

ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ

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

MINISTERSTWO ZDROWIA

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	3
Przegląd systemu ochrony zdrowia w Polsce	8
<i>Sytuacja demograficzno-epidemiologiczna ludności Polski</i>	8
Informacje ogólne	8
Długość życia i umieralność	9
Umieralność w Polsce na tle przeciętnej sytuacji w krajach Unii Europejskiej	11
Najważniejsze grupy problemów zdrowotnych na podstawie utraconych lat życia w zdrowiu	12
Inne choroby istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego	18
Główne czynniki ryzyka chorób	20
Podjęte działania	23
<i>Organizacja systemu ochrony zdrowia</i>	25
Zarządzanie systemem ochrony zdrowia	25
Finansowanie opieki zdrowotnej	26
Ocena systemu ochrony zdrowia przez obywateli	30
Podjęte działania	33
<i>Organizacja świadczeń opieki zdrowotnej</i>	34
Opieka szpitalna	34
Podstawowa Opieka Zdrowotna i Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	48
Opieka długoterminowa	53
Rehabilitacja lecznicza	61
Podjęte działania	66
<i>Opieka koordynowana i deinstytucjonalizacja usług</i>	68
Podjęte działania	72
<i>Profilaktyka</i>	78
Szczepienia ochronne	82
Badania przesiewowe	83
Antybiotykooporność	84
Medycyna pracy	85
Podjęte działania	86
<i>Kadry w systemie ochrony zdrowia</i>	90
Wymienialność pokoleniowa	93
Rozwój innych zawodów związanych z ochroną zdrowia	96
Podejmowane działania	96
<i>Infrastruktura ochrony zdrowia</i>	101
Badanie stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych	103
Stan infrastruktury oddziałów szpitalnych	104
Stan infrastruktury komórek organizacyjnych/funkcjonalnych szpitali	106
Stan infrastruktury opieki ambulatoryjnej, opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej oraz opieki psychiatrycznej	108
Uwagi do powyższych analiz	109
Analiza stanu zasobów sprzętowych	109
Podjęte działania	113
<i>Technologie informatyczne</i>	119
Podjęte działania	124
<i>Innowacje, sektor b+r w medycynie</i>	127
Podjęte działania	131

<i>Jakość w systemie ochrony zdrowia</i>	138
Podjęte działania	141
<i>Polityka oparta na wiedzy</i>	142
Podjęte działania	145
<i>Odpowiedź na stany nagłe</i>	145
<i>Diagnoza - Najważniejsze wnioski</i>	156
<i>Uwarunkowania strategiczne</i>	159
<i>System Zarządzania Rozwojem Polski</i>	159
<i>Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju</i>	160
<i>Strategie zintegrowane</i>	162
<i>Narodowy Program Zdrowia i Narodowa Strategia Onkologiczna</i>	164
<i>Umieszczenie dokumentu w Systemie Zarządzania Rozwojem Polski</i>	169
<i>Cele polityki zdrowotnej, kierunki interwencji i narzędzia ich wdrażania</i>	169
<i>Pacjent</i>	171
<i>Procesy</i>	174
<i>Rozwój</i>	178
<i>Finanse</i>	181
<i>Kierunki interwencji</i>	182
Kierunek interwencji 1. Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych	185
Kierunek interwencji 2. Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki	190
Kierunek interwencji 3: Poprawa dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia	197
Kierunek interwencji 4: Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa	204
Kierunek interwencji 5: Rozwój usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony zdrowia	212
Kierunek interwencji 6: Rozwój i upowszechnienie wykorzystania nowoczesnych i nowatorskich technologii w sektorze zdrowia	217
<i>System koordynacji i wdrażania</i>	222
<i>System monitoringu i ewaluacji</i>	222
<i>Wykaz skrótów</i>	232
<i>Wykaz załączników</i>	
<i>Strategia Deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi</i>	
<i>Strategia Deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi</i>	

WPROWADZENIE

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

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

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

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

rodziny i społeczności, wspiera samowystarczalne siedliska i środowiska oraz przyczynia się do poprawy bezpieczeństwa, zmniejszenia ubóstwa i lepszego zabezpieczenia społecznego.

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

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

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

Niniejszy dokument strategiczny wypełni dwa ostatnie kryteria warunkowości podstawowej.

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

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

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

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

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

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

W dalszej części dokumentu wskazano najistotniejsze uwarunkowania strategiczne realizacji polityki w ochronie zdrowia. Następnie zdefiniowano wizję oraz cele pogrupowane w obszary: pacjent, procesy, rozwój, finanse. Dla zrealizowania wizji wskazano 15 Celów, które będą realizowane poprzez sześć Kierunków interwencji wyznaczonych do realizacji tych Celów. Gwoli ułatwienia realizacji Celów Kierunki interwencji zostały podzielone na Narzędzia – jest ich 18. Zarówno cele, jak i kierunki interwencji są ze sobą związane i wynikają z diagnozy.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dokument, także obejmuje działania przewidziane do finansowania zarówno ze środków krajowych, jak i funduszy europejskich. Sposób zarządzania zarówno środkami budżetowymi, jak i środkami funduszy europejskich, jest uregulowany w odrębnych przepisach, podobnie jak sposób ubiegania się o finansowanie przedsięwzięć z tych środków. Realizacja dokumentu

nie wpływa na zmiany w przepisach w zakresie zarządzania przepływami finansowymi i ich wielkością. Takie rozwiązanie wyróżnia niniejszy dokument i odróżnia go od pierwszego tego typu dokumentu, jakim był Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Wówczas wspomniany dokument był postawą do wydatkowania środków jedynie z funduszy europejskich.

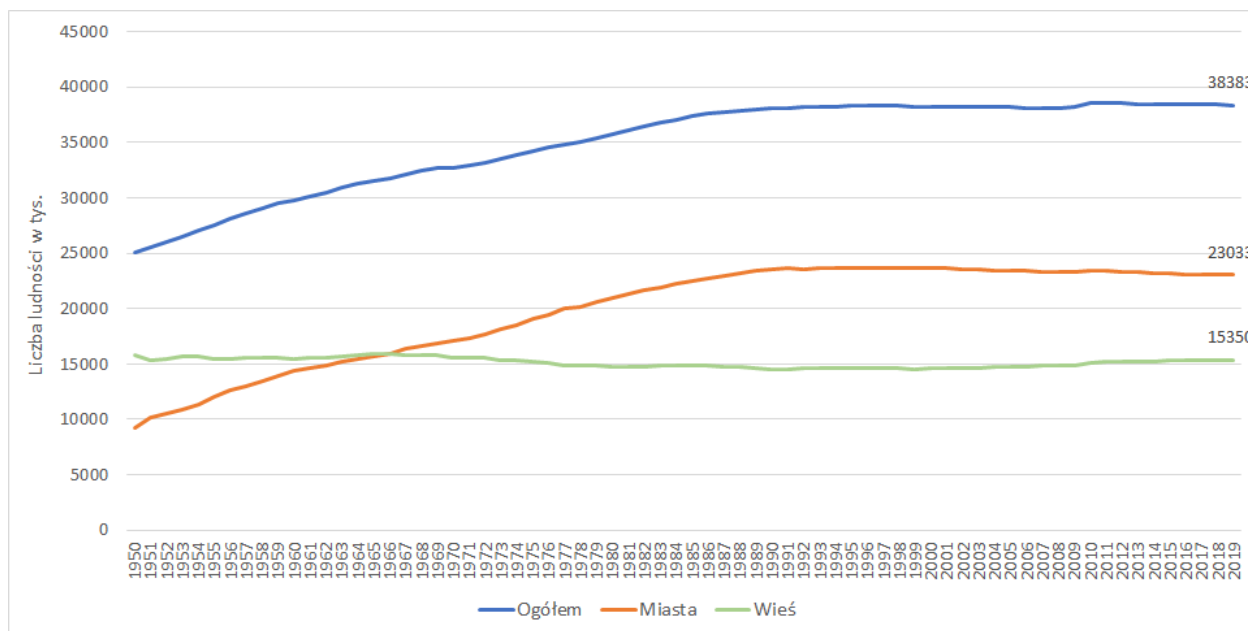
PRZEGLĄD SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

SYTUACJA DEMOGRAFICZNO-EPIDEMIOLOGICZNA LUDNOŚCI POLSKI

Informacje ogólne

Według danych Eurostat¹, mieszkańcy Polski stanowili w 2019 roku 8,5% ogółu ludności UE-27. Liczba ludności Polski, która zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w grudniu 2019 r. wyniosła 38 383 tys. osób, jest dosyć ustabilizowana, ale od roku 2011 nieznacznie się zmniejsza. O ile na obszarach wiejskich po roku 1991 występuje jej powolny wzrost, o tyle na obszarach miejskich po roku 1999 występuje jej niewielki spadek (Ryc. 1).

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



(źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS)

Liczba ludności Polski będzie stopniowo się zmniejszać i w 2030 r. może wynosić wg GUS ok. 37 185 tys., a wg danych Eurostatu 37 398 tys., tzn. 7,2% ogółu ludności UE-28.

Przyrost naturalny (tj. różnica między liczbą urodzeń żywych i liczbą zgonów) w skali całego kraju był ujemny w latach 2002–2005 oraz - pomimo podejmowanych działań zaradczych w ostatnich latach - także od roku 2013 do 2019 włącznie. Wynika to z ujemnego przyrostu naturalnego w miastach, na wsi wartości są nieznacznie dodatnie.

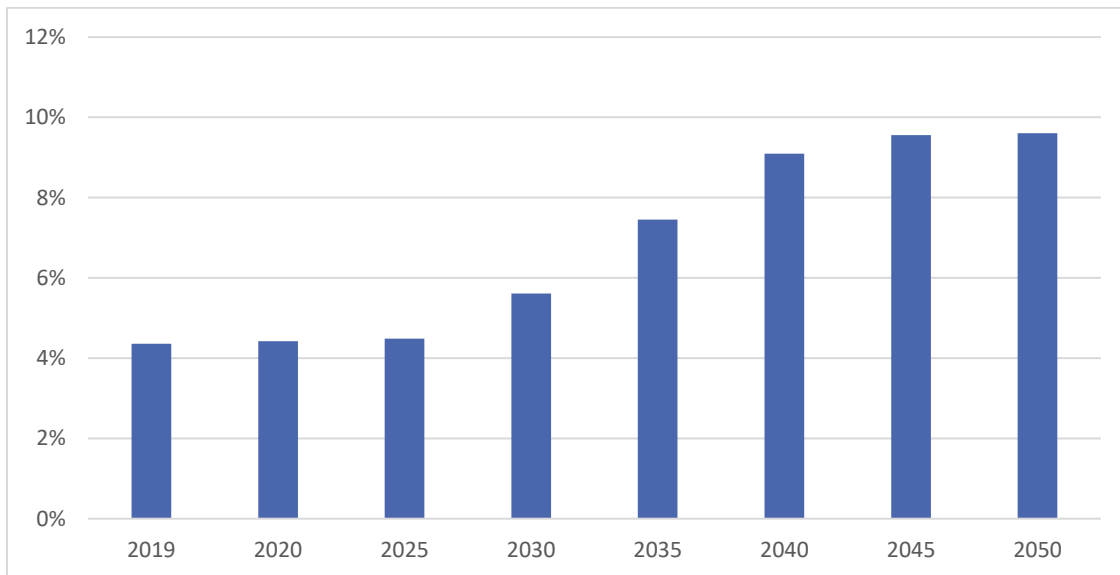
Udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat powoli, ale systematycznie zmniejsza się od drugiej połowy lat 80. w 2019 r. osoby w tym wieku stanowiły 20% ogółu ludności Polski. Natomiast w tym samym czasie stopniowo zwiększał się udział osób w wieku 65 lat i więcej – w 2019 r. stanowiły one 18,1%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

¹ https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_gind&lang=en; dostęp z dnia 2.04.2021.

Według prognozy Eurostat² odsetek ludności w wieku 80 lat i starszym w Unii Europejskiej wzrośnie z 5,8% do 14,6% między rokiem 2019 a 2100. Ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż większości krajów Unii Europejskiej (UE-28). Według danych Eurostatu na rok 2019, mediana wieku mieszkańców całej Unii wynosiła 43,3 lata, a Polski 41,0 lat, natomiast odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wynosił odpowiednio 20,3% i 17,7%. Jak wynika z prognoz opracowanych przez Eurostat, ta korzystna dla Polski różnica będzie się stopniowo zmniejszać.

Jednocześnie prognozowany jest ponad dwukrotny wzrost (do poziomu ok. 10% w 2050 r.) udziału osób w wieku 80 i więcej lat. Trend ten został oszacowany pomimo gorszych wskaźników Polski w zakresie umieralności oraz przewidywanego krótszego życia w stosunku do innych krajów Europy³ (Ryc. 2).

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



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

Konsekwencją tego będzie wzrost mediany wieku Polaków – do prawie 50 lat w 2050 roku. Będzie to drugi w krajach Unii Europejskiej najwyższy prognozowany wzrost przeciętnego wieku w populacji: do poziomu o cztery lata wyższego niż mediana dla całej Unii Europejskiej⁴.

Długość życia i umieralność

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

² https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing#The_share_of_elderly_people_continues_to_increase

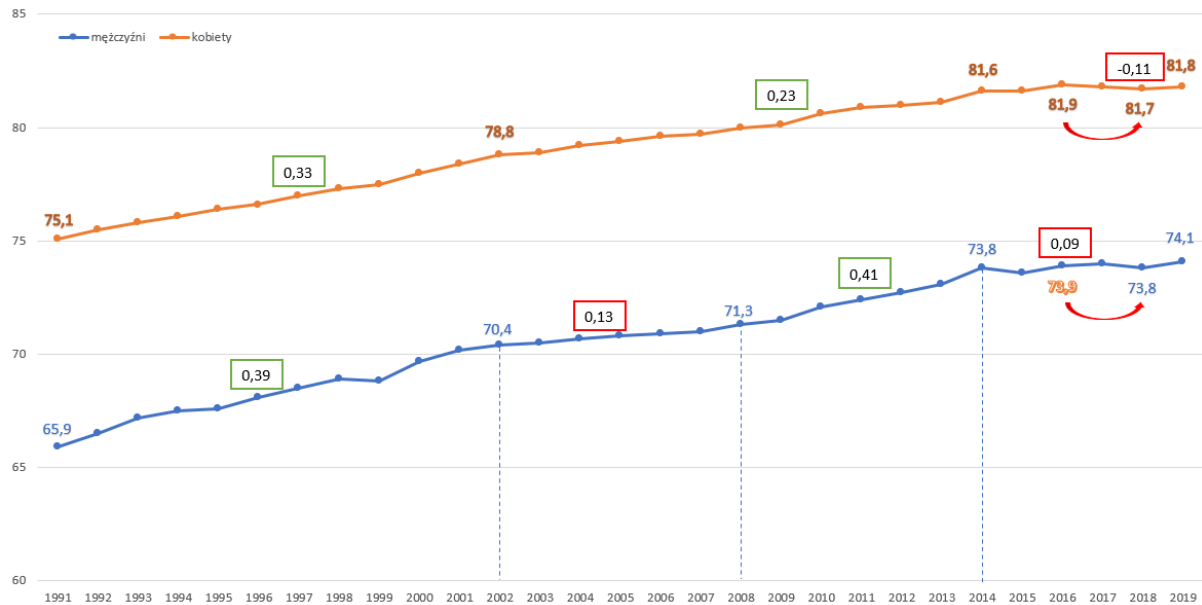
³ Szałtys D. i in. Prognoza ludności na lata 2014-2050; Warszawa 2014; GUS, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy

⁴ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020); ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu, str. 25.

3). Między rokiem 2018 a 2019 nastąpił niewielki wzrost przeciętnej długości życia, zarówno w przypadku kobiet jak i mężczyzn.

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

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



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

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

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

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

Kolejnym ważnym czynnikiem różnicującym długość życia Polaków jest poziom ich wykształcenia. Jak wynika z szacunków Eurostatu⁵, w 2017 r. w Polsce długość życia wśród

⁵ https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpecedu&lang=en

mężczyzn z wykształceniem wyższym wynosiła o ok. 7,7 lat więcej niż wśród mężczyzn z wykształceniem średnim (włączając do tej grupy wykształcenie zasadnicze zawodowe), a o ok. 12,5 roku więcej niż wśród mężczyzn z wykształceniem gimnazjalnym i niższym. W przypadku kobiet różnice związane z poziomem wykształcenia były znacznie niższe niż wśród mężczyzn i wynosiły odpowiednio 2,1 i 3,9 lat.

Według szacunków Eurostatu (2018 r.) mężczyźni w Polsce żyją 73,7 lat⁶, tj. o ok. 4,5 lat krócej niż wynosi średnia długość życia mieszkańców UE (78,2 lata⁷). Trzeba zwrócić uwagę, że te niekorzystne dla polskich mężczyzn różnice nie ulegają poprawie.

W przypadku kobiet różnice są mniejsze. W 2018 roku średnia długość życia Polek wynosiła 81,7 lat⁸, była o ok. 2 lata krótsza niż wartość dla ogółu mieszkanki UE (83,7 lat⁹). W przeciwieństwie do sytuacji obserwowanej wśród mężczyzn niekorzystna różnica w długości życia Polek ulega zmniejszeniu.

Z analiz przeprowadzonych przez NIZP-PZH wynika, że krótsze życie polskich mężczyzn w decydującym stopniu odpowiada ich większa niż w innych krajach umieralność w wieku aktywności zawodowej (25–64 lata), przede wszystkim w wieku 45–64 lata, która odpowiada w ok. 45% za ich krótsze życie¹⁰. W przypadku polskich kobiet to, że żyją one krócej niż mieszkanki porównywanych krajów europejskich w ponad połowie, wynika z wyższej umieralności w starszym wieku (65 lat i więcej). Niemniej jednak, w większości przypadków wyższa umieralność Polek w wieku 25–64 lata wciąż w znaczącym stopniu (w ponad 40%) jest odpowiedzialna za ich przeciętnie krótsze życie w porównaniu z mieszkankami państw Europy Zachodniej¹¹.

Ogólny rzeczywisty poziom umieralności w Polsce w latach 1991–2018 utrzymuje się na zrównoważonym poziomie z niewielką tendencją rosnącą, zwłaszcza w ostatnich latach, podczas gdy standaryzowane względem wieku współczynniki umieralności¹² miały trend spadkowy do roku 2016 w przypadku mężczyzn i 2014 w przypadku kobiet.

Umieralność w Polsce na tle przeciętnej sytuacji w krajach Unii Europejskiej

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

⁶ <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/10186/10994376/PL-EN.pdf>

⁷ <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20200930-1>

⁸ <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/10186/10994376/PL-EN.pdf>

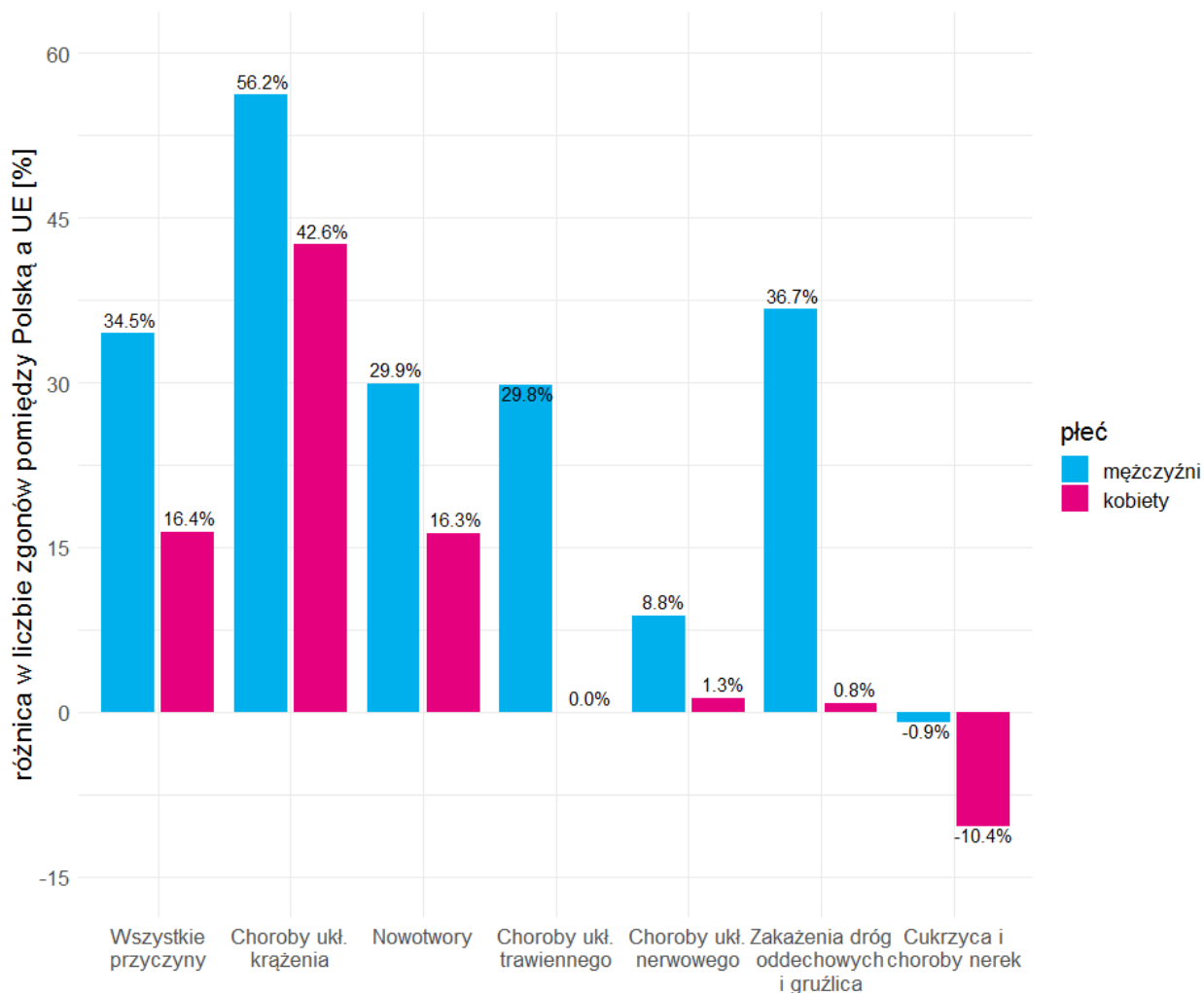
⁹ <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20200930-1>

¹⁰ Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Rubikowska B., Goryński P., Zdrojewski T.; *Długość życia i umieralność ludności Polski* [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, red. Wojtyniak B., Goryński P.; Warszawa 2018, NIZP-PZH.

¹¹ Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Rubikowska B., Goryński P., Zdrojewski T.; *Długość życia i umieralność ludności Polski* [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, red. Wojtyniak B., Goryński P.; Warszawa 2018, NIZP-PZH.

¹² **Standaryzowany wg wieku współczynnik zachorowalności (umieralności)** określa, ile zachorowań (zgonów) wystąpiłoby w badanej populacji, gdyby struktura wieku tej populacji była taka sama jak struktura wieku populacji przyjętej za standard. Jako populację standardową można wybrać standardową populację świata lub Europy. Definicja dotyczy całego dokumentu.

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



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

Znacznie wyższą umieralność wśród mężczyzn zaobserwowano dla większości z głównych przyczyn zgonów. W przypadku kobiet, nadumieralność w Polsce dotyczyła przede wszystkim chorób układu krążenia oraz nowotworów. Umieralność na cukrzycę i choroby nerek była natomiast w Polsce niższa dla obu płci w porównaniu do Unii Europejskiej.

Najważniejsze grupy problemów zdrowotnych na podstawie utraconych lat życia w zdrowiu

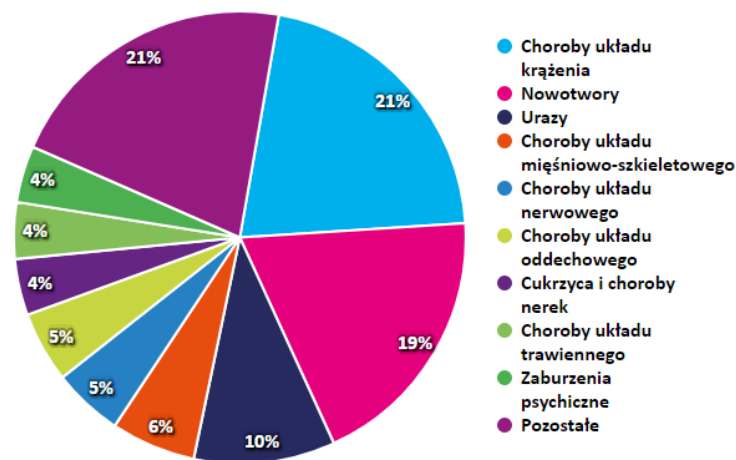
Obecnie w analizach epidemiologicznych coraz więcej uwagi przywiązuje się nie tylko do długości życia, ale również do jego jakości. Określenie jakości życia wymaga zastosowania wskaźnika, który pozwala ją skwantyfikować za pomocą jednoznacznej miary. W kontekście problemów zdrowotnych jakość życia można rozpatrywać przez pryzmat liczby lat przeżytych w niesprawności z powodu wystąpienia choroby lub zdarzenia losowego. Takie założenie przyjęto m.in. w ramach metodyki GBD IHME, w której wskaźnikiem określającym liczbę lat życia przeżytych w niesprawności jest YLD (ang. *Years of Disability*). W przypadku części

problemów zdrowotnych określenie lat życia przeżytych w niesprawności nie jest jednak wystarczającą miarą. Dotyczy to przede wszystkim tych problemów zdrowotnych, które kończą się nagłym zgonem pacjenta. W takiej sytuacji bardziej zasadne jest określenie, ile potencjalnych lat życia zostało utracone. Miarą określającą to zjawisko w zastosowanej metodyce jest wskaźnik YLL (ang. *Years of Life Lost*).

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

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

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

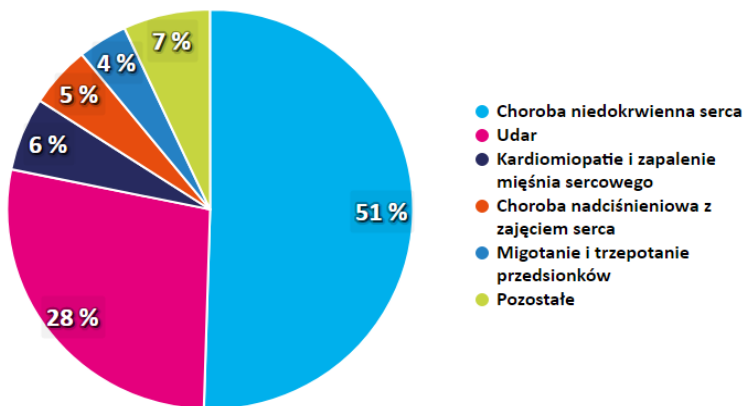


(źródło: opracowanie DAS MZ na podstawie IHME GBD, 2020)

CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA

Choroby układu krążenia, kwalifikowane jako choroby cywilizacyjne, są od wielu lat największym zagrożeniem życia Polaków. Na ich rozwój wpływa wiele czynników związanych ze współczesnym stylem życia, m.in.: nieodpowiednia dieta, palenie tytoniu i nadmierne spożycie alkoholu, stres i brak aktywności fizycznej. Na przestrzeni dwudziestu lat (1999-2019) liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia zmalała o 3,6%, jednak pomimo tej pozytywnej tendencji ChUK nadal zabierają najczęściej lat życia w zdrowiu. W ramach grupy największe wartości DALY od 1999 r. dotyczyły choroby niedokrwiennej serca, która w 2019 r. była odpowiedzialna za 51% DALY dla ChUK. Na drugim miejscu uplasowały się udary, stanowiące 28% DALY, natomiast na trzecim – kardiomiopatie i zapalenie mięśnia sercowego generujące 6% wartości wskaźnika (Ryc. 6).

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



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

Najczęstszą przyczyną zgonów wśród ChUK jest choroba niedokrwienna serca, co potwierdza wartość wskaźnika YLL dla tego problemu zdrowotnego. Rozpatrując liczbę zgonów, z powodu ChNS umiera więcej kobiet niż mężczyzn, jednak wynika to z dłuższej przeciętnej długości życia kobiet. Po wyeliminowaniu różnic w strukturach wieku dla obu płci, ChNS są znacznie większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet.¹³

NOWOTWORY

W odróżnieniu od ChUK, liczba zgonów z powodu nowotworów wzrosła o ponad 26% na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat (1999-2019). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) kwalifikuje nowotwory jako choroby cywilizacyjne, czyli takie, które nasilają się globalnie i są wynikiem zmian stylu życia i stanu środowiska. Wzrost umieralności z powodu chorób nowotworowych wynika zarówno ze zjawiska starzenia się ludności oraz z nasilonego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze. Według prognoz do 2028 r. nastąpi wzrost liczby zachorowań na nowotwory wśród kobiet o 3,5% i o 3,9% wśród mężczyzn¹⁴.

Polska na tle UE, jest krajem o wciąż relatywnie niskiej zachorowalności na nowotwory złośliwe, ale wysokiej umieralności z ich powodu, w tym znacznie wyższej u osób poniżej 65. roku życia¹⁵. Najwięcej lat życia w zdrowiu w Polsce w 2019 r. utracono z powodu nowotworu złośliwego tchawicy oskrzeli i płuc, dla którego wartość DALY stanowiła 26% łącznej wartości wskaźnika dla całej grupy (Ryc. 7). Na drugim miejscu uplasował się nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy, dla którego wartość DALY była dwukrotnie niższa. Najwięcej utraconych lat życia w zdrowiu z powodu obu rodzajów nowotworów dotyczyło mężczyzn – w przypadku pierwszego z nich DALY stanowiło ponad 70% wartości wskaźnika, a drugiego – prawie 60%. Odwrotną zależność zaobserwowano w przypadku nowotworu sutka, który uplasował się na trzecim miejscu w rankingu DALY. Dotyczył on przeważnie kobiet, dla których wartość wskaźnika stanowiła prawie 99% jego wartości dla obu płci.¹⁶ Na czwartym i piątym miejscu znalazły się z kolei nowotwór trzustki i nowotwór żołądka. Wpływ na łączną wartość DALY pozostałych rodzajów nowotworów nie był tak znaczący – wyniósł poniżej 5%. Na rycinie 7

¹³ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, dostęp w dniu 15.01.2021 r.

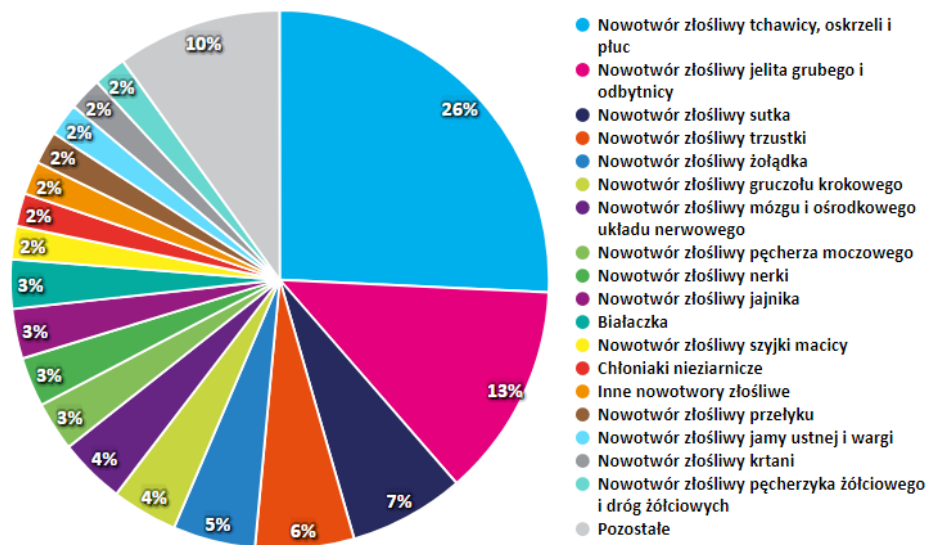
¹⁴ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3369>, dostęp w dniu 15.01.2021 r.

¹⁵ Program wieloletni pn. „Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030”.

¹⁶ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, dostęp w dniu 15.01.2021 r.

przedstawiono listę nowotworów, których udział przewyższał 1%. Natomiast te, których udział nie przekroczył wskazanej wartości, zostały zaprezentowane łącznie jako pozostałe.

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



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

Prognozy dotyczące umieralności na nowotwory w Polsce nie są optymistyczne. Przy założeniach o nieziennej sytuacji systemu opieki zdrowotnej przewiduje się dalsze wzrosty liczby zgonów. Pomiędzy 2019 a 2028 r. różnica wyniesie 9,4%, co oznacza, że na 100 tys. mieszkańców w 2028 r. umrze w wyniku choroby nowotworowej o 30 osób więcej niż w 2019 r. Pomimo dynamicznego wzrostu liczby zgonów, do 2028 r. ranking najważniejszych przyczyn zgonów pozostanie niezmienny. Oznacza to, że nadal najczęstszą przyczyną zgonów będą stanowić choroby układu krążenia.¹⁷

CHOROBY UKŁADU MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWEGO ORAZ URAZY

W 2019 roku istotny udział w sumarycznej liczbie utraconych lat życia w zdrowiu miały problemy zdrowotne zaliczane do grupy urazów oraz chorób układu mięśniowo-szkieletowego, które rozpatrywane oddzielnie odpowiadały za 10% oraz 6% łącznej wartości wskaźnika DALY¹⁸. Na podstawie ryciny 5 zaobserwowano, iż problemy zdrowotne zaliczane do grupy urazów (urazy nieumyślne, komunikacyjne oraz samookaleczenia i przemoc interpersonalna) dotyczą w większym stopniu mężczyzn niż kobiet.

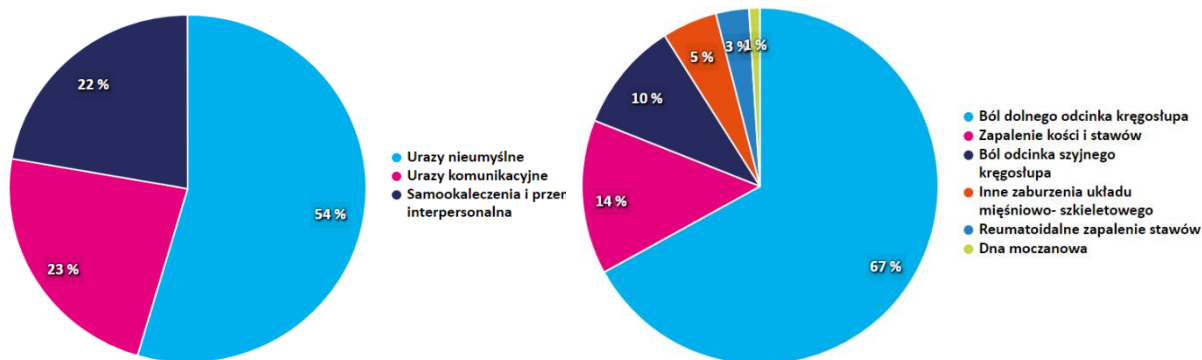
Urazy nieumyślne generowały ponad połowę utraconych lat życia w zdrowiu wewnątrz grupy w 2019 r. (Ryc. 8). Prognozy ich dotyczące wskazują, że do 2028 r. zapadalność zmaleje o 2,8%, natomiast chorobowość wzrośnie o 2,2% i będzie pod względem wartości tego wskaźnika drugim, najbardziej istotnym problemem zdrowotnym w 2028 r.¹⁹

¹⁷ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3369>, dostęp w dniu 15.01.2021 r.

¹⁸ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, dostęp w dniu 15.01.2021 r.

¹⁹ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3369>, dostęp w dniu 15.01.2021 r.

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



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

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego zajęły czwarte miejsce wśród najistotniejszych grup problemów zdrowotnych pod względem liczby utraconych lat życia – wartość DALY dla tej grupy wyniosła 6,8% łącznej wartości wskaźnika. Na taki wynik nie wpłynęła jednak liczba utraconych lat życia (YLL), lecz liczba lat życia przeżytych w niesprawności (YLD).²⁰ W 2019 r. wartość YLD dla chorób układu mięśniowo-szkieletowego była największa spośród wszystkich grup problemów zdrowotnych. Z kolei wśród schorzeń uwzględnianych w chorobach układu mięśniowo-szkieletowego, najwięcej utraconych lat życia w zdrowiu dotyczyło bólu dolnego odcinka kręgosłupa, na występowanie którego znaczny wpływ ma siedzący tryb życia oraz niedobór aktywności fizycznej (Ryc. 8).

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

CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO ORAZ ZABURZENIA PSYCHICZNE

Zgodnie z wartościami DALY w 2019 r., na piątym miejscu uplasowały się choroby układu nerwowego. Na taki wynik wpływ miały wartości składowych wskaźnika - YLL i YLD. Ponadto, choroby te powodowały tak znaczną liczbę zgonów, że jako grupa uplasowały się na trzecim miejscu pod względem tego wskaźnika. Prognozy też nie są optymistyczne - wskaźnik śmiertelności do 2028 r. wzrośnie o ponad 22%. Za taki wynik odpowiadać będzie przede wszystkim choroba Alzheimera i inne choroby otępienne, które w 2019 r. stanowiły czwartą przyczynę zgonów wśród mieszkańców Polski.²¹ Ponadto, do 2028 r. szacuje się dla nich jeden z największych wzrostów liczby zgonów – prawie o 25%.

²⁰ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, dostęp w dniu 15.01.2021 r.

²¹ Ranking problemów zdrowotnych zależy od poziomu szczegółowości danej grupy. Choroby układu nerwowego rozpatrywane są jako II poziom, natomiast choroba Alzheimera i inne choroby otępienne traktowane jako poziom III. Dlatego miejsca w rankingu różnią się między sobą.

Znacznych wzrostów można spodziewać się również w przypadku zaburzeń psychicznych, które w 2019 r. uplasowały się na dziewiątym miejscu w rankingu DALY. Na podstawie prognozy na lata 2019-2028 dla zaburzeń psychicznych przewiduje się jeden z najdynamiczniejszych wzrostów zapadalności – o 21%. Na taki wynik wpływ ma nie tylko starzenie się społeczeństwa. Zmiany cywilizacyjne sprawiają, że zaburzenia psychiczne pojawiają się u coraz młodszych pacjentów. Wiele czynników przyczynia się do tego stanu, przede wszystkim szybsze tempo życia, stres, sposób odżywiania, nowe uzależnienia, ale również wszystkie inne kwestie negatywnie wpływające na higienę psychiczną. Częstsze zapadanie na choroby psychiczne powoduje zwiększenie kosztów, w szczególności takich jak wydatki na leczenie, organizację pomocy społecznej chorym i ich rodzinom czy kwestia bezrobocia z uwagi na stan zdrowia²².

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

Depresja stanowi rosnący problem, który dotychczas mógł być niedoszacowany. Dane NFZ wskazują, że w 2018 r. świadczenia z rozpoznaniem depresji udzielono ok. 630 tys. osób. Wartość ta pozostawała na zbliżonym poziomie w latach 2013-2018, jednak we wskazanym okresie zaobserwowano wzrost liczby pacjentów realizujących recepty na leki przeciwdepresyjne o 35%. Szczególnie zauważalny okazał się wzrost liczby zrealizowanych recept dla osób poniżej 18. roku życia. W populacji pacjentów pod względem płci dominowały kobiety (73%), a pod względem wieku – osoby mające 55–64 lata (24%). Pacjenci z powodu depresji najczęściej korzystali ze świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i w poradniach psychiatrycznych.²³

Zgodnie z danymi GBD oszacowanymi przez IHME, w Polsce w 2019 r. na depresję chorowało ponad 1 mln osób. W odniesieniu do wielkości populacji wskazuje się, że w 2019 r. Polska była krajem europejskim o najniższym odsetku osób chorych na depresję. OECD podkreśla jednak, że różnice pomiędzy krajami mogą wynikać ze stopnia świadomości problemu zaburzeń psychicznych, problemów ze zdiagnozowaniem chorób psychicznych, poziomu stygmatyzacji chorych oraz dostępu do opieki psychiatrycznej (OECD, 2018)²⁴.

CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO

Choroby układu oddechowego stanowiły 5% wartości DALY w 2019 roku w Polsce. W ramach metodyki GBD choroby układu oddechowego podzielono na dwie grupy: choroby przewlekłe oraz zakażenia dróg oddechowych i gruźlica. Wśród niezakaźnych chorób układu oddechowego najsilniejszy wpływ widoczny jest dla przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (41%). Niewątpliwie wynik ten jest skorelowany z wiodącym czynnikiem ryzyka w Polsce, jakim jest

²² Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 31.

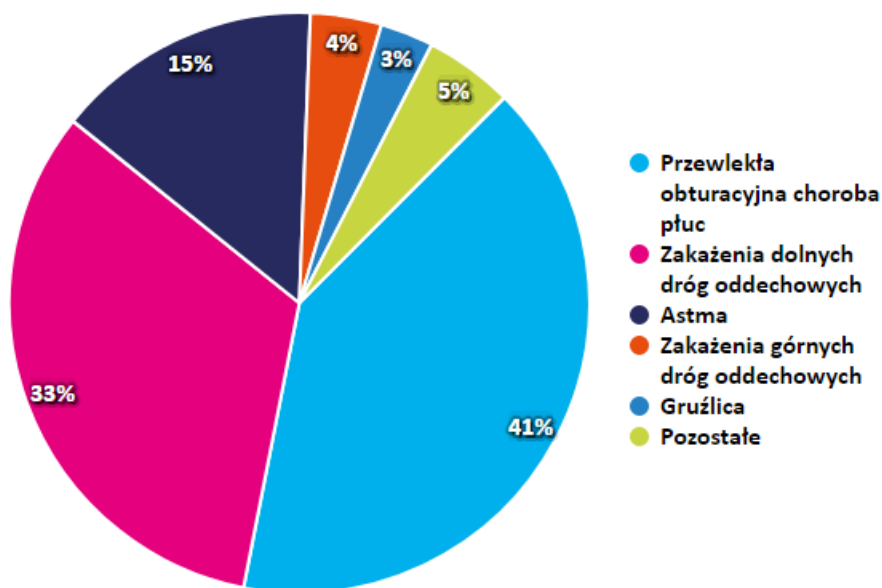
²³ NFZ (2020), NFZ o zdrowiu –

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

²⁴ Ibidem.

zażywanie i palenie tytoniu (Tabela 1). Istotnym problem są także choroby zakaźne układu oddechowego, które stanowiły sumarycznie 37% wartości DALY wśród wszystkich chorób układu oddechowego. Należy mieć na uwadze, że przedstawione oszacowania zostały opracowane przy założeniu niezmienionej sytuacji epidemiologicznej. Jednak, z uwagi na wystąpienie w Polsce nowego wirusa SARS-CoV-2 w 2020 r., przedstawione wartości te mogą ulec zmianie. Rozwój wirusa w Polsce niewątpliwie przyczynił się zarówno do wzrostu zachorowań, liczby zgonów z powodu chorób dróg oddechowych, jak i do rozwoju chorób stanowiących powikłania po przebytych zakażeniu.

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



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

Inne choroby istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego

CUKRZYCA I CHOROBY NEREK

Siódme miejsce w rankingu DALY w 2019 r. dotyczyło cukrzycy i chorób nerek. Pomimo przewlekłego charakteru chorób z tej grupy, zajęły one piątą pozycję w rankingu najczęstszych przyczyn zgonów – w 2019 r. odnotowano ich ok. 12,8 tys. Za 60% z nich odpowiedzialna była cukrzyca, dla której liczba zgonów wzrastała od 2002 r.²⁵ Ponadto, w kolejnych latach przewiduje dalsze wzrosty. Szacuje się, że w 2028 r. liczba zgonów z powodu cukrzycy będzie wyższa o prawie 8% w porównaniu do sytuacji z 2019 r. Jeśli przebieg choroby nie jest odpowiednio kontrolowany, to wówczas może doprowadzić do wielu groźnych powikłań, mających wpływ na znaczne pogorszenie jakości życia pacjenta, a także przedwczesną śmierć.

²⁵ Obliczenia DAIS MZ na podstawie danych GBD IHME 2020.

Wobec tego, istotne znaczenie ma prowadzenie zdrowego stylu życia, wczesne wykrycie choroby, jej kontrola oraz przestrzeganie zaleceń związanych z jej leczeniem.²⁶

Cukrzyca stanowi istotny problem zdrowotny w Polsce. Nie jest to jednak problem regionalny, lecz globalny. Zgodnie z przewidywaniami światowych organizacji, w 2040 r. na cukrzycę będzie chorować 642 mln ludzi dorosłych w wieku 20–79 lat²⁷. Nie dziwi więc określenie cukrzyca mianem "choroby XXI wieku". Jej dynamiczne rozprzestrzenianie się związane jest z postępującą współczesną cywilizacją.

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

CHOROBY UKŁADU TRAWIENNEGO

Wśród chorób zabierających najwięcej lat życia w zdrowiu w 2019 r. występowały również choroby układu trawiennego. Na taki wynik wpływ miała m.in. liczba zgonów, która zwiększa się od 2014 r. Jeżeli jednak wziąć pod uwagę standaryzację względem wieku, obserwuje się trend malejący. Można stąd wnioskować, iż omawiany wzrost śmiertelności z powodu chorób układu trawiennego wynika jedynie ze zmian struktury wieku ludności.²⁸ Warto zauważyć, że w grupie tej za blisko 60% utraconych lat życia odpowiada marskość i inne przewlekłe choroby wątroby, których przyczyną jest często nadużywanie alkoholu.

OTYŁOŚĆ

Otyłość również postrzegana jest jako choroba cywilizacyjna. Wskazują na to m.in. dane WHO, zgodnie z którymi w 2016 r. na całym świecie 39% populacji dorosłej miało nadwagę, a 13% było otyłych. Dodatkowo, 25% dzieci w wieku 5-19 lat miało nadwagę bądź było otyłych. Problem otyłości coraz częściej dotyka również mieszkańców Polski. Zgodnie z NCD Risk Collaboration w 2016 r. w Polsce wśród osób w wieku 20 lat i więcej 76% kobiet i 93% mężczyzn miało nadwagę bądź było otyłych. Ponadto, do 2025 r. przewiduje się wzrost liczby osób otyłych, a co za tym idzie – zwiększenie liczby pacjentów chorych na problemy zdrowotne z nią związane. Dotyczy to przede wszystkim wzrostu liczby dorosłych pacjentów z cukrzycą, nadciśnieniem i zwyrodnieniem stawu kolanowego.²⁹

Według szacunków Badania GBD otyłość jest rozpatrywana jako czynnik ryzyka dla wielu chorób. W 2019 r. zbyt wysoka masa ciała odpowiadała w Polsce za utratę 10,5% lat przeżytych w zdrowiu (DALY), wśród mężczyzn za 10,6%, kobiet zaś – 10,2%. Sytuacja w Polsce była gorsza niż przeciętnie w Unii Europejskiej, gdzie odsetek ten wyniósł 8% dla mężczyzn i 7,2% dla kobiet.³⁰

²⁶ Kalbarczyk W. i in. *CUKRZYCA GDZIE JESTEŚMY? DOKĄD ZMIERZAMY?* red. Kalbarczyk W.; Warszawa 2018; Instytut Ochrony Zdrowia.

²⁷ IDF Diabetes Atlas, Seventh edition, 2015.

²⁸ Ibidem.

²⁹ Departament Analiz i Strategii, Narodowy Fundusz Zdrowia, *Cukier, otyłość – konsekwencje Przegląd literatury, szacunki dla Polski*, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/prezentacja-raportu-cukier-otylosc-konsekwencje,7296.html>; dostęp 19.01.2021 r.

³⁰ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, dostęp w dniu 19.01.2021 r.

Główne czynniki ryzyka chorób

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

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

Dominującą grupą czynników ryzyka wpływającą na DALY i zgony dla kobiet i mężczyzn łącznie były czynniki behawioralne. W 2019 r. odpowiadały za prawie 50% zgonów polskich mężczyzn i 35,5% zgonów polskich kobiet (wartości standaryzowane). Odsetki te są wyższe niż dla ogółu krajów UE, które wynoszą odpowiednio 43,7% oraz 31,6%, co oznacza, że istnieje w Polsce potrzeba zwiększenia obszaru działań w zakresie zdrowia publicznego, dotyczących zmniejszenia umieralności mieszkańców kraju³¹. Niezwykle istotne jest, aby czynniki ryzyka traktować jako szerokie spektrum zjawisk sięgających poza sam system zdrowia oraz rozwiązania we wszystkich politykach oddziałujących na te czynniki (*ang. Health in all policies*). Najważniejsze czynniki ryzyka zgonu wraz z szacunkiem ich udziału w ogólnej liczbie zgonów w Polsce oraz w UE przedstawiono poniżej (Tab. 1).

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

Wpływ czynników ryzyka na zgony (obie płcie, wartości wystandaryzowane, 2019 r.) ³²			
Grupa czynników	Czynnik	PL (%)	UE (%)
Metaboliczne	Wysokie ciśnienie krwi	21,1	19,1
Behawioralne	Palenie i zażywanie tytoniu	20,1	17,9
Behawioralne	Niewłaściwa dieta	18,9	14,5
Metaboliczne	Wysoki poziom cukru	14,4	12,0
Metaboliczne	Wysoki wskaźnik BMI	13,8	10,8
Metaboliczne	Wysoki cholesterol LDL	10,9	8,9
Behawioralne	Spożywanie alkoholu	7,6	7,2
Środowiskowe/za wodowe	Zanieczyszczenia powietrza	7,4	3,9
Metaboliczne	Uszkodzona funkcjonalność nerek	4,6	4,8
Behawioralne	Mała aktywność fizyczna	2,1	2,0
Środowiskowe/za wodowe	Ryzyka zawodowe	1,8	2,6

(źródło: IHME, 2019)

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

³¹ University of Washington (2020), *Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD.*; <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>; dostęp 21.01.2021.

³² <http://ihmeuw.org/5b8m>, dostęp 07.12.2020 r.

Najistotniejsze czynniki ryzyka wpływające na DALY to palenie i zażywanie tytoniu, wysoki wskaźnik BMI oraz wysokie ciśnienie krwi. Odpowiadały one w największym stopniu za wartość wskaźnika DALY w Polsce i krajach UE, co przedstawiono poniżej (Tab. 2)³³.

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

Wpływ czynników ryzyka na DALY (obie płcie, wartości wystandaryzowane, 2019 r.) ³⁴			
Grupa czynników	Czynnik	PL (%)	UE (%)
Behawioralne	Palenie i zażywanie tytoniu	14,6	11,7
Metaboliczne	Wysoki wskaźnik BMI	10,5	7,7
Metaboliczne	Wysokie ciśnienie krwi	10,3	7,9
Behawioralne	Niewłaściwa dieta	9,7	7,0
Metaboliczne	Wysoki poziom cukru	8,8	6,9
Behawioralne	Spożywanie alkoholu	8,7	6,4
Metaboliczne	Wysoki cholesterol LDL	5,1	3,8
Środowiskowe/zawodowe	Zanieczyszczenia powietrza	4,7	2,2
Środowiskowe/zawodowe	Ryzyka zawodowe	3,1	3,0
Metaboliczne	Uszkodzona funkcjonalność nerek	2,3	1,9
Behawioralne	Mała aktywność fizyczna	0,9	0,8

(źródło: IHME, 2019)

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

Kluczowe zjawiska – palenie i zażywanie tytoniu³⁵

- Odsetek palących i zażywających tytoń w Polsce obecnie jest nieco wyższy niż średni poziom europejski (średnia UE-28 – 19,2%, Polska – 22,8%).
- Obserwuje się pewne zahamowanie trendu spadkowego w odsetku osób palących widocznego na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat.
- Pojawienie się na rynku wyrobów elektronicznych tylko w niewielkim stopniu zmniejsza rozpowszechnienie palenia tytoniu.

Kluczowe zjawiska – spożywanie alkoholu³⁶

- Wielkość spożycia alkoholu w Polsce pozostaje na średnim poziomie europejskim i od kilku lat praktycznie się nie zmienia.
- Struktura spożycia alkoholu jest stabilna. Według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2017 r. 34,6% alkoholu w Polsce spożywane było w formie wyrobów spirytusowych, 57,9% w formie piwa, a pozostałe 7,5% – wina i miodów pitnych.
- Częstość wśród nastolatków, którzy choć raz pili alkohol, zmniejszyła się o 2,5 p. p. i w 2017 r. wyniosła 15,9%.

³³ Analiza dokonana na podstawie danych dostępnych w grudniu 2019 r.

³⁴ <http://ihmeuw.org/5b8n>, dostęp 07.12.2020 r.

³⁵ Na podstawie danych z European Tobacco Use Trends Report 2019 (WHO 2019).

³⁶ Na podstawie danych WHO Global Health Observatory, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Badania HBSC 2018.

Kluczowe zjawiska – otyłość i nadwaga³⁷

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

Kluczowe zjawiska – spożywanie warzyw i owoców³⁸

- Dorośli Polacy równie często jak ogół mieszkańców UE codziennie spożywają warzywa i owoce (mężczyźni: Polska – 61,6% vs UE-28 – 59,7%, kobiety: Polska –71,3% vs UE-28 – 71,1%), nieco rzadziej jedzą rekomendowane dla zdrowia 5 porcji tych produktów (mężczyźni: Polska – 8,1% vs UE-28 – 11,1%, kobiety: Polska – 11,8% vs UE-28 – 17,2%).
- Codzienne spożywanie owoców deklaruje 38,2% polskich uczniów w wieku 11–15 lat, warzyw zaś - 34,2%.
- Dieta kobiet jest bogatsza w warzywa i owoce niż mężczyzn, zjawisko to obserwuje się już wśród młodzieży szkolnej.
- W ostatnich latach, po okresie spadku, spożycie owoców zaczęło się zwiększać, konsumpcja warzyw utrzymuje się na stałym poziomie.
- W roku 2018 Polacy spożywali (nabywali) miesięcznie 3,8 kg owoców i 5,0 kg warzyw (bez ziemniaków) na osobę.
- Od wielu lat ilość spożywanych owoców i warzyw silnie zależy od sytuacji materialnej konsumentów (w 2018 r. w najbogatszych gospodarstwach spożywano 2 razy więcej owoców i o 57% więcej warzyw niż w najbiedniejszych).
- Spożycie owoców zależy od sytuacji społeczno-demograficznej (jest wyższe wśród mieszkańców miast i rodzin lepiej wykształconych), zależności tych nie obserwuje się w przypadku warzyw.

Kluczowe zjawiska – aktywność fizyczna

- Aktywność fizyczna Polaków dotyczy głównie pracy zawodowej i potrzeb lokomocyjnych.

³⁷ Na podstawie danych Eurostat - Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia EHIS, 2014, WHO Global Health Observatory, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, (red.) Wojtyński B., Goryński P., Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018.

³⁸ Na podstawie danych *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, (red.) Wojtyński B., Goryński P., Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018; GUS, Eurostat na podstawie Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia EHIS, 2014, Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Wyżywienia i Rolnictwa (FAO); HBSC – 2019.

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

Podjęte działania

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

Wybrane kierunki zmian w zakresie chorób sercowo-naczyniowych w Polsce

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

W 2017 r. rozpoczęto wdrażanie programu kompleksowej opieki nad pacjentami po zawale mięśnia sercowego, tzw. KOS-Zawał, zainicjowany przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. Ponadto, realizowany i rozwijany jest pilotaż skoordynowanej opieki nad pacjentem z niewydolnością serca (KONS)³⁹.

Wybrane kierunki zmian w zakresie chorób nowotworowych w Polsce

W Polsce można ograniczyć umieralność na nowotwory poprzez wprowadzenie wzajemnie ze sobą skoordynowanych działań z obszaru zdrowia publicznego oraz działań medycyny naprawczej. Istnieje konieczność zwiększenia czujności onkologicznej zarówno społeczeństwa, jak i personelu medycznego. Można to osiągnąć przez edukację zdrowotną oraz systemowe rozwiązania dla POZ i innych działów opieki zdrowotnej oraz skuteczniejsze wdrażanie programów zwalczania chorób nowotworowych⁴⁰.

Pierwszym krokiem w celu koordynacji opieki nad pacjentem onkologicznym było wprowadzenie na początku 2015 r. karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (potoczna nazwa: zielona karta DiLO umożliwia m.in.: zniesienie limitów na badania diagnostyczne; wyznaczenie maksymalnych terminów realizacji dla poszczególnych etapów leczenia;

³⁹ Szczegółowe informacje nt. wdrażanych programów przedstawione są w podrozdziale pt. *Opieka koordynowana i deinstytucjonalizacja*.

⁴⁰ NIZP-PZH (2019), Diagnostyka systemu opieki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej; Warszawa, 2019

skrócenie kolejek dla pacjentów z podejrzeniem raka i wprowadzenie tzw. szybkiej terapii onkologicznej; promowanie tzw. interdyscyplinarnego leczenia onkologicznego, w tym zwiększony udział lekarzy rodzinnych oraz wprowadzenie funkcji koordynatora leczenia (asystenta pacjenta) nadzorującego proces leczenia, wyznaczone terminy, wspierającego pacjenta informacyjnie, administracyjnie i organizacyjnie⁴¹.

Natomiast, wprowadzona w lutym 2020 r. uchwała Rady Ministrów w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 zawiera propozycje działań mające na celu ograniczenie zachorowań na choroby nowotworowe w Polsce. Jej realizacja zaplanowana na kolejne 10 lat stanowi próbę odwrócenia niekorzystnych trendów oraz obniżenia kosztów wynikających z obciążenia pacjentów chorobami nowotworowymi. Głównym celem strategii jest wzrost odsetka osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej. Zwiększeniu powinna ulec wykrywalność nowotworów we wczesnych stadiach, a obniżeniu umieralność. Nowe rozwiązania powinny się przyczynić do wyeliminowania negatywnych zjawisk w onkologii, takich jak fragmentacja opieki, rozproszenie świadczeń i ośrodków onkologicznych, które dotychczas wpływały na jakość leczenia onkologicznego, a co za tym idzie – na szanse pacjentów na wyleczenie z choroby nowotworowej⁴².

PODSUMOWANIE

- W Polsce, średnie dalsze trwanie życia w chwili urodzenia (77,8) znacznie wzrosło w ciągu ostatnich 20 lat, lecz wciąż pozostaje o 3 lata krótsze od średniej UE. Różnice w średnim dalszym trwaniu życia w podziale na płeć i poziom wykształcenia należą do najwyższych w Europie.
- Choroby sercowo-naczyniowe pozostają podstawową przyczyną zgonów i utraty lat życia w zdrowiu w Polsce. Choroba niedokrwienna serca jest nadal główną przyczyną śmierci, w następnej kolejności są to udar mózgu i nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc.
- Polska, na tle UE, jest krajem o wciąż relatywnie niskiej zachorowalności na nowotwory złośliwe, ale wysokiej umieralności z tego powodu.
- Rośnie rozpowszechnienie chorób cywilizacyjnych takich jak cukrzyca i otyłość.
- Do najważniejszych przyczyn utraconych lat życia w zdrowiu w Polsce należą: palenie i zażywanie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, wysoki wskaźnik BMI, niewłaściwe odżywianie, wysoki poziom cukru oraz spożywanie alkoholu.
- Polskie społeczeństwo charakteryzuje się niskim poziomem aktywności fizycznej - niemal 60% dorosłych Polaków nie podejmuje żadnych form rekreacyjnej aktywności fizycznej.

⁴¹ Narodowy Fundusz Zdrowia (2020); Dla świadczeniodawcy; <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiadczeniodawcy/pakiet-onkologiczny/>; dostęp 04.03.2020.

⁴² Szczegółowy opis założeń Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030 zawarty jest rozdziale II Uwarunkowania strategiczne.

ORGANIZACJA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Zarządzanie systemem ochrony zdrowia

Zgodnie z wypracowaną przez WHO definicją „systemu ochrony zdrowia” określa się go jako całość działań, których podstawowym celem jest promowanie, poprawa i zachowanie dobrego stanu zdrowia członków populacji⁴³. W świetle powyższego, każda zorganizowana „promocja, poprawy i zachowania dobrego stanu zdrowia członków populacji” jest już sama w sobie systemem, bez względu na formę organizacji oraz sposób finansowania. Należy zwrócić uwagę, że powyższa definicja nie odnosi się do skuteczności (rezultatów poszczególnych terapii) lub wydajności (mierzonej liczbą badań, pacjentów itd.)⁴⁴.

Efektywność systemu to związek nakładów ponoszonych na rzecz tegoż systemu z uzyskiwanymi efektami. W przypadku systemu ochrony zdrowia można badać efektywność zarówno dla poszczególnych świadczeniodawców, jak również dla stosowanych terapii. Optymalizacja z kolei oznacza ciągle równoczesne podnoszenie wydajności i skuteczności systemu, w szczególności uniknięcie braku wzrostu efektów przy rosnących wydatkach.⁴⁵

Organizacja systemu ochrony zdrowia, jego finansowanie i zarządzanie, może mieć istotne znaczenie dla jakości dostarczanych usług, rezultatów zdrowotnych i bezpieczeństwa pacjentów. Nowoczesna ochrona zdrowia składa się z wielu elementów i aspektów, których sprawne powiązanie wymaga dobrego zarządzania (governance). Na system składają się więc: zarządzanie, podstawowa polityka zdrowotna, zarządzanie jakością, finansowanie, płacenie za świadczenia, nadzór, wyznaczanie celów i kierunków rozwoju.

Zarządzanie jest istotnym elementem sprawności systemu ochrony zdrowia. Jest ono zdefiniowane jako zasady (zarówno formalne, jak i nieformalne) dotyczące wspólnych działań i podejmowania decyzji w systemie z różnymi podmiotami i organizacjami, podczas gdy żaden formalny mechanizm kontroli nie może dyktować relacji między tymi podmiotami i organizacjami. Zarządzanie w nowej ekonomii instytucjonalnej koncentruje się na roli instytucji kształtujących interakcje między podmiotami w ramach istniejących ram prawnych i instytucjonalnych⁴⁶.

Polski system ochrony zdrowia jest dość skomplikowany. W większości obszarów struktura podziału kompetencji zarządczych i odpowiedzialności jest dość ugruntowana. Struktura instytucjonalna odpowiada potrzebom systemu ochrony zdrowia. Należy mieć na uwadze, czy procesy zachodzące pomiędzy poszczególnymi instytucjami są wystarczająco skoordynowane, kompetencje pracowników instytucji ochrony zdrowia na bieżąco aktualizowane i wzmacniane oraz czy przepływ informacji w pełni wspiera rozwój przejrzystych i włączających (inclusive) zasad zarządzania.

Rząd, w tym Minister Zdrowia, parlament oraz jednostki samorządu terytorialnego mają głównie kompetencje wykonawcze systemu ochrony zdrowia. Funkcje związane z poborem składek zdrowotnych są realizowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i Kasę

⁴³ WHO, *The World Health Report 2000*, Health Systems: Improving Performance, World Health Organization, Geneva 2000, s. 5.

⁴⁴ Czuderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI - GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 11.

⁴⁵ Czuderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI - GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 12.

⁴⁶ Chhotray V, Stoker G., *Governance Theory and Practice: A Cross-Disciplinary Approach*; London: Palgrave Macmillan UK, 2009.

Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), natomiast za kontraktowanie i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej odpowiada NFZ, działający poprzez centralę, posiadającą również pewne funkcje regulacyjne, i 16 oddziałów wojewódzkich, bezpośrednio odpowiedzialnych za kontraktowanie i rozliczanie świadczeń na terenie swoich województw.

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

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

Prezes Funduszu określa w planie finansowym NFZ na dany rok oraz w prognozie przychodów i kosztów na kolejne trzy lata dynamikę i strukturę wydatków w podziale na rodzaje i zakresy świadczeń. Oddziały wojewódzkie NFZ pokrywają koszty świadczeń opieki zdrowotnej na terenie swoich województw, w ramach środków zapisanych w odpowiadających im częściach planu finansowego⁴⁷.

Finansowanie opieki zdrowotnej

Opieka zdrowotna finansowana ze środków publicznych ma na celu poprawę, zachowanie i przywróceniu zdrowia przy zachowaniu równego i szybkiego dostępu do świadczeń zdrowotnych, co zagwarantuje wysoką efektywność systemu. Zasoby finansowe przeznaczone na opiekę zdrowotną oraz przyjęte modele finansowania świadczeń są niezwykle istotne dla poprawności funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej⁴⁸.

Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w Polsce wzrosły o 167% w okresie między 2005 a 2019 r. Wciąż jednak Polska pozostaje jednym z krajów wydających najmniej na opiekę zdrowotną, zarówno wśród państw należących do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), jak i UE. W 2005 r. Polska wydała na statystycznego obywatela 834,60

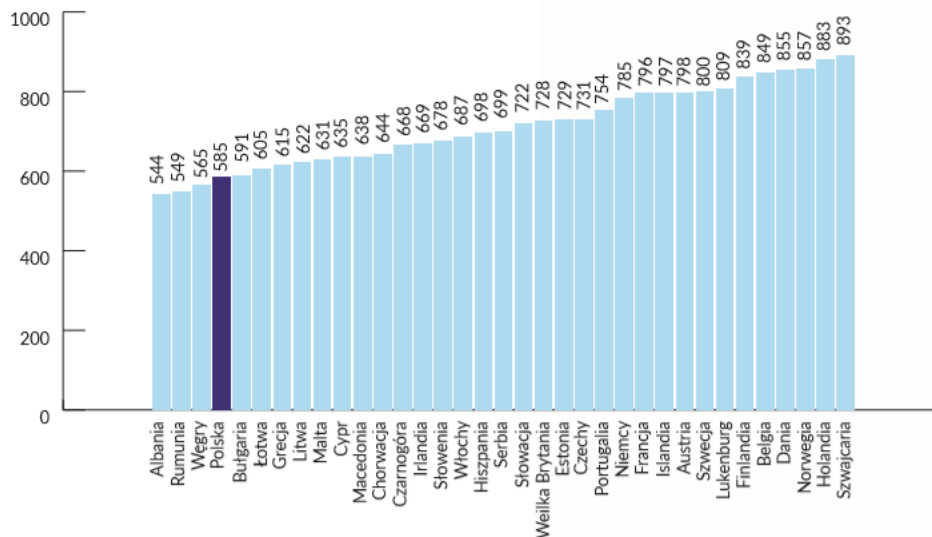
⁴⁷ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI - GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 53.

⁴⁸ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI - GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 16.

USD. W 2019 r. wydatki sięgały już 2 230 USD, podczas gdy średnia w krajach OECD w roku 2019 wynosiła ok. 4 200 USD⁴⁹.

Skutkiem niedostatecznych nakładów na polską ochronę zdrowia jest między innymi jedna z końcowych pozycji Polski w „Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia” (EHCI), który porównuje kraje pod względem zabezpieczenia praw pacjenta i informacji przeznaczonych dla pacjenta, dostępności (czas oczekiwania na leczenie), wyników leczenia, zakresu i zasięgu świadczeń, profilaktyki, dostępności leków (Ryc.11)⁵⁰.

Rycina 10. Wyniki EHCI za rok 2018



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

Zgodnie z Narodowym Rachunkiem Zdrowia za 2018 r. wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 134,2 mld zł. Natomiast w 2017 r.⁵¹ w obrębie klasyfikacji funkcji ochrony zdrowia (ICHA-HC) największy strumień wydatków bieżących na ochronę zdrowia dotyczył usług leczniczych – 58,3%, w tym głównie leczenia szpitalnego –30,6% całości nakładów, oraz leczenia ambulatoryjnego –27,1%. Kolejne miejsce pod względem przypisanych wydatków zajmowały artykuły medyczne (m.in. leki) – 22,7%, oraz długoterminowa opieka zdrowotna – 6%. Najmniejsze wydatki poniesiono na usługi rehabilitacyjne – 4,8%, zarządzanie i administrację finansowania ochrony zdrowia – 1,8% oraz na profilaktykę i zdrowie publiczne – 2,3% całości nakładów.

Wydatki bieżące ogółem na ochronę zdrowia w Polsce w 2017 r. stanowiły 6,7% PKB, z tego bieżące wydatki publiczne (w tym koszty NFZ) – 4,6% PKB, co stanowi mniejszy odsetek PKB w porównaniu z przeciętnymi nakładami w krajach Europejskich. Tak niskie nakłady publiczne na zdrowie w Polsce skutkują wysokim udziałem wydatków ponoszonych bezpośrednio przez

⁴⁹ Health expenditure and financing. OECD Statistics; <https://stats.oecd.org/> (dostęp: 09.06.2021)

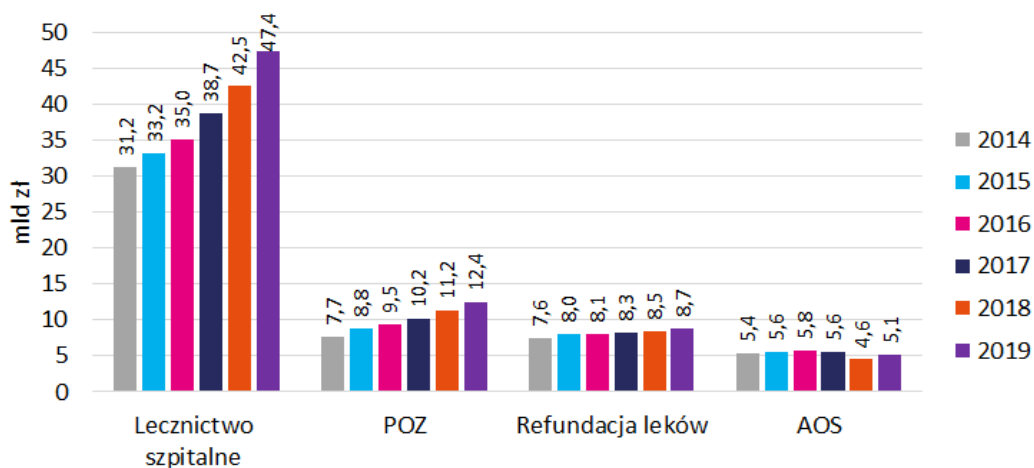
⁵⁰ Euro Health Consumer Index 2018 Report. Health Consumer Powerhouse. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf> (dostęp: 11.01.2021)

⁵¹ Dla Narodowego Rachunku Zdrowia za 2018 r. nie są dostępne dane w podziale na klasyfikacje funkcji ochrony zdrowia (ICHA-HC).

pacjentów⁵². Zgodnie z danymi OECD⁵³ udział tych wydatków w Polsce w 2018 r. wyniósł 20,4%, podczas gdy na Słowacji - 18,9%, w Czechach - 14,2%, w Szwecji - 13,8%, a we Francji 9,2%.

Nominalnie finansowanie sektora szpitalnego z 31,2 mld zł w 2014 r. wzrosło do 47,4 mld zł w 2019 r. (Ryc. 12)⁵⁴.

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



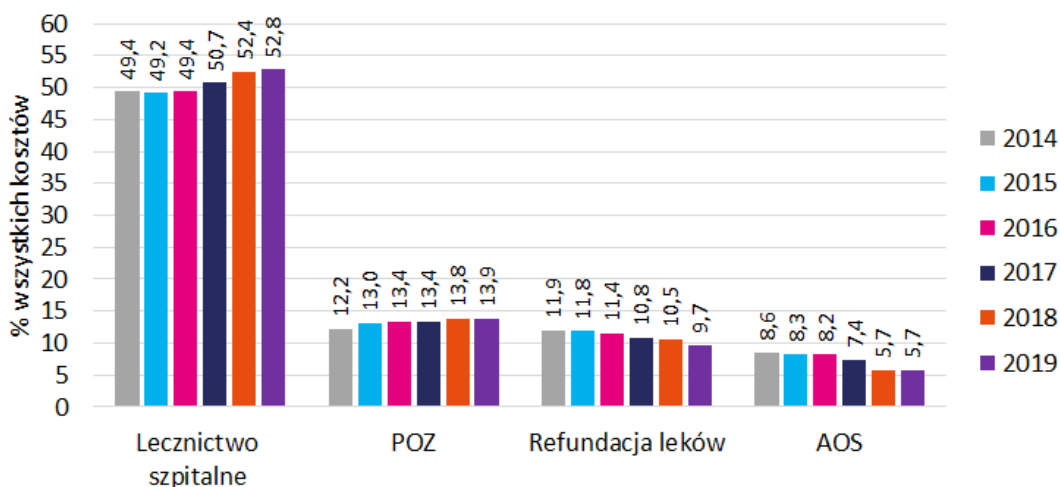
(źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych 2020 na podstawie danych NFZ, 2020)

⁵² Są to koszty, które osoba ubezpieczona musi ponieść bezpośrednio u świadczeniodawcy bez pośrednictwa ubezpieczyciela lub rządu.

⁵³ <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

⁵⁴ Niemniej jednak z uwagi na to, iż w planie finansowym NFZ w pozycji leczenie szpitalne widnieją tzw. świadczenia jednego dnia np. świadczenia w zakresie chemioterapii czy radioterapii wykonywane w trybie ambulatoryjnym, jak również ryczałt szpitalny obejmuje poradnie przyszpitalne, należy zatem mieć na względzie, że nie można wprost przełożyć ww. pozycji na kategorię wydatków leczenie szpitalne.

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



(źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych 2020 na podstawie danych NFZ, 2020)

Ryciny 12 i 13 przedstawiają udział poszczególnych rodzajów świadczeń w kosztach ogółem. Największy udział środków finansowych przeznaczany jest na leczenie szpitalne (52,8% w 2019 r.), latach 2014-2019 nastąpił wzrost udziału tego rodzaju świadczeń o 3,4 p.p. Następne pozycje stanowią środki przeznaczone na podstawową opiekę zdrowotną (13,9%), refundację apteczną (9,7%) i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (5,7%). Wydatki na ambulatoryjną opiekę medyczną jako procent wszystkich wydatków na świadczenia zdrowotne ponoszonych przez NFZ zmniejszały się konsekwentnie od 2014 do 2018 r., przy równoczesnym wzroście wydatków na lecznictwo szpitalne. W 2014 r. wydatki NFZ na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną stanowiły 8,6% wszystkich kosztów, w 2018 i 2019 - 5,7%.

W polskim systemie przyjęto trzy podstawowe modele finansowania:

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

Modele te nie sprzyjają podnoszeniu jakości obsługi, skuteczności leczenia oraz poprawie doświadczeń pacjentów. Wadami są również brak opłaty za efekt czy opłat pakietowych, jak i bardzo nieliczne mechanizmy premiujące nakierowują świadczeniodawców na maksymalizację wyników finansowych, a nie zdrowotnych. Skutkuje to powszechnym przeświadczeniem świadczeniobiorców o konieczności zabezpieczenia rentowności z jednoczesnym brakiem nastawienia na efekt zdrowotny⁵⁵. Poza tym, NIK wskazuje w swoim raporcie⁵⁶ na znaczne, sięgające kilkuset punktów procentowych, różnice wycen tych samych świadczeń w różnych regionach, co także wskazuje na wady modelu finansowania opieki zdrowotnej w Polsce⁵⁷.

⁵⁵ NIK (2019); Raport: *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, str. 61

⁵⁶ NIK (2019); Raport: *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*.

⁵⁷ Czuderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI - GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 21.

Pomiędzy 2014 r. a 2019 r. nastąpił wzrost nakładów na świadczenia zdrowotne, który wyniósł 42% w wartościach nominalnych, przy czym w przypadku świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej odnotowano zmniejszenie finansowania, co może wywoływać negatywne skutki z uwagi na fakt, że AOS powinien odciążać szpitale, przejmując świadczenia zdrowotne, w tym procedury diagnostyczne, których realizacja jest możliwa w trybie ambulatoryjnym. Działania takie nie mogą obniżyć efektu zdrowotnego, jednocześnie przyczyniłyby się zasadniczo do obniżenia kosztów opieki. W efekcie dałoby to szansę na zwiększenie liczby obsługiwanych pacjentów i uwolnienie łóżek szpitalnych dla najbardziej potrzebujących⁵⁸.

Głównym motorem wzrostu wydatków na zdrowie jest postęp technologiczny. Rozpowszechnianie nowych technologii medycznych i ubezpieczenia zdrowotne są rozwiązaniami dającymi szansę na ograniczenie wzrostu wydatków na zdrowie. Istnieje więc potrzeba racjonalizacji obecnie stosowanego finansowania, zakupów czy ram funkcjonowania szpitali, w celu zwiększenia efektywności dostępnych, ale już teraz niewystarczających zasobów.

Ocena systemu ochrony zdrowia przez obywateli

Zgodnie z wynikami badania CBOS 39% respondentów w 2018 r. była raczej niezadowolona z funkcjonującej ochrony zdrowia. Ocena ta ulegała tylko nieznacznym zmianom od 2001 r., kiedy to 38% Polaków było raczej niezadowolonych z funkcjonującej w Polsce opieki zdrowotnej. Wyjątek stanowił rok 2012, w którym to aż 41% badanych stwierdziło, że są zdecydowanie niezadowoleni z obecnie funkcjonującej opieki zdrowotnej w kraju (Ryc. 14). W badaniach CBOS opublikowanych w marcu 2020 r. widoczna jest znaczna poprawa postrzegania NFZ, ze wzrostem opinii pozytywnych o 17%⁵⁹.

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

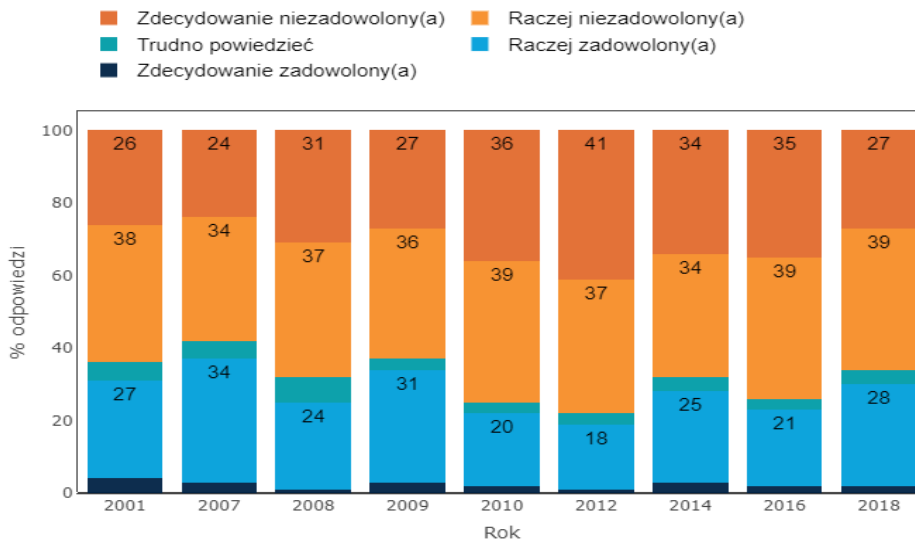
Również wskaźniki dotyczące traktowania pacjenta i przyjazności systemu wskazują na konieczność poprawy. Choć 57% badanych czuje się traktowana przez personel medyczny w sposób życzliwy i troskliwy i obserwowalny jest istotny wzrost zadowolenia w tej materii (49% badanych w 2016 roku) to nadal jest to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

Rycina 13. Stopień zadowolenia Polaków z funkcjonującej opieki zdrowotnej w Polsce na przestrzeni lat

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

⁵⁸ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI - GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 20.

⁵⁹ Komunikat z badań CBOS „Oceny działalności instytucji publicznych”; https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_038_20.PDF, dostęp 08.05.2020

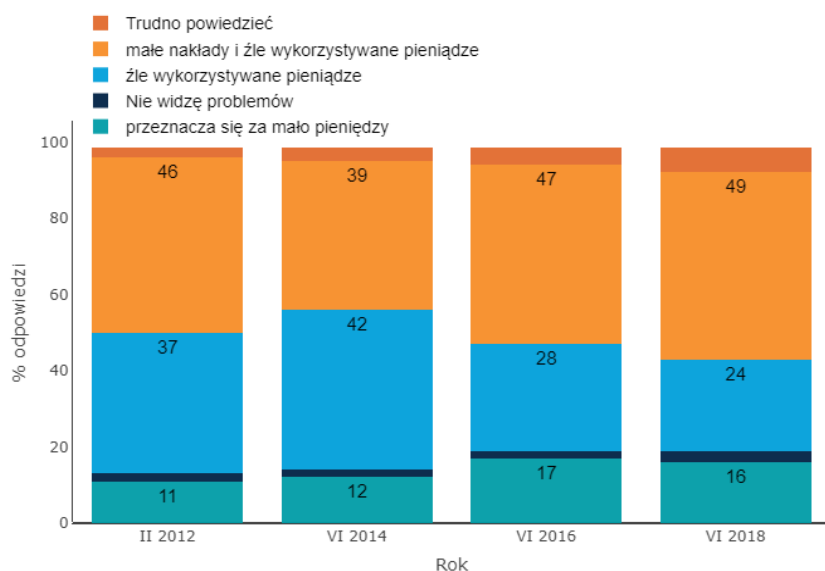


(źródło: analiza BŚ na podstawie badania Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej, CBOS 2018)

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

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

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

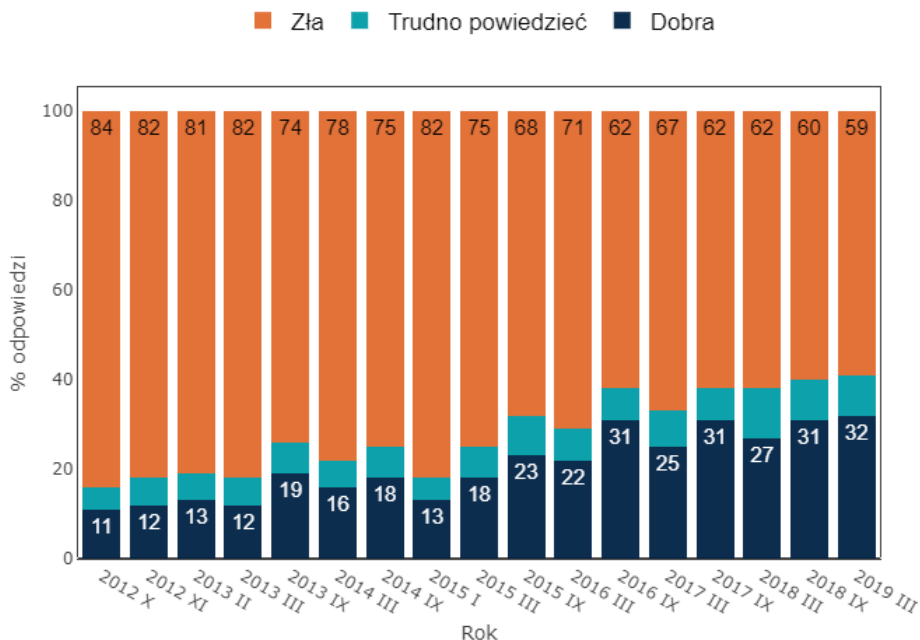


(źródło: analiza BŚ na podstawie badania Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej, CBOS 2018)

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

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

Jak ocenia Pan/i działalność instytucji publicznych w Polsce?



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

Podjęte działania

Naprawa systemu opieki zdrowotnej wymaga przede wszystkim znaczącego zwiększania nakładów. Istotnym elementem przyczyniającym się do tego jest tzw. „ustawa 6%”⁶⁰, która zakłada, że na finansowanie ochrony zdrowia w perspektywie do 2024 r. będą przeznaczane środki w wysokości nie niższej niż 6% PKB oraz 7 proc. PKB do 2027 r.⁶¹ Szybszy wzrost nakładów na zdrowie powinien przyczynić się do lepszego dostępu obywateli do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

PODSUMOWANIE

- Kluczową rolę w wytyczaniu polityki zdrowotnej w Polsce odgrywa Minister Zdrowia. Posiada on również kompetencje regulacyjne, natomiast NFZ jest głównym płatnikiem w systemie.
- System obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych gwarantuje formalny dostęp do szerokiego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, ale ze względu na ograniczone środki, którymi dysponuje NFZ, zagwarantowane prawnie liczne świadczenia nie zawsze są dostępne w optymalnym czasie. Dostęp do usług medycznych w Polsce jest dużo bardziej niż w innych krajach, uzależniony od sytuacji ekonomicznej pacjenta.
- Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ wskazuje na największy – ponad 50% – udział kosztów leczenia szpitalnego. Udział

⁶⁰ Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532)

⁶¹ Z zastrzeżeniem, że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2023 nie może być niższa niż: 1) 4,78% produktu krajowego brutto w 2018 r.; 2) 4,86% produktu krajowego brutto w 2019 r.; 3) 5,03% produktu krajowego brutto w 2020 r.; 4) 5,30% produktu krajowego brutto w 2021 r.; 5) 5,55% produktu krajowego brutto w 2022 r.; 6) 5,80% produktu krajowego brutto w 2023 r.

wydatków na AOS i POZ jest nadal na niezadowalającym poziomie (odpowiednio 7,4% i 13,4%).

- W najbliższym czasie Polskę czeka wzrost nakładów na system ochrony zdrowia. Głównym motorem wzrostu wydatków na zdrowie jest m.in. postęp technologiczny.

ORGANIZACJA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Świadczenia zdrowotne udzielane są przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze, jak również indywidualne i grupowe praktyki lekarskie i pielęgniarskie⁶².

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

Działalność lecznicza obejmuje świadczenia stacjonarne i całodobowe (w szpitalach i innych podmiotach leczniczych, takich jak sanatoria, ZOL/ZPO i podmioty świadczące opiekę hospicyjną i paliatywną) oraz świadczenia ambulatoryjne⁶³.

W podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej dominują świadczeniodawcy niepubliczni (wcześniejsze Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej – NZOZ) oraz lekarze i pielęgniarki wykonujący zawód w ramach praktyki indywidualnej oraz grupowej.

Zgodnie z definicją GUS, stacjonarna opieka zdrowotna jest formą opieki medycznej sprawowaną całodobowo w warunkach stacjonarnych w podmiotach leczniczych, takich jak szpitale ogólne, psychiatryczne, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze typu ogólnego i psychiatrycznego, hospicja stacjonarne, oddziały opieki paliatywnej, stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, ośrodki leczenia odwykowego, a także krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej⁶⁴.

Opieka szpitalna

Szpitalny system opieki zdrowotnej w Polsce na przestrzeni lat przeszedł wiele reform. Ostatnia bardzo ważna zmiana dotycząca funkcjonowania szpitali miała miejsce w 2017 r. Wdrożono wówczas system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej⁶⁵ (skrót PSZ), potocznie zwany „siecią szpitali”. Utworzenie systemu PSZ miało na celu poprawę opieki specjalistycznej nad pacjentami oraz zapewnienie lepszych warunków

⁶² Należy również zaznaczyć, że świadczenia opieki zdrowotnej to także np. transport sanitarny (świadczenie towarzyszące), które nie muszą być wykonywane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.

⁶³ NFZ (2012), *Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska 2012*; https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/03/HiT_Polska_2012_z_okladka_automatyczny_spis_tresci.pdf; dostęp 15.04.2020.

⁶⁴ GUS (2020), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Warszawa 2020, str. 40.

⁶⁵ System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej został wprowadzony z dniem 1 października 2017 r., *Ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

funkcjonowania szpitali. Do sieci należą szpitale, które są istotne z punktu widzenia zapewnienia pacjentom dostępu do świadczeń zdrowotnych⁶⁶.

W Polsce na koniec 2019 r. ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego skorzystało prawie 9 mln w pacjentów (22,88% populacji). To o 0,29% mniej w porównaniu z rokiem 2014. Z kolei liczba szpitali posiadających kontrakt z NFZ zmniejszyła się - w 2014 r. było zakontraktowanych 979 szpitali, natomiast w roku 2019 odpowiednio 966. W systemie PSZ uczestniczyło 584 szpitali, co szczegółowo obrazuje poniższa tabela. ⁶⁷_[obj.].

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

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

(źródło: dane MZ, Mapa potrzeb zdrowotnych 2020)

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

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

WOJEWÓDZTWA	Szpitale	Łóżka	
		ogółem	na 10 tys. ludności
stan w dniu 31 XII 2019			
Dolnośląskie	74	15 721	54
Kujawsko-pomorskie	60	10 538	51
Lubelskie	56	11 648	55
Lubuskie	29	5 399	53

⁶⁶ MZ (2020), Mapa potrzeb zdrowotnych 2020, str. 206.

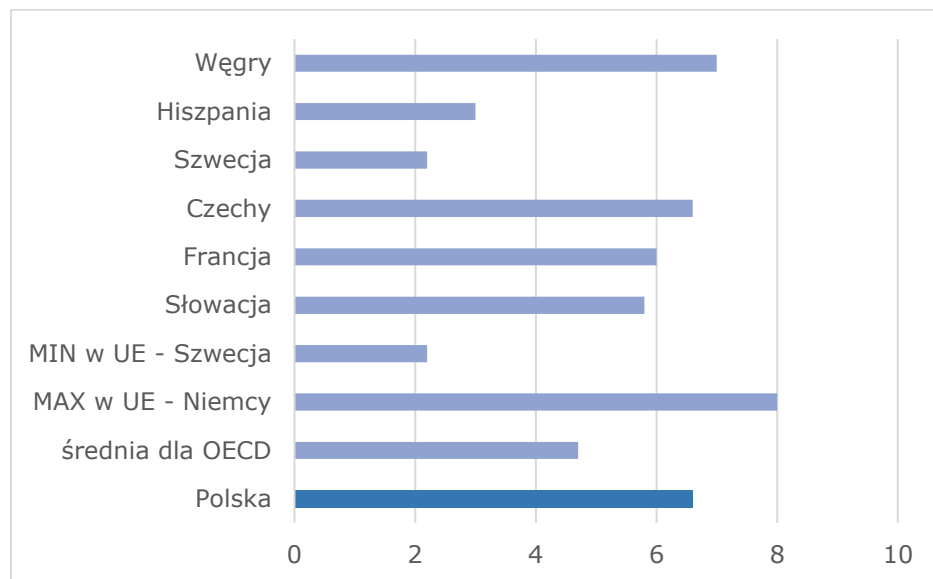
⁶⁷ MZ (2020), Mapa potrzeb zdrowotnych 2020, str. 228.

Łódzkie	65	13 713	56
Małopolskie	68	16 168	47
Mazowieckie	118	29 167	54
Opolskie	34	5 190	52
Podkarpackie	50	10 788	51
Podlaskie	35	6 377	54
Pomorskie	39	12 114	52
Śląskie	126	26 555	59
Świętokrzyskie	36	6 938	56
Warmińsko-mazurskie	49	7 198	51
Wielkopolskie	90	17 686	51
Zachodniopomorskie	37	9 395	55
RAZEM	966	204 595	53

(źródło: dane MZ, Mapa potrzeb zdrowotnych 2020)

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

Rycina 16. Liczba łóżek szpitalnych na 1 tys. mieszkańców w wybranych państwach UE (2017 lub najbliższy dostępny rok) 68



(źródło: OECD Health Statistics, 2019)

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

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

W ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach stacjonarnych, a także w szpitalach dziennych (tzw. szpitale jednego dnia), w 2018 r. leczonych było łącznie, podobnie jak przed rokiem, 3 419,4 tys. pacjentów (o 0,5% mniej niż w 2017 r.), przy czym pacjenci szpitali dziennych stanowili 3,9% ogółem leczonych w trybie dziennym⁶⁹.

Według danych GUS, w 2018 r., 2 055,0 tys. osób, o 0,2% mniej niż w 2017 r.), stanowili pacjenci oddziałów chirurgicznych, z czego ponad połowa przypadków to osoby korzystające z pomocy na oddziałach chirurgii ogólnej (1 025,4 tys. pacjentów)⁷⁰.

Kolejna liczna grupa to pacjentki oddziałów ginekologiczno-położniczych (13,2%, tj. 1 102,7 tys. pacjentów) oraz hospitalizowani na oddziałach chorób wewnętrznych (11,3% ogółem leczonych, tj. 946,1 tys. osób). Następnie na oddziałach kardiologicznych – 6,9% (tj. 577,1 tys. osób), pediatrycznych – 5,1% (tj. 426,3 tys.),⁷¹

⁶⁸ Różnica pomiędzy danymi OECD a danymi GUS wynika z przyjęcia innej definicji liczby łóżek. OECD uwzględnia również łóżka w szpitalach psychiatrycznych oraz w uzdrowiskach i sanatoriach, podczas gdy GUS traktuje je osobno.

⁶⁹ GUS (2020), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Warszawa 2020, str. 41.

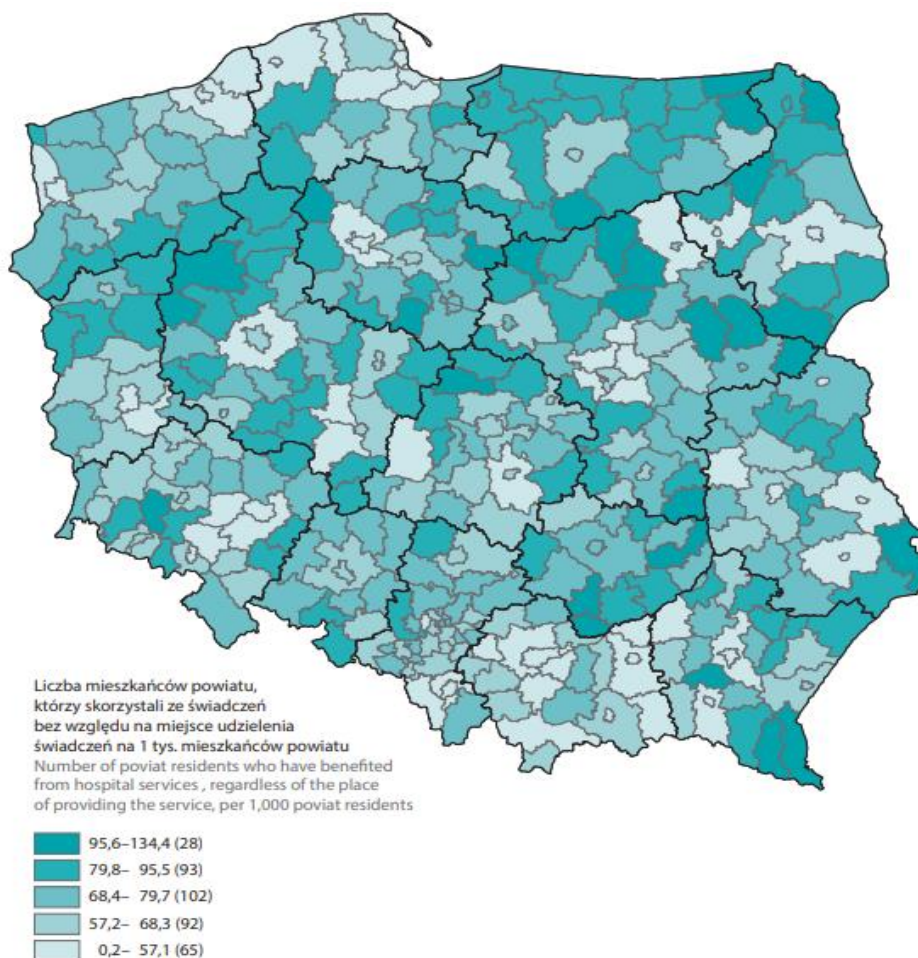
⁷⁰ GUS (2020), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Warszawa 2020, str. 46.

⁷¹ GUS (2020), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Warszawa 2020, str. 46.

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

Ważny jest również aspekt dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. Badania w tym zakresie zostały przeprowadzone przez GUS w ramach pracy badawczej pt. *Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia*. W ramach badania analizowano m.in. dostęp do świadczeń z perspektywy oddziałów typowych dla I poziomu referencyjnego sieci szpitali tj. oddziałów: chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria⁷². Rycina 18 przedstawia liczbę mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń bez względu na miejsce udzielania świadczeń.

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



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

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

⁷² GUS (2020), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Warszawa 2020, str. 130.

miastach na prawach powiatu⁷³. Duże natężenie świadczeń opieki szpitalnej może wskazywać na słabiej rozwiniętą ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.

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

Według prognoz liczba hospitalizacji w 2030 r. wzrośnie o 7,9% (713 tys.), w tym przykładowo w geriatrici odpowiednio o 15,1% i 50,5%, okulistyce 10,1% i 34,8%, chorobach wewnętrznych 9,7% i 29,9%, kardiologii 9,7% i 27,0%, angiologii 10,3% i 26,5%, kardiochirurgii 10,0% i 23,5%. Jednocześnie prognozuje się istotne spadki liczby pobytów w oddziałach szpitalnych, głównie położniczo-ginekologicznych i dziecięcych (neonatologii, pediatrii, chirurgii dziecięcej)⁷⁴.

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

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

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

⁷³ GUS (2020), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Warszawa 2020, str. 131.

⁷⁴ NIK (2019), *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, str. 24.

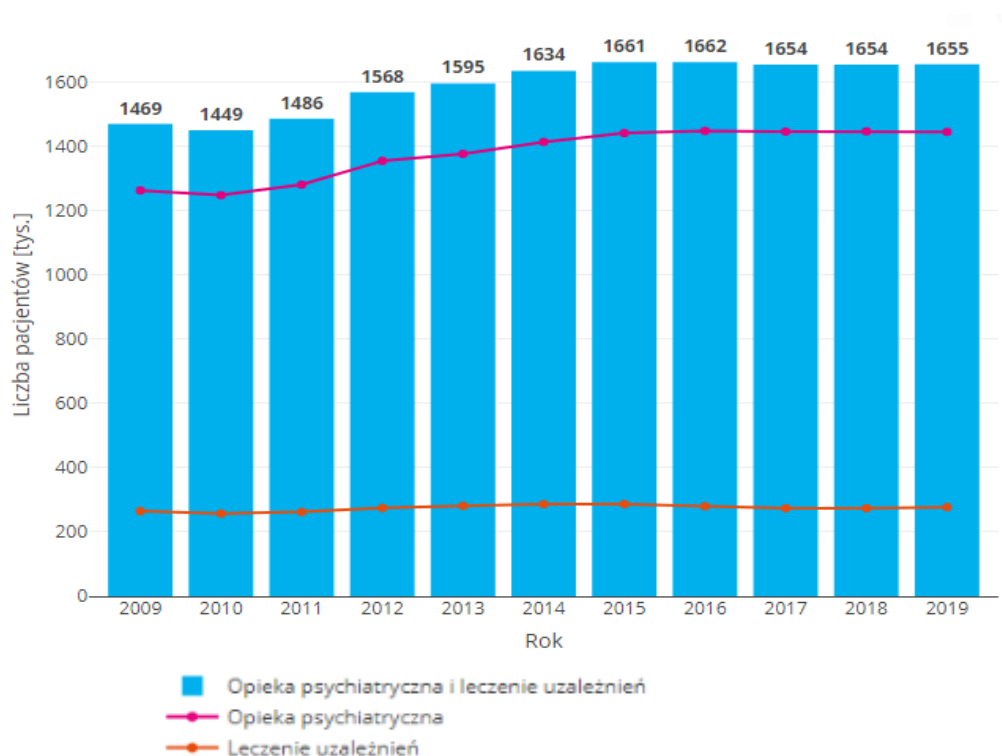
W tym kontekście warto podkreślić, iż przygotowywana jest reforma sektora szpitalnictwa, której podstawowym celem jest poprawa efektywności ekonomicznej szpitali publicznych poprzez dokonanie ich ewaluacji i przypisanie - na podstawie obiektywnych kryteriów - do odpowiedniej kategorii, która będzie warunkowała działania rozwojowe, optymalizacyjne i restrukturyzacyjne jakie zostaną podjęte w poszczególnych podmiotach. W celu zapewnienia skuteczności działań, założenia reformy przewidują utworzenie centralnego systemu nadzoru przez powołanie Agencji Rozwoju Szpitali, która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie procesów rozwojowych i restrukturyzacyjnych zachodzących w szpitalach po wejściu w życie tych rozwiązań. Ważnym zadaniem Agencji będzie również podnoszenie jakości zarządzania szpitalami poprzez certyfikację oraz rozwój kompetencji kadry menedżerskiej. Pakiet zmian ma również na celu optymalizację jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta poprzez wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentracja leczenia specjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń, a także prowadzenie spójnej polityki w zakresie zabezpieczania świadczeń medycznych przejawiającej się w optymalnym zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych pacjentów.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

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

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

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



(źródło: Opracowanie DAS MZ na podstawie danych NFZ)

O niewystarczającej dostępności do świadczeń w porównaniu z potrzebami pacjentów świadczy m.in. wysokość wydatków prywatnych na opiekę psychiatryczną, szacowany na ok 500 mln zł rocznie⁷⁵. J. Jednocześnie należy podkreślić, iż nakłady na świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień systematycznie rosną. Udział wydatkowania na opiekę psychiatryczną w wydatkach na ochronę zdrowia (3,4% w roku 2019) jest nadal niższy od grupy krajów wysokorozwiniętych⁷⁶.

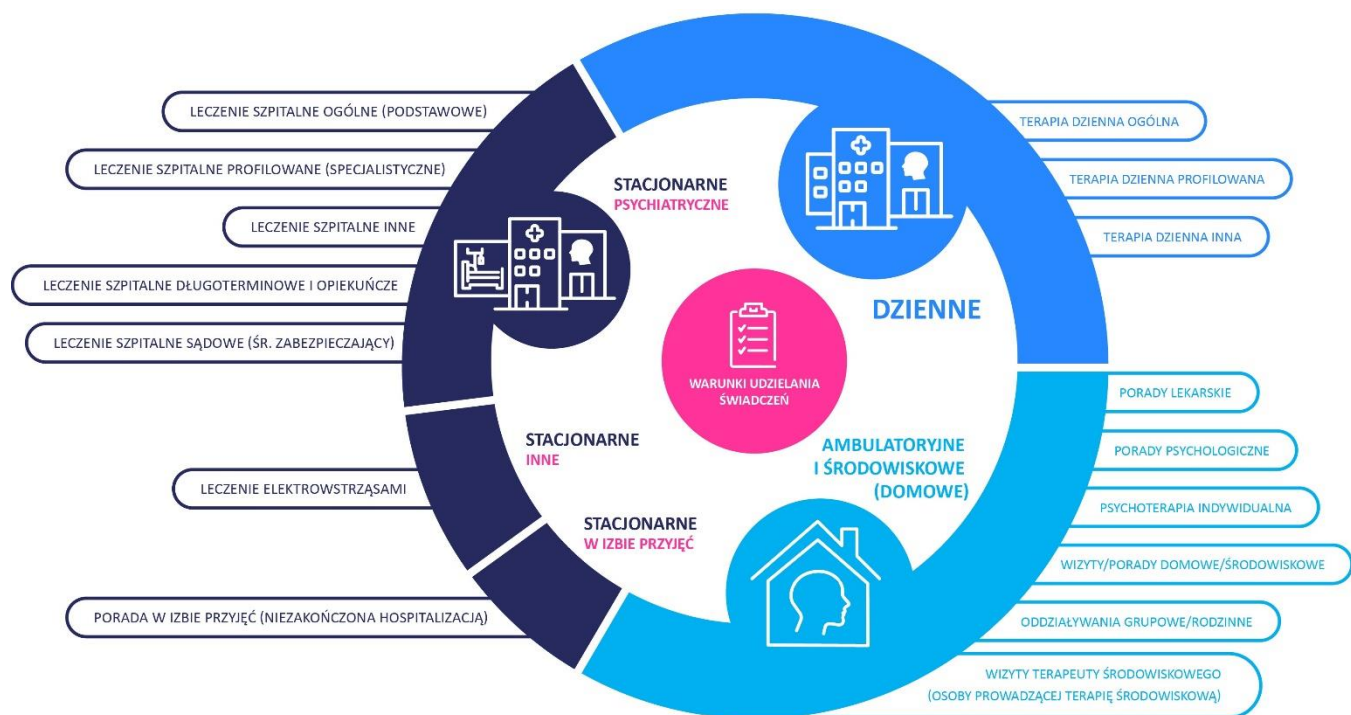
Leczenie zaburzeń psychicznych realizowane jest w ramach świadczeń „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” oraz (od roku 2018, w którym utworzono pierwsze Centra Zdrowia Psychicznego) „Programy pilotażowe”. Podział na opiekę psychiatryczną oraz leczenie uzależnień został dokonany na podstawie koszyka świadczeń gwarantowanych⁷⁷. Każda z wymienionych grup pod względem warunków realizacji dzieli się na leczenie stacjonarne, dzienne oraz ambulatoryjne i środowiskowe (domowe) (Ryc. 19 i 20).

⁷⁵ <https://pulsmedycyny.pl/problem-opieki-psychiatrycznej-w-polsce-analiza-rynkowa-968254>

⁷⁶ Economics, mental health and policy: An overview, London, 2008

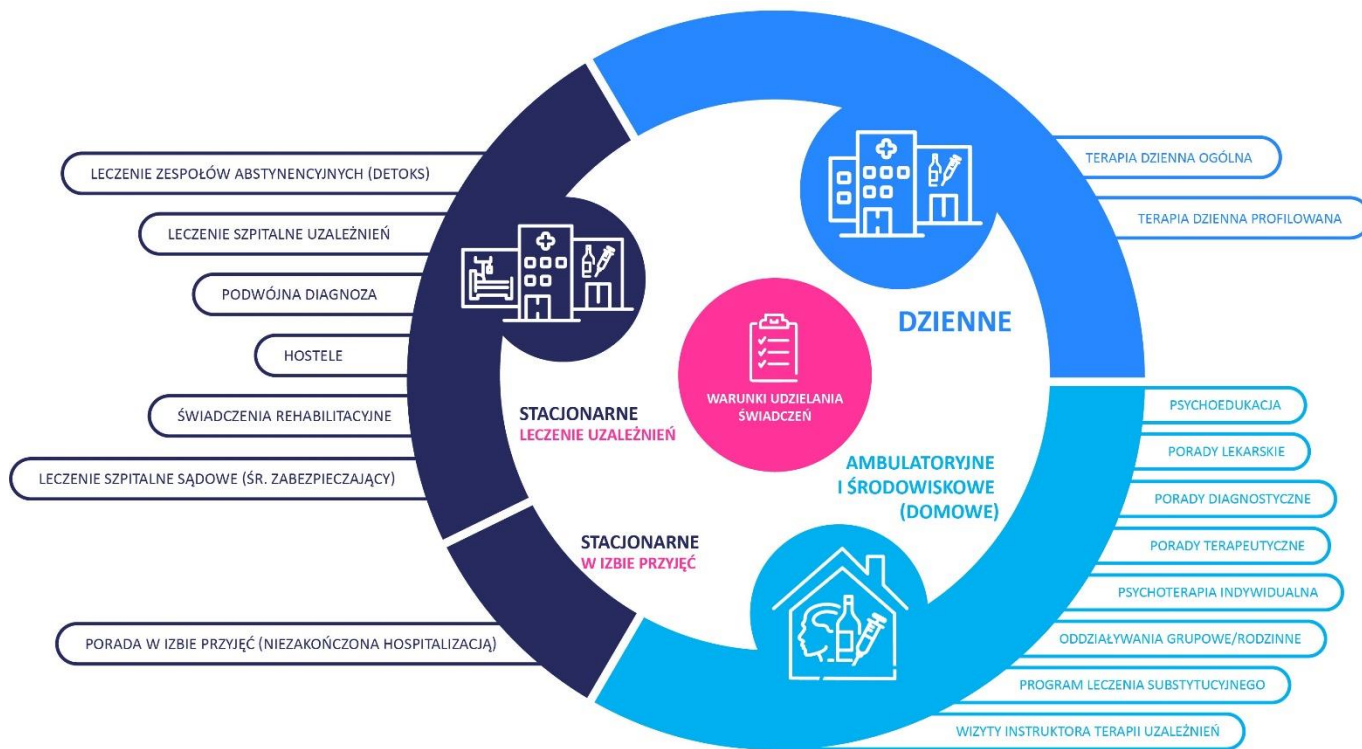
⁷⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001285>

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



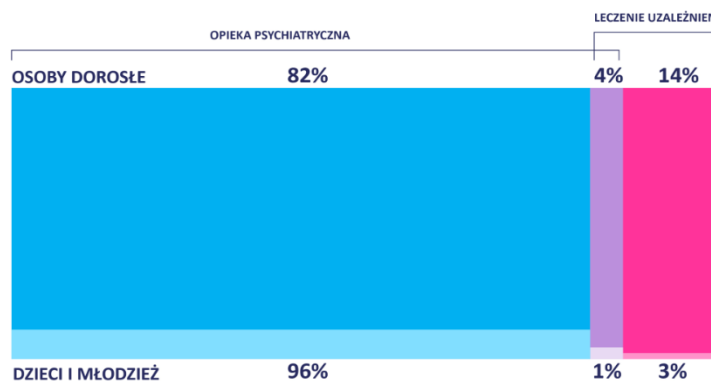
(źródło: Opracowanie Departamentu Analiz i Strategii MZ na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – Dz. U. poz. 1285, z późn. zm.)

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



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

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

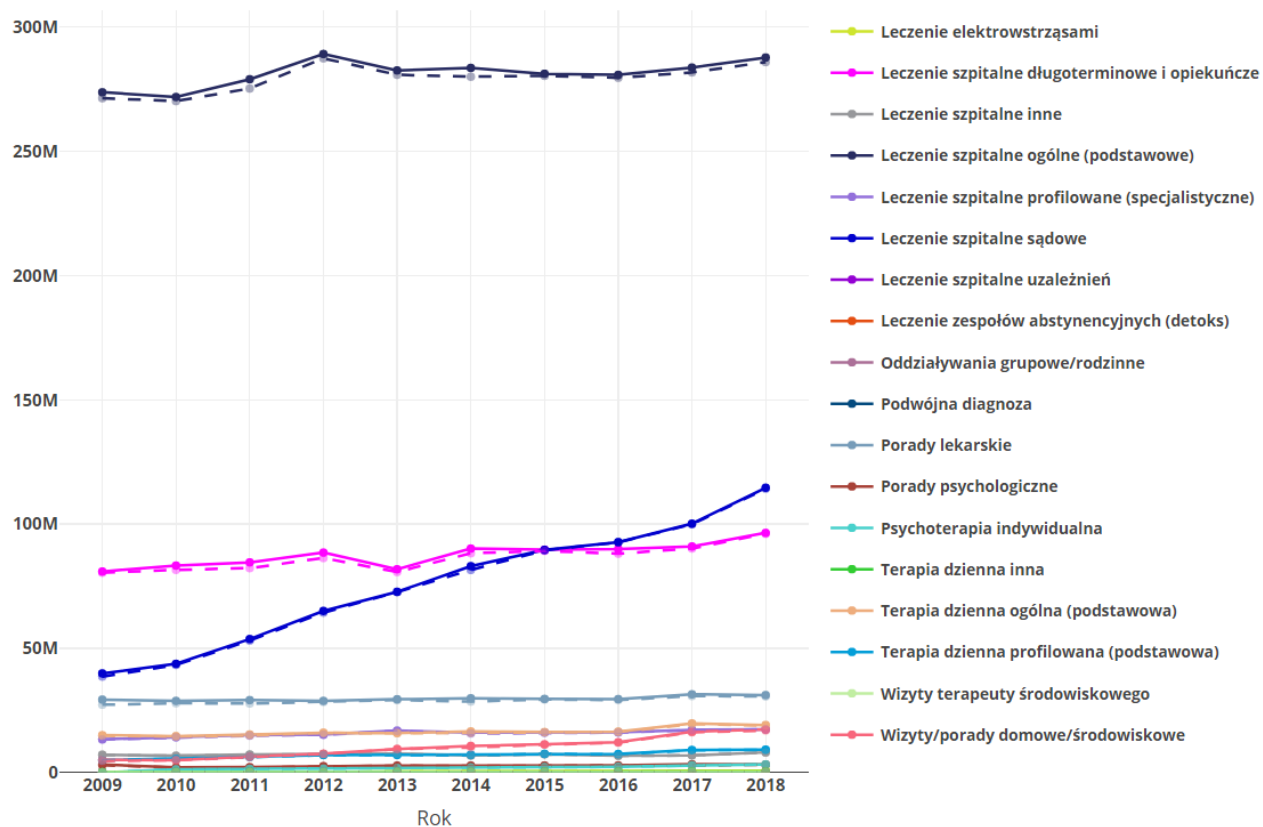


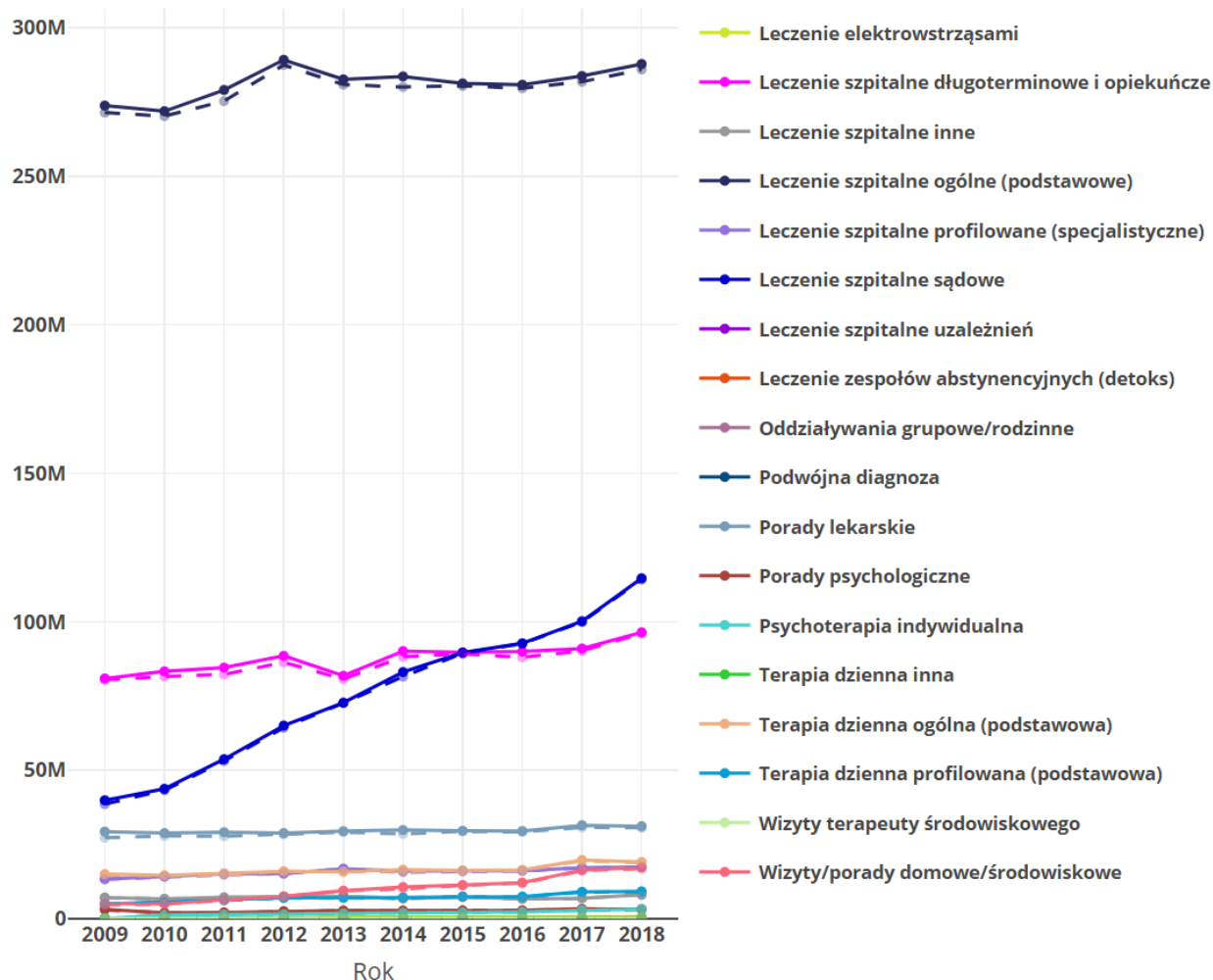
(źródło: Opracowanie DAS MZ na podstawie danych NFZ)

W roku 2019 największy udział wśród pacjentów stanowili dorośli korzystający z opieki psychiatrycznej, w następnej kolejności dorośli korzystający z leczenia uzależnień, następnie dzieci i młodzież korzystający z opieki psychiatrycznej oraz dzieci i młodzież korzystający z leczenia uzależnień (Ryc. 22).

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

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





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

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

Dostępność do świadczeń

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

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

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

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

W 2019 roku w Polsce poradnie psychiatryczne/psychologiczne⁷⁸ objęły 100% powiatów, poradnie psychiatryczne/psychologiczne dla dzieci i młodzieży 28,7%, oddziały dzienne⁷⁹ 37,4%, zespoły leczenia środowiskowego⁸⁰ 35%. Liczba powiatów z dostępem do danej formy leczenia przekładała się na udział pacjentów korzystających z nich w 2019 roku (Tabela 5). Pomiędzy liczbą pacjentów korzystających z poszczególnych form ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej na przestrzeni lat 2009-2019 występuje znaczna dysproporcja, z przewagą korzystania z poradni psychiatrycznej/psychologicznej. W przypadku leczenia uzależnień, poradnie⁸¹ funkcjonowały w 87,9% powiatów, oddziały dzienne⁸² w 26,6%.

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

⁷⁸ VIII część kodu resortowego: 1700, 1701, 1704, 1706, 1708, 1790, 1791

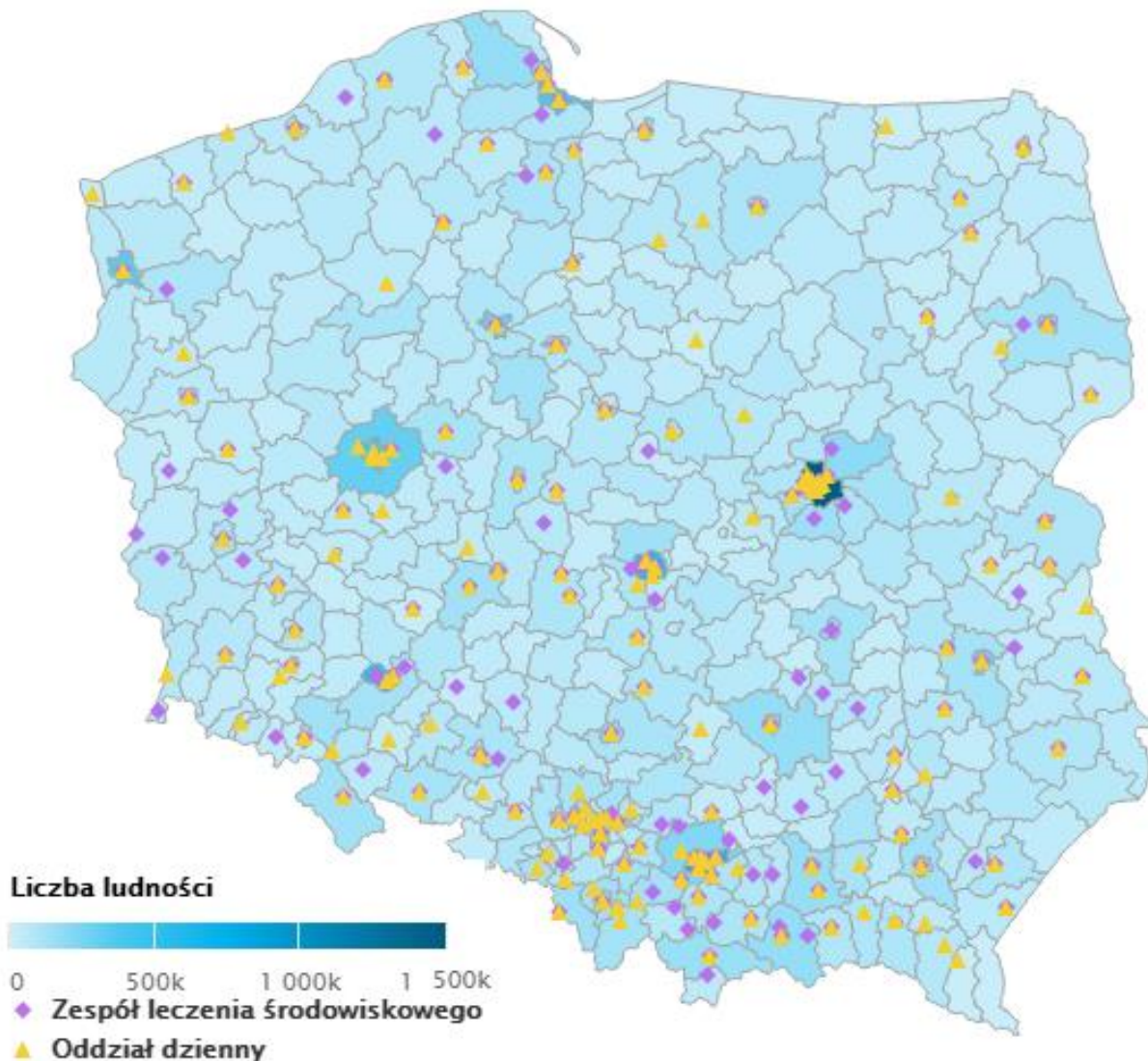
⁷⁹ VIII część kodu resortowego: 2700, 2701, 2702, 2703, 2704, 2706, 2708

⁸⁰ VIII część kodu resortowego: 2730, 2731, 2732, 2734

⁸¹ VIII część kodu resortowego: 1740, 1741, 1742, 1744, 1745, 1746, 1747

⁸² VIII część kodu resortowego: 2712, 2714, 2715; a także 2740 o kodzie zakresu 04.2740.021.02

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



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

Reforma opieki psychiatrycznej

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

Reforma opieki psychiatrycznej osób dorosłych

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

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

Reforma opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży

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

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

Podstawowa Opieka Zdrowotna i Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

Zgodnie z definicją zawartą w *ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050), podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia⁸³, z wyłączeniem pewnych sytuacji, w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z definicją zawartą w *Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* ambulatoryjna opieka zdrowotna oznacza udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych.

Podstawowa opieka zdrowotna oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna stanowią ważne szczeble w systemie ochrony zdrowia. Od ich sprawności i skuteczności w ogromnym stopniu zależy efektywność procesu leczenia pacjenta i sprawność całego systemu opieki medycznej⁸⁴.

W 2019 r. zrealizowano ponad 156 mln wizyt w POZ. Należy wspomnieć, że istnieje zauważalna sezonowość świadczeń zdrowotnych w ciągu roku. Najmniej wizyt obserwuje się w sierpniu (7,11% wszystkich wizyt), najwięcej w styczniu (9,65% wszystkich wizyt)⁸⁵.

⁸³ Z wyłączeniem pewnych sytuacji, np. świadczeniobiorca znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

⁸⁴ GUS (2020), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Warszawa 2020, str. 77.

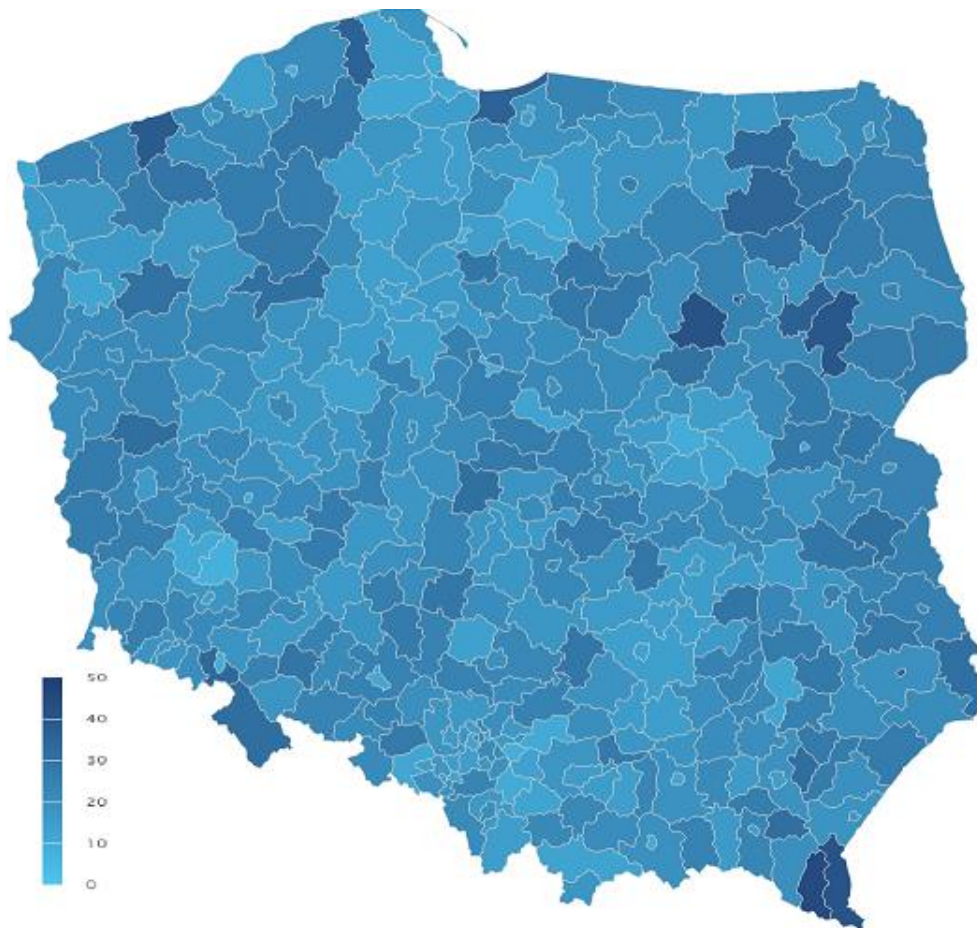
⁸⁵ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 156.

W 2019 r. funkcjonowało w Polsce ok. 8,19 tys. podmiotów leczniczych POZ, co daje średnio 21,34 na 100 tys. ludności. Średnio na jeden podmiot leczniczy POZ w Polsce przypada 4,69 tys. osób⁸⁶.

Kluczowe słabości POZ obejmują: brak wystarczającej liczby specjalistów medycyny rodzinnej (specjaliści chorób wewnętrznych i pediatrii, którzy mogą również pracować jako lekarze POZ, mają ograniczone kompetencje w dziedzinie medycyny rodzinnej), ogólny brak lekarzy POZ (również w przeliczeniu na liczbę pacjentów), niedobór pielęgniarek i położnych, starzejąca się kadra POZ, nierównomierny dostęp do POZ, nieefektywne metody finansowania POZ oraz ograniczone wykorzystanie nowoczesnych narzędzi informatycznych⁸⁷.

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

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

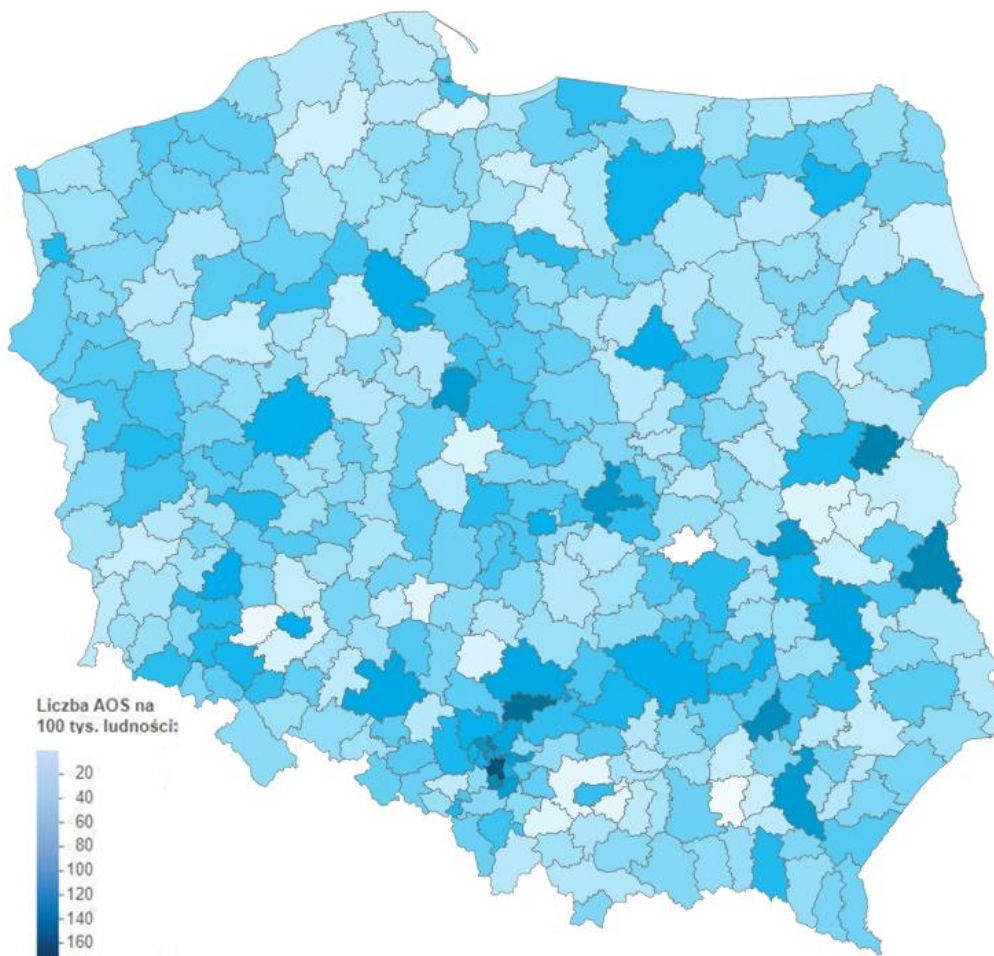


(źródło: analiza MZ na podstawie danych NFZ i GUS)

⁸⁶ MZ (2020), Mapa potrzeb zdrowotnych 2020, str. 161.

⁸⁷ Na podstawie wyników raportu Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce – diagnoza i projekty zmian, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie.

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



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

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

Na przestrzeni ostatnich pięciu lat można zaobserwować postępujący spadek liczby pacjentów korzystających z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W 2019 r. przyjęto 17,1 mln pacjentów w ramach 81,1 mln wizyt, podczas gdy w 2015 roku przyjęto 17,9 mln pacjentów w ramach 86,2 mln wizyt. Trend spadkowy jest obserwowany również przy uwzględnieniu spadku liczby ludności Polski. Między rokiem 2015 a 2019 liczba osób korzystających z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w przeliczeniu na 1 mieszkańca Polski spadła z 0,465 na 0,445 (-4,4%), tym samym w ciągu tych pięciu lat na każde 1000 mieszkańców ubyło 20 osób korzystających z AOS. Liczba wizyt przypadająca na 1 mieszkańca Polski spadła z 2,24 do 2,11 (-5,8%).⁸⁸

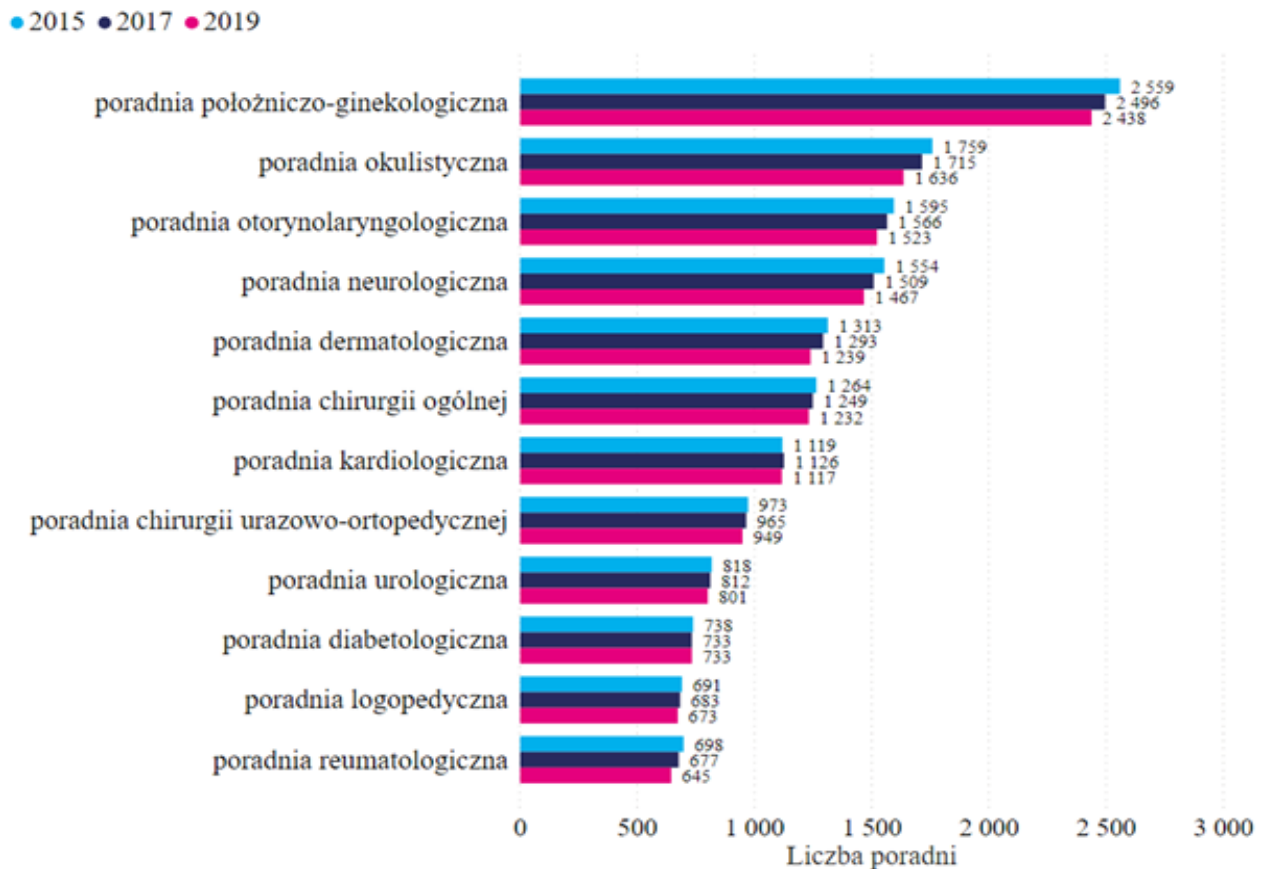
⁸⁸ MZ (2020), Mapa potrzeb zdrowotnych 2020, str. 175.

W 2019 r. świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach NFZ udzielały 23 406 poradnie. Średnio na 100 tys. mieszkańców Polski przypadało 61 poradni⁸⁹.

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

Spośród porad udzielonych przez lekarzy w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej 53,3% udzielono w podstawowej opiece zdrowotnej, 36,0% – w opiece specjalistycznej, a 10,7% stanowiły porady stomatologiczne⁹⁰.

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



(źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych, 2020)

Skorygowany o potrzebę wskaźnik prawdopodobieństwa wizyty lekarskiej w 2014 r. dla Polski wynosił 80%, w Finlandii 74,2%, średnia dla 27 krajów OECD wynosiła 78,6%⁹¹. Nierówności społeczno-ekonomiczne w dostępie do lekarza są widoczne we wszystkich krajach OECD. Jednak nierówności w dostępie do świadczeń między osobami o niskich i wysokich dochodach są szczególnie widoczne w opiece specjalistycznej.

⁸⁹ MZ (2020), Mapa potrzeb zdrowotnych 2020, str. 181.

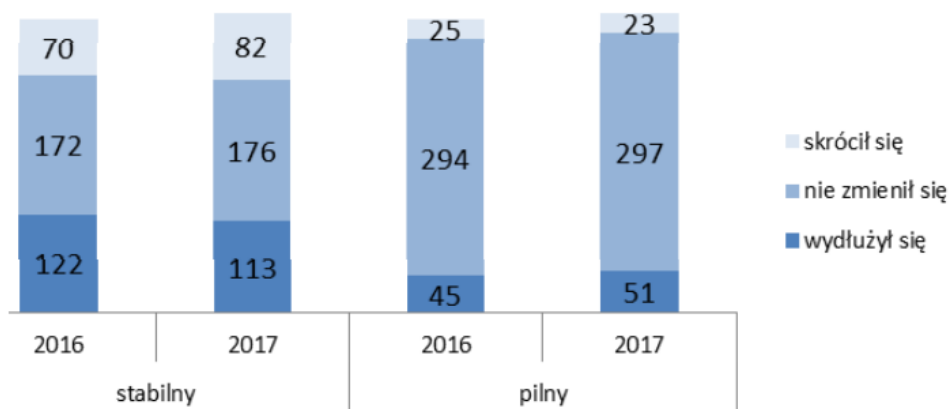
⁹⁰ GUS (2020), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, Warszawa 2020, str. 79.

⁹¹ OECD (2019), *Health for everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris; <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>; dostęp 21.04.2020.

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

Według raportu NIK⁹², na koniec 2017 r., w porównaniu z 2016 r., w przypadku 30,5% zakresów świadczeń, czas oczekiwania wydłużył się, a w 69,5% skrócił lub pozostawał na niezmiennym poziomie. Zmiany średniego czasu oczekiwania (mediana) do komórek organizacyjnych na koniec 2017 r., w porównaniu do 2016 r., w Polsce prezentuje schemat opracowany przez NIK (Ryc. 27).

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



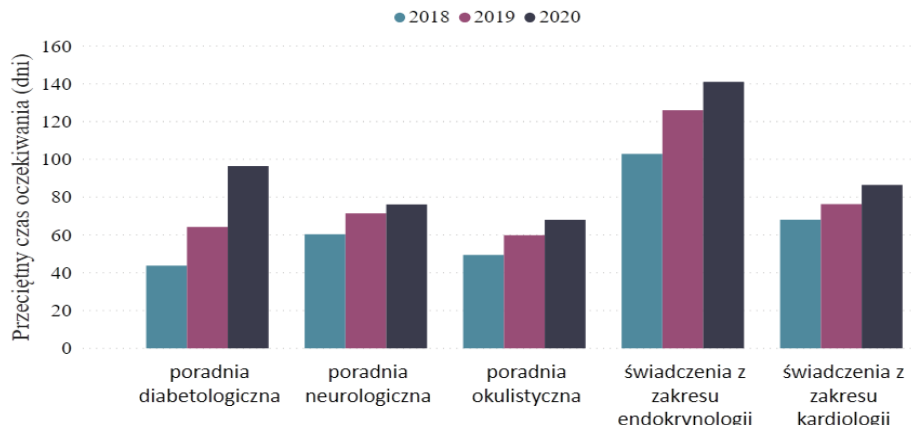
(źródło: analiza NIK na podstawie danych NFZ, 2017, Raport NIK: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian, 2019, str. 75)

Relatywnie długi czas oczekiwania potwierdzają również analizy wykonane w ramach mapy potrzeb zdrowotnych w 2020 r. Przeciętnie powyżej trzech miesięcy oczekiwania w lutym 2020 r. mieli przed sobą pacjenci w stanie stabilnym chcący skorzystać z poradni endokrynologicznej (311 dni), kardiologicznej (151 dni), okulistycznej (139 dni), urologicznej (105 dni) oraz neurologicznej (96 dni). Ponad dwa miesiące musieli czekać pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne do poradni endokrynologicznej (142 dni), diabetologicznej (96 dni), kardiologicznej (89 dni), neurologicznej (76 dni) oraz okulistycznej (68 dni)⁹³.

⁹² NIK (2019), Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian, str. 75.

⁹³ MZ (2020), Mapa potrzeb zdrowotnych 2020, str. 190.

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



(źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych 2020, MZ 2020)

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

Opieka długoterminowa

Opieka długoterminowa⁹⁴ odnosi się do organizacji i udzielania szerokiego zakresu usług leczniczych, opiekuńczych i pielęgnacyjnych oraz pomocy osobom, których zdolność do samodzielnego życia jest ograniczona w dłuższym okresie ze względu na wiek, stan zdrowia lub niesprawność funkcjonalną. W Polsce (formalnie) obejmuje ona tylko świadczenia udzielane w ramach systemu opieki zdrowotnej, jednak pomoc osobom wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu jest także świadczona w ramach systemu opieki społecznej. Zatem oba systemy - opieki zdrowotnej i pomocy społecznej - współpracują ze sobą, a przynajmniej powinny, w sprawowaniu całościowej opieki nad osobą z ograniczoną samodzielnością. Świadczenia lecznicze, pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach zdrowotnej opieki długoterminowej są udzielane zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i domowych. Całodobowe świadczenia w ramach opieki stacjonarnej są udzielane w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO). Oddzielną formą są ZOL/ZPO dla osób chorych psychicznie. W ramach opieki domowej świadczenia udzielane są przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie oraz przez pielęgniarki opieki długoterminowej domowej. Opieki długoterminowej udzielają przede wszystkim lekarze, pielęgniarki i fizjoterapeuci.

⁹⁴ Zgodnie z definicją WHO i OECD opiekę długoterminową definiuje się jako zakres usług udzielanych osobom z ograniczoną fizyczną, psychiczną lub poznawczą zdolnością funkcjonowania, na skutek czego osoby te przez dłuższy czas stają się zależne od pomocy w podstawowych aktywnościach życia codziennego. Opiekę tę można traktować jako całościowy zespół działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarstwa, rehabilitacji, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego osobom przewlekle chorym i wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału szpitalnego. Opieka ta może być udzielana przez opiekunów formalnych (personel medyczny i pracowników pomocy społecznej) lub opiekunów nieformalnych (rodzinę, bliskich, wolontariuszy); [Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2012, http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/pod_strategia.pdf](http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/pod_strategia.pdf)

W 2019 r. ze świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych skorzystało 42,6 tys. pacjentów⁹⁵. Natomiast ze świadczeń z tego zakresu realizowanych w warunkach domowych skorzystało 68,5 tys. pacjentów⁹⁶.

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

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

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

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

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

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

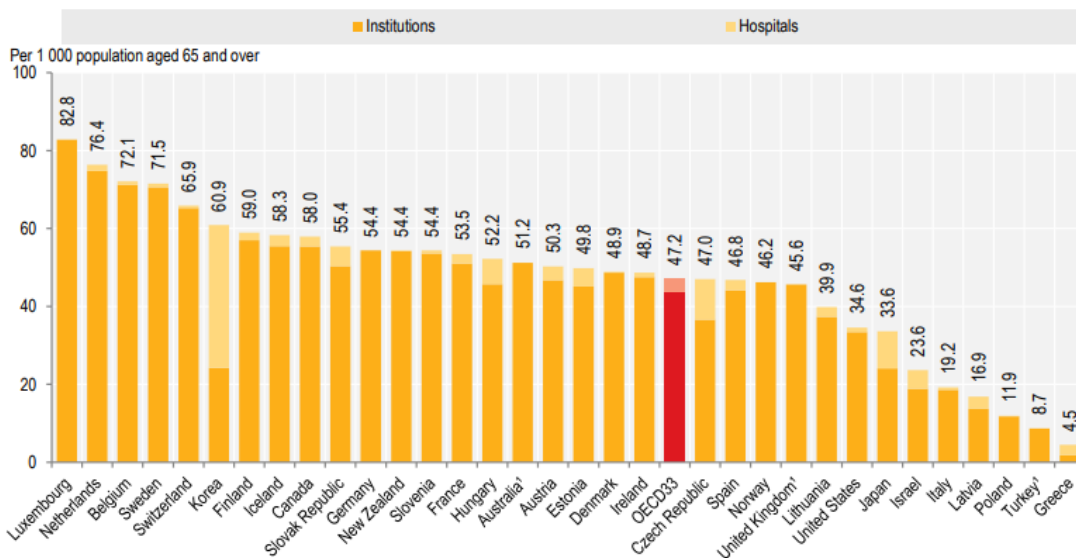
W 2019 r. placówki opieki długoterminowej o profilu ogólnym i psychiatrycznym dysponowały łącznie około 37,4 tys. łóżek⁹⁷.

⁹⁵ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 376.

⁹⁶ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 380.

⁹⁷ Zgodnie z danymi z RPWDL uwzględniającymi zarówno placówki funkcjonujące w ramach umów z NFZ, jak i te bez kontraktu. <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3404>, dostęp 07.12.2020 r.

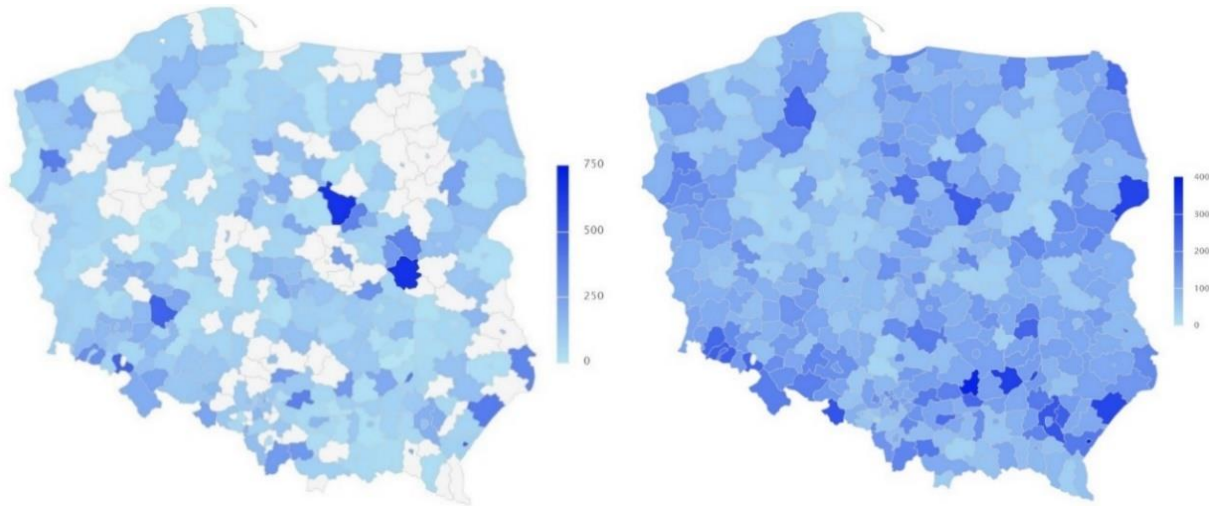
Rycina 29. Wskaźnik liczby łóżek opieki długoterminowej na 1 tys. osób w wieku co najmniej 65 lat w Polsce w 2017 r. (institutions – instytucje; hospitals – szpitale)



(źródło: OECD, 2017)

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

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



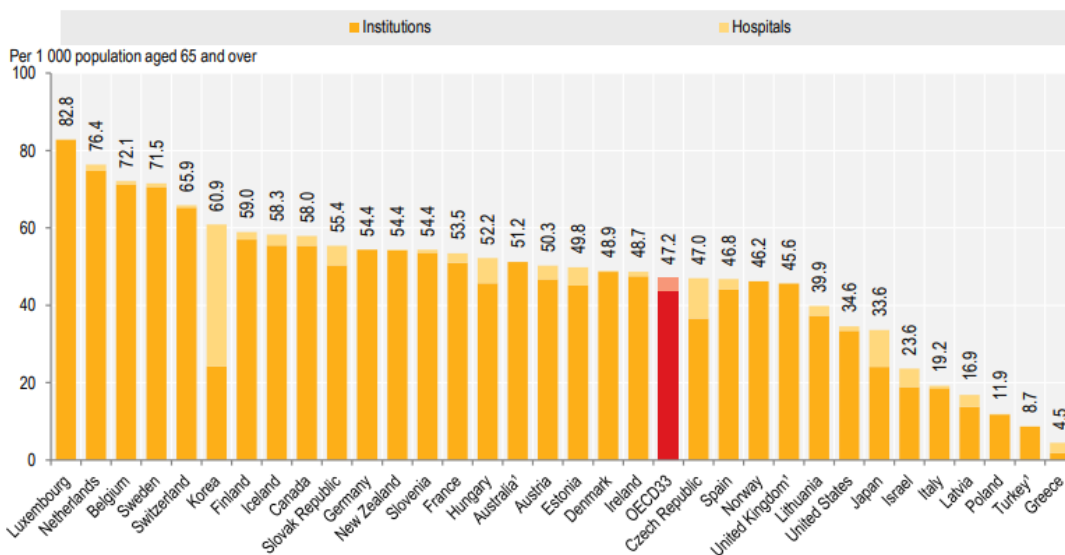
(źródło: analiza MZ na podstawie danych NFZ i GUS)

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

W 2017 r. wartość wskaźnika a łóżek w opiece długoterminowej była prawie czterokrotnie niższa niż średnia dla 33 państw OECD⁹⁸. Wskaźnik liczby łóżek opieki długoterminowej na tle państw OECD ma od wielu lat jedną z najniższych wartości, jednak należy mieć na uwadze również fakt, że pomiędzy krajami występują rozbieżności w definiowaniu i sprawozdawaniu danych na temat opieki długoterminowej.

⁹⁸ Według raportu OECD Health at a Glance 2019 średnio w Polsce było 11,9 łóżek w populacji ludności 65 lat lub więcej. Do liczby łóżek w opiece długoterminowej w raporcie OECD wliczono m.in.: łóżka w oddziałach dla przewlekle chorych w szpitalach ogólnych, specjalistycznych i psychiatrycznych, łóżka w szpitalach więziennych. Specyfikacja kryteriów wziętych pod uwagę znajduje się w poniższej lokalizacji: <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=e12f2893-2cdc-460f-aba5-6b087278cdca>, dostęp 12.02.2021

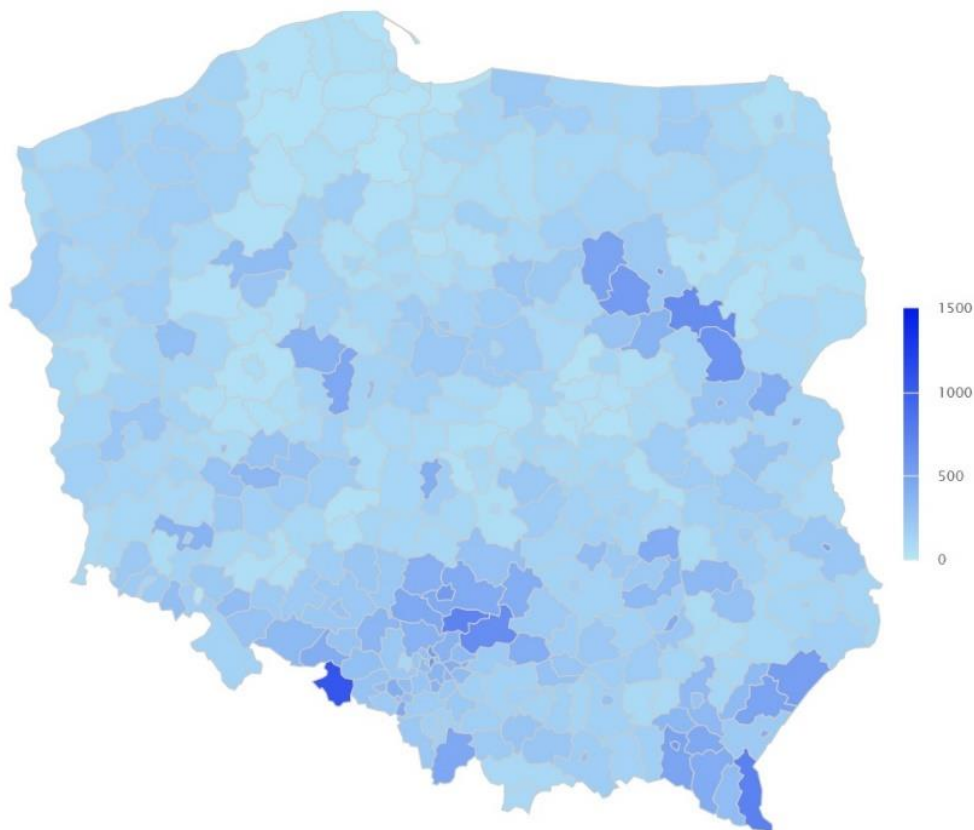
Rycina 31. Wskaźnik liczby łóżek opieki długoterminowej na 1 tys. osób w wieku co najmniej 65 lat w Polsce w 2017 r. (institutions – instytucje; hospitals – szpitale)



(źródło: OECD, 2017)

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

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



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

Zgodnie z raportem OECD (Health at a Glance, 2019) w 2017 r. Polska miała najniższą wśród 25 krajów OECD wartość wskaźnika pn. *Udział osób w wieku 65+ objętych opieką długoterminową* (0,9%). Wartość ta jest ponad 10-krotnie mniejsza niż średnia w 25 krajach OECD (10,8%)⁹⁹.

Duże różnice w wartościach wskaźników pomiędzy krajami OECD zależą od kilku aspektów, które mogą uniemożliwiać ich bezpośrednie porównywanie tj. struktury demograficznej populacji poszczególnych krajów (odsetka osób w wieku 65+), przyjętej definicji opieki długoterminowej¹⁰⁰.

Jednocześnie obserwuje się jednak większy niż w innych krajach udział opieki stacjonarnej. W 2019 r. w Polsce wyniósł on 38,8%. Średnia dla 20 krajów OECD wynosi 32,5% dla grupy wiekowej 65+ (w Polsce udział opieki stacjonarnej dla grupy 65+ to 40,1%)¹⁰¹.

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

⁹⁹ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 361.

¹⁰⁰ Szczegółowy opis źródeł danych dla poszczególnych krajów jest dostępny pod adresem: <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=be9656b8-7f61-4a03-a1fc-bc503f459749>, dostęp 12.02.2021, <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=4b1884af-0b8b-4f3f-994a-7cc4b30d73a0>, dostęp 12.02.2021.

¹⁰¹ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 390.

niż ludność większości krajów Unii Europejskiej, ale – jak wynika z prognozy Eurostatu – ta korzystna dla Polski różnica będzie stopniowo zanikać. W połowie obecnego stulecia zarówno mediana wieku, jak i odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będą w Polsce wyraźnie wyższe od przeciętnych wartości dla krajów Unii Europejskiej¹⁰². Prognoza GUS dotycząca liczby ludności Polski na lata 2014-2050 wskazuje na pogłębianie procesu starzenia się społeczeństwa. Mimo przewidywanego spadku liczby ludności o ok. 4,5 mln do 2050 r., spodziewany jest równocześnie systematyczny wzrost liczby ludności w wieku 60 lat i więcej. Populacja osób w tym wieku wzrośnie w końcu horyzontu prognozy do 13,7 mln i będzie stanowiła ponad 40% ogółu ludności¹⁰³. Starzenie się społeczeństwa będzie jednym z najważniejszych przekształceń demograficznych XXI w., z konsekwencjami, które odczują niemal wszystkie grupy społeczne. Wśród tych konsekwencji znajdzie się zwiększony popyt na towary i usługi, takie jak ochrona zdrowia i zabezpieczenie społeczne osób starszych. Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową będzie wzrastać.

Wiele osób starszych wymaga lub będzie wymagać znacznego wsparcia w codziennym życiu, częściej będą korzystały z usług opieki zdrowotnej, w tym rehabilitacji. Problemy zdrowotne, z którymi borykają się ludzie, kumulują się wraz z wiekiem. Wśród ludzi starszych (po ukończeniu 60. roku życia) bardzo często występują długotrwałe problemy zdrowotne. W 2014 r. w Polsce ponad 70% 50-latków sygnalizowało wystąpienie takich problemów, wśród 60-latków odsetek ten wyniósł już 85%, a w grupie ludzi najstarszych – ponad 90%¹⁰⁴. Przekłada się to na ograniczenia w codziennych czynnościach, które wymagają zewnętrznego wsparcia w zakresie opieki osobistej i czynności domowych. Wśród osób w wieku 85 i więcej lat 40% mężczyzn i tylko 28% kobiet nie wymagało żadnej pomocy, podczas gdy ok. 20% zarówno mężczyzn, jak i kobiet wymagało ponad 100 godzin długoterminowej opieki miesięcznie w zależności od trudności, które zgłosili.

Kumulujące się z wiekiem problemy zdrowotne przekładają się również na zwiększenie potrzeb zdrowotnych i częstsze korzystanie z opieki zdrowotnej. Osoba w wieku 65+ w Polsce zgłasza średnio 3,6 choroby/ dolegliwości (liczba ta gwałtownie rośnie wraz z wiekiem). Ponad 65% osób w wieku 65 lat cierpi na wiele chorób, co jest skorelowane ze zwiększonym korzystaniem z usług opieki zdrowotnej na wszystkich poziomach. Osoby w wieku powyżej 65 lat korzystają z podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej prawie dwa razy częściej niż średnio w całej populacji¹⁰⁵.

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

¹⁰² Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Rubikowska B., Goryński P., Zdrojewski T.; *Długość życia i umieralność ludności Polski* [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, red. Wojtyniak B., Goryński P.; Warszawa 2018, NIZP-PZH, str. 13.

¹⁰³ GUS (2018), *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, Warszawa 2018, str. 6.

¹⁰⁴ za: GUS (2015), *Stan zdrowia ludności Polski 2014*, Warszawa 2015, str. 63.

¹⁰⁵ Raport Banku Światowego (2018); Poland: long-term Regional spending review.

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

Dodatkowe informacje na temat świadczeń zdrowotnych realizowanych dla pacjentów w starszym wieku w innych zakresach niż opieka długoterminowa.

W 2019 r. chorzy w wieku 65+ stanowili aż 65% pacjentów przebywających na oddziałach wewnętrznych. Odsetek pobyków osób starszych na oddziałach geriatrycznych, zapewniających kompleksową opiekę medyczną, wyniósł zaledwie 1% łącznej liczby wizyt, z uwagi na niewielką w Polsce liczbę oddziałów świadczących tego typu usługi (Tab. 6). Na konieczność rozwoju dotychczasowych oraz wdrażania nowych form opieki długoterminowej i geriatrycznej świadczy również bardzo wysoka liczba pobyków osób starszych na oddziałach chorób wewnętrznych – 572 tys. (10%).

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

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

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

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

Mimo istnienia systemowej opieki instytucjonalnej, opieka nad starszymi osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w Polsce w znaczącym stopniu opiera się na opiece nieformalnej –¹⁰⁶[obj].

¹⁰⁶ Bank Światowy (2015), *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*, str. 15 i 43.

Badania wskazują, że duża grupa osób ma niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki długoterminowej. Według badania SHARE¹⁰⁷ jedynie ok 50% osób wymagających opieki miało zaspokojone potrzeby w tym zakresie, a ok. 80% osób z zaspokojonymi potrzebami otrzymywało opiekę przede wszystkim od rodziny lub znajomych, często będących członkami tego samego gospodarstwa domowego¹⁰⁸.

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

Rehabilitacja lecznicza

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

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

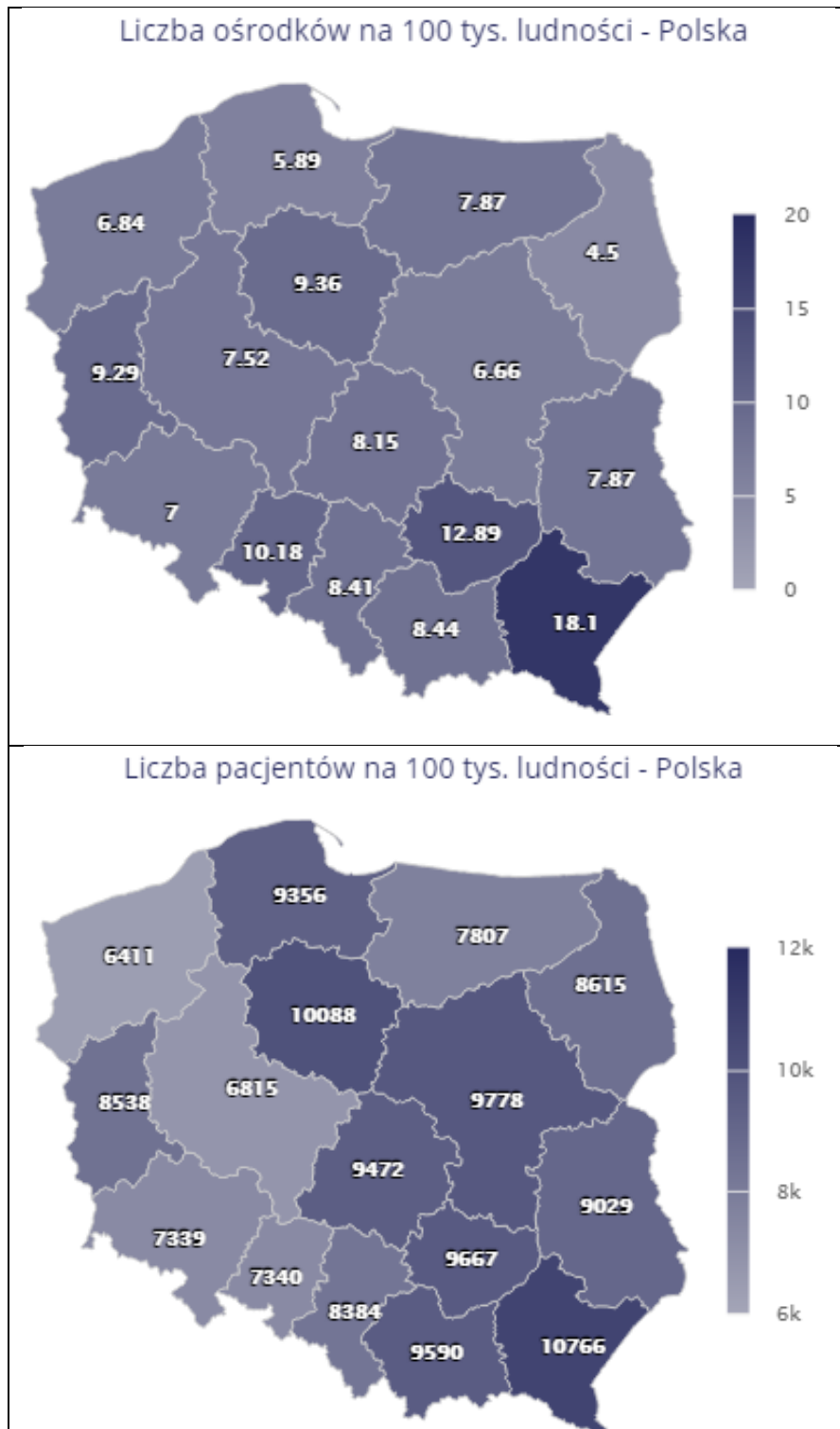
W 2019 r. było 3212 świadczeniodawców, którzy sprawozdawali świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej. Najwięcej świadczeniodawców realizowało świadczenia ambulatoryjne (2629 podmiotów), 839 w trybie dziennym, 529 w warunkach domowych, a jedynie 440 w warunkach stacjonarnych¹⁰⁹.

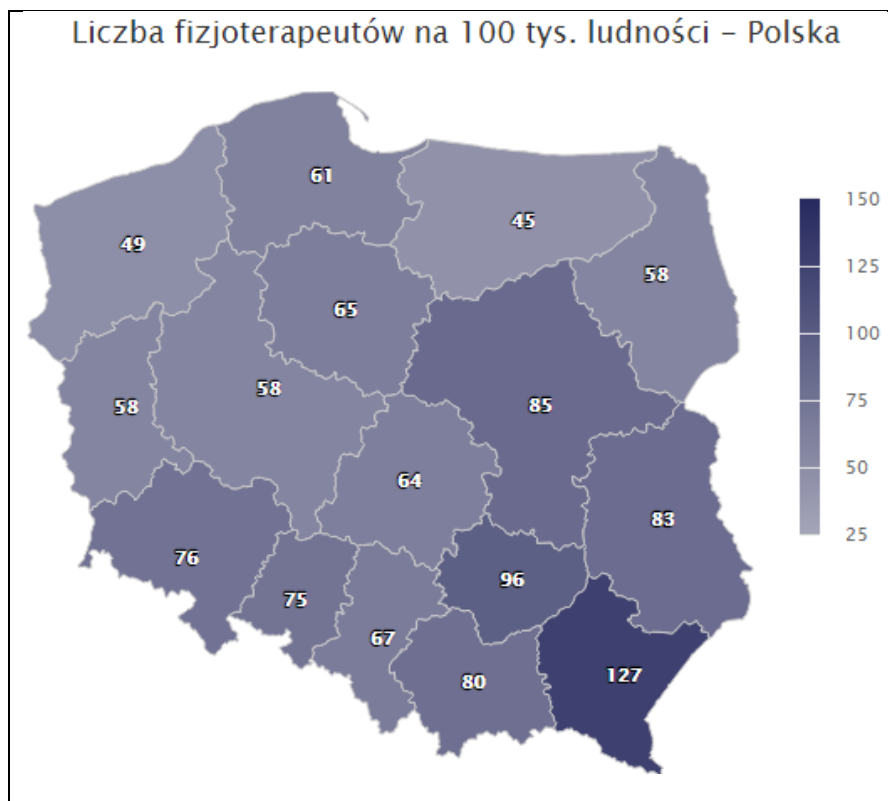
Rozmieszczenie miejsc udzielania świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, liczby pacjentów oraz liczby fizjoterapeutów przedstawia Ryc. 33. Można zaobserwować, że co do zasady województwa z większą liczbą ośrodków i fizjoterapeutów miały także większą liczbę rehabilitowanych pacjentów.

¹⁰⁷ W badaniu SHARE analizy dotyczyły całej zbiorowości osób starszych (65 lat i więcej) oraz grupy osób starszych z co najmniej jednym ograniczeniem przy wykonywaniu podstawowych lub złożonych czynności życiowych. Pozwoliły one na ustalenie, w jakim stopniu osoby starsze korzystają ze wsparcia w ramach sieci nieformalnych, a w jakim stopniu z opieki formalnej oraz obu form opieki jednocześnie.
Pokolenia 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie. Raport podsumowujący wyniki badań 7. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie”, Warszawa 2019 r.
<https://share50plus.pl/sites/share50plus.pl/files/2021-01/Raport%20SHARE%202019%20wersja%20www.pdf>,
dostęp 07.04.2021 r.

¹⁰⁹ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 320.

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



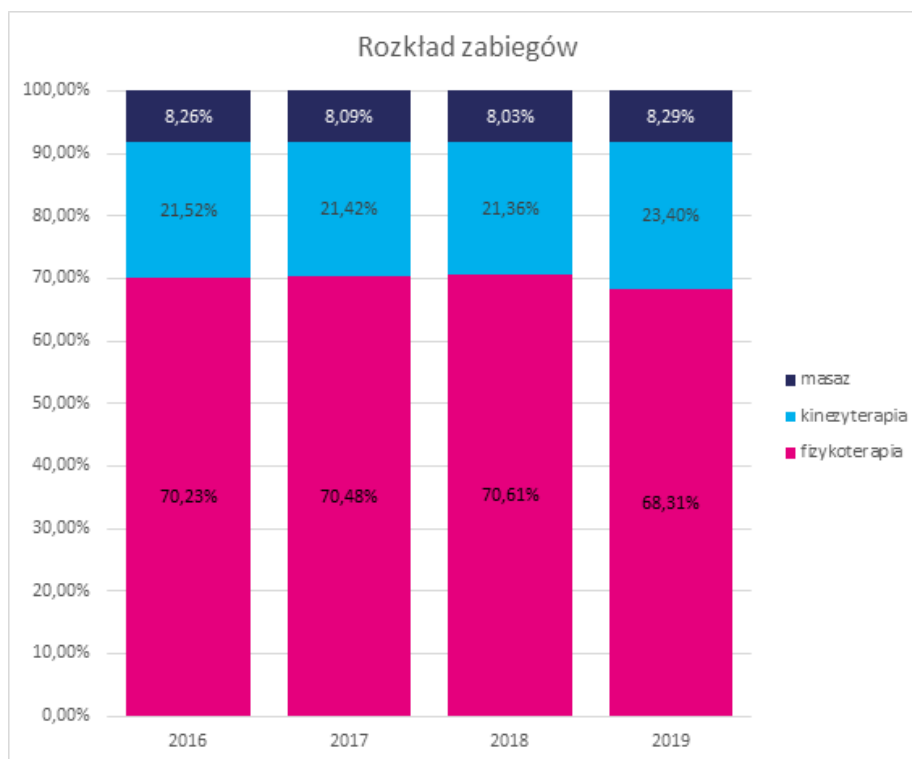


(źródło: Opracowanie DAS MZ na podstawie danych z NFZ i GUS)

W 2019 r. najwięcej pacjentów (2,99 mln) skorzystało z fizjoterapii ambulatoryjnej. Z fizjoterapii domowej skorzystało 48 tys. pacjentów, a z rehabilitacji leczniczej w ośrodku/oddziale dziennym skorzystało 331 tys. pacjentów. Prawie 225 tys. pacjentów udzielono świadczeń w rodzaju rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych.

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

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

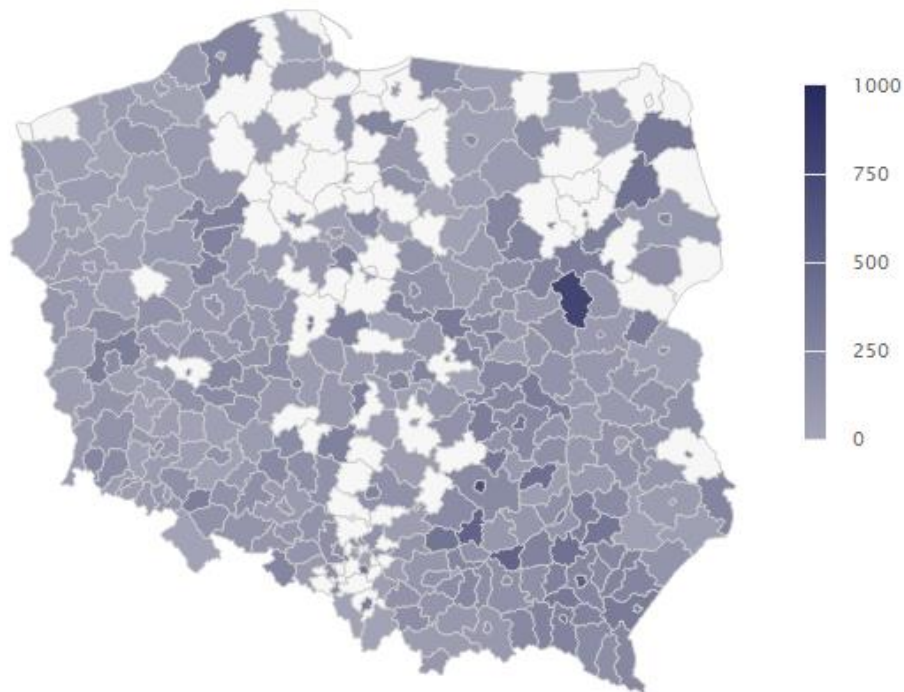


(źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych 2020)

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

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

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



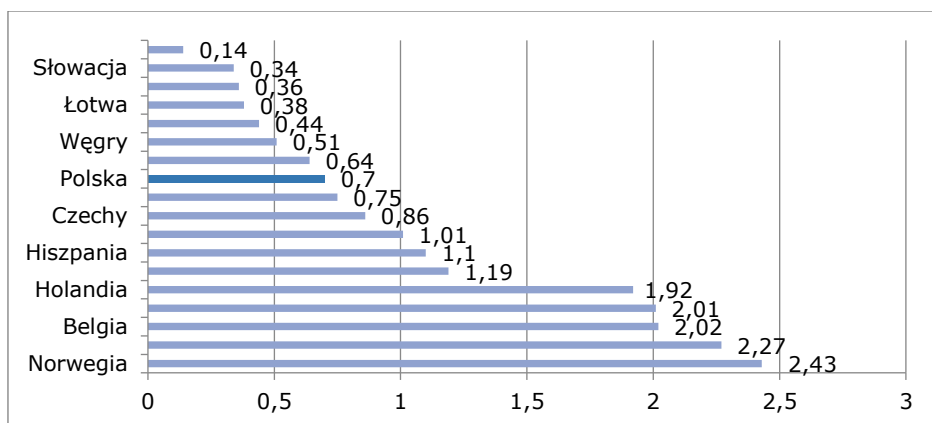
(źródło: Opracowanie DAS MZ na podstawie danych z NFZ i GUS)

Liczba wszystkich fizjoterapeutów uprawnionych do wykonywania czynności fizjoterapeuty w Polsce wynosiła 66,3 tys. (1,7 na tys. ludności)¹¹⁰. Natomiast według danych Eurostatu i OECD Polska w 2017 r. posiadała 26,5 tys. fizjoterapeutów, co daje 0,7 fizjoterapeuty na 1 tys. ludności i stawiało nasz kraj w środku unijnego rankingu (Ryc. 36). Eurostat uwzględnia w swoich danych tylko fizjoterapeutów praktykujących¹¹¹. Problemem jest również dostęp do świadczeń fizjoterapeutycznych oraz brak systemu monitorującego korzystanie pacjentów ze świadczeń w różnych sektorach publicznych (sektor ochrony zdrowia i opieki społecznej).

¹¹⁰ Dane z Krajowej Izby Fizjoterapeutów (KIF) - stan na maj 2020 r.

¹¹¹https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_dentists,_pharmacists_and_physiotherapists

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



(źródło: OECD, 2017)

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

Podjęte działania

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

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

Niezmiennym wyzwaniem dla poprawy efektywności systemu pozostaje zwiększenie roli świadczeń ambulatoryjnych i jednostek podstawowej opieki zdrowotnej, co pozwoliłoby na częściowe zmniejszenie kolejek do świadczeń stacjonarnych. Odejście od modelu opieki stacjonarnej pozwoli na ograniczenie rosnących kosztów hospitalizacji, a także bardziej kompleksową opiekę nad pacjentem. Wskaźnik możliwych do uniknięcia hospitalizacji w Polsce (odsetek przyjęć w przypadkach chorób, które można leczyć w warunkach ambulatoryjnych) jest ponad dwukrotnie wyższy od średniej dla krajów OECD¹¹².

W celu poprawy dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wprowadzono współczynnik korygujący przy rozliczaniu świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

¹¹² OECD (2018), *Health at Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle*, Paris 2018.

dla tych placówek, które skrócą czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia o co najmniej 20%^{106]}. Ponadto w celu uwzględnienia rosnących kosztów świadczeniodawców i zwiększenia finansowania świadczeń zdrowotnych z tego zakresu etapowo zwiększono wycenę tych świadczeń w zakresach: endokrynologia i endokrynologia dziecięca, gastroenterologia i gastroenterologia dziecięca, kardiologia i kardiologia dziecięca, neurochirurgia i neurochirurgia dziecięca, okulistyka i okulistyka dziecięca. Od 1 marca 2020 r. dodatkowo zniesiono limity na porady pierwszorazowe w czterech specjalnościach: neurologii, ortopedii, endokrynologii i kardiologii. Wprowadzono też bezlimitowe finansowanie wszystkich świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielonych dzieciom (tj. świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia).w celu uwzględnienia rosnących kosztów świadczeniodawców i zwiększenia finansowania świadczeń zdrowotnych z tego zakresu etapowo zwiększono wycenę tych świadczeń w zakresach: endokrynologia i endokrynologia dziecięca, gastroenterologia i gastroenterologia dziecięca, kardiologia i kardiologia dziecięca, neurochirurgia i neurochirurgia dziecięca, okulistyka i okulistyka dziecięca. Od 1 marca 2020 r. dodatkowo zniesiono limity na porady pierwszorazowe w czterech specjalnościach: neurologii, ortopedii, endokrynologii i kardiologii. Wprowadzono też bezlimitowe finansowanie wszystkich świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielonych dzieciom (tj. świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia).

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

Finansowanie AOS i POZ sukcesywnie dostosowywane jest do zmieniających się warunków, w ramach możliwości budżetowych NFZ. We wrześniu 2018 r. w celu poprawy dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zarządzeniem Prezesa NFZ wprowadzono współczynnik korygujący przy rozliczaniu świadczeń w AOS dla tych placówek, które skrócą czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia o co najmniej 20%¹¹³. Ponadto w celu uwzględnienia rosnących kosztów świadczeniodawców i zwiększenia finansowania świadczeń z tego zakresu etapowo od lipca 2020 r. i od stycznia 2021 r. zwiększono wycenę tych świadczeń. Dotyczy to świadczeń w następujących zakresach: endokrynologia i endokrynologia dziecięca, gastroenterologia i gastroenterologia dziecięca, kardiologia i kardiologia dziecięca, neurochirurgia i neurochirurgia dziecięca, okulistyka i okulistyka dziecięca. Od 1 marca 2020 r. dodatkowo zniesiono limity na porady pierwszorazowe w czterech specjalnościach: neurologii, ortopedii, endokrynologii i kardiologii. Natomiast od 1 stycznia 2021 r. realizując rozwiązania przyjęte

¹¹³ Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 94/2018/DSOZ z dnia 14 września 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875), wprowadzono bezlimitowe finansowanie wszystkich świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielonych dzieciom (tj. świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia).

PODSUMOWANIE

- System opieki zdrowotnej jest skoncentrowany na opiece szpitalnej, a większość wydatków przypada na leczenie stacjonarne.
- Sytuacja demograficzna może zmienić zapotrzebowanie na poszczególne świadczenia szpitalne.
- Stałym wyzwaniem dla poprawy efektywności systemu pozostaje zwiększenie roli świadczeń ambulatoryjnych i jednostek podstawowej opieki zdrowotnej.
- Pomimo wzrostu liczby przychodni oraz liczby porad, istotnym problemem jest długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty.
- W ramach POZ obserwowany jest niedobór lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej, pielęgniarek i położnych oraz podnoszący się wiek kadry.
- Dostęp do świadczeń realizowanych w POZ i AOS jest nierównomierny.
- W ramach rehabilitacji leczniczej należy zwrócić uwagę na dysproporcje regionalne zarówno w liczbie fizjoterapeutów na 100 tys. ludności, jak i w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej.
- Ze uwagi na fakt, że struktura populacji znacznie się zmienia, potrzeby opieki długoterminowej rosną prawie dwukrotnie szybciej niż populacja 65+.
- Mimo istnienia systemowej opieki formalnej, opieka nad starszymi osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w Polsce opiera się w dużej mierze na opiece nieformalnej, tj. na wsparciu takiej osoby przez członków rodziny lub inne bliskie osoby.
- W przypadku świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej odnotowywana jest zarówno bardzo duża liczba osób oczekujących na świadczenia jak i bardzo długi czas oczekiwania.

OPIEKA KOORDYNOWANA I DEINSTYTUCJONALIZACJA USŁUG

Opieka koordynowana to koncepcja świadczeń zdrowotnych związanych przede wszystkim z diagnozowaniem, leczeniem, opieką, rehabilitacją i promocją zdrowia w wymiarze nakładów, realizacji i organizacji świadczeń oraz zarządzania¹¹⁴. Koordynowana opieka zdrowotna prowadzi do poprawy dostępności, jakości oraz efektywności opieki, a także poziomu satysfakcji pacjenta. Z praktycznej perspektywy zintegrowany system realizacji świadczeń można określić mianem bliskich roboczych relacji między różnymi służbami i usługami, takimi

¹¹⁴ WHO Regional Office for Europe (2016), *Strengthening Peoplecentered Health Systems in the WHO European Region: Framework for Action on Integrated Health Services Delivery*, Copenhagen 2016.

jak: szpitale, sanepid, policja, straż pożarna, opieka domowa, zdrowie publiczne, opieka społeczna i inne świadczenia związane ze zdrowiem¹¹⁵.

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

Wprowadzenie opieki koordynowanej rekomendowane jest przede wszystkim dla podstawowej opieki zdrowotnej, ale także problemów związanych z leczeniem osób starszych, chorych cierpiących na choroby przewlekłe czy kobiet w ciąży. Fundamentem tego systemu jest integracja wszystkich podmiotów uczestniczących w procesie leczenia pacjentów z danym schorzeniem oraz wypracowanie podstaw i norm organizacyjnych, które usprawnią i przyspieszą proces leczenia. Zatem punktem wyjściowym do wprowadzenia koordynowanej opieki jest identyfikacja braków i wad systemu opieki zdrowotnej, a także problemów związanych ze współpracą z innymi obszarami, w tym opieką zdrowotną i opieką społeczną¹¹⁶.

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

Skutkiem tej dyskoordynacji jest niska ocena systemu pod względem satysfakcji pacjenta i dostosowania opieki zdrowotnej do rzeczywistych potrzeb¹¹⁷.

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

¹¹⁸ obj.

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

¹¹⁵ Kozieł A., Kononiuk A., Wiktorzak K., *Opieka koordynowana, definicja, międzynarodowe doświadczenia jako inspiracja dla Polski*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, 2017,15(3).

¹¹⁶ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 44.

¹¹⁷ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 42.

¹¹⁸ *RAPORT: SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – STAN OBECNY I POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN*. Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia, Warszawa 2019

- niski odsetek populacji objętej badaniami przesiewowymi, np. w niektórych regionach Polski odsetek kobiet, u których wykonano badania cytologiczne, waha się od kilku do kilkunastu procent (według wyliczeń NFZ w 2016 r. zaledwie 20,5% kobiet uczestniczyło w programie profilaktyki raka szyjki macicy, a wartość ta w roku 2017 była jeszcze niższa i wyniosła 18,73%). Lepiej wygląda profilaktyka raka piersi, choć nadal na mammografię zgłasza się mniej niż połowa kobiet (w 2016 r. – 40,82%, w 2017 r. – 39,40%)¹¹⁹;
- wykrywanie chorób w zaawansowanym stadium, w szczególności choroby nowotworowe;
- niska jakość leczenia chirurgicznego prowadzonego w mało doświadczonych ośrodkach, co skutkuje między innymi stosunkowo wysoką śmiertelnością pooperacyjną pacjentów onkologicznych¹²⁰;
- stosowanie suboptymalnego leczenia, a także brak monitorowania jego skutków, co powoduje gorsze (w porównaniu z innymi krajami) wyniki 5-letniej przeżywalności, np. średnie przeżycie 5-letnie w nowotworach w Polsce wynosi nieco ponad 40% i jest o 10–25% niższe w porównaniu z innymi krajami Europy Zachodniej, np. Anglią czy Szwecją¹²¹;
- brak kompleksowej i skutecznej rehabilitacji oraz odpowiedniej opieki psychologicznej, co skutkuje wysokim odsetkiem osób pozostających pod opieką ZUS w trakcie leczenia i po jego zakończeniu.

Na potrzebę działań w zakresie koordynacji wskazują również częste hospitalizacje w trybie nagłym będące wynikiem zaostrzenia choroby wskutek niewłaściwego prowadzenia chorego. W przypadku niewydolności serca, na którą chorują głównie osoby starsze, w ostatnich kilku latach znacząco zwiększyła się liczba hospitalizacji z powodu niewydolności serca (wzrost o 28% na przestrzeni lat 2016-2018), z czego 82% stanowiły hospitalizacje w trybie nagłym. Analiza ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych w niewydolności serca wskazała na istotne braki w zakresie opieki specjalistycznej. Prawdopodobieństwo, że pacjent będzie mieć kolejną wizytę w POZ wynosiło 87,2%, zaś prawdopodobieństwo trafienia z POZ do leczenia szpitalnego wynosiło 8,6% i było ponad 2-krotnie wyższe niż prawdopodobieństwo wizyty w AOS po wizycie w POZ¹²². Braki w zakresie opieki specjalistycznej zaobserwowano również w przypadku chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP). W okresie 2009-2018 blisko połowa chorych nie była leczona w poradni lub na oddziale o profilu pulmonologicznym. Pacjenci z tej grupy odznaczyli się częstszymi zaostrzeniami choroby¹²³ 68,1% vs. 80,6%. Wprowadzenie modelu koordynowanej opieki zdrowotnej ma szczególne uzasadnienie w przypadku chorych z zaburzeniami psychicznymi, w przypadku których proces leczenia bywa utrudniony i wiąże się z pokonaniem bardzo zindywidualizowanych barier. Analiza problemu zdrowotnego schizofrenii wskazała na dużą fragmentyzację systemu oraz brak zapewnienia ciągłości opieki, a także współpracy pomiędzy różnymi placówkami na kolejnych etapach

¹¹⁹ Dzień Kobiet: Podaruj sobie zdrowie; <http://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-oddzialow/dzien-kobiet-podaruj-sobie-zdrowie,357.html> (dostęp: 11.01.2021)

¹²⁰ Dostępność i efekty leczenia nowotworów; Najwyższa Izba Kontroli; Warszawa 2017

¹²¹ Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang XS, Bannon F, Ahn JV, Johnson CJ, Bonaventure A, Marcos-Gragera R, Stiller C, Azevedo e Silva G, Chen WQ, Ogunbiyi OJ, Rachet B, Soeberg MJ, You H, Matsuda T, Bielska-Lasota M, Storm H, Tucker TC, Coleman MP; CONCORD Working Group. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet*. 2015 Mar 14;385(9972):977-1010

¹²² <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3358>, dostęp 18.12.2020 r.

¹²³ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3359>, dostęp 18.12.2020 r.

leczenia. Udział kosztów opieki stacjonarnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w 2016 r. stanowił 70% ogółu kosztów NFZ w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, co ilustruje niezwykle wysoki poziom instytucjonalizacji tej opieki w Polsce. Kolejny problem to istotne deficyty w dostępie do świadczeń ambulatoryjnych, dziennych i środowiskowych mimo dużej i rosnącej liczby świadczeniodawców posiadających umowy z NFZ. Z koordynacją opieki nierozzerwalnie związany jest obszar usług zdrowotnych świadczonych w środowisku lokalnym. Kwestia deinstytucjonalizacji, jako kierunek zmian jest od dłuższego czasu obecna w debacie publicznej. Deinstytucjonalizacja odnoszona jest do czterech głównych grup odbiorców:

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

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

Jak wskazują eksperci¹²⁴, deinstytucjonalizacja to proces, którego celem z jednej strony jest rozwój zindywidualizowanych usług w obrębie społeczności lokalnej, w tym usług o charakterze zapobiegającym (profilaktycznym), które mają ograniczyć konieczność opieki instytucjonalnej w przyszłości, a z drugiej strony ma za zadanie przeniesienie zasobów ze stacjonarnych form opieki na poczet usług środowiskowych w społeczności lokalnej.

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

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

¹²⁴ *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności, listopad 2012.

Podjęte działania

Na przestrzeni ostatnich lat wprowadzono częściowe reformy mające na celu wdrożenie koordynowanej opieki zdrowotnej. W 2017 r. wprowadzona została tzw. sieć szpitali, która ustanowiła nową organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i miała poprawić dostęp pacjentów do leczenia specjalistycznego. Ponadto, zmiany miały zoptymalizować liczbę oddziałów specjalistycznych i umożliwić lepszą koordynację świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych oraz ułatwić zarządzanie szpitalami¹²⁵.

W 2016 r. wprowadzono nowy produkt rozliczeniowy – Program kompleksowej opieki medycznej nad matką w okresie ciąży, porodu, połogu oraz jej nowo narodzonym dzieckiem, który zapewnia pełną dostępność do świadczeń zgodnie ze wskazaniami medycznymi oraz możliwość zgłoszenia do programu na każdym etapie ciąży. Zapewniona jest pełnoprofilowa opieka podczas ciąży, porodu oraz w ciągu sześciu tygodni po urodzeniu dziecka. W opiekę zaangażowany jest zespół złożony z lekarza ginekologa, położnej oraz lekarzy szpitala. W ramach opieki koordynowanej zespół zapewnia całość opieki nad matką i dzieckiem od momentu potwierdzenia ciąży lub zgłoszenia się pacjentki do czasu ukończenia przez dziecko pierwszych sześciu tygodni życia. Opieka po urodzeniu dziecka obejmuje między innymi wizyty położnej w domu oraz konsultacje w zakresie karmienia piersią¹²⁶.

Szpital – współkoordynator programu zapewniający jakość, ciągłość i kompleksowość opieki – może skorzystać z nowego sposobu rozliczenia. Placówka, która zdecydowała się realizować program opieki koordynowanej, może liczyć na wyższe finansowanie, pod warunkiem spełnienia określonych wymagań. Do programu mogą przystąpić te placówki, które deklarują minimum 600 porodów rocznie i jednocześnie zabezpieczą dostęp do poradni ginekologiczno-położniczych oraz położnej¹²⁷.

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

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

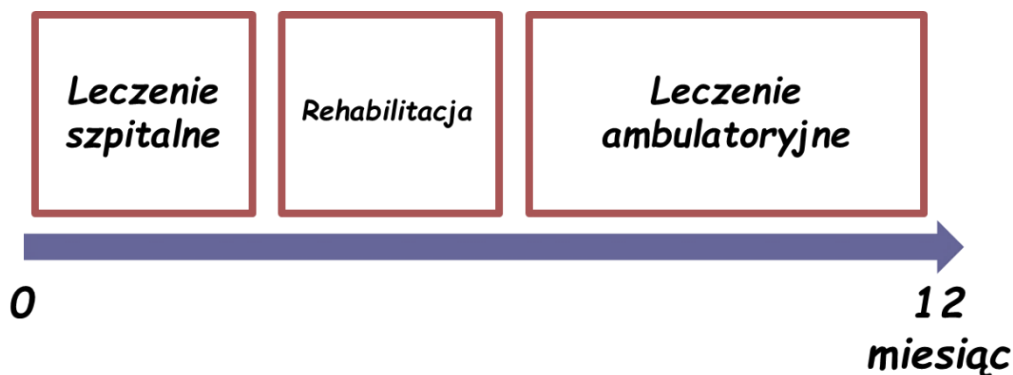
KOS-Zawał składa się z czterech modułów. Pierwszy z nich, związany z hospitalizacją pacjenta, obejmuje diagnostykę i leczenie zachowawcze (interwencyjne lub kardiochirurgiczne). Moduł drugi obejmuje rehabilitację kardiologiczną, w tym rehabilitację stacjonarną, ambulatoryjną i telerehabilitację, trzeci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

¹²⁵ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 44.

¹²⁶ <https://www.nfz.gov.pl/dla-swadczeniodawcy/koordynowana-opieka-nad-kobieta-w-ciazy-koc/aktualnosci/>; dostęp 06.05.2020.

¹²⁷ <https://www.nfz.gov.pl/dla-swadczeniodawcy/koordynowana-opieka-nad-kobieta-w-ciazy-koc/aktualnosci/>; dostęp 06.05.2020.

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



(źródło: MZ, opracowanie własne)

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

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

Opieka realizowana w ramach KOS-Zawał jest bardzo dobrze oceniana przez pacjentów – 96% z nich ocenia, że udział w programie KOS-Zawał ma korzystny wpływ na zdrowie, a 99% chorych ocenia, że program zwiększa ich poczucie bezpieczeństwa¹²⁸.

Model koordynowanej opieki nad pacjentem z niewydolnością serca (KONS), nad którym obecnie trwają prace, jest kolejnym przykładem programu zarządzania chorobą. Jest to system opieki koordynowanej, przeznaczony dla osób chorych z niewydolnością serca wysokiego ryzyka tj. osób po wypisie ze szpitali z powodu zaostrzenia się choroby (dekompensacji) oraz z rozpoznaną stabilną niewydolnością serca. Kompleksowość opieki łączy elementy opieki ambulatoryjnej, farmakoterapii, leczenia interwencyjnego (kardiologii inwazyjnej, elektroterapii, kardiochirurgii) oraz rehabilitacji. Wypracowywany model ma zapewniać skoordynowaną wielodyscyplinarną i ciągłą opiekę, uwzględniającą zaangażowanie

¹²⁸ Feusette P, Gierlotka M, Krajewska-Redelbach I i wsp., *Comprehensive coordinated care after myocardial infarction (KOS-Zawał): a patient's perspective* [w:] *Kardiologia Polska*. 2019 May 24; 77: 568-570.

samego pacjenta w leczenie, umożliwiającą uzyskanie właściwych świadczeń we właściwym czasie. Ma stanowić uzupełnienie opieki kardiologicznej przewidzianej w aktualnie realizowanym programie KOS-Zawał, a zarazem rozszerzyć system opieki koordynowanej w POZ.

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

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

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

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

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

W zakresie kompleksowej opieki onkologicznej w 2019 r. wprowadzono przepisy tworzące Breast Cancer Unit, a w najbliższym czasie planowane jest wprowadzenie również Lung Cancer Unit, Prostate Cancer Unit, Colorectal Cancer Unit, Gynecologic Oncology Unit oraz zmian w hematologii dorosłych. Procedowane rozwiązania wymagają dokonania zmian w zakresie

koszyka świadczeń gwarantowanych oraz dostosowania sposobu finansowania, nie wymagają jednakże gruntownej jego przebudowy.

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

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

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

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

Zasadniczą zmianą związaną z wprowadzeniem DMP jest planowanie kolejnych zdarzeń zdrowotnych z wyprzedzeniem oraz aktywny nadzór ze strony świadczeniodawcy nad realizacją zaleceń przez pacjenta i monitorowanie jakości opieki. Nieodzownym elementem DMP jest okresowe (np. raz w roku) wykonywanie pogłębionego badania stanu zdrowia w trybie tzw. porady kompleksowej. Porada taka umożliwi określenie indywidualnego planu opieki medycznej (IPOM) nad pacjentem, m.in. zawierającego zalecenia i ewentualne terminy realizacji w zakresie: kontrolnych badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych, leczenia (farmakologicznego i nefarmakologicznego) i/lub rehabilitacji, edukacji w dziedzinie samokontroli jak również wizyt kontrolnych lekarskich i pielęgniarskich¹²⁹. Realizacja bilansów zdrowia dla dorosłych oraz prowadzenie szeroko zakrojonych działań edukacyjnych z zakresu profilaktyki zdrowotnej i zarządzanie/koordynowanie opieką jest finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER). Świadczenia finansowane ze środków właściwego Oddziału wojewódzkiego

¹²⁹ NFZ. Akademia NFZ (2020), *Przygotowanie, przetestowanie oraz wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK). Etap II – faza pilotażowa – model POZ Plus*; <https://akademia.nfz.gov.pl/poz-plus/?lang=en>; dostęp 03.04.2020.

NFZ obejmują program zarządzania chorobą (disease –management - DMP) w 11 chorobach przewlekłych. Zakończenie projektu planowane jest na 31 marca 2022 r.

W ramach pilotażowego programu psychiatrii środowiskowej realizowanego w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (NPOZP) od 2018 r. realizowane są świadczenia gwarantowane opieki psychiatrycznej w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP). Świadczenia udzielane są osobom pełnoletnim z zaburzeniami psychicznymi, którym zapewniona jest kompleksowa opieka zdrowotna na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej (porada lekarska, porada psychologiczna, sesja psychoterapii, wizyta domowa), dziennej (oddział ogólny całodobowy), szpitalnej i środowiskowej.

Wskazany obszar działania CZP umożliwia sprawne zarządzanie populacją objętą opieką. Na dzień 31.12.2020 r. w Polsce funkcjonowały 33 CZP prowadzone przez podmioty biorące udział w pilotażu¹³⁰. CZP zlokalizowane są w 16 województwach (zarówno w dużych miastach, jak i powiatach, gdzie dominuje ludność wiejska).

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

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

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

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

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

¹³⁰ <https://czp.org.pl/>, dostęp 31.12.2020.

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

- świadczenia pielęgniarские, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji;
 - doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych;
 - usprawnianie ruchowe;
 - stymulacja procesów poznawczych;
 - terapia zajęciowa;
7. przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).

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

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

PODSUMOWANIE

- Opieka koordynowana wskazywana jest jako możliwe rozwiązanie jednego z głównych problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej, za jaki uważa się brak współpracy pomiędzy poszczególnymi podmiotami systemu oraz brak koordynacji między poszczególnymi etapami opieki nad pacjentem¹³¹.
- Należy dążyć do zapewnienia coraz większej liczby usług zdrowotnych w środowisku lokalnym.
- Ze środków krajowych oraz funduszy unijnych realizowanych jest szereg inicjatyw mających na celu opracowanie, przetestowanie i wdrożenie modeli opieki koordynowanej oraz działań z zakresu deinstytucjonalizacji, natomiast ww. rozwiązania mają charakter wyspowy, a nie systemowy.

PROFILAKTYKA

Zadaniem systemu zdrowia publicznego jest zapewnienie optymalnych warunków do realizacji zadań oraz współpracy wielu podmiotów zaangażowanych w proces monitorowania stanu zdrowia ludności, planowania i wdrażania działań prewencyjnych ukierunkowanych na utrzymanie populacji w zdrowiu i unikaniu lub opóźnieniu zachorowania w cyklu życia¹³².

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

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

W Polsce koordynacja zadań wynikających z ustawy o *zdrowiu* publicznym należy do administracji rządowej – przede wszystkim do ministra właściwego do spraw zdrowia¹³³.

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

¹³¹ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 42.

¹³² Rachel B et al. *Organization and financing of public health services in Europe*. WHO, 2018

¹³³ *Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym* (Dz. U. z 2021 r. poz. 183, z późn. zm.)

wojewódzkie NFZ¹³⁴ realizują zadania z zakresu zdrowia publicznego^[68]. Ministerstwo Zdrowia oraz władze samorządowe w zakresie realizowanych zadań finansują działania profilaktyczne, wspierają edukację i koordynują profilaktykę w zakresie chorób zakaźnych.

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

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

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

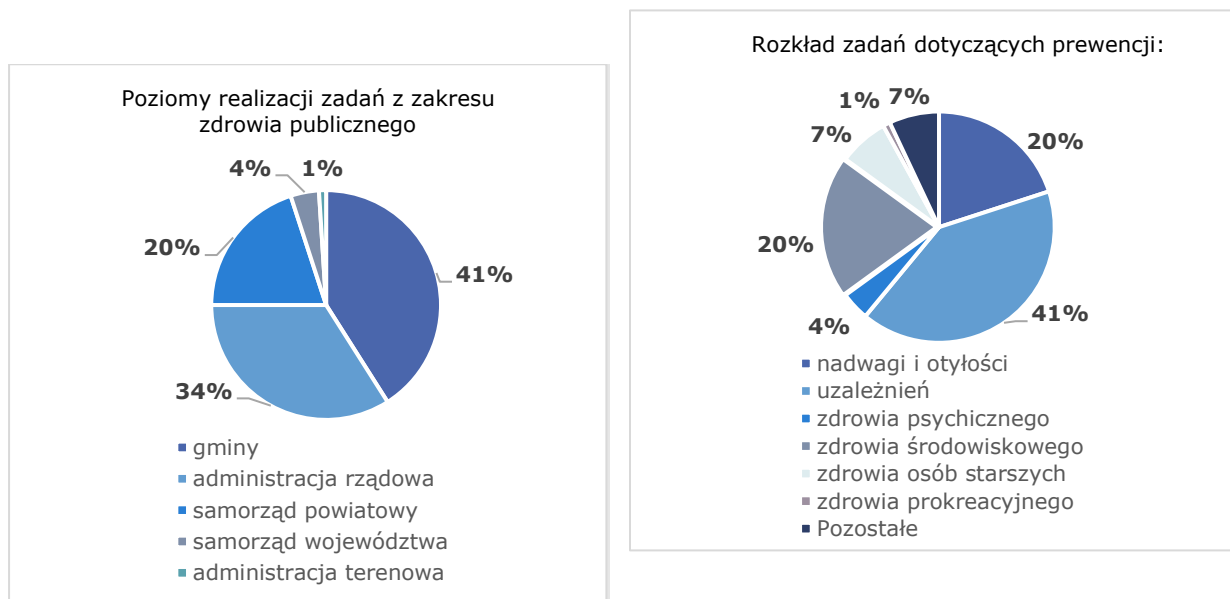
W 2015 r. weszła w życie wspomniana powyżej ustawa *o zdrowiu publicznym*. Potrzeba jej przygotowania wynikała przede wszystkim z konieczności utworzenia mechanizmów pozwalających na osiągnięcie poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, które znacznie wykraczają poza tradycyjne pojmowanie systemu ochrony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

¹³⁴ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 51.

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

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

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



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

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

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

niepełnosprawności albo – jeśli nie jest to możliwe – opóźnienie postępu choroby lub niepełnosprawności ¹³⁵.

Profilaktyka obejmuje szereg działań. Przyjmuje się następujący ich podział¹³⁶:

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

NIK zwraca uwagę ¹³⁷, że środki finansowe wydatkowane są głównie na tzw. medycynę naprawczą, a nie na zapobieganie chorobom. W związku z tym leczenie jest kosztowne, a brak jego koordynacji i ciągłości powoduje, że niejednokrotnie efekty ulegają zaprzepaszczeniu. Wysoki udział kosztów leczenia szpitalnego w kosztach świadczeń ogółem wskazuje na zbyt częste diagnozowanie i leczenie pacjentów w trybie hospitalizacji, a tym samym świadczy o niedostatecznej roli ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i profilaktyki.

W związku z sytuacją epidemiologiczną związaną z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 wielu Polaków zaniedbało swoje zdrowie. Nowy styl życia oraz przedłużająca się praca zdalna wpłynęły na ograniczenie aktywności fizycznej oraz wzrost natężenia stresu, potęgując przy tym ryzyko zachorowania na najczęstsze choroby cywilizacyjne (choroby serca, cukrzyca, otyłość, nadciśnienie, choroby układu ruchu czy nowotwory). Dlatego też mając na uwadze konsekwencje, jakie niesie obecna sytuacja epidemiczna zasadnym jest wprowadzenie Programu „Profilaktyka 40 plus”, który pozwoli na powszechne objęcie świadczeniobiorców pomiędzy 40. a 65. rokiem życia profilaktyczną diagnostyką laboratoryjną w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych.

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

¹³⁵ Porta M. (ed). A dictionary of epidemiology. Oxford University Press, Oxford 2014: 224-225.

¹³⁶ Lewtak K., Gajewska M., Sugay L., Rutyna A.; <https://www.pzh.gov.pl/profilaktyka-chorob-definicja/>; dostęp 05.05.2020.

¹³⁷ NIK (2019), Raport: *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*; <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>; dostęp 11.05.2020.

programów polityki zdrowotnej dotyczyła wdrażania szczepień ochronnych (głównie szczepień przeciwko grypie oraz HPV)¹³⁸.

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

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

Warto też zwrócić uwagę na wpływającą do Agencji dużą liczbę programów polityki zdrowotnej o podobnych zakresach tematycznych. Na przestrzeni lat 2009–2018 najczęściej ocenianymi programami były te związane ze szczepieniami (przeciwko HPV, grypie i pneumokokom) oraz profilaktyką onkologiczną, wśród których najwięcej dotyczyło raka piersi, gruczołu krokowego i jelita grubego¹³⁹.

Z tego względu w 2019 r. Agencja udostępniła tzw. repozytorium, w którym zamieszczone są wydawane przez Prezesa AOTMiT rekomendacje w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub problemu zdrowotnego. Rekomendacje te zawierają modelowe rozwiązania, które mogą być wdrażane w jednostkach samorządu terytorialnego. Jednocześnie wydane rekomendacje zwalniają JST z konieczności nadsyłania do zaopiniowania programu polityki zdrowotnej przygotowanego zgodnie z ich treścią¹⁴⁰.

Szczepienia ochronne

Obecnie obowiązujący Program Szczepień Ochronnych obejmuje 12 obowiązkowych szczepień (przeciwko: gruźlicy, WZW typu B, błonicy, tężcowi, krztuścowi, inwazyjnym zakażeniom *Haemophilus influenzae* B, pneumokokom, polio, odrze, śwince, różyczce, rotawirusem). Poddawanie dziecka szczepieniom ochronnym jest nałożonym na rodziców lub opiekunów prawnych dzieci obowiązkiem administracyjnym o charakterze niepieniężnym, wynikającym bezpośrednio z powszechnie obowiązujących przepisów i bezpośrednio wykonalnym. Niewykonanie tego obowiązku jest zabezpieczone egzekucją administracyjną na podstawie

¹³⁸ Sowada, C., Sagan A., Kowalska-Bobko I., & World Health Organization (2019), *Poland: Health system review*; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325143/18176127-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; dostęp 20.04.2020.

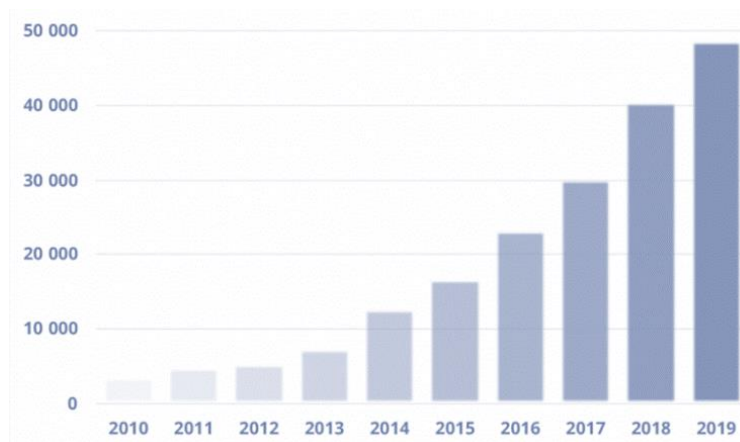
¹³⁹ AOTMiT (2018), *Analiza ilościowa programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej ocenianych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w latach 2009-2018*; <https://power.aotm.gov.pl/matedu.php>; dostęp 06.05.2020.

¹⁴⁰ AOTMiT (2020), *Programy polityki zdrowotnej*. Pozyskano z: <http://www.aotm.gov.pl/www/>; dostęp 09.04.2020.

przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji oraz odpowiedzialnością karną. Harmonogram szczepień obejmuje także dodatkowe szczepionki, które są zalecane, ale nie są finansowane ze środków publicznych (przeciwno: ospie wietrznej, meningokokom, rotawirusom, WZW typu A, grypie, kleszczowemu zapaleniu mózgu, HPV)¹⁴¹.

W czasie ostatnich 5 lat odnotowana liczba nieszczepionych dzieci w przedziale wiekowym 0-19 lat zwiększyła się 3-krotnie, od 16,6 tys. uchyień w 2015 r. do 48,6 tys. uchyień w 2019 r. (Ryc. 39). To niepokojący sygnał, choć warto podkreślić, że na tle innych krajów europejskich Polska ciągle pozostaje wśród liderów szczepień ochronnych – ze względu na utrzymujący się wysoki poziom wyszczepialności¹⁴² w kraju¹⁴³. Świadomość zasadności szczepienia odegrała dużą rolę w przeprowadzeniu Narodowego Programu Szczepień przeciwko COVID-19.

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



(źródło: NIZP-PZH, 2020)

W 2018 r. w placówkach ochrony zdrowia karty uodpornienia posiadało: 98,1% ogółu dzieci w 2 roku życia, 98,3% — w 3. roku życia, 97,8% — w 7. roku życia, 93,3% — w 11. roku życia, 93,8% — ogółu młodzieży w 15. roku życia, 91,3% — w 20. roku życia¹⁴⁴.

Badania przesiewowe

Obowiązujące aktualne krajowe programy badań przesiewowych obejmują:

- (1) program zapobiegania rakowi piersi oferujący mammografię dla kobiet w wieku 50–69 lat;
- (2) program profilaktyki raka szyjki macicy oferujący cytologię kobietom w wieku 25–59 lat;
- (3) program badań przesiewowych raka jelita grubego oferujący imienne, jednokrotne zaproszenia na kolonoskopię do osób w wieku 55–64 lat oraz możliwość wykonania

¹⁴¹ MZ (2020) KOMUNIKAT GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO (Dz.U. 2019, poz. 87); http://dziennikmz.mz.gov.pl/api/DUM_MZ/2019/87/journal/5727; dostęp 10.04.2020.

¹⁴² NIZP-PZH (2020), *Szczepienia info*; <https://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/jaka-jest-liczba-uchylen-szczepien-obowiazkowych/>; dostęp 10.04.2020.

¹⁴³ NIZP-PZH (2018), *Szczepienia ochronne w Polsce w 2018 r.*; http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2018/Sz_2018.pdf; dostęp 10.04.2020 r.

¹⁴⁴ GUS (2020), *Szczepienia ochronne dzieci i młodzieży*; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/szczepienia-ochronne-dzieci-i-mlodziezy,19,1.html>; dostęp 10.04.2020.

kolonoskopii przesiewowej wśród osób w wieku 50–65 lat, które nie miały wykonanej kolonoskopii w ciągu ostatnich 10 lat;

(4) program profilaktyki gruźlicy skierowany do osób powyżej 18 lat bez wcześniej zdiagnozowanej gruźlicy;

(5) program badań prenatalnych dla kobiet w ciąży, będących w grupie ryzyka;

(6) program profilaktyki chorób układu krążenia dla osób w wieku 35, 40, 45, 50 lub 55 lat;

(7) program zapobiegania chorobom odtytoniowym (w tym POChP);

(8) program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2019–2022.

Udział w programach zapobiegania nowotworom nie jest wystarczająco wysoki. Według raportu po kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli w zakresie profilaktyki zdrowotnej w ochronie zdrowia w latach 2012–2015, kampanie edukacyjne związane z tymi programami nie były odpowiednio skuteczne. Jedynie 16% grupy docelowej uczestniczyło w programie zapobiegania rakowi jelita grubego, nieco ponad 20% w profilaktyce raka szyjki macicy i ok. 40% w programie profilaktyki raka piersi. Niski okazał się także zasięg programu profilaktyki chorób układu krążenia: w latach 2012–2015 badania przesiewowe objęły swoim zakresem mniej niż 5% populacji docelowej¹⁴⁵.

Zgodnie z danymi NFZ, aktualne objęcie populacji docelowej programem profilaktyki raka szyjki macicy wynosi tylko 15,33%, natomiast programem profilaktyki raka piersi wynosi 36,88% (stan na kwiecień 2020 r.)¹⁴⁶.

Według NIK efekty programów profilaktycznych są także niezadowalające w stosunku do wydanych środków. Na przykład w latach 2011–2016 ponad 1,1 mld zł wydano na krajowy program walki z rakiem (ponad 2,6 mld zł od początku jego wdrażania w 2006 r.); jednak żaden z głównych celów programu nie został osiągnięty. Liczba osób uczestniczących w badaniach profilaktycznych, w tym w badaniach przesiewowych, nie wzrosła; wykrywanie nowotworów również nie uległo poprawie. Według raportu NIK wynika to m.in. z braku skoordynowanej edukacji pacjentów, braku spójnego systemu wtórnej profilaktyki raka, a także trudności w uzyskaniu kart DiLO dla niektórych pacjentów¹⁴⁷[¹⁴⁸].

Podejmowane są działania, aby to zmienić. Od lutego 2020 r. obowiązuje Narodowa Strategia Onkologiczna, która ma za zadanie organizację kompleksowej i skoordynowanej opieki onkologicznej w Polsce. Jako jeden z pięciu głównych celów zakłada zwiększenie poziomu zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawę jakości badań¹⁴⁹.

Antybiotykooporność

Jednym z największych wyzwań dla współczesnej medycyny i zdrowia publicznego jest pojawianie się, selekcja i rozprzestrzenianie się opornych na antybiotyki szczepów kluczowych bakterii chorobotwórczych człowieka, co skutkuje brakiem możliwości skutecznej terapii

¹⁴⁵ NIK (2017), *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*; <https://www.nik.gov.pl/plik/id,13788,vp,16224.pdf>; dostęp 10.04.2020.

¹⁴⁶ NFZ (2020); Dane o realizacji programów. Pobrano z: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/dane-o-realizacji-programow/>; dostęp 10.04.2020.

¹⁴⁸ NIK (2018); *Dostępność i efekty leczenia nowotworów*; <https://www.nik.gov.pl/plik/id,16371,vp,18897.pdf>; dostęp 10.04.2020.

¹⁴⁹ NSO zostało szerzej opisane w rozdziale II Uwarunkowania strategiczne.

zakażeń przez nie wywoływanych¹⁵⁰. Światowa Organizacja Zdrowia uznała antybiotykooporność¹⁵¹ za jedno z największych zagrożeń dla zdrowia w 2019 r.^[06]. Za przyczynę powstawania i rozprzestrzeniania się opornych szczepów uważa się przede wszystkim nadużywanie i niewłaściwe stosowanie antybiotyków w medycynie, weterynarii oraz gospodarce.¹⁵²

Z tego względu konieczne jest podjęcie działań zapobiegawczych. Realizowane są one w szczególności w ramach Narodowego programu ochrony antybiotyków na lata 2016–2020 (NPOA), który ma zapobiegać lekooporności drobnoustrojów oraz wprowadzić w szpitalach politykę antybiotykową, która sprawi, że ich stosowanie będzie bardziej racjonalne. Ważnym elementem programu jest też edukacja i promocja zasad stosowania antybiotyków, nie tylko wśród profesjonalistów, ale całego społeczeństwa. Zadania dot. przeciwdziałania antybiotykooporności będą kontynuowane m. in. w ramach nowej edycji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, mając na uwadze ich strategiczny charakter w kontekście zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym.

Medycyna pracy

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

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

System ochrony zdrowia osób pracujących, oparty na świadczeniach realizowanych przez służbę medycyny pracy, obejmuje opieką niemal 12,5 mln pracowników, u których rocznie wykonuje się ponad 4,5 mln obowiązkowych badań profilaktycznych do celów określonych w Kodeksie pracy¹⁵³.

Świadczenia medycyny pracy obejmują działania z zakresu ograniczania szkodliwego wpływu pracy na zdrowie oraz sprawowania profilaktycznej opieki¹⁵⁴ zdrowotnej nad pracującymi, w szczególności przez wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych

¹⁵⁰ MZ (2016), *Narodowy program ochrony antybiotyków na lata 2016-2020*; <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-ochrony-antybiotykow-na-lata-2016-2020>; dostęp 06.05.2020.

¹⁵¹ WHO (2020), *Ten threats to global health in 2019*; <https://www.who.int/news-room/feature-stories/ten-threats-to-global-health-in-2019>; dostęp 06.05.2020.

¹⁵² MZ (2016), *Narodowy program ochrony antybiotyków na lata 2016-2020*; <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-ochrony-antybiotykow-na-lata-2016-2020>; dostęp 06.05.2020.

¹⁵³ Marcinkiewicz A., Walusiak-Skorupa J., Wiszniewska M., Rybacki M., Hanke W., Rydzyński K., *Wyzwania medycyny pracy wobec problemu chorób związanych z pracą oraz starzenia się populacji osób pracujących. Dalszy kierunek rozwoju i celowe zmiany w opiece profilaktycznej nad pracującymi w Polsce* (2016), *Medycyna Pracy* nr 67(5), str. 691–700

¹⁵⁴ Marcinkiewicz A., Walusiak-Skorupa J., Wiszniewska M., Rybacki M., Hanke W., Rydzyński K., *Wyzwania medycyny pracy wobec problemu chorób związanych z pracą oraz starzenia się populacji osób pracujących. Dalszy kierunek rozwoju i celowe zmiany w opiece profilaktycznej nad pracującymi w Polsce* (2016), *Medycyna Pracy* nr 67(5), str. 691–700.

przewidzianych w Kodeksie pracy. Systematyczna kontrola zdrowia zatrudnionych pozwala na ocenę stanu ich zdrowia, a także wykrycie szkodliwych czynników, które wynikają z warunków pracy.

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

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

Postulowane jest silniejsze włączenie medycyny pracy w działania profilaktyczne. Najwyższa Izba Kontroli w raporcie z 2019 r. rekomendowała, aby w ramach obowiązkowych badań okresowych, wynikających z Kodeksu pracy, wykonywać badania ukierunkowane na wczesne wykrywanie tzw. chorób cywilizacyjnych. Postulowała przygotowanie rozwiązań legislacyjnych mających na celu włączenie lekarzy medycyny pracy w profilaktykę wtórną i wczesną diagnostykę chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworów, z zapewnieniem jej odrębnego finansowania, które nie obciąży pracodawców¹⁵⁵.

Podjęte działania

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

- 1) *Program profilaktyki raka piersi (mammografia);*
- 2) *Program profilaktyki raka szyjki macicy (cytologia);*
- 3) *Program profilaktyki gruźlicy;*
- 4) *Program badań prenatalnych;*
- 5) *Program profilaktyki chorób układu krążenia;*
- 6) *Program profilaktyki chorób otytoniowych (w tym POChP).*

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

¹⁵⁵ NIK (2019), Raport: *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*; <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>; dostęp 11.05.2020.

- ❖ *Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020¹⁵⁶;*
- ❖ *Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2019-2022,*
- ❖ *Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020;*
- ❖ *Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021;*
- ❖ *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017-2021;*
- ❖ *Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce na lata 2016-2020;*
- ❖ *Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2018-2020;*
- ❖ *Zapewnienie samowystarczalności RP w krew i jej składniki na lata 2015-2020,*
- ❖ *Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne na lata 2019-2023;*
- ❖ *Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej na lata 2016-2020.*

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

Ponadto w 2020 r. obowiązywały następujące prozdrowotne polityki publiczne:

- ❖ *Narodowy Program Zdrowia (2016-2020), Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (2017-2022);*
- ❖ *Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024¹⁵⁷;*
- ❖ *Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej (2011-2021).*

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

1. Profilaktyka nowotworów głowy i szyi;
2. Profilaktyka wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów
3. Profilaktyka chorób naczyń mózgowych;
4. Profilaktyka nowotworów skóry;
5. Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP);
6. Profilaktyka miażdżycy i chorób serca KORDIAN;
7. Profilaktyka osteoporozy;
8. Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej;
9. Profilaktyka nowotworów płuc;
10. Profilaktyka nowotworów wątroby:
 - a. moduł centralny;

¹⁵⁶ W dniu 31 grudnia 2020 r. przedłużono realizację POLKARD 2017-2021 o kolejny rok

¹⁵⁷ Zastąpiony przez program wieloletni pn. „Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030”.

- b. moduł regionalny;
- 11. Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa;
- 12. Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi:
 - a. moduł centralny;
 - b. moduł regionalny;
- 13. Profilaktyka chorób odkleszczowych;
- 14. Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych;
- 15. Profilaktyka próchnicy zębów dla młodzieży.

Finansowanie działań profilaktycznych i promocji zdrowia było i jest wspierane w Polsce również ze środków unijnych. W ramach funduszy UE realizowano wiele programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na rzecz profilaktyki, m.in. chorób nowotworowych, układu krążenia, układu oddechowego, układu kostno-stawowo-mięśniowego oraz zaburzeń psychicznych. Podejmowano działania upowszechniające badania przesiewowe w zakresie wczesnej diagnostyki raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego. Realizowano również działania na rzecz rehabilitacji medycznej oraz wczesnego wykrywania wad wrodzonych. Łączna kwota przeznaczona na te działania w perspektywie finansowej 2014-2020 to ok. 1,6 mld zł ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.¹⁵⁸

PODSUMOWANIE

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

¹⁵⁸ Na podstawie danych DOI MZ wg stanu na 3 marca 2020 r.

KADRY W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

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

Najliczniejszą grupę zawodów medycznych stanowią lekarze i pielęgniarki. W 2019 r. zarejestrowanych z aktywnym prawem wykonywania zawodu było 140,6 tys. lekarzy, spośród których 131,3 tys. (341,8 na 100 tys. ludności) pracowało (w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz niewykonyjących działalności leczniczej). W 2019 r. zarejestrowanych z aktywnym prawem wykonywania zawodu było w Polsce 38,4 tys. lekarzy dentyistów, wśród których pracowało 35,1 tys. (91,3 na 100 tys. ludności). Liczba pielęgniarek pracujących w 2019 r. wynosiła 238,3 tys. (620,5 na 100 tys. ludności), a położnych 31,4 tys. (81,7 na 100 tys. ludności). Z danych Krajowej Izby Fizjoterapeutów wynika, że pracę wykonywało 66,3 tys. fizjoterapeutów (172 na 100 tys. ludności).¹⁵⁹

Według danych międzynarodowych Polska od lat miała jeden z najniższych wskaźników liczby lekarzy na 1 tys. ludności w Europie. W 2017 r. wyniósł on 2,4 przy średniej nieważonej dla UE 3,7 (lata 2016-2019). Jednocześnie należy mieć na uwadze, że w przypadku Polski ww. wskaźnik jest znacznie zaniżony, co wynika ze specyfiki raportowania danych¹⁶⁰. Według danych z mapy potrzeb zdrowotnych w 2019 r. liczba lekarzy pracujących w Polsce wynosiła 3,4 na 1 tys. ludności (pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą było 3,3 na 1 tys. ludności).¹⁶¹

Na przestrzeni ostatnich lat systematycznie wzrastała, choć nieznacznie, liczba lekarzy wykonujących swój zawód. Wg NIL w 2011 r. liczba lekarzy wykonujących swój zawód w Polsce wynosiła 134 460, podczas gdy w 2019 r. wyniosła ona 140 420 (Ryc. 40) – dane te mogą różnić się z danymi dostępnymi na Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW) ze względu na przyjętą metodykę – w danych BASiW zostały zweryfikowane osoby na podstawie odprowadzania składki ubezpieczeń, nie tylko wpisu w rejestrze NIL.¹⁶² W poniżej prezentowanej tabeli 8 wskazano także na wzrost liczby pielęgniarek i położnych w latach 2014-2020 według danych prezentowanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych.

Według stanu na koniec danego roku, wynika, że liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek w okresie od 31 grudnia 2014 r. do 16 listopada 2020 r., wzrosła o 12 975 osób, tj. o około 5,93%. Również liczba aktywnych zawodowo położnych w okresie od 31 grudnia 2014 r. do 16 listopada 2020 r., wzrosła o 2 644 osoby, tj. o około 10,34 %.¹⁶³

¹⁵⁹ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>; dostęp 11.02.2021.

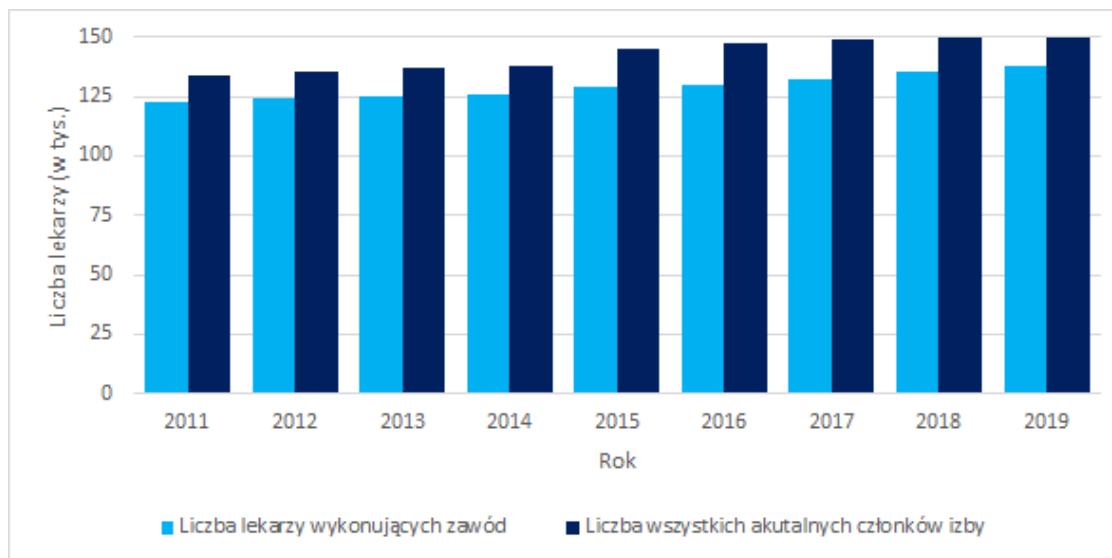
¹⁶⁰ Dane publikowane przez OECD, dotyczące Polski pochodzą z GUS, który zasilany jest danymi przez CSIOZ (na podstawie sprawozdań MZ-88 i MZ-89); wskaźnik OECD w dużej mierze oscyluje wokół danych ze szpitali publicznych.

¹⁶¹ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>; dostęp 11.02.2021.

¹⁶² Naczelna Izba Lekarska

¹⁶³ Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, <https://nipjp.pl/liczba-piellegniarek-polozonych-zarejestrowanych-zatrudnionych/>, dostęp 12.02.2021 r.

Rycina 40. Liczba lekarzy wg Naczelnej Izby Lekarskiej w Polsce na przestrzeni lat 2011-2019



(źródło: NIL)

Tabela 8. Liczba pielęgniarek i położnych w Polsce na przestrzeni lat 2014-2019 wg Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Stan na	Liczba zatrudnionych	
	pielęgniarek	położnych
31-12-2014	218 783	25 567
31-12-2015	221 172	25 938
31-12-2016	221 911	26 200
31-12-2017	225 410	26 958
31-12-2018	228 250	27 555
31-12-2019	229 974	27 859
16-11-2020	231 758	28 211

Źródło: Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych (CRPiP)

Zróżnicowanie regionalne w dostępie do kadry medycznej

Rozmieszczenie geograficzne pracowników zawodów medycznych było mocno zróżnicowane regionalnie. Najkorzystniej sytuacja prezentowała się w województwie mazowieckim – było w nim najwięcej lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek, położnych na 100 tys. Ludności. Fizjoterapeutów przypada najwięcej na mieszkańca w województwie świętokrzyskim. Najczęściej w rankingach województw z najmniejszą liczbą pracowników medycznych w poszczególnych grupach pojawiały się województwa lubuskie, warmińsko-mazurskie oraz opolskie. Różnica pomiędzy województwem z największą i najmniejszą liczbą pracowników medycznych były bardzo duże - 2,3 razy więcej lekarzy przypadało na mieszkańca w województwie mazowieckim niż lubuskim, 1,9 razy więcej lekarzy dentyistów pracowało w województwie mazowieckim niż kujawsko-pomorskim, 1,7 razy więcej pielęgniarek oraz 2,3 razy więcej położnych w województwie mazowieckim niż lubuskim oraz 1,8 razy więcej fizjoterapeutów w województwie świętokrzyskim niż lubuskim.¹⁶⁴

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

Podejmowanie się pracy w polskim systemie ochrony zdrowia

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

W 2019 r. wśród zarejestrowanych 140,6 tys. lekarzy pracowało 131,3 tys. 98% z nich (128,2 tys.) pracowało w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Poza podmiotami wykonującymi działalność leczniczą pracowało 32,1 tys. lekarzy (24% pracujących lekarzy) – część z nich jednocześnie pracowała w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Spośród lekarzy zarejestrowanych w NIL nie pracowało w 2019 r. 9,4 tys. lekarzy. Należy zaznaczyć, że większość w tej grupie stanowili lekarze powyżej 64 r.ż. - 56 % (5,3 tys. lekarzy). Oznacza to, że 4,1 tys. lekarzy poniżej 65 r.ż. jest zarejestrowanych w NIL i nie podejmowało w 2019 r. w Polsce zatrudnienia.¹⁶⁵

W podmiotach wykonujących działalność leczniczą zatrudnionych było 34,2 tys. lekarzy dentyistów – 97% pracujących dentyistów, 89% zarejestrowanych. Nie pracowało 3,3 tys. lekarzy dentyistów zarejestrowanych w NIL. Wśród tej grupy lekarze dentyści powyżej 64 r.ż. stanowili 55% (1,7 tys. lekarzy dentyistów). 1,6 tys. lekarzy dentyistów, którzy nie ukończyli 65 r.ż., pomimo rejestracji w NIL nie pracowało w Polsce w 2019 r.¹⁶⁶

Według danych NIPiP w 2019 r. zarejestrowanych było 299,6 tys. pielęgniarek oraz 38,9 położnych.¹⁶⁷ W Polsce pracowało 238,3 tys. pielęgniarek (80% zarejestrowanych) oraz 31,4 tys. położnych (81% zarejestrowanych), a w podmiotach leczniczych zatrudnionych było 215,9 tys. pielęgniarek (72% zarejestrowanych, 91% pracujących) oraz 28 tys. położnych (72% zarejestrowanych, 89% pracujących). Znacząca część niepracujących pielęgniarek oraz położnych była powyżej 60 r.ż. Około 19 tys. pielęgniarek oraz 2,7 tys. położnych nie pracowało w Polsce pomimo nieosiągniętego wieku emerytalnego.¹⁶⁸

Od wstąpienia Polski do UE w 2004 r. rozpoczęła się wzmożona migracja zarobkowa. Każdego roku NIL wydaje kilkaset zaświadczeń potwierdzających posiadanie specjalizacji, które są niezbędne przy ubieganiu się o rejestrację lub uprawnienia do wykonywania zawodu w innych państwach członkowskich UE¹⁶⁹.

Za pomocą systemu ELA sprawdzono jaka część absolwentów pracuje w Polsce oraz jaka część postanowiła wykonywać pracę zgodnie ze swoim wykształceniem. Absolwenci polskiego pochodzenia z lat 2014 oraz 2018 kierunków lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, pielęgniarstwa II stopnia, położnictwa II stopnia oraz fizjoterapii II stopnia w większości (98%-99%) decydują się na pracę w Polsce w okresie objętym badaniem (od roku ukończenia studiów do 31.01.2020r.). W przypadku cudzoziemców studiujących w Polsce na kierunku pielęgniarstwa I stopnia 29% z 2014 r. oraz 44% z 2018 r. pracowało potem w Polsce. Znacznie mniejsza liczba cudzoziemców studiujących na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym postanowiło wykonywać pracę jako lekarz lub lekarz dentyista w Polsce (lekarze - 4% z 2014 r., 2% z 2018r.; lekarze dentyści – 5% z 2014 r., 6% z 2018 r.). Według danych pochodzących z systemu ELA 95% absolwentów pielęgniarstwa II stopnia z 2014 r. oraz 94% 2018 r. pracowało w zawodzie w Polsce. W przypadku położnych w okresie objętym

¹⁶⁵ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>; dostęp 11.02.2021.

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

¹⁶⁷ <https://nipip.pl/dzialania/crPIP/>; dostęp 11.02.2021.

¹⁶⁸ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>; dostęp 11.02.2021.

¹⁶⁹ Nie są znane dokładne statystyki odnośnie do liczby osób pracujących za granicą, NIL wydaje rocznie kilkaset (2015 r. – 272, 2016 r. – 245, 2017 r. – 242, 2018 r. – 213) zaświadczeń potwierdzających posiadanie specjalizacji równorzędnej z wymienioną w przepisach UE.

badaniem 95% absolwentów położnictwa II stopnia z 2014 r. oraz 91% z 2018 r. pracowało w Polsce zgodnie ze swoim wykształceniem. 99% absolwentów kierunku lekarskiego oraz lekarsko-dentystycznego (Polaków) z 2014 r. oraz 98% absolwentów z 2018 r. wykonywało pracę jako lekarze i lekarze dentyści w Polsce. Znacznie mniejsza część absolwentów fizjoterapii II stopnia z 2014 r. oraz 2018 r. pracowała w Polsce w swoim zawodzie – odpowiednio 73% oraz 71%.¹⁷⁰

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

Dostępność kadry medycznej w ramach NFZ

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

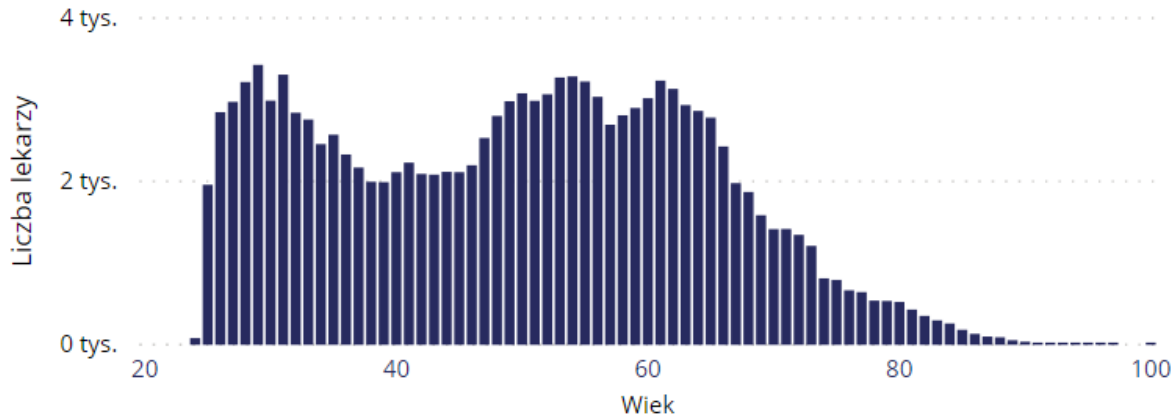
Wymienialność pokoleniowa

Jednym z głównych problemów dotyczących kadry medycznej w Polsce jest wysoki wiek znaczącej grupy pracowników medycznych. Na wykresach (Ryc. 41 i 42.) prezentowany jest rozkład wieku lekarzy oraz pielęgniarek. W przypadku lekarzy oraz lekarzy dentyistów obecny poziom kształcenia nie powinien spowodować znacznych problemów z zastępowalnością odchodzących lekarzy. Znacznie gorsza sytuacja jest w grupie pielęgniarek oraz położnych - 54% pielęgniarek oraz 51% położnych jest w wieku 50 lat i więcej, 17% pielęgniarek oraz

¹⁷⁰ System ELA, Ośrodek Przetwarzania Informacji - Państwowy Instytut Badawczy

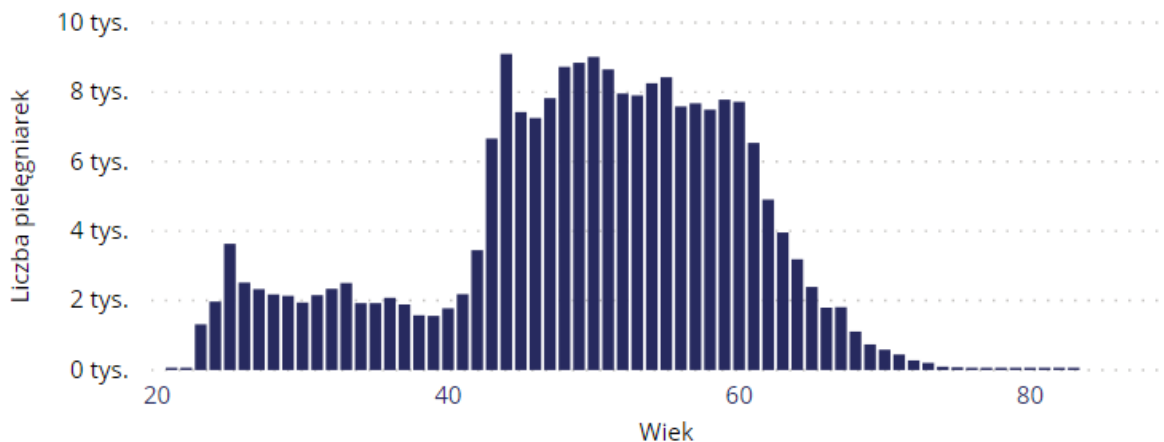
26% położnych w wieku 21-40 lat. Wśród fizjoterapeutów większość stanowi kadra, która nie ukończyła 41 r.ż. (73%).¹⁷¹

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



(źródło: BASiW MZ)

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



(źródło: BASiW MZ)

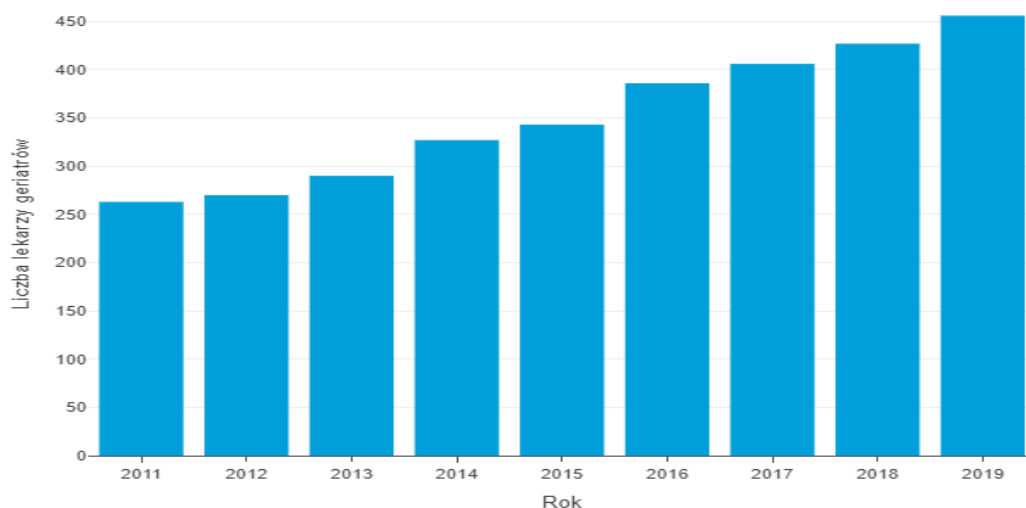
Według danych BASiW, w wielu dziedzinach medycyny może zaistnieć problem z wymienialnością pokoleniową lekarzy specjalistów. W szczególności może dotknąć to dziedzin takich jak: choroby wewnętrzne, pediatria, chirurgia ogólna, choroby płuc, położnictwo i ginekologia, otorynolaryngologia. Biorąc pod uwagę zapotrzebowanie zgłoszone przez konsultantów krajowych, dane wskazują na niedobór specjalistów w następujących dziedzinach: chorobach wewnętrznych, medycynie rodzinnej, psychiatrii, medycynie pracy, geriatry, medycynie ratunkowej.¹⁷² Od 2011 r. systematycznie zwiększa się w Polsce liczba zarówno lekarzy geriatrów, jak i pielęgniarek geriatrycznych. W 2011 r. wykonywało swój zawód 263 geriatrów oraz 138 pielęgniarek z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego. W 2019 r. było to odpowiednio: 456 lekarzy oraz 1361 pielęgniarek (Ryc. 43

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

¹⁷² <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>; dostęp 11.02.2021.

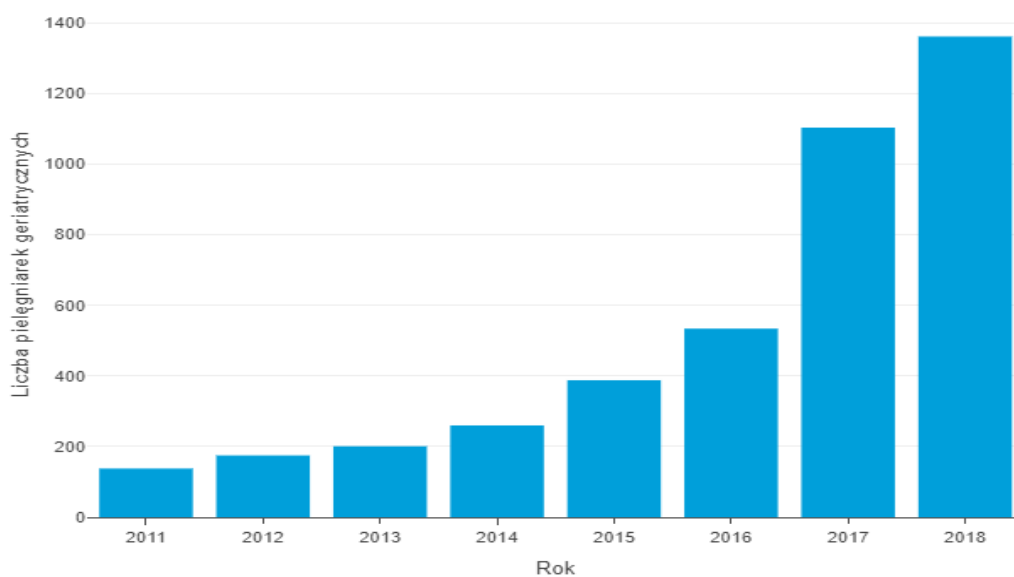
i 44). Wartość ta jednak znacząco odbiega od zapotrzebowania zgłoszonego przez konsultanta krajowego na lekarzy specjalistów geriatry tj. 3000 lekarzy geriatrów.

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



(źródło: analiza BŚ na podstawie danych NIL)

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



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

Rozwój innych zawodów związanych z ochroną zdrowia

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

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

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

Podejmowane działania

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

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

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

Wprowadzono również przepisy, zgodnie z którymi lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury może otrzymywać dodatek do wynagrodzenia w wysokości 700 zł lub 600 zł miesięcznie, w zamian za zobowiązanie się do wykonywania zawodu lekarza na terytorium RP w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu.

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

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

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

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

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

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

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

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

1. programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej;

2. kształcenia podyplomowego lekarzy poprzez rozwój kształcenia praktycznego z wykorzystaniem technik symulacji medycznej;
3. kształcenia podyplomowego lekarzy realizowanego w innych formach niż specjalizacje w obszarach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy współpracujących z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej.

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

Warto wspomnieć, że w ramach PO WER dofinansowano także projekty, realizujące szkolenia i kursy dla pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych, pilotów Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, opiekunów medycznych, terapeutów środowiskowych), zatrudnionych w publicznym systemie ochrony zdrowia. Konkurs pn. *Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych*¹⁷³_{OBJ},¹⁷⁴_{OBJ},¹⁷⁵_{OBJ}.

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

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

¹⁷³ <https://www.power.gov.pl/naborzy/54-kompetencje-zawodowe-i-kwalifikacje-kadr-medycznych-2/#Informacje%20o%20naborze>; dostęp 9.02.2021.

¹⁷⁴ <https://www.power.gov.pl/naborzy/1-116/>; dostęp 9.02.2021.

¹⁷⁵ <http://zdrowie.gov.pl/power/nabor-578-konkurs-szkolenia-pracownikow-ze.html>, dostęp 9.02.2021.

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

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

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

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

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

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

Ponadto w celu zwiększenia dostępności do świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne w środowisku domowym pacjenta wprowadzono rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. *zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. poz. 1255) możliwość realizacji przez pielęgniarki

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

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

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

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

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

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

kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi, przewidujących wsparcie edukacyjne dla pielęgniarek i położnych w formie kursów specjalistycznych oraz kwalifikacyjnych, zgodnie z programami kształcenia opracowanymi przez zespoły programowe powołane przez Dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych oraz zatwierdzonymi przez Ministra Zdrowia. Od 2015 r. realizowany jest projekt PO WER pn. *Rozwój kompetencji pielęgniarskich*, którego celem jest poprawa jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo oraz wypracowanie mechanizmów umożliwiających zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w Polsce.

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

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

PODSUMOWANIE

- Niedobór kadr w systemie ochrony zdrowia wynika m.in. z przechodzenia na emeryturę oraz niedostatecznego przyrostu liczby nowych osób wchodzących do zawodu w stosunku do potrzeb. Część położnych, pielęgniarek oraz fizjoterapeutów nie podejmuje pracy w ramach systemu opieki zdrowotnej.
- Istnieje duże ryzyko spadku liczby pielęgniarek, położnych oraz lekarzy specjalistów w wielu dziedzinach ze względu na starzenie się kadry medycznej i braku wystarczającej liczby osób na szkoleniach specjalizacyjnych.
- Rozmieszczenie geograficzne kadr medycznych jest nierównomierne. Najmniej lekarzy na 100 tys. ludności pracuje w województwie lubuskim, opolskim oraz warmińsko-mazurskim. W województwie kujawsko-pomorskim oraz warmińsko-mazurskim pracuje najmniej lekarzy dentyistów w przeliczeniu na mieszkańca. Najniższe zatrudnienie pielęgniarek na 100 tys. ludności zaobserwowano w województwach lubuskim i pomorskim, a położnych i fizjoterapeutów w województwie warmińsko-mazurskim oraz również w lubuskim.¹⁷⁶ Dodatkowo należy zaznaczyć, że kadra medyczna zatrudniona w ramach NFZ także znacznie różni się pomiędzy województwami i różnice te nie są w pełni tożsame z ogólnym zatrudnieniem kadry medycznej.
- Problem wymienialności pokoleniowej w szczególności może dotknąć dziedzin takich jak: choroby wewnętrzne, pediatria, chirurgia ogólna, choroby płuc, położnictwo i ginekologia, otorynolaryngologia.
- Największe potrzeby na nowych lekarzy specjalistów zostały wskazane przez konsultantów krajowych w następujących dziedzinach: chorobach wewnętrznych, medycynie rodzinnej, psychiatrii, medycynie pracy, geriatrici, medycynie ratunkowej.
- W celu poprawy wydajności pracy istotny jest rozwój innych zawodów związanych z ochroną zdrowia (np. opiekunów medycznych, asystentów medycznych), a także kadry administracyjnej, która będą wspierać zawody medyczne i inne zawody związane z ochroną zdrowia w realizacji działań.

INFRASTRUKTURA OCHRONY ZDROWIA

System ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej jest od lat poddawany wielu zmianom. Rozwój cywilizacyjny i coraz dłuższe trwanie życia ludzkiego rodzą nowe wyzwania dla systemu ochrony zdrowia. Aby im sprostać, potrzebny jest dynamiczny rozwój wiedzy medycznej oraz

¹⁷⁶ Mapa potrzeb zdrowotnych 2020; BASiW.

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

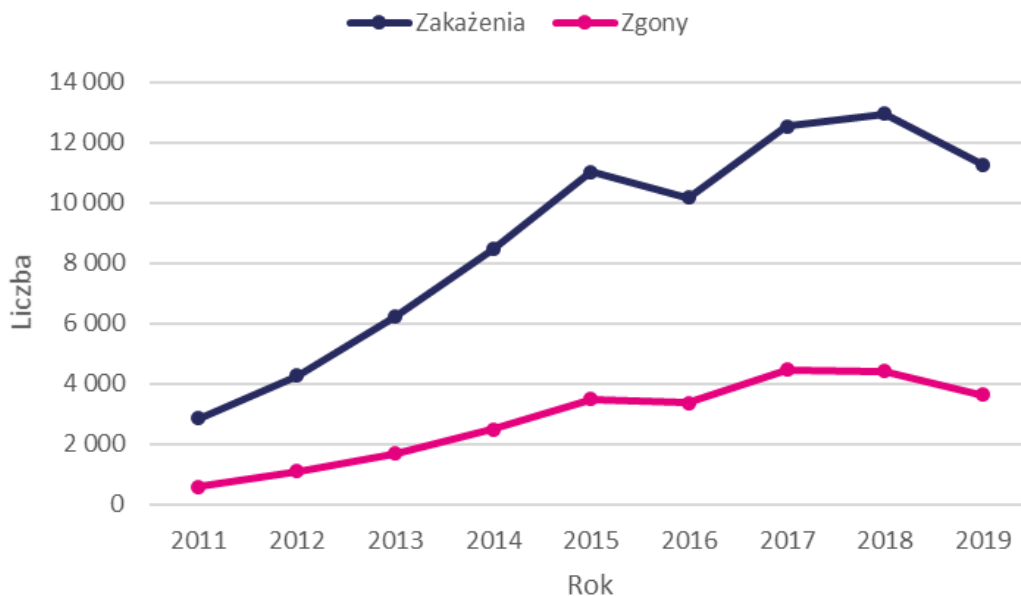
Infrastruktura podmiotów leczniczych często nie gwarantuje również dobrej dostępności dla osób z niepełnosprawnościami – obiekty wymagają szeregu dostosowań do obsługi osób ze szczególnymi potrzebami. W przypadku wielu podmiotów leczniczych, ich stan techniczny a także przestarzały układ funkcjonalny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

Charakterystyczne dla wielu podmiotów leczniczych są ograniczenia architektoniczne/technologiczne - małe, niskie pomieszczenia, wąskie korytarze, konstrukcje nie pozwalające na jakąkolwiek ingerencję w strukturę. Z uwagi na powyższe, zakup nowej aparatury często okazuje się niemożliwy. Przekłada się to m.in. na zawężenie zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych lub brak możliwości wdrożenia nowoczesnych technologii medycznych, dających możliwość wdrożenia wytycznych ogólnoswiatowych. Jedną z głównych danych świadczących pośrednio o (nie)zachowaniu standardów sanitarno-epidemiologicznych w szpitalach jest częstotliwość występowania zakażeń. Zgodnie z danymi pochodzącymi ze sprawozdań o działalności szpitala ogólnego zgodnie z formularzem MZ-29, zakażenia szpitalne to

narastający w Polsce problem. W okresie 2015-2019 liczba zakażonych pacjentów wzrosła o ok. 12,5 tys., osiągając ponad 90 tys. w 2019 roku. Podobny trend dotyczy liczby zgonów. W ciągu 5 lat liczba zgonów wynikająca z zakażeń wewnątrzszpitalnych prawie się podwoiła, osiągając ponad 4000 w 2018 roku^{177[ob]}. Jednym z powodów tak złego stanu rzecz, jest wysoki stan zużycia infrastruktury.

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

Rycina 45. Liczba zakażeń CDI oraz zgonów w ciągu 90 dni od rozpoznania CDI w latach 2011-2019



(źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych, 2020)

Badanie stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych

W pierwszej połowie 2020 r. Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło ogólnopolskie badanie stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych, którym objęte zostały wszystkie 575 szpitale zakwalifikowane do tzw. sieci szpitali. Udział w badaniu wzięło blisko 500 podmiotów, co oznacza bardzo wysoką (86%) responsywność. W badaniu oceniono stan techniczny

¹⁷⁷ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 261.

oddziałów/klinik oraz komórek organizacyjnych/funkcjonalnych podmiotów leczniczych o łącznej powierzchni ponad 5,76 mln m².

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

Badaniem objęto infrastrukturę w dwóch przekrojach:

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

Infrastruktura szpitali sieciowych została oceniona w czterostopniowej skali:

- stan optymalny – sprawność techniczna jednostek/obiektów/elementów budynku i infrastruktury terenu jest określona stopniem zużycia od 0% do 15%,
- zadowalający – sprawność techniczna jednostek/obiektów/elementów budynku i infrastruktury terenu jest określona stopniem zużycia od 16% do 30%; roboty budowlane mogą zostać odłożone na okres do 3 lat bez specjalnej szkody dla użytkowników,
- niedostateczny – sprawność techniczna jednostek/obiektów/elementów budynku i infrastruktury terenu jest określona stopniem zużycia od 31% do 50%; prace z uwagi na stan techniczny infrastruktury powinny odbyć się w okresie do 2 lat od oceny infrastruktury,
- nieodpowiedni – sprawność techniczna jednostek/obiektów/elementów budynku i infrastruktury terenu jest określona stopniem zużycia powyżej 51%; prace z uwagi na nieodpowiedni stan techniczny powinny odbyć się niezwłocznie.

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

Stan infrastruktury oddziałów szpitalnych

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

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

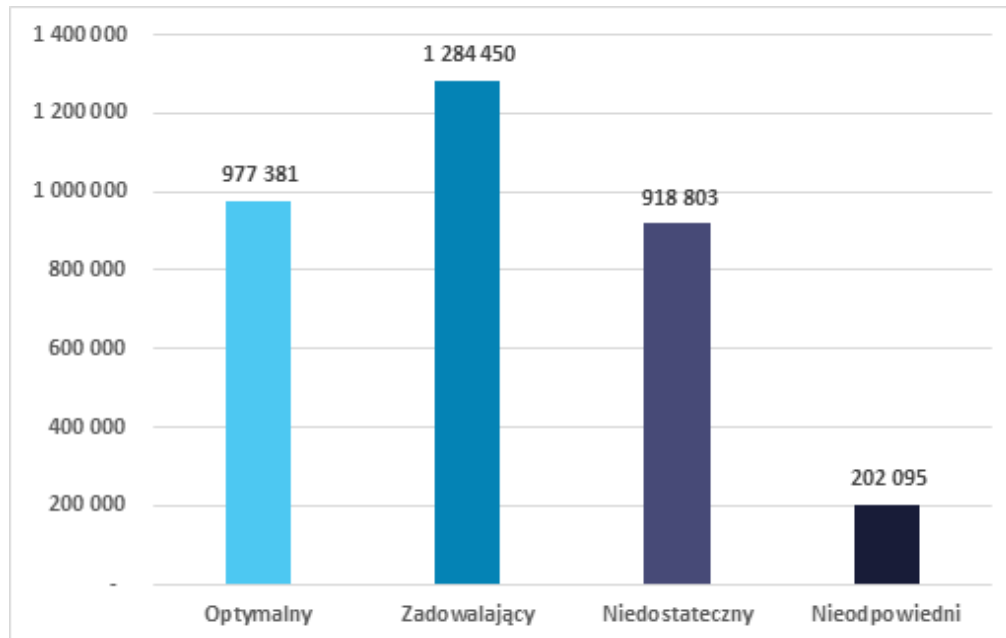
Oznacza to, że dla 71% (ponad 2,4 mln m²) powierzchni oddziałów główne elementy infrastruktury budynków (tj. konstrukcja budynku, wykończenie, instalacje, wyposażenie) wymagają interwencji w perspektywie najbliższych 3 lat, z czego 6% (202 tys. m²) w trybie pilnym (niezwłocznie).

Należy jednocześnie mieć na uwadze, że blisko 1/3 (29%) powierzchni oddziałów szpitalnych, które obecnie są w stanie optymalnym, w ciągu najbliższych kilku lat, ale jeszcze przed końcem rozpoczynającej się perspektywy finansowej środków UE obejmującej lata 2021–

2027, również będzie wymagało podjęcia działań modernizacyjnych z uwagi na degradację i zużycie wykorzystywanej infrastruktury.

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

Rycina 46. Stan infrastruktury oddziałów (powierzchnia w m²)



(źródło: opracowanie MZ, 2020)

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

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

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

Wysoki odsetek ocen wskazujących za stopień zużycia infrastruktury powyżej 51% został wskazany również dla oddziałów geriatrycznych i chorób zakaźnych. W kontekście

starzejącego się społeczeństwa oraz pandemii COVID-19 konieczne jest pilne podjęcie prac na rzecz modernizacji tych oddziałów.

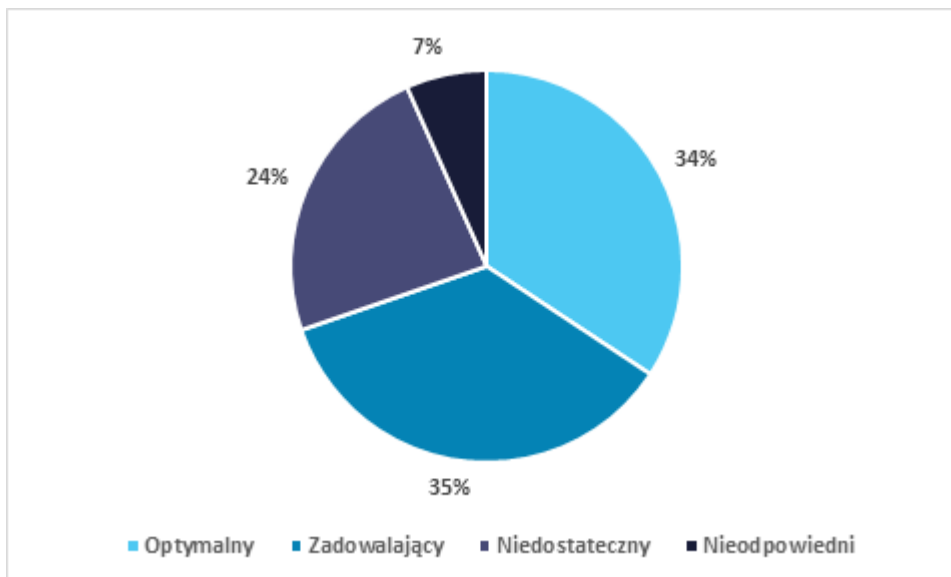
Dla oddziałów psychiatrycznych (leczenie osób dorosłych), 76% powierzchni będzie wymagać modernizacji w najbliższych 2–3 latach – wykorzystywane powierzchnie są wyeksploatowane technicznie, wymagają wielu dostosowań, zarówno do zmieniających się wymogów technologicznych, jak i standardów oraz wymagań sanitarno-epidemiologicznych.

Stan infrastruktury komórek organizacyjnych/funkcjonalnych szpitali

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

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

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



(źródło: opracowanie MZ, 2020)

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

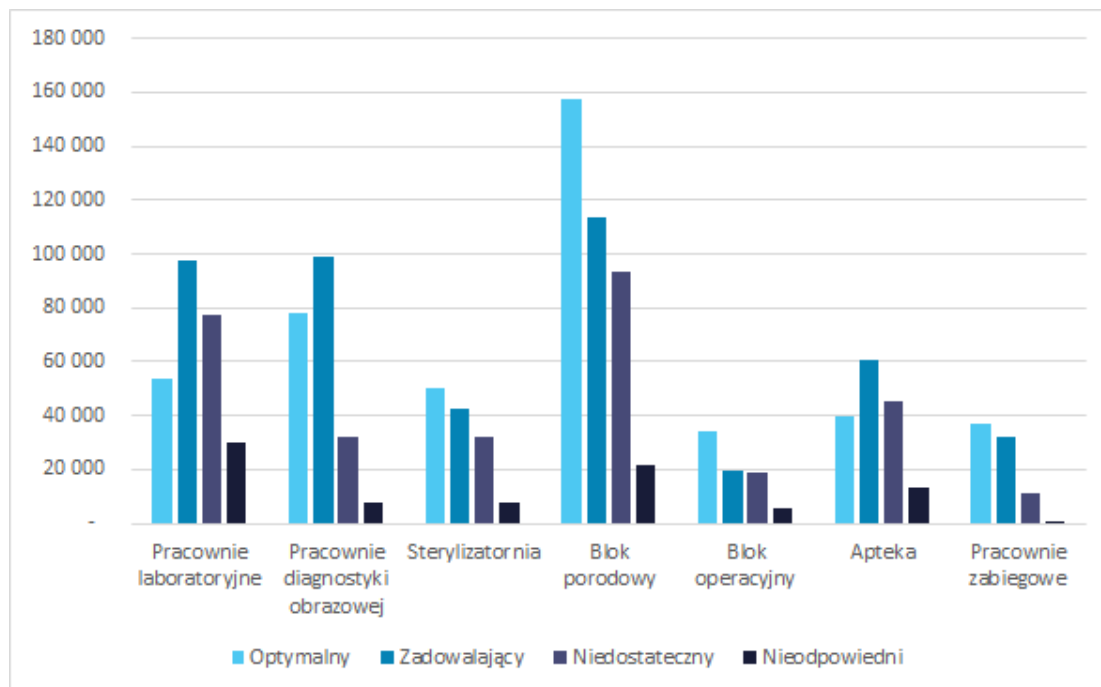
6. 450 tys. m² powierzchni jest w stanie optymalnym (34%);
7. 465 tys. m² powierzchni w stanie zadawalającym (35%);
8. 310 tys. m² powierzchni w stanie niedostatecznym (24%);
9. 87 tys. m² powierzchni w stanie nieodpowiednim (7%).

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

Niewiele ponad 1/3 (34%) powierzchni komórek organizacyjnych/ funkcjonalnych szpitali jest obecnie w optymalnym stanie technicznym. Należy jednak mieć na uwadze, że w perspektywie najbliższych lat, również one ulegną zużyciu i będą wymagały podjęcia działań modernizacyjnych w celu dostosowania do aktualnych trendów medycznych i technologicznych, wyeliminowania ryzyka awaryjności oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych.

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

Rycina 48. Stan infrastruktury komórek organizacyjnych/ funkcjonalnych (powierzchnia w m2)



(źródło: opracowanie MZ, 2020)

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

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

W ramach ocenianych komórek organizacyjnych i funkcjonalnych zwraca uwagę wysoki udział powierzchni o stopniu zużycia powyżej 51% - dotyczy to w szczególności pracowni lub

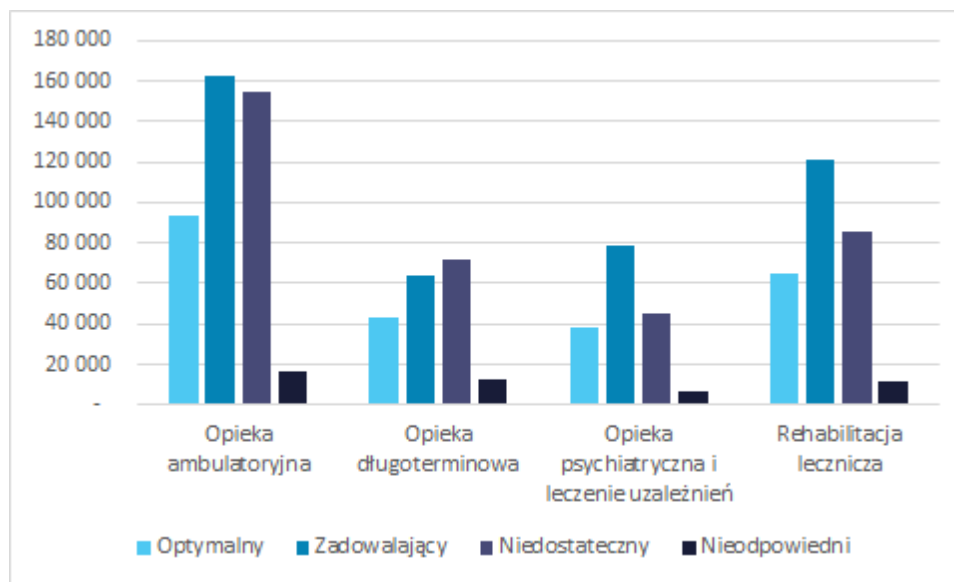
zakładów patomorfologii (26% powierzchni), pracowni genetycznych (19% powierzchni) oraz pracowni histopatologii (15% powierzchni).

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

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

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

Rycina 49. Stan infrastruktury komórek organizacyjnych/ funkcjonalnych - świadczenia w zakresie opieki ambulatoryjnej, opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej oraz opieki psychiatrycznej (powierzchnia w m²)



(źródło: opracowanie MZ, 2020)

W ramach ocenianego stanu powierzchni ww. jednostek:

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

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

Kolejne 23% powierzchni jednostek udzielających świadczeń z zakresu opieki ambulatoryjnej, opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej oraz opieki psychiatrycznej wprawdzie nie wymaga na ten moment interwencji, a ich stan techniczny jest oceniany jako optymalny, niemniej w perspektywie najbliższych kilku lat, ich modernizacja będzie niezbędna w celu zachowania wysokiej jakości świadczeń i bezpieczeństwa pacjentów.

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

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

Uwagi do powyższych analiz

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

Analiza stanu zasobów sprzętowych

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

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

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

wyeksplloatowanego i starego sprzętu medycznego może powodować powstawanie błędów w diagnozach oraz stosowanie nieskutecznej oraz drogiej terapii.

W tym kontekście warto odnieść się do danych wynikających z przeprowadzonej analizy porównawczej stanu sprzętu medycznego w Polsce zawartej w Mapie potrzeb zdrowotnych na 2020 r. Dane dla wybranych sprzętów w Polsce (w szczególności zwrócono uwagę na: akceleratory liniowe, gammakamery, mammografy, aparaty PET, rezonanse magnetyczne, RTG, tomografy komputerowe oraz USG) przeanalizowano w czterech różnych przekrojach: patrząc na gęstość sprzętów w kraju, ich rozłożenie geograficzne, rozkład wieku oraz wykorzystanie^{178[OBJ]}

Największym wyzwaniem, które wiąże się z każdą nową inwestycją w sprzęt medyczny jest zapewnienie efektywnej alokacji zasobów w taki sposób, aby te inwestycje były jak najbardziej optymalne z punktu widzenia całego społeczeństwa (czyli dążyły do maksymalizacji wykorzystania jednocześnie ograniczając zróżnicowanie w dostępie do świadczeń na terenie całego kraju)¹⁷⁹.

W 2019 r. Polska znajdowała się poniżej średniej dla wybranych krajów europejskich, jeśli chodzi o gęstość posiadanych tomografów komputerowych, rezonansów magnetycznych oraz angiografów. Można zaobserwować, że dla tomografów komputerowych oraz angiografów Polska znajduje się na 14. miejscu wśród wymienionych krajów. Zdecydowanie gorzej sytuacja wygląda dla rezonansów – w tych przypadkach Polska znajduje się odpowiednio na 18. oraz 19. miejscu^{[OBJ]180}.

Rycina 50. Gęstość rezonansów magnetycznych na 1 mln ludności



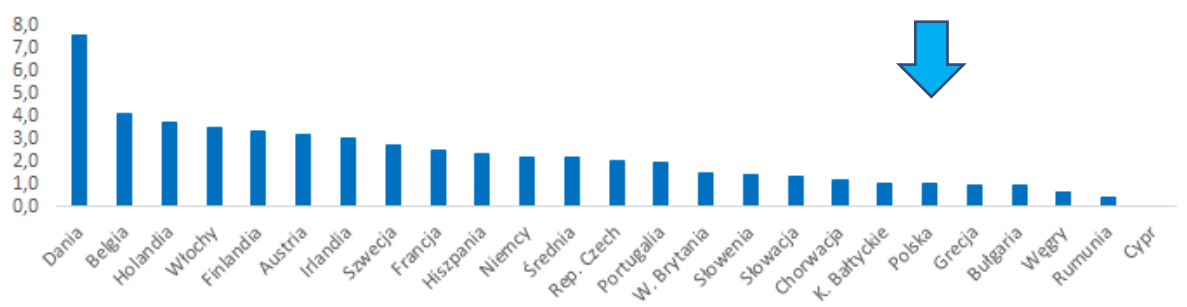
(źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych, 2020)

¹⁷⁸ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 518.

¹⁷⁹ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 501.

¹⁸⁰ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 502-503.

Rycina 51. Gęstość aparatów PET na 1 mln ludności



(źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych, 2020)

Mając na uwadze gęstość (liczba sprzętów na 100 tys. ludności) wybranej grupy sprzętu w podziale na województwa należy stwierdzić, że dla każdej grupy sprzętu występuje w Polsce bardzo duże zróżnicowanie pod kątem gęstości sprzętów w regionach w porównaniu do benchmarku¹⁸¹.

Kolejną ważną kwestią, którą należy uwzględnić przy analizie stanu infrastruktury sprzętowej, jest rozkład wieku danego sprzętu w kraju. Zgodnie z danymi z mapy potrzeb zdrowotnych 2020 r. należy stwierdzić, że z jednej strony widać efekty inwestycji poczynionych w ostatnich latach ze środków publicznych, w tym budżetu państwa i środków europejskich. Zgodnie z dostępnymi w ww. mapie porównaniami międzynarodowymi dla wybranych krajów europejskich w przypadku tomografów komputerowych, rezonansów magnetycznych oraz aparatów PET, pomimo niższego niż średni udział sprzętów "młodych", występuje również niższy niż średni udział sprzętów "starych". Ponadto, dla ¹⁸² udział sprzętów "młodych" jest wyższy niż średni^[OBJ]. Z drugiej jednak strony należy mieć na uwadze fakt, iż w wielu przypadkach (np. angiografy, aparaty do brachyterapii, gammakamery, mammografy, rezonanse magnetyczne, tomografy komputerowe, USG) w przeciągu najbliższych kilku lat baza sprzętowa znacząco się zestarzeje, co może skutkować przeprowadzeniem procedur z użyciem tych sprzętów w mniej efektywny sposób niż dotychczas.

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

¹⁸¹ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*; str. 510-512. Benchmarki zostały opracowane na podstawie mediany dla UE dla danych pochodzących z raportu COCIR pt. pt. "Medical Imaging Equipment Age Profile & Density" z 2019 r. lub z innych publikacji. W przypadku braku takiej informacji benchmark jest średnią dla kraju.

¹⁸² Według COCIR należy dążyć do spełnienia następujących "złotych reguł" ("COCIR Golden Rules"):

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

Według danych za 2019 r. najwyższy priorytet do wymiany¹⁸³ posiadają następujące sprzęty: USG (60,8%), mammograf (42,5%), ¹⁸⁴angiograf (23%)¹⁸⁵.

Tabela 9. Priorytet do wymiany wybranych sprzętów

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

(źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych, 2020)

Z kolei zgodnie z prognozowanym w Mapie potrzeb zdrowotnych 2020 zapotrzebowaniem na nowe inwestycje w sprzęty medyczne w 2025 r. odsetek sprzętów, które będą zakwalifikowane do grupy sprzętów „starych” waha się od 65% w przypadku akceleratorów liniowych do 90% w przypadku USG. Tym samym w perspektywie 3–5 lat znacząca liczba sprzętów diagnostycznych i radiologicznych osiągnie wiek, w którym powinny zostać wymienione, aby umożliwić efektywną eksploatację¹⁸⁶.

¹⁸³ Priorytet do wymiany wyznaczany jest **na podstawie wieku sprzętu oraz liczby badań**, które wykonywane są na danym sprzęcie. Dla sprzętów, które są intensywnie eksploatowane graniczny wiek, po osiągnięciu którego sprzęt otrzymuje wysoki priorytet do wymiany, jest niższy (np. jeśli tomograf komputerowy wykonuje powyżej 7,5 tys. badań rocznie to powinien zostać wymieniony po przekroczeniu 10 lat, natomiast, gdy wykonuje poniżej 7,5 tys. badań rocznie po przekroczeniu 12 lat). określając priorytet do wymiany, najpierw określono liczbę badań rocznie wykonywanych na urządzeniu, potem przypisano wiek „zużywalności” sprzętu i następnie zaklasyfikowano do kategorii wskazanych przez COCIR, tj. sprzęty do 5 lat priorytet niski, średni priorytet dla wieku sprzętu 6-10 lat, wysoki priorytet dla sprzętu powyżej 10 lat.

¹⁸⁵ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 515-516.

¹⁸⁶ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 518.

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

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

Podjęte działania

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

Zgodnie z zapisami Policy paper na lata 2014¹⁸⁷2020^[OBJ] przedsięwzięcia infrastrukturalne były realizowane w projektach z zakresu 5 głównych grup chorób:

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

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

Łączna liczba projektów infrastrukturalnych w ramach PI 9a, dla których zakresem interwencji był kod 053 Infrastruktura zdrowotna¹⁸⁸ wyniosła ponad 1000¹⁸⁹. Wartość podpisanych umów o dofinansowanie wg stanu na 31 grudnia¹⁹⁰[OBJ].

¹⁸⁷ Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne, pobrano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper>; dostęp 06.05.2020.

¹⁸⁸ Projekty realizowane w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych oraz Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020.

¹⁸⁹ Na podstawie danych z systemu SL2014, stan na 31 grudnia 2020.

¹⁹⁰ Na podstawie danych z systemu SL2014, stan na 31 grudnia 2020.

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

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

W 2021 r. kontynuowana jest lub rozpoczęła się realizacja następujących programów wieloletnich o łącznej wartości kosztorysowej inwestycji 4,6 mld zł i kwocie dofinansowania ze środków dotacji celowej MZ równej 4,1 mld zł.

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

Lp.	Nazwa zadania	Wartość Kosztorysowa Inwestycji w tys. zł	w tym z części 46-Zdrowie w tys. zł	Termin rozpoczęcia	Termin zakończenia
1	Powstanie Śląskiego Ośrodka Kliniczno–Naukowego Zapobiegania i Leczenia Chorób Środowiskowych, Cywilizacyjnych i Wieku Podeszłego im. prof. Zbigniewa Religi	159 917	85 000	2018	2022
2	Wieloletni program medyczny – rozbudowa i modernizacja Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy	376 607	348 752	2018	2025
3	Budowa Centrum Medycyny Nieinwazyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego	616 609	592 381	2015	2021
4	Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie	208 861	201 361	2011	2021
5	Przebudowa i rozbudowa Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie	278 898	278 898	2016	2022
6	Drugi etap budowy Centrum Kliniczno – Dydaktycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wraz z Akademickim Ośrodkiem Onkologicznym	576 485	453 694	2018	2023

7	Centralny Zintegrowany Szpital Kliniczny – centrum medycyny interwencyjnej (etap I CZSK)	590 978	520 370	2020	2025
8	Rozbudowa wraz z modernizacją Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Szczecinie w zakresie kliniczno-dydaktycznym i medycznych wdrożeń innowacyjnych	593 891	592 098	2020	2025
9	Wieloletni program inwestycji w zakresie rewitalizacji i rozbudowy Centrum Onkologii – Instytut im. Skłodowskiej-Curie w Warszawie – etap I	872 052	738 785	2020	2024
10	Wieloletni Plan Inwestycyjny – budowa, przebudowa, modernizacja infrastruktury Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego w celu zwiększenia dostępności i jakości wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego	298 500	289 500	2021	2025
	RAZEM	4 572 798	4 100 839		

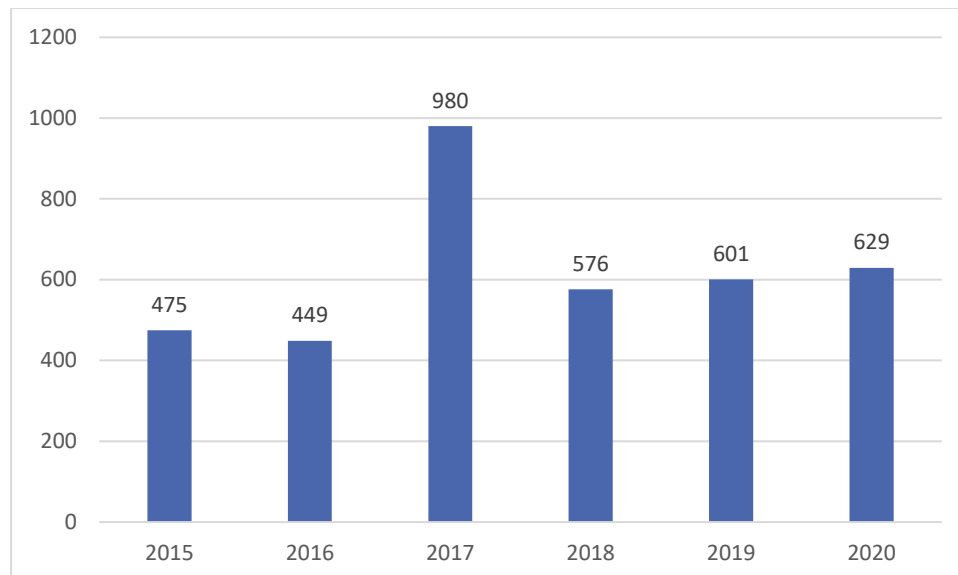
(źródło: dane MZ, 2020)

W ramach dążenia do poprawy stanu infrastruktury, a przez to dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych, podejmowany jest również szereg innych inwestycji m.in. w szpitalach klinicznych, szpitalach ogólnych oraz instytutach badawczych. Realizowane są zarówno zadania inwestycyjne budowlane, które polegają na budowie, rozbudowie czy modernizacji budynków, jak również zakupy sprzętu i aparatury medycznej. Należy podkreślić, że w ostatnich latach nakłady z budżetu państwa z części 46-Zdrowie na ochronę zdrowia poniesione na infrastrukturę szpitalną wykazują tendencję wzrostową.¹⁹¹

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

¹⁹¹ W 2017 r. odnotowano znaczny wzrost wydatków budżetu państwa, który wynikał przede wszystkim z pozyskanych dodatkowych środków z rezerwy celowej z przeznaczeniem na zakup sprzętu i aparatury medycznej dla podmiotów leczniczych w łącznej wysokości 523 mln zł.

Rycina 52. Środki wydatkowane z budżetu – w części 46 dotacje MZ na inwestycje budowlane i zakupowe w latach 2015-2020 w mln zł



(źródło: dane MZ, 2020)

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

- profilaktyka, wczesne wykrywanie, diagnostyka i leczenie chorób cywilizacyjnych, w tym chorób nowotworowych i chorób rzadkich;

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

Obszary wsparcia zostały zagregowane w ramach 4 subfunduszy:

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

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

PODSUMOWANIE

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

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

TECHNOLOGIE INFORMATYCZNE

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

Przeprowadzone analizy wskazują, że Polacy są gotowi na cyfryzację w ochronie zdrowia. Jak wynika z badania „Internet w życiu Polaków” przeprowadzonego na zlecenie Ministerstwa Cyfryzacji w czerwcu 2019 r.¹⁹², ponad 80% ankietowanych korzysta z internetu, a niemal 90% ocenia, że dostęp do sieci ułatwia im życie. Grupą zawodową najchętniej korzystającą z internetu i e-usług są lekarze. Coraz więcej osób zakłada też profil zaufany, dzięki któremu może zdalnie podpisywać pisma i wnioski do wielu urzędów, a także logować się do Internetowego Konta Pacjenta.

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

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

Z wyników ww. badania wynika, że 90% respondentów chce umawiać się na wizytę lekarską przez internet, 83% badanych oczekuje dostępu do wyników badań online, natomiast 64% badanych chce uzyskać przez Internet informację o dostępności leku w aptece¹⁹³. Powyższe dane wskazują, jak ważne jest dalsze rozwijanie usług cyfrowych w ochronie zdrowia.

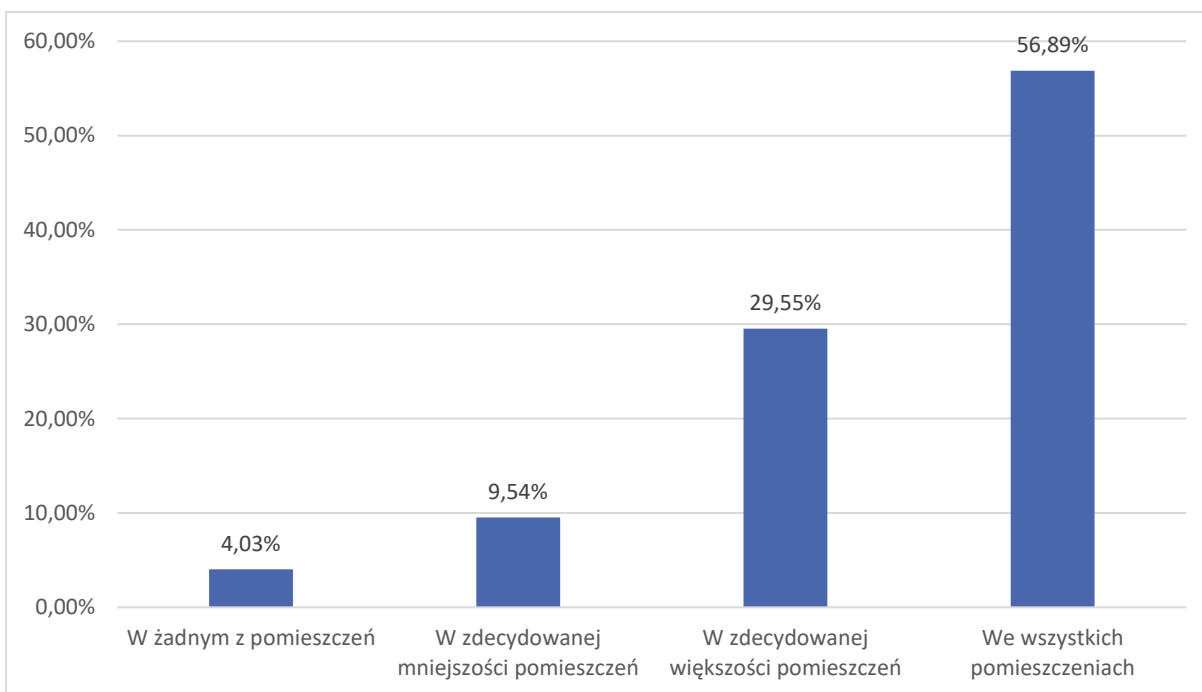
Zasadne jest podejmowanie takich działań, które w krótkiej perspektywie przyczynią się do stworzenia spójnego systemu zdrowia cyfrowego, umożliwiającego dalsze upodmiotowienie i angażowanie pacjenta, koncentrację na grupach szczególnie narażonych (osoby starsze, dzieci, chorzy przewlekle) oraz zwiększającego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

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

¹⁹² Badanie dostępne na stronie: <https://www.gov.pl/web/cyfryzacja/internet-ulatwia-zycie-polakom>; 13.05.2020.

¹⁹³ Publikacja *E-zdrowie. Korzyści, wyzwania, strategia informatyzacji*, str. 7; https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/puls_medycyny_csioz_e_zdrowie_www_5d8ce9c644aad.pdf, dostęp 13.05.2020.

Rycina 53. Dostęp do sieci komputerowej w pomieszczeniach, w których przetwarzana jest dokumentacja medyczna ogółem



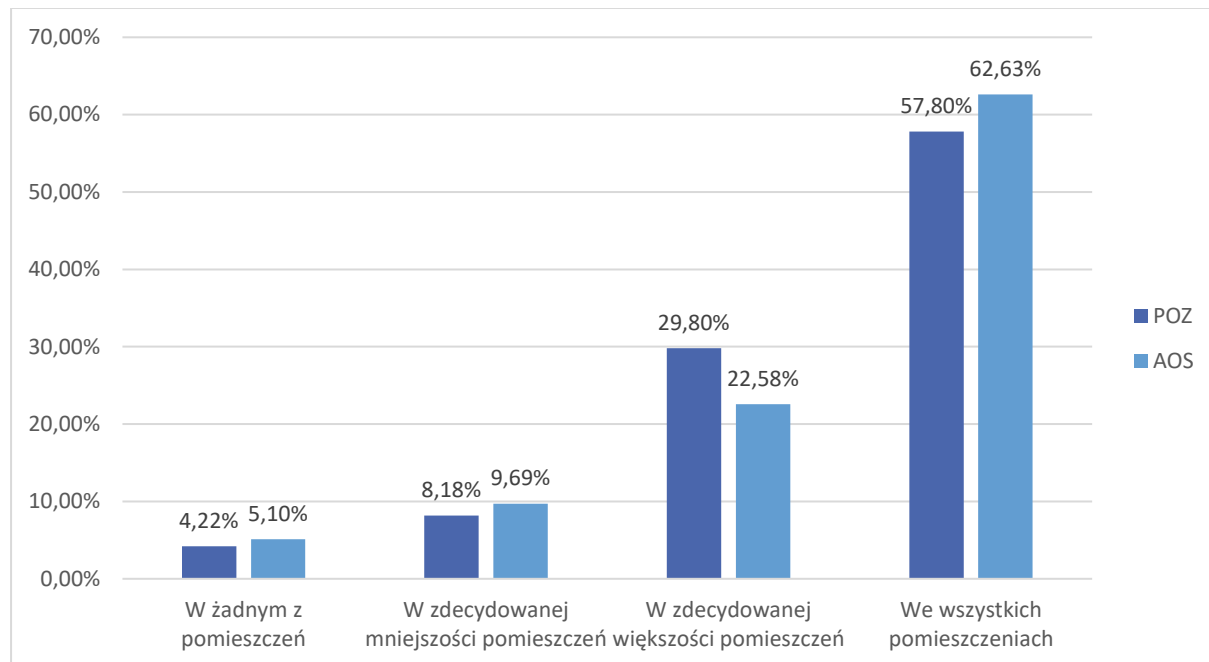
(źródło: Raport CSIOZ: "Badanie stopnia informatyzacji Podmiotów wykonujących działalność leczniczą", 2019)

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

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

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

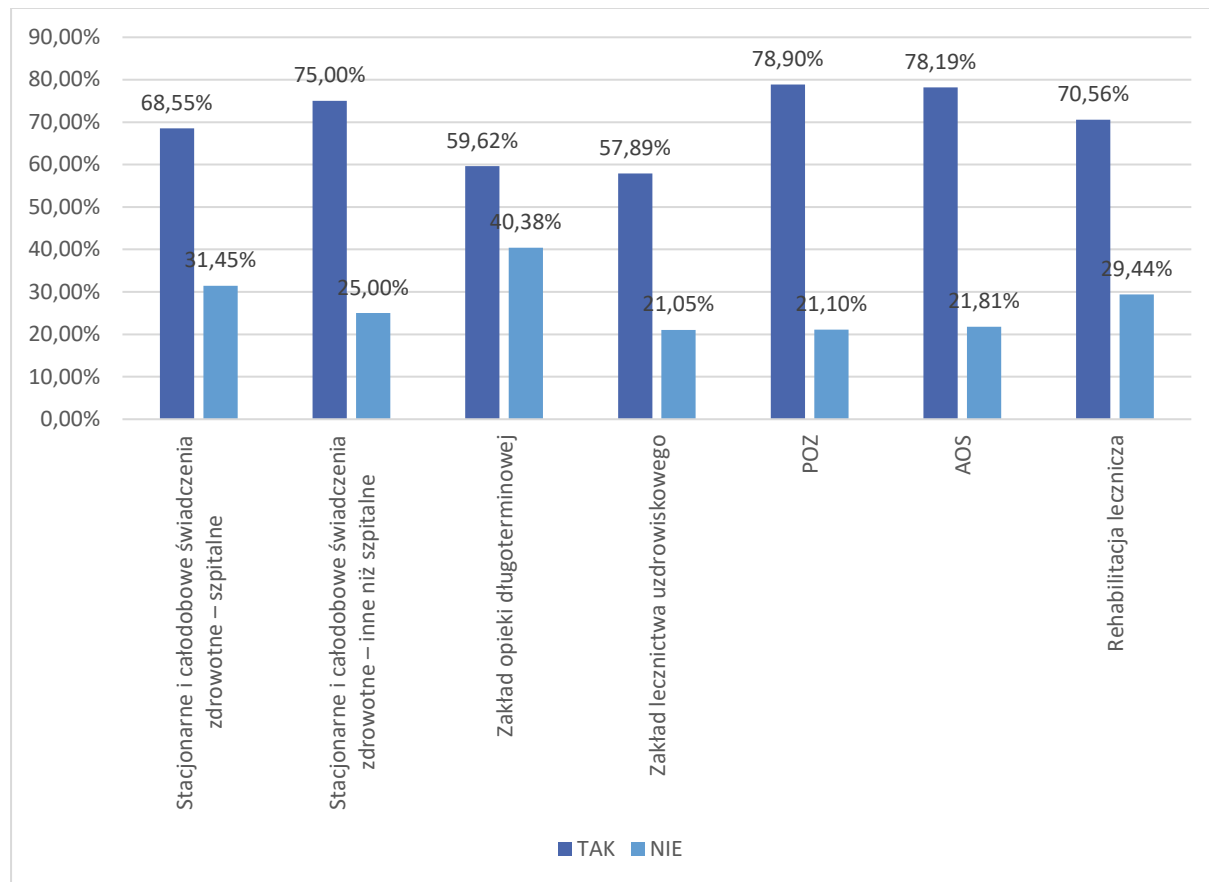
Rycina 54. Dostęp do sieci komputerowej w pomieszczeniach, w których przetwarzana jest dokumentacja medyczna – POZ i AOS



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

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

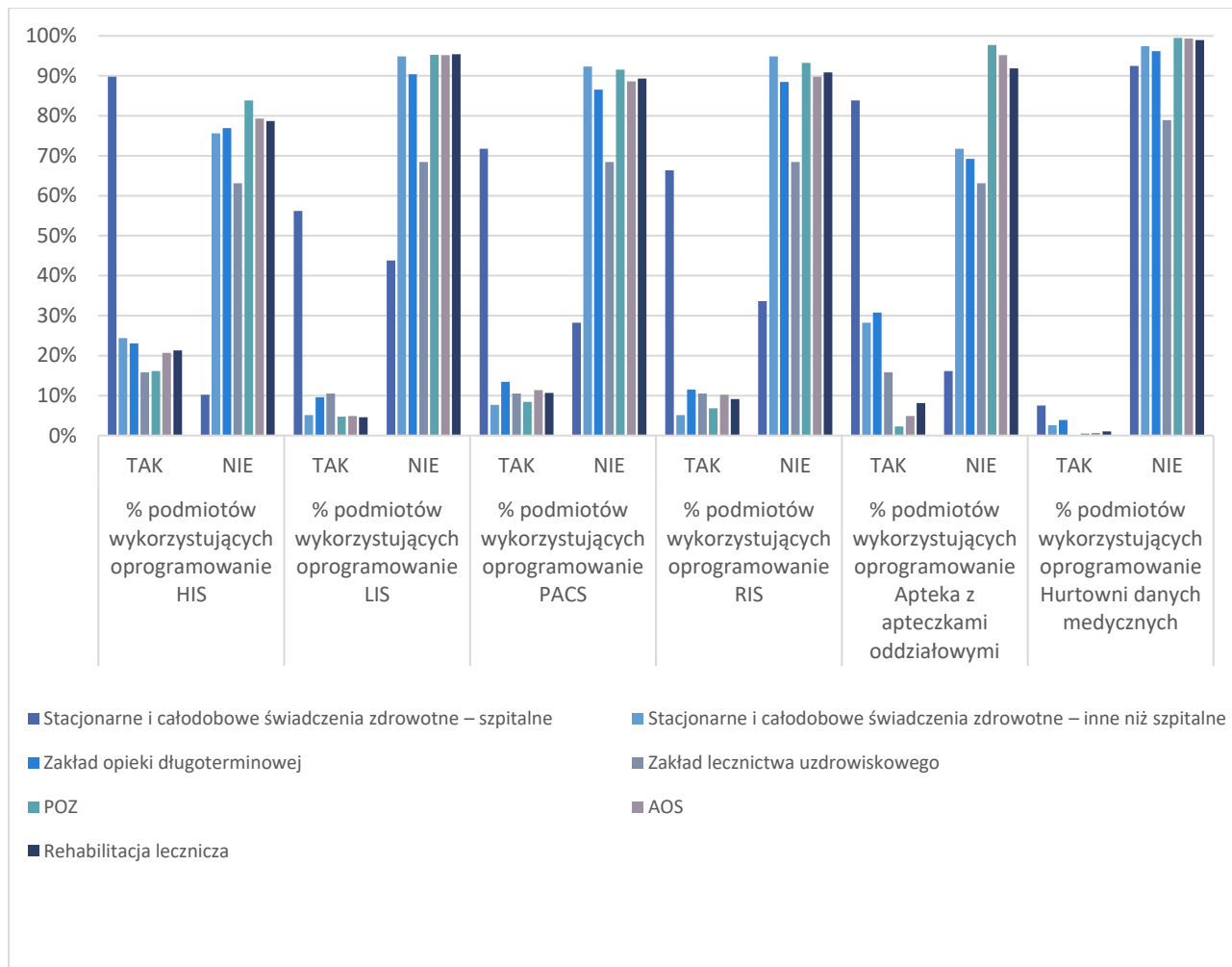
Rycina 55. Udział procentowy podmiotów posiadających liczbę stanowisk komputerowych, która jest wystarczająca do wdrożenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM)



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

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

Rycina 56. Odpowiedzi podmiotów dotyczące stosowania wybranego oprogramowania w podziale na rodzaje działalności



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

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

Ze względu na postępującą informatyzację sektora ochrony zdrowia coraz istotniejszym zagadnieniem staje się cyberbezpieczeństwo. Biorąc pod uwagę szczególną wrażliwość danych medycznych oraz coraz większą istotność rozwiązań IT dla prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ryzyko związane z cyberatakami staje się coraz poważniejsze. Potwierdzają to przykłady ataków typu *ransomware* w Stanach Zjednoczonych i Australii, które potrafiły sparaliżować działalność tamtejszych placówek medycznych uniemożliwiając realizację planowych hospitalizacji i rozliczenia z płatnikiem¹⁹⁴. Z danych CERT Polska wynika, że liczba incydentów związanych z cyberbezpieczeństwem w polskim sektorze ochrony zdrowia

¹⁹⁴ Raport roczny 2019 z działalności CERT Polska https://www.cert.pl/wp-content/uploads/2020/07/Raport_CP_2019.pdf

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

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

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

Podjęte działania

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

Platforma e-Zdrowie (Platforma P1)

Platforma e-Zdrowie (P1) oferuje cyfrowe usługi publiczne w ochronie zdrowia poprzez dostarczanie centralnej infrastruktury IT i odpowiednich rozwiązań w zakresie oprogramowania. Wprowadzono do powszechnego użycia e-receptę (obowiązkowa od stycznia 2020 r.), e-skierowanie (obowiązkowe od stycznia 2021 r. w przypadku określonego katalogu świadczeń), uruchomiono Internetowe Konto Pacjenta (IKP) oraz aplikację gabinet.gov.pl, która umożliwi lekarzom m.in. wystawianie e-recept i e-skierowań. Dalsze prace koncentrują się na upowszechnieniu obowiązku stosowania e-recepty, ogólnopolskim wdrożeniu e-skierowania na kolejne świadczenia, rozbudowie IKP o kolejne funkcjonalności oraz działaniach umożliwiających wymianę EDM i raportowanie zdarzeń medycznych) – trwa II część pilotażu EDM, jego zakończenie zaplanowano na czerwiec 2021 r. W maju 2021 r. uruchomiono aplikację mobilną „mojeIKP”, która ułatwi dostęp do Internetowego Konta Pacjenta.

W 2020 roku resort zdrowia podjął decyzję o rozszerzeniu zakresu funkcjonalnego Projektu e-zdrowie (P1) o usługi pozwalające na załatwienie kluczowych dla pacjenta spraw on-line, bez konieczności kontaktu osobistego z personelem administracyjnym i medycznym, co jest szczególnie istotne w stanach zagrożenia epidemicznego. Rozszerzenie Projektu e-zdrowie zakłada m.in. jego rozbudowę o centralną elektroniczną rejestrację na wybrane świadczenia, usługę e-wizyty z pracownikiem medycznym oraz zamówienie e-recepty. Wdrożenie tych usług jest przewidziane do końca 2021 r. Rozwiązania te przyczynią się do bardziej efektywnego udzielania świadczeń zdrowotnych, poprawy ich jakości, zadowolenia pacjentów oraz skrócenia kolejek do uzyskania świadczenia.

E-recepta

Wśród kluczowych e-usług, które zwiększają dostępność do świadczeń w polskim systemie ochrony zdrowia, należy wymienić e-receptę (od 8 stycznia 2020 r. wystawianie recept w postaci elektronicznej jest obowiązkowe). W maju 2018 r. rozpoczął się pilotaż e-recepty.

Od początku 2019 r. e-receptę można realizować we wszystkich aptekach w całym kraju, a od 8 stycznia 2020 r. e-recepty są obowiązkowe. .

Wprowadzone dotychczas w ramach platformy e-zdrowie rozwiązania takie jak e-recepta oraz e-skierowanie, przyczyniły się do zwiększenia liczby udzielonych zdalnie świadczeń w warunkach pandemii, ułatwiając pracę lekarzom, a pacjentom dając możliwość otrzymania e-recepty na niezbędne leki bez wychodzenia z domu.

E-skierowanie

E-skierowanie jest drugą wśród kluczowych e-usług. Pilotaż e-skierowania rozpoczął się w lutym 2019 r. Pierwsze e-skierowanie zostało wystawione w grudniu 2018 r. i zrealizowane w styczniu 2019 r. W 2019 r. rozpoczęło się wdrożenie ogólnokrajowe. Usługa jest obowiązkowa od stycznia 2021 r i obowiązuje dla wybranego katalogu świadczeń¹⁹⁵

Internetowe Konto Pacjenta (IKP)

Stale rozwijana jest liczba funkcji dostępnych w IKP. Za jego pośrednictwem pacjenci mają dostęp m.in. do wystawionych e-recept z informacją o dawkowaniu leków, e-skierowań i innej dokumentacji oraz historii leczenia, mogą elektronicznie składać deklaracje wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ. Istnieje możliwość udostępniania bliskiej osobie lub lekarzowi informacji o stanie zdrowia i historii przepisanych leków.

W związku z zagrożeniem związanym z COVID-19, uruchomione zostały dodatkowe funkcjonalności na IKP – dzięki nim użytkownik IKP ma dostęp do usług związanych z pandemią: wynik ostatnio zleconego testu na koronawirusa, informację o nałożonych kwarantannach lub izolacjach domowych, link do formularza „Kwarantanna - zgłoszenie online”, umożliwiającego kontakt z sanepidem, obsługa procesu szczepień na Covid-19 (od umówienia się na szczepienie, po pobranie potwierdzenia przyjęcia dawki).

Ponadto w zakładce „Skierowania” pojawiły się **wygenerowane skierowania na szczepienie przeciw COVID-19**, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez MZ. Dysponując takim e-skierowaniem, pacjent mógł przejść do e-rejestracji i wybierając wolny termin w dogodnym miejscu, zapisać się na szczepienie.

Wymiana EDM i raportowanie zdarzeń medycznych

Jak wskazano w IV edycji badania dojrzałości cyfrowej świadczeniodawców (CSIOZ, wrzesień 2019 r.), ok. 50% placówek medycznych przechowuje dokumentację w postaci elektronicznej. Badanie również wykazało, że dla dalszego rozwoju EDM świadczeniodawcy muszą przezwyciężyć bariery w postaci niewystarczającego wyposażenia w sprzęt IT i infrastruktury sieciowej, braku zintegrowanych rozwiązań w zakresie oprogramowania, niewystarczającego przeszkolenia kadry czy też braku finansowania na inwestycje i utrzymanie.

Dokumenty medyczne mogą być tworzone w postaci papierowej lub elektronicznej. Lista obowiązkowych dokumentów elektronicznych jest stale poszerzana, a docelowo wszystkie dokumenty będą miały postać elektroniczną. W 2021 r. wymiana danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej określonej w przepisach wydanych na podstawie

¹⁹⁵ Obejmuje: ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, za wyjątkiem porady w zakresie logopedii, leczenie szpitalne, badania medycyny nuklearnej oraz badania tomografii komputerowej, w tym przypadku także te, które są finansowane ze środków innych niż ubezpieczenie w NFZ, rezonans magnetyczny, badanie endoskopowe przewodu pokarmowego, a także badanie echokardiograficzne płodu.

art. 13a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666), stanie się obowiązkowa. Wymiana EDM będzie się odbywała przez Platformę P1, która będzie przechowywała indeksy dokumentów elektronicznych. Ważnym elementem tego etapu P1 jest również raportowanie tzw. zdarzeń medycznych, tj. informacji o udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Dzięki temu P1 będzie zawierało historię naszego leczenia, udostępnianą następnie lekarzom i innym pracownikom medycznym. Dzięki temu m.in. ograniczona będzie ilość powielanych badań, a pacjenci nie będą musieli samodzielnie dostarczać swojej dokumentacji medycznej do placówek zdrowotnych.

Pierwsza część Pilotażu EDM zakończyła się 30 kwietnia br., a w jego w ramach usługodawcy mieli możliwość praktycznego sprawdzenia obsługi funkcjonalności Zdarzeń Medycznych, Indeksowania Elektronicznej Dokumentacji Medycznej oraz wymiany Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.

Mając na celu dalsze wsparcie usługodawców we wdrażaniu funkcjonalności związanych z procesem wymiany EDM, 1 maja 2021 r. uruchomiono kolejny Pilotaż, który koncentruje się na funkcjonalnościach związanych z wymianą EDM. Pilotaż potrwa do 30 czerwca br. W jego ramach usługodawcy będą mogli skorzystać z dofinansowania nabycia i sfinansowania urządzeń informatycznych, oprogramowania, usług związanych z prowadzeniem wymiany EDM oraz z finansowania aktywnego udziału w Pilotażu.

Aplikacja gabinet.gov.pl

W ramach projektu P1 utworzona została także aplikacja gabinet.gov.pl. Adresatami aplikacji są lekarze i inni pracownicy medyczni. Aplikacja daje m.in. możliwość przyjmowania i wystawiania e-skierowań, wystawiania e-recept oraz dostęp do danych pacjenta. Aplikacja gabinet.gov.pl została uruchomiona bezpłatnie w lipcu 2019 r. i jest rozwijana o kolejne funkcjonalności.

W czerwcu 2020 r. aplikacja została poszerzona o funkcjonalności krytyczne w związku z pandemią COVID-19 – zlecenie testów na obecność koronawirusa, wprowadzanie wyników testu antygenowego, wystawienia ZLK-1 (zgłoszenie chorób zakaźnych), dodawanie i zmiana izolacji oraz kwarantanny.

Aplikacja gabinet.gov.pl w znaczący sposób wsparła proces obsługi szczepień na COVID-19. Za jej pomocą jest możliwość umówienia terminu szczepienia, dodanie badania kwalifikacyjnego, wystawienie skierowania na badanie COVID-19 oraz dodanie informacji o odbyciu szczepienia (ze szczegółową informacją o dacie, numerze dawki, nazwie szczepionki). Aplikacja pozwala również na zgłoszenie NOP (niepożądany odczyn poszczepienny).

Elektroniczne potwierdzanie zlecenia na wyroby medyczne

1 stycznia 2020 r. uruchomiono elektroniczne potwierdzanie zleceń na wyroby medyczne przez NFZ, co w znaczący sposób ułatwiło zaopatrzenie w wyroby medyczne osobom, które po otrzymaniu zlecenia nie muszą już udawać się do oddziału wojewódzkiego NFZ w celu potwierdzenia zlecenia. Pacjent już podczas wizyty u lekarza może uzyskać potwierdzenie zlecenia z NFZ i bezpośrednio udać się do właściwego punktu (sklepu), realizującego zlecenia na wyroby medyczne.

Projekt e-usługi

Projekt pn. *Wprowadzenie nowoczesnych e-usług w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia* (projekt e-usługi) jest realizowany w wybranych podmiotach podległych/nadzorowanych przez Ministra Zdrowia (52 podmioty) i przewiduje wdrożenie w nich kluczowych e-usług (wymiana EDM, e-rejestracja, e-zlecenie, e-analizy), jak również wyposażenie tych podmiotów w nowoczesną infrastrukturę IT. Termin realizacji projektu to 01.01.2019 do 30.09.2022.

PODSUMOWANIE

- Rozwój Platformy P1 pozwolił na uruchomienie wielu ważnych e-usług, np. e-recepty, IKP, e-skierowania, co daje potencjał do budowania kolejnych e-usług zarówno dla pacjentów, jak i kadry medycznej. Dalszy rozwój e-zdrowia daje szansę na ograniczenie kosztów, dzięki m.in. eliminacji powielania badań, czy uniknięcie blokowania kolejek, co jest szczególnie potrzebne w kontekście identyfikowanych wyzwań, nadchodzącego kryzysu gospodarczego (skutek pandemii COVID-19), a co za tym idzie – ograniczenia środków na świadczenia.
- Kontynuowany jest proces informatyzacji sektora ochrony zdrowia, której celem jest zwiększenie świadomości i udziału pacjentów w zarządzaniu swoim zdrowiem, zwiększenie komfortu i bezpieczeństwa pracy kadry medycznej oraz ograniczenie nierówności w dostępie i zwiększenie jakości oferowanych świadczeń medycznych.
- Celem podejmowanych działań powinna być również budowa odporności sektora ochrony zdrowia na kryzysy epidemiczne w dłuższej perspektywie.

INNOWACJE, SEKTOR B+R W MEDYCYNIE

Nakłady na badania i rozwój osiągają w Polsce jeden z najniższych poziomów w krajach OECD oraz UE. W 2019 r. nakłady wewnętrzne na działalność B+R wyniosły 30,3 mld zł i wzrosły w stosunku do poprzedniego roku o 18,1%¹⁹⁶.

W 2019 r. wskaźnik GERD wyniósł 1,32% (w 2018 r. – 1,21%)¹⁹⁷. Wartość wskaźnika GERD (*Gross Domestic Expenditures on Research & Development*) informującego o łącznych nakładach na działalność badawczo-rozwojową w relacji do produktu krajowego brutto w Polsce zmienia się bardzo nieznacznie i odbiega od trendów dominujących w najbardziej rozwiniętych gospodarkach światowych.

Udział nakładów badawczo-rozwojowych (B+R) w relacji do PKB nadal jest znacznie niższy niż średnia dla UE-28 (2,03%)¹⁹⁸, mimo że ich wysokość się podwoiła w ciągu poprzedzającej dekady. Pomimo to warto wskazać, że wśród krajów Europy Środkowo-Wschodniej Polska ma jeden z wyższych udziałów nakładów B+R w obszarze ochrony zdrowia w relacji do nakładów B+R ogółem.

¹⁹⁶ GUS (2020), *Działalność badawcza i rozwojowa w Polsce w 2019 roku* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/nauka-i-technika/dzialalnosc-badawcza-i-rozwojowa-w-polsce-w-2019-roku,8,9.html>; dostęp 29.12.2020.

¹⁹⁷ OECD (2019), *Data, Gross domestic spending on R&D*; <https://data.oecd.org/rd/gross-domestic-spending-on-r-d.htm>; dostęp 29.12.2020.

¹⁹⁸ OECD (2019), *Data, Gross domestic spending on R&D*; <https://data.oecd.org/rd/gross-domestic-spending-on-r-d.htm>; dostęp 11.12.2019.

W 2019 r. średnia wartość nakładów wewnętrznych na działalność B+R przypadająca na 1 mieszkańca wyniosła 789 zł i w stosunku do roku poprzedniego wzrosła o 18,2%. Liczba podmiotów prowadzących działalność w obszarze B+R wzrosła natomiast w 2019 r. o 1,5% w stosunku do 2018 r.¹⁹⁹.

Tabela 11. Wybrane dane z zakresu działalności B+R w Polsce²⁰⁰

WYSZCZEGÓLNIENIE	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Liczba podmiotów w działalności B+R	3 474	4 427	4 871	5 102	5 779	5 863
Nakłady krajowe brutto na działalność B+R (GERD) w mln zł	16 168	18 061	17 943	20 578	25 648	30 285
Relacja nakładów krajowych brutto na działalność B+R (GERD) do PKB w %	0,94	1,00	0,96	1,03	1,21	1,32

(źródło: GUS, 2020)

Wydatki B+R w obszarze nauk medycznych i nauk o zdrowiu stanowią ok. 10–12% ogółu wydatków na badania i rozwój i cecha ta jest stabilna w czasie²⁰¹.

Jak wskazano w publikacji GUS pt. *Działalność badawcza i rozwojowa w Polsce w 2018 r.* na nauki inżynierskie i techniczne w 2018 r. przypadło 53,6% nakładów wewnętrznych na projekty B+R (wobec 52,3% w 2017 r.), przy czym najwięcej nakładów na prace związane z tą dziedziną B+R poniósł sektor przedsiębiorstw (84,6%). Udział pozostałych dziedzin w nakładach wewnętrznych na B+R wyniósł: nauki przyrodnicze – 22,1%, nauki medyczne i nauki o zdrowiu – 11%, nauki społeczne – 5,8%, nauki rolnicze i weterynaryjne – 4%, nauki humanistyczne i sztuka – 3,5%²⁰². Procentowy udział nakładów wewnętrznych na projekty B+R wg poszczególnych dziedzin przedstawiono na Ryc. 57.

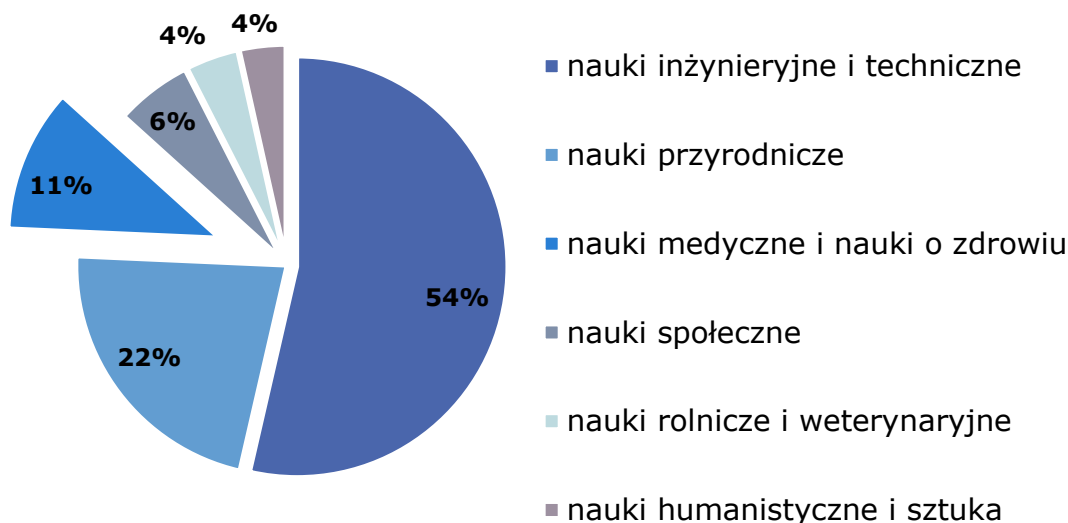
¹⁹⁹ GUS (2020), <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/nauka-i-technika/dzialalnosc-badawcza-i-rozwojowa-w-polsce-w-2019-roku,8,9.html>; dostęp 29.12.2020.

²⁰⁰ GUS (2020), <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/nauka-i-technika/dzialalnosc-badawcza-i-rozwojowa-w-polsce-w-2019-roku,8,9.html>; dostęp 29.12.2020.

²⁰¹ GUS (2019), Bank Danych Lokalnych. *Nakłady wewnętrzne na działalność B+R według dziedzin B+R*; <https://bdl.stat.gov.pl>; dostęp 11.12.2019.

²⁰² GUS (2019), *Działalność badawcza i rozwojowa w Polsce w 2018 r.*; <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/nauka-i-technika/dzialalnosc-badawcza-i-rozwojowa-w-polsce-w-2018-roku,15,3.html>; dostęp 11.12.2019.

Rycina 57. Nakłady wewnętrzne na działalność badawczą i rozwojową według dziedzin B+R

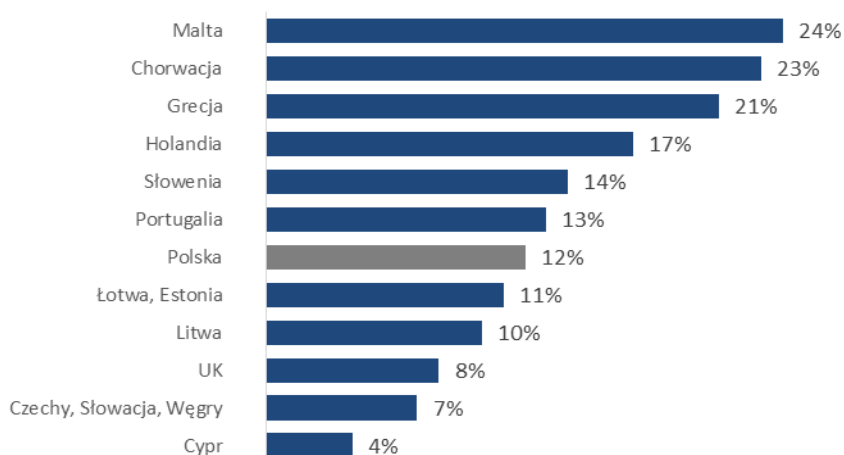


(źródło: GUS, 2019 r., Działalność badawcza i rozwojowa w Polsce w 2018 roku)

Z kolei wg metodologii przyjętej przez WHO udział nakładów B+R na ochronę zdrowia w całości nakładów przeznaczonych na obszar B+R w Polsce w 2017 r. wynosił 12%. Wartości osiągnięte dla tego wskaźnika w wybranych państwach członkowskich UE przedstawia Ryc. 58.

Rycina 58. Udział nakładów B+R na ochronę zdrowia w całości nakładów B+R

Udział nakładów B+R na ochronę zdrowia w całości nakładów B+R w raportujących krajach Europy



Źródło: WHO Global Observatory on Health R&D

(źródło: WHO, dane z 2017 r., <https://www.who.int/research-observatory/monitoring/inputs/gerd/en/>; dostęp 10.05.2020)

Wartość nakładów na B+R w obszarze ochrony zdrowia w Polsce w 2017 r. szacowana jest na 2,4 mld PLN. Wśród krajów Europy Środkowo-Wschodniej Polska ma jeden z wyższych udziałów nakładów B+R w obszarze ochrony zdrowia w relacji do nakładów B+R ogółem²⁰³.

W ramach sektora B+R prowadzone są badania podstawowe, badania stosowane, badania przemysłowe i prace rozwojowe.

Zgodnie z nimi badania podstawowe to oryginalne prace badawcze eksperymentalne lub teoretyczne podejmowane przede wszystkim w celu zdobywania nowej wiedzy o podstawach zjawisk i obserwowalnych faktów bez nastawienia na bezpośrednie zastosowanie komercyjne. Badania stosowane to z kolei prace badawcze zorientowane zwłaszcza na zastosowanie w praktyce. Badania przemysłowe mają natomiast na celu zdobycie nowej wiedzy oraz umiejętności w celu opracowywania nowych produktów, procesów i usług lub wprowadzania znaczących ulepszeń do istniejących produktów, procesów i usług; badania te uwzględniają tworzenie elementów składowych systemów złożonych, budowę prototypów w środowisku laboratoryjnym lub w środowisku symulującym istniejące systemy, szczególnie do oceny przydatności danych rodzajów technologii. Prace rozwojowe to nabywanie, łączenie, kształtowanie i wykorzystywanie dostępnej aktualnie wiedzy i umiejętności z dziedziny nauki, technologii i działalności gospodarczej oraz innej wiedzy i umiejętności do planowania produkcji oraz tworzenia i projektowania nowych, zmienionych lub ulepszonych produktów, procesów i usług, z wyłączeniem prac obejmujących rutynowe i okresowe zmiany wprowadzane do produktów, linii produkcyjnych, procesów wytwórczych, istniejących usług oraz innych operacji w toku, nawet jeżeli takie zmiany mają charakter ulepszeń.

Za koło zamachowe innowacyjnych gospodarek można uznać badania stosowane oraz badania przemysłowe, będące próbą praktycznego wdrożenia nowych koncepcji. W obszarze ochrony zdrowia w Polsce tego typu działania skoncentrowane są w trzech głównych grupach. Są to:

- badania kliniczne prowadzone przez podmioty globalne;
- badania prowadzone przez kluczowych polskich graczy rynkowych;
- badania prowadzone przez spółki badawczo-rozwojowe i start-upy.

Badania kliniczne realizowane w Polsce na zlecenie globalnych firm farmaceutycznych są w 85 badaniami II i III fazy, czyli prowadzonymi do lepszego poznania preparatu oraz do masowego potwierdzenia jego skuteczności i bezpieczeństwa. Liczba nowo rozpoczynanych badań w ostatnich latach była stabilna i wahała się między 400 a 450 nowych wniosków rocznie. W 2020 roku zostało złożonych do rejestracji 597 wniosków o rozpoczęcie badania klinicznego produktu leczniczego i była to najwyższa w historii liczba wniosków o rozpoczęcie badania klinicznego złożona w danym roku. Najwięcej badań klinicznych (ponad 29%) dotyczy produktów leczniczych stosowanych w onkologii. 8% wniosków dotyczyło badań klinicznych zaplanowanych dla populacji pediatrycznej. W 2020 roku do Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych wpisano 459 badań klinicznych produktów leczniczych, w tym 20 badań sponsorów niekomercyjnych.

W Polsce przeważająca większość badań klinicznych jest realizowana na podstawie protokołów badawczych zagranicznych koncernów farmaceutycznych. Pomimo istnienia rodzimych podmiotów o wysokim potencjale ich zaangażowanie w prowadzenie badań klinicznych jest niewystarczające.

²⁰³ WHO (2019), *Global Observatory on Health R&D*; <https://www.who.int/research-observatory/monitoring/inputs/gerd/en/>; dostęp 11.12.2019.

Negatywną cechą badań klinicznych w Polsce jest bardzo niska liczba niekomercyjnych badań klinicznych – około 1% w porównaniu z kilkudziesięcioma procentami w krajach Europy Zachodniej. Wśród wniosków złożonych w 2020 r. aż 62 wnioski dotyczyły badań niekomercyjnych (dla porównania w 2019 roku wpłynęło 18 tego typu wniosków). Sytuacja ta może ulec znacznej poprawie dzięki działalności Agencji Badań Medycznych.

Miało to swoje podłoże w równorzędnym dotąd traktowaniu badań komercyjnych i niekomercyjnych, co skutkowało obciążeniami dokumentacyjnymi i ubezpieczeniowymi niemal nie do spełnienia dla niekomercyjnego zespołu badawczego. Dodatkowo brakowało źródeł finansowania ze środków publicznych niekomercyjnych badań klinicznych. Jednocześnie, wśród polskich ośrodków badawczych w niewielkim stopniu rozwinięte są struktury współpracy. Zmieni się to dzięki powoływanej przez Agencję Badań Medycznych Polskiej Sieci Ośrodków (PSO), która będzie jednoczyć i wspomagać działalność najlepszych ośrodków badań klinicznych w Polsce. Polska na razie zaistniała na arenie Europejskiej Sieci Infrastruktur Badań Klinicznych (ECRIN) jako 3 letni obserwator, z docelowym zamiarem stania się po tym czasie pełnoprawnym członkiem ECRIN. Chociaż pod względem liczby badań Polska znajduje się na 7. miejscu w UE, *per capita* realizuje prawie dwukrotnie mniej badań niż inne kraje z Europy Środkowo-Wschodniej. Przyczyn małej popularności badań wśród pacjentów należy upatrywać w:

1. niskim zaufaniu do badań klinicznych co może być skutkiem braku właściwej edukacji;
2. braku polskojęzycznej wyszukiwarki aktualnie prowadzonych badań klinicznych, szczególnie tych z otwartą aktualnie rekrutacją;
3. niewystarczającej popularyzacji i samego zagadnienia badań klinicznych.

Rozwój polskiego rynku farmaceutycznego doprowadził do wykształcenia się silnych graczy na rynku lokalnym, z ambicjami międzynarodowymi, zainteresowanych rozwijaniem i komercjalizacją innowacyjnych projektów. Jednocześnie bardzo wysokie koszty prowadzenia badań klinicznych wieloośrodkowych, na dużych i zróżnicowanych populacjach pacjentów generuje olbrzymie koszty prowadzenia takich badań, co zniechęca lub wręcz uniemożliwia prowadzenie badań faz III na gruncie polskich firm farmaceutycznych.

Raport OECD i KE *Health at a Glance 2018*, analizujący sytuację ochrony zdrowia w 35 krajach europejskich, wskazuje, że ponad jedna piąta nakładów na zdrowie jest wydawana nieefektywnie. Inwestycje w ochronę zdrowia, w szczególności podnoszące efektywność i wprowadzające innowacje, przyczyniają się do wydłużenia i poprawy jakości życia pacjentów, co z kolei przyczynia się do rozwoju państwa²⁰⁴.

Podjęte działania

Zadania na rzecz rozwoju gospodarczego i społecznego państwa w oparciu o wyniki badań naukowych są realizowane przede wszystkim przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (NCBR) oraz Narodowe Centrum Nauki (NCN) – agencje wykonawcze podległe Ministerstwu Edukacji i Nauki.

Misją NCN jest wspieranie działalności naukowej w zakresie badań podstawowych. Badania te nie dotyczą jednak w szczególności sektora ochrony zdrowia. Jedyne nabór realizowany dotąd przez NCN w obszarze ochrony zdrowia to konkurs pn. „Szybka ścieżka na badania

²⁰⁴ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 49.

COVID-19”. Jednakże, co do zasady, wszelkie tematy, także dotyczące ochrony zdrowia, mogą być realizowane w ramach wszystkich konkursów ogłaszanych przez ww. instytucję.

Zadaniem NCBR jest natomiast wspomaganie polskich jednostek naukowych oraz przedsiębiorstw w tworzeniu i wykorzystywaniu wyników badań naukowych w praktyce (ich komercjalizacji). Poprzez współfinansowanie procesów badawczo-rozwojowych w polskich firmach i na uczelniach NCBR zmniejsza ryzyko biznesowe towarzyszące opracowywaniu i wdrażaniu przełomowych projektów. Jednocześnie poprzez swoje działanie zachęca doświadczonych i rozpoczynających działalność przedsiębiorców do podjęcia prac nad innowacjami. NCBR wdraża i realizuje także projekty międzynarodowe (w tym współfinansowane ze środków europejskich) i wiele programów krajowych, które dotyczą m.in. sektora ochrony zdrowia²⁰⁵.

Projekty dotyczące ochrony zdrowia w okresie programowania polityki spójności w latach 2014–2020 współfinansowane są ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR) w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjny Rozwój (PO IR). PO IR to największy w obecnym okresie programowania w UE program wspierający rozwój badań i tworzenie innowacji. Wsparcie jest przeznaczone na realizację projektów B+R, które obejmują badania przemysłowe i prace rozwojowe.

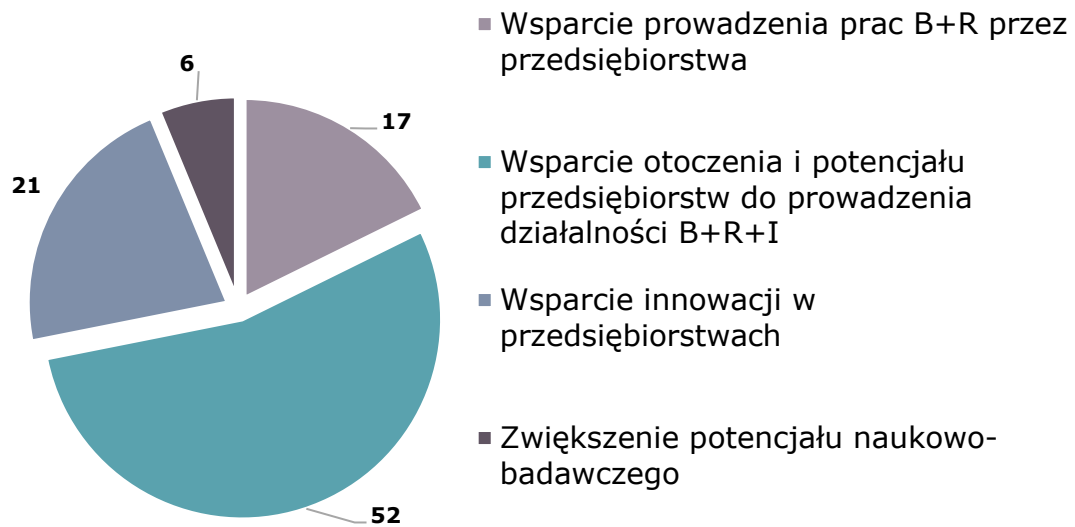
W ramach PO IR realizowane są m.in. działania dotyczące *Narzędzia 31 Wsparcie rozwoju prac B+R+I w obszarze zdrowia*, określonego w ramach dokumentu *Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*.

Według stanu na 31 grudnia 2019 r. w obszarze zdrowia w ramach I Osi Priorytetowej *Wsparcie prowadzenia prac B+R przez przedsiębiorstwa* realizowanych jest 17 projektów o wartości unijnego dofinansowania prawie 111 mln zł (26% ogółu środków finansowych dedykowanych ochronie zdrowia w ramach Programu). Najwięcej projektów realizowanych jest w ramach II Osi Priorytetowej *Wsparcie otoczenia i potencjału przedsiębiorstw do prowadzenia działalności B+R+I* (52 projekty o wartości dofinansowania 226 mln zł, co stanowi 52% ogółu środków dedykowanych ochronie zdrowia w ramach Programu). W ramach III Osi Priorytetowej *Wsparcie innowacji w przedsiębiorstwach* zawarto umowy o dofinansowanie 21 projektów dotyczących nauki w obszarze ochrony zdrowia o wartości 14 mln zł, co stanowi 3% ogółu środków dedykowanych ochronie zdrowia w ramach Programu. Najmniej projektów (6) realizowanych jest w ramach IV osi *Zwiększenie potencjału naukowo-badawczego*, przy stosunkowo wysokiej wartości unijnego dofinansowania – prawie 85 mln zł (19% ogółu środków dedykowanych ochronie zdrowia w ramach Programu).

Ryciny 59–61 przedstawiają wykaz projektów realizowanych w ramach PO IR, dla których wskazano opiekę zdrowotną jako główną dziedzinę działalności gospodarczej, a także odpowiadająca im wielkość wkładu UE (nominalnie – w mln PLN oraz jako udział w %) wg stanu na dzień 31 grudnia 2019 r.

²⁰⁵ Strona internetowa Narodowego Centrum Badań i Rozwoju,
https://www.ncbr.gov.pl/fileadmin/publikacje/Raport_2018_ost.pdf, dostęp 07.05.2020.

Rycina 59. Liczba projektów realizowanych w ramach PO IR w obszarze opieki zdrowotnej wg osi priorytetowej



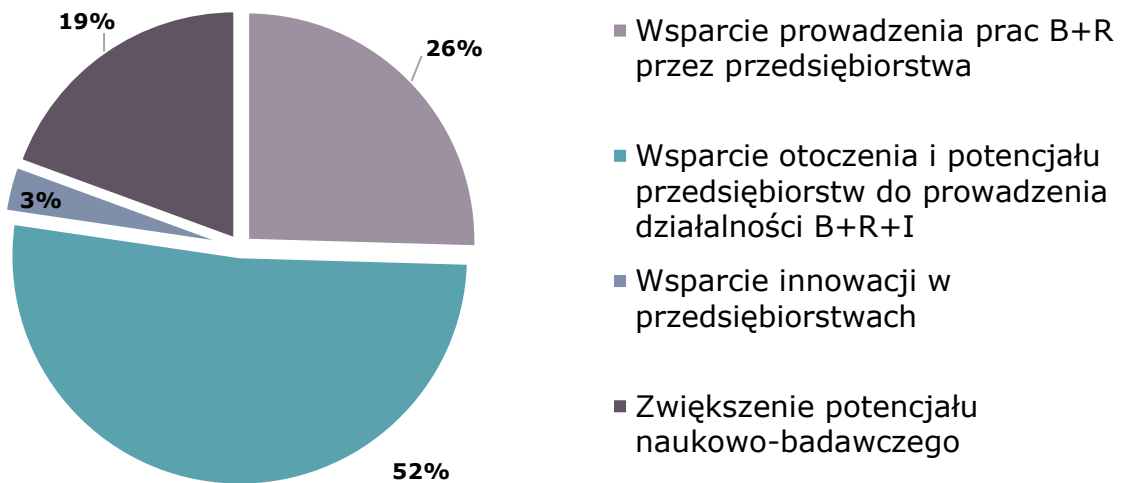
(źródło: analiza MZ, 2020, na podstawie danych z SL 2014)

Rycina 60. Wartość projektów (wkład UE – środki EFRR) realizowanych w ramach PO IR w obszarze opieki zdrowotnej (w mln zł) wg osi priorytetowej



(źródło: analiza MZ, 2020, na podstawie danych z SL 2014)

Rycina 61. Udział procentowy wartości projektów (wkład UE – środki EFRR) realizowanych w ramach PO IR w obszarze opieki zdrowotnej wg osi priorytetowych



(źródło: analiza MZ, 2020, na podstawie danych z SL 2014)

Jak pokazują powyższe ryciny, zdecydowanie największa alokacja (a także liczba projektów) w ramach PO IR skierowana na rozwój innowacyjności w sektorze ochrony zdrowia została przeznaczona na zwiększenie potencjału naukowo-badawczego. POIR wspiera w ochronie zdrowia głównie projekty B+R oraz związane z rozwojem infrastruktury B+R realizowane m.in. przez instytuty badawcze oraz uczelnie medyczne.

Jednym z programów strategicznych realizowanych przez NCBR jest program o nazwie „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych – STRATEGMED”. Budżet całkowity programu to 800 mln zł. Głównym celem jest uzyskanie zasadniczego postępu w zakresie medycyny regeneracyjnej oraz zwalczania chorób cywilizacyjnych na bazie wyników badań naukowych i prac rozwojowych w obszarach: kardiologii i kardiologii, onkologii, neurologii i badania zmysłów. Wśród celów szczegółowych programu należy wymienić m.in. wykreowanie dynamicznych, młodych zespołów badawczych w międzynarodowym składzie i o silnej, udokumentowanej pozycji międzynarodowej oraz transfer know-how i nowych technologii w zakresie profilaktyki, diagnostyki, terapii i rehabilitacji z polskich instytucji naukowych (publicznych organizacji badawczych) do gospodarki. W 2018 r. przeprowadzono ewaluację projektu, która wykazała istotne efekty medyczne, społeczne i ekonomiczne poszczególnych projektów z zastrzeżeniem, że ich realizacja w ograniczonym stopniu przyczynia się do osiągnięcia szeroko zdefiniowanego celu głównego programu. W wyniku przedmiotowej ewaluacji rekomendowano zmiany, wskazując jednocześnie na potrzebę kontynuacji programu. W tym samym roku kontynuowano finansowanie 45 projektów, rozdysponowując kwotę 112,1 mln zł, a także oceniono 43 raporty okresowe beneficjentów programu.

W NCBR prowadzone są również prace nad propozycją projektu strategicznego programu badań naukowych i prac rozwojowych „Zaawansowane technologie informacyjne, telekomunikacyjne i mechatroniczne – INFOSTRATEG”. Ww. program ma za zadanie wspierać wysokobudżetowe projekty B+R w ramach następujących pięciu strategicznych obszarów (kierunków) badań wskazanych przez Komisję ds. Programów Strategicznych Rady Centrum NCBR:

- Obszar 1: Przetwarzanie obrazów ze szczególnym uwzględnieniem zdjęć satelitarnych.
- Obszar 2: Metody informatyczne w medycynie spersonalizowanej, diagnostyce, terapii i chemoinformatyce.
- Obszar 3: Uczenie maszynowe w robotyce ze szczególnym uwzględnieniem sterowania autonomicznymi urządzeniami.
- Obszar 4: Cyberbezpieczeństwo dla obywateli, przedsiębiorstw i administracji.
- Obszar 5: Inteligentne systemy sterowania, zarządzania i łączności.

Według danych GUS przemysł farmaceutyczny jest najbardziej aktywnym pod kątem innowacji sektorem polskiej gospodarki. W celu zwiększenia konkurencyjności polskiej farmacji za granicą w perspektywie do 2026 r., w sierpniu 2018 r. NCBR ogłosiło w ramach Działania 1.2 „Sektorowe programy B+R” PO IR konkurs nr 3/1.2/2018 Program sektorowy InnoNeuroPharm²⁰⁶. Budżet konkursu wynosił 230 mln zł.

Dofinansowanie projektów z Europejskich Funduszy Inwestycyjnych i Strukturalnych (EFIS) w obszarze B+R+I dotyczących m.in. ochrony zdrowia można również uzyskać w ramach RPO, na podstawie Regionalnych Inteligentnych Specjalizacji (RIS) dla których instytucjami

²⁰⁶ Strona internetowa Narodowego Centrum Badań i Rozwoju;
https://www.ncbr.gov.pl/fileadmin/publikacje/Raport_2018_ost.pdf; dostęp 07.05.2020.

zarządzającymi są urzędy marszałkowskie. Natomiast projekty z obszarów o najwyższym potencjale naukowym i gospodarczym zdefiniowane zostały jako tzw. Krajowe Inteligentne Specjalizacje (KIS). W ich ramach powstają innowacyjne rozwiązania, podnoszące wartość dodaną wytwarzaną w gospodarce, a także zwiększające jej konkurencyjność. Do kluczowych obszarów, które mają stanowić podstawę wzrostu gospodarczego, należą m.in. działania na rzecz podnoszenia stanu zdrowia społeczeństwa (np. technologie medyczne czy nowoczesna diagnostyka²⁰⁷.

Istotnym krokiem na drodze rozwoju badań medycznych w Polsce było wspomniane już utworzenie w 2019 r. Agencji Badań Medycznych (ABM) – jednostki odpowiedzialnej za rozwój badań naukowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Działania Agencji mają na celu wsparcie budowy innowacyjnego systemu opieki zdrowotnej poprzez ocenę czy nowe technologie medyczne i metody terapeutyczne powinny być stosowane dla zaspokojenia potrzeb społeczeństwa.

ABM odpowiada za realizację publicznych programów dotacyjnych z finansowaniem przeznaczonym na niekomercyjne badania kliniczne w Polsce. Finansowane i rozwój badań klinicznych, umożliwiają polskim pacjentom dostęp do najnowszych technologii, są również szansą dla polskich naukowców na udział w światowych badaniach. Już w pierwszych dwóch latach funkcjonowania Agencji planowane jest przeznaczenie na te działania ponad 300 mln zł w ramach ogłaszanych konkursów.

Agencja wspiera także zwiększanie wydajności funkcjonowania opieki zdrowotnej poprzez działalność analityczną w zakresie oceny podejmowanych decyzji i ich wpływu na koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Realizuje własne badania naukowe i prace rozwojowe, a także inicjuje i rozwija współpracę międzynarodową w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Sektor badań i rozwoju w ochronie zdrowia, a w szczególności komercyjne badania kliniczne, rozwijany jest w Polsce od lat też m.in. w branży farmaceutycznej i wyrobów medycznych. Sektor farmaceutyczny uchodzi za jeden z najbardziej innowacyjnych obszarów, w którym na działalność B+R przeznacza się duże środki finansowe. Jak się jednak okazuje, zwrot z tej inwestycji jest coraz mniejszy. Według raportu pt. *Measuring the return from pharmaceutical innovation 2015. Transforming R&D returns in uncertain times*, przygotowanego przez firmę doradczą Deloitte, w 2015 r. wyniósł on zaledwie 4,2 proc., podczas gdy pięć lat wcześniej było to 10,1 proc.²⁰⁸

W związku z tym planowane są mechanizmy i zachęty finansowe, takie jak Rozwojowy Tryb Refundacyjny (RTR), mające na celu długoterminowe zwiększenie bezpieczeństwa lekowego kraju poprzez promocję rozwoju przemysłu farmaceutycznego w Polsce. Pierwsze prace nad założeniami RTR rozpoczęły się jeszcze w 2016 r. w ramach współpracy Ministerstwa Zdrowia z ówczesnym Ministerstwem Rozwoju.

²⁰⁷ Publikacja Deloitte Polska *Badania i rozwój w przedsiębiorstwach 2016*; https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pl/Documents/Reports/pl_RD-2016-Poland-PL.pdf, dostęp 07.05.2020.

²⁰⁸ Strona internetowa Magazynu „Kierunek Farmacja”, „Mniejsze firmy farmaceutyczne radzą sobie lepiej z działalnością R&D niż rynkowi liderzy”, <https://www.kierunekfarmacja.pl/artukul,26429,mniejsze-firmy-farmaceutyczne-radza-sobie-lepiej-z-dzialalnoscia-rd-niz-rynkowi-liderzy.html>, data publikacji: 08.04.2016 r.; dostęp 05.05.2020.

W 2019 r. opracowano raport nt. rekomendacji implementacji do polskiego porządku prawnego RTR²⁰⁹. Raport składa się z części analitycznej oraz legislacyjnej. Jak stanowią zapisy przedmiotowego raportu, przywołującego cele Polityki Lekowej Państwa 2018–2020, Polityka Lekowa Państwa 2018–2022 (dokumentu, który określa priorytety działań rządu Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie gospodarowania lekami) w latach 2018–2022 powinna nastąpić poprawa poziomu innowacyjności sektora farmaceutycznego w Polsce. Do realizacji tego celu może się przyczynić m.in. wdrożenie RTR, który będzie wspierał aktywność firm budujących ekosystem proinnowacyjnego przemysłu farmaceutycznego w Polsce, takie jak: rozbudowa zaplecza badawczo-rozwojowego, tworzenie popytu na wyspecjalizowane usługi okołoinnowacyjne, a także rozbudowa bazy produkcyjnej (ze szczególnym naciskiem na wytwarzanie terapii biotechnologicznych). RTR przewiduje przyznanie m.in. preferencji refundacyjnych (ale także rozwiązania z grupy narzędzi grantowych, poza zakresem szczegółowych rozwiązań²¹⁰).

PODSUMOWANIE

- W Polsce nakłady na badania i rozwój mają jeden z najniższych poziomów w krajach OECD oraz UE.
- Wartość nakładów na B+R w obszarze ochrony zdrowia w Polsce szacowana jest na 2,4 mld zł (2017)²¹¹. Na tę kwotę składają się badania podstawowe, badania stosowane, badania przemysłowe i prace rozwojowe.
- Wydatki na ochronę zdrowia, a w szczególności na działania podnoszące efektywność i wprowadzanie innowacji nie powinny być postrzegane jako koszty ograniczane przez możliwości dostępnego budżetu, ale raczej jako inwestycje w jeden z głównych czynników rozwoju państwa.
- Jednocześnie należy zauważyć, że w ostatnim czasie zainicjowano w Polsce realizację szeregu programów współfinansowanych zarówno ze środków europejskich, jak i krajowych, w ramach których wdrażanych jest wiele projektów, mających na celu rozwój działań badawczych i innowacyjności w ochronie zdrowia.
- Szczególne znaczenie dla rozwoju tego obszaru mają instytucje podległe resortowi nauki i szkolnictwa wyższego takie jak NCBR oraz NCN, a także utworzona w 2019 r. Agencja Badań Medycznych, jako jednostka podległa MZ, której misją jest rozwój badań naukowych w Polsce.

²⁰⁹ Raport końcowy w zakresie rekomendacji implementacji do polskiego porządku prawnego Rozwojowego Trybu Refundacyjnego (RTR) opracowany na zlecenie Ministerstwa Przedsiębiorczości i Technologii w ramach projektu współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego przez konsorcjum w składzie Czyżewscy Kancelaria Adwokacka s.c. Katarzyna Czyżewska, Krzysztof Czyżewski oraz PEX PharmaSequence Sp. z o.o.; <https://www.gov.pl/web/rozwoj/raport-nt-rekomendacji-implementacji-do-polskiego-prawa-rtr>.

²¹⁰ Informacje opracowane na podstawie komunikatu i raportu zamieszczonego na stronie internetowej Ministerstwa Rozwoju: <https://www.gov.pl/web/rozwoj/raport-nt-rekomendacji-implementacji-do-polskiego-prawa-rtr>.

²¹¹ GUS BDL, Nakłady wewnętrzne na działalność B+R według dziedzin B+R; <https://bdl.stat.gov.pl>; dostęp 11.12.2019.

JAKOŚĆ W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Jakość jest pojęciem wielowymiarowym i złożonym pod względem jej oceny. Badania nad jakością pozwalają wyróżnić następujące jej wymiary: skuteczność, wydajność, dostęp do opieki, bezpieczeństwo, równość, odpowiedniość udzielonych świadczeń, opieka udzielona w odpowiednim czasie, akceptowalność, dostosowanie do potrzeb zdrowotnych (responsywność), poziom satysfakcji, popraw²¹² stanu zdrowia, zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń^[99].

Jedna z bardziej upowszechnionych definicji „jakości” została opracowana przez Światową Organizację Zdrowia. Zgodnie z podejściem WHO „jakość” to świadczenie, które odpowiada określonym kryteriom i aktualnemu stanowi wiedzy medycznej w ramach posiadanych zasobów, zapewniając pacjentowi maksymalną korzyść zdrowotną oraz minimalne ryzyko utraty zdrowia²¹³. Pionierem teoretycznych rozważań nad tematyką jakości w opiece zdrowotnej był Donabedian, jeden z twórców podstaw nowoczesnego systemu jakości w opiece zdrowotnej. Według jego koncepcji „jakość to ten rodzaj opieki, w którym maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę oczekiwanych korzyści i strat towarzyszących procesowi opieki we wszystkich jego elementach”²¹⁴.

W trosce o poprawę jakości w opiece zdrowotnej podejmowane są inicjatywy i działania projakościowe, mające na celu polepszenie i/lub utrzymanie jakości w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych. Na poziom jakości w opiece zdrowotnej wpływ mają zasoby medyczne, kadrowe, infrastrukturalne i finansowe oraz sposób ich zorganizowania. W ramach działań systemu niezbędne jest zapewnienie społeczeństwu profilaktyki, promocji zdrowia, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, przy jednoczesnym spełnianiu oczekiwań z zakresu bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności²¹⁵.

Stosowanymi systemami zewnętrznej oceny jakości w Polsce w podmiotach leczniczych są: akredytacja Ministra Zdrowia, która dotyczy głównie jednostek lecznictwa zamkniętego oraz ocena zgodności z międzynarodową normą EN ISO 9001:2015 – system zarządzania jakością (ang. *Quality management systems*), który można uznać za uniwersalny dla wszystkich form organizacyjnych podmiotów leczniczych.

Wśród zewnętrznych metod zapewnienia wysokiej jakości świadczeń akredytacja jest najszerszej sprawdzoną na świecie. Akredytacja to „zewnętrzny proces oceny, który dotyczy instytucji opieki zdrowotnej dobrowolnie poddających się ocenie opartej na określeniu stopnia zgodności z wcześniej znanymi standardami akredytacyjnymi, wykonywanej przez bezstronną i niezależną w decyzjach profesjonalną placówkę akredytacyjną, która przyznając akredytację, wydaje stosowne świadectwo”. Jej rola we współczesnych systemach zdrowotnych polega głównie na wyszukiwaniu zagadnień, które w największym stopniu wpływają na poziom świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów. W tych obszarach tworzone są mierzalne kryteria oceny placówek opieki zdrowotnej określonego typu, np. szpitali, lecznictwa otwartego czy zakładów opieki długoterminowej, zwane standardami akredytacyjnymi. Standardy te mają

²¹² Legido-Quigley H., McKee M., Nolte E., Glinos I.A., *Assuring the quality of Health Care in the European Union*, WHO, 2008, str. 35.

²¹³ Trela U., *Zarządzanie jakością w placówce medycznej. Certyfikacja systemów zarządzania, akredytacja Ministra Zdrowia*; Wydanie II uaktualnione Wiedza i Praktyka; Warszawa 2014: 9-14.

²¹⁴ Pintal-Ślimak M., Makandjou-Ola E., Pietruczuk M., *Jakość w opiece zdrowotnej, Diagnostyka laboratoryjna w Journal of Laboratory Diagnostic* 2018; 54(3) str. 198.

²¹⁵ Saryusz-Wolska H., Wronka M., *Efektywności w opiece zdrowotnej – zarys wielowymiarowego problemu w okresie transformacji*, Studia Ekonomiczne/Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach 2013; (168) 256-269, str. 256.

charakter dynamiczny, podlegają okresowej modyfikacji, zależnie od szybkości wywoływania pożądanych efektów. Dzięki temu spełnione jest założenie akredytacji polegające na stałym stymulowaniu do osiągania poziomu optimum, jaki wyznaczają standardy akredytacyjne. Każdorazowo wymogi standardów muszą być na poziomie możliwie wysokim, a przy tym jednak realnie osiągalnym.

Najcenniejszym elementem systemu akredytacji jest to, że pojedyncza placówka, taka jak szpital, ma możliwość dokonania samooceny poprzez porównanie się z wzorcami dobrego postępowania jakimi są przyjęte standardy akredytacyjne. Określenie w ten sposób własnych słabych stron pozwala osobom zajmującym się jakością na poszukiwanie sposobów poprawy funkcjonujących wewnątrz jednostki procesów.

Zasady i tryb udzielania akredytacji zostały określone w *ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia* (Dz. U. z 2016 r. poz. 2135). Zasady procedury oceniającej spełnienie standardów akredytacyjnych reguluje *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokość opłat za jej przeprowadzenie* (Dz. U. poz. 1216, z późn. zm.). Akredytacji udziela Minister Zdrowia na 3 lata w formie certyfikatu akredytacyjnego, kierując się rekomendacją Rady Akredytacyjnej. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJWOZ) pełni funkcję ośrodka akredytującego zajmującego się organizacją i przeprowadzeniem przeglądów akredytacyjnych oraz opracowywaniem raportu z przeglądu i proponowaniem oceny akredytacyjnej. Proces akredytacji w ochronie zdrowia reguluje sposób weryfikowania jakości w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych. Jej celem jest potwierdzenie, czy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych spełnia standardy dotyczące właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz funkcjonowania podmiotu leczniczego. Poddanie się kontroli akredytacyjnej jest dobrowolne. W praktyce oznacza to, że nie wszystkie podmioty lecznicze decydują się na weryfikację spełniania standardów jakości. Stan na maj 2020 r. ²¹⁶:

- 211²¹⁷ akredytowanych szpitali z 949²¹⁸ szpitali w Polsce, czyli 22,23%;
- 239²¹⁹ akredytowanych placówek POZ z 22 tys. przychodni²²⁰, czyli 1,09% podmiotów.

Standard zarządzania systemem jakości ISO 9001:2008 został szeroko przyjęty w Polsce. Należy stwierdzić, że nie jest narzędziem profesjonalnym do tworzenia i oceny jakości w szpitalach, nie jest dedykowany bezpośrednio rynkowi usług medycznych i nie stanowi czynnika kreującego w wystarczającym stopniu jakość końcową usługi medycznej. Szpitale wdrażające ten standard różnie interpretują poszczególne zapisy normy, co stwarza realne „różnicowanie jakości”, pomimo posiadania takich samych tzw. „jednakowych” certyfikatów przez poszczególne szpitale. Ponadto istnieje bardzo wiele jednostek certyfikujących szpitale na zgodność z normami ISO 9001:2008, które również powinny być poddawane branżowym akredytacjom. Zarządzający szpitalami często nie dysponują wiedzą, które jednostki, posiadają specjalne uprawnienia do certyfikacji szpitali.

²¹⁶ www.cmj.org.pl; dostęp 04.02.2021.

²¹⁷ Według stanu na 13.05.2020.

²¹⁸ Zgodnie z danymi GUS o liczbie szpitali ogólnych.

²¹⁹ Według stanu na 04.02.2021.

²²⁰ W raporcie GUS - Przychodnia – przedsiębiorstwo/zakład leczniczy podmiotu leczniczego, w którym udziela się ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. Przychodnie łącznie z ośrodkami zdrowia, poradniami, ambulatoriami i izbami chorych oraz zakładami badań diagnostycznych i medycznymi laboratoriami diagnostycznymi. Łącznie z danymi o placówkach podległych resortom MON i MSWiA.

Oprócz możliwości ubiegania się o miano ośrodka akredytowanego przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, istnieje sposobność pozyskania certyfikatu poświadczającego o zarządzaniu jakością zgodnie z normami ISO, które są powszechnie uznawane za podstawę budowania systemów zarządzania jakością we wszystkich organizacjach, bez względu na rodzaj ich działalności. Ich powszechność zastosowania (za zgodność z ISO 9001 może wystąpić firma transportowa, jak również zakład fryzjerski) powoduje, że trudno ocenić ich realny wpływ na poprawę jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta.

Podstawowym wyzwaniem w zakresie zarządzania jakością w systemie ochrony zdrowia jest z jednej strony niedosyt narzędziowy w tym obszarze, a z drugiej strony kwestia oceny praktyczności narzędzi stosowanych obecnie i ich faktycznego przełożenia na wysoką (a nie tylko powtarzalną) jakość.

Na jakość w systemie opieki zdrowotnej mają również wpływ zasoby organizacyjne podmiotów leczniczych i instytucji zaangażowanych w sektor zdrowia. Wyzwaniem pozostaje zapewnienie kadry zarządzającej i właściwej infrastruktury celem realizacji działań wspomagających udzielanie usług zdrowotnych dla pacjentów²²¹.

Zadaniem podmiotów ochrony zdrowia jest udzielanie sprawnej pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia oraz skutecznej diagnostyki i leczenia, przyczyniające się do poprawy jakości życia. Istotne jest stałe monitorowanie wskaźników uzyskiwanych wyników leczenia oraz weryfikowanie czy istnieje równy dostęp do świadczeń medycznych, w tym monitorowanie czasu oczekiwania. Dla poprawy skuteczności istotne jest odnoszenie oceny do poszczególnych świadczeniodawców²²²

Informacje pozyskiwane z powyższych rejestrów winny przede wszystkim stymulować poszukiwanie sposobów poprawy jakości opieki medycznej²²³. Ponadto informacje i wiedza pozyskana z rejestrów medycznych umożliwia działania promujące zdrowie i zapobieganie chorobom. Rejestry medyczne usprawniają funkcjonowanie opieki zdrowotnej w Polsce przez umożliwienie dokonywania porównań i oceny skuteczności, kompleksowości, efektywności i bezpieczeństwa, a także zgodności z aktualną wiedzą medyczną, najlepszego dostosowania do potrzeb zdrowotnych. Wnioski z rejestrów medycznych pozwalają także na wypracowanie i aktualizację dobrej praktyki klinicznej.

Kolejnym ważnym aspektem związanym z jakością opieki zdrowotnej jest ograniczenie zdarzeń niepożądanych. Statystyki światowe wskazują, że corocznie ok. 7–12% pacjentów korzystających z opieki szpitalnej doświadcza szkody z powodu zdarzeń niepożądanych. Tymczasem 40–70% zdarzeń niepożądanych można zapobiec. Szacuje się, że ok. 15% wydatków szpitalnych można przypisać kosztom związanym z ww. zdarzeniami²²⁴. Bezpieczeństwo opieki zdrowotnej stanowi, oprócz jakości, podstawowy wymiar nowoczesnych systemów ochrony zdrowia²²⁵.

²²¹ Kwestia kształcenia i doskonalenia kadr została opisana w osobnym podrozdziale *Kadry ochrony zdrowia*.

²²² Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 42.

²²³ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 52.

²²⁴ Sławomirski L, Aaraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: *Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*. Paris: OECD; 2017

²²⁵ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 52.

Podjęte działania

Obecnie procedowana jest ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, który zakłada wdrożenie obowiązkowego systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych oraz minimalnych wymagań dotyczących jakości w opiece zdrowotnej. Ważnym elementem działań na rzecz jakości w opiece zdrowotnej są również działania podejmowane w celu tworzenia i rozwoju rejestrów medycznych. Wprowadzenie ustawy o jakości, która pozwoli również na każdym poziomie systemu ochrony zdrowia zaimplementować mechanizmy akredytacji, zostało ogłoszone w dokumencie programowym "Polski Ład".

W MZ realizowany jest również projekt PO WER pt. „Podnoszenie jakości opieki nad pacjentem w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”. Celem głównym tego projektu jest opracowanie modelu podnoszenia jakości opieki w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz jego wdrożenie przez szkolenia liderów oraz tworzenie grup rówieśniczo-partnerskich. Tworzenie grup rówieśniczo-partnerskich przez przeszkolonych liderów posiadających zdolności zarządcze oraz predyspozycje do pracy w grupie, a następnie regularnie odbywające się spotkania uczestników tych grup (pod kierunkiem ww. lidera), pozwolą na ich rozwój zawodowy, poszerzanie wiedzy, zdobywanie nowych doświadczeń i umiejętności. Dzięki temu będą mogli w swoich podmiotach wprowadzać rozwiązania poprawiające jakość opieki, a ich doświadczenia posłużą do opracowania rozwiązań organizacyjnych dla całego systemu ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Projekt skierowany jest do lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ. W pierwszej kolejności będą to aktywni lekarze, zainteresowani rozwijaniem swoich umiejętności zarządczych (planowana liczebność ww. grupy 128 osób), a następnie wykorzystywaniem ich do budowania i prowadzenia lokalnych grup rówieśniczo-partnerskich. Drugą grupą docelową będą natomiast lekarze POZ chcący być uczestnikami ww. grup (planowana liczebność: 800 lekarzy POZ). Podobny cel ma również obecnie realizowany w MZ projekt PO WER pn. „Wsparcie procesu poprawy jakości w patomorfologii poprzez wdrożenie standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi”, w ramach którego zaplanowano akredytowanie zakładów/pracowni patomorfologii. Zgodnie z założeniami pierwsze akredytacje zakładów patomorfologii spodziewane są na przełomie 2021/2022 r. Wprowadzenie – w oparciu o pilotaż projektu PO WER – akredytacji to realizacja założeń zmierzających do podniesienia jakości opieki nad pacjentem, szczególnie onkologicznym. Akredytacja ma na celu wyznaczenie jednolitych zasad postępowania w zakresie diagnostyki patomorfologicznej, niezależne od wielkości jednostki, rodzaju/rodzajów materiałów podlegających diagnostyce, czy struktury własnościowej zakładu/pracowni patomorfologii. Projekt przewiduje przeprowadzenie przeglądów akredytacyjnych (tzw. wizyt akredytacyjnych) w celu oceny standardów w 50 zakładach/pracowniach patomorfologii oraz wydanie co najmniej 40 certyfikatów akredytacyjnych. Docelowo – w efekcie realizacji ww. projektu – planuje się wprowadzenie obowiązkowej akredytacji dla zakładów patomorfologii prowadzących badania finansowane przez NFZ.

CMJWOZ również realizuje projekty PO WER pn.:

- 1) Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki;
- 2) Wsparcie podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki,

których celem jest poprawa jakości i bezpieczeństwa opieki w podmiotach leczniczych, w głównej mierze poprzez wsparcie jednostek w procesie akredytacyjnym.

W związku z rozprzestrzeniającą się pandemią SARS-CoV-2 powstał Krajowy Rejestr Pacjentów z COVID-19 na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2020 r. w sprawie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 (Dz. U. poz. 625). W rejestrze zbierane są dane związane z diagnostyką zakażenia wirusem SARS-CoV-2, stanem zdrowia pacjenta, w tym objawy podczas przyjęcia pacjenta do szpitala lub izolatorium, wywiad epidemiologiczny i in. Dane z rejestru pozwalają na prowadzenie statystyki zakażeń COVID-19, analizę i monitorowanie bieżącego stanu epidemiologicznego oraz prognozowanie rozwoju epidemii, dzięki czemu umożliwiają podejmowanie decyzji koniecznych do ograniczenia negatywnych skutków pandemii.

PODSUMOWANIE

- Bezpieczeństwo pacjentów stanowi podstawowy wymiar jakości i priorytetową wartość w polityce zdrowotnej na całym świecie.
- Podstawą wiarygodnej oceny skuteczności i sprawności udzielania pomocy jest stałe monitorowanie wskaźników uzyskiwanych wyników leczenia, zapewnienie równego dostępu do świadczeń medycznych, w tym zagwarantowanie możliwie krótkiego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń.
- Najlepszym źródłem wiarygodnych danych są dedykowane rejestry kliniczne.

POLITYKA OPARTA NA WIEDZY

Powstanie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych związane było z koniecznością spełnienia wymogów Komisji Europejskiej w zakresie finansowania ze środków UE w perspektywie finansowej 2014–2020 inwestycji w ochronie zdrowia w oparciu o rzeczywiste dane (tzw. warunkowość *ex-ante*). Aktem wykonawczym wprowadzającym rozwiązania w postaci map potrzeb zdrowotnych są przepisy *ustawy z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. poz. 619).

Mapy potrzeb zdrowotnych były i są obecnie opracowywane przez Ministerstwo Zdrowia w ramach dwóch projektów systemowych:

- 1) Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych – współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Projekt był realizowany w latach 2014–2015;
- 2) Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW) – współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Projekt jest realizowany od 2015 r.

Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami wojewoda, na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych, ustala priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej na okres obowiązywania regionalnej mapy, w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych.

Opierając się na doświadczeniach MZ w zakresie tworzenia i wdrażania map potrzeb zdrowotnych, podjęto decyzję o nowelizacji systemu ich opracowywania i wdrożenia. Zastrzeżenia dotyczyły, m.in. składu wojewódzkiej rady, terminów tworzenia map, okresu obowiązywania map, niskiej skuteczności realizacji regionalnej polityki zdrowotnej i określania priorytetów, braku wynikających z map wniosków i rekomendacji.

Wobec powyższego, ustawą nowelizującą zostanie wprowadzone szereg zmian mających na celu usprawnienie organizacji tworzenia map potrzeb zdrowotnych i wykorzystania ich do kreowania polityki zdrowotnej na poziomie kraju i województwa.

W związku z tym, że Ministerstwo Zdrowia nabyło przez ostatnie lata doświadczenie w tworzeniu map potrzeb zdrowotnych i zbudowało zespół z odpowiednimi kompetencjami ustawa nowelizująca przewiduje kontynuację tego zadania w Ministerstwie Zdrowia. Kolejnymi argumentami przemawiającymi za pozostawieniem kwestii tworzenia map potrzeb zdrowotnych w Ministerstwie Zdrowia są ograniczone możliwości wojewodów do opracowania map, m.in. przez ograniczony dostęp do danych oraz narzędzi analitycznych. Ponadto pierwotna ustawa nie przewidywała skutków finansowych, dlatego też wojewodowie i NIZP-PZH nie będą w stanie zapewnić pracowników dla realizacji przewidzianych zadań w tym zakresie.

Zgodnie nowelizacją ustawy, mapa potrzeb zdrowotnych będzie składać się z analizy demograficznej i epidemiologicznej, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego, zamieszczane na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego oraz rekomendowanych kierunków działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw, tj. z uwzględnieniem regionalnych różnic w zdrowotności społeczeństwa i dostępności do opieki zdrowotnej. W ustawie nowelizującej wpisano przepis mówiący o współpracy Ministra Zdrowia z wojewodami w zakresie opracowania mapy potrzeb, w założeniu w szczególności w zakresie określania w mapie rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa. Na obecnym etapie współpraca ta przejawia się czynnym uczestnictwem Urzędów Wojewódzkich przy udziale OW NFZ w opracowaniu mapy potrzeb, która zostanie ogłoszona na podstawie ustawy nowelizującej. Działanie to pozwoli skrócić czas od momentu wejścia w życie ustawy nowelizującej do ogłoszenia pierwszej zmienionej na podstawie tej ustawy mapy potrzeb. Mapa będzie sporządzana raz na 5 lat, przy czym dane i analizy będą aktualizowane co roku. Dalsze zmiany dotyczą zastąpienia priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej nowym dokumentem o nazwie plan transformacji. Zmiana ta ma za zadanie jednoznacznie zidentyfikowanie i wzmocnienie ról podmiotów uczestniczących w procesie tworzenia i wdrażania mapy, z wyraźnym rozdzieleniem kompetencji w zakresie określania potrzeb zdrowotnych i wskazywania obszarów wymagających interwencji – przypadających Ministrowi Zdrowia – od proponowania konkretnych rozwiązań w postaci planów transformacji: krajowego – sporządzanego przez Ministra Zdrowia oraz wojewódzkich – sporządzanych przez właściwych wojewodów. Plany będą uwzględniały rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw wskazane w mapie oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia.

Wprowadzane plany transformacji będą mieć odmienny charakter od dotychczasowych priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. Priorytety miały charakter ogólny i bardzo szeroki zakres tematyczny, odzwierciedlający rozdrobniony wachlarz dziedzin medycyny, co

istotnie ograniczało zapewnienie efektywności tych priorytetów. Trudno było osiągnąć konsensus wśród członków rady, którzy reprezentowali, jako konsultanci wojewódzcy, wszystkie dziedziny medycyny, a każdy z nich traktował swoją dziedzinę jako bardziej istotną dla systemu ochrony zdrowia. Wobec powyższego, zmniejszono liczebność wojewódzkiej rady. Efektywność pracy ponad 100 osobowej rady, o zróżnicowanych interesach poszczególnych członków, jest trudna do osiągnięcia. Z uwagi na kompleksowość uwarunkowań lokalnych (np. struktura właścicielska podmiotów leczniczych), a także ograniczone narzędzia prawne, obecnie nie ma możliwości pełnej koordynacji i określania działań na poziomie centralnym. Dlatego w ustawie nowelizującej zaproponowano istotne zmiany, które posłużą poprawie procesu, tj. zmniejszenie liczby członków rad wojewódzkich i zapewnienie wyłącznie doradczej roli konsultantów wojewódzkich, którzy z racji swojej funkcji wycinkowo patrzą na potrzeby pacjentów; W skład nowej wojewódzkiej rady będą wchodzić przedstawiciele wojewody, Prezesa NFZ i AOTMiT, przedstawiciel marszałka województwa, konwentu powiatów danego województwa, państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, Ministra Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta oraz dyrektora NIZP – PZH. Przewodniczącym wojewódzkiej rady będzie wojewoda albo osoba przez niego wyznaczona.

Ponadto, plan transformacji będzie przyjmowany przez wojewodę, a nie jak w przypadku obecnych priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej przez wojewodę w porozumieniu z wojewódzką radą (co w praktyce, dla uzyskania jakiegokolwiek porozumienia, prowadziło do przyjmowania kompromisu w postaci bardzo szerokich list priorytetów, których jednoczesna realizacja nie była możliwa).

Plany transformacji zostały przewidziane w ustawie nowelizującej jako dokumenty o charakterze wdrożeniowym, które mają przewidywać konkretne działania (z przypisaniem m.in. podmiotu odpowiedzialnego, harmonogramu, kryteriów oceny, szacowane skutki finansowe działań, oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań, wskaźniki realizacji poszczególnych działań, w tym określające zabezpieczenie określonych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej), mające służyć realizacji rekomendacji zawartych w mapie potrzeb zdrowotnych, a przyjęty proces ich tworzenia ma sprzyjać uzyskaniu konsensusu zainteresowanych stron.

Ponadto wprowadzono po raz pierwszy dokument wdrożeniowy dla mapy potrzeb na poziomie krajowym – krajowy plan transformacji (dotychczas nie miał swojego odpowiednika). Potrzeba jego wprowadzenia wynika z faktu, że podejmowanie działań w części obszarów kluczowych z perspektywy systemu jest możliwe wyłącznie na poziomie krajowym (dotyczy to w szczególności kadr medycznych czy usieciowienia świadczeń zdrowotnych na poziomie ponadregionalnym). Dodatkowym aspektem planów transformacji, który w ocenie Ministra Zdrowia ma kluczowe znaczenie z punktu widzenia efektywności i racjonalizacji podjętych działań w sektorze ochrony zdrowia, są takie elementy, jak: monitoring, ocena śródkresowa oraz sprawozdanie końcowe, które w przyszłości pozwolą na ocenę, w jakim stopniu zostały osiągnięte cele i rezultaty zakładane w planie. Plany będą sporządzane na okres 5 lat.

Finansowanie inwestycji niezgodnych z rzeczywistymi i prognozowanymi potrzebami społeczeństwa powoduje występowanie nadpodaży niektórych usług medycznych, przy jednoczesnym niedoborze pożądaných świadczeń.

Z tego m.in. powodu w 2016 r. MZ opracowało i wdrożyło narzędzie wykorzystywane do opiniowania inwestycji – Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ). Ww. instrument, który ma formę systemu informatycznego, służy przeprowadzeniu kompleksowej oceny celowości inwestycji (OCI) w oparciu o kryteria dotyczące m.in. potrzeb pacjenta, jego rodziny lub opiekunów oraz personelu medycznego uczestniczącego w procesie

terapeutycznym chorego, organizacji świadczeń zdrowotnych, infrastruktury istniejącej oraz projektowanej, modernizowanych zasobów oraz finansowania ze strony publicznego płatnika, a także innowacyjności oraz walorów naukowych bądź dydaktycznych danej inwestycji.

Z dniem 1 stycznia 2021 r. weszły w życie zmiany w zakresie przepisów dotyczących wydawania OCI. Zmiany dotyczą przede wszystkim: poszerzenia grona podmiotów zobligowanych do posiadania pozytywnej opinii o jednostki samorządu terytorialnego, uzależnienia kontraktowania od posiadania pozytywnej OCI, wzmocnienia merytorycznej oceny dla inwestycji strategicznych o wartości kosztorysowej powyżej 50 mln zł, a także uproszczenia i elektronizacji procesu oceny.

Podjęte działania

W ostatnim czasie MZ przygotowało i udostępniło szeroką analizę problemów zdrowotnych w ramach Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW). W bazie tej dostępne są analizy dotyczące 5 problemów zdrowotnych: cukrzycy, udaru, niewydolności serca, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) oraz schizofrenii. Udostępnione przez MZ informacje obejmują następujące zagadnienia w zakresie POChP:

- 1) wprowadzenie: charakterystyka choroby, opis zbioru danych, kategoryzacja chorych;
- 2) analizy: epidemiologia, diagnostyka, choroby współistniejące, wielochorobowość, zaostrzenia, ścieżki leczenia – przepływy/grafy, analiza przeżycia, prognoza liczby wizyt.

Podobne statystyki i analizy są wykonane dla innych problemów zdrowotnych, tj. cukrzycy, udaru, niewydolności serca i schizofrenii.

Tworzenie programów polityki zdrowotnej zgodnie z zasadami Evidence Based Medicine (EBM) i Evidence Based Public Health (EBPH). ma na celu ukierunkowanie działań na dobro pacjenta, zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego oraz zaplanowanie uzyskania efektów zdrowotnych o największej wartości oraz optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów finansowych, kadrowych i rzeczowych²²⁶.

PODSUMOWANIE

- Polityka zdrowotna i kierunki jej rozwoju powinny być oparte na dowodach, faktach i mierzalnych parametrach/ wskaźnikach.
- W tym celu niezbędna jest operacjonalizacja mapy potrzeb zdrowotnych, rozumiana jako praktyczne wykorzystanie wniosków z niej płynących w procesie kreowania polityki zdrowotnej i podejmowania decyzji inwestycyjnych.

ODPOWIEDŹ NA STANY NAGŁE

20 marca 2020 r. wprowadzono w Polsce stan epidemii związany z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Stan epidemii wprowadzono na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491, z późn. zm.). Wydanie ww. rozporządzenia poprzedzone było tydzień wcześniej wydaniem – i tego samego dnia wejściem w życie – rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej

²²⁶ AOTMiT (2018), *Opis metodyki przeglądów systematycznych w zakresie interwencji zdrowia publicznego oraz tworzenia programów polityki zdrowotnej*; <https://power.aotm.gov.pl/matedu.php>; dostęp 06.05.2020.

stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 433). Wprowadzenie stanu epidemii nastąpiło 16 dni po wykryciu pierwszego przypadku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w Polsce (4 marca 2020 r.).

Wprowadzenie ww. stanu wiązało się z nałożeniem na obywateli określonych ograniczeń. Spowodowało m.in. zamknięcie placówek edukacyjnych, nakaz obowiązkowego w tym obowiązkowego dystansowania społecznego czy zasłaniania ust i nosa oraz wprowadzenie zakazu zgromadzeń publicznych. Na podstawie wprowadzonych prawnie rozwiązań²²⁷ możliwa była m.in. reorganizacja szpitali i innych placówek systemu ochrony zdrowia w celu obsługi pacjentów z COVID-19 lub uniemożliwienie pracownikom ochrony zdrowia świadczenia usług zdrowotnych poza miejscem stałego zatrudnienia.

16 marca 2020 r. wprowadzono sieć szpitali jednoimiennych, dedykowanych wyłącznie chorym na COVID-19. W ramach pierwszych decyzji utworzono 19 takich szpitali. Jednocześnie zwiększano potencjał laboratoriów diagnostycznych, osiągając w lipcu 2020 r. potencjał ponad 150 laboratoriów włączonych w tzw. sieć laboratoriów COVID. Wojewodowie wydawali decyzje o podwyższeniu gotowości podmiotów leczniczych – łącznie wobec prawie 200 szpitali została podjęta taka decyzja.

Ministerstwo Zdrowia wraz z GIS, NIZP-PZH oraz innymi ministerstwami i władzami lokalnymi, ściśle ze sobą współpracowały w zakresie szybkiego reagowania na zaistniałą sytuację. Największe obostrzenia dla obywateli i gospodarki obowiązywały w marcu i kwietniu 2020 r. wtedy wprowadzono okres Narodowej Kwarantanny. Od końca kwietnia 2020 r. rozpoczął się stopniowy proces ograniczenia restrykcji, rozpoczynając np. od zwiększenia liczby osób mogących jednocześnie przebywać w sklepach. Od 4 maja 2020 r. wróciła możliwość realizacji zabiegów rehabilitacyjnych. W czerwcu 2020 r. rozpoczął się również proces powrotu podmiotów leczniczych do normalnej pracy. Zniesienie kolejnych restrykcji nie oznaczało jednak zaniechania konieczności zachowania odpowiedniego dystansu społecznego oraz obowiązku zasłaniania nosa i ust w miejscach publicznych. W czasie II i III fali pandemii koronawirusa podejmowane były decyzje strategiczne, adekwatne do sytuacji, poprzez dodawanie lub obluźywanie restrykcji, wprowadzanie rozwiązań ułatwiających zabezpieczenia pacjentów w świadczenia, np. teleporady, szpitale II poziomu, izolatoria dla odciążenia systemu.

Ponadto, Ministerstwo Zdrowia oraz GIS na bieżąco publikowały wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń niezbędne dla ich realizacji w warunkach pandemii.

Środki finansowe na zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19 pochodziły zarówno z budżetu państwa, jak i ze specjalnie utworzonego Funduszu Przeciwdziałania COVID-19²²⁸. Finansowano w szczególności: funkcjonowanie jednoimiennych szpitali zakaźnych, rekompensaty dla medyków pracujących w jednej placówce, modernizację infrastruktury i adaptację pomieszczeń w celu wykonywania zadań związanych ze zwalczaniem COVID-19, zakupy aparatury i sprzętu medycznego, również dla laboratoriów. W realizację

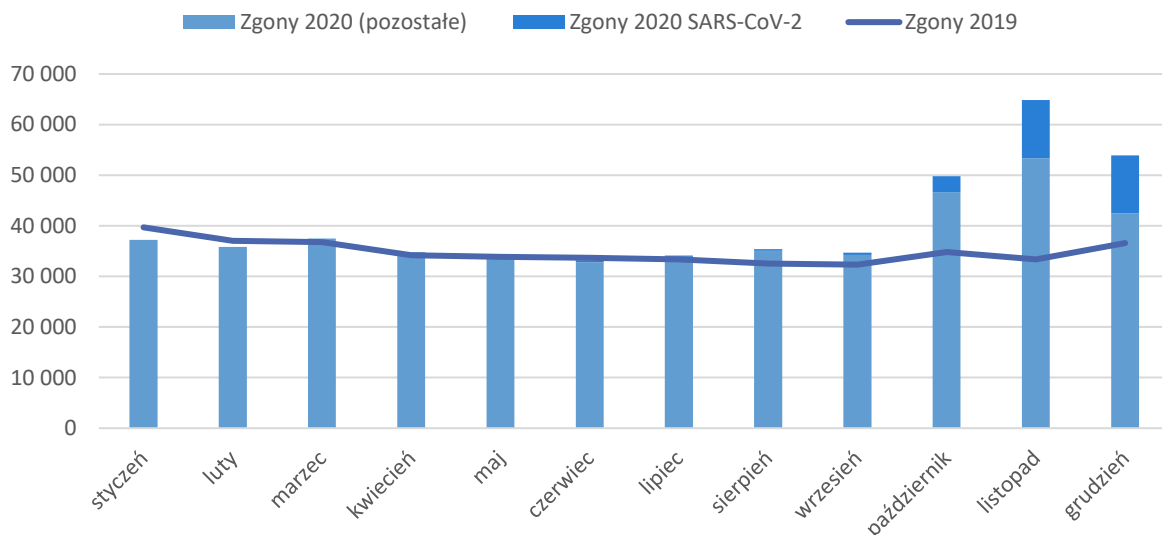
²²⁷ Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1842, z późn. zm.), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 433), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491 z późn. zm.), Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. poz. 566).

²²⁸ Art. 65 Ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r. poz. 568, z późn. zm.).

zadań na rzecz zwalczania COVID-19 zaangażowano również środki unijne w ramach rozszerzonych działań Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Regionalnych Programów Operacyjnych.

Według danych raportowanych do inspekcji sanitarnej oraz systemu EWP, łączna liczba zdiagnozowanych zakażeń w 2020 roku wyniosła ponad 1,27 mln. Co więcej, odnotowano ok. 28,6 tys. zgonów w wyniku zakażenia SARS-CoV-2, w tym ok. 5,4 tys. u osób bez chorób współistniejących²²⁹. Sytuacja epidemiczna wpłynęła na obserwowany przyrost ogólnej liczby zgonów względem lat ubiegłych. Na Rycinie 62 przedstawiono porównanie liczby zgonów w roku 2020 z rokiem 2019, z wyróżnieniem zgonów zareportowanych jako spowodowane wirusem SARS-CoV-2. Nadwyżka zgonów wyraźnie widoczna jest w ostatnim kwartale roku 2020, na który to okres przypadł szczyt pandemii w Polsce. Zgony raportowane jako spowodowane wirusem stanowiły około 43% nadwyżki zgonów.

Rycina 62. Porównanie liczby zgonów w roku 2020 z rokiem 2019, z wyróżnieniem zgonów spowodowanych SARS-CoV-2



(źródło: opracowanie MZ na podstawie danych Rejestru PESELE oraz GIS)

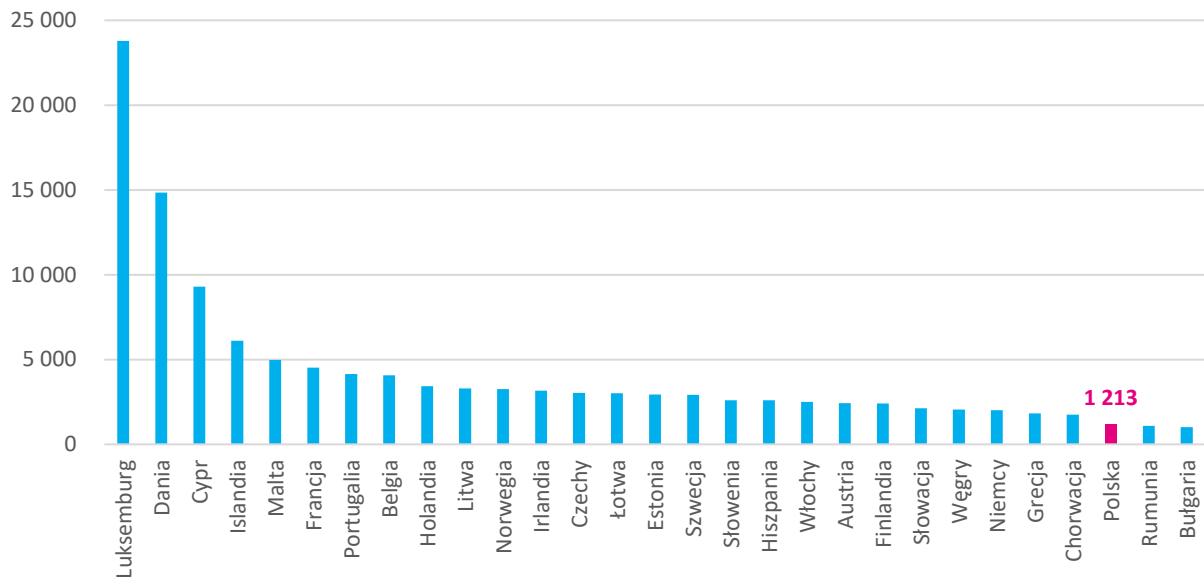
Rosnąca liczba nowych zakażeń uwidoczniała problem ograniczonej przepustowości laboratoriów diagnostycznych. Według danych na 28.12.2020 w Polsce wykonano 7 080 140 testów na obecność SARS-CoV-2. Liczba ta rozkładała się między województwami w zróżnicowanym stopniu, od 6,74 testów na 100 mieszkańców w województwie podkarpackim, po 27,18 testów na 100 mieszkańców w województwie pomorskim²³⁰. Rycina 64 obrazuje maksymalną przepustowość tygodniową dla krajów europejskich - w Polsce była ona niższa niż w pozostałych krajach (poza Rumunią i Bułgarią)²³¹.

²²⁹ Raport zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2); <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>; dostęp 12.02.2021.

²³⁰ Liczba wykonanych testów, stan na 28 grudnia 2020 r.; <https://www.gov.pl/web/zdrowie/liczba-wykonanych-testow>; dostęp 12.02.2021.

²³¹ Data on testing for COVID-19 by week and country; <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-testing>; dostęp 15.02.2021.

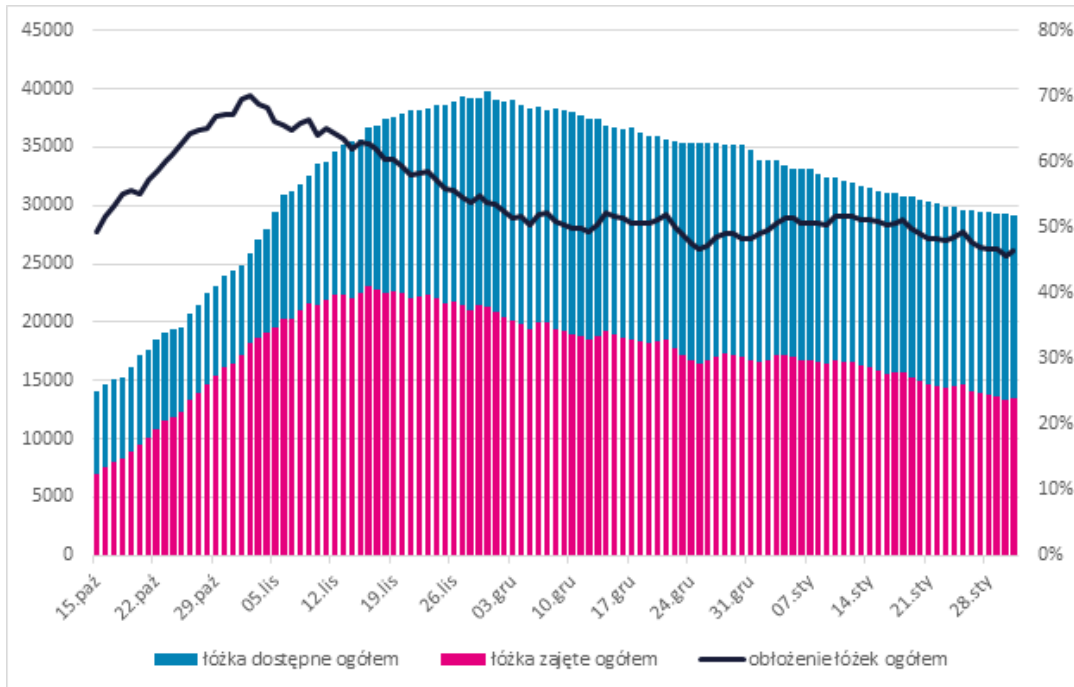
Rycina 63. Maksymalna tygodniowa liczba przeprowadzonych testów na 100 tys. mieszkańców w 2020 roku



(źródło: opracowanie DAS MZ na podstawie danych ECDC)

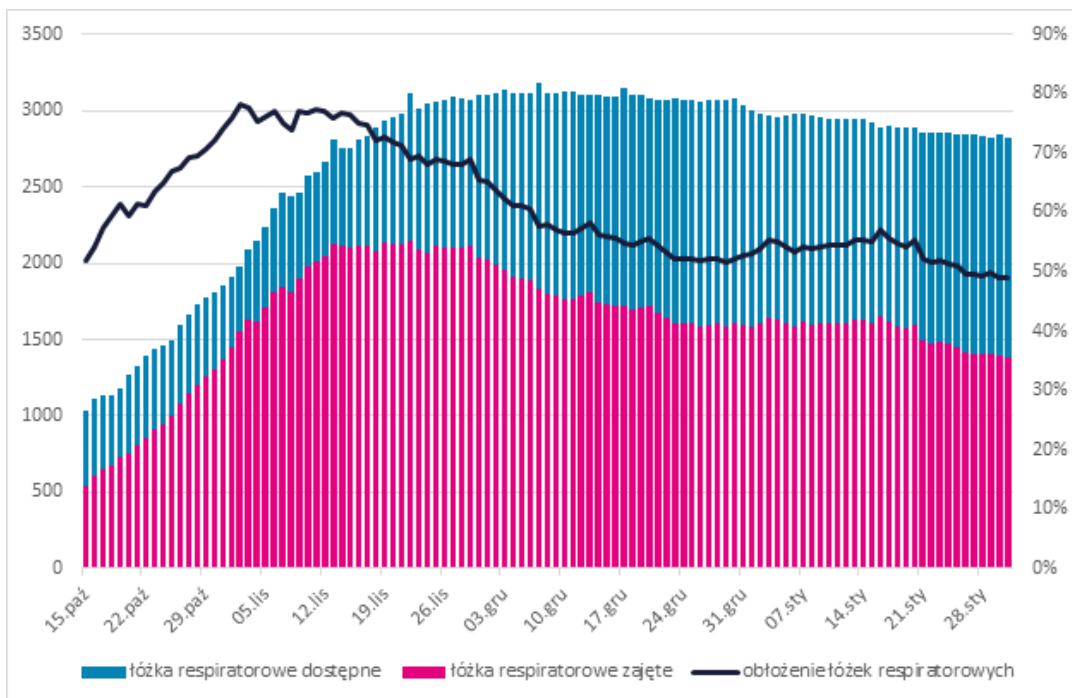
Obciążenie systemu wywołane pandemią SARS-CoV-2 w sposób szczególny obrazuje liczba łóżek oraz łóżek respiratorowych zajętych przez pacjentów z COVID-19. Według stanu na 31 grudnia 2019 roku liczba łóżek na oddziałach zakaźnych (chorób zakaźnych, chorób zakaźnych dla dzieci, obserwacyjno-zakaźnych i obserwacyjno-zakaźnych dla dzieci) wyniosła 2418, co w perspektywie sytuacji epidemicznej okazało się dalece niewystarczające. W szczytowym momencie na początku listopada 2020 obłożenie łóżek przez pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 wyniosło ponad 23 tysiące czyli niemal 10-krotnie więcej niż istniejąca baza łóżek „zakaźnych”. W związku z tym niezbędne było przekształcenie łóżek innego typu w łóżka „zakaźne” oraz budowa szpitali tymczasowych. Obłożenie łóżek przeznaczonych dla pacjentów zakażonych COVID-19 w tym okresie sięgało 70%, a łóżek respiratorowych przekroczyło 80%.

Rycina 64. Liczba łóżek dla pacjentów z Covid-19 oraz obciążenie od 15 października 2020 r. do 31 stycznia



(Źródło: opracowanie DAS na podstawie danych MSWiA)

Rycina 65. Liczba łóżek respiratorowych dla pacjentów z Covid-19 oraz obciążenie od 15 października 2020 r. do 31 stycznia 2021 r.

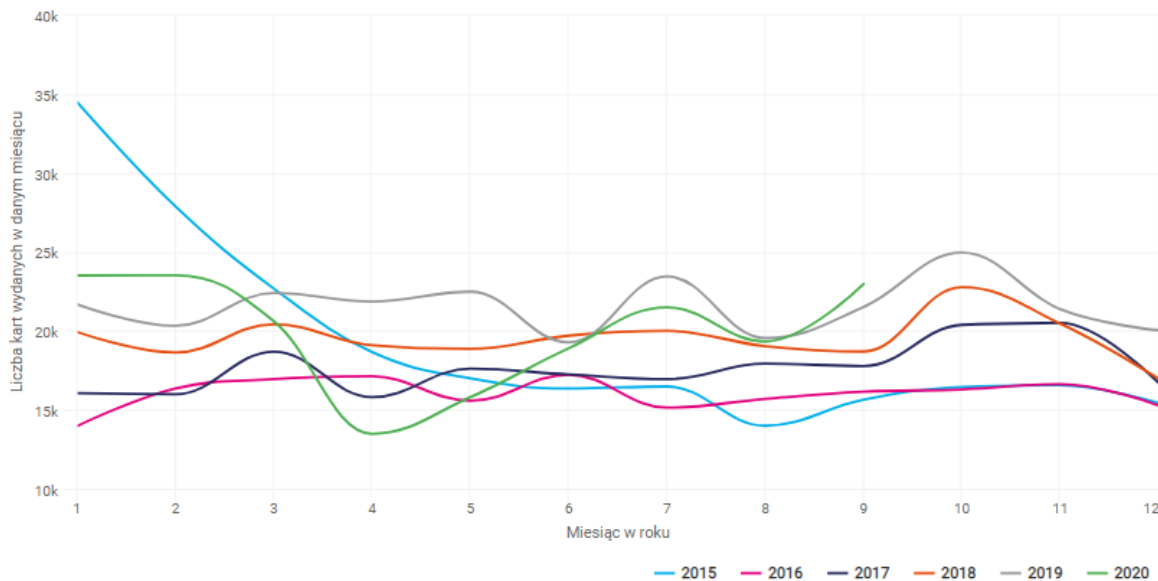


(Źródło: opracowanie DAS na podstawie danych MSWiA)

Skutki pandemii można również oceniać w kontekście pośrednim. Jako objaw trudności w funkcjonowaniu systemu można potraktować zmiany w liczbie kart DiLO (Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego) wydanych w 2020 roku. Pomimo tych trudności nie zaobserwowano nadmiernej nadwyżki zgonów z powodów onkologicznych.

Na Rycinie 66 pokazano liczbę kart wydanych rocznie w poszczególnych miesiącach. Największy spadek względem roku 2019 towarzyszył pierwszym miesiącom epidemii (marzec-czerwiec).

Rycina 66. Liczba kart DiLO wydawanych w poszczególnych pełnych miesiącach dla lat 2015-2020.



(źródło: opracowanie DAS MZ w ramach projektu Zintegrowana Platforma Analityczna²³² na podstawie danych NFZ)

Kolejny przejaw zaburzeń systemu ochrony zdrowia w Polsce obserwuje się w przypadku akcji zespołów ratownictwa medycznego. Średni czas od wezwania zespołu do przekazania pacjenta na hospitalizację zwiększył się w 2020 roku (69,77 minut) względem roku ubiegłego (65,28 minut) o 4,5 minuty (ze względu na ograniczoną dostępność danych, porównania dokonano, uwzględniając miesiące kwiecień-grudzień). Statystyki w rozbiciu na poszczególne etapy zaprezentowano w Tabeli 12. Spośród wszystkich wezwań w 2020 roku 8,9% dotyczyło osób, u których w 2020 roku wykryto zakażenie SARS-CoV-2. Na 1,2% wezwań jako rozpoznanie w ramach akcji ratowniczej wpisywano COVID-19.

Tabela 12. Średnie czasy trwania etapów akcji ratowniczej dla okresów kwiecień-grudzień 2019 oraz kwiecień-grudzień 2020.

Średni czas między:	Kwiecień-grudzień 2019	Kwiecień-grudzień 2020
Wezwaniem a wyjazdem ZRM	5,42 min	5,92 min
Wyjazdem a przybyciem na miejsce wezwania	11,77 min	12,78 min

²³² MZ (2020), *Onkologia a COVID-19*; https://analizy.mz.gov.pl/html/onko_vs_covid-19/DiLO.html; dostęp 12.02.2021.

Przybyciem a przekazaniem na hospitalizację	46,82 min	51,54 min
---	-----------	-----------

(źródło: opracowanie DAS MZ na podstawie danych SWDPRM)

Pod koniec roku 2020 rozpoczął się Narodowy Program Szczepień przeciw COVID-19. W pierwszej kolejności szczepieniom poddano personel medyczny, by ograniczyć zakłócenia działania ochrony zdrowia spowodowane zakażeniami wewnątrzszpitalnymi oraz w innych miejscach udzielania pomocy zakażonym. W następnym etapie szczepieni są seniorzy, których ryzyko ciężkiego przebiegu choroby jest największe. Na dzień 9 czerwca 2021 I dawką zaszczepiono blisko 15 mln osób, a drugą dawkę otrzymało prawie 8 mln osób. Liczba osób w pełni zaszczepionych wynosi ponad 8,6 mln.²³³ Stopniowe szczepienie Polaków powinno doprowadzić do ograniczenia negatywnego wpływu pandemii na system zdrowia, szczególnie w zakresie ciężkiego przebiegu choroby i rozwijanych powikłań, a długofalowo do wytworzenia odporności zbiorowej i wyeliminowania wirusa.

Aktualnie nie jest jeszcze możliwa kompleksowa ocena ani krótko, ani długofalowych skutków epidemii COVID-19, która dotknęła Polskę i resztę świata na początku 2020 r. Nie ulega wątpliwości, że oddziaływać ona będzie nie tylko na dostępność świadczeń, ale i samą strukturę oraz organizację systemu. Jednocześnie wyzwania związane z przeciwdziałaniem skutkom epidemii dają okazję do wdrażania pozytywnych zmian w systemie i obserwacji oraz lepszej identyfikacji dotychczasowych obszarów nieefektywności systemu. Nie ulega wątpliwości, że epidemia może mieć wielowymiarowy wpływ na system – nie tylko na zmianę możliwości i sposobu zaspokajania potrzeb zdrowotnych, ale również zmianę samych potrzeb zdrowotnych w społeczeństwie²³⁴.

W kwietniu 1999 r. WHO opracowała plan działań na wypadek wystąpienia pandemii grypy wraz z wyraźnym poleceniem sporządzenia planów krajowych. Pierwszy projekt Krajowego Planu Działań dla Polski na Wypadek Wystąpienia Kolejnej Pandemii Grypy lub Zagrożenia Atakiem Bioterrorystycznym został opracowany w 2001 r. przez Zespół Krajowego Ośrodka ds. Grypy w NIZP-PZH. Był on podstawą do opracowania pierwszego polskiego planu pandemicznego, podpisanego przez Ministra Zdrowia Leszka Sikorskiego w 2003 r. Następnie plan ten był stale uaktualniany zgodnie z nowymi dyrektywami WHO. W 2009 r. Minister zatwierdził Polski Plan Pandemiczny, przygotowany przez Krajowy Komitet ds. Pandemii Grypy, podpisany przez Głównego Inspektora Sanitarnego. Na jego podstawie oraz na bazie dokumentów przygotowanych przez WHO i UE jednostki reagowania w przypadku wystąpienia pandemii grypy powinny opracować dokumenty oraz procedury działania w sytuacji kryzysowej²³⁵.

W 2018 r. opublikowano „Wytyczne do przygotowania placówek medycznych na wypadek wystąpienia pandemii grypy”. Opracowanie to zawiera wytyczne, które mają posłużyć do opracowania planów pandemicznych, protokołów i procedur postępowania dla pracowników placówek medycznych w Polsce na okoliczność wystąpienia pandemii grypy. W przypadku COVID-19 wytyczne dotyczące postępowania zostały w trybie natychmiastowym udostępnione

²³³ Raport szczepień przeciwko COVID-19; https://www.gov.pl/web/szczepimysie/raport-szczepien-przeciwko-covid-19?fbclid=IwAR1aNe_CfsE1_Cu6V6h4EQBJx2D2hM_rRIGdSMAlTuYoVc7AvGF5gxR2iGE; dostęp 09.06.2021

²³⁴ MZ (2020), *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 28.

²³⁵ Brydak L. (2018), *Wytyczne do przygotowania placówek medycznych na wypadek wystąpienia pandemii grypy. NIZP-PZH*; <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/07/Wytyczne-do-planu-pandemicznego-grypy-NIZP-PZH.pdf>; dostęp 07.04.2020.

przez WHO²³⁶. W Polsce, krajowe wytyczne dotyczące postępowania w przypadku COVID-19 zostały udostępnione na oficjalnej stronie Ministerstwa Zdrowia, jak również na stronie NIL. Dodatkowo NIL umieścił komentarze do ww. zaleceń MZ^{237[ob]}.

Oprócz pilnych zadań związanych ze zwalczaniem i kontrolowaniem choroby trzeba także rozwinąć potencjał systemu opieki zdrowotnej, aby opanować gwałtowne rozprzestrzenienie się COVID-19. Dowody wskazują np., że restrykcje w podróżowaniu przynoszą skutek pod warunkiem, że jednocześnie realizuje się inne działania, tj. niezwłocznie wykonanie testów, zachowywanie dystansu w kontaktach międzyludzkich, izolacja, a także działania zapobiegawcze i kontrolne w celu przerwania łańcucha zakażeń.²³⁸ Na podstawie międzynarodowych lekcji z poprzednich pandemii, takich jak SARS i MERS, a także najnowszych doświadczeń z COVID-19 można stwierdzić, że przy braku działań zapewniających szybkie wykrywanie i powstrzymanie choroby w krótkim czasie może dojść do nadmiernej presji na systemy opieki zdrowotnej, a w sytuacji przeciążenia systemu rośnie ryzyko nasilonego rozprzestrzenienia się COVID-19 w społeczeństwie.

Od 2021 r. dla chorych, którzy wymagają pomocy w rekonwalescencji postcovidowej, realizowany jest program rehabilitacji w ramach publicznej opieki zdrowotnej. Program gwarantuje od 2 do 6 tygodni kompleksowej rehabilitacji po chorobie COVID-19. Do programu będzie można dołączyć do 6. miesiący od zakończenia leczenia związanego z COVID-19. Zapewniona jest dostępność do świadczeń zdrowotnych rehabilitacyjnych realizowanych w szpitalach lub sanatoriach uzdrowiskowych, a także w gabinecie fizjoterapii, a nawet w domu. Dzięki profesjonalnym i indywidualnym zabiegom fizjoterapeutycznym osoby po chorobie szybciej odzyskują siły i wrócą do codziennych aktywności.

W zglobalizowanym świecie z coraz częstszymi wybuchami epidemii i pandemii jednym z rozwiązań umożliwiających szybką i zdecydowaną reakcję na wzrost zakażeń jest strategia czterech zasobów (miejsce, zaopatrzenie, personel, systemy). Proponowane zalecenia obejmują środki krótko-, średnio- i długoterminowe mające na celu operacjonalizację szybkiego reagowania na wybuchy pandemii oraz wzmocnienie systemu opieki zdrowotnej.

System ochrony zdrowia znajduje się obecnie pod ogromną presją. W Polsce wdrożono mechanizmy koordynacyjno-informacyjne. Ścieżki kliniczne (dotyczące postępowania terapeutycznego) dla pacjenta ze stwierdzeniem lub podejrzeniem zakażenia COVID-19 podlegają ciągłym zmianom, co prowadzi do nieporozumień i wywołuje niepewność zarówno wśród pacjentów, jak i pracowników ochrony zdrowia. Działania informacyjne prowadzi MZ zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

Gotowość na wybuch pandemii i reakcja na jej wystąpienie powinny uwzględniać zwiększony potencjał szybkiego reagowania, w tym elementy takie jak²³⁹:

- 1) Miejsce. Mechanizmy związane z opuszczaniem szpitala przez pacjentów: odciążanie placówek poprzez wypisywanie pacjentów niewymagających natychmiastowej pomocy, odwrotny triaż, anulowanie operacji planowych, przenoszenie pacjentów do innych placówek itp. Mechanizmy związane z przyjmowaniem pacjentów do szpitala: zapewnianie

²³⁶ WHO (2020), *Coronavirus disease 2019*; <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>; dostęp 07.04.2020.

²³⁷ Naczelna Izba Lekarska (2020), COVID-19: Zalecenia MZ i inne rekomendacje; <https://nil.org.pl/temat-wiodacy/4511-covid-19-rekomendacje-i-wytyczne>; dostęp 07.04.2020.

²³⁸ Haug, N., Geyrhofer, L., Londei, A. et al. Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions. *Nat Hum Behav* 4, 1303–1312 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41562-020-01009-0>

²³⁹ Bank Światowy na podstawie wewnętrznych opracowań, 2020.

dodatkowego miejsca przez przekształcenie sal jednoosobowych w dwuosobowe lub zaadaptowanie na potrzeby leczenia pacjentów pomieszczeń dodatkowych, takich jak korytarze, hole lub poczekalnie; zaadaptowanie hoteli lub prywatnych obiektów; przekształcanie oddziałów terapii półintensywnej w oddziały terapii intensywnej; wykorzystanie placówek ambulatoryjnych i filii; obiekty tymczasowe; zmiana standardów opieki; pomieszczenia gospodarcze itp.

- 2) Personel. Modyfikacje lub wydłużenie czasu pracy; wzywanie pracowników niebędących na dyżurze; przeszkolenie i wykorzystanie niestandardowych opiekunów, takich jak członkowie rodziny, wolontariusze, personel niekliniczny lub spoza oddziałów intensywnej terapii; szkolenie z zakresu prewencji i kontroli zakażeń; motywowanie personelu i szczególna troska o morale w celu zapobiegania absencji; szkolenia metodą *Just-in-Time* z zaangażowaniem personelu zdolnego do szybkiej nauki, elastyczności i pomocy; szkolenia przekrojowe realizowane przed wybuchem kryzysu; w niektórych przypadkach zasoby kadrowe można zwiększyć dzięki opracowaniu grafiku pracy, a także dzięki platformom telemedycznym, które mają tę dodatkową zaletę, że oferują dostęp do fachowej pomocy „wirtualnie”, z dowolnego miejsca; zaangażowanie studentów ostatniego roku medycyny oraz lekarzy-rezydentów, jak również personelu medycznego/klinicyistów o tradycyjnych kwalifikacjach, lecz bez dużego doświadczenia w realizacji specjalistycznej opieki, która teraz będzie niezbędna, itp.
- 3) Zaopatrzenie. Tworzenie rezerw w celu zapewnienia dostępności; zaangażowanie sektora prywatnego; dane inwentaryzacyjne i wykazy zapasów; transportowanie i przekierowywanie pacjentów, próbek, środków ochrony osobistej lub testów; zmiana standardów opieki w związku z deficytem zasobów.
- 4) Systemy. System reagowania na rozwój sytuacji wspierający koordynację i wymianę informacji; szybki triaż i izolowanie chorych; identyfikowanie i przydzielanie zasobów w sposób sprzyjający zaangażowaniu i optymalizacji dostępnego personelu, miejsca i sprzętu; monitorowanie dostaw i zużycia materiałów w opiece nad pacjentem przy pomocy systemów informacji szpitalnej wysokiej jakości; planowanie awaryjne w placówkach; odwrotny triaż; tworzenie grafików personelu (w tym wolontariuszy medycznych, pracowników emerytowanych, stażystów itp.); wytyczne w sprawie podziału ograniczonych zasobów.

Przywracając system opieki zdrowotnej do normalnego trybu działania, warto go również ulepszyć, co pozwoli zmniejszyć zachorowalność i śmiertelność oraz poprawić stan zdrowia ludności dotkniętej wybuchem epidemii. Celem tego procesu jest m.in. wzmocnienie i optymalizacja działań humanitarnych przy jednoczesnym niwelowaniu negatywnych skutków nagłych wydarzeń dla systemu opieki zdrowotnej. W rezultacie powinien powstać system z bezpieczniejszą infrastrukturą, przygotowany na czołowe zagrożenia dla zdrowia publicznego i kolejne kryzysy, oferujący świadczenia przystępne cenowo i dostępne dla wszystkich. Po kryzysie na pewien, często krótki, czas pojawia się cenna możliwość reformy sektora opieki zdrowotnej.

W związku z tym plan pokryzysowy stanowi okazję do intensyfikacji działań na rzecz wdrożenia istniejących krajowych polityk w zakresie reformy zdrowia. Powinien to być plan wykraczający poza odbudowę uszkodzonej infrastruktury i rekompensatę strat finansowych, zgodnie z zamysłem: „system odtworzony i lepszy”. W przypadku sektora ochrony zdrowia oznacza to przede wszystkim, że:

- infrastruktura zdrowotna zyska dodatkową odporność na wstrząsy mogące się wydarzyć w przyszłości;
- dzięki sprawniejszemu zarządzaniu ryzykiem i gotowości na wypadek kolejnego kryzysu system ochrony zdrowia i całe społeczeństwo będą w stanie zareagować szybko i adekwatnie do sytuacji;
- znajdą się rozwiązania dla niektórych wcześniej zgłaszanych problemów i słabych stron w obszarze realizacji świadczeń i/lub zarządzania opieką zdrowotną w celu poprawy dostępu do kluczowych świadczeń zdrowotnych oraz ich jakości.

Finansowanie sektora oraz wypalenie zawodowe personelu będą prawdopodobnie głównymi bolączkami polskiego systemu opieki zdrowotnej w nadchodzących miesiącach i latach. Dodatkowe obciążenie, jakim dla systemu opieki zdrowotnej jest COVID-19, najprawdopodobniej nie zniknie, aż do momentu zaszczepienia znacznej części populacji.²⁴⁰

Konieczne jest również budowanie odporności systemu ochrony zdrowia na sytuacje kryzysowe. Jak wskazuje OECD, istotne będzie zapewnienie natychmiastowych reakcji na kryzys i konsolidacji systemów opieki zdrowotnej w celu zbudowania odporności na przyszłe wstrząsy. Inwestowanie w „pierwszą linię obrony”, czyli gotowość na kryzys, nie wystarczy – konieczne są inwestycje w „drugą linię obrony” czyli systemy zdrowotne. Ważne jest, aby wsparcie w walce z obecnym kryzysem, było udzielane w sposób, który chroni i wzmacnia istniejące priorytety zdrowotne.²⁴²

Wysiłki w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego mające na celu zapobieganie, ostrzeganie i reagowanie na wybuchy chorób, takie jak COVID-19, należy podejmować równolegle ze wzmocnieniem systemu opieki zdrowotnej, w ramach tego samego wzajemnie wzmacniającego się podejścia do rozwijania odpornych systemów opieki zdrowotnej. Wzmocnienie systemu opieki zdrowotnej ma na celu zapewnienie, że poszczególne elementy składowe systemu opieki zdrowotnej (tj. świadczenia, kadra, produkty medyczne, szczepionki i technologie, finansowanie, kierownictwo i zarządzanie) funkcjonują sprawnie i dobrze ze sobą współdziałają²⁴³.

Stan pandemii ujawnił niepokojące zjawiska w zakresie farmacji, szczególnie produkcji leków. Należy zastanowić się nad znaczeniem zakładów farmaceutycznych wytwarzających leki na terenie naszego kraju. W sytuacji realnego zagrożenia dostaw stały się one najpewniejszym źródłem leków. W związku z tym, pożądanym działaniem wydaje się zwiększenie nakładów w zakresie badań naukowych oraz rozwoju sektora farmaceutycznego, tak aby dążyć do samowystarczalności Polski w zakresie dostępności produktów leczniczych. Przełoży się to na bezpieczeństwo lekowe państwa i większość stabilność systemu ochrony zdrowia. Przemysł farmaceutyczny jest branżą o dużym potencjale wpływu na gospodarkę. Zatrudnienie w branży wynosi około 100 tys. osób z relatywnie wysokimi zarobkami w porównaniu z innymi branżami. W Polsce w porównaniu z innymi państwami UE wpływ sektora farmaceutycznego na PKB jest niski i wynosi ok. 1%. Z dostępnych danych wynika, że spada udział krajowych

²⁴¹ MZ (2020);, *Mapa potrzeb zdrowotnych 2020*, str. 28.

²⁴² <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-health-systems-during-a-pandemic-the-role-of-development-finance-f762bf1c/>; dostęp 14.09.2020.

²⁴³ <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-health-systems-during-a-pandemic-the-role-of-development-finance-f762bf1c/>; dostęp 14.09.2020.

leków w polskim rynku, a import farmaceutyków rośnie. Tylko około 30% leków sprzedawanych w aptece pochodzi z produkcji polskiej. Udział Polski w produkcji substancji czynnych (ang. Active Pharmaceutical Ingredient - API) w tych lekach jest marginalny. Uruchomienie mechanizmu wsparcia w postaci dopłat do produkcji API oraz udzielanie pożyczek na rozbudowę infrastruktury produkcyjnej na preferencyjnych warunkach spowoduje rozbudowę potencjału produkcji API oraz produktów leczniczych w kraju i przyczyni się do wzrostu gospodarczego oraz poprawy bezpieczeństwa lekowego obywateli. Można je osiągnąć jedynie poprzez poprawę zdolności do samodzielnego, możliwie w pełni niezależnego od zewnętrznych (w szczególności pozaeuropejskich) dostawców i podwykonawców, wytwarzania na terenie kraju API oraz leków, oferowanych na warunkach zapewniających ich masową dostępność. Oparty na takich fundamentach system będzie stymulacją do rozwoju przemysłu farmaceutycznego. Zaproponowany mechanizm przyczyni się do tego, że produkcja API w Polsce będzie bardziej opłacalna. Będzie także odpowiedzią na trwające obecnie w KE prace nad Strategią farmaceutyczną dla Europy, której jednym z elementów będzie odtworzenie w Europie produkcji substancji czynnych do wytwarzania leków oraz rozwój przemysłu farmaceutycznego.

PODSUMOWANIE

- System opieki zdrowotnej jest narażony na szczególne obciążenia w czasie epidemii, zwłaszcza w momencie jej wybuchu i kolejnych fal zakażeń. Należy brać też pod uwagę koszty pośrednie będące skutkiem kryzysu ekonomicznego. Istnieje również ryzyko wysokiego poziomu absencji pracowników wszystkich sektorów, w tym ochrony zdrowia, wynikających z zakażenia wirusem pandemicznym. Braki kadrowe, niedobór łóżek, przerwy w dostawach środków ochrony indywidualnej, leków oraz szczepionek, odwołane procedury planowe – to tylko kilka potencjalnych konsekwencji kryzysu związanego ze wzrastającą liczbą zakażeń. Wzrasta również zapotrzebowanie na wykonywanie badań diagnostycznych przez odpowiednio wykwalifikowany personel, przy użyciu specjalistycznego sprzętu w certyfikowanych laboratoriach²⁴⁴.
- Aby złagodzić skutki pandemii w sektorze ochrony zdrowia, niezbędne jest przeprowadzenie oceny ryzyka wystąpienia pandemii i powzięcie odpowiednich kroków, mających na celu przygotowanie placówek medycznych wszystkich szczebli na wypadek jej wystąpienia, czego skutkiem będą szybkie i skuteczne reakcje na potencjalne kolejne zagrożenia²⁴⁵.
- Odbudowywanie systemu ochrony zdrowia po pandemii będzie wyzwaniem wieloletnim²⁴⁶.

²⁴⁴ Brydak L. (2018), *Wytyczne do przygotowania placówek medycznych na wypadek wystąpienia pandemii grypy*. NIZP-PZH; <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/07/Wytyczne-do-planu-pandemicznego-grypy-NIZP-PZH.pdf>; dostęp 07.04.2020.

²⁴⁵ Brydak L. (2018), *Wytyczne do przygotowania placówek medycznych na wypadek wystąpienia pandemii grypy*. NIZP-PZH; <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/07/Wytyczne-do-planu-pandemicznego-grypy-NIZP-PZH.pdf>; dostęp 07.04.2020.

²⁴⁶ Brydak L. (2018), *Wytyczne do przygotowania placówek medycznych na wypadek wystąpienia pandemii grypy*. NIZP-PZH; <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/07/Wytyczne-do-planu-pandemicznego-grypy-NIZP-PZH.pdf>; dostęp 07.04.2020.

DIAGNOZA - NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI

- **Ostatnie lata pokazały, jak wielkim wyzwaniem są reformy ochrony zdrowia.** Liczne wysiłki podejmowane m.in. w zakresie e-zdrowia, rozwoju POZ, opieki koordynowanej czy zwiększenia finansowania ochrony zdrowia uświadamiają zarówno skalę wyzwań, jak i skuteczność działań. Reforma ochrony zdrowia stanowi teorię zmiany (jest procesem ciągłym). Należy ją planować i ewaluować oraz modyfikować, dostosowując do zmieniającej się rzeczywistości.
- **Wysiłki podejmowane przez instytucje zdrowotne, w szczególności MZ i NFZ, są zauważane i doceniane przez obywateli.** Z badań CBOS 2019 wynika, że ocena przez Polaków instytucji publicznych, w tym centrali NFZ, jest najwyższa od 10 lat – 17% więcej Polaków ocenia ją pozytywnie, tj. ok. 1/3 respondentów (32%). Jednocześnie widoczne są nadal aspekty, odnoszące się do przyjazności systemu wobec pacjenta, których wskaźniki wymagają poprawy. Zgodnie z danymi CBOS, jedynie 44% pacjentów uważa, że administracja placówek obsługuje pacjentów szybko i skutecznie, a 57% badanych czuje się traktowana przez personel medyczny w sposób życzliwy i troskliwy, podobnie 57% uważa, że informacja o tym gdzie uzyskać poradę lub pomoc jest wystarczająco dobra. Opinie te są niezwykle ważne w kontekście budowy lepszego systemu ochrony zdrowia w Polsce, zgody i udziału w tych zmianach obywateli i środowiska medycznego. Oznacza to także, że jasna strategia, przejrzystość, elastyczność, tworzenie narzędzi realnie wspierających zarządzanie systemem, profilaktykę i proces leczenia są pożądanym kierunkiem zmian.
- **Pomimo że wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w Polsce wzrosły o 142% w latach 2005–2019²⁴⁷,** Polska pozostaje jednym z krajów wydających najmniej na opiekę zdrowotną, zarówno wśród państw należących do OECD, jak i UE. W 2005 r. Polska wydała na statystycznego obywatela 834,60 USD. W 2019 r. wydatki sięgały 2 230 USD, podczas gdy średnia w krajach OECD w roku 2019 wynosiła ok. 4 200 USD.
- **Polska należy do tej grupy krajów rozwiniętych, które mają wyraźny problem z przedwczesną umieralnością.** Długość życia polskich mężczyzn jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach UE i różnica ta się nie zmniejsza. Sytuacja kobiet jest pod tym względem korzystniejsza – różnica jest mniejsza i ulega obniżeniu. Długość życia jest silnie różnicowana przez poziom wykształcenia i w mniejszym stopniu również miejsce zamieszkania. Najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania, z punktu widzenia zdrowia publicznego, w Polsce są najmniejsze miasta, poniżej 5 tys. mieszkańców, których mieszkańcy żyją najkrócej; natomiast przeciętnie najdłużej żyją mieszkańcy największych miast. Kolejną zmianą demograficzną w Polsce mającą wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej jest starzenie się społeczeństwa oraz brak zastępowalności pokoleń. Do wyzwań z tym związanych będzie należeć większe zapotrzebowanie na opiekę nad osobami starszymi oraz utrudnienie finansowania tej opieki ze względu na malejącą populację w wieku produkcyjnym.
- **Największym zagrożeniem życia Polaków są od lat choroby układu krążenia (ChUK).** Najczęstszą przyczyną zgonów wśród nich są choroby serca, znacznie mniejszą grupę stanowią choroby naczyń mózgowych. Wysoka umieralność z powodu chorób układu krążenia, w tym szczególnie chorób serca, jest główną przyczyną

²⁴⁷ Health expenditure and financing. OECD Statistics; <https://stats.oecd.org/> (dostęp: 09.06.2021)

krótszej długości życia kobiet i mężczyzn w Polsce w porównaniu z mieszkańcami większości krajów UE.

- **Nowotwory złośliwe są odpowiedzialne za największą umieralność przedwczesną i są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce.** Wzrastająca zachorowalność na nowotwory, szczególnie te związane ze starzeniem się społeczeństwa (rak prostaty, rak jelita grubego), oznacza konieczność przeorientowania wielu świadczeń medycznych oraz społecznych. Okoliczność ta wskazuje również na konieczność rozwoju rehabilitacji osób dotkniętych chorobą nowotworową. Udział ludności w badaniach skryningowych jest w Polsce dalece niesatysfakcjonujący.
- **Behawioralne czynniki ryzyka przyczyniają się do niemal połowy wszystkich zgonów w Polsce.** Odsetek osób palących papierosy spadł, co przyczyniło się do zmniejszenia wskaźnika umieralności z powodu nowotworów płuc. Jest on jednak nadal wyższy niż średnia UE. Epizodyczne nadmierne spożycie alkoholu wśród dorosłych pojawia się rzadziej niż średnio w UE, lecz rośnie wśród nastolatków. Wskaźnik otyłości jest również wyższy od średniej dla UE. Wzrósł on ponad dwukrotnie od 2001 r., w szczególności u dzieci. Za bardzo niepokojący należy uznać duży wzrost w latach 2015–2017 utraconych potencjalnych lat życia zarówno mężczyzn, jak i kobiet – z powodu zgonów związanych ze spożywaniem alkoholu, a zwłaszcza zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi alkoholem. Obniżenie zachorowalności na choroby spowodowane czynnikami ryzyka, które można modyfikować, wymaga wzmocnionych działań w zakresie edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki, a także ciągłego oddziaływania na kształtowanie świadomości prozdrowotnej i propagowania zdrowego stylu życia Polaków. Znaczenie profilaktyki i edukacji zdrowotnej powinno wzrosnąć. Wiąże się to nie tylko ze wzrostem nakładów finansowych na profilaktykę, ale przede wszystkim z działaniami na rzecz budowy świadomości zdrowotnej Polaków i poczucia współodpowiedzialności za własne zdrowie.
- **Z roku na rok wzrasta liczba osób dotkniętych chorobami układu nerwowego oraz zaburzeniami psychicznymi** - Starzenie się społeczeństwa oraz zmiany cywilizacyjne sprawiają, że zaburzenia psychiczne i neurologiczne pojawiają się coraz częściej. Ponadto, liczba osób chorych na depresję w Polsce wyniosła już ponad 1 mln osób.
- **Niedostateczne i nierównomierne rozdysponowanie kadr medycznych, właściwie we wszystkich zawodach związanych z medycyną pozostaje ogromnym wyzwaniem dla Polski,** podobnie jak dla większości krajów UE. Niewystarczający poziom wynagrodzeń, niedostatki organizacyjne systemu to prawdopodobne przyczyny emigracji zarobkowej, odchodzenia personelu medycznego z zawodu i/lub przechodzenie do sektora prywatnego. Dobra koniunktura gospodarcza ostatnich lat podniosła oczekiwania płacowe personelu medycznego, pogarszając tym samym jego dostępność dla wybranych grup świadczeniodawców oraz negatywnie wpływając na rentowność prowadzonej działalności i – potencjalnie – bezpieczeństwo pacjentów.
- **Zarządzanie procesami, standaryzacja, koordynacja i mierzenie skuteczności świadczonych usług zdrowotnych wymagają wzmocnienia,** zarówno na poziomie makro (POZ-AOS-szpital), jak i mikro, np. w ramach ścieżek opieki w poszczególnych chorobach.

- **Dostępność świadczeń zdrowotnych jest zróżnicowana w zależności od miejsca zamieszkania i statusu społeczno-ekonomicznego pacjentów.** Niezaspokojone potrzeby zdrowotne są wyższe niż średnie wskaźniki w UE i wynikają głównie z deklarowanego długiego czasu oczekiwania, a także zakresu świadczeń gwarantowanych.
- **Wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne są niewystarczające,** podobnie jak poziom ich wdrażania na zasadzie „zdrowie we wszystkich politykach”. Wydatki na zdrowie publiczne stanowią jedynie 3,1% wydatków bieżących na ochronę zdrowia²⁴⁸.
- **Widoczne są efekty inwestycji w duży sprzęt medyczny** – zarówno pod kątem rozkładu wieku sprzętów jak i stanu infrastruktury poszczególnych pracowni. Bardzo istotnym elementem aktualnej strategii dotyczącej dużych sprzętów będzie wymienianie starzejących się sprzętów (szczególnie tam, gdzie są intensywnie eksploatowane). Jednocześnie można wskazać obszary, w których stan infrastruktury szpitalnej jest nieodpowiedni i wymaga niezwłocznej modernizacji (jak np. oddziały zakaźne, geriatryczne, pracownie genetyczne, pracownie lub zakłady patomorfologii oraz pracownie histopatologii).
- **W okresie ostatnich lat widzimy przemiany, nie tylko w tworzeniu i wdrażaniu nowych typów technologii medycznych do systemów ochrony zdrowia, ale także w wykorzystaniu narzędzi informatycznych (big data czy artificial intelligence).** Postęp technologiczny oraz innowacja są czynnikami rozwoju e-zdrowia. Działania z zakresu informatyzacji podjęte w ostatnich latach dowiodły swojej skuteczności zarówno w wymiarze zwiększenia dostępności, jakości i bezpieczeństwa do usług dla pacjentów, jak i zwiększenia efektywności, ograniczenia kosztów. Proces informatyzacji będzie kontynuowany zarówno w wymiarze systemowych usług cyfrowych w ochronie zdrowia, konsolidowania i wykorzystywania danych o zdrowiu, jak i rozwoju zdalnych form świadczenia usług (telemedycyna). Wśród krajów Europy Środkowo-Wschodniej Polska ma jeden z wyższych udziałów nakładów B+R w obszarze ochrony zdrowia w relacji do nakładów B+R ogółem. Jednak nadal istnieje potrzeba wsparcia sektora B+R, w szczególności w zakresie zwiększenia liczby niekomercyjnych badań klinicznych.
- **Konieczność przygotowania systemu ochrony zdrowia do reagowania w przypadku wystąpienia stanów nagłych.** Wskutek epidemii COVID-19 system ochrony zdrowia znajduje się wciąż pod ogromną presją. Niezbędna jest analiza podjętych w wyniku tej epidemii kroków, przeprowadzenie oceny ryzyka ponownego wystąpienia pandemii i powzięcie odpowiednich działań, mających na celu przygotowanie placówek medycznych wszystkich szczebli na wypadek jej wystąpienia.

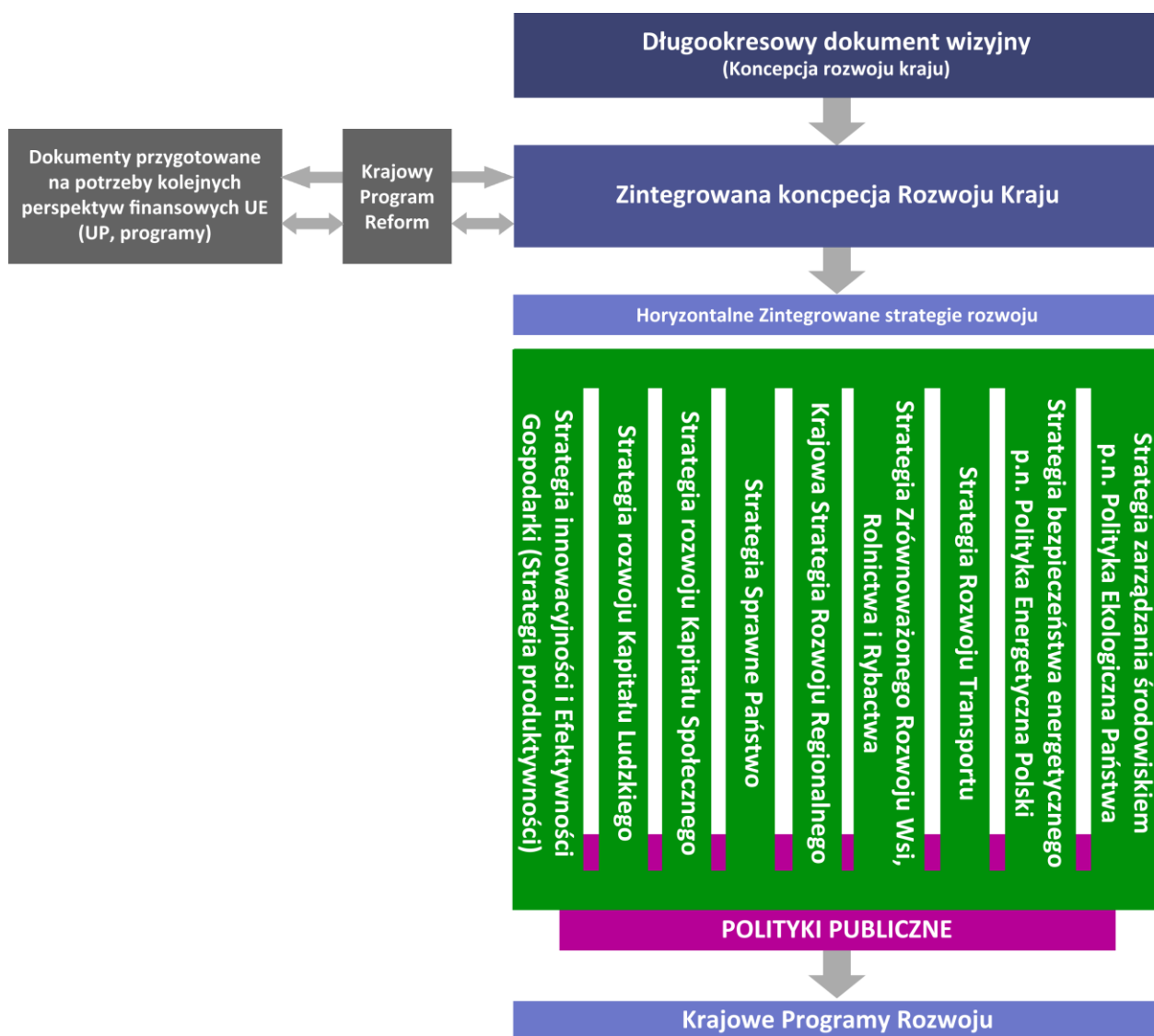
²⁴⁸ Narodowy Rachunek Zdrowia za 2016 r.

UWARUNKOWANIA STRATEGICZNE

SYSTEM ZARZĄDZANIA ROZWOJEM POLSKI

29 października 2018 r. Rada Ministrów przyjęła dokument pn. „System Zarządzania Rozwojem Polski”, którego zadaniem jest kompleksowe opisanie nowego systemu zarządzania rozwojem kraju poprzez przyjmowane dokumenty strategiczne, które są podstawą prowadzenia polityki rozwoju kraju, tj. długo- i średniookresowa strategia rozwoju kraju. Dokument określa też strukturę horyzontalnych zintegrowanych strategii, których celem jest realizacja zadań określonych w dokumentach nadrzędnych. Przyjętą strukturę dokumentów strategicznych określa poniższy schemat (Ryc. 67).

Rycina 67. System zintegrowanych dokumentów zarządzania polityką rozwój



(źródło: System Zarządzania Rozwojem Polski, 2018)

Zgodnie z przyjętymi założeniami kluczowym dokumentem państwa polskiego w obszarze średnio- i długofalowej polityki gospodarczej jest obecnie Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju, która została przyjęta przez Radę Ministrów 14 lutego 2017 r. Strategia określa nowy model rozwoju – suwerenną wizję strategiczną, zasady, cele i priorytety rozwoju kraju w wymiarze gospodarczym, społecznym i przestrzennym do 2020 r. oraz w perspektywie do 2030 r.

STRATEGIA NA RZECZ ODPOWIEDZIALNEGO ROZWOJU

Jako cel główny projektowanych działań rozwojowych Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju wskazuje „stworzenie warunków dla wzrostu dochodów mieszkańców Polski przy jednoczesnym wzroście spójności w wymiarze społecznym, ekonomicznym, środowiskowym i terytorialnym”. Realizacja celu głównego odbywa się poprzez 3 cele szczegółowe:

- 1) trwały wzrost gospodarczy oparty coraz silniej o wiedzę, dane i doskonałość organizacyjną;
- 2) rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony;
- 3) skuteczne państwo i instytucje służące wzrostowi oraz włączeniu społecznemu i gospodarczemu.

W ramach wyznaczonych celów szczegółowych określono obszary i kierunki interwencji, definiując jednocześnie projekty strategiczne przyczyniające się do realizacji założonych celów.

Obszar ochrony zdrowia wpisuje się we wszystkie określone cele szczegółowe.

W ramach Celu 1 *Trwały wzrost gospodarczy oparty coraz silniej o wiedzę, dane i doskonałość organizacyjną* realizowane są działania związane z sektorem produkcji leków, wyrobów medycznych i nowoczesnych usług medycznych (np.: e-medycyna, wyroby medyczne, terapie, leki biopodobne). Wśród projektów strategicznych określonych dla kierunku *Rozwój nowoczesnego przemysłu opierający się na innowacjach* wskazano projekt *Polityka lekowa i wyrobów medycznych*, którego zadaniem jest określenie priorytetów oraz celów państwowej polityki lekowej i wyrobów medycznych, z uwzględnieniem konieczności zabezpieczenia pacjentów w skuteczne i bezpieczne leki oraz wyroby medyczne adekwatne do potrzeb zdrowotnych, wzmocnienie roli i sukcesywnego rozwoju potencjału sektora farmaceutycznego oraz przemysłu wyrobów medycznych w Polsce.

Ponadto, w ramach Celu 1 realizowane są działania wzmacniające rozwój innowacyjnych firm czy też stymulowanie popytu na innowacje, co również związane jest ze wsparciem technologii inżynierii medycznej oraz wytwarzaniem produktów leczniczych.

Kluczowe działania na rzecz ochrony zdrowia przewidziane są w ramach Celu 2 *Rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony*. W Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju wskazano, że należy dążyć do zrównoważonego rozwoju społecznego i regionalnego poprzez harmonijny rozwój całego kraju, wrażliwy na terytorialną różnorodność i jej atuty, a jednocześnie dbający o zapewnienie całemu społeczeństwu wysokiej jakości życia. Jednym z kierunków interwencji wyznaczonych w Strategii jest poprawa dostępności do usług, w tym społecznych i zdrowotnych. Kierunek ten zakłada m.in. wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi, rozwój usług środowiskowych, wsparcie rodziny i opiekunów faktycznych w pełnieniu ich roli opiekuńczo – wychowawczej. W Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju przewidziano rozwój usług asystenckich i opiekuńczych,

w szczególności w warunkach domowych i pół-stacjonarnych, wsparcie rozwoju społecznej funkcji gospodarstw rolnych, łączącej rolnictwo wielofunkcyjne i usługi o charakterze społecznym (lub zdrowotnym) na poziomie lokalnym. Działania na rzecz osób niesamodzielnych realizowane są również w ramach projektów strategicznych „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo*Uczestnictwo*Solidarność”, „(NIE)Samodzielni” i „Przestrzeń dla wszystkich”.

Realizowane są ponadto działania projakościowe w systemie ochrony zdrowia, które ułatwią dostęp do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. Do realizacji tego zadania przyczyni się m.in. projekt strategiczny „Leki 75+” – program zapewniający osobom po ukończeniu 75. roku życia bezpłatny dostęp do wybranych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Ważnym elementem działań w ochronie zdrowia zdefiniowanym w Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju jest profilaktyka chorób osób pracujących, pozwalająca na dłuższe funkcjonowanie na rynku pracy i lepszą jakość życia w późniejszym wieku. W tym zakresie przewiduje się działania mające wspierać aktywność zawodową osób po 50. r. ż. m.in. poprzez profilaktykę chorób, zachęty do dłuższej aktywności na rynku pracy. Realizowane są również programy profilaktyki, wczesnego wykrywania problemów zdrowotnych zasobów pracy oraz zagrożeń niepełnosprawnością, kompleksowe programy rehabilitacji i przekwalifikowania pracowników długotrwale pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie, ułatwiające powrót do zatrudnienia, wydłużenie aktywności zawodowej lub zmianę miejsca pracy (np. badania przesiewowe, systemy wczesnego wsparcia w środowisku).

W ramach Celu 3 *Skuteczne państwo i instytucje służące wzrostowi oraz włączeniu społecznemu i gospodarczemu* realizowanych jest szereg działań w obszarze zdrowia, które służą poprawie funkcjonowania sektora i przyczyniają się tym sposobem do zapewnienia przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych. W ramach kierunku interwencji *Zwiększenie sprawności funkcjonowania instytucji państwa, w tym administracji* realizowany jest projekt strategiczny „Reforma służby zdrowia”, którego celem jest wdrożenie zmiany i dostosowania w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, w tym reformy instytucjonalne i w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych, służące poprawie efektywności wykorzystania środków publicznych przeznaczanych na zdrowie, zarówno na szczeblu centralnym, jak i regionalnym.

Poza celami szczegółowymi w Strategii określono również obszary wpływające na osiągnięcie jej celów. W zakresie zdrowia wskazano działania na rzecz kapitału ludzkiego, gdzie określono jako jeden z kierunków interwencji: Poprawa stanu zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej.

Działania planowane do wdrożenia do 2030 r. to:

- Rozwój e-zdrowia, – wykorzystanie systemów teleinformatycznych w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz zwiększenia efektywności systemu ochrony zdrowia. Planowane jest wykorzystanie e-usług publicznych do realizacji celów e-zdrowia, informatyzacja podmiotów działających w systemie ochrony zdrowia, integracja systemów teleinformatycznych funkcjonujących wewnątrz systemu ochrony zdrowia, , dalsze upowszechnianie e-recept oraz wdrożenie w skali systemowej i dalszy rozwój usługi e-skierowań, rozwój dziedzinowych systemów teleinformatycznych ochrony zdrowia. Przewiduje się również informatyzację publicznej służby krwi, jak też wdrożenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, umożliwienie jej wymiany oraz udostępnienie usług elektronicznych.

- Rozwój systemów informacyjnych w ochronie zdrowia - elementem nowych rozwiązań będzie stała poprawa mechanizmów planowania inwestycji w ochronie zdrowia w oparciu o mapowanie potrzeb zdrowotnych – służyć temu będzie m.in. planowany rozwój instrumentu oceny wniosków inwestycyjnych w sektorze zdrowia (IOWISZ) – narzędzia (systemu informatycznego) do opiniowania celowości inwestycji, wykorzystywanego m.in. w procesie podejmowania decyzji o alokowaniu środków w systemie ochrony zdrowia. Dążyć się będzie również do usprawnienia procesów biznesowych związanych z taryfikacją świadczeń opieki zdrowotnej.
- Promocja zdrowia, profilaktyka oraz zapobieganie chorobom, obejmujące m.in.: zapewnienie na rynku bezpiecznej i zdrowej żywności, poprawę sposobu żywienia, wzrost poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa; profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami; profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i stresu; promocję zdrowego i aktywnego starzenia się oraz poprawę zdrowia prokreacyjnego.
- Ograniczanie zjawiska emigracji zarobkowej wykształconej kadry medycznej poprzez wprowadzenie systemu motywacyjnego do podejmowania pracy w wyuczonym zawodzie medycznym w kraju.
- Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii, geriatrici, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej.
- Rozwój turystyki zdrowotnej m.in. poprzez lepszą jej organizację i koordynację, a także budowanie wizerunku Polski jako destynacji turystyki zdrowotnej.

Powyższe działania określają główne kierunki działań i zmian w obszarze ochrony zdrowia, które powinny zostać rozwinięte w horyzontalnych strategiach rozwoju oraz programowanych politykach publicznych.

STRATEGIE ZINTEGROWANE

W ramach określonych, procedowanych i aktualizowanych strategii rozwoju kwestie ochrony zdrowia traktowane są przekrojowo, jednak główne elementy realizacji założeń Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju w obszarze zdrowia zostały wpisane w Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) (SRKL).

Celem głównym realizacji SRKL jest rozwijanie kapitału ludzkiego poprzez wydobywanie potencjałów osób w taki sposób, by mogły w pełni uczestniczyć w życiu społecznym, politycznym i ekonomicznym na wszystkich etapach życia. W zakresie ochrony zdrowia rozwijanie kapitału ludzkiego ma nastąpić poprzez poprawę zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej.

Priorytetami w tym zakresie jest dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do nowej sytuacji demograficznej (w szczególności w obszarze opieki nad matką i dzieckiem, a także opieki geriatrycznej, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej), upowszechnienie i wzmocnienie działań profilaktycznych opartych na dowodach naukowych, masowa popularyzacja kultury bezpieczeństwa i zdrowego stylu życia, w tym zachowań prozdrowotnych oraz poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej w tym zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych.

W SRKL określono główne działania dla osiągnięcia wyznaczonych celów. Są to:

- 1) poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i dostępności do usług; poprawa jakości świadczeń medycznych, rozwijanie nowoczesnych form świadczenia usług medycznych i opieki zdrowotnej (telemedycyna, e-zdrowie); ograniczanie zjawiska emigracji zarobkowej wykształconej kadry medycznej; poprawa systemu kształcenia kadr medycznych; promocja zdrowia, profilaktyka; wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii; modernizacja placówek medycznych;
- 2) zmiana modelu spędzania czasu wolnego społeczeństwa, który ogranicza wiele rodzajów aktywności (w tym aktywność fizyczną), która mogłaby się przyczynić do wzrostu potencjału zdrowotnego i intelektualnego;
- 3) prowadzenie aktywnej polityki rodzinnej (instrumenty o charakterze finansowym, instytucjonalnym i prawnym); program ochrony zdrowia prokreacyjnego; opieka prenatalna; opieka nad dzieckiem (usługi o charakterze opiekuńczym i wczesno-edukacyjnym), a także wzmożenie działań na rzecz deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej oraz wsparcia jej form rodzinnych;
- 4) poprawa dostępności do usług, w tym społecznych i zdrowotnych; dostęp do usług asystenckich i opiekuńczych oraz sprzętu rehabilitacyjnego; zapewnienie osobom o ograniczonej sprawności lub mobilności dostępności do przestrzeni publicznej.

Powyższe strategie przedstawiają główne założenia działań w ochronie zdrowia. Obrazują zadania i niezbędne zmiany w polityce państwa, które należy realizować dla poprawy stanu zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej.

POLSKI ŁĄD

Polski Łąd został ogłoszony 15 maja 2021 r. Stanowi kompleksową strategię przezwyciężenia skutków pandemii (gospodarczej odbudowy) i zawiera kompleksową zapowiedź zmian m.in. w systemie podatkowym, systemie ochrony zdrowia czy programie mieszkaniowym. Składa się z 10 obszarów i dotyczy najważniejszych aspektów w życiu Polaków: plan na zdrowie, uczciwa praca-godna płaca, dekada rozwoju, rodzina i dom w centrum życia, polska-nasza ziemia, przyjazna szkoła i kultura na nowy wiek, dobry klimat dla firm, czysta energia-czyste powietrze, CyberPoland 2025 i złota jesień życia. 3 najważniejsze zmiany jakie wprowadza to: priorytet dla zdrowia, niższe podatki - stabilna praca, 500 tysięcy nowych miejsc pracy.

W kwestii zdrowia ww. dokument zakłada osiągnięcie średniej wydatków na zdrowie w relacji do PKB w ciągu 6 lat w wysokości 7 proc., podwyższenie minimalnego wynagrodzenia pracowników medycznych, realizację Funduszu Modernizacji Szpitali i Funduszu Medycznego, powołania Agencji Rozwoju Szpitali, przeprowadzenie reformy sieci szpitali, wprowadzenie ustawy o jakości, uruchomienie programu badań profilaktycznych 40+, wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej i Krajowej Sieci Kardiologicznej, rozwój nowoczesnych technologii w ochronie zdrowia, usprawnienie nocnej pomocy lekarskiej, wdrożenie programu badawczego nad COVID-19 i programu pomocy po rekonwalescencji postcovidowej oraz zniesienie limitów przyjęć do specjalistów.

NARODOWY PROGRAM ZDROWIA I NARODOWA STRATEGIA ONKOLOGICZNA

Poza strategiami zintegrowanymi, niniejszy dokument odnosi się do innych kluczowych dokumentów przygotowanych przez Ministerstwo Zdrowia, w szczególności do Narodowego Programu Zdrowia i Narodowej Strategii Onkologicznej.

Narodowy Program Zdrowia 2016 – 2020 (NPZ), przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów w 2016 r., określa działania w obszarze zdrowia publicznego realizowane na podstawie *ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym*.

Główne cele NPZ to wydłużenie życia Polaków, poprawa jakości ich życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. NPZ skupia się na takich obszarach jak:

- poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa;
- profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi;
- profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa;
- ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki;
- promocja zdrowego i aktywnego starzenia się;
- poprawa zdrowia prokreacyjnego.

NPZ łączy różne programy profilaktyczne realizowane dotychczas na podstawie przepisów kilku ustaw, o różnych terminach realizacji oraz różnych źródłach i poziomach finansowania (m.in. z zakresu przeciwdziałania narkomanii lub alkoholizmowi)²⁴⁹.

Monitorowanie i ewaluacja ustawy są bezpośrednio związane z oceną wskaźników określonych w NPZ – zestaw wskaźników jest określony w rozporządzeniu Rady Ministrów ustanawiającym Program. Zestaw ten powstał w oparciu o 88 wskaźników European Community Health Indicators oraz wskaźniki sugerowane do monitorowania na potrzeby wdrażania strategii Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącej walki z przewlekłymi chorobami niezakaźnymi (*non-communicable diseases*) oraz Zdrowie 2020 (Health 2020).

Wartości najistotniejszych wskaźników monitorowania NPZ zobrazowano w poniższej tabeli.

Tabela 13. Wskaźniki monitorowania NPZ

Lp.	WSKAŹNIK	ŹRÓDŁO WSKAŹNIKA
1.	oczekiwana długość życia	w perspektywie 2020 r. co najmniej dorównanie dynamiki przyrostu do średniej

²⁴⁹ Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2016-2020>.

		europejskiej (dane GUS, Eurostatu)
2.	oczekiwana długość życia w zdrowiu	w perspektywie 2020 r. co najmniej dorównanie dynamiki przyrostu do średniej europejskiej (dane GUS, Eurostatu)
3.	wskaźnik dobrej samooceny stanu zdrowia	kontynuacja trendu rosnącego ²⁵⁰
4.	wskaźnik złej samooceny stanu zdrowia	kontynuacja trendu malejącego ²⁵¹
5.	umieralność ogółem według płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania (w tym miasta poniżej 5 tys., podział na miasto i wieś)	zmniejszenie różnicy pomiędzy wskaźnikiem umieralności w miejscowościach poniżej 5 tys. mieszkańców

(źródło: NPZ, 2016)

Sytuacja zdrowotna w Polsce i jej uwarunkowania w okresie realizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 ulegały systematycznej poprawie. Wśród najistotniejszych czynników wskazać należy poprawiające się warunki życia, wzrastającą wiedzę i świadomość w wymiarze dbania o własne zdrowie, a także reformy systemu opieki zdrowotnej. Niestety epidemia COVID-19 przyczyniła się do odwrócenia niektórych jej trendów oraz wpłynęła negatywnie na realizację bieżących działań z zakresu zdrowia publicznego. Podnoszenie świadomości na temat czynników determinujących zdrowie, kształtowanie środowisk (pracy, zamieszkania, wypoczynku) sprzyjających zdrowiu, jak i dostarczanie narzędzi pozwalających dokonywać wyborów prozdrowotnych wydają się być konieczne by minimalizować negatywne trendy odbijające się w przeciążeniu systemu ochrony zdrowia.

Wobec powyższego, nieustającym wyzwaniem pozostaje dalsze usprawnianie i koordynacja licznych działań instytucji publicznych, organizacji pozarządowych oraz sektora prywatnego podejmowanych na rzecz zdrowia oraz kształtowania środowisk sprzyjających. Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, z planowaną mocą obowiązywania od dnia 1 stycznia 2021 r. (Dz. U. poz. 642).

Bazując na doświadczeniach w realizacji NPZ w poprzednich latach przeprowadzono rewizję zadań w celu uzyskania większej przejrzystości, w katalogu zadań uwzględniono zmiany instytucjonalne oraz uzupełniono bądź zmieniono wskazanych w zadaniach realizatorów. Tam, gdzie było to niezbędne, na bazie doświadczeń z dotychczasowej realizacji, uproszczono i usystematyzowano treść niektórych zadań, tak by zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemów interpretacyjnych. Ponadto, zaproponowane zostały nowe zadania odpowiadające zdiagnozowanym potrzebom. Zadania, które w latach 2016-2020 nie były realizowane bądź

²⁵⁰ Wg metodologii ujętej w publikacji GUS *Jakość życia w Polsce* wydawanej od 2014 r. oraz na podstawie wyników badania HBSC.

²⁵¹ Według metodologii ujętej w publikacji GUS *Jakość życia w Polsce* wydawanej od 2014 r. oraz na podstawie wyników badania HBSC.

cieszyły się znikomym zainteresowaniem ze strony instytucji publicznych realizujących NPZ nie zostały w projekcie uwzględnione. Wprowadzone zostały zmiany w zakresie sposobu koordynacji realizacji NPZ i przyjętych mechanizmów zarządczych w zdrowiu.

Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 będzie zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu, a także podnoszenie świadomości na temat czynników determinujących zdrowie, kształtowanie środowisk (pracy, zamieszkania, wypoczynku) sprzyjających zdrowiu oraz dostarczanie narzędzi pozwalających dokonywać wyborów prozdrowotnych, które wydają się konieczne, aby minimalizować negatywne trendy odbijające się w przeciążeniu systemu ochrony zdrowia.

Cele operacyjne NPZ na lata 2021-2025 obejmują:

1. Profilaktykę nadwagi i otyłości;
2. Profilaktykę uzależnień;
3. Promocję zdrowia psychicznego;
4. Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;
5. Zdrowe i aktywne starzenie się.

Zakres zmian w NPZ względem lat 2016–2020:

- o Wydłużony został czas obowiązywania NPZ z okresu 5-letniego: 2016–2020 na kolejny 5-letni okres: 2021–2025.
- o Przeprowadzono rewizję zadań w celu uzyskania większej przejrzystości, w katalogu zadań uwzględniono zmiany instytucjonalne oraz bazując na doświadczeniach w realizacji NPZ w poprzednich latach, uzupełniono albo zmieniono wskazanych w zadaniach realizatorów. Tam, gdzie było to niezbędne, na bazie doświadczeń z dotychczasowej realizacji, uproszczona i usystematyzowana została treść niektórych zadań, tak by zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemów interpretacyjnych.
- o Bazując na doświadczeniach w realizacji NPZ zaproponowane zostały nowe zadania odpowiadające zdiagnozowanym potrzebom.
- o Zadania, które nie były realizowane w latach 2016–2020 albo cieszyły się znikomym zainteresowaniem ze strony instytucji publicznych realizujących NPZ nie zostały uwzględnione w projekcie.
- o Wprowadzone zostały zmiany w zakresie sposobu koordynacji realizacji NPZ i przyjętych mechanizmów zarządczych.
- o Zaproponowany został, jako integralna część NPZ, katalog zadań z zakresu zapobiegania zachowaniom samobójczym, który przygotowany został przez zespół roboczy Rady do spraw Zdrowia Publicznego, o której mowa w art. 6 ustawy. To kompleksowy katalog zadań odnoszących się nie tylko do profilaktyki samobójstw, ale także kryzysów psychicznych we wszystkich grupach wiekowych.
- o W związku ze zmianą sposobu realizacji zadania publicznego, przewidziana jest rezygnacja z kontynuacji programu polityki zdrowotnej pn. Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2016–2020 i powierzenie zadania (w ramach realizacji celu operacyjnego 4) wskazanym – dysponującym adekwatnymi zasobami i potencjałem instytutom, w trybie, o którym mowa w art. 14 ust. 2 ustawy, ze środków pozostających w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia.

Narodowa Strategia Onkologiczna mając na względzie obecne obciążenie oraz prognozowany wzrost zachorowań na choroby nowotworowe, Sejm Rzeczypospolitej Polskiej uchwalił ustawę z dnia 26 kwietnia 2019 r. o *Narodowej Strategii Onkologicznej* (Dz. U. poz. 969), która stanowiła podstawę do przygotowania Narodowej Strategii Onkologicznej. Ustawa jako cele strategiczne wskazuje:

- obniżenie zachorowalności na choroby nowotworowe przez edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę, w tym kształtowanie świadomości prozdrowotnej i propagowanie zdrowego stylu życia;
- poprawę profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych;
- rozwój systemu opieki zdrowotnej w obszarze onkologii przez koncentrację działań wokół chorego i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia chorych i ich rodzin;
- zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze onkologii, udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
- opracowanie i wdrożenie zmian organizacyjnych, które zapewnią chorym równy dostęp do koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej w obszarze onkologii;
- rozwój działalności szkoleniowej i edukacji oraz kształcenia kadr medycznych w obszarze onkologii;
- rozwój badań naukowych mających na celu poprawę i wzrost efektywności oraz innowacyjności leczenia chorób nowotworowych.

Zgodnie z ww. ustawą, Rada Ministrów przyjęła 4 lutego 2020 r. Narodową Strategię Onkologiczną (NSO), jako program wieloletni na lata 2020–2030²⁵². NSO wprowadza kompleksową reformę polskiej onkologii, obejmującą zarówno reorganizację systemu udzielania świadczeń, jak również działania skupione na poprawie jakości życia i włączeniu społecznym pacjentów onkologicznych.

Celem nadrzędnym NSO jest wzrost odsetka osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej. Nowe rozwiązania organizacyjne powinny przyczynić się do wyeliminowania negatywnych zjawisk w onkologii, takich jak fragmentacja opieki, rozproszenie świadczeń i ośrodków onkologicznych, które dotychczas wpływały na jakość leczenia onkologicznego, a co za tym idzie na szanse pacjentów na wyjście z choroby nowotworowej.

NSO skupia się na 5 obszarach:

- Inwestycje w kadry medyczne poprzez np. zwiększenie liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie onkologii i lekarzy specjalności pokrewnych, włączenie kształcenia z zakresu profilaktyki nowotworów do programu kształcenia przeddyplomowego lekarzy i pielęgniarek. Planowana jest również organizacja kursów z profilaktyki nowotworów w trakcie kształcenia lekarzy innych specjalności oraz pielęgniarek onkologicznych;
- Inwestycje w edukację, prewencja pierwotna i styl życia – poprzez realizację zaleceń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem (np. regulacje związane z ograniczeniem palenia tytoniu, walką z otyłością, ochroną przeciw promieniowaniu UV czy kształtowanie postaw zdrowotnych), włączenie lekarzy, w tym lekarzy POZ, w działania prewencji pierwotnej;

²⁵² Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030.

- Inwestycje w pacjenta, prewencja wtórna – poprzez zwiększenie dostępności do badań przesiewowych, poprawę ich jakości, zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe. Proponowane jest włączenie do działań prewencji wtórnej lekarzy POZ ;
- Inwestycje w naukę i innowacje poprzez wsparcie badań naukowych w onkologii czy dostęp do innowacyjnych terapii. Celem wskazanych działań jest zwiększenie udziału pacjentów onkologicznych w badaniach klinicznych, rozwój badań klinicznych niekomercyjnych w dziedzinie onkologii oraz poszerzenie analizy danych w rejestrach medycznych;
- Inwestycje w system opieki onkologicznej poprzez wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej, utworzenie podmiotów wyspecjalizowanych w diagnostyce i leczeniu wybranych nowotworów, zwiększenie dostępu do nowoczesnej aparatury medycznej. Rozwój kompleksowej opieki onkologicznej obejmować ma rozwój opieki rehabilitacyjnej, psychologicznej, paliatywnej i hospicyjnej. Ponadto inwestycje w system opieki onkologicznej obejmą działania na rzecz poprawy jakości życia pacjentów onkologicznych w trakcie i po zakończeniu leczenia.

Realizacja działań we wskazanych pięciu obszarach powinna doprowadzić do obniżenia w 2025 r. w Polsce następujących wskaźników docelowych umieralności na wybrane nowotwory złośliwe:

- nowotwory złośliwe jelita grubego (ICD10: C18–C21);
- nowotwory złośliwe piersi u kobiet (ICD10: C50);
- nowotwory złośliwe szyjki macicy (ICD10: C53);
- czerniak skóry (ICD10: C43);
- nowotwory złośliwe płuca (ICD: C33–C34).

W MZ rozpoczęto ponadto prace nad Narodową Strategią Kardiologiczną, która tak jak NSO przedstawiać będzie założenia kompleksowych działań w zakresie opieki kardiologicznej.

Niniejszy dokument powiązany jest również z innymi dokumentami o charakterze strategicznym jak Polityka Lekowa Państwa czy „Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce” (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w 2018 r.).

Polityka Lekowa Państwa jest dokumentem o charakterze strategicznym. Określa priorytety działań Rządu Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie gospodarowania lekami w latach 2018-2022. Polityka Lekowa Państwa ma za zadanie zapewnienie pacjentom szerokiego dostępu do skutecznych i bezpiecznych leków oraz przejrzystego i racjonalnie działającego systemu refundacji leków, który wspiera aktywności inwestycyjne na terenie Polski oraz rozwój polskiej gospodarki.

Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w roku 2018) ma za zadanie zapewnienie wysokiej jakości, bezpieczeństwa i dostępności do opieki pielęgniarskiej dla pacjentów i społeczeństwa, w szczególności przez zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej, powstrzymanie emigracji zarobkowej oraz zmotywowanie absolwentów do podejmowania pracy w zawodzie i utrzymanie na rynku pracy pielęgniarek/położnych, w tym nabywających uprawnienia emerytalne.

UMIEJSCOWIENIE DOKUMENTU W SYSTEMIE ZARZĄDZANIA ROZWOJEM POLSKI

Niniejszy dokument stanowi, zgodnie z Systemem Zarządzania Rozwojem Polski, politykę publiczną. Odnosi się do celów wyznaczonych przez obowiązujące strategie rozwoju kraju oraz przyjęte przez Radę Ministrów dokumenty, takie jak Narodowy Program Zdrowia oraz Narodowa Strategia Onkologiczna, a także projektowaną Narodową Strategią Kardiologiczną.

Jak wskazano w tym rozdziale, Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju oraz SRKL wskazują na ogólne cele rozwoju ochrony zdrowia, m.in. jak:

- poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i dostępności do usług;
- poprawa jakości świadczeń medycznych;
- zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych wysokiej jakości,
- promocja zdrowia, wsparcie profilaktyki;
- modernizacja placówek medycznych;
- wsparcie kadr medycznych;
- rozwój e-zdrowia.

Niniejszy dokument przedstawia główne działania w ochronie zdrowia oraz niezbędne kierunki zmian, które należy podjąć, aby zapewnić obywatelom dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Wyznaczone cele i narzędzia stanowią ramy strategiczne dla działań wszystkich instytucji w ochronie zdrowia.

Zgodnie z Systemem Zarządzania Rozwojem Polski, niniejszy dokument ma rangę dokumentu rządowego – został przyjęty w formie uchwały przez Radę Ministrów.

CELE POLITYKI ZDROWOTNEJ, KIERUNKI INTERWENCJI I NARZĘDZIA ICH WDRAŻANIA

Mając na względzie zidentyfikowane potrzeby opracowano główne kierunki zmian w systemie ochrony zdrowia. Przy ich opracowaniu wykorzystano koncepcję zrównoważonej karty wyników (ang. balanced scorecard) dostosowaną do realiów publicznego systemu ochrony zdrowia. Wykorzystanie zrównoważonej karty wyników jako narzędzia zarządzania strategicznego w publicznym systemie ochrony zdrowia pozwala spojrzeć na niego w sposób kompleksowy, wskazać cele i niezbędne kierunki zmian, a równocześnie stanowi narzędzie do monitorowania i ewaluacji ich realizacji. W koncepcji tej organizacja, a w tym przypadku system rozpatrywany jest z czterech perspektyw: finansów, rozwoju zasobów organizacyjnych, procesów i wreszcie odbiorcy końcowego, czyli w przypadku systemu ochrony zdrowia - pacjenta. Dla każdej z perspektyw wyznaczane są cele, inicjatywy, wskaźniki ich realizacji wraz z wartościami docelowymi, które razem składają się na realizację wizji i osiągnięcia nadrzędnego celu – misji, dla której realizacji system został stworzony.

Dostęp społeczeństwa do świadczeń opieki zdrowotnej jest jednym z podstawowych elementów zabezpieczenia społecznego. Reguluje go m.in. art. 68 ust. 2 Konstytucji

Rzeczypospolitej Polskiej, który przyznaje obywatelom prawo do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dbałość o zdrowie obywateli jest podyktowana nie tylko względami humanitarnymi i dbałością o poprawę jakości życia jednostek. Zdrowie jest także istotnym warunkiem rozwoju gospodarczego, gdyż zdrowe społeczeństwo przekłada się na większą produktywność oraz dłuższą aktywność zawodową.

Misja

Zapewnienie równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia

Rycina 68. Schemat przedstawiający główne obszary zmian w systemie ochrony zdrowia



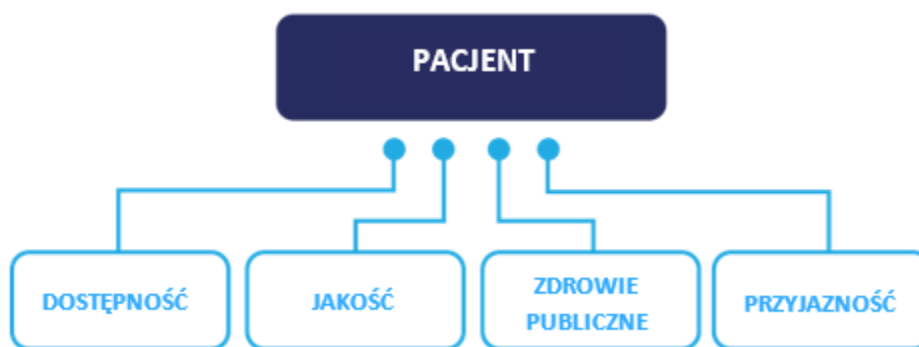
Wizja

Wydłużenie trwania życia i poprawa stanu zdrowia Polaków

PACJENT

Z perspektywy misji funkcjonowania systemu ochrony zdrowia centralnym ogniwem zrównoważonej karty wyników jest perspektywa pacjenta. To pacjent jest ostatecznym beneficjentem świadczeń zdrowotnych, a długość jego życia w zdrowiu stanowi najlepszą miarę skuteczności systemu. Jakkolwiek na osiągnięcie tego efektu wpływają różnorakie czynniki. Wśród tych najistotniejszych charakterystyk związanych z udzielaniem pacjentowi świadczeń zdrowotnych należy wyróżnić **jakość**, **dostępność** i **przyjazność**. Nie można również zapominać o skutecznym zapobieganiu chorobom i pogorszeniu stanu zdrowia realizowanym poprzez działania w obszarze **zdrowia publicznego**.

Rycina 69. Schemat przedstawiający elementy obszaru Pacjent



W obszarze *Pacjent* wyznaczono następujące cele:

- **Cel 1.1 [Dostępność]** Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnych do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa
- **Cel 1.2 [Jakość]** Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych
- **Cel 1.3 [Przyjazność]** Zwiększenie zadowolenia i satysfakcji pacjenta z systemu opieki zdrowotnej
- **Cel 1.4 [Zdrowie publiczne]** Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych

Dostępność

Publiczny system ochrony zdrowia powinien gwarantować dostępność świadczeń w ilości i czasie adekwatnym do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych oraz na zasadach równego dostępu zależnego jedynie od stanu zdrowia pacjenta, a nieograniczonego względami geograficznymi, statusem materialnym czy barierami architektonicznymi. Osiągnięcie tego

celu w warunkach ograniczonych środków finansowych oraz innych zasobów (m.in. kadrowych i infrastrukturalnych) nie jest zadaniem prostym. Bardzo ważne w tym kontekście jest zwiększenie podaży świadczeń m.in. w poprzez **zniesienie limitów** w wybranych grupach świadczeń, szczególnie tych, w przypadku których ograniczona dostępność skutkuje pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, a w konsekwencji realizacją świadczeń na droższych szczeblach systemu (np. w szpitalu). Należy również podkreślić, że niedobory dostępności są często konsekwencją niedoborów kadrowych lub infrastrukturalnych, stąd też długoterminowo dostępność świadczeń jest mocno związana z rozwojem kadr i infrastruktury systemu ochrony zdrowia. Dlatego też w obliczu zmian demograficznych szczególne znaczenie mają działania zmierzające ku **deinstytucjonalizacji** opieki m.in. poprzez **rozwój opieki domowej i środowiskowej** oraz szersze wykorzystanie **rozwiązań telemedycznych**. Rozwiązania te charakteryzują się często większą efektywnością kosztową, mniejszymi barierami dostępności, a zarazem mniejszymi wymaganiami dot. wykorzystania specjalistycznych zasobów kadrowych i infrastrukturalnych. Rozwiązaniem pozytywnie wpływającym na poprawę dostępności może być również **wprowadzenie serwisów opieki farmaceutycznej** obejmujących np. kontynuację recept czy wsparcie pacjentów z drobnymi dolegliwościami. Niezbędne są również działania mające na celu zmniejszenie nierówności w dostępie do świadczeń. Ważnym elementem jest tu określenie (na bazie map potrzeb zdrowotnych) **podstawowych regionów zabezpieczenia** i podejmowanie inicjatyw w celu **likwidowania tzw. białych plam** i niedoborów dostępności poprzez inwestycje infrastrukturalne oraz **system zachęt do relokacji dla kadr medycznych**, w tym poprzez utworzenie mechanizmów preferencyjnego finansowania rozwoju podmiotów leczniczych, w szczególności przychodni POZ/AOS na obszarach o ograniczonej dostępności do świadczeń. Nie można również zapominać o barierach architektonicznych przyczyniających się do powstawania nierówności w dostępie do świadczeń, które mogą być niwelowane poprzez **modernizację infrastruktury** w celu wdrożenia standardów dostępności. Ważnym elementem jest także rozwój usług cyfrowych takich jak **e-rejestracja**, zwiększających transparentność, niwelujących bariery informacyjne dla pacjentów, świadczeniodawców i płatnika, dodatkowo stwarzająca możliwości lepszej identyfikacji potrzeb zdrowotnych, koordynacji procesu leczenia i przeciwdziałania marnotrawstwu zasobów (np. w wyniku niestawienia się pacjenta na umówioną wizytę). Istotnym aspektem jest także dostępność farmakoterapii, w tym w szczególności **dostępność rynkowa** oraz **dostępność refundacyjna**. W tym kontekście bardzo istotny jest dalszy rozwój **narzędzi do monitorowania łańcucha dystrybucji leków** i przeciwdziałania brakom dostępności oraz **systemowego informowania** pracowników medycznych, **farmaceutów i pacjentów** o możliwych ograniczeniach dostępności i wczesnego reagowania na zdarzenia tego typu. Ponadto wydarzenia ostatnich lat wskazują na zasadność **wspierania rozwoju produkcji substancji aktywnych** w kraju zwiększającej bezpieczeństwo lekowe państwa w sytuacjach kryzysowych. W dalszym ciągu niezbędne jest również zwiększanie dostępności pacjentów do **nowoczesnych technologii lekowych** o udowodnionym działaniu, w tym w szczególności technologii długodziałających.

Jakość

System ochrony zdrowia powinien *zapewniać świadczenia o wysokiej jakości klinicznej* tj. gwarantujące bezpieczeństwo oraz wysoką skuteczność popartą aktualnym stanem wiedzy naukowej i standardami sztuki medycznej. Bardzo ważnym elementem zapewnienia wysokiej jakości w publicznym systemie ochrony zdrowia jest wprowadzenie długo oczekiwanych systemowych rozwiązań projakościowych. Podstawą poprawy jakości w systemie ochrony zdrowia jest transparentne monitorowanie nieprawidłowości. W tym celu niezbędne jest wypracowanie rozwiązań legislacyjnych sprzyjających transparentności tj. zapewniających

bezpieczeństwo prawne pracownikom medycznym dokładającym niezbędnych starań w celu ratowania zdrowia i życia pacjenta, jak również umożliwiającym sprawne dochodzenie odszkodowań przez pacjentów za skutki popełnionych błędów. Kluczowymi rozwiązaniami są tu tzw. **klauzula no-fault**, utworzenie **rejestrów zdarzeń niepożądanych** oraz **funduszu odszkodowań** dla pacjentów z tytułu wystąpienia zdarzenia niepożądanego. Należy podkreślić również kluczową rolę dalszego rozwoju **akredytacji**, w tym w szczególności wprowadzenia obowiązkowej akredytacji dla szpitali i pracowni diagnostycznych udzielających świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia oraz rozwój i upowszechnianie akredytacji na pozostałych szczeblach systemu. Ważnym elementem jest również objęcie świadczeniodawców obowiązkowym **systemem monitorowania i informowania o jakości leczenia** umożliwiającym porównywanie oceny poszczególnych świadczeniodawców w oparciu o obiektywne kryteria (*benchmarking*). Istotnym wsparciem dla tego typu rozwiązań jest dalsze rozwijanie przez płatnika mechanizmów **płacenia za jakość**. W zakresie farmakoterapii szczególnie istotne z punktu widzenia jakości są działania zmierzające do **ograniczenia antybiotykooporności**, jak również utworzenie **systemu monitorowania i wspierania skuteczności farmakoterapii** umożliwiającego m.in. monitorowanie osiągania celów terapeutycznych i ciągłości leczenia, działań niepożądanych, a także identyfikowanie i przeciwdziałanie polipragmazji .

Przyjazność

Styczeń z publicznym systemem ochrony zdrowia powinna cechować się wysokim poziomem przyjazności, aby wzmacniać zaangażowanie i pozytywne nastawienie do procesu leczenia oraz poprawiać jego dobrostan w często trudnym czasie związanym z pogorszeniem stanu zdrowia. Na każdym etapie styczności z publiczną ochroną zdrowia pacjent powinien poruszać się po systemie w sposób łatwy i intuicyjny, a wręcz być przez niego nawigowany, jak również mieć dostęp do rzetelnej informacji o procesie leczenia oraz być w niego aktywnie włączany. Kluczowym narzędziem poprawy przyjazności systemu jest **rozwój narzędzi teleinformatycznych** (e-usługi, infolinia, centra telemonitoringu) wspierających proces **nawigowania pacjenta** oraz **wymiany informacji** w systemie, w tym udzielania informacji dostępnych świadczeniach (również tych finansowanych w ramach opieki społecznej), powiadamiania o zaplanowanych wizytach itp. Ważnym elementem jest również utworzenie **systemu do monitorowania zadowolenia pacjenta** z udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniającego opinię pacjenta o sposobie traktowania, informowania i zakresie udzielanej informacji (m.in. poprzez rozwój funkcjonalności IKP oraz z wykorzystaniem infolinii). Kluczowe jest również **zwiększenie roli pacjentów** w kształtowaniu systemu ochrony zdrowia poprzez zwiększenie roli dialogu społecznego i ich partycypacji m.in. za pośrednictwem organizacji pacjentów i Rzecznika Praw Pacjenta.

Zdrowie publiczne

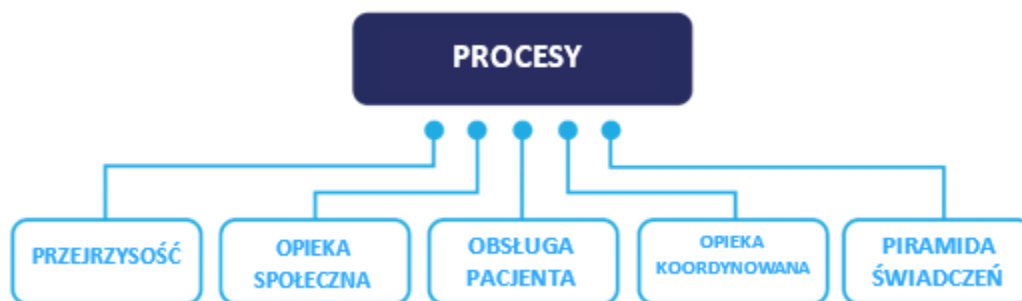
Poza czynnikami związanymi z procesem leczenia, w myśl zasady „lepiej zapobiegać niż leczyć” bardzo istotnym jest zapobieganie chorobom i ograniczanie ich rozwoju poprzez skuteczne działania z zakresu zdrowia publicznego m.in. edukację zdrowotną, promocję zdrowego stylu życia, rozwój profilaktyki, szczepień i badań przesiewowych umożliwiających pozostanie w stanie zdrowia lub wykrycie zmian na wczesnym etapie, na którym istnieją większe szanse wyleczenia i zredukowania ryzyka powikłań. Pierwszym z elementów przyczyniających się do realizacji tego celu jest opracowanie, aktualizacja i realizacja **narodowych programów zdrowotnych** dla kluczowych chorób przewlekłych o charakterze cywilizacyjnym, w szczególności uzależnień, otyłości, chorób zawodowych itp. Bardzo ważnymi działaniami podejmowanymi w ramach programów zdrowotnych są m.in. **realizacja**

programów profilaktycznych, promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych (szczególnie wśród dzieci, młodzieży i osób starszych oraz w obszarze zdrowia psychicznego) oraz wzmocnienie działań w obszarze **zdrowia środowiskowego** (szczególnie w zakresie edukacji, monitorowania zagrożeń w miejscach pracy, promocji zdrowej żywności i poprawy warunków środowiskowych oraz redukcji ryzyk zdrowotnych, takich jak środowiskowe czy behawioralne:). Ważnym elementem wspierającym profilaktykę będą **okresowe profilaktyczne bilanse zdrowotne** oraz programy **badania przesiewowych** w grupach podwyższonego ryzyka wraz z mechanizmami zachęcającymi pacjentów do zgłaszania się na nie. Ponadto intensyfikacji wymagają działania z zakresu **edukacji zdrowotnej** zwiększającej wiedzę o zdrowiu i wpływających na nie czynnikach, jak również kształtującej postawy prozdrowotne i umiejętności poruszania się po systemie ochrony zdrowia. Niezbędne są również działania zmierzające do modernizacji w obszarze szczepień w tym **rozwój poprzez poszerzenie zakresu programu szczepień** ochronnych, wprowadzenie elektronicznej karty szczepień oraz poszerzenie katalogu osób uprawnionych do kwalifikacji i wykonywania szczepień.

PROCESY

Osiągnięcie celów perspektywy pacjenta jest możliwe tylko pod warunkiem skutecznej organizacji procesów. Właściwa organizacja systemu wspiera efektywną realizację celów zdrowotnych poprzez odpowiednią alokację i wykorzystanie ograniczonych zasobów. W tej perspektywie 5 obszarów zostało wytypowanych jako szczególnie kluczowe: **przejrzystość, obsługa pacjenta, koordynacja opieki, piramida świadczeń** oraz **opieka społeczna**.

Rycina 70. Schemat przedstawiający elementy obszaru Procesy



W obszarze *Procesy* wyznaczono następujące cele:

- **Cel 2.1 [Przejrzystość] Zapewnienie przejrzystości procedur**
- **Cel 2.2 [Obsługa pacjenta] Usprawnienie procesów obsługi pacjenta**
- **Cel 2.3 [Koordynacja opieki] Rozwój opieki koordynowanej**
- **Cel 2.4 [Piramida świadczeń] Optymalizacja piramidy świadczeń**

- **Cel 2.5 [Opieka społeczna] Wykorzystanie potencjału synergii systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej**

Przejrzystość

Zapewnienie przejrzystości procedur jest istotne zarówno z perspektywy pacjentów, pracowników medycznych, świadczeniodawców, płatnika, jak i regulatora. Ułatwia ona wszystkim uczestnikom systemu poruszanie się po nim, harmonizuje relacje pomiędzy nimi, racjonalizuje oczekiwania, zwiększa bezpieczeństwo i ułatwia rozliczenia. Z tej perspektywy kluczowym działaniem jest wdrożenie innowacji procesowych oraz **standaryzacja procedur** prowadzona we współpracy z konsultantami medycznymi i towarzystwami naukowymi i poprzedzona **przejrzeniem regulacyjnym** oraz jej **wdrożenie** (mające odzwierciedlenie w mechanizmach rozliczeniowych). W szczególności w zakresie **standardów organizacyjnych opieki, standardów informatyki medycznej oraz udzielania świadczeń telemedycznych, jak również ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego** dla części występujących jednostek chorobowych. Bardzo ważnym elementem jest także przejrzystość w zakresie sprawozdawczości obejmująca **uporządkowanie standardów prowadzenia dokumentacji i sprawozdawczości** (w szczególności **rejestrów medycznych**), likwidację nadmiarowych i duplikujących się obowiązków sprawozdawczych, dalszą automatyzację procesów sprawozdawczych, a także poprawę jakości danych (w uzasadnionych przypadkach również poszerzenia ich zakresu) oraz **ustalenie przejrzystych zasad wykorzystywania i wymiany danych zdrowotnych** dla celów diagnostyczno-terapeutycznych, zarządzania systemem ochrony zdrowia oraz prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych.

Obsługa pacjenta

Ważnym trendem w rozwoju nowoczesnych systemów opieki zdrowotnej jest tzw. *pacjentocentryzm* stawiający pacjenta w centrum systemu ochrony zdrowia w sposób zapewniający mu dostęp do informacji, poszanowanie godności i umożliwiający mu partycypację w podejmowaniu decyzji dotyczących procesu leczenia. Pacjentocentryzm winien być również fundamentem publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce, stąd też *usprawnienie procesów obsługi pacjenta* zajmuje szczególne miejsce na liście celów. W związku z tym niezbędne jest **wypracowanie i wdrożenie standardów obsługi pacjenta** powszechnych w całym publicznym systemie ochrony zdrowia, jak również ich **monitorowanie i premiowanie** przez płatnika utrzymywania wysokiego standardu obsługi pacjenta. Ważne jest również prowadzenie **szkoleń dla personelu podmiotów leczniczych** (zarówno medycznego, jak i administracyjnego) z zakresu obsługi pacjenta. Nieodłącznym elementem poprawy obsługi pacjenta w publicznym systemie ochrony zdrowia jest również **rozwój narzędzi teleinformatycznych** wspierających obsługę pacjenta, jak również proces jej monitorowania.

Koordinacja

Proces leczenia nierzadko wymaga kontaktu pacjenta z wieloma specjalistami i świadczeniodawcami. Z tego względu współpraca pomiędzy zaangażowanymi w proces leczenia oraz koordynacja tego procesu często staje się kluczowym czynnikiem wpływającym na jego powodzenie. Brak koordynacji i odpowiedniego prowadzenia pacjenta poprzez system może natomiast prowadzić do zaprzepaszczenia pozytywnych efektów zdrowotnych uzyskanych często dużymi nakładami pracy i środków. Z tego też względu ważnym kierunkiem rozwoju polskiego systemu ochrony zdrowia jest *rozwój opieki koordynowanej*. W tym obszarze konieczny jest rozwój dotychczasowych oraz **stworzenie i wdrożenie nowych modeli opieki koordynowanej** opartych na wartości zdrowotnej m.in. kompleksowej opieki bariatrycznej, opieki nad pacjentem z chorobami układu krążenia, cukrzycą, POChP. W przypadku chorób przewlekłych dodatkowo, niezbędne jest **ustanowienie koordynatora procesu leczenia** tj. podmiotu odpowiedzialnego za koordynację opieki nad pacjentem i ciągłość leczenia umiejscowionego na adekwatnym poziomie (POZ, AOS, LS) w zależności od rozpoznania i stopnia zaawansowania choroby. W kontekście trwającej epidemii koronawirusa, skali zakażeń oraz możliwych powikłań niezbędnym będzie też prawdopodobnie wprowadzenie **programu kompleksowej opieki i rehabilitacji postcovidowej**. Ważnym kierunkiem jest również wzmocnienie współpracy i więzi funkcjonalnych pomiędzy różnymi poziomami opieki m.in. poprzez **wzmocnienie funkcji konsultacyjnej** ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i lecznictwa szpitalnego dla podstawowej opieki zdrowotnej, wzmocnienie integracji POZ i AOS oraz **wdrożenie narzędzi teleinformatycznych wspomagających komunikację i wymianę dokumentacji medycznej**. Ważnym elementem jest także utworzenie **Krajowej Sieci Onkologicznej** oraz **Krajowej Sieci Kardiologicznej** umożliwiających lepszą koordynację opieki. Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej przyniósł bardzo obiecujące efekty, dlatego powinna być nadal rozbudowywana. Udało się nie tylko przyspieszyć dostęp do lekarza i niezbędnych badań, ale także odnotowano kilkakrotne zwiększenie poprawnych i pełnych pakietów badań, co jest kluczowe we właściwej diagnostyce onkologicznej. Natomiast celem krajowej sieci kardiologicznej będzie budowa programu, który umożliwi nielimitowany dostęp pacjentów kardiologicznych do diagnostyki i terapii, koordynację leczenia, wdrożenie programów prewencji pierwotnej i wtórnej, a przez to obniżenie śmiertelności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, pozostających wciąż głównymi przyczynami zgonów Polaków.

Piramida świadczeń

Dla efektywnego funkcjonowania systemu od strony procesowej niezbędnym jest udzielanie świadczeń na optymalnym, z punktu widzenia kosztów (zarówno po stronie systemu, jak i po stronie pacjenta) i efektów zdrowotnych, poziomie tzw. „piramidy świadczeń”. Zaczynając od świadczeń udzielanych najbliższej pacjenta ważnym kierunkiem jest **rozwój** nowoczesnych usług **opieki środowiskowej** i modeli **opieki domowej** z wykorzystaniem **narzędzi telemedycznych**. Kluczowym elementem optymalizacji piramidy świadczeń jest również **zwiększenie roli POZ** poprzez umożliwienie kontraktowania zespołów POZ o rozbudowanym składzie i kompetencjach (również z zakresu opieki specjalistycznej i rehabilitacji usprawniającej), premiowanie podmiotów zaangażowanych w profilaktykę i opiekę nad pacjentami z chorobami przewlekłymi oraz zwiększenie kompetencji pielęgniarek (w szczególności w zakresie profilaktyki, szczepień oraz porad w zakresie nieskomplikowanych problemów zdrowotnych). Istotnym kierunkiem jest również ograniczenie hospitalizacji poprzez zwiększenie kompetencji AOS, w szczególności **przeniesienie jednodniowych procedur zabiegowych** (również wykonywanych przy udziale anestezjologa) do opieki ambulatoryjnej wraz z optymalizacją wyceny świadczeń oraz rozszerzenie katalogu ambulatoryjnych diagnostycznych pakietów specjalistycznych w celu ograniczenia hospitalizacji zachowawczych. Ponadto istotnym jest stworzenie warunków systemowych do **specjalizacji poradni przyszpitalnych** w zakresie opieki okołoszpitalnej i wysokospecjalistycznej dedykowanej pacjentom narażonym na częste rehospitalizacje i ze skomplikowanymi problemami zdrowotnymi oraz ograniczanie świadczeń tych poradni na rzecz pacjentów, których potrzeby mogą być realizowane na niższych poziomach opieki. Bardzo ważnym elementem optymalizacji piramidy świadczeń jest dalsza **reformacja nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej** mająca na celu odciążenie szpitalnych oddziałów ratunkowych wprowadzająca 3-poziomowy system opieki. Pierwszy poziom to teleporada lekarska lub pielęgniarska wspomagana narzędziami autodiagnostycznymi jako forma pierwszego kontaktu umożliwiająca rozwiązanie podstawowych problemów zdrowotnych, w tym wystawienie recepty lub skierowania do wyższego poziomu opieki. Drugi poziom NŚOZ stanowić będzie sieć całodobowych ambulatoriów (w każdym powiecie), do których pacjent kierowany będzie po teleporadzie. Dopiero trzecim poziomem, właściwym jedynie dla stanów zagrożenia życia, będzie szpitalny oddział ratunkowy - w przypadku zaś braku zaistnienia takich okoliczności pacjent zostanie przekierowany do niższego poziomu NŚOZ. Wreszcie istotnym elementem optymalizacji piramidy świadczeń będzie **redefinicja sieci szpitali** obejmująca modyfikację kryteriów kwalifikacji do sieci i finansowania, jak również wprowadzenie obligatoryjnych mechanizmów **monitorowania jakości klinicznej, obsługi pacjenta i efektywności zarządzania** i związanych z nimi mechanizmów premiowania.

Opieka społeczna

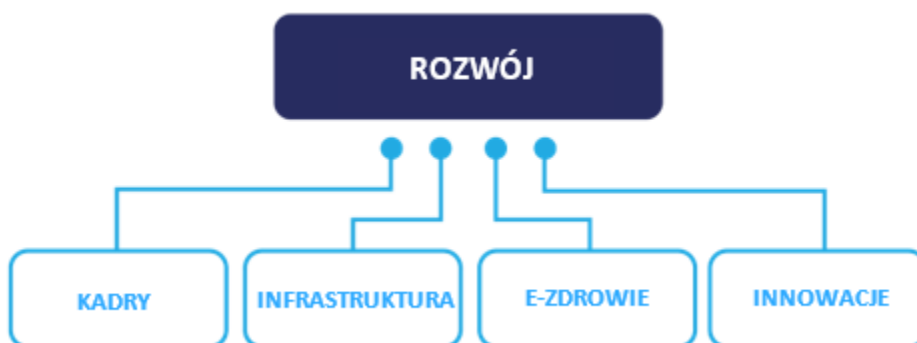
System ochrony zdrowia i system pomocy społecznej stanowią układ naczyń połączonych. Z tego też względu ich prawidłowa współpraca jest niezbędna dla efektywnego funkcjonowania każdego z nich z osobna oraz wykorzystania potencjału synergii pomiędzy nimi. Pierwszym krokiem do jej osiągnięcia jest **przeгляд świadczeń z zakresu opieki społecznej** oraz **usprawnienie przepływu informacji** w celu poprawy zarządzania systemami, w szczególności poprawy koordynacji oraz eliminacji duplikowania świadczeń. Ważnym elementem opieki na styku systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej jest **organizacja wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi, niepełnosprawnych i starszych** oraz **opiekunów osób wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu**. W kontekście trendów demograficznych wyzwaniem jest także **rozwój opieki długoterminowej**

wymagający m.in. deinstytucjonalizacji opieki oraz zwiększenia liczby miejsc w placówkach opieki długoterminowej, tam gdzie istnieje taka potrzeba, również poprzez **przekształcenie części szpitali** w zakłady opieki długoterminowej, gdzie łóżka szpitalne nie są w pełni wykorzystywane na innych oddziałach.

Rozwój

Kluczowym elementem systemu ochrony zdrowia są zasoby stanowiące podstawę jego funkcjonowania. Dlatego też ich rozwój jest nieodłącznym warunkiem leżącym u podstawy poprawy systemu ochrony zdrowia, a w konsekwencji - dobrostanu społeczeństwa. W obszarze tym szczególne znaczenie mają: **kadry, infrastruktura, e-zdrowie** oraz **innowacje**.

Rycina 71. Schemat przedstawiający elementy obszaru Rozwój



W obszarze *Rozwój* wyznaczono następujące cele:

Cel 3.1 [Kadry] Wsparcie rozwoju systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniających się potrzeb zdrowotnych

Cel 3.2 [Infrastruktura] Rozwój i modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia zgodny z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa

Cel 3.3 [Innowacje] Rozwój i upowszechnianie stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia

Cel 3.4 [e-Zdrowie] Rozwój i upowszechnianie usług cyfrowych e-zdrowia

Kadry

Zasoby kadrowe systemu ochrony zdrowia stanowią o jakości świadczonych usług, jak i ich dostępności. Z tego też względu *wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniających się potrzeb zdrowotnych* społeczeństwa jest bardzo ważne dla zapewnienia prawidłowego funkcjonowania systemu zarówno w krótkim, jak i długim terminie. W tym kontekście kluczowym obszarem jest system **kształcenia kadr medycznych, organizacyjnych, administracyjnych i zarządczych systemu ochrony zdrowia**. W tym obszarze bardzo ważnym jest systematyczne **zwiększanie limitów przyjęć na studia medyczne** i liczby miejsc szkoleniowych, kształcenie specjalizacyjne w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, zwiększenie elastyczności procesu kształcenia w zawodach medycznych (m.in. poprzez ograniczenie liczby specjalizacji), wzrost wykorzystania nowoczesnych technologii w obszarze doskonalenia technik operacyjnych i diagnostycznych (szczególnie w ramach kształcenia podyplomowego) i ich równomierne upowszechnienie na terenie kraju, **rozszerzenie kompetencji innych niż lekarskich zawodów medycznych** oraz promocja kształcenia na tych kierunkach. Istotnym elementem promocji studiów medycznych jest także wprowadzenie **systemu kredytów i stypendiów dla studentów kierunków medycznych oraz lekarzy w trakcie specjalizacji** umarżanych po przepracowaniu ustalonego czasu w publicznym systemie ochrony zdrowia. Kredyty będą przewidziane również na start dla medyków po egzaminie specjalizacyjnym lub powrocie z zagranicy. Poza elementami istotnymi z punktu widzenia kształcenia kadr bardzo ważne jest stworzenie dobrych warunków dla obecnych kadr systemu ochrony zdrowia obejmujących **wsparcie rozwoju zawodowego pracowników systemu ochrony zdrowia, poprawę warunków pracy i wprowadzenie polityki wynagradzania** zachęcającej absolwentów do pozostania w kraju. Wreszcie ważny jest również rozwój **mechanizmów planowania rozmieszczenia kadr medycznych** i niwelowania dysproporcji poprzez odpowiedni **system zachęt** motywujących do podjęcia pracy w lokalizacjach z deficytami kadrowymi. Zostanie wprowadzona również szybka ścieżka wejścia do zawodu dla pielęgniarek, które mają kwalifikacje, a nie pracują w zawodzie. Planowane jest także dalsze zwiększanie wynagrodzeń młodych lekarzy, w szczególności podnoszenie wynagrodzeń w dziedzinach priorytetowych.

Infrastruktura

Istotną determinantą jakości, dostępności i efektywności świadczeń zdrowotnych jest infrastruktura budowlana i techniczna systemu ochrony zdrowia. Stąd też *rozwój i modernizacja infrastruktury systemu ochrony zdrowia zgodny ze zmieniającymi się potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa* stanowi kluczowy priorytet polityki zdrowotnej. Podstawowym działaniem w tym obszarze są **inwestycje w infrastrukturę budowlaną i techniczną** oraz jej **modernizacje**, jak również w wymianę i **rozwój aparatury i sprzętu medycznego**, by wspierać innowacje organizacyjne i procesowe, zwiększające wydajność i jakość opieki. Szczególny priorytet w tym kontekście mają inwestycje pozwalające na dostosowanie podmiotów leczniczych do **wdrożenia standardów dostępności** oraz opieki nad osobami starszymi. Bardzo ważne jest także **wsparcie infrastrukturalne uczelni medycznych** pozwalające na realizację celów związanych z rozwojem kadr systemu ochrony zdrowia. W kontekście trwającej epidemii bardzo ważnym jest też **dostosowanie infrastruktury systemu ochrony zdrowia do szybkiego, skutecznego i sprawnego podejmowania działań** w sytuacjach nadzwyczajnych oraz **zapewnienia ciągłości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń** zdrowotnych na wszystkich poziomach systemu

ochrony zdrowia, w tym poprzez dostosowanie podmiotów do udzielania świadczeń w warunkach podwyższonego reżimu sanitarnego oraz z wykorzystaniem telemedycyny.

Innowacje

Rozwój i upowszechnienie stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia to kolejny ważny kierunek strategii rozwoju zasobów systemu ochrony zdrowia. Innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia pozwalają zwiększyć skuteczność i efektywność leczenia, jak i wykorzystania zasobów kadrowych czy infrastrukturalnych. Bardzo ważnym kierunkiem w tym obszarze jest rozwój i upowszechnianie rozwiązań łączących elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny, w tym technologii optymalizujących czas i pracę lekarza i innych osób wykonujących zawody medyczne., rozwiązań autodiagnostycznych oraz wciąż niewystarczająco wykorzystywanych rozwiązań telemedycznych. W kontekście **rozwaju telemedycyny** istotne jest dostosowanie podmiotów leczniczych do udzielania świadczeń tego typu poprzez zapewnienie niezbędnego sprzętu i wydajnych łącz, utworzenie **centrów telemonitoringu, edukację** pracowników medycznych i pacjentów, eliminację niedoskonałości regulacji w tym obszarze oraz wprowadzenie klarownych **standardów** udzielania świadczeń. Ważnym kierunkiem jest także **zwiększenie potencjału naukowego** sektora ochrony zdrowia. W tym kontekście istotny jest **skoordynowany rozwój rejestrów medycznych** oraz zwiększanie jakości i otwartości danych w nich zawartych stanowiących ważny zasób systemu ochrony zdrowia o wciąż niewystarczająco wykorzystanym potencjale. Ponadto, istotne jest wzmocnienie **roli i finansowania badań naukowych, niekomercyjnych badań klinicznych** (szczególnie w obszarze COVID-19) oraz **prac badawczo-rozwojowych** m.in. poprzez **utworzenie Hubu Biomedycznego** oraz **Polskiego Frakcjonatora Osocza**. Poza tym, niezbędna jest intensyfikacja działań w zakresie **rozwaju i zastosowania sztucznej inteligencji** i zaawansowanych metod analitycznych w obszarze ochrony zdrowia, w szczególności w procesach predykcyjnych, diagnostycznych i leczniczych, jak również na potrzeby efektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia.

e-Zdrowie

Rozwój i upowszechnienie usług cyfrowych e-zdrowia to priorytetowy kierunek rozwoju polskiego systemu ochrony zdrowia. Jak pokazuje doświadczenie czasu epidemii usługi cyfrowe w sytuacji nadzwyczajnej nie tylko ułatwiają korzystanie z systemu ochrony zdrowia i usprawniają jego funkcjonowanie, ale wręcz bezpośrednio przyczyniają się do ratowania zdrowia i życia. W najbliższych latach niezbędny jest dalszy rozwój e-usług m.in. poprzez **wdrożenie centralnej e-rejestracji, Elektronicznej Dokumentacji Medycznej**, elektronicznej karty szczepień oraz rozwój i upowszechnienie istniejących rozwiązań – **IKP**, e-wizyty, e-skierowania. Ważne jest także wdrożenie **systemu do komunikacji i wymiany informacji** pomiędzy uczestnikami systemu (pacjentami, pracownikami medycznymi, farmaceutami, świadczeniodawcami, płatnikiem), w tym narzędzi umożliwiających konsultację procesu diagnostycznego i ułatwiających koordynację świadczeń, jak również eliminację nieprawidłowości. Rozwój usług cyfrowych musi być też poparty działaniami na rzecz **rozwaju kompetencji cyfrowych pacjentów i kadry medycznej** w celu pełnego wykorzystania ich potencjału. Należy podkreślić, iż rozwiązania z obszaru e-zdrowia muszą powstawać we współpracy z przedstawicielami zawodów medycznych i pacjentów, aby były zaprojektowane adekwatnie do ich potrzeb i możliwości.

FINANSE

Warunkiem koniecznym realizacji celów postawionych w pozostałych obszarach jest zapewnienie ich finansowania. Mając na uwadze utrzymujący się od lat niski (w porównaniu do innych krajów UE/OECD) poziom finansowania systemu ochrony zdrowia oraz rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństwa niezbędny jest **wzrost i dywersyfikacja finansowania** przy równoczesnym zapewnieniu wzrostu **efektywności wydatkowania**.

Rycina 72. Schemat przedstawiający elementy obszaru Finanse



W obszarze *Finanse* wyznaczono następujące cele:

Cel 4.1 [Wzrost i dywersyfikacja finansowania] Zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia

Cel 4.2 [Efektywność wydatkowania] Racjonalizacja mechanizmów wydatkowania

Wzrost i dywersyfikacja finansowania

Kluczowym wyzwaniem polityki zdrowotnej jest **zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia**. Wyznacznikiem jest tutaj ustawowe zobowiązanie do **zwiększenia publicznych nakładów na zdrowie do poziomu co najmniej 6% PKB do roku 2023, oraz 7% do 2027 roku**, co pozwoliłoby zbliżyć się do średniej krajów OECD/UE. Jakkolwiek biorąc pod uwagę trendy demograficzne należy wskazać, że dalszy wzrost wydatków na zdrowie jest konieczny i nieunikniony. Ważnym aspektem związanym z finansowaniem ochrony zdrowia jest dywersyfikacja źródeł jego finansowania i uniezależnienie systemu od dotacji budżetowych. W tym kontekście ważnym elementem są **opłaty prozdrowotne** takie jak tzw. „opłata cukrowa od napojów”, które z jednej strony zapewniają dodatkowe środki na ochronę zdrowia, a jednocześnie promują postawy prozdrowotne. Podobną funkcję mogą spełniać opłaty ograniczające użycie leków OTC, suplementów diety czy produktów zawierających

szkodliwe izomery trans kwasów tłuszczowych. Ważnym elementem dywersyfikacji finansowania jest również wykorzystanie środków z Europejskich Funduszy Strategicznych i Inwestycyjnych - EFSI dostępnych w ramach polityki spójności UE (EFRR, EFS+, Funduszu Spójności, Fundusz Sprawiedliwej Transformacji), a także instrumentów finansowania takich jak Krajowy Plan Odbudowy, unijny program pn. EU4Health oraz innych funduszy zagranicznych (mechanizmów: szwajcarskiego, norweskiego, a w przyszłości być może również brytyjskiego).

Gruntownej analizie wymaga także możliwość wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń – w szczególności **ubezpieczeń opiekuńczych** finansujących opiekę długoterminową oraz **mechanizmów partycypacji sprawców** prowadzących pojazdy pod wpływem alkoholu i środków odurzających w kosztach leczenia urazów ofiar ponoszonych przez publiczny system ochrony zdrowia.

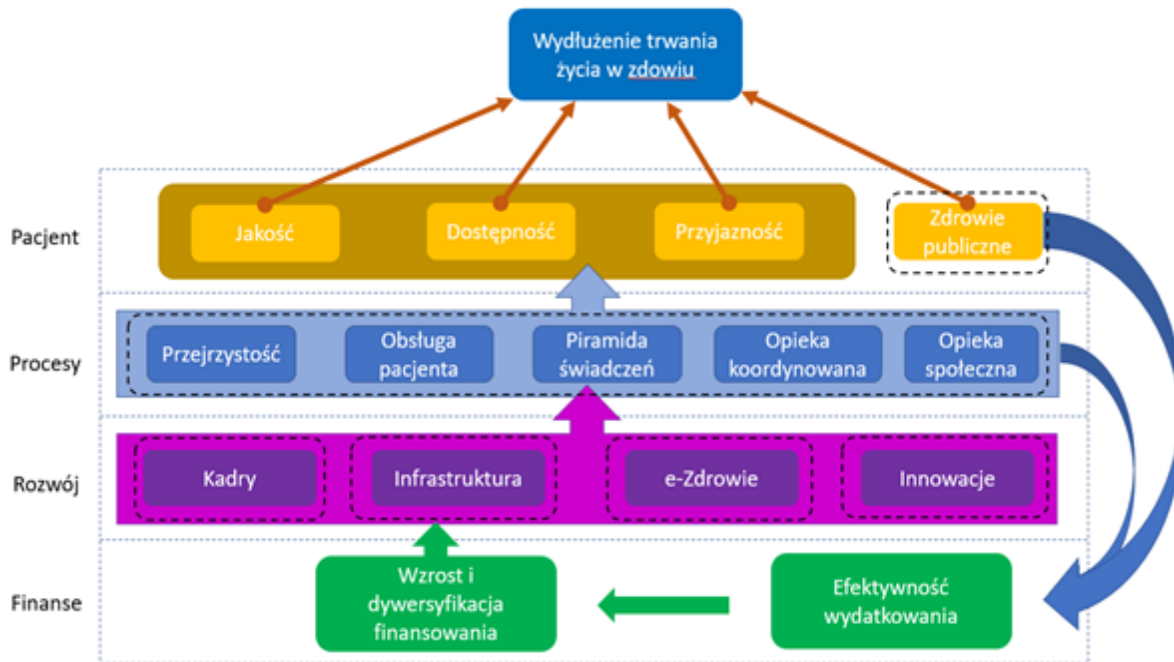
Efektywność wydatkowania

Ostatnim celem ujętym w zrównoważonej karcie wyników systemu ochrony zdrowia jest **racjonalizacja mechanizmów wydatkowania**. Kluczowym w tym kontekście jest rozwój **mechanizmów płacenia za jakość i/lub efekty zdrowotne** w oparciu o obiektywne wskaźniki oraz realizację usług zgodnie z przyjętymi standardami. Kolejnym istotnym działaniem jest **weryfikacja koszyka świadczeń gwarantowanych**, listy leków refundowanych, wyrobów medycznych i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego pod kątem ich efektywności zdrowotnej oraz stworzenie mechanizmów oceny interwencji w systemie ochrony zdrowia pod kątem wnoszonej przez nie innowacyjności i wartości zdrowotnej. Bardzo ważne jest również rozwijanie narzędzi mających na celu **przeciwdziałanie nadużyciom** w systemie ochrony zdrowia. Także, bardzo ważna jest poprawa efektywności operacyjnej podmiotów leczniczych. W tym kontekście kluczowa jest **reforma sektora szpitalnictwa** pochłaniającego znaczną część wydatków na ochronę zdrowia i generującego znaczące zadłużenie. Modernizacja szpitalnictwa wymaga **redefinicji struktury właścicielskiej** pozwalającej na lepszą koordynację działań, wykorzystanie efektów skali (m.in. w obszarze zamówień publicznych) oraz wyeliminowanie konkurencji o ograniczone zasoby. Ponadto niezbędna jest **profesjonalizacja zarządzania** w sektorze szpitalnictwa poprzez **utworzenie korpusu menadżerów opieki zdrowotnej** posiadających niezbędne kompetencje zarządcze, jak i znajomość specyfiki systemu ochrony zdrowia oraz ich ustawiczne doksztalcanie. Kolejnym kluczowym elementem reformy jest również **wdrożenie obowiązkowego systemu benchmarkingu** szpitali obejmującego efektywność finansową, operacyjną oraz jakość świadczonych usług.

KIERUNKI INTERWENCJI

Cele wskazane w Zrównoważonej Karcie Wyników wskazują na najważniejsze priorytety zmian w systemie ochrony zdrowia. Równocześnie proponowane działania często służą realizacji więcej niż jednego celu. Przykładowo rozwój infrastruktury może przyczyniać się do poprawy dostępności, działania z zakresu zdrowia publicznego czy procesów mogą prowadzić do poprawy efektywności wydatkowania (np. poprzez zapobieganie chorobom lub prowadzenie procesu leczenia na poziomie systemu o większej efektywności kosztowej), a rozwój usług cyfrowych e-Zdrowia może prowadzić do poprawy przyjazności systemu. Dlatego też wskazano 6 kierunków interwencji mających służyć realizacji celów.

Rycina 73. Schemat przedstawiający zależność zmian zachodzących w systemie ochrony zdrowia



Cele będą realizowane poprzez następujące kierunki interwencji:

- **Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych**
 - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych
 - Narzędzie 1.2 Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących
 - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia
- **Kierunek interwencji 2: Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki**
 - Narzędzie 2.1 Poprawa jakości, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej
 - Narzędzie 2.2 Wsparcie i rozwój opieki koordynowanej, w tym nad osobami starszymi
 - Narzędzie 2.3 Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki, w tym rozwój środowiskowych form opieki

- **Kierunek interwencji 3: Poprawa dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia**
 - **Narzędzie 3.1 Wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych**
 - **Narzędzie 3.2 Wzmocnienie działań na rzecz dostosowania podmiotów leczniczych do wdrożenia standardów dostępności**
 - **Narzędzie 3.3 Wsparcie infrastrukturalne systemu ratownictwa medycznego i reagowania kryzysowego**
- **Kierunek interwencji 4: Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa**
 - **Narzędzie 4.1 Rozwój i wsparcie kształcenia lekarzy**
 - **Narzędzie 4.2 Rozwój i wsparcie kształcenia pielęgniarek i położnych**
 - **Narzędzie 4.3 Rozwój i wsparcie kształcenia innych zawodów związanych z ochroną zdrowia**
 - **Narzędzie 4.4 Rozwój i wsparcie kształcenia kadr organizacyjnych/ administracyjnych/zarządzających systemu ochrony zdrowia**
- **Kierunek interwencji 5: Rozwój usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony zdrowia**
 - **Narzędzie 5.1 Rozwój publicznych usług cyfrowych e-zdrowia**
 - **Narzędzie 5.2 Budowa kompetencji cyfrowych po stronie pacjentów i kadry medycznej oraz działania na rzecz zwiększenia dojrzałości cyfrowej placówek ochrony zdrowia**
- **Kierunek interwencji 6: Rozwój i upowszechnienie wykorzystania nowoczesnych i nowatorskich technologii w sektorze zdrowia**
 - **Narzędzie 6.1 Rozwój i upowszechnienie rozwiązań telemedycznych**
 - **Narzędzie 6.2 Rozwój koncepcji wykorzystania narzędzi sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia**
 - **Narzędzie 6.3 Zwiększenie potencjału naukowego i badawczo-rozwojowego sektora ochrony zdrowia**

Kierunek interwencji 1. Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych

Jak wskazano w części diagnostycznej, profilaktyka chorób to działania, które zapobiegają ich wystąpieniu. Ukierunkowane są na eliminację (wykorzenie) lub minimalizowanie wpływu choroby lub niepełnosprawności albo – jeśli nie jest to możliwe – opóźnienie postępu choroby lub niepełnosprawności²⁵³. Podział profilaktyki i jej szczegółowa definicja ujęte są w części diagnostycznej dokumentu.

Prowadzenie działań profilaktycznych przynosi, w krótszej lub dłuższej perspektywie czasowej, wymierne korzyści dla społeczeństwa w postaci:

- 1) poprawy świadomości zdrowotnej populacji;
- 2) poprawy stanu zdrowia ludności;
- 3) zwiększenia wykrywalności chorób we wczesnym stadium rozwoju;
- 4) zmniejszenia liczby osób z powikłaniami chorób i trwałym inwalidztwem, ograniczenia liczby zachorowań i zgonów;
- 5) obniżenia kosztów leczenia, a także mniejszych strat finansowych dla gospodarki (zasiłki chorobowe, straty produkcyjne).

Ważne jest także to, aby skupić się na prewencji pierwotnej, poprzez dostępne oddziaływania z zakresu zdrowia publicznego. Pierwszym krokiem w tym celu jest identyfikacja występujących ryzyk zdrowotnych, dotyczących poszczególne populacje, identyfikowane na możliwie najbardziej podstawowym poziomie. W tym celu rozszerzone powinny zostać funkcje istniejących instytucji odpowiedzialnych za zdrowie publiczne (głównie NIZP PZH, i GIS), oraz uzupełnienie ich o monitorowanie ryzyk zdrowotnych odpowiedzialnych za znaczną ilość zachorowań (np. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, otyłość, zanieczyszczenie powietrza).

W zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych u osób pomiędzy 40. a 65. r.ż. wprowadzony zostanie pierwszy tak szeroko zakrojony program badań profilaktycznych w Polsce pn. "Profilaktyka 40 plus". Program obejmie ponad 13 milionów świadczeniobiorców, w grupie wiekowej planowanej do objęcia programem. Z programu badań profilaktycznych będą mogły skorzystać wszystkie osoby, zarówno pracujące, jak i te, które prowadzą działalność gospodarczą lub są bez pracy, ale mają ubezpieczenie zdrowotne. Należy nadmienić, że badania muszą być wykonywane regularnie, aby na wczesnym etapie wykryć choroby cywilizacyjne. Wyróżnia się również potrzebę realizacji skutecznej profilaktyki wśród pracowników, co podkreśla się w aspekcie makroekonomicznym, szczególnie w kontekście starzenia się społeczeństwa i potrzeby utrzymywania dłuższej aktywności zawodowej.

Głównym wyznacznikiem skuteczności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest jego zdolność do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Stan ten jest jednak uwarunkowany szeregiem czynników.

WYZWANIA – OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA

- Aktualizacja i/lub opracowanie programów zdrowotnych/programów polityki zdrowotnej dla kluczowych chorób cywilizacyjnych.

²⁵³ Porta M. (ed), *A dictionary of epidemiology*. Oxford University Press, Oxford 2014: 224-225.

- Promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych – ze szczególnym uwzględnieniem działań na rzecz dzieci, młodzieży i osób starszych oraz zdrowia psychicznego.
- Intensywna edukacja zdrowotna, w tym programy interwencji behawioralnych w grupach ryzyka (otyłość, używki, siedzący tryb życia, narażenie na nadmierny stres).
- Poszerzenie zakresu programu szczepień ochronnych.
- Realizacja programów badań przesiewowych w grupach o podwyższonym ryzyku.
- Opracowanie i rozpropagowanie okresowych profilaktycznych bilansów zdrowotnych dla osób dorosłych realizowanych w POZ .
- Powszechne objęcie świadczeniobiorców pomiędzy 40. a 65. r.ż. profilaktyczną diagnostyką laboratoryjną, w ramach programu "Profilaktyka 40 plus" w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych.
- Skuteczne zapobieganie infekcjom bakteryjnym i zjawisku antybiotykooporności.
- Podnoszenie roli prewencji wtórnej (edukacja personelu medycznego).
- Integracja systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej w celu wzmocnienia zaangażowania w promocję zdrowia w każdym miejscu świadczenia usług społecznych.
- Wzmocnienie i zintegrowanie mechanizmów identyfikacji i monitorowania występowania ryzyk zdrowotnych.

Kierunek interwencji 1 będzie realizowany poprzez następujące narzędzia:

- 1) Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych
- 2) Narzędzie 1.2 Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących
- 3) Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia

Narzędzie 1.1. Realizacja programów profilaktycznych

W związku z zachodzącymi zmianami demograficzno-epidemiologicznymi jednym z głównych wyzwań polskiej ochrony zdrowia pozostają niedostateczne działania z zakresu zdrowia publicznego, profilaktyki chorób, przeciwdziałania antybiotykooporności oraz niewystarczające zaangażowanie Polaków we własne zdrowie.

Realizacja działań w przedmiotowym narzędziu przyczyni się do wypracowania i wdrożenia w systemie opieki zdrowotnej rozwiązań skoncentrowanych na kompleksowym zapobieganiu chorobom, które wynikają z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia Polaków, a także odnoszą się do najistotniejszych problemów i zagrożeń zdrowia, wynikających przede wszystkim z chorób cywilizacyjnych (w szczególności: uzależnienia, otyłość, choroby zawodowe, ChUK, POChP, cukrzyca, nowotwory, zaburzenia psychiczne, bóle kręgosłupa, choroby jamy ustnej). Choroby cywilizacyjne to globalnie i powszechne występujące choroby, których przyczyną rozwoju oraz rozprzestrzenienia jest postęp współczesnej cywilizacji, dlatego też czasem mówi się, że są to „choroby XXI wieku”. Konieczne jest podejmowanie działań mających na celu ich ograniczenie i wczesne wykrycie.

Stan zagrożenia epidemicznego, a następnie stan epidemii powodujący liczne zakażenia wirusem SARS-CoV-2, wpłynęły na ograniczenie aktywności fizycznej oraz wzrost natężenia stresu, potęgując przy tym ryzyko zachorowania na najczęstsze choroby tzw. cywilizacyjne, takie jak: choroby układu krążenia czy choroby metaboliczne. Pandemia COVID-19, nakładając się na epidemię przewlekłych chorób niezakaźnych, powoduje efekt negatywnej synergii. Stanowiąc obecnie największe wyzwanie, niesie za sobą również negatywne skutki zdrowotne także w obszarze chorób niezakaźnych i zdrowia psychicznego (z uwagi na społeczną izolację, niepewność, obawy przed zachorowaniem, stres). Dlatego też mając na uwadze konsekwencje, jakie niesie obecna sytuacja epidemiczna zasadnym jest wprowadzenie Programu „Profilaktyka 40 PLUS”, który pozwoli na powszechne objęcie świadczeniobiorców pomiędzy 40. a 65. rokiem życia profilaktyczną diagnostyką laboratoryjną w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych. Ze względu na jego główny cel, tj. profilaktykę chorób przy obniżonej zgłaszalności do lekarzy w 2020 r. w związku z pandemią koronawirusa i tym samym potrzebą zintensyfikowania działań profilaktycznych w okresie po nasilonej fazie pandemii (w 2020 r.), zakłada się, że Programu „Profilaktyka 40 PLUS” będzie funkcjonował w 2021 r.

Należy wskazać, że badania profilaktyczne winny być wykonywane regularnie, by nie przeoczyć początkowo drobnych problemów związanych ze zdrowiem i zareagować odpowiednio wcześnie, zanim staną się poważne i o wiele trudniejsze do dalszej diagnostyki, a następnie leczenia. Wiele chorób, zwłaszcza w swoim początkowym stadium rozwoju, nie daje niepokojących objawów. Zatem dzięki badaniom profilaktycznym można wykryć chorobę bardzo wcześnie i uniknąć długotrwałego, a czasem nieskutecznego leczenia, które jest konsekwencją zbyt późnej diagnozy.

Pacjent będzie mógł skorzystać z pakietu badań profilaktycznych „Profilaktyka 40 PLUS” bez skierowania od lekarza. Program „Profilaktyka 40 PLUS” zakłada realizację badań diagnostycznych w formie pakietów dedykowanych oddzielnie dla kobiet i mężczyzn oraz pakietu wspólnego. Uczestnictwo w Programie „Profilaktyka 40 PLUS” jest dobrowolne. Zakłada się realizację pakietu badań diagnostycznych dla świadczeniobiorców jednorazowo. Informacja o możliwości skorzystania z badania oraz ankieta, która pozwoli na ocenę czynników ryzyka i wykonanie pakietu badań będzie dostępna na Internetowym Koncie Pacjenta (Internetowe Konto Pacjenta posiada niemal trzy miliony osób w grupie wiekowej planowanej do objęcia programem, z 13 059 944 254 osób w wieku 40-65 lat).

Ważna jest również realizacja programów badań przesiewowych w grupach o podwyższonym ryzyku, zwiększenie liczby i zakresu tych badań, ze zwróceniem uwagi na główne problemy zdrowotne społeczeństwa polskiego.

Należy kontynuować wdrażanie programów profilaktycznych obejmujących takie elementy, jak: czynniki ryzyka, wczesne wykrywanie chorób oraz rehabilitację. Realizowane programy profilaktyczne powinny być tworzone i aktualizowane zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną. Dla problemów zdrowotnych, dla których brak jest kompleksowych programów zdrowotnych, powinny zostać opracowane skuteczne rozwiązania.

Wyzwaniem jest podnoszenie jakości realizowanych programów profilaktycznych i zwiększenia ich dostępności dla ogółu obywateli, a szczególnie grup zagrożonych wykluczeniem społecznym. Zatem realizowane i nowe programy profilaktyczne powinny odpowiadać na przedmiotowe wyzwanie.

Ponadto, w ramach prewencji pierwotnej należy wdrażać działania mające na celu rozwój poprzez poszerzenie zakresu programu szczepień ochronnych. Jest to szczególnie istotne w kontekście zagrożeń epidemicznych, aby na bieżąco poszerzać zakres programu szczepień ochronnych. Aktualnie trwająca pandemia wirusa SARS-CoV-2 w 2020 r., uświadamia, jak ważne w profilaktyce są szczepienia i ich dostępność.

Ważnym aspektem profilaktyki są także skuteczne działania zapobiegające infekcjom bakteryjnym (w tym szczególnie zapobieganie zjawisku rosnącej antybiotykooporności). Należy kontynuować działania zapobiegające lekooporności drobnoustrojów oraz rozwijać w polskich szpitalach politykę antybiotykową, która sprawi, że ich stosowanie będzie bardziej racjonalne. W tym kontekście istotna jest także edukacja i promocja zasad stosowania antybiotyków, nie tylko wśród profesjonalistów, ale także całego społeczeństwa.

Istotnym elementem skutecznej realizacji działań profilaktycznych jest właściwa identyfikacja i monitorowanie ryzyk zdrowotnych. W tym obszarze niezbędne jest wzmocnienie działań w obszarze analizy stanu zdrowia lokalnych populacji oraz identyfikacji ryzyk zdrowotnych w oparciu o dane wtórne oraz dedykowane badania, a następnie inicjowanie i koordynowanie działań mających na celu ich redukcję oraz monitorowanie ich skuteczności.

Działania na rzecz rozwoju zdrowia publicznego powinny obejmować edukację personelu medycznego oraz integrację systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej w celu wzmocnienia zaangażowania w promocję zdrowia w każdym miejscu świadczenia usług społecznych.

Istotne jest także sukcesywne zwiększanie finansowania działań z obszaru promocji zdrowia i profilaktyki chorób, na wszystkich szczeblach realizacji polityki zdrowotnej.

Należy również wzmocnić rozwój działań badawczych i projektowanie nowych rozwiązań w zakresie zdrowia publicznego, zwłaszcza w kontekście zmiany nawyków i postaw zdrowotnych Polaków.

Założeniem horyzontalnym realizacji działań w ramach przedmiotowego narzędzia powinno być dążenie, aby POZ stanowił fundament systemu ochrony zdrowia w Polsce, obejmując mieszkańców kraju skuteczną opieką w zakresie diagnostyki i leczenia najbardziej rozpowszechnionych populacyjnie chorób, a także w obszarze ich profilaktyki.

Narzędzie 1.2. Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących

Kierunki działań w zakresie medycyny pracy określa *ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy*. Mając na uwadze potencjał realizowanych zadań przez lekarzy medycyny pracy oraz obowiązek cyklicznych badań z tego zakresu, kluczowe jest rozszerzenie realizowanych działań na rzecz wsparcia profilaktyki zdrowotnej.

Głównym celem projektów w ramach przedmiotowego narzędzia powinno być wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących przez opracowanie i rozpropagowanie okresowych bilansów zdrowotnych dla osób dorosłych realizowanych w ramach medycyny pracy lub POZ.

Kompleksowe wsparcie zdrowia osób pracujących nie może funkcjonować bez działań w kierunku nowego modelu badań profilaktycznych osób pracujących. Należy rozpocząć realizację projektów służących opracowaniu i wdrożeniu standardów kompleksowej opieki profilaktycznej nakierowanej na wszystkie aspekty zdrowia pracowników. W ramach narzędzia powinno uwzględnić się również rozwój działań prozdrowotnych w zakładach pracy, w tym identyfikację czynników ryzyka w miejscu pracy, przeciwdziałanie szkodliwym warunkom, rehabilitację, przekwalifikowanie pracowników.

Celem działań podejmowanych w ramach przedmiotowego narzędzia powinno być także przywrócenie osobom objętym wsparciem pełnej lub maksymalnie możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Realizacja działań powinna służyć wspieraniu systemu rehabilitacji z zapewnianiem szybszego dostępu do usług rehabilitacyjnych oraz wspieraniu podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji.

Narzędzie 1.3. Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia

Jak wskazano wcześniej, istotną rolę w profilaktyce i zdrowiu publicznym odgrywa kwestia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Pomimo dotychczasowej realizacji szeregu działań promujących zdrowy styl życia od najmłodszych lat, w dalszym ciągu istnieje konieczność inwestowania w zdrowie obywateli poprzez edukację, promocję i rozwój postaw prozdrowotnych. Upowszechnienie zdrowego stylu życia, obejmującego także aktywność fizyczną i właściwy sposób odżywiania się powinno być efektem skoordynowanych i zakrojonych na szeroką skalę działań nie tylko organów władzy publicznej, podmiotów leczniczych, ale również organizacji działających na rzecz pacjentów w lokalnej społeczności. Niezwykle istotnym elementem powinien być rozwój edukacji kształtującej świadomość osobistej odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie. Istotna jest także promocja postaw autodiagnostycznych, w tym z wykorzystaniem dostępnych obecnie i w przyszłości testów oraz urządzeń.

Pandemia wywołana wirusem SARS-CoV-2 w 2020 r. uświadomiła jak istotna jest edukacja zdrowotna, odpowiedzialność każdego obywatela za swoje zdrowie oraz stosowanie się do zaleceń służb medycznych i sanitarnych.

W tym kontekście działania podejmowane w ramach przedmiotowego narzędzia powinny dotyczyć opracowania, pilotażu i wdrożenia modelu edukacji zdrowotnej w szkołach i przedszkolach. Należy wzmocnić umiejętności pacjentów w zakresie poruszania się po systemie opieki zdrowotnej, wiedzę o prawach pacjenta, zachowaniach zdrowotnych i ich wpływie na stan zdrowia i jakość życia.

Celem realizowanych projektów powinna być popularyzacja zdrowego stylu życia, m. in. poprzez tworzenie narzędzi edukacyjnych (np. symulujących przebieg choroby w przypadku zastosowania leczenia/szczepienia lub jego braku), akcje i kampanie informacyjne promujące zdrowy styl życia oraz projekty w zakresie kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych. Podejmowane działania powinny uwzględniać najnowsze technologie i wykorzystywać najbardziej powszechne i najnowocześniejsze źródła komunikacji, przede wszystkim internet i interaktywne platformy edukacyjne.

Niezwykle istotne jest również, aby realizowane projekty uwzględniały i wykorzystywały zakrojone na szeroką skalę kampanie świadomościowe, a także badania i analizy wspierające działania w zakresie kształtowania postaw prozdrowotnych.

Kierunek interwencji 2. Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki

Bardzo ważnym kierunkiem interwencji jest poprawa procesów i organizacji systemu ochrony zdrowia przyczyniająca się do osiągnięcia celów dotyczących jakości, przyjazności i efektywności systemu ochrony zdrowia.

Pierwszym ważnym zagadnieniem związanym z jakością i efektywnością świadczonych usług zdrowotnych jest stałe monitorowanie zarówno wskaźników uzyskiwanych wyników leczenia, równości dostępu do świadczeń medycznych, jakości obsługi, a przypadku podmiotów publicznych również efektywności operacyjnej i finansowej.

Konieczna jest również optymalizacja (w opiece zdrowotnej), która może mieć największy wpływ na poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia. Działania z zakresu optymalizacji powinny zapewnić efektywniejsze wydawanie środków przeznaczanych na ochronę zdrowia, co pozwoli uniknąć zagrożenia rosnącymi wydatkami przy braku zmiany wydajności systemu.

Niezbędne jest ponadto stworzenie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych i podejmowania na tej podstawie działań zapobiegawczych i naprawczych, jak i wprowadzanie rozwiązań poprawy bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego. Założeniem wprowadzenia rozwiązań w tym zakresie jest poprawa jakości opieki leczniczej poprzez ograniczenie występowania zdarzeń niepożądanych.

Na zwiększenie jakości w ochronie zdrowia wpływają też stosowane zewnętrzne systemy oceny, m.in. standardy akredytacyjne. Konieczne jest kontynuowanie działań w zakresie upowszechnienia standardów w podmiotach leczniczych.

Koordynacja i integracja opieki nad pacjentem nabiera szczególnie istotnego znaczenia w przypadku opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz osobami z zaburzeniami psychicznymi. Te dwa obszary w dużym stopniu powinny zostać objęte deinstytucjonalizacją, która jest rekomendowanym kierunkiem zmian postulowanym przez WHO, UE i OECD oraz w przedmiotowym dokumencie.

Zachodzące procesy społeczno-demograficzne oraz ich dalszy spodziewany przebieg wymuszają podjęcie pilnych działań w zakresie zapewnienia osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu dostępu do kompleksowych świadczeń zdrowotnych w ramach nowych modeli opieki. Podejmowane działania powinny racjonalizować ponoszone koszty oraz zwiększać udział zdeinstytucjonalizowanych usług, realizując cel najefektywniejszego wsparcia funkcjonowania pacjenta w środowisku. Proces ten powinien zostać włączony również system pomocy społecznej.

Zdeinstytucjonalizowane formy opieki powinny odgrywać coraz większą rolę w procesie poprawy dostępności do opieki zdrowotnej. Z jednej strony zwiększają one bowiem dostępność do świadczeń i są „przyjazne” dla pacjentów i ich rodzin, a z drugiej stanowią uzupełnienie tradycyjnych, instytucjonalnych form opieki. W tym kontekście niezbędny jest dynamiczny rozwój infrastruktury – przede wszystkim sprzętowej, ale w niektórych przypadkach również budowlanej (np. budowa ośrodków pobytu dziennego).

Dzięki udzielonemu wsparciu pacjenci powinni mieć możliwość korzystania z wysokiej jakości usług odpowiadających zmieniającym się wymogom demograficznym, zdrowotnym i cywilizacyjnym. Efektem wdrażania interwencji powinno być zapewnienie większego bezpieczeństwa zdrowotnego osobom starszym, niepełnosprawnym, osobom wymagającym opieki w codziennym funkcjonowaniu, a także poprawa jakości ich życia oraz zwiększenie pola

do różnorodnych form aktywności, w tym możliwości funkcjonowania w społeczeństwie i pogłębiania więzi społecznych.

Jak ważne jest stworzenie skoordynowanego systemu opieki długoterminowej opartego na deinstytucjonalizacji unaoczniała również pandemia SARS-CoV-2 w 2020 r. Jednym z obszarów silnie narażonych na rozprzestrzenianie się epidemii była bowiem instytucjonalna opieka długoterminowa oparta na instytucjach z zakresu pomocy społecznej – domach pomocy społecznej i instytucjach opieki zdrowotnej – zakładach opiekuńczo-leczniczych. Dlatego tym bardziej pilne i konieczne jest wsparcie i rozwój opieki w środowisku domowym.

Kolejnym, ważnym krokiem ku koordynacji jest dokonanie zmian w nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Szpitale powinny działać na zasadzie trzech etapów kontaktu z pacjentem. Pierwszy poziom to wstępna diagnostyka i e-rejestracja pacjenta; drugi – sieć powiatowych ambulatoriów całodobowych, trzeci – interwencja karetki ratownictwa medycznego i transport do szpitalnego oddziału ratunkowego.

WYZWANIA – OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA

- Utworzenie systemu monitorowania i porównywania jakości świadczonych usług (wraz z serwisami informowania pacjentów), efektywności operacyjnej i finansowej podmiotów leczniczych funkcjonujących w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.
- Opracowanie i implementacja standardów organizacyjnych opieki i obsługi pacjenta oraz ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla często występujących jednostek chorobowych
- Wdrożenie mechanizmów płacenia za jakość i efekty zdrowotne, w tym premiowania wykonywania usług zgodnie ze standardami.
- Utworzenie systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych oraz funduszu odszkodowań dla pacjentów.
- Wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej poprzez wdrażanie kompleksowych rozwiązań i skoordynowanie działań w obu zakresach. Reorganizacja sieci szpitali oraz Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.
- Wprowadzenie ustawy o jakości, która pozwoli na każdym poziomie systemu ochrony zdrowia zaimplementować mechanizmy akredytacji i monitorowania jakości.
- Wsparcie i rozwój akredytacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
- Stworzenie nowych modeli opieki koordynowanej opartych na wartości zdrowotnej.
- Utworzenie Krajowej Sieci Onkologicznej oraz Krajowej Sieci Kardiologicznej umożliwiających lepszą koordynację opieki.
- Rozwój infrastruktury niezbędnej do udzielania świadczeń zdrowotnych w formach zdeinstytucjonalizowanych.
- Rozwój usług opiekuńczych poprzez integrację usług zdrowotnych i pomocy społecznej oraz dostosowanie usług do potrzeb lokalnych.
- Rozwój opieki środowiskowej i długoterminowej
- Rozwój nowoczesnych modeli opieki domowej, z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych.
- Organizacja pomocy dla opiekunów osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
- Organizacja wsparcia dla osób z zaburzeniami poznawczymi i innymi przewlekłymi chorobami skutkującymi zaburzeniami pamięci.
- Rozwój dialogu społecznego w obszarze zdrowia oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia poprzez promowanie i nawiązywanie współpracy administracji publicznej nadzorującej system ochrony zdrowia z organizacjami pacjentów.

Kierunek interwencji 2 będzie realizowany przez następujące narzędzia:

1. Narzędzie 2.1 Poprawa jakości, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej

2. Narzędzie 2.2 Wsparcie i rozwój opieki koordynowanej, w tym nad osobami starszymi
3. Narzędzie 2.3 Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki, w tym rozwój środowiskowych form opieki

Narzędzie 2.1. Poprawa jakości, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej

Zapewnienie efektywnego wsparcia dla systemu opieki zdrowotnej wymaga wzmocnienia podejmowanych dotąd działań, które przyniosły wymierne korzyści związane z poprawą jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz poprawą jakości zarządzania w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Aby poprawić efektywność funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej należy podjąć działania optymalizacyjne lub zwiększające podaż wysokiej jakości usług zdrowotnych, a więc bezpiecznych i skutecznych, ale jednocześnie efektywnych kosztowo technologii medycznych, a także rozwijające współpracę z partnerami społecznymi. Celem przedmiotowego narzędzia powinno być dążenie do wyeliminowania wszelkich zagrożeń dla poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, zwiększenia przyjazności oraz efektywności operacyjnej i finansowej w podmiotach leczniczych udzielających w szczególności świadczeń szpitalnych.

Wspierane działania powinny służyć poprawie efektywności podmiotów leczniczych, w szczególności szpitali. Realizowane przedsięwzięcia powinny prowadzić do zwiększenia efektywności i jakości procesów zarządczych i nadzorczych, w tym poprzez profesjonalizację zarządzania oraz przygotowanie narzędzi pozwalających na obiektywne porównywanie jakości klinicznej, poziomu obsługi pacjenta oraz efektywności zarządczej podmiotów, wspomagać procesy restrukturyzacyjne i modernizacyjne oraz wdrożenie innowacji organizacyjnych.

Kluczowym elementem wsparcia jakości w opiece zdrowotnej było dotąd wzmocnienie procesu akredytacji w ochronie zdrowia. Współczesne oczekiwania społeczne wobec jakości w opiece zdrowotnej dotyczą w znacznej mierze odpowiedzialności za opiekę szpitalną i jej skutki. Dzięki środkom EFS możliwy był wzrost liczby szpitali posiadających akredytację, a także zainicjowanie wsparcia procesu akredytacji podmiotów udzielających świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Ze względu na potrzebę rozwoju wysokiej jakości usług zdrowotnych w środowisku lokalnym działania na rzecz upowszechnienia akredytacji powinny być dalej rozwijane. Należy dążyć do obligatoryjności akredytacji w lecznictwie szpitalnym, jak i upowszechniania akredytacji na pozostałych poziomach systemu.

W celu poprawy jakości, przyjazności i przejrzystości należy również rozwijać działania na rzecz standaryzacji świadczeń zdrowotnych m.in. poprzez opracowanie i implementację standardów organizacyjnych opieki, obsługi pacjenta, zaleceń diagnostyczno-terapeutycznych, wytycznych postępowania oraz ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych dla często występujących jednostek chorobowych we współpracy z konsultantami, ekspertami i towarzystwami naukowymi oraz powiązanie mechanizmów płatniczych z realizacją świadczeń zgodnie ze standardami.

Ponadto należy również wdrożyć pilotażowe projekty poprawy jakości w podmiotach leczniczych dotyczące optymalizacji procedur medycznych i administracyjnych oraz zastosowanie nowoczesnych instrumentów wspomagających zarządzanie procesami i współpracę w ramach wewnętrznej struktury w szpitalach.

Ważnym elementem poprawy jakości w systemie ochrony zdrowia jest przeciwdziałanie błędom medycznym i zdarzeniom niepożądanym. W tym kontekście istotne jest wprowadzenie

rozwiązań legislacyjnych w zakresie odpowiedzialności pracowników medycznych sprzyjających monitorowaniu niezgodności, utworzenie funduszu odszkodowań dla pacjentów ułatwiającego dochodzenie rekompensat za błędy medyczne oraz utworzenie rejestru zdarzeń niepożądanych pozwalającego na ich monitorowanie i wspierającego wdrażanie działań naprawczych.

Jednym z elementów wsparcia w zakresie jakości oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej powinna być poprawa jakości danych wprowadzanych i zbieranych w systemie. Z tego względu niezbędne jest dokonanie przeglądu obowiązków sprawozdawczych nakładanych na podmioty lecznicze, likwidacja nadmiarowych lub duplikujących się obowiązków sprawozdawczych oraz uzupełnienie zakresu zbieranych danych tam, gdzie jest to niezbędne dla poprawy funkcjonowania systemu. Istotna jest profesjonalizacja w zakresie tworzenia i utrzymywania dokumentacji medycznej i sprawozdawczej, a tym samym odciążenie personelu medycznego bez utraty jakości i kompletności danych i informacji medycznych. Szczególnie istotnym zagadnieniem jest uporządkowanie i poprawa jakości danych zbieranych w ramach rejestrów medycznych. Bardzo ważne jest także udroźnienie przepływu danych pomiędzy systemami ochrony zdrowia i opieki społecznej w celu poprawy ich efektywności. Ponadto ważnym kierunkiem jest również zwiększenie otwartości danych zdrowotnych dla celów badawczych i rozwojowych z zachowaniem poszanowania praw pacjenta. Z tego względu niezbędne jest wypracowanie przejrzystych zasad udostępniania, wykorzystywania i wymiany danych zawartych w rejestrach publicznych i medycznych.

Wobec powyższych zadań, zostanie wprowadzona ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, która pozwoli na każdym poziomie systemu ochrony zdrowia zaimplementować mechanizmy akredytacji i monitorowania jakości. Ponadto pozwoli zbudować m.in. krajowy system monitorowania zdarzeń niepożądanych. System ten w wielu krajach, przy zapewnieniu ochrony i bezpieczeństwa osobom zgłaszającym takie zdarzenia, w istotny sposób wpłynął na poprawę rozwiązań dotyczących działalności medycznej i organizacji pracy.

Wsparcie w obszarze poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej powinno dotyczyć także wzmocnienia potencjału instytucji systemu opieki zdrowotnej w zakresie realizacji działań sanitarnych, zapobiegawczych i przeciwepidemicznych. Niezbędne jest wdrożenie technik analitycznych umożliwiających prowadzenie zaawansowanych badań epidemiologicznych. Jest to szczególnie ważne z uwagi na pandemię COVID-19. Ważnym celem tych działań powinno być dążenie do podniesienia kompetencji pracowników inspekcji sanitarnej.

Poprawie przejrzystości systemu oraz efektywności jego funkcjonowania służą również działania na rzecz rozwoju dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia, polegające m.in. na współpracy administracji systemu ochrony zdrowia z organizacjami pacjentów.

Narzędzie 2.2. Wsparcie i rozwój opieki koordynowanej, w tym nad osobami starszymi

Główne cele opieki koordynowanej to udoskonalenie procesu tworzenia i świadczenia opieki zdrowotnej zorientowanej na pacjenta, podniesienie jakości świadczeń dla osób w podeszłym wieku, przewlekle chorych i z niepełnosprawnościami oraz zmniejszenie fragmentaryzacji, wypełnienie luki i usunięcie nadwyżki/zwiększenie efektywności wykorzystania posiadanych

zasobów²⁵⁵. Wyzwaniem przy wprowadzaniu opieki koordynowanej jest wypracowanie takich zasad współpracy i organizacji opieki nad chorym, aby uwzględniały one lokalne uwarunkowania. Należy również pamiętać, że opieka koordynowana jest procesem ciągłym, który wymaga stałego monitorowania oraz bieżącego reagowania na nowe wyzwania.

Koordynowana opieka zdrowotna powinna być jednym z podstawowych kierunków zmian planowanych w najbliższych latach w systemie zarządzania opieką zdrowotną w Polsce. Działania w tym zakresie należy ukierunkować na wypracowanie, przetestowanie, a następnie wdrożenie nowych instrumentów służących zapewnieniu odpowiedniej koordynacji procesu leczenia, szczególnie w przypadku chorób przewlekłych.

Opieka koordynowana rekomendowana jest przede wszystkim jako rozwiązanie pomocne dla osób chorych cierpiących na choroby przewlekłe oraz w populacji osób starszych. Ma ona integrować wszystkie podmioty uczestniczące w procesie leczenia pacjentów z danym schorzeniem oraz usprawniać i przyspieszać leczenie, poprzez stworzenie odpowiednich norm organizacyjnych²⁵⁶.

Celem tego narzędzia powinno być przede wszystkim wypracowanie, przetestowanie, a następnie wdrożenie nowych instrumentów służących zapewnieniu odpowiedniej koordynacji procesu leczenia.

Realizowane działania powinny mieć na celu przede wszystkim:

1. poprawę dostępu wysokiej jakości opieki zdrowotnej, oferowanej blisko miejsca zamieszkania oraz w środowisku lokalnym;
2. zapewnienie ciągłości i integracji opieki zdrowotnej nad populacją podopiecznych oraz aktywnych pacjentów;
3. poprawę jakości medycznej oraz satysfakcji pacjentów z opieki zdrowotnej;
4. poprawę efektywności systemu opieki zdrowotnej oraz stabilności finansowej systemu i jego składowych.

Działania powinny być skierowane przede wszystkim do osób starszych oraz potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Ww. działaniom towarzyszyć powinien szereg prac uzupełniających, realizowanych w ramach innych narzędzi – m.in. szkolenia dla pracowników systemu ochrony zdrowia nt. zdeinstytucjonalizowanych form opieki oraz organizacji systemu opieki zdrowotnej i społecznej, tworzenie i rozwój sieci geriatrycznych centrów akademickich/ geriatrycznych ośrodków konsultacyjnych, a także opracowanie i upowszechnienie rozwiązań telemedycznych.

Jednym z pierwszych kroków przy rozwoju opieki koordynowanej w Polsce było wprowadzenie pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej, która przyniosła bardzo obiecujące efekty, dlatego powinna być nadal rozbudowywana. Udało się nie tylko przyspieszyć dostęp do lekarza i niezbędnych badań, ale także odnotowano kilkakrotne zwiększenie poprawnych i pełnych pakietów badań, co jest kluczowe we właściwej diagnostyce onkologicznej. Następnym krokiem przy rozwijaniu opieki koordynowanej w Polsce, powinno być utworzenie krajowej

²⁵⁵ Koziół A., Kononiuk A., Wiktorzak K., *Opieka koordynowana, definicja, międzynarodowe doświadczenia jako inspiracja dla Polski*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, 2017,15(3).

²⁵⁶ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 44.

sieci kardiologicznej, której celem będzie budowa programu, który umożliwi nielimitowany dostęp pacjentów kardiologicznych do diagnostyki i terapii, koordynację leczenia, wdrożenie programów prewencji pierwotnej i wtórnej, a przez to obniżenie śmiertelności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, pozostających wciąż głównymi przyczynami zgonów Polaków.

Narzędzie 2.3. Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki, w tym rozwój środowiskowych form opieki

Niniejszy dokument w sposób szczególny podchodzi do kwestii deinstytucjonalizacji. Cele szczegółowe i kierunki działań zostaną wskazane w załącznikach do dokumentu zawierającej strategię deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej.

W ramach narzędzia wsparcie skierowane powinno być w szczególności do dwóch grup: osób z problemami psychicznymi – dzieci, młodzieży i dorosłych – oraz osób starszych i potrzebujących pomocy w codziennym funkcjonowaniu.

W zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży planowane wsparcie powinno objąć wdrożenie modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej, w tym wsparcie infrastrukturalne, szkolenia, programy profilaktyczno-edukacyjne i terapeutyczne, dodatkowe świadczenia, wsparcie koordynacyjne.

Z kolei wsparcie osób dorosłych powinno objąć wdrożenie środowiskowej opieki psychiatrycznej - rozwój i wsparcie Centrów Zdrowia Psychicznego (w tym wsparcie infrastrukturalne), wsparcie przeprofilowania monospecjalistycznych szpitali psychiatrycznych w kierunku udzielania świadczeń specjalistycznych i długoterminowych (wsparcie infrastrukturalne), opracowanie standardów postępowania medycznego, programy terapeutyczne dla pacjentów.

W ramach narzędzia należy również uwzględnić podejmowanie działań skierowanych do osób starszych i potrzebujących pomocy w codziennym funkcjonowaniu, a także ich opiekunów, w tym:

- pilotaż Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci dla osób z chorobami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami skutkującymi zaburzeniami pamięci;
- wsparcie osób z demencją np. poprzez kampanie edukacyjne;
- wsparcie działalności lub tworzenia nowych miejsc opieki medycznej w formach zdeinstytucjonalizowanych, w tym Dziennych Domów Opieki Medycznej zgodnie z przyjętym standardem;
- wsparcie innych form opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osobami starszymi;
- wsparcie dla opiekunów, w szczególności członków rodzin osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Konieczne może okazać się również wsparcie infrastrukturalne podmiotów udzielających świadczeń w formie zinstytucjonalizowanych i zdeinstytucjonalizowanych, które powinny obejmować dofinansowanie rozbudowy i dostosowania infrastruktury do specyficznych potrzeb odbiorców, budowę nowych obiektów, a także wyposażenie placówek w niezbędny sprzęt medyczny i rehabilitacyjny.

Kierunek interwencji 3: Poprawa dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia

Niezwykle istotnym problemem opieki zdrowotnej jest niewystarczająca dostępność do niej. Coraz pilniejsza jest poprawa dostępności architektonicznej podmiotów leczniczych, w tym przychodni i szpitali, które powinny być wyposażone w sprzęt ułatwiający komunikację (z osobą niesłyszącą, z osobą z zaburzeniami mowy) oraz swobodne poruszanie się (oznaczenia, podjazdy, podnośniki). Dostępność placówek medycznych, czyli m.in. przychodni i szpitali to warunek konieczny dla zapewnienia każdemu obywatelowi prawa do równego traktowania. Nowe lub zmodernizowane budynki szpitali i przychodni spełniają na ogół kryteria dostępności architektonicznej. Niemniej, w przypadku starszych budynków konieczne są dodatkowe usprawnienia, dzięki którym osoby o szczególnych potrzebach będą mogły bez trudności poruszać się po placówce świadczącej pomoc medyczną.

Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej to czas oczekiwania na realizację świadczenia zdrowotnego. Długie kolejki oczekiwania na realizację świadczeń opieki zdrowotnej, szczególnie do lekarzy specjalistów, powoduje wydłużony czas diagnostyki i wdrożenia leczenia, co wpływa na chorobowość i śmiertelność w przypadku większości chorób cywilizacyjnych jak np. chorób onkologicznych.

Dostępność jest również rozpatrywana w zakresie geograficznej dostępności. W obszarze ochrony zdrowia w Polsce w dalszym ciągu utrzymują się duże zróżnicowania regionalne w zakresie dostępności do opieki zdrowotnej, jak również poziomu zachorowalności oraz liczby zgonów. Utrudniony jest dostęp do placówek medycznych mieszkańców wsi i małych miejscowości, zlokalizowanych wokół metropolii miejskich.

Poważnym problemem jest również dostępność do publicznej opieki zdrowotnej osób pozostających z różnych powodów poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wciąż nierozwiązanym problemem jest dostępność tzw. grup wykluczonych (nieubezpieczonych) do bezpłatnej opieki zdrowotnej w ramach systemu publicznego.

Jednym z kluczowych elementów systemu ochrony zdrowia, wpływających na jakość, dostępność i efektywność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, jest stan infrastruktury ochrony zdrowia.

Nowoczesne podmioty lecznicze zapewnią lepszy dostęp do usług medycznych oraz wyższą jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń zdrowotnych. Skrócenie czasu hospitalizacji jest w dużej mierze możliwe dzięