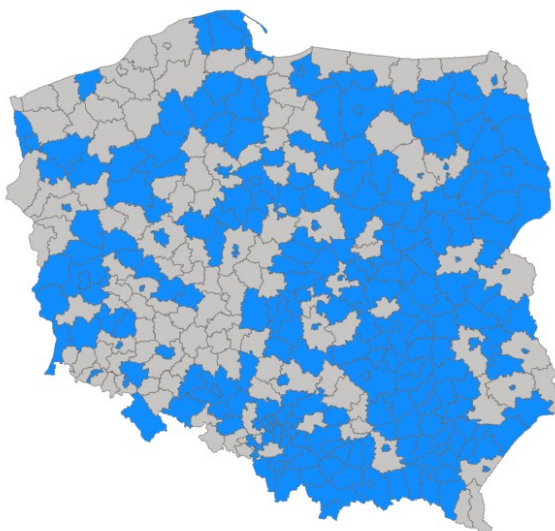
Na poniższych rysunkach przedstawiona została dostępność do poradni AOS (geriatrycznych, endokrynologicznych oraz położniczo-ginekologicznych). Kolorem szarym oznaczone zostały powiaty, w których nie występuje ani jedna poradnia tego typu. Zauważalne są duże różnice w dostępności do poradni. Widoczna jest bardzo niska dostępność do poradni geriatrycznych, w stosunku do ginekologicznych i ginekologiczno-położniczych. Biorąc pod uwagę zachodzące trendy demograficzne, należy uwzględnić je w planowaniu zapewnienia potrzeb Polaków w ramach AOS w szczególności na poziomie regionalnym.

Rysunek 6. Powiaty, w których znajdowały się poradnie geriatryczne w 2022 r.



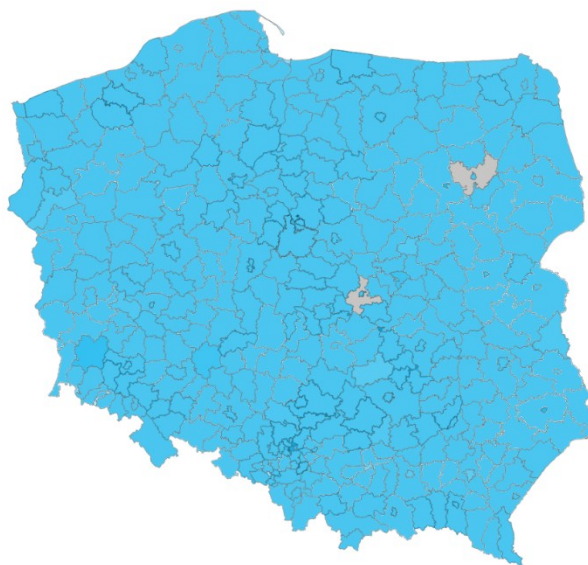
Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GUS oraz NFZ

Rysunek 7. Powiaty, w których znajdowały się poradnie endokrynologiczne w 2022 r.



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GUS oraz NFZ

Rysunek 8. Powiaty, w których znajdowały się poradnie ginekologiczne i położniczo-ginekologiczne w 2022 r.



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GUS oraz NFZ

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

- 1) Zapewnienie systemu finansowania świadczenia motywującego do wykonywania w AOS większej liczby świadczeń opieki zdrowotnej, które nie wymagają hospitalizacji, a stanowią często podstawę skierowania na leczenie szpitalne (dotyczy to w szczególności pogłębionej diagnostyki i mniej skomplikowanych zabiegów).
- 2) Zapewnienie większej koordynacji między POZ i AOS w zakresie opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi (w tym wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej), co pozwoli na zwiększenie roli POZ w leczeniu tej grupy chorób i odciążenie poradni specjalistycznych.
- 3) Zapewnienie większego dostępu do poradni w pozostałych specjalnościach charakteryzujących się wyjątkowo wysokim czasem oczekiwania na świadczenie opieki zdrowotnej m.in. przez rozwijanie narzędzi ułatwiających zapisywanie i wypisywanie pacjentów z kolejek oraz wprowadzenie rozwiązań motywujących pacjentów do informowania podmiotów leczniczych o odwoływaniu wizyt.
- 4) Zapewnienie szybkiej, specjalistycznej, nocnej pomocy lekarskiej przez stworzenie CNPL.
- 5) Niezbędne jest wzmocnienie roli AOS w procesie diagnostyki i leczenia, co spowoduje odciążenie leczenia szpitalnego. Celem jest zapewnienie większego dostępu do poradni specjalistycznych, poprawa jakości diagnostyki

i leczenia w ramach AOS oraz wyrównywanie różnic w dostępności. Służyć temu będzie poprawa stanu infrastruktury wykorzystywanej do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie.

- 6) W społeczeństwie funkcjonują osoby z różnymi niepełnosprawnościami, którym należy zapewnić dostępność do podmiotów realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w ramach AOS. Konieczne jest opracowanie i wdrożenie standardu dostępności dla podmiotów leczniczych AOS.

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.5.1.

Stworzenie trzypoziomowego systemu udzielania nocnej pomocy lekarskiej:

- 1) wypełnienie ankiety dotyczącej stanu zdrowia lub rozmowa z konsultantem. Dostępność ankiety na IKP, moje IKP, platforma DOM, automatyczna infolinia, kontakt z konsultantem. Wypełniona ankieta lub przeprowadzona konsultacja stanowi podstawę kontaktu z CNPL;
- 2) stworzenie sieci powiatowych ambulatoriów przy jednoczesnej rezygnacji z usług podmiotów świadczących obecnie nocną i świąteczną pomoc lekarską;
- 3) polecenie pacjentowi wezwania ZRM, jeżeli w wywiadzie zidentyfikowano podejrzenie bezpośredniego zagrożenia życia.

Nowa formuła nocnej pomocy lekarskiej zostanie wdrożona po przeprowadzeniu programów pilotażowych.

Status po aktualizacji:

anulowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- zapewnienie szybkiej i specjalistycznej NiŚOZ;
- odciążenie SOR;
- stworzenie CNPL.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, CeZ, NFZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2022.

Szacowane koszty działań: 20,0 mln zł (koszt do wdrożenia, bez obsługi).

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba osób korzystających z NiŚOZ.
2. Liczba osób korzystających z teleporad przez NiŚOZ.

3. Odsetek wizyt na SOR po telekonsultacji.

Działanie 2.5.2. – przeniesione do rozdziału 2.13.3.

Działanie 2.5.3. – przeniesione do rozdziału 2.13.4.

Działanie 2.5.4.

Wsparcie inwestycji w infrastrukturę, sprzęt i wyposażenie AOS w ponadregionalnych podmiotach leczniczych (dla których organem założycielskim lub prowadzącym jest minister lub wojewoda) mające na celu:

- 1) odwracanie piramidy świadczeń opieki zdrowotnej, rozumiane jako przeniesienie ciężaru realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego m. in. do AOS;
- 2) rozwój udzielania świadczeń zabiegowych w trybie tzw. „jednego dnia”.

Status po aktualizacji: nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie dostępu do badań diagnostycznych i leczniczych w ramach AOS;
- zwiększenie udziału leczonych pacjentów AOS w stosunku do leczenia szpitalnego.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2027.

Szacowane koszty działań: ok. 1 mld zł.

Program Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat i Środowisko 2021–2027.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie AOS.

Działanie 2.5.5.

Wdrożenie działań projakościowych w systemie ochrony zdrowia polegających na dostosowaniu podmiotów leczniczych AOS do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami (głównie osoby z niepełnosprawnością i osoby starsze), w oparciu o Standardy Dostępności dla Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej.

Status po aktualizacji: nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- poprawa dostępności 362 podmiotów leczniczych AOS w zakresie architektonicznym, cyfrowym oraz informacyjno-komunikacyjnym;
- podniesienie kompetencji w zakresie komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami pracowników podmiotów leczniczych AOS – 1000 osób.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2023–2028.

Szacowane koszty działań: Program Operacyjny Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego (FERS) na lata 2021–2027; wartość projektu: 388 686 980 zł.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu AOS, objętych wsparciem w ramach podnoszenia standardu obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami - 362.
2. Liczba opracowanych Standardów Dostępności dla podmiotów leczniczych AOS - 1.
3. Liczba pracowników podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu AOS, którzy dzięki uczestnictwu w szkoleniu centralnym, podnieśli swoje kompetencje w zakresie obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami – 1000.

Działanie 2.5.6.

Opracowanie standardu organizacyjnego określającego sposób w jaki udzielana będzie „teleporada”, przez stworzenie warunków technicznych oraz uruchomienie aplikacji umożliwiającej realizację świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie AOS.

Status po aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dla osób z ograniczoną mobilnością, osób starszych i tych, którzy mieszkają poza dużymi ośrodkami miejskimi;
- odciążenie systemu ochrony zdrowia;
- ograniczenie rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2024–2026

Szacowane koszty działań: działanie legislacyjne bezkosztowe, docelowe koszty zostaną zdefiniowane po pracach legislacyjnych.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Wdrożony standard „teleporady” realizowanej w ramach AOS.

Działanie 2.5.7.

Analiza możliwości korzystania z konsultacji lekarskich oraz innych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom niepełnoletnim powyżej 15 roku życia bez obecności rodzica lub opiekuna prawnego, wypracowanie propozycji rozwiązań prawnych w tym zakresie i podjęcie inicjatywy ustawodawczej.

Status po aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- wprowadzenie zmian w prawie mających na celu rozszerzenie prawa do reprezentowania siebie w podmiotach leczniczych osób w wieku pomiędzy 15 rokiem życia a 18 rokiem życia;
- zwiększenie częstotliwości korzystania przez osoby pomiędzy 15 rokiem życia a 18 rokiem życia ze świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej w szczególności w zakresie zdrowia seksualnego oraz zdrowia psychicznego;
- zabezpieczenie możliwości reprezentowania przez pacjentów swoich interesów wobec podmiotów leczniczych, przez stopniowe kształtowanie kompetencji w tym zakresie.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2024–2025

Szacowane koszty działań: działanie legislacyjne bezkosztowe

Wskaźnik realizacji działania:

1. Wejście w życie przepisów prawa.

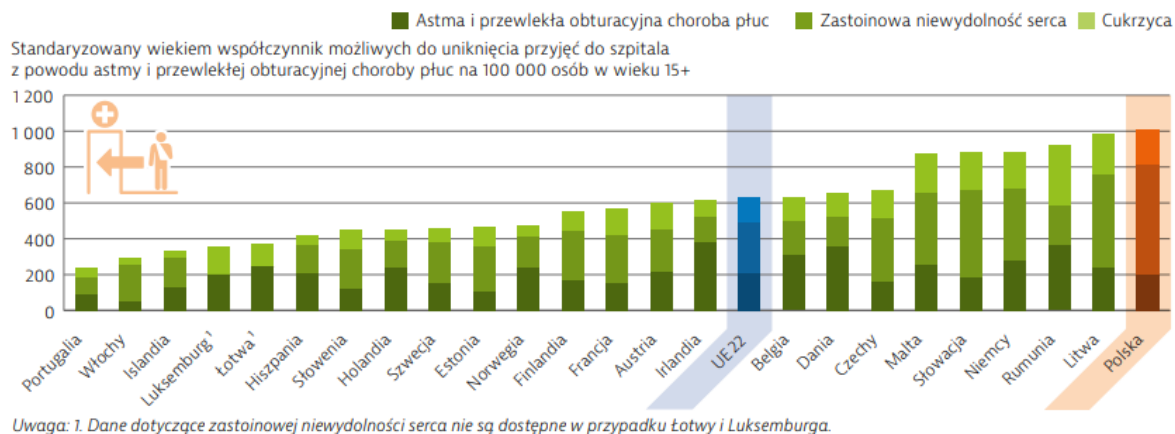
2.6. Leczenie szpitalne

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

Liczba hospitalizacji w niektórych chorobach przewlekłych jest znacznie wyższa niż wskazywałyby na to etiologia choroby. Wśród pacjentów chorujących na choroby przewlekłe, np. chorobę niedokrwienną serca czy cukrzycę, występuje wysoki odsetek hospitalizacji, który nie zmienił się znacząco od 2014 r. Poziom możliwych do

uniknięcia hospitalizacji w przypadku schorzeń, które można leczyć w warunkach ambulatoryjnych, należy do najwyższych w Europie i ukazuje braki w świadczeniu POZ.

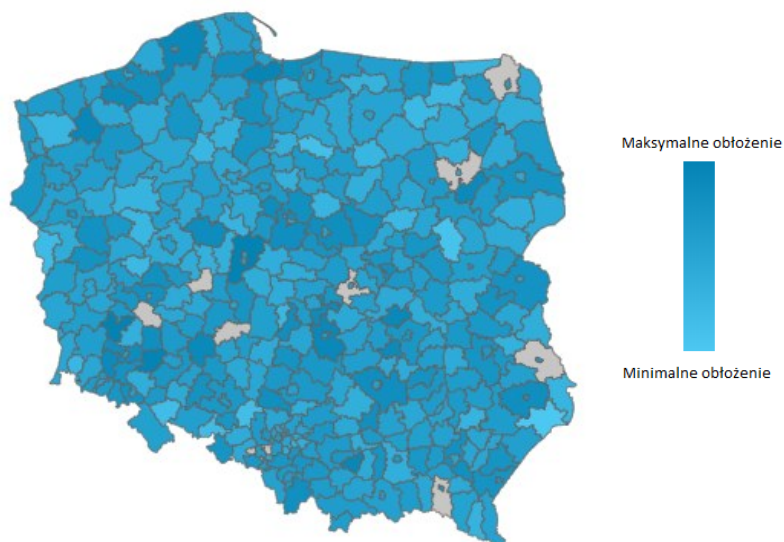
Rysunek 9. Współczynnik możliwych do uniknięcia przyjęć do lekarza w wybranych krajach UE



Źródło: statystyki OECD z 2021 r. dotyczące zdrowia (dane za 2019 r. lub najbliższy rok)

Rzeczpospolita Polska ma jeden z najwyższych w Europie wskaźników liczby łóżek szpitalnych przypadających na 100 tys. mieszkańców. Dodatkowo istotnym problemem jest kwestia ich niskiego obłożenia w większości obszarów kraju.

Rysunek 10. Średnie obłożenie łóżek w procentach w powiatach w Rzeczypospolitej Polskiej w 2022 r.

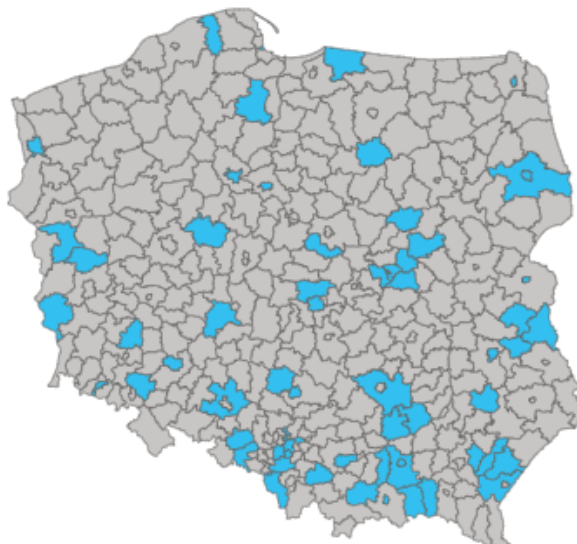


Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ i MSWiA

Jedynie ok. 1% łóżek stanowią łóżka na oddziałach geriatrycznych i psychogeriatrycznych. Ponadto zauważalne jest silne zróżnicowanie regionalne w dostępności do łóżek geriatrycznych lub psychogeriatrycznych. Jedynie

w 85 podmiotach (w 64 powiatach) dostępne były łóżka geriatryczne lub psychogeriatryczne w 2022 r.

Rysunek 11. Powiaty, w których znajdowały się łóżka geriatryczne i psychogeriatryczne w 2022 r. (zaznaczone kolorem niebieskim).



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie sprawozdań MZ i MSWiA

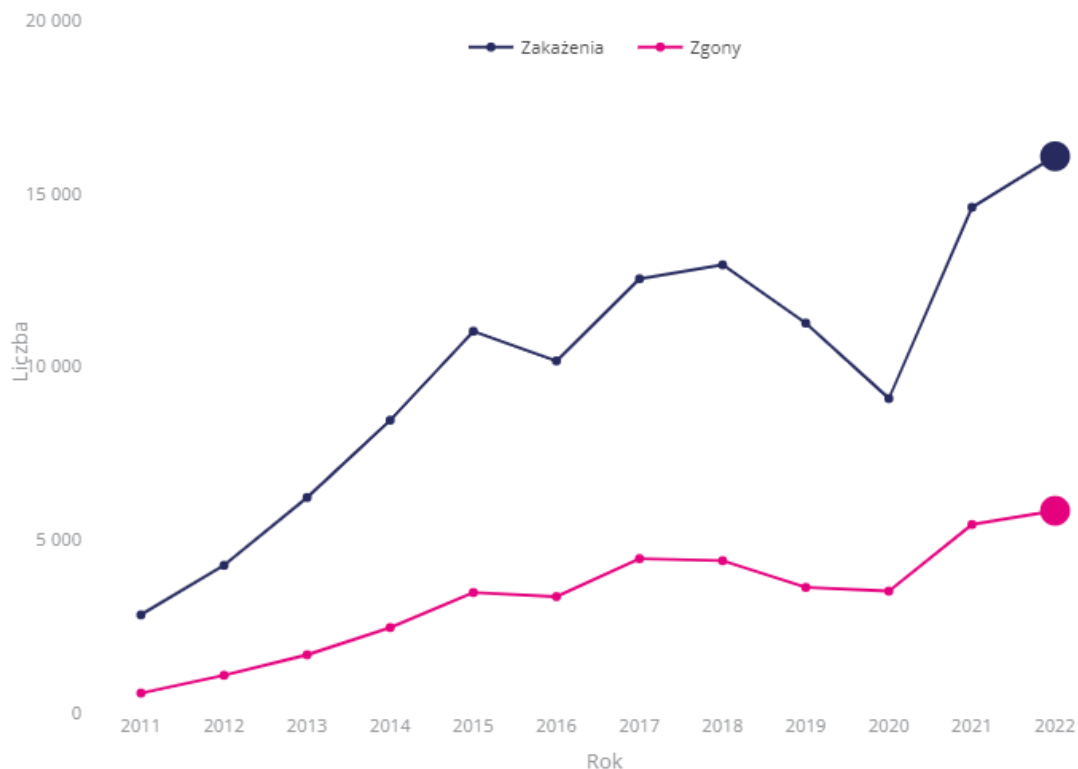
Mając na uwadze optymalizację wykorzystania zasobów, wraz z postępującym starzeniem się społeczeństwa należy intensywnie wspierać rozwój infrastruktury podmiotów leczniczych przekształcających oddziały szpitalne lub ich części w oddziały geriatryczne. Według „Programu inwestycyjnego modernizacji podmiotów leczniczych”¹¹ w celu zaspokojenia obecnych potrzeb geriatrycznych należy utworzyć co najmniej 850 łóżek geriatrycznych przez przekształcenia łóżek na innych oddziałach wykazujących niskie obłożenie. Jest to rekomendacja stanowiąca ważny wektor zmian na poziomie zarówno krajowego jak i regionalnego planowania racjonalizacji opieki zdrowotnej. Ponadto zasadne jest również dążenie do zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach innych oddziałów, w tym zwłaszcza internistycznych, ze względu na profil pacjenta oddziału internistycznego, w praktyce pokrywający się z pacjentem geriatrycznym oraz zasoby kadrowe.

Ważnym zagadnieniem w opiece szpitalnej jest również jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Jednym z kluczowych wskaźników wskazujących na konieczność poprawy w tym obszarze są zakażenia wewnątrzszpitalne. Przykładowo, w ostatnich

¹¹ Program ustanowiony uchwałą nr 173 Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą "Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych" (M.P. poz. 908).

latach odnotowano rosnącą liczbę pacjentów zakażonych bakterią *Clostridium difficile* (CDI), a także wzrastający odsetek zgonów spowodowanych tym zakażeniem.

Rysunek 12. Liczba zakażeń CDI oraz zgonów w ciągu 90 dni od rozpoznania CDI w latach 2011–2022



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Kolejnym wyzwaniem stojącym przed polskim szpitalnictwem jest dalszy proces koncentracji świadczeń opieki zdrowotnej w ośrodkach o odpowiednim zapleczu i doświadczeniu dla chorób rzadkich oraz innych chorób wymagających skomplikowanego oraz kompleksowego leczenia. Z analiz wynika, że 7,8% pacjentów korzystało w 2022 r. z zabiegów kompleksowych przeprowadzanych w szpitalach I poziomu zabezpieczenia lub poza siecią.

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

- 1) W celu obniżenia nadmiernej liczby hospitalizacji, która jest przyczyną powstawania nieuzasadnionych kosztów, rekomenduje się zwiększenie dostępności badań diagnostycznych w warunkach ambulatoryjnych, w szczególności przez regulacje sprzyjające realizowaniu tych świadczeń opieki zdrowotnej w AOS (np. adekwatna wycena świadczeń, wskaźniki jakościowe).
- 2) Wraz ze wzrostem liczby pacjentów leczonych w AOS nastąpi spadek obłożenia łóżek na oddziałach szpitalnych, należy zatem zracjonalizować liczbę łóżek

na oddziałach szpitalnych lub przekształcić je zgodnie z prognozami demograficznymi w łóżka opieki długoterminowej.

- 3) Konieczny jest dalszy proces centralizacji oraz koncentracji świadczeń opieki zdrowotnej w ośrodkach o odpowiednim zapleczu i doświadczeniu dla chorób rzadkich oraz innych chorób wymagających skomplikowanego oraz kompleksowego leczenia.
- 4) Jednocześnie należy rozwijać formy planowe i jednodniowe w celu zabezpieczenia populacji w świadczenia zabiegowe przy jednoczesnej optymalizacji kosztów.
- 5) Należy zastosować szersze wykorzystanie wskaźników jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Wskaźniki te powinny być analogiczne do tych, które są stosowane przy porównaniach z innymi krajami. Wskazane jest również wprowadzenie wskaźników opartych na miarach deklaracyjnych z ankiet wypełnianych przez pacjentów, oceniających wykonane procedury i ogólną jakość świadczeń opieki zdrowotnej. Należy dalej wspierać wzrost jakości świadczeń udzielanych w ramach leczenia szpitalnego, m.in. przez wzmocnienie roli akredytacji w ochronie zdrowia przy zapewnieniu aktualizacji jej standardów, wdrożenie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych nieopartego na winie, a także nadanie większej wagi wskaźnikowi jakościowemu w algorytmie obliczającym kwoty umów, a w konsekwencji zwiększenie roli płatności za jakość świadczeń opieki zdrowotnej.

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.6.1.

Wejście w życie rozwiązań prawnych wspierających konsolidację i poprawę efektywności podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (podmiotów szpitalnych), w tym:

- 1) lepsze dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, przez reformę struktury i funkcjonowania systemu PSZ/sieci szpitali, w szczególności:
 - a) utrzymanie trybu bez konkursowego zawierania umów w ramach PSZ,
 - b) oparcie procesu kwalifikacji na oddziałach, nie zaś całych szpitalach, w celu zapewnienia większej elastyczności w dostosowaniu podmiotów leczniczych do potrzeb populacji,
 - c) działania na rzecz racjonalizacji piramidy świadczeń,

- d) umożliwienie części szpitali przejścia na jednodniowe formy opieki lub hospitalizację planową;
- 2) wdrożenie rozwiązań umożliwiających konsolidację podmiotów leczniczych, w szczególności przez wprowadzenie możliwości tworzenia i prowadzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez związki jednostek samorządu terytorialnego;
 - 3) wzmocnienie nadzoru podmiotów tworzących w przygotowaniu i realizacji programów naprawczych SPZOZ, w szczególności przez doszczegółowienie procedury sporządzania, opiniowania i zatwierdzania planu naprawczego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;
 - 4) wsparcie procesów konsolidacyjnych i restrukturyzacji szpitali mającej na celu poprawę sytuacji finansowej szpitali;
 - 5) wdrożenie projektu szkoleniowego dla kadry zarządzającej w podmiotach leczniczych i organach właścicielskich;
 - 6) powołanie przez Ministra Zdrowia zespołu do spraw zmian systemowych i deregulacji.

Status po aktualizacji:

zaktualizowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- optymalizacja działalności podmiotów szpitalnych;
- dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do potrzeb regionalnych;
- koncentracja świadczeń opieki zdrowotnej, racjonalizacja kosztów prowadzonej działalności oraz wydatków publicznego płatnika, poprawa jakości świadczeń opieki zdrowotnej;
- poprawa jakości zarządzania podmiotu szpitalnego oraz restrukturyzacja jego zadłużenia.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2024–2027

Szacowane koszty działań: koszty zostaną ustalone po zakończeniu prac.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Wejście w życie ustawy.

Działanie 2.6.2.

Tworzenie warunków do rozwoju centrów specjalistycznych oraz wprowadzanie działań mających na celu poprawę koncentracji świadczeń opieki zdrowotnej:

Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne na lata 2024–2028

Status po aktualizacji:

zaktualizowane

Oczekiwane rezultaty działania:

Poprawa jakości leczenia chorych wymagających specjalistycznego leczenia, w tym:

- 1) zmniejszenie liczby osób, które z powodu wylewów krwotocznych nie mogą się uczyć lub pracować i wcześniej przechodzą na rentę;
- 2) zmniejszenie liczby pacjentów, cierpiących z powodu braku należytego leczenia hemofilii lub pokrewnych skaz krwotocznych;
- 3) poprawa jakości życia chorych;
- 4) objęcie opieką ośrodków leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych maksymalnej liczby chorych;
- 5) poprawa wiedzy personelu medycznego w zakresie leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2024–2028.

Szacowane koszty działań: 2 605,5 mln zł

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba pacjentów objętych opieką ośrodków leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych.
2. Liczba ośrodków leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych, z których przeszkolono kadrę medyczną w ramach Programu.
3. Liczba depozytów koncentratów czynników krzepnięcia ze środków Programu.

Działanie 2.6.3.

Tworzenie warunków do rozwoju centrów specjalistycznych oraz wprowadzanie działań mających na celu poprawę koncentracji świadczeń opieki zdrowotnej: Plan dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025.

Status po aktualizacji:

zaktualizowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- poprawa dostępu pacjentów z chorobami rzadkimi do nowoczesnej diagnostyki i wielodyscyplinarnej, koordynowanej opieki medycznej, zgodnej z aktualnym stanem wiedzy i możliwościami technologicznymi.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2024–2025.

Szacowane koszty działań:

Koszty do końca 2025 r.:

- opracowanie krajowych zaleceń powoływania Ośrodków Ekspertkich Chorób Rzadkich, powołanie nowych OECR oraz analiza wprowadzonych dla nich produktów rozliczeniowych – 500 000 zł,
- działalność Rady do spraw Chorób Rzadkich - 500 000 zł,
- zwiększenie dostępu do nowoczesnej aparatury medycznej oraz poprawy infrastruktury podmiotów leczniczych – 70 000 000 zł,
- Budowa Systemu dla Chorób Rzadkich, w tym Polskiego Rejestru Chorób Rzadkich - 21 243 793,95 zł.

Środki finansowe na realizację Planu dla Chorób Rzadkich zaplanowano w ramach budżetu państwa, części 46 – Zdrowie.

Do końca trwania prac związanych z realizacją Planu całkowity koszt wyniesie 98 243 793,95 zł, w tym 6 000 000 zł – kampania społeczna o chorobach rzadkich.

Powołanie OECR na podstawie ich członkostwa w Europejskich Sieciach Referencyjnych, odbyło się bezkosztowo.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Wprowadzenie przepisów ustanawiających kryteria oraz zasady i procedury powoływania OECR na terenie kraju.
2. Liczba OECR spełniających warunki, które zostały powołane przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
3. Liczba OECR należących do europejskich sieci referencyjnych dla chorób rzadkich.
4. Liczba pacjentów objętych diagnostyką i leczeniem w OECR.
5. Liczba wykonanych wielkoskalowych badań genomowych zleconych w ramach kompetencji danego OECR finansowanych wg ustalonych zasad ze środków publicznych (analiza roczna, konsultanci wojewódzcy oraz konsultanci krajowi).
6. Liczba zgłoszeń chorób rzadkich wprowadzonych przez OECR do Polskiego Rejestru Chorób Rzadkich.
7. Liczba lub procent rozpoznanych chorób wprowadzonych do Polskiego Rejestru Chorób Rzadkich.

Działanie 2.6.4.

Realizacja założeń ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692):

- wzmocnienie roli akredytacji,
- zapewnienie aktualizacji standardów,
- wprowadzenie autoryzacji do szpitali,
- utworzenie rejestru zdarzeń niepożądanych,
- rejestry i jakość jako składowe finansowania podmiotów.

Status po aktualizacji:

zaktualizowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- poprawa bezpieczeństwa pacjentów dzięki stworzeniu spójnego systemu jakości w opiece zdrowotnej.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ, CMJ

Planowany okres, w których działanie będzie realizowane: lata 2022–2030.

Szacowane koszty działań: 363,8 mln zł.

Finasowanie z budżetu państwa część 46 – Zdrowie

Ze względu na zmianę koncepcji projakościowych oraz wczesny etap ich wdrażania na tym etapie brak jest możliwości oszacowania kosztów. W związku z trybem procedowania projektu - procedowany był poselski projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, do projektu nie została załączona kalkulacja skutków finansowych ustawy.

W dniu 19 kwietnia 2024 r. Minister Zdrowia powołała Radę Akredytacyjną. Członkom Rady przysługuje wynagrodzenie nieprzekraczające 60% średniego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, włącznie z wypłatami z zysku, za pierwszy kwartał poprzedniego roku, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, za udział w każdym posiedzeniu Rady Akredytacyjnej.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba wydanych certyfikatów akredytacyjnych (możliwy do wyliczenia od 2026 r.: pierwsze akredytacje będą realizowane w 2025 r.).

Działanie 2.6.5. – połączone z działaniem 2.9.5.

Działanie 2.6.6. – przeniesione do rozdziału 2.13.6

Działanie 2.6.7.

Inwestycja D1.1.1 Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych w ramach KPO .

Status po aktualizacji: nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- poprawa jakości opieki i zapewnienie lepszego dostępu do opieki szpitalnej
- Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ**

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane:

uruchomienie naboru – III kwartał 2024 r.

zakończenie realizacji przedsięwzięć – II kwartał 2026 r.

Szacowane koszty działań: ok. 8 mld zł

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba umów podpisanych między szpitalami a MZ (lub inną instytucją wskazaną przez MZ) na zakup sprzętu medycznego lub inwestycje infrastrukturalne.

Działanie 2.6.8.

Inwestycje w infrastrukturę strategiczną podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach i zakresach onkologicznych. Wsparcie polegać będzie na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury.

Status po aktualizacji: nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- rozwój strategicznej infrastruktury podmiotów leczniczych, zwiększenie dostępności do świadczeń specjalistycznych i świadczeń wysokospecjalistycznych oraz wsparcie rozwój systemu kształcenia kadr medycznych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2024–2026

Szacowane koszty działań: ok. 4,19 mld zł

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba podmiotów leczniczych, którym udzielono wsparcia ze środków Funduszu Medycznego Subfunduszu Infrastruktury Strategicznej.

Działanie 2.6.9.

Inwestycje w infrastrukturę strategiczną podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci (budowa, przebudowa, modernizacja lub doposażenie infrastruktury).

Status po aktualizacji: **nowe**

Oczekiwane rezultaty działania:

- rozwój strategicznej infrastruktury podmiotów leczniczych, zwiększenie dostępności do świadczeń specjalistycznych i świadczeń wysokospecjalistycznych oraz wsparcie rozwój systemu kształcenia kadr medycznych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2023–2028

Szacowane koszty działań: ok. 3,12 mld zł

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba podmiotów leczniczych, którym udzielono wsparcia ze środków Funduszu Medycznego Subfunduszu Infrastruktury Strategicznej.

2.7. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

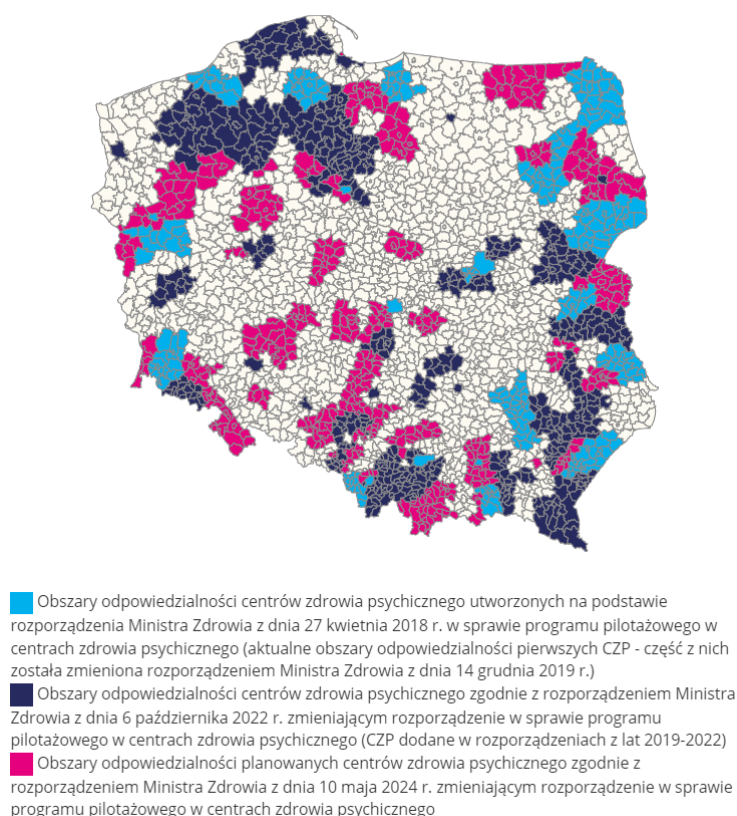
Udział wydatków na opiekę psychiatryczną w Rzeczypospolitej Polskiej w 2023 r.¹² wyniósł 4,3% wydatków NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej.

W ostatnich latach wprowadzane są zmiany w funkcjonowaniu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w kraju. W przypadku opieki psychiatrycznej dorosłych, w 2018 r.

¹² Ostateczny plan finansowy NFZ na 2023 r.

rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 875) wprowadzono program pilotażowy CZP, które mają zapewnić dostęp do skoordynowanej i kompleksowej opieki udzielanej w środowisku lokalnym. Reforma psychiatrii dzieci i młodzieży, zapoczątkowana w 2019 r., zakłada utworzenie ośrodków leczenia na trzech poziomach referencyjności, z dostępem do opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej I poziomu referencyjnego w każdym powiecie lub grupie powiatów.

Rysunek 13. CZP w 2024 r.



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie z rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w CZP.

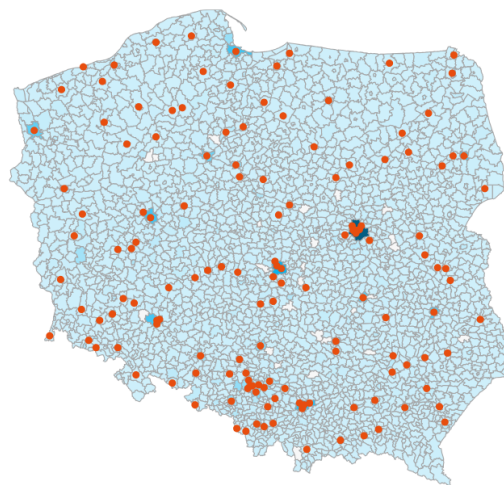
Zasięg poszczególnych form leczenia w 2023 r. był zróżnicowany. Jak wynika z analiz, w Rzeczypospolitej Polskiej najwięcej było poradni zdrowia psychicznego. Korzystali z nich pacjenci zamieszkujący na terenie 99% wszystkich gmin w kraju. Liczba oddziałów psychiatrycznych była zdecydowanie mniejsza, jednak zasięg leczenia również obejmował obszar 99% gmin na terenie całego kraju. Opieka stacjonarna nie musi znajdować się tak blisko miejsca zamieszkania jak w przypadku pozostałych form leczenia psychiatrycznego. Z oddziałów dziennych korzystali pacjenci zamieszkujący blisko świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w tej formie leczenia. Z analiz wynika, że w roku 2023 z opieki w ramach ZLŚ dla dorosłych w 2023 r. skorzystało 3,51% pacjentów opieki psychiatrycznej, natomiast z opieki w ramach

ZŁŚ pozostających w strukturze CZP skorzystało 7,94% pacjentów objętych opieką CZP; z oddziałów dziennych psychiatrycznych dla dorosłych skorzystało 1,21% pacjentów opieki psychiatrycznej, natomiast z oddziałów dziennych psychiatrycznych dla dorosłych pozostających w strukturze CZP skorzystało 1,71% pacjentów objętych opieką CZP. Zarówno ZŁŚ, jak i oddziałyienne, umożliwiają pacjentom leczenie kompleksowe¹³ zapobiegające zaostrzeniom niektórych zaburzeń (np. schizofrenii¹⁴) i znacznie zmniejszają prawdopodobieństwo hospitalizacji¹⁵.

Rysunek 14. Lokalizacja poradni zdrowia psychicznego wraz z miejscem zamieszkania pacjentów, którym udzielono w nich świadczeń opieki zdrowotnej w 2023 r.



Rysunek 15. Lokalizacja oddziałów szpitalnych wraz z miejscem zamieszkania pacjentów, którym udzielono w nich świadczeń opieki zdrowotnej w 2023 r.



¹³ Zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022; na opiekę kompleksową składają się: opieka ambulatoryjna, mobilna/środowiskowa, dzienna oraz całodobowa.

¹⁴ Analiza problemu zdrowotnego: schizofrenii, <http://analizy.mz.gov.pl:8080/app/schiz/>

¹⁵ <http://www.psychoterapiaptp.pl/uploads/PT2009n3s43Technicki.pdf>

Rysunek 16. Lokalizacja oddziałów dziennych wraz z miejscem zamieszkania pacjentów, którym udzielono w nich świadczeń opieki zdrowotnej w 2023 r.



Rysunek 17. Lokalizacja zespołów leczenia środowiskowego wraz z miejscem zamieszkania pacjentów, którym udzielono w nich świadczeń opieki zdrowotnej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Pacjenci poniżej 18. roku życia często korzystają z form opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przeznaczonych dla dorosłych, a także z opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń. W 2023 r. prawie 4 tys. pacjentów leczono się na oddziałach pediatrycznych z rozpoznaniem głównym zaburzeń psychicznych (ICD-10 w zakresie F00-F99). Dla porównania na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci leczono się 14,7 tys. takich pacjentów.

W grupach wiekowych 0-5 lat oraz 6-11 lat więcej pacjentów skorzystało z opieki w ramach świadczeń opieki zdrowotnej AOS niż ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (biorąc pod uwagę wyłącznie świadczenia z rozpoznaniem głównym zaburzeń psychicznych).

Od 2019 r. do 2023 r. wzrosła liczba psychiatrów dziecięcych z 426 do 546. Wartość wskaźnika liczby lekarzy na 100 tys. ludności w wieku 0-17 lat w Rzeczypospolitej Polskiej w tym okresie zwiększył się z 7,7 do 7,95 (mediana w krajach UE w 2016 r. wyniosła 10 lekarzy). Rekomendowana przez WHO liczba psychiatrów dziecięcych na 100 tys. ludności - populacja dzieci i młodzieży, wynosi 10.

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

- 1) W przypadku leczenia dorosłych: dysproporcja udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach leczenia stacjonarnego w porównaniu z ambulatoryjnym i

pośrednim (wyższe koszty finansowania pierwszych wymienionych) oraz utrudniony dostęp do kompleksowości i koordynacji opieki. Wymagane są działania w zakresie rozwoju środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej gwarantującego dobrze skoordynowaną psychiatryczną opiekę zdrowotną blisko miejsca zamieszkania.

- 2) W przypadku leczenia dzieci i młodzieży: brak zaspokojenia potrzeb populacyjnych na świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, utrudniony dostęp do kompleksowości i koordynacji opieki. Potrzeba uwzględnienia w opiece terapii środowiskowej i koordynacji opieki ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.
- 3) Niewystarczająca liczba lekarzy psychiatrów w stosunku do zapotrzebowania – utrudniony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, których warunkiem realizacji jest lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii.
- 4) Kryzys zdrowia psychicznego dotyka wielu osób, coraz częściej dzieci i młodzież. Dlatego należy wspierać rozwój infrastruktury podmiotów leczniczych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień we wszystkich formach. Zwiększy to dostępność do świadczeń w zakresie ochrony zdrowia psychicznego oraz poprawi komfort zarówno dla pacjentów, jak i personelu.

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.7.1.

Rozwój podmiotów świadczących skoordynowaną opiekę psychiatryczną w oparciu o założenia modelu środowiskowego (CZP), w tym wsparcie infrastrukturalne nowych i istniejących CZP dla dorosłych.

Status po aktualizacji:

kontynuowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie liczby podmiotów świadczących skoordynowaną opiekę psychiatryczną w oparciu o założenia modelu środowiskowego oraz zwiększenie dostępności do świadczeń psychiatrycznych w środowisku lokalnym.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2022–2027.

Szacowane koszty działań: 1 780 mln zł. oraz ok. 116,9 mln zł z Programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021–2027.

Nakłady finansowe NFZ na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego w latach 2021–2023 przedstawiały się następująco:

w 2021 r.: 460 252 000 zł

w 2022 r.: 741 285 000 zł

w 2023 r.: 1 497 224 000 zł

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba powiatów mających dostęp do podmiotów świadczących skoordynowaną opiekę psychiatryczną w oparciu o założenia modelu środowiskowego i gmin objętych obszarem odpowiedzialności na przestrzeni lat.
2. Liczba hospitalizacji, w tym długość pobytu pacjenta na oddziale psychiatrycznym.
3. Liczba porad udzielonych w poradniach psychiatrycznych, w tym w zakresie psychiatrii środowiskowej.

Działanie 2.7.2.

Upowszechnienie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, w tym:

- 1) wzrost liczby ośrodków I poziomu referencyjnego nowego modelu – utworzenie nowych oraz przekształcenie obecnych świadczeniodawców w podmioty II i III poziomu;
- 2) zwiększenie liczby specjalistów, szczególnie na terenach gmin mniejszych miejscowości;
- 3) opracowanie standardów organizacyjnych i leczenia.

Status aktualizacji:

kontynuowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- wzrost liczby świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży, a co za tym idzie poprawa dostępu do tego typu świadczeń.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2022–2027.

Szacowane koszty działań: Nakłady finansowe NFZ na realizację świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w latach 2021–2023 przedstawiały się następująco:

w 2021 r.: 427 571 320 zł

w 2022 r.: 737 758 440 zł

w 2023 r.: 1 067 384 242 zł

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba ośrodków nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (na I, II i III poziomie referencyjności).
2. Liczba świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna udzielanych dzieciom i młodzieży (w tym liczba świadczeń środowiskowych oraz liczba hospitalizacji, w tym długość pobytu pacjenta na oddziale).

Działanie 2.7.3.

Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów realizujących świadczenia opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień we wszystkich formach.

Status aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- poprawa jakości leczenia dzieci i młodzieży doświadczających kryzysów psychicznych przez podniesienie standardów diagnostycznych oraz poprawę warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2027.

Szacowane koszty działań: ok. 730 mln zł.

Program Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat i Środowisko 2021–2027.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Roczna liczba użytkowników nowych lub zmodernizowanych podmiotów leczniczych.
2. Pojemność nowych lub zmodernizowanych podmiotów leczniczych.
3. Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie psychiatrii na I, II i III poziomie referencyjnym

Działanie 2.7.4.

Budowa, przebudowa, modernizacja lub doposażenie podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Status aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- wsparcie infrastruktury strategicznej podmiotów leczniczych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2025–2029.

Szacowane koszty działań: 3 000 mln zł, przy czym 1 700 mln zł wsparcie projektów strategicznych o wartości od 2 do 50 mln zł, natomiast 1 300 mln zł wsparcie dużych projektów strategicznych o wartości od 50 mln zł do 200 mln zł.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba podmiotów leczniczych, którym udzielono wsparcia ze środków Funduszu Medycznego Subfunduszu Infrastruktury Strategicznej

2.8. Rehabilitacja medyczna

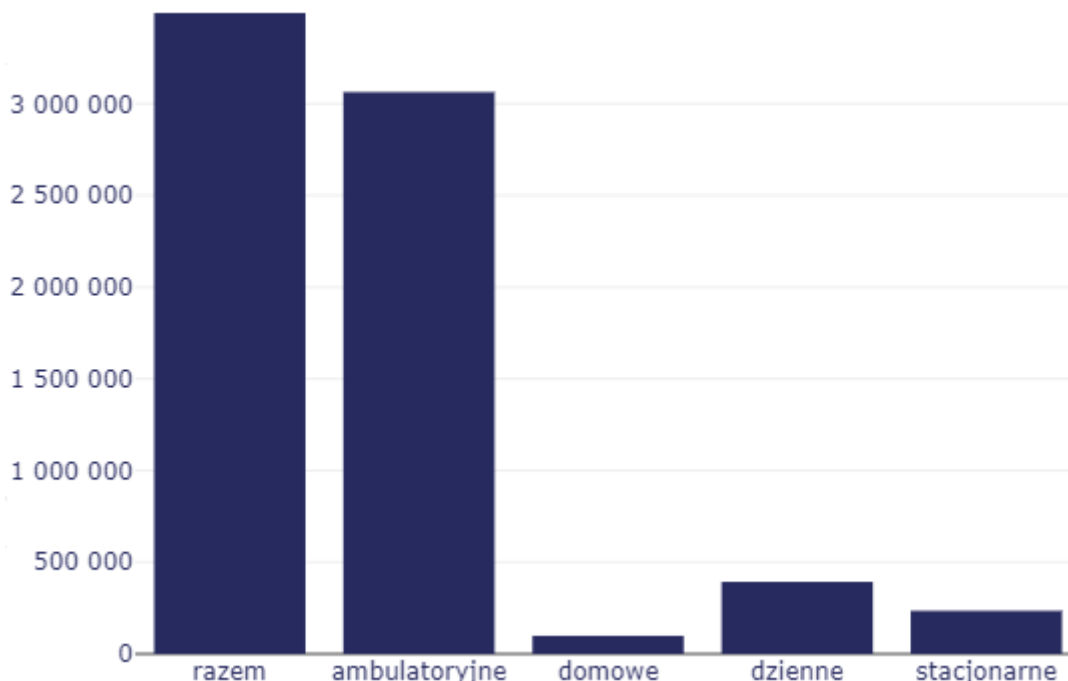
Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

Liczba rehabilitowanych pacjentów w latach 2016–2019 pozostawała na zbliżonym poziomie i wyniosła 3,36 mln w 2016 r. i 3,50 mln w 2023 r., pomimo wzrostu wydatków NFZ na ten cel w tym samym okresie z 2,24 mld zł do 6,95 mld zł. W związku ze zmianami demograficznymi prognozowany jest dalszy wzrost zapotrzebowania na tego rodzaju świadczenia.

Już obecnie popyt na świadczenia rehabilitacyjne przewyższa podaż i powoduje długi czas oczekiwania. W grudniu 2023 r. na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej oczekiwało 828 tys. osób, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych 92 tys. osób, a do poradni rehabilitacyjnej 83 tys. osób. Przeciętny czas oczekiwania w grudniu 2023 r. w przypadku pilnym wynosił 83 dni na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej, 68 dni na świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych i 20 dni do poradni rehabilitacyjnej.

Rehabilitacja w ramach NFZ prowadzona jest głównie w warunkach ambulatoryjnych (90% wszystkich rehabilitowanych pacjentów), rzadziej kolejno w warunkach dziennych, stacjonarnych oraz domowych.

Rysunek 18. Liczba rehabilitowanych pacjentów w podziale na rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W badanym okresie nastąpił dynamiczny wzrost liczby świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach domowych z 4,7 tys. pacjentów w 2016 r. do 98,6 tys. pacjentów w 2023 r.

Zwraca się również uwagę na narastający w Rzeczypospolitej Polskiej problem bólu dolnego odcinka kręgosłupa. Zgodnie z zastosowaną w mapowaniu potrzeb zdrowotnych metodologią DALY, ten problem zdrowotny odpowiadał za 4,52% obciążenia chorobowego, pozostając na czwartym miejscu za chorobą niedokrwioną serca, udarami i rakiem płuca. W odróżnieniu od wymienionych, bóle kręgosłupa nie przyczyniają się do przedwczesnej umieralności, ale ze względu na powszechność występowania i długi okres utrzymywania się dolegliwości w cyklu życia bardzo silnie wpływają na jakość życia. Stanowi to uzasadnienie dla wspierania dostępności do tego rodzaju świadczeń, ponieważ niewystarczające finansowanie może doprowadzić do przejścia fizjoterapeutów do sektora niepublicznego, gdzie dostępność warunkowana jest głównie zamożnością pacjenta.

Dodatkowo, z diagnozy wynikającej z mapy potrzeb zdrowotnych w obszarze świadczeń rehabilitacyjnych, obserwowane jest duże zróżnicowanie regionalne

oraz migracje. W związku z tym rekomenduje się wszelkie działania wspierające dostępność do opieki rehabilitacyjnej na poziomie regionalnym.

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

- 1) Dążenie do poprawy dostępności świadczeń w szczególności w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz w poradni rehabilitacyjnej.
- 2) Zmiany demograficzne niosą ze sobą zwiększenie liczby osób starszych, co może zapowiadać wzrost liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w kolejnych latach.

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.8.1.

Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265, z późn. zm.), ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów „ostrych”. Dodatkowo zakładana jest ocena taryfikacji procedur fizykoterapii.

Status po aktualizacji:

kontynuowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- przywrócenie osobom objętym wsparciem pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym;
- zwiększenie dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2022–2023.

Szacowane koszty działań: działanie legislacyjne bezkosztowe.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Wejście w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej.

Działanie 2.8.2.

1. Nowa organizacja systemu rehabilitacji leczniczej, w tym weryfikacja wyceny poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Prace nad wyodrębnieniem podstawowej opieki fizjoterapeutycznej, w tym wczesnodziecięcej oraz dla osób starszych.
3. Rozwój koordynowanej opieki pozabiegowej i pocovidowej.

Status po aktualizacji:

anulowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- stworzenie modelu optymalnej opieki rehabilitacyjnej.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ.**Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane:** lata 2022–2023.**Szacowane koszty działań:** bez kosztowo (prace koncepcyjne).**Wskaźniki realizacji działania:**

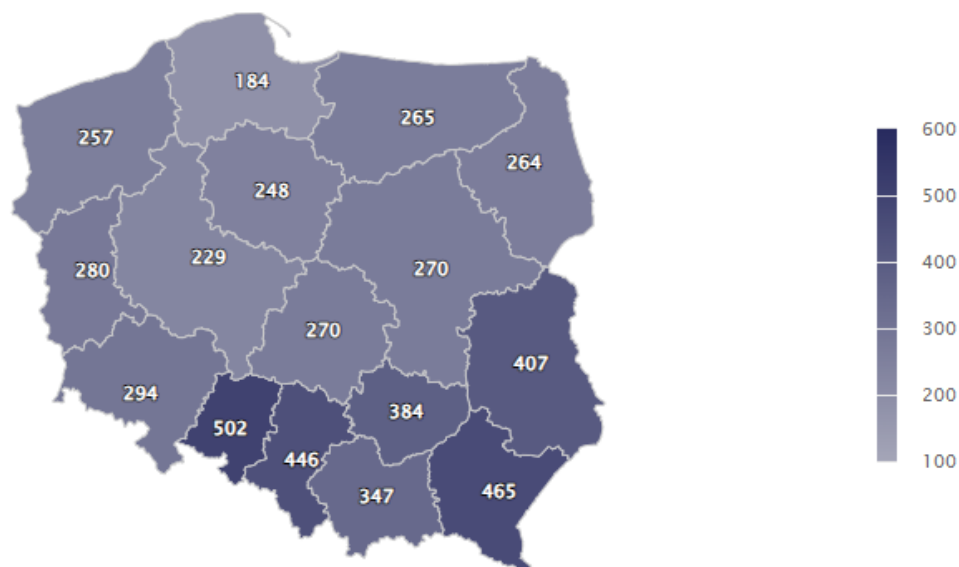
1. Model opieki rehabilitacyjnej w Rzeczypospolitej Polskiej.

2.9. Opieka długoterminowa

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

Liczba pacjentów objętych świadczeniami z zakresu opieki długoterminowej na 100 tys. ludności jest nierównomierna pod względem lokalizacji na terenie kraju. W województwach południowych większy odsetek ludności otrzymuje opiekę długoterminową niż w województwach północnych.

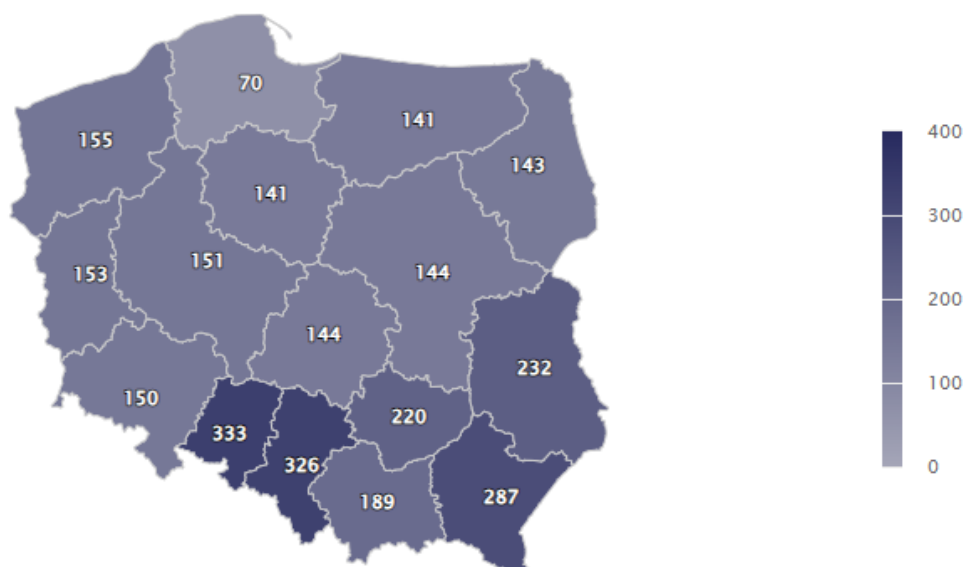
Rysunek 19. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki długoterminowej w 2023 r., w ujęciu wojewódzkim, w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców danego regionu.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Najwięcej świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach opieki długoterminowej opartych jest na opiece domowej. Udział liczby pacjentów korzystających z formalnej opieki domowej w całości opieki długoterminowej jest jednak nadal zbyt niski. Na poziomie całego kraju wynosi on 59%, a wśród pacjentów powyżej 65. roku życia 57,4% (średnia w krajach OECD to 67,5%).

Rysunek 20. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności w domowej opiece długoterminowej pod względem miejsca udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

W polskim systemie opieki zdrowotnej brakuje wystarczającej liczby usług i świadczeń dziennej opieki długoterminowej dostosowanej do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego najbliższych, łączących pewne specyficzne cechy zorganizowanej opieki instytucjonalnej z opieką udzielaną w warunkach domowych. W kraju opieka

długoterminowa jest w większości świadczona nieformalnie, tj. w około 80%. Pozostałe 20% to opieka formalna. Należy się spodziewać wzrostu zapotrzebowania na formalne i nieformalne usługi opiekuńcze. Opiekę nieformalną świadczy rodzina, przyjaciele, znajomi oraz sąsiedzi, natomiast opieka formalna jest organizowana i finansowana ze środków publicznych¹⁶.

Przewiduje się, że na skutek zmian tradycyjnego modelu rodziny i stylu życia społeczeństwa, opieka nieformalna w przyszłości stanie się mniej znaczącą formą opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu niż ma to miejsce obecnie. Ponadto na skutek starzenia się społeczeństwa wzrośnie również wiek opiekunów nieformalnych, co będzie miało wpływ na możliwości sprawowania przez nich opieki. Zmiany takie przełożą się na wzrost zapotrzebowania na usługi opieki długoterminowej, w tym świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze finansowane ze środków publicznych.

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

- 1) Zwiększanie udziału formalnej środowiskowej opieki długoterminowej udzielanej blisko miejsca zamieszkania pacjenta względem opieki instytucjonalnej przez wzrost liczby świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach domowych lub dziennych, w szczególności w województwach o niskim udziale tych form opieki na tle kraju.
- 2) Wyrównanie różnic w dostępie do opieki długoterminowej w województwach o niższej niż średnia w kraju liczbie osób objętych opieką długoterminową na 100 tys. ludności ze szczególnym uwzględnieniem populacji osób powyżej 65. roku życia. Zapewnienie w poszczególnych województwach adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do opieki długoterminowej udzielanej w warunkach domowych i dziennych dla ludności powyżej 65. roku życia.
- 3) Stworzenie form wsparcia i pomocy dla opiekunów nieformalnych (w przeważającej liczbie kobiet) osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, pozwalających ograniczać negatywny wpływ sprawowanej opieki przez opiekunów na ich stan zdrowia i jakość życia związaną ze zdrowiem.

Działania na poziomie ponadregionalnym

¹⁶ Bank Światowy, czerwiec 2024 r. Przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/przegląd-strategiczny-opieki-długoterminowej-w-polsce-opracowany-przez-bank-swiatowy>

Działanie 2.9.1.

Włączenie opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych.

Status po aktualizacji:

anulowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie dostępności świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych przez ich realizację przez opiekunów medycznych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2023 r.

Szacowane koszty działań: na obecnym etapie nie jest możliwe oszacowanie ich wysokości.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Odsetek pacjentów objętych opieką długoterminową oraz opieką paliatywną i hospicyjną udzielaną w warunkach domowych w stosunku do ogólnej liczby pacjentów korzystających ze świadczeń opieki długoterminowej.
2. Odsetek pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną udzielaną w warunkach domowych w stosunku do ogólnej liczby pacjentów korzystających ze świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.
3. Liczba opiekunów medycznych udzielających świadczeń domowych w ramach opieki długoterminowej.
4. Liczba opiekunów medycznych udzielających świadczeń domowych w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej.
5. Liczba osobodni w opiece długoterminowej udzielanej w warunkach domowych.
6. Liczba osobodni w opiece paliatywnej i hospicyjnej udzielanej w warunkach domowych.

Działanie 2.9.2.

Wsparcie działalności lub tworzenia nowych miejsc dziennej opieki medycznej w ramach DDOM zgodnie z opracowanym standardem oraz włączenie tych usług do świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki długoterminowej.

Status aktualizacji**anulowane****Oczekiwane rezultaty działania:**

- zmiana zakresu świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych (działanie legislacyjne);
- włączenie do finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w DDOM do świadczeń gwarantowanych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.**Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane:** lata 2022–2030.**Szacowane koszty działania:** oszacowanie kosztów będzie możliwe po wypracowaniu kształtu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w DDOM.**Wskaźnik realizacji działania:**

1. Liczba DDOM, które uzyskały finansowanie ze środków publicznych na udzielanie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej.

Działanie 2.9.3.

Opracowanie założeń wsparcia podiagnostycznego dla osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci oraz dla opiekunów tych osób przez opracowanie założeń nowego świadczenia DCWP, wprowadzonego w formie **pilotażu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci (DCWP) dla osób z chorobami otępiennymi oraz ich opiekunów nieformalnych** (w ramach Działania 04.14: *Deinstytucjonalizacja długoterminowej opieki medycznej* Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027) w każdym z 16 województw kraju oraz docelowe włączenie tego rozwiązania do systemu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej.

Status po aktualizacji:**kontynuowane****Oczekiwane rezultaty działania:**

- opracowanie założeń świadczenia podiagnostycznego dla osób z chorobami otępiennymi i ich bliskich w formie DCWP;

- wprowadzenie pilotażu nowego świadczenia w każdym województwie kraju;
- poprawa stanu zdrowia i funkcjonowania psychofizycznego u osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci objętych wsparciem w ramach DCWP;
- poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem u ich opiekunów nieformalnych objętych wsparciem w ramach DCWP;
- włączenie pozytywnie zwalidowanego wsparcia realizowanego jako świadczenie DCWP do systemu świadczeń gwarantowanych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2025–2030.

Szacowane koszty działań: Program pilotażowy DCWP – 40 mln zł (PO FERS 2021–2027).

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w postaci DCWP w ramach pilotażu.
2. Liczba osób z zaburzeniami otępiennymi objętych wsparciem w postaci świadczeń DCWP.
3. Liczba opiekunów nieformalnych osób z zaburzeniami otępiennymi objętych świadczeniami udzielanym w formie DCWP.
4. Liczba osób z zaburzeniami otępiennymi, u których poprawiła się jakość życia związana ze zdrowiem, w tym w szczególności ze zdrowiem psychicznym, dzięki świadczeniom opieki zdrowotnej udzielonym w formie DCWP.

Działanie 2.9.4.

1. Opracowanie ramowego programu szkoleń dla opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz przekazanie go do użytku jednostek samorządu – do końca 2024 r.
2. Opracowanie programu pilotażowego wsparcia psychologicznego i profilaktyki zdrowia psychofizycznego dla opiekunów osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w tym opiekunów osób z zaburzeniami otępiennymi – do końca 2025 r.
3. Przeprowadzenie programu pilotażowego wsparcia psychologicznego i profilaktyki zdrowia psychofizycznego dla co najmniej 1 000 opiekunów osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2026 r.
4. Ewaluacja rezultatów przeprowadzonego programu pilotażowego i analiza możliwości włączenia przetestowanych rozwiązań do systemu świadczeń gwarantowanych – do końca 2026 r.
5. Włączenie pozytywnie zwalidowanych form wsparcia przetestowanego w ramach programu pilotażowego psychologicznego dla opiekunów nieformalnych osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu do systemu publicznej ochrony zdrowia – do końca 2030 r.
6. Opracowanie założeń programu pilotażowego telefonicznej informacji i wsparcia psychologicznego dla opiekunów nieformalnych osób z zaburzeniami otępiennymi i osób objętych przez nich opieką, przeprowadzenie na tej podstawie programu pilotażowego wsparcia dla tych osób, ewaluacja rezultatów przeprowadzonego programu pilotażowego i analiza możliwości dalszego finansowania infolinii ze środków krajowych oraz utrzymanie funkcjonowania infolinii ze środków krajowych.

Status po aktualizacji:**zaktualizowane****Oczekiwane rezultaty działania:**

- podniesienie kompetencji opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w zakresie właściwej opieki nad tymi osobami;
- poprawa stanu zdrowia psychofizycznego, jakości życia o związanej ze zdrowiem i umiejętności radzenia sobie z rolą opiekuna u opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym opiekunów osób z zaburzeniami otępiennymi;

- poprawa jakości i wydłużenie czasu udzielania opieki nieformalnej w środowisku.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2022–2030.

Szacowane koszty działania:

- opracowanie programu i przeprowadzenie szkoleń dla opiekunów nieformalnych – 0,02 mln zł;
- program pilotażowy wsparcia psychologicznego - 9 mln zł;
- opracowanie założeń i przeprowadzenie programu pilotażowego telefonicznej infolinii wsparcia dla opiekunów nieformalnych osób z zaburzeniami otępiennymi i osób objętych przez nich opieką – 6 mln zł.

Środki w ramach PO FERS 2021–2027

Środki w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2021–2027

Wskaźniki realizacji działania:

1. Opracowanie przez ekspertów i przekazanie na użytek działań regionalnych ramowego programu szkoleń dla opiekunów nieformalnych osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
2. Liczba opiekunów nieformalnych osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu objętych wsparciem psychologicznym w ramach programu pilotażowego.
3. Opracowanie przez ekspertów programu pilotażowego wsparcia psychologicznego i profilaktyki zdrowia psychofizycznego dla opiekunów osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym opiekunów osób z zaburzeniami otępiennymi.
4. Liczba pozytywnie zwalidowanych form wsparcia psychologicznego dla opiekunów nieformalnych osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu włączonych do systemu publicznej ochrony zdrowia.
5. Powstanie telefonicznej informacji i wsparcia psychologicznego dla opiekunów nieformalnych osób z zaburzeniami otępiennymi i osób objętych przez nich opieką.
6. Liczba porad udzielonych opiekunom nieformalnym osób z zaburzeniami otępiennymi i osobom objętym przez nich opieką w ramach telefonicznej informacji i wsparcia psychologicznego dla tych osób.

Działanie 2.9.5.

Wsparcie rozwoju, modernizacji infrastruktury oraz doposażenia podmiotów leczniczych przekształcających części oddziałów szpitalnych, w celu rozwoju świadczeń opiekuńczo pielęgnacyjnych w zakresie opieki długoterminowej oraz świadczeń szpitalnych w zakresie geriatry.

Status po aktualizacji:**zaktualizowane****Oczekiwane rezultaty działania:**

- poprawa jakości opieki nad osobami starszymi i wymagających opieki długoterminowej udzielanej w warunkach stacjonarnych lub leczenia szpitalnego w zakresie geriatry;
- niwelowanie różnic w regionalnym dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej i zapewnienie w każdym województwie odpowiedniej liczby miejsc w podmiotach leczniczych świadczących usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze w zakresie opieki długoterminowej lub świadczenia w oddziałach geriatrycznych w zakresie leczenia szpitalnego;
- wyposażenie podmiotów leczniczych w specjalistyczny sprzęt medyczny do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej;
- poprawa bezpieczeństwa i komfortu pacjentów;
- rozwój opieki długoterminowej i opieki geriatrycznej w szpitalach powiatowych przez zwiększenie ich dostępności, wspieranie kompleksowego dostępu i poprawę jakości. Projekty te zapewnią wsparcie dla niezbędnych prac budowlano-remontowych oraz dla zakupu odpowiedniego sprzętu.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.**Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane:** lata 2021–2026.**Szacowane koszty działań:** Źródło finansowania:

- KPO: 1 295 mln zł¹⁷,
- Fundusz Medyczny (subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych): łącznie 870 mln zł, w tym 750 mln zł¹⁸

¹⁷ Kwota wskazana również w działaniu 2.6.5.

¹⁸ Kwota wskazana również w działaniu 2.6.5.

Trwa procedura nowelizacji uchwały Rady Ministrów w zakresie Programu inwestycyjnego modernizacji podmiotów leczniczych (PIMPL).

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba zmodernizowanych i doposażonych podmiotów leczniczych.
2. Liczba przekształconych lub utworzonych nowych łóżek stacjonarnej opieki długoterminowej.
3. Liczba projektów inwestycyjnych zrealizowanych na podstawie podpisanych umów między szpitalami powiatowymi a Ministerstwem Zdrowia (lub inną instytucją wskazaną przez Ministerstwo) dotyczących wsparcia inwestycyjnego na rzecz tworzenia jednostek/ośrodków opieki długoterminowej i geriatrycznej.

Działanie 2.9.6.

Wdrożenie priorytetów w zakresie reformy określonych na podstawie „Przeglądu strategicznego systemu opieki długoterminowej w Polsce”.

Status po aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- zdefiniowanie „opieki długoterminowej” w spójny sposób w całości systemu opiekuńczego kraju (tzn. zarówno w systemie opieki zdrowotnej, jak i pomocy społecznej);
- zdefiniowanie pojęcia „opiekuna nieformalnego” oraz „opieki nieformalnej”;
- zmiana przepisów lub przyjęcie nowych przepisów dotyczących standardów jakości opieki długoterminowej w ramach systemów pomocy społecznej i opieki zdrowotnej, w oparciu o wyniki przeprowadzonej analizy;
- wskazanie organów odpowiedzialnych za koordynację systemu opieki długoterminowej, ogół działań w zakresie monitorowania i ewaluacji jakości oraz działalność informacyjną;
- dokonanie przeglądu wydatków publicznych w celu oceny efektywności finansowania opieki długoterminowej ze środków publicznych oraz zaproponowanie rozwiązań budżetowych mających na celu zapewnienie stabilności finansowania tego systemu;
- przyjęcie dokumentu, w którym zaproponowana zostanie zharmonizowana definicja jakości opieki długoterminowej w ramach systemów opieki społecznej i opieki zdrowotnej, a także zintegrowany system monitorowania i ewaluacji jakości, gromadzenia danych i wykorzystywania tych danych.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: KPRM, MRPiPS, MZ, NFZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2024–2026.

Szacowane koszty działań: Reforma bezkosztowa w rozumieniu KPO. Źródło i wysokość środków finansowych zostaną określone w trakcie prac nad reformą.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Wejście w życie aktów prawnych (ustaw lub rozporządzeń) zmieniających odpowiednie ustawy, które to przepisy zapewnią realizację priorytetów w zakresie reform określonych w *Przeglądzie strategicznym systemu opieki długoterminowej w Polsce*.

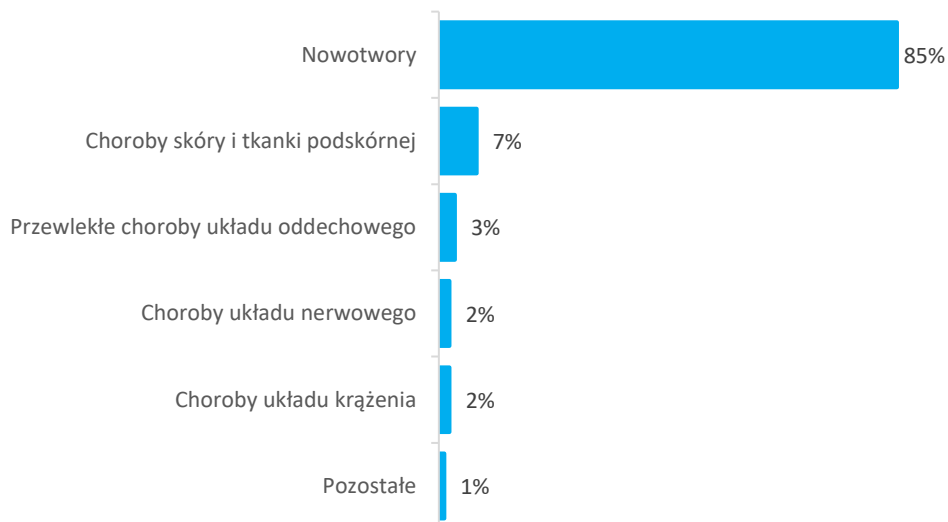
2.10. Opieka paliatywna i hospicyjna

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

W 2023 r. w Rzeczypospolitej Polskiej ze świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej skorzystało łącznie 105,1 tys. pacjentów. Szacuje się, że obecnie powinno zostać zapewnionych ok. 170 tys. miejsc opieki paliatywnej i hospicyjnej, z czego 97,8% z nich w ramach opieki domowej (ok. 166 tys.). W związku ze zmieniającą się strukturą wieku populacji i coraz większą liczbą osób chorych na nowotwory, do 2050 r. spodziewany wzrost zapotrzebowania na liczbę miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej wyniesie 30,5%. Łącznie w kraju potrzebnych będzie ok. 222 tys. miejsc, z czego ok. 218,3 tys. w ramach hospicjum oraz ok. 3,4 tys. w hospicjach stacjonarnych/oddziałach medycyny paliatywnej.

Zgodnie z rozporządzeniem 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), świadczenia te przysługują osobom chorującym na nieuleczalne, postępujące i ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe. Jednak aktualnie w przypadku osób dorosłych lista chorób kwalifikujących się do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej jest bardzo wąska. W 2023 r. 85% pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej powyżej 18. roku życia stanowiły osoby z rozpoznaniem onkologicznym.

Rysunek 21. Struktura najczęściej występujących chorób u pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną w Rzeczypospolitej Polskiej w 2023 r.



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych NFZ

Zgodnie z analizami prowadzonymi przez MZ zakres jednostek chorobowych uprawniających do leczenia powinien zostać w pierwszej kolejności rozszerzony o niewydolność serca oraz przewlekłą niewydolność nerek.

W 2017 r. do koszyka świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej została dodana perinatalna opieka paliatywna ujednolicając standard udzielania tego rodzaju świadczeń i umożliwiając ich finansowanie ze środków publicznych, jednak nadal dostęp do tego rodzaju świadczeń nie jest wyrównany na terenie kraju. W 2023 r. w 3 województwach nie udzielano świadczeń tego rodzaju (w województwach: kujawsko-pomorskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim), przez co pacjentki wraz z rodziną były zmuszone korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej w innych województwach.

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

- 1) Osoby cierpiące z powodu nieuleczalnych, postępujących i ograniczających życie chorób wymagają opieki zdrowotnej odpowiedniej do ich potrzeb, np. opieki paliatywnej, hospicyjnej lub opieki w ramach innego rodzaju świadczeń gwarantowanych. Biorąc pod uwagę komfort pacjenta wskazane jest przy tym przeniesienie punktu ciężkości z oddziałów szpitalnych i stacjonarnych w stronę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i pozainstytucjonalnych.
- 2) Wsparcie perinatalnej opieki paliatywnej przez zapewnienie możliwości opieki psychologicznej rodzinie i godnych warunków umierania dzieciom z wadą letalną.

- 3) Funkcjonujący system opieki paliatywnej i hospicyjnej musi zapewniać dostęp do odpowiedniej jakości świadczeń opieki zdrowotnej wszystkim pacjentom, którzy jej potrzebują. Dlatego należy wspierać rozwój infrastruktury podmiotów leczniczych udzielających tych świadczeń w warunkach stacjonarnych przez ich modernizację i doposażenie.

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.10.1.

Analiza i uzupełnienie wykazu jednostek chorobowych kwalifikujących do objęcia świadczeniami opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Status po aktualizacji:

kontynuowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- racjonalizacja listy jednostek chorobowych kwalifikujących się do świadczeń gwarantowanych paliatywnych i hospicyjnych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2023 r.

Szacowane koszty działania: działanie legislacyjne bezkosztowe.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Przeprowadzona analiza wykazu jednostek chorobowych kwalifikujących do świadczeń paliatywnych i hospicyjnych.

Działanie 2.10.2.

Realizacja działania „Opieka paliatywna i hospicyjna” programu kompleksowego wsparcia dla rodzin "Za życiem".

Status po aktualizacji:

kontynuowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie dostępności świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej dla wymagających takiej formy opieki dzieci, z uwzględnieniem świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na rzecz dzieci z wadą letalną;
- zapewnienie opieki psychologicznej sprawowanej przez wykwalifikowany zespół psychologów matce w trakcie ciąży z płodem z wadą letalną, a także po porodzie.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2022–2026.

Szacowane koszty działań: 2,85 mln zł.

Wartość rozliczonych świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie w 2022 r. wyniosła 372 112,16 zł, a w 2023 r. 624 407,91 zł

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w ramach perinatalnej opieki paliatywnej.
2. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach perinatalnej opieki paliatywnej.

Działanie 2.10.3.

Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych przez ich modernizację i doposażenie.

Status po aktualizacji: nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie dostępności świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej odpowiedniej jakości wszystkim pacjentom, którzy jej potrzebują wsparcia opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych;
- wyposażenie podmiotów leczniczych w specjalistyczny sprzęt medyczny niezbędny do udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych;
- skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach stacjonarnych;
- poprawa komfortu pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanej w warunkach stacjonarnych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2024–2029.

Szacowane koszty działań: Fundusz Medyczny (subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych) - 400 mln zł.

Trwa procedura nowelizacji uchwały Rady Ministrów w zakresie Programu inwestycyjnego modernizacji podmiotów leczniczych (PIMPL).

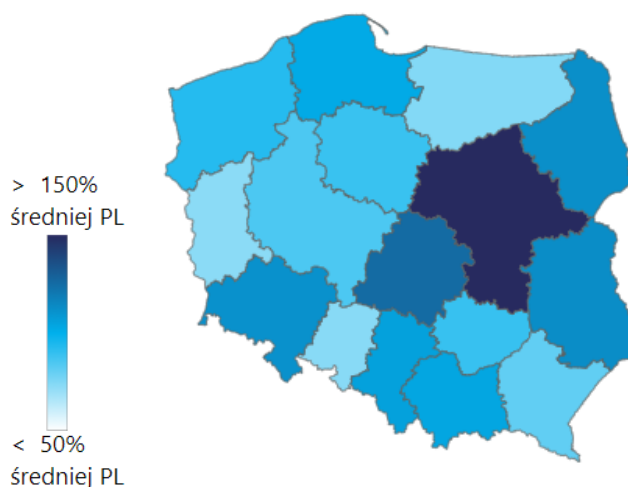
Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba zmodernizowanych i wyposażonych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

2.11. Kadry**Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych**

Liczba lekarzy w Rzeczypospolitej Polskiej w 2022 r. wynosiła ponad 136 tys., co w przeliczeniu na 100 tys. ludności daje wynik 361,5. Stanowi to o około 3% niższą wartość od średniej dla OECD36 w 2021 r.¹⁹. Jednocześnie rozkład liczby lekarzy w kraju jest silnie zróżnicowany regionalnie. Najwięcej lekarzy pracowało w województwie mazowieckim (577,8 na 100 tys. ludności), a najmniej w województwie lubuskim (263,2 na 100 tys. ludności), co świadczy o nierównym dostępie do opieki lekarskiej pomiędzy województwami.

Rysunek 22. Liczba lekarzy na 100 tys. ludności w województwach w 2022 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ, GUS

Analizując wyniki modelu popytowo-podażowego dla lekarzy ogółem należy zaznaczyć, że model dotyczy kadry lekarskiej bez podziału na specjalizacje. Nadwyżka lekarzy, która jest prognozowana za pomocą modelu, będzie widoczna w podziale na

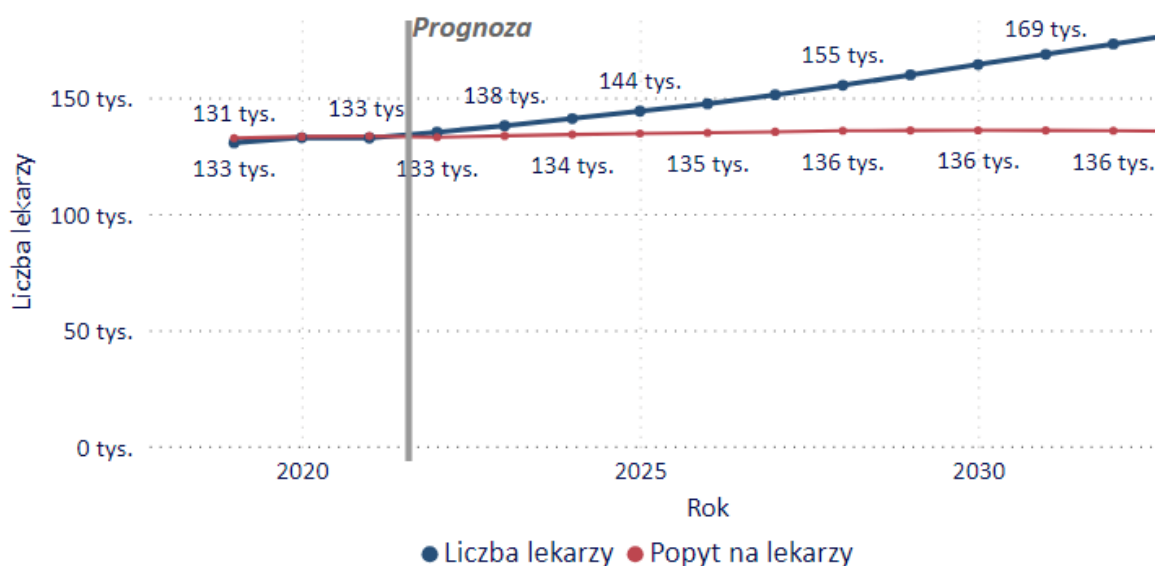
¹⁹ OECD, Health at a Glance 2023 r.

poszczególne specjalizacje medyczne dopiero w przyszłości ze względu na długotrwały proces kształcenia specjalizacyjnego.

Model zakłada m.in. zachowanie obecnego poziomu średniego czasu pracy lekarzy oraz zatrzymanie wzrostu kolejek do lekarzy. Obliczając popyt dla aktualnego czasu pracy wzięto pod uwagę zmianę struktury wieku lekarzy, gdyż założyliśmy inny czas pracy dla lekarzy do 59 r.ż. włącznie i dla lekarzy powyżej 59. roku życia.

Z obliczeń modelu popytowo-podażowego wynika, że w związku z bardzo dynamicznym w ostatnich latach wzrostem liczby studentów na kierunku lekarskim w kraju, nastąpi wzrost liczby lekarzy. Zakładając utrzymanie średniego miesięcznego wymiaru pracy lekarzy na poziomie 161 godzin, podaż liczby lekarzy przewyższy zapotrzebowanie w prognozowanych latach 2022–2034, z stale rosnącą nadwyżką. Istnieje jednak ryzyko zmiany tendencji zależnie od czasu spędzanego w pracy przez lekarzy.

Rysunek 23. Wstępne wyniki modelu popytowo-podażowego dla pracujących lekarzy – rok bazowy 2019



Źródło: Opracowanie MZ ze wstępnych wyników modelu popytowo-podażowego opartego o dane CRL, NFZ, ZUS, GUS, limitów na studia medyczne z rozporządzeń Ministra Zdrowia

Z analizy wymienialności pokoleniowej lekarzy specjalistów wynika, że problem może szczególnie dotknąć specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych, pediatrii, rehabilitacji medycznej czy chirurgii ogólnej, w których liczba lekarzy osiągnących wiek emerytalny przewyższa liczbę lekarzy w trakcie szkolenia specjalistycznego. Odwrotna sytuacja dotyczy radiologii, psychiatrii, kardiologii czy medycyny rodzinnej, w przypadku których sytuacja przedstawia się korzystnie, zapewniona jest zastępowalność pokoleniowa w najbliższych latach.

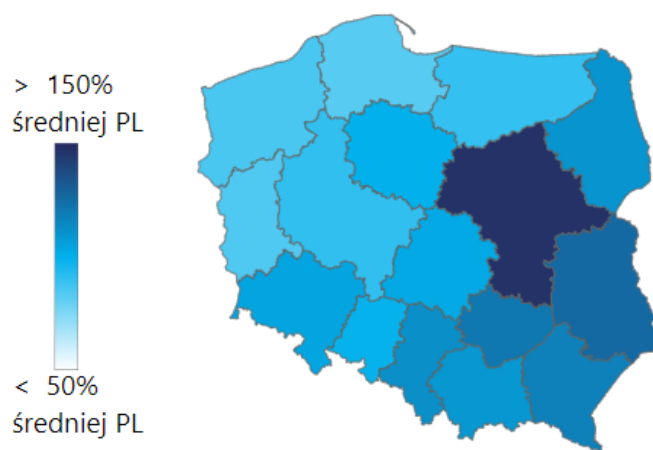
Perspektywa starzejącego się społeczeństwa oznacza m.in. wzrastające zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską. Jej sytuacja w polskim systemie ochrony

zdrowia jest szczególna, głównie ze względu na problem z zastępowalnością pokoleniową w tej grupie zawodowej (warto jednak podkreślić, że różnica pomiędzy liczbą kadry osiągającej wiek emerytalny a liczbą kadry wchodzącej na rynek pracy będzie się zmniejszać). Problem z zastępowalnością pokoleniową dotyczy również położnych. Przy prognozowanym spadku dzietności tak duża liczba położnych jak obecnie może nie być konieczna.

Liczba pielęgniarek i położnych w kraju w 2022 r. wynosiła odpowiednio 229 tys. i 31 tys., co w przeliczeniu na 100 tys. ludności daje wynik odpowiednio 606,3 oraz 81,5. Liczba pielęgniarek przypadających na 1000 mieszkańców kraju była mniejsza o 34% od średniej OECD36 w 2021 r.²⁰, co wskazuje na gorszą sytuację w tym zakresie w Rzeczypospolitej Polskiej.

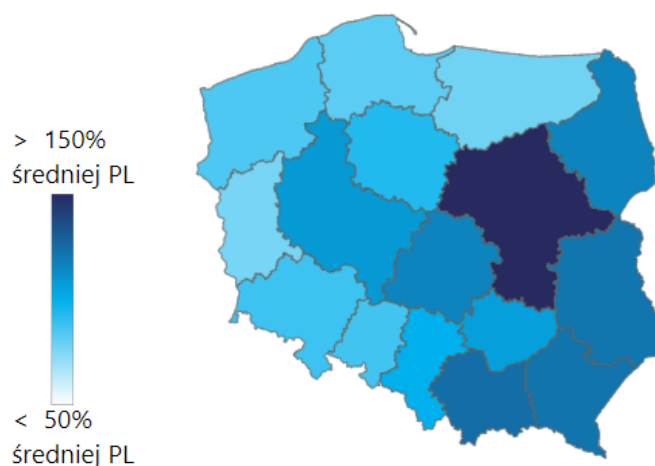
Liczba pielęgniarek i położnych przypadających średnio na 100 tys. mieszkańców była zróżnicowana regionalnie. Województwa, w których wskaźnik w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców miał największą wartość zarówno dla pielęgniarek, jak i położnych, to województwo mazowieckie (odpowiednio 890,6 i 177,5), a najmniej: dla pielęgniarek w województwie pomorskim (501,3 na 100 tys. mieszkańców), dla położnych w województwie lubuskim (62,5 na 100 tys. mieszkańców). Dane te świadczą o nierównym dostępie do opieki pielęgniarskiej i położniczej pomiędzy województwami.

Rysunek 24. Liczba pielęgniarek na 100 tys. ludności w województwach w 2022 r.



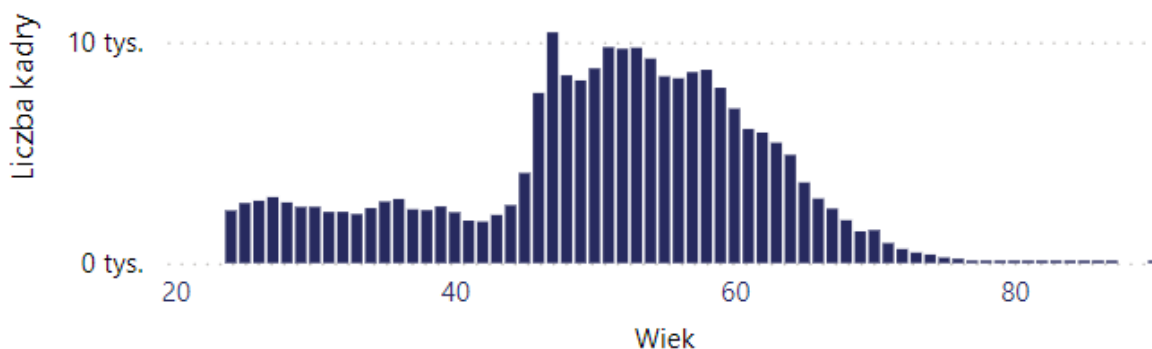
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

²⁰ OECD, Health at a Glance 2023

Rysunek 25. Liczba położnych na 100 tys. ludności w województwach w 2022 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Jednym z głównych problemów kadry pielęgniarskiej w kraju jest rosnąca średnia wieku. Średni wiek pielęgniarek aktywnych zawodowo w Rzeczypospolitej Polskiej w 2022 r. wynosił 50 lat. Niski przyrost liczby młodych pielęgniarek oraz stosunkowo wysoka liczba pielęgniarek po 45. roku życia może świadczyć o tym, że istnieje ryzyko spadku liczby pielęgniarek.

Rysunek 26. Rozkład wieku pielęgniarek w Rzeczypospolitej Polskiej w 2022 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ

Największe wyzwania w zakresie kadry medycznej to brak wymienialności pokoleniowej w przypadku niektórych specjalizacji lekarskich oraz pielęgniarek, a także nierówne rozmieszczenie regionalne kadry medycznej.

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

- 1) Podjęcie aktywnej i zdecydowanej polityki w celu zwiększenia liczby pracujących pielęgniarek i położnych. W szczególności zwiększenie liczby osób studiujących pielęgniarstwo oraz podjęcie działań mających na celu powrót

do wykonywania zawodu pielęgniarki osób, które zrezygnowały z jego wykonywania przed przejściem na emeryturę.

- 2) Zwiększenie wykorzystywania akredytowanych miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy, w szczególności w wybranych dziedzinach medycyny.

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.11.1.

Realizacja celów i działań określonych w dokumencie pn. „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”, w tym m.in. promocja zawodów pielęgniarki i położnej oraz transfer uprawnień od lekarzy np. wystawianie krótkoterminowego zwolnienia

Status po aktualizacji:

kontynuowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- zapewnienie wysokiej jakości, bezpieczeństwa i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne dla pacjentów i społeczeństwa, m.in. przez zwiększenie zainteresowania absolwentów szkół średnich wyborem kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, wzrost liczby pielęgniarek i położnych w systemie opieki zdrowotnej (absolwenci studiów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo oraz pielęgniarki i położne powracające do wykonywania zawodu po przerwie).

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ oraz podmioty wymienione w dokumencie pn. „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2031.

Szacowane koszty działań: Zgodnie z dokumentem pn. „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”.

W ramach REACT-EU dla obszaru zdrowia, do końca 2023 r. – 127,6 mln zł.

Planowane środki 80 mln zł w ramach FERS.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo w Rzeczypospolitej Polskiej (zmiana w stosunku do lat ubiegłych).
2. Liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Liczba pielęgniarek i położnych na 1 000 mieszkańców w Rzeczypospolitej Polskiej.

4. Liczba pielęgniarek i położnych, które podniosły kwalifikacje.

Działanie 2.11.2.

Wdrożenie działań umożliwiających zwiększenie wykorzystania wolnych miejsc specjalizacyjnych w całym kraju, w szczególności w dziedzinach deficytowych, na które jest największe zapotrzebowanie systemu opieki zdrowotnej. Stworzenie funkcjonalności centralnego Systemu Monitorowania Kształcenia.

Status po aktualizacji:

zakończone

Oczekiwane rezultaty działania:

- zapewnienie odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów w szczególności w dziedzinach deficytowych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2027.

Szacowane koszty działań: Koszty budowy i wdrożenia Systemu Monitorowania Kształcenia.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Udostępnienie w Systemie Monitorowania Kształcenia centralnego naboru na specjalizację.

Działanie 2.11.3.

Poprawa efektywności i jakości kształcenia kadr medycznych, w szczególności lekarzy, przez:

- dodatkowy egzamin w trakcie specjalizacji,
- wzmocnienie narzędzi informatycznych w systemie SMK do lepszej kontroli przez kierownika specjalizacji przebiegu szkolenia specjalizacyjnego danego lekarza,
- rozwój stanowisk symulacji w kształceniu podyplomowym lekarzy w szczególności w dziedzinach zabiegowych,
- wdrożenie mechanizmów ogólnokrajowej standaryzacji egzaminu praktycznego (OSCE) na ostatnim roku studiów.

Status po aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie kwalifikacji lekarzy i lekarzy dentyistów po uzyskaniu pozytywnej oceny z egzamin weryfikującego wiedzę i umiejętności;
- możliwość wpisania lekarzy, po uzyskaniu pozytywnej oceny z egzaminu jako personelu wymaganego przy realizacji odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- doskonalenie w warunkach klinicznych efektów uczenia się uprzednio uzyskanych w ramach zajęć zakresu nauk klinicznych niezabiegowych i nauk klinicznych zabiegowych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ we współpracy z Ministrem Nauki w zakresie OSCE.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane:

1. Planowany wstępnie na drugą połowę 2026 r.
2. Począwszy od cyklu kształcenia rozpoczynającego się od roku akademickiego 2024/2025. Pierwszy egzamin OSCE będzie miał miejsce na ostatnim roku studiów, czyli za 5 lat – kierunek lekarsko-dentystyczny, za 6 lat – kierunek lekarski.

Szacowane koszty działań:

1. Koszty egzaminów zostaną wskazane po przygotowaniu szczegółowych przepisów prawa i Oceny Skutków Regulacji.
2. Koszty standaryzacji OSCE będą ustalane na bieżąco i finansowane ze środków uczelni.

Wskaźniki realizacji działania:

Wskaźniki zostaną przedstawione po przygotowaniu szczegółowych przepisów i konsultacji z Ministrem Nauki.

Działanie 2.11.4.

Zwiększenie roli umiejętności zawodowych lekarzy w systemie kształcenia podyplomowego.

Status po aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- przygotowanie przepisów prawa zwiększających rolę umiejętności zawodowych lekarzy w systemie kształcenia podyplomowego;
- wejście w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2023 r. w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. poz. 1189) umożliwiło rozpoczęcie organizacji procesu certyfikacji nabytych przez

lekarzy i lekarzy dentyków umiejętności zawodowych. Efektem wejścia w życie rozporządzenia jest wskazanie katalogu umiejętności zawodowych, którymi będą mogli również legitymować się inni lekarze niż lekarze nabywający daną umiejętność w drodze szkolenia specjalizacyjnego. Przepisy ujednolicają zasady uzyskiwania certyfikatów umiejętności zawodowych wymienionych w rozporządzeniu, co po raz pierwszy stwarza możliwość potwierdzania przez lekarzy i lekarzy dentyków nabytej wiedzy i doświadczenia praktycznego w sposób jednolity.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: Wdrożenie przepisów leży po stronie lekarskich towarzystw naukowych i państwowych instytutów badawczych. MZ przygotował przepisy prawa w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentyków.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: od 2023 r. działanie ciągłe. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2023 r. w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentyków weszło w życie z dniem 8 lipca 2023 r.

Szacowane koszty działań: Koszty organizacji certyfikacji umiejętności zawodowych ponoszą towarzystwa naukowe i państwowe instytuty badawcze oraz ewentualnie przystępujący do certyfikacji lekarze i lekarze dentyści. W zależności od indywidualnego podejścia towarzystw naukowych i instytutów badawczych do rozliczania kosztów z tytułu prowadzenia certyfikacji poszczególnych umiejętności zawodowych.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Łączna liczba wydanych certyfikatów.

Działanie 2.11.5.

Poprawa efektywności i jakości szkolenia specjalizacyjnego dzięki wejściu w życie ustawy z dnia 27 listopada 2024 r. o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1897).

Status po aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- zapewnienie równego dostępu do osiągnięć naukowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu;
- umożliwienie integracji przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych,
- wymiany doświadczeń między zawodami medycznymi;
- poprawa jakości świadczeń opieki zdrowotnej;

- wzmocnienie jakości kształcenia;
- ujednoczenie procedur związanych z opracowaniem programów kształcenia podyplomowego;
- tworzenie wspólnych programów uwzględniających aktualne treści poparte wynikami badań naukowych dla budowania zespołów terapeutycznych wzajemnie uzupełniających się w realizacji procesu terapeutycznego.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: od 2025 r.

Szacowane koszty działań: Wskazane w OSR do projektu ustawy o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Ujednoczenie systemu szkolenia specjalizacyjnego,
2. Ujednoczenie procedur opracowania programów szkolenia specjalizacyjnego.

Działanie 2.11.6.

Rozwój i wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

Status po aktualizacji: nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- podniesienie kwalifikacji zawodowych 11 792 pielęgniarek i położnych;
- podniesienie jakości świadczonych usług pielęgniarских i położniczych w całym kraju.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NIPiP.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2024–2027

Szacowane koszty działań: ok. 80 mln zł w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego (FERS) na lata 2021–2027

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba pielęgniarek i położnych, które podniosły kwalifikacje.
2. Platforma szkoleniowa umożliwiająca wymianę wiedzy, doświadczeń i dobrych praktyk w środowisku pielęgniarek i położnych.

Działanie 2.11.7.

Stworzenie odpowiednich warunków dla zwiększenia liczebności kadry medycznej.

Status po aktualizacji: nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie potencjału uczelni, przez rozbudowę/modernizację bazy dydaktycznej i klinicznej uczelni kształcących na kierunkach medycznych, czego skutkiem będzie kształcenie większej liczby studentów wybranych kierunków medycznych;
- wprowadzenie zachęt do podejmowania studiów na wybranych kierunkach medycznych (głównie pielęgniarstwo, ratownictwo medyczne), celem zwiększenia zainteresowania podjęciem kształcenia na studiach medycznych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ we współpracy z uczelniami kształcącymi na kierunkach medycznych i podmiotami leczniczymi.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2022–2026 r.

Szacowane koszty działań: Łączny budżet w ramach środków z KPO: ok 3,1 mld zł.

Wskaźnik realizacji działania:

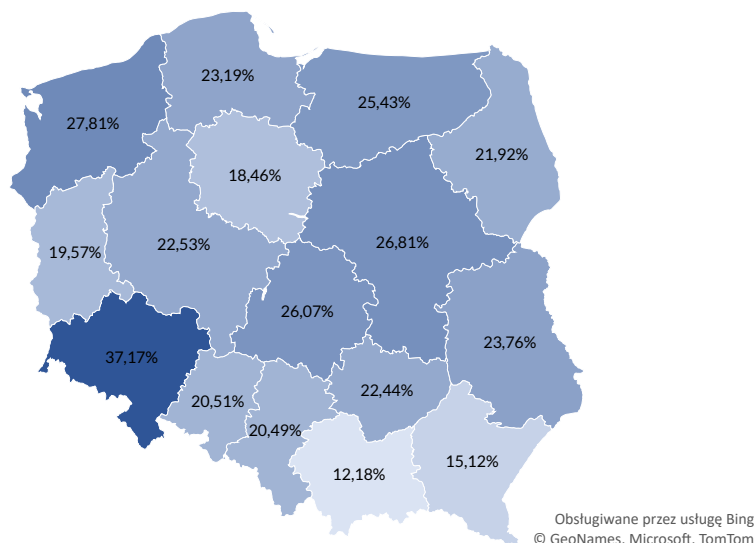
1. Liczba studentów, którzy otrzymają wsparcie w formie stypendium.
2. Liczba studentów, którzy otrzymają wsparcie w formie dofinansowania studiów.
3. Liczba studentów i absolwentów, którzy otrzymują wsparcie w formie przydziału opiekuna (mentora).
4. Liczba zmodernizowanych obiektów bazy dydaktycznej i klinicznej uczelni kształcących na kierunkach medycznych.

2.12. Państwowe Ratownictwo Medyczne

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

Analizy dotyczące czasu dojazdu do pacjenta wykazały rozbieżności w zależności od miejsca zdarzenia. W miastach powyżej 10 tys. mieszkańców ZRM w większości przypadków dojeżdżają do pacjenta w czasie zgodnym z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 652, z późn. zm.). Problem jest zauważalny w zdarzeniach poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – w części województw ok. 20% wyjazdów ma przekroczony ustawowy czas dojazdu.

Rysunek 27. Udział wezwań z czasem dojazdu powyżej 20 min na terenach poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców według danych za okres 01.01-31.12.2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

- 1) Dążenie do poprawy czasów dojazdów, szczególnie poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców.

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.12.1.

1. Nowelizacja ustawy o z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym przez dostosowanie liczby i rodzaju zespołów ratownictwa medycznego do rzeczywistych potrzeb i możliwości systemu ochrony zdrowia w zakresie zapewnienia kadry medycznej, w szczególności personelu lekarskiego.
2. Przyjęcie ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie zawodowym ratowników medycznych wraz z przepisami dotyczącymi doskonalenia zawodowego i podnoszenia kwalifikacji tej grupy - ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. 2023 r. poz. 2187, z późn. zm.)

Status po aktualizacji:

zakończone

Oczekiwane rezultaty działania:

- zniwelowanie problemów dotyczących niedoborów kadry lekarskiej w ZRM;
- skrócenie czasów dojazdu ZRM na miejsce zdarzenia.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2023 r.

Szacowane koszty działań: 185,0 mln zł.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Opracowany jeden model ratownictwa poza szpitalnego.
2. Skrócenie średniego czasu dojazdu ZRM.
3. Przeprowadzenie nowelizacji ustawy o z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym i aktów wykonawczych do niej.
4. Wejście w życie ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych.

Działanie 2.12.2.

Nowelizacja ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym umożliwiająca wojewodzie zaplanowanie w wojewódzkim planie działania systemu PRM:

- motocyklowych jednostek ratowniczych - projekt przewiduje utworzenie nie więcej niż jednej motocyklowej jednostki ratowniczej na 400 tys. mieszkańców;
- trzyosobowych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego;
- utworzenie dodatkowej dyspozytorni medycznej w województwach, w których liczba mieszkańców przekracza 3 mln osób (małopolskie, wielkopolskie) oraz dwóch dodatkowych w województwach przekraczających 4 mln mieszkańców (mazowieckie, śląskie).

Status po aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- skrócenie czasów dojazdu ZRM na miejsce zdarzenia.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: do 2025 r.

Szacowane koszty działań: bez kosztowo

Wskaźniki realizacji działania:

1. Wejście w życie znowelizowanych przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
2. Liczba funkcjonujących zespołów ratownictwa medycznego.
3. Mediana czasu dojazdu zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców i poza nimi.

Działanie 2.12.3.

Wsparcie inwestycji w infrastrukturę i doposażenie dyspozytorni medycznych, w tym rozwój infrastruktury łączności.

Status po aktualizacji: nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- poprawa szybkiej i bezpiecznej obsługi zgłoszeń przez wsparcie dyspozytorni medycznych oraz na poprawę funkcjonalności łączności i komunikacji w obrębie PRM.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: Urzędy Wojewódzkie

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2024–2027

Szacowane koszty działań: ok. 113,8 mln zł.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba wspartych dyspozytorni medycznych działających w ramach systemu PRM.

Działanie 2.12.4.

Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych w zakresie inwestycji w infrastrukturę i doposażenie SOR lub pracowni diagnostycznych współpracujących z SOR oraz w zakresie zakupu ambulansów dla ZRM wraz z dodatkowym wyposażeniem.

Status po aktualizacji: nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej odpowiedniej jakości wszystkim pacjentom, którzy potrzebują wsparcia na SOR;
- wyposażenie podmiotów leczniczych w specjalistyczny sprzęt medyczny niezbędny do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego oraz ambulanse wraz z wyposażeniem dla ZRM;

- skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej;
- poprawa komfortu pacjentów.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2024–2025

Szacowane koszty działań:

Fundusz Medyczny (subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych):
1 555,6 mln zł).

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba zmodernizowanych i doposażonych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń w SOR.
2. Liczba zakupionych ambulansów wraz z wyposażeniem dla ZRM.

Działanie 2.12.5.

Wsparcie rozwoju podmiotów leczniczych w zakresie działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego przez utworzenie stałej bazy HEMS.

Status po aktualizacji: nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- utworzenie stałej bazy HEMS (funkcjonującej w okresie całego roku);
- skrócenie czasu dotarcia do pacjentów oraz oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej;
- poprawa komfortu pacjentów.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2024–2029

Szacowane koszty działań: Fundusz Medyczny (subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych): 31 mln zł).

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba utworzonych stałych baz HEMS

Działanie 2.12.6.

Wsparcie rozwoju podmiotów leczniczych w zakresie działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego przez zakup fabrycznie nowych śmigłowców ratunkowych.

Status po aktualizacji: nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- zakup fabrycznie nowych śmigłowców ratunkowych;
- skrócenie czasu dotarcia do pacjentów oraz oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej;
- poprawa komfortu pacjentów.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2024–2028

Szacowane koszty działań:

Fundusz Medyczny (subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych: 446 mln zł.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba zakupionych śmigłowców ratunkowych.

2.13. Działania horyzontalne

Potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej, niebędące wynikiem procesu analitycznego MPZ

Działania horyzontalne stanowią kluczowy element, uzupełniający do wskazanych w powyższych obszarach. Zostały one zarekomendowane w odpowiedzi na dynamicznie zmieniającą się sytuację zarówno w kraju, jak i na świecie, w szczególności w kontekście pandemii COVID-19, postępu technologicznego oraz wyzwań geopolitycznych. Ponadto, obejmują one opiekę koordynowaną, która charakteryzuje się działaniem przekrojowym, obejmującym wiele zakresów świadczeń.

Choroby nowotworowe i kardiologiczne odpowiadały za ponad 70% zgonów. W związku z tym konieczne jest dalsze rozwijanie opieki onkologicznej (NSO, KSO, akty wykonawcze, itd.) i rozwój sieci kardiologicznej.

Intensyfikacja procesu cyfryzacji w sektorze ochrony zdrowia przyczyni się do zwiększenia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w kraju, zwłaszcza przez zapewnienie ciągłej opieki dla osób starszych i z niepełnosprawnościami, a także przygotowanie systemu na potencjalne, nieprzewidywalne zdarzenia epidemiologiczne w przyszłości. W tym kontekście, wskazano również działania mające na celu zminimalizowanie wpływu czynnika ludzkiego w procesach takich jak rejestracja i diagnostyka, przez zastosowanie algorytmów do tzw. wstępnej diagnozy. Takie podejście umożliwi maksymalne skoncentrowanie zasobów na leczeniu, co z kolei przyczyni się do poprawy wyników terapeutycznych.

Dodatkowo, w przedstawionych działaniach położono nacisk na rozwój krajowych programów w obszarach takich jak badania kliniczne, sektor biomedyczny oraz badania epidemiologiczne. Celem tych inicjatyw jest wprowadzenie rozwiązań, które zwiększą zdolność kraju do prowadzenia badań o kluczowym znaczeniu społecznym, wzmocnią niezależność w podejmowaniu strategicznych decyzji oraz pogłębią wiedzę na temat bieżącej sytuacji wewnętrznej.

Od dnia 24 lutego 2022 r. trwa konflikt zbrojny na Ukrainie. Związana z tym niepewność geopolityczna wymusza dostosowanie dokumentów strategicznych i operacyjnych do nowych wyzwań, w tym tych związanych z zapewnieniem szeroko rozumianego bezpieczeństwa, również w obszarze ochrony zdrowia.

W związku z rozwojem chirurgicznych technik robotowych planowane jest podjęcie działań skutkujących poszerzaniem kompetencji w tym zakresie. W celu zabezpieczenia właściwego rozwoju technik robotowych gwarantujących bezpieczeństwo pacjenta, należy umożliwić osiągnięcie najwyższego poziomu umiejętności kadry medycznej. Działania obejmą więc analizę potrzeb i opracowanie koncepcji.

Jednym z priorytetów, obejmujących różne dziedziny, jest także zagwarantowanie szeroko rozumianego bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet. Obejmuje ono zarówno dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej, jak i działania profilaktyczne oraz edukacyjne, mające na celu zwiększenie świadomości na temat kluczowych zagadnień zdrowotnych. W ramach tych działań istotne jest zapewnienie dostępu do kompleksowej opieki zdrowotnej, w tym do usług związanych z opieką prenatalną, opieki okołoporodowej, onkopłodnością, jak również diagnostyki leczenia endometriozy.

Ponadto, w kontekście zdrowia reprodukcyjnego, kluczowe jest zapewnienie kobietom pełnej informacji i dostępu do nowoczesnych metod planowania rodziny, a także wsparcia w zakresie zdrowia seksualnego.

2.13.1. Pakiet na rzecz bezpieczeństwa kobiet

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.13.1.1.

Wdrożenie pakietu zmian dotyczących różnych obszarów zdrowia kobiet – „Świadoma, bezpieczna ja”. Pakiet obejmuje rozwiązania w zakresie:

- wprowadzenia finansowania ze środków publicznych zapłodnienia metodą in vitro i zabezpieczenia płodności na przyszłość u pacjentów przed lub w trakcie leczenia onkologicznego, przez uruchomienie programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie

wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganey prokreacji, na lata 2024–2028”;

- szczepień przeciwko HPV – zapewnienie dostępu do szczepień ochronnych przeciwko HPV dla osób przed rozpoczęciem aktywności seksualnej w celu uniknięcia zakażeń, które mogą powodować rozwój choroby nowotworowej, jak również wypracowanie działań promocyjnych zapewniających jak największe wszczęcie;
- opieki okołoporodowej, w zakresie dostępu do analgezji regionalnej rodzącej oraz powszechnych badań prenatalnych;
- diagnostyki i leczenia endometriozy, przez utworzenie ośrodków specjalizujących się w diagnostyce i leczeniu tego schorzenia oraz skrócenie czasu do postawienia diagnozy.

Status po aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa kobiet w kwestii ochrony zdrowia oraz świadomości przysługujących im praw;
- zwiększenie dostępu do diagnostyki i leczenia;
- zwiększenie świadomości i poprawa profilaktyki w zakresie zdrowia kobiet;
- zapewnienie parom dotkniętym niepłodnością równego dostępu do procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ośrodku medycznie wspomaganey prokreacji oraz umożliwienie osobom przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność zabezpieczenia materiału rozrodczego (oocytów lub nasienia) na przyszłość

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 01.2024-12.2028

Szacowane koszty działań:

- zapłodnienie metodą in vitro: 500 mln zł rocznie;
- badania prenatalne: koszt w 2024 r. wyniesie ok. 148 348 472 zł; koszty na kolejne lata w tej chwili trudne do oszacowania;
- diagnostyka i leczenie endometriozy: koszty nie są możliwe do oszacowania na tym etapie prac, ze względu na wczesny etap ustalania koncepcji i kierunków zmian.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba par, które skorzystały z programu in vitro.

2. Liczba pacjentów, którzy skorzystali z zabezpieczenia komórek rozrodczych przed lub w trakcie leczenia onkologicznego.
3. Odsetek zaszczepionych przeciwko HPV w wieku do 18. roku życia.
4. Odsetek porodów ze znieczuleniem zewnątrzoponowym lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleniem podpajęczynówkowym w łącznej liczbie porodów drogami natury.
5. Liczba kobiet objętych badaniami prenatalnymi.
6. Liczba kobiet, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki i leczenia endometriozy (zmiana w stosunku do lat ubiegłych).

2.13.2. Opieka koordynowana

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.13.2.1.

Wdrożenie i funkcjonowanie Krajowej Sieci Onkologicznej.

Status po aktualizacji: nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- wprowadzenie nowej struktury organizacyjnej i nowego modelu zarządzania opieką onkologiczną, które usprawnią organizację systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologii, w tym karty e-DiLO, która ułatwi monitorowanie przebiegu ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej każdego pacjenta;
- zapewnienie każdemu pacjentowi, niezależnie od miejsca zamieszkania, opieki onkologicznej opartej o jednakowe standardy diagnostyczno-terapeutyczne;
- wprowadzenie działań uzupełniających i komplementarnych do realizacji gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej podnoszących komfort i bezpieczeństwo pacjenta, a także przyspieszających proces leczenia np. strefy wytchnienia dla pacjentów, gdzie mogą spędzać czas z rodziną lub innymi pacjentami oraz dla personelu;
- wprowadzenie do systemu opieki onkologicznej i podniesienie roli koordynatora, do zadań którego należy udzielanie pacjentowi informacji o organizacji ścieżki diagnostycznej i terapeutycznej oraz koordynacja i wsparcie pacjenta na wszystkich etapach opieki onkologicznej;

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, CeZ, NFZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: od 2024 r. (pierwsza kwalifikacja świadczeniodawców na poszczególne poziomy KSO lipiec 2024).

Szacowane koszty działań: ok. 376,91 mln zł (źródło: Ocena Skutków Regulacji ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. poz. 650), dotyczą wyłącznie kosztów związanych z wdrażaniem i funkcjonowaniem KSO w perspektywie 10 lat).

Wskaźnik realizacji działania:

1. Zostały określone w aktach wykonawczych jako wskaźniki jakości opieki onkologicznej.

Działanie 2.13.2.2.

Wdrożenie i funkcjonowanie Krajowej Sieci Kardiologicznej.

Status po aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- wprowadzenie nowej struktury organizacyjnej i nowego modelu zarządzania opieką kardiologiczną, które usprawnią organizację systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie kardiologii w tym karty e-KOK, która ułatwi monitorowanie przebiegu ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej każdego pacjenta;
- zapewnienie każdemu pacjentowi niezależnie od miejsca zamieszkania opieki kardiologicznej opartej o jednakowe standardy diagnostyczno-terapeutyczne;
- wprowadzenie do systemu opieki kardiologicznej roli koordynatora, do zadań którego należy udzielanie pacjentowi informacji o organizacji ścieżki diagnostycznej i terapeutycznej oraz koordynacja i wsparcie pacjenta na wszystkich etapach opieki kardiologicznej.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, CeZ, NFZ.

Szacowane koszty działań: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: od 2025 r. (pierwsza kwalifikacja świadczeniodawców na poszczególne poziomy Krajowej Sieci Kardiologicznej w 2025 r.).

Wskaźnik realizacji działania:

1. Wejście w życie ustawy o Krajowe Sieci Kardiologicznej.

Działanie 2.13.2.3. (poprzednio: 2.3.7.)

Wejście w życie i realizacja zadań wpisanych w NPChUK, który identyfikuje główne wyzwania i kierunki zmian oraz rozwoju systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie chorób sercowo-naczyniowych. NPChUK stanowi wieloletni plan reform polskiej kardiologii, kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej, angiologii i innych dziedzin pokrewnych związanych z chorobami układu krążenia, koncentrujący działania w pięciu głównych obszarach, kluczowych dla uzyskania efektu synergii oraz poprawy wskaźników epidemiologicznych:

- 1) inwestycje w kadry;
- 2) inwestycje w edukację profilaktykę i styl życia;
- 3) inwestycje w pacjenta;
- 4) inwestycje w naukę i innowacje;
- 5) inwestycje w system opieki kardiologicznej;

Status po aktualizacji:**zaktualizowane****Oczekiwane rezultaty działania:**

- poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie kardiologii i dziedzinach pokrewnych;
- ograniczanie zachorowalności na choroby układu krążenia przez zwiększenie świadomości społecznej na temat profilaktyki chorób układu krążenia oraz kształtowanie postaw prozdrowotnych poprawa skuteczności profilaktyki wtórnej, w szczególności zwiększenie dostępności i zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawa ich jakości;
- zwiększenie potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych w celu umożliwienia pacjentom korzystania z najskuteczniejszych rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych;
- poprawa organizacji systemu opieki kardiologicznej przez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta”.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, MEN, MRPiPS, MF, NIK-PIB, NIZP PZH-PIB, NFZ, ABM, NIO-PIB, AOTMiT, CMKP, CDK.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2022–2032.

Szacowane koszty działań:

Część 46-Zdrowie, rozdział 85149 – programy polityki zdrowotnej, Program wieloletni NPChUK:

2022 r.: plan 24 mln zł, wydatkowanie 0 zł;

2023 r.: plan po zmianach: 96,12 mln zł, wydatkowanie 88,6 mln zł;

2024 – 2032: plan nie więcej niż 270 mln zł rocznie.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Wejście w życie NPChUK.

2.13.3.E-usługi i telemedycyna

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.13.3.1. (poprzednio: 2.13.6.)

Wdrożenie Elektronicznej Karty Zgonu (e-KZ) i Elektronicznej Karty Urodzenia (e-KU).

Status po aktualizacji: kontynuowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- optymalizacja obszaru związanego z wydawaniem kart urodzenia i zgonu.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: CeZ we współpracy z m.in. KPRM, MSWiA, GUS, GIS, NIZP PZH-PIB.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2022 r.

Szacowane koszty działań: 6,1 mln zł.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Cyfryzacja procesu związanego z wystawianiem kart zgonu i urodzenia.

Działanie 2.13.3.2. (poprzednio: 2.13.7.)

Dalszy rozwój centralnych usług cyfrowych ochrony zdrowia stanowiący odpowiedź na oczekiwania środowisk medycznych, jak i pacjentów przez:

- wdrożenie trzech centralnych usług cyfrowych (narzędzia wspomagającego analizę stanu zdrowia pacjenta, rozwój algorytmów sztucznej inteligencji, uruchomienie centralnego repozytorium danych medycznych),
- cyfryzację dokumentacji medycznej i dalszy rozwój usługi jej wymiany,
- wzmocnienie cyberbezpieczeństwa w ochronie zdrowia.

Status po aktualizacji: zaktualizowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- poprawa odporności systemu opieki zdrowotnej na przyszłe kryzysy przez zwiększenie udziału pacjentów w procesie leczenia, rozszerzenie oferty publicznych usług cyfrowych oraz zdalnych sposobów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, CeZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2026.

Szacowane koszty działań: finansowane w ramach inwestycji D1.1.2 KPO. Całkowita alokacja w ramach tej inwestycji wynosi 4 316,8 mln zł.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Cyfryzacja dokumentacji medycznej dotyczącej historii interakcji pacjenta z systemem ochrony zdrowia – 30% do I kwartału 2026 r.
2. Elektronizacja dokumentacji medycznej – 3 EDM do I kwartału 2025 r.
3. Dalsza elektronizacja dokumentacji medycznej – 6 EDM do I kwartału 2026 r.
4. Centralne/regionalne podmioty lecznicze podłączone do centralnego repozytorium danych medycznych – 30% do I kwartału 2026 r.
5. Centralne/regionalne podmioty lecznicze wyposażone w system wsparcia procesu decyzyjnego lekarza na podstawie algorytmów sztucznej inteligencji - 30% do I kwartału 2026 r.
6. Dorośli pacjenci objęci narzędziem wspomagającym analizę stanu zdrowia pacjenta – 70% do I kwartału 2026 r.

Działanie 2.13.3.3. (poprzednio: Działanie 2.5.2.)

Rozbudowa centralnego systemu e-rejestracji, który umożliwi pacjentom dokonanie rejestracji na wybrane świadczenie opieki zdrowotnej.

Status po aktualizacji:

zaktualizowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- optymalizacja procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Projektowane rozwiązanie ma umożliwić zapisywanie i odwołanie wizyty za pośrednictwem IKP.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, CeZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2027

Szacowane koszty działań:

Etap I wdrożenie pilotażowe:

- 2024 r.: 20,6 mln zł
- 2025 r.: 35,4 mln zł

Łączna kwota: 56,0 mln zł

Kwota szacunkowa, która może ulec zmianie w zależności od ustalenia ostatecznej koncepcji rozwiązania.

Etap II wdrożenie systemowe (na podstawie ustawy): kwota w trakcie szacowania

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba osób, które wypisała się z kolejki w czasie umożliwiającym skorzystanie z danego terminu przez innego pacjenta.
2. Czas oczekiwania na poszczególne świadczenia.

Działanie 2.13.3.4. (poprzednio Działanie 2.13.9.)

Poprawa dojrzałości cyfrowej podmiotów leczniczych POZ pod kątem gotowości do funkcjonowania w warunkach zagrożenia epidemiologicznego, zwiększenie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dla osób starszych i innych osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Status po aktualizacji:

zakończone

Oczekiwane rezultaty działania:

- poprawa dojrzałości cyfrowej podmiotów leczniczych POZ pod kątem gotowości do funkcjonowania w warunkach zagrożenia epidemicznego – wdrożenie rozwiązań z obszaru e-Zdrowia, dotyczących zakupu infrastruktury teleinformatycznej: sprzętu, oprogramowania oraz integracji z P1.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2022–2023.

Szacowane koszty działań na projekty e-Gabinet+ i e-usługi POZ: ok. 300 mln zł (Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014–2020).

Faktyczne wykonanie:

e-Gabinet+: ok. 173,8 mln zł

e-usługi POZ: ok. 90,7 mln zł

Wskaźnik realizacji działania (dla projektów e-Gabinet+ i e-usługi POZ):

1. Liczba podmiotów POZ objętych wsparciem we wdrożeniu e-Uслуг – wartość osiągnięta w 2023 r.: 963 szt. i 604 szt.
2. Liczba centralnych systemów informatycznych wspierających świadczenie e-usług przez podmioty lecznicze – wartość osiągnięta w 2023 r.: 1 szt.
3. Liczba leczonych w podmiotach leczniczych objętych wsparciem – wartość docelowa w 2024 r.: 1 186 607 osób/rok i 570 000 osób/rok.
4. Liczba zdarzeń medycznych wysłana do P1 - wartość docelowa w 2024 r.: 3750 szt. i 3600 szt.

Działanie 2.13.3.5. (poprzednio: Działanie 2.13.10.)

Zwiększenie dostępności usług z zakresu telemedycyny, w szczególności dla osób starszych i innych osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Status po aktualizacji:

zakończone

Oczekiwane rezultaty działania:

- wdrożenie rozwiązań telemedycznych w zakresie kardiologii, geriatry, psychiatrii, położnictwa, diabetologii, opieki paliatywnej, chorób przewlekłych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2027.

Szacowane koszty działań: 155 mln zł.

Budżet projektów: 15 136 269 zł (Fundusz Przeciwdziałania COVID-19).

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba podmiotów objętych wsparciem w ramach telemedycyny.
2. Liczba wdrożonych programów telemedycznych uruchomionych na platformie DOM.

Działanie 2.13.3.6. (poprzednio: Działanie 2.13.11.)

Rozwój e-usług dla pacjentów i poprawa cyberbezpieczeństwa w sektorze ochrony zdrowia przez:

- rozszerzenie centralnego systemu e-rejestracji;
- rozwój e-usług w ramach IKP (np. dostęp do profilowanych informacji o dostępnych programach profilaktycznych);
- rozwój narzędzi m-Zdrowia;

- zwiększenie poziomu korzystania ze sztucznej inteligencji (AI) w systemie ochrony zdrowia;
- wzmocnienie potencjału podmiotów leczniczych.

Status po aktualizacji:

zaktualizowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- wdrożenie nowych usług cyfrowych, rozpowszechnienie wiedzy na temat cyberbezpieczeństwa w systemie ochrony zdrowia.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2027.

Szacowane koszty działań:

E-Rejestracja:

Etap I wdrożenie pilotażowe:

2024 r.: 20,6 mln zł

2025 r.: 35,4 mln zł

Łączna kwota: 56,0 mln zł

Kwota szacunkowa, która może ulec zmianie w zależności od ustalenia ostatecznej koncepcji rozwiązania.

Etap II wdrożenie systemowe (na podstawie ustawy):

Kwota w trakcie szacowania

Rozwój IKP finansowany jest z budżetu własnego CeZ (budżetu państwa).

Rozwój Portfela Aplikacji Zdrowotnych (projekt finansowany będzie w ramach FER).

W ramach I fazy realizacji grantów dla podmiotów z zakresu cyberbezpieczeństwa finansowana jest z budżetu państwa. Wysokość środków to ok. 200 mln zł.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba aplikacji, które otrzymały tytuł „Aplikacja Certyfikowana MZ” oraz zostały włączone do PAZ.

Działanie 2.13.3.7. (poprzednio: Działanie 2.13.12.)

1. Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej (m.in. przez dalszy rozwój telemedycyny).

2. Rozwój innowacyjnych rozwiązań w obszarze technologii medycznych i rozwiązań teleinformatycznych wspierających proces leczenia.
3. Wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, wsparcie lekarza w podejmowaniu decyzji.

Status po aktualizacji:

kontynuowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- dostęp do e-rejestracji;
- uruchomienie platformy konsultacji medycznych;
- rozbudowa usług dostępnych na platformie telemetrycznej;
- stworzenie i wdrożenie algorytmów ułatwiających podejmowanie decyzji w zakresie leczenia pacjenta.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, CeZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2027.

Szacowane koszty działań:

E-Rejestracja:

Etap I wdrożenie pilotażowe:

2024 r.: 20,6 mln zł

2025 r.: 35,4 mln zł

Łączna kwota: 56,0 mln zł

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba świadczeń opieki zdrowotnej w ramach e-rejestracji.
2. Liczba udzielanych konsultacji medycznych w ciągu roku, pacjentów korzystających z konsultacji medycznych, odsetek konsultacji medycznych prowadzonych w formie teleporady w odniesieniu do tradycyjnych wizyt lekarskich.
3. Liczba usług udostępnionych na platformie telemedycznej, liczba wyników alertowych skutkujących reakcją personelu medycznego.
4. Liczba udostępnionych algorytmów wykorzystywanych w odniesieniu do świadczonych usług w ramach platformy telemedycznej.

Działanie 2.13.3.8. (poprzednio: Działanie 2.13.13.)

Wytworzenie narzędzi informatycznych umożliwiających wprowadzanie korzyści dla obywateli z niskim poziomem ryzyka przenoszenia wirusa COVID-19

z wykorzystaniem zaświadczeń cyfrowych wydawanych w ramach systemu w celu realizacji swobody przemieszczania i obejmujących trzy obszary użycia (zaświadczenie z tytułu szczepienia, negatywnego wyniku testu, pozytywnego wyniku testu).

Status po aktualizacji:

zakończone

Oczekiwane rezultaty działania:

- wytworzenie aplikacji prezentacyjnej i aplikacji weryfikacyjnej – całościowego rozwiązania obsługującego system ewentualnych zachęt i benefitów dla osób o określonym statusie i monitorowanie dostępu w określonych, zdefiniowanych sytuacjach społecznych będących konsekwencją decyzji zewnętrznych, na podstawie analizy oczekiwań sektorów i branż gospodarki oraz w oparciu o bieżącą sytuację epidemiologiczną.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, CeZ, Naukowa i Akademicka Sieć Komputerowa.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2022.

Szacowane koszty działań: 6 mln zł

Źródło: UE, umowa o udzielenie dotacji na działanie w ramach instrumentu wsparcia w sytuacjach nadzwyczajnych. Wysokość finansowania: 609 036,70 EUR

Wskaźniki realizacji działania:

1. Wytworzenie aplikacji prezentacyjnej.
2. Wytworzenie aplikacji weryfikacyjnej.
3. Liczba pobrań.

Działanie 2.13.3.9. (poprzednio: Działanie 2.13.14.)

Poprawa jakości świadczeń opieki zdrowotnej, obsługi pacjentów oraz dostępu do danych medycznych przez: wdrożenie wymiany EDM i raportowania zdarzeń niepożądanych w skali systemowej oraz wdrożenie eRejestracji i Platformy Teleporad.

Status po aktualizacji:

zaktualizowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- ujednoczenie formatu plików przekazywanych do Systemu Informacji Medycznej;
- utworzenie systemu rozliczania zdarzeń niepożądanych;

- utworzenie platformy udzielania teleporad medycznych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, CeZ, NFZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2023.

Szacowane koszty działań: 15 mln zł

Określony w działaniu zakres realizowany będzie w ramach inwestycji D.1.1.2.

Alokacja na ten zakres wynosi 35,59 mln zł

Wskaźnik realizacji działania:

1. Udostępnienie dokumentów stanowiących EDM.
2. Liczba przekazywanych formatów EDM.
3. Liczba funkcjonalnych systemów rozliczeniowych.
4. Liczba uruchomionych udzielania teleporad medycznych.
5. Liczba personelu udzielającego teleporad.

2.13.4. Piramida świadczeń

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.13.4.1. (poprzednio: Działanie 2.5.3.)

Realizacja projektu *Odwrócona Piramida Świadczeń*, dotyczącego opracowania założeń i wdrożenia rozwiązań systemowych mających na celu:

- 1) uzyskanie spójności produktów rozliczeniowych ze ścieżką pacjenta, której przebieg powiązany jest z problemami zdrowotnymi pacjenta oraz procedurami medycznymi wykonywanymi w trakcie diagnostyki i leczenia opisanymi w „paszporcie”;
- 2) przywrócenie roli POZ w systemie opieki zdrowotnej jako miejsca, gdzie planuje się i realizuje opiekę lekarską oraz koordynuje udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla zapewnienia całościowej i ciągłej opieki nad pacjentem;
- 3) odciążenie systemu szpitalnego od konieczności realizacji badań diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym i przeniesienie ich realizacji w ramach AOS i POZ zgodnie ze ścieżką pacjenta;
- 4) opracowanie elektronicznej platformy komunikacji i współpracy pomiędzy szpitalem, AOS oraz POZ w ramach diagnostyki i leczenia umożliwiającej m.in. prowadzenie e-konsyliów ze specjalistami;

- 5) zwiększenie efektywności przepływu informacji w systemie ochrony zdrowia przez reorganizację systemów e-skierowań, e-rejestracji i elektronicznej dokumentacji medycznej;
- 6) różnicowanie płatności w zależności od stopnia komplikacji przypadku;
- 7) wprowadzenie mechanizmów ograniczających nieuzasadniony popyt na świadczenia opieki zdrowotnej w AOS u pacjentów, którzy mogą być leczeni w POZ;
- 8) wdrożenie pakietów diagnostyczno-terapeutycznych umożliwiających racjonalizację wykorzystania zasobów przez zmniejszenie liczby wizyt w AOS i hospitalizacji czego efektem będzie poprawa dostępności do świadczeń i skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie opieki zdrowotnej.
- 9) modyfikacja i optymalizacja charakterystyki JGP.

Status po aktualizacji:

zaktualizowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- 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.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ i NFZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2027.

Szacowane koszty działań: Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027: 69 297 521,28 zł.

Wskaźniki realizacji działania:

- 1) Przygotowanie rozwiązań organizacyjno-prawnych wdrażających wypracowane mechanizmy w systemie opieki zdrowotnej.

2.13.5. Ewidencja Potencjału Świadczeniodawcy

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.13.5.1.

Realizacja projektu „Ewidencja Potencjału Świadczeniodawcy”, którego celem jest zaprojektowanie i wdrożenie centralnego systemu teleinformatycznego do gromadzenia danych (bezpośrednio ze systemów informacyjnych usługodawcy z maksymalnym ograniczeniem aktywności operatora) o potencjale usługodawcy do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie liczby zajętych i wolnych łóżek, kadry medycznej, kluczowych wyrobów i gazów medycznych, krwi i składników krwi, środków ochrony osobistej, infrastruktury usługodawcy oraz awarii bądź czasowego wyłączenia lub zaprzestania udzielania świadczeń. Zebrane dane, w postaci referencyjnego źródła danych, będą udostępniane poszczególnym interesariuszom z obszaru ochrony zdrowia i administracji państwowej. Projektowany system będzie funkcjonował jako dziedzinowy system teleinformatyczny w rozumieniu przepisów o systemie informacji w ochronie zdrowia, co pociąga za sobą konieczność wdrożenia zmian w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465, z późn. zm.)

Status po aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- wdrożony dziedzinowy system teleinformatyczny, w rozumieniu przepisów o systemie informacji w ochronie zdrowia, gromadzący dane o potencjale świadczeniodawcy;
- funkcjonujący referencyjny zbiór danych, dostępny dla poszczególnych interesariuszy takich jak minister właściwy do spraw zdrowia, minister właściwy do spraw administracji publicznej, minister obrony narodowej, płaćnik, terenowe organy administracji rządowej;
- zmniejszenie obciążenia Usługodawców zadaniami raportowymi, zarówno w zakresie liczby raportów, jak również kanałów raportowania

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.**Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane:** lata 2024–2027.**Szacowane koszty działań:** 51 028 746 zł.**Wskaźnik realizacji działania:**

1. Raportujący w systemie EPŚ usługodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne (podłączeni i przekazujący dane).
2. Raportujący w systemie EPŚ pozostali usługodawcy (podłączeni i przekazujący dane).

3. Udostępniony dla poszczególnych interesariuszy referencyjny zbiór danych.
4. Wejście w życie znowelizowanej ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

2.13.6. Podstawowe Regiony Zabezpieczenia

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.13.6.1. (poprzednio: Działanie 2.6.6.)

Realizacja projektu *Podstawowe Regiony Zabezpieczenia*, którego celem jest m.in. określenie obszarów zabezpieczenia w zakresie usług ochrony zdrowia, tworzenie warunków umożliwiających zwiększenie dostępności (w tym przestrzennej) do świadczeń z zakresu zdrowia i budowania bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Status po aktualizacji:

zaktualizowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- 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.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2024–2027.

Szacowane koszty działań: Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027: 51 564 950,62 zł.

Wskaźnik realizacji działania:

- opracowanie narzędzi do identyfikacji i monitorowania podstawowych regionów zabezpieczenia (w tym wskaźników dostępności i jakości usług ochrony zdrowia);
- opracowanie narzędzi do monitorowania epidemiologii.

2.13.7.Inne

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.13.7.1. (poprzednio: Działanie 2.13.1.)

Opracowanie i wdrożenie nowych regulacji prawnych w obszarze badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi.

Status po aktualizacji:

zakończone

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie atrakcyjności prowadzenia badań klinicznych w Rzeczypospolitej Polskiej.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: ABM.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: IV kwartał 2022 r.

Szacowane koszty działań: bez kosztowo.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. U. poz. 605).

Działanie 2.13.7.2. (poprzednio: Działanie 2.13.2.)

Wsparcie w tworzeniu innowacyjnych rozwiązań medycznych, technologicznych i prawnych o znaczeniu systemowym na rzecz poprawy zdrowia pacjentów oraz zwiększenia wydajności polskiego systemu ochrony zdrowia

Status po aktualizacji:

zaktualizowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- rozwój sektora badań medycznych;
 - zwiększenie spójności i komplementarności działania w zakresie wydatkowania środków przeznaczonych na działalność badawczo-rozwojową;
 - wsparcie w tworzeniu innowacji medycznych i technologicznych w obszarze sektora biotechnologicznego, farmaceutycznego i medycznego;
- realizacja programów i projektów ogłaszanych przez partnerów WHIH, stworzonych we współpracy z instytucjami publicznym

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: ABM.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: do 2026 r.

Szacowane koszty działań: bez kosztowo.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Opracowanie strategii na rzecz rozwoju badań medycznych w Rzeczypospolitej Polskiej.

Działanie 2.13.7.3. (poprzednio: Działanie 2.13.3.)

Rozwój innowacyjnych technologii lekowych. Opracowanie i doprowadzenie do co najmniej I fazy badań klinicznych szczepionki opartej o RNA lub innowacyjnego leku przeciw wirusom RNA lub osiągnięcia możliwości produkcyjnych szczepionek opartych o RNA.

Status po aktualizacji:

zaktualizowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- opracowanie innowacyjnych produktów leczniczych w obszarze terapii z wykorzystaniem RNA;
- zwiększenie kompetencji kadry B+R w zakresie prac nad rozwojem technologii lekowych opartych o RNA;
- zwiększenie liczby polskich rozwiązań chronionych np. zgłoszeniami patentowymi w zakresie wykorzystania kwasów nukleinowych w innowacyjnych terapiach lekowych;
- zwiększenie dostępności do infrastruktury R&D oraz wytwórczej w zakresie produktów leczniczych opartych o RNA;
- zwiększenie dostępu pacjentów do innowacyjnych rozwiązań terapeutycznych np. w ramach badań klinicznych wczesnych faz;
- zwiększenie liczby zespołów badawczych prowadzących prace B+R w zakresie technologii lekowych opartych o kwasy nukleinowe w polskich jednostkach naukowych i innowacyjnych firmach farmaceutycznych;
- zwiększenie liczby projektów, publikacji i zgłoszeń patentowych/patentów w zakresie technologii lekowych opartych o kwasy nukleinowe;
- zwiększenie liczby prac wdrożeniowych i badań klinicznych w zakresie technologii lekowych opartych o RNA.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: ABM.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021–2027.

Szacowane koszty działań: 350 mln zł.

Dotacja celowa w wysokości 254 mln zł.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba dofinansowanych prac badawczo-rozwojowych.

Działanie 2.13.7.4. (poprzednio: Działanie 2.13.4.)

Stworzenie Programu Rozwoju Badań Epidemiologicznych.

Status po aktualizacji:

zaktualizowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- realizacja Programu Rozwoju Badań Epidemiologicznych do końca 2033 r.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: ABM, NIO-PIB, IK, NIZP PZH-PIB.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2023–2033.

Szacowane koszty działań: 600 mln zł.

Źródło finansowania Planu stanowi odpis, o którym mowa w art. 97 ust. 3e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na realizację i finansowanie zadań, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2064).

Z 600 mln zł alokacji przewidzianych na Plan zakontraktowano ponad 254 mln zł, co stanowi 42% przewidzianego budżetu

Wskaźnik realizacji działania:

1. Raport Strategii Rozwoju Badań Epidemiologicznych.
2. Liczba projektów wyłonionych w ramach konkursu, które otrzymały dofinansowanie na realizację badań epidemiologicznych.

Działanie 2.13.7.5. (poprzednio: Działanie 2.13.5.)

Analiza potrzeb sektora biomedycznego, określenie kluczowych kierunków rozwoju sektora w Rzeczypospolitej Polskiej, zwiększenie alokacji na rozwój sektora B+R w obszarze rozwoju produktów leczniczych, wyrobów medycznych, usług e-zdrowia oraz wypracowanie nowego, efektywnego modelu zarządzania innowacjami.

Status po aktualizacji:

zaktualizowane

Oczekiwane rezultaty działania:

- stworzenie Programu Rozwoju Sektora Biotechnologicznego;
- wsparcie badawczo rozwojowe;
- wzmocnienie sektora biomedycznego.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: ABM.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: do 2031 r.

Szacowane koszty działań:

Dotyczy: Wskaźnik Liczba dofinansowanych projektów badawczych dla jednostek naukowych i przedsiębiorców z sektora biomedycznego: środki KPO.

Dotychczasowa alokacja: 855 mln zł.

Dotyczy: Wskaźnik Liczba utworzonych oraz rozwój i modernizacja istniejących Centrów Wsparcia Badań Klinicznych

23 Projekty na utworzenie i rozwój CWBK - Odpis NFZ - ustawa z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych.

ABM/2020/3: 100 975 539,23 zł

ABM/2021/4: 54 048 607,24 zł

ABM/2021/6: 47 792 247,54 zł

W ramach środków KPO planowana jest alokacja 150 mln zł na utworzenie nowych CWBK (przewidywana kwota dofinansowania wynosi 162,7 mln zł) oraz 135 mln zł na doskonalenie i zwiększenie potencjału naukowo-badawczego istniejących CWBK.

Konkursy KPO będą realizowane w latach 2024–2026.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba dofinansowanych przedsięwzięć badawczych dla jednostek naukowych i przedsiębiorców z sektora biomedycznego – 60.
2. Liczba dofinansowanych przedsięwzięć, których celem jest rozwój istniejących CWBK – 18.
3. Liczba dofinansowanych przedsięwzięć, których celem jest utworzenie nowych CWBK- 10.

Działanie 2.13.7.6. (poprzednio: Działanie 2.13.8.)

Wdrożenie działań projakościowych w systemie ochrony zdrowia polegających na dostosowaniu podmiotów leczniczych POZ i szpitali do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami (głównie osoby z niepełnosprawnością i osoby starsze), w oparciu o Standardy Dostępności POZ i Szpitali.

Status po aktualizacji:**zakończone****Oczekiwane rezultaty działania:**

- poprawa dostępności 250 podmiotów leczniczych POZ i 50 szpitali w zakresie architektonicznym, cyfrowym, organizacyjnym i komunikacyjnym;
- podniesienie kompetencji w zakresie komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami pracowników podmiotów leczniczych POZ i szpitali – 900 osób.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.**Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane:** lata 2019–2023.**Szacowane koszty działań:** zł.

Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020; wartość projektu: 353 885 142 zł.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba podmiotów POZ, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu – 271.
2. Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu – 78.
3. Liczba pracowników podmiotów leczniczych, którzy podnieśli kompetencje w zakresie obsługi pacjenta z niepełnosprawnościami – 1255.

Działanie 2.13.7.7.

Zapewnienie kontynuacji finansowania przez Komisję Europejską działalności MEDEVAC HUB Jasionka do czasu zakończenia działań wojennych na obszarze Ukrainy.

Status po aktualizacji:**nowe****Oczekiwane rezultaty działania:**

- kontynuacja zapewnienia transferu pacjentów ukraińskich na leczenie do krajów UE i EOG oraz ich powrotu do Ukrainy po zakończonym leczeniu;
- odciążenie polskiego systemu opieki zdrowotnej dzięki transferowi pacjentów ukraińskich do krajów UE i EOG;
- umacnianie pozycji Rzeczypospolitej Polskiej na arenie międzynarodowej dzięki zapewnieniu funkcjonowania MHJ jako unikatowego rozwiązania we wsparciu procesu leczenia pacjentów ukraińskich.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 01.12.2024-30.04.2025 i dalej (jeśli będzie to konieczne)

Szacowane koszty działań: 668 983,00EUR (do 30.04.2025)

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba rocznych umów o kontynuacji finansowania MHJ zapewniających funkcjonowanie hubu.
2. Liczba pacjentów objętych transferem z Ukrainy do krajów UE i EOG.
3. Liczba pacjentów objętych relokacją do Ukrainy.
4. Liczba wizyt delegacji zagranicznych w MHJ.

Działanie 2.13.7.8.

Projektowanie nowych rozwiązań w zakresie objęcia refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Status po aktualizacji: nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- dostosowanie deklaracji dostaw do rzeczywistego zapotrzebowania pacjentów;
- przejrzyste zasady wyznaczania przedstawiciela podmiotu odpowiedzialnego;
- publikowanie protokołów do wiadomości publicznej w przypadku braku porozumienia z Komisją Ekonomiczną w zakresie nowych wskazań i produktów dotąd nieobjętych refundacją;
- uwzględnianie jedynie wyłączności rynkowej w kontekście ustawowej obniżki -25% dla leków innowacyjnych;
- podwyższenie limitu finansowania w zakresie surowców farmaceutycznych stosowanych podczas przygotowania leków recepturowych;
- brak możliwości refundacji leków OTC;
- możliwość obejmowania refundacją leków w opakowaniach zagranicznych
- mniejsze wymagania proceduralne dla wniosków o objęcie refundacją składanych przez importerów równoległych, dla wniosków o skrócenie techniczne okresu obowiązywania decyzji refundacyjnej;
- procedura przeniesienia praw i obowiązków z obowiązującej decyzji na nowy podmiot odpowiedzialny;

- zmiana momentu przedstawienia dowodu dostępności produktu;
- ułatwienie powrotu produktu na obwieszczenie ministra właściwego do spraw zdrowia po wcześniejszym wyjściu z polskiego systemu refundacji;
- zmiana ustawowego mechanizmu obniżki 25% dla leków innowacyjnych;
- przejrzyste przesłanki w zakresie nakładania kar za niedotrzymanie deklaracji dostaw;
- pośrednia kategoria dostępności dla leków biologicznych stosowanych w chorobach nieonkologicznych w ramach AOS;
- usprawnienia refundacji w zakresie leków stosowanych w chorobach rzadkich;
- umożliwienie udziału przedstawicielom organizacji pacjentów w posiedzeniach Zespołów Koordynacyjnych nadzorujących funkcjonowanie oraz procesy terapeutyczne skierowanych do nich programów lekowych;
- certyfikacja i kadencyjność członków Komisji Ekonomicznej;
- dostępność dla pacjentów terapii lekowych w ramach nowych programów lekowych od pierwszego dnia obowiązywania decyzji;
- przegląd rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie co najmniej raz na dwa lata;
- zapewnienie dostępu do ZSMOPL dla podmiotów odpowiedzialnych w celu stałego monitorowania stanów magazynowych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ, Ce-Z, AOTMiT

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2025–2028

Szacowane koszty działań: docelowe koszty wynikające z rozwiązań przyjętych w wydanych aktach normatywnych zostaną określone w ich OSR.

Wskaźnik realizacji działania:

- Wejście w życie ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i innych ustaw.

Działanie 2.13.7.9.

Wdrożenie przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/2282 z dnia 15 grudnia 2021 r. w sprawie oceny technologii medycznych zmiany dyrektywy 2011/24/UE (Dz. U. UE. L. 2021.458.1).

Status po aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- zmiana ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez wdrożenie przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/2282 z dnia 15 grudnia 2021 r. w sprawie oceny technologii medycznych i zmiany dyrektywy 2011/24/UE (Dz. U. UE. L. 2021.458.1);
- opracowywanie uniwersalnej analizy klinicznej wraz z procesem rejestracji leku w Europejskiej Agencji Leków, w ramach których działania podejmować będzie AOTMiT.

Zgodnie z przepisami nie będzie możliwe wymaganie na szczeblu prawa krajowego od wnioskodawcy składającego:

- 1) wniosek o objęcie refundacją i ustalenie ceny zbytu netto leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego albo
- 2) wniosek o podwyższenie ceny zbytu netto leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego objętego refundacją.

przedłożenia analizy klinicznej dotyczącej technologii medycznej, na temat której informacje, dane, analizy lub inne dowody zostały już przedłożone przez podmiot opracowujący technologię medyczną na szczeblu Unii Europejskiej.

Zgodnie z rozporządzeniem państwa członkowskie mają prawa do dochodzenia na szczeblu prawa krajowego informacji, danych, analiz oraz innych dowodów, które nie zostały przedłożone przez podmiot opracowujący technologię medyczną na szczeblu Unii Europejskiej.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, AOTMiT

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2024 – I kwartał 2025

Szacowane koszty działań: do ustalenia na etapie wdrożeniowym.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Wejście w życie ustawy.

Działanie 2.13.7.10.

Rozszerzenie katalogu osób uprawnionych do wystawiania recept z kodem S i Dz.

Status po aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- rozszerzenie grupy osób uprawnionych do wystawiania recept na darmowe niektóre refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne przy jednoczesnym możliwie daleko posuniętym ograniczeniu odsetka przypadków, w których świadczeniodawca nie otrzymał recepty z ww. uprawnieniem pomimo jego przysługiwania, zmniejszenie odsetka przypadków, w których świadczeniodawcy otrzymali recepty na bezpłatne ww. produkty, wyroby lub środki, pomimo nieprzysługiwania uprawnienia.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: prace legislacyjne do III kwartału 2024 r., faktyczna realizacja działania począwszy od IV kwartału 2024 r. albo od I kwartału 2025 r.

Szacowane koszty działań: ok. 415 mln zł/rok, w perspektywie zakładającej obowiązywanie KPT do 2026 r. (łącznie) – ok. 830 mln zł począwszy od zainicjowania faktycznej realizacji działania.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Wzrost liczby lub udziału procentowego osób uprawnionych do wystawiania recept.
2. Spadek liczby lub udziału procentowego przypadków, w których w toku weryfikacji prawidłowości wystawiania lub realizacji recept refundowanych stwierdzono przypadek wystawienia lub realizacji recepty jako realizowanej bezpłatnie, pomimo formalnego nieprzysługiwania uprawnienia do bezpłatności.

Działanie 2.13.7.11.

Wdrożenie przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1938 z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego przeznaczonych do zastosowania u ludzi oraz uchylającego dyrektywy 2002/98/WE i 2004/23/WE+ (Dz. U. UE. L. 2024.275), zwanego dalej „rozporządzeniem SoHO”, ma na celu:

- 1) zapewnienie bezpieczeństwa i jakości materiału biologicznego pochodzenia ludzkiego stosowanego u pacjentów leczonych za pomocą terapii z wykorzystaniem SoHO oraz pełnej ochrony przed możliwym do uniknięcia ryzykiem związanym z SoHO,
- 2) zapewnienie bezpieczeństwa i jakości procedur dot. dawców SoHO oraz dzieciom urodzonym z oddanych komórek jajowych, spermy lub zarodków,

- 3) wzmocnienie praktyk nadzoru w państwach członkowskich i umożliwienie ich harmonizacji osiągnięcia lepszej opieki zdrowotnej w całej UE,
- 4) ułatwienie w zakresie opracowania bezpiecznych i skutecznych innowacyjnych terapii z wykorzystaniem SoHO,
- 5) zwiększenie odporności sektora i ograniczenie ryzyka wystąpienia niedoborów.

Status po aktualizacji: **nowe**

Oczekiwane rezultaty działania:

- całościowe podejście do regulacji dotyczących substancji pochodzenia ludzkiego;
- lepsza ochrona biorców i dawców substancji pochodzenia ludzkiego, a także dzieci urodzonych w wyniku rozrodu wspomaganego medycznie.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2025–2027.

Szacowane koszty działań: nie są możliwe do oszacowania na tym etapie prac.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Wyznaczenie i umocowanie krajowych organów właściwych ds. SoHO
2. Opracowanie i wdrożenie wymaganych zmian legislacyjnych.

Działanie 2.13.7.12.

Radioterapia protonowa: opracowanie wytycznych w celu zapewnienia optymalnego dostępu oraz zabezpieczenia potrzeb epidemiologicznych zgodnych z aktualnymi kryteriami kwalifikacji pacjenta do terapii, w oparciu o wyniki analizy liczby ośrodków mogących zagwarantować najwyższej jakości świadczenia *protonoterapii nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku oraz guzów gałki ocznej*, przy uwzględnieniu geograficznej dostępności do świadczeń, zlokalizowania ośrodków w podmiotach charakteryzujących się doświadczeniem w stosowaniu technik radioterapii onkologicznej oraz doświadczeniem w stosowaniu leczenia skojarzonego, głównie w przypadku pacjentów pediatrycznych, jak również efektywności kosztowej inwestycji i ocenie stopnia wykorzystania istniejącej infrastruktury.

Powyższe stanowisko zostało wyrażone w uchwale Nr 42/2024 Krajowej Rady Onkologicznej z 9.12.2024 r.

W Rzeczypospolitej Polskiej funkcjonuje jeden ośrodek udzielający świadczenia z obszaru radioterapii protonowej w Centrum Cyklotronowym Bronowice zlokalizowany przy Instytucie Fizyki Jądrowej PAN w Krakowie.

W ośrodku tym wykonywane są zarówno terapie protonowe guzów gałki ocznej, jak również nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku.

Dane Particle Therapy Co-Operative Group²¹, międzynarodowej organizacji zrzeszającej naukowców i lekarzy zajmujących się protonoterapią, wskazują że aktualnie przy funkcjonowaniu jednego ośrodka wskaźnik dostępności dla populacji kraju wynosi 0,26, natomiast docelowo przewiduje się utworzenie trzech miejsc udzielania świadczeń co zapewni poziom zbliżony do europejskiego zabezpieczenia populacji tj. osiągnięcie wskaźnika 0,78.

Status po aktualizacji:

nowe

Oczekiwane rezultaty działania:

- zabezpieczenia dostępności do terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku, z uwzględnieniem optymalnej dostępności na terenie kraju;
- zwiększenie liczby pacjentów poddanych terapii protonowej.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: do momentu osiągnięcia wskaźnika.

Szacowane koszty działań: trudne do oszacowania na tym etapie.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba pacjentów niepełnoletnich i dorosłych poddanych terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku oraz guzów gałki ocznej.

²¹ <https://www.ptcog.site/index.php/facilities-in-operation-public> dostęp z dnia 22.10.2024 r.

3. Monitorowanie wdrażania i aktualizacja

Minister właściwy do spraw zdrowia przygotowuje corocznie informację z wykonania KPT, która zawiera dane o osiągniętych w danym roku wskaźnikach realizacji poszczególnych działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym. Jest ona publikowana do dnia 30 kwietnia roku następującego po roku, którego informacja dotyczy. Informacja za 2022 i 2023 r. dostępna jest na stronie <https://www.gov.pl/web/zdrowie/krajowy-plan-transformacji>.

W 2023 r. minister właściwy do spraw zdrowia przygotował i opublikował również sprawozdanie śródkresowe, które stanowi podstawę aktualizacji KPT (dostępne pod powyższym linkiem). Dodatkowo, po okresie pięcioletniej realizacji KPT, do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, w którym zakończył się okres obowiązywania KPT, minister właściwy do spraw zdrowia sporządzi końcowe sprawozdanie z całego okresu realizacji KPT. Sprawozdania, zarówno śródkresowe jak i końcowe, zawierają:

- 1) opis działań wymagających koordynowania na poziomie ponadregionalnym rozpoczętych lub zrealizowanych w danym okresie;
- 2) opis sposobu wdrożenia rekomendowanych kierunków działań przedstawionych w mapie potrzeb zdrowotnych;
- 3) wskazanie źródeł i wysokości finansowania działań wymagających koordynowania na poziomie ponadregionalnym, zrealizowanych lub rozpoczętych w danym okresie;
- 4) stopień realizacji wskaźników realizacji poszczególnych działań;
- 5) określenie nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej;
- 6) wnioski wynikające z realizacji KPT;
- 7) propozycje aktualizacji działań.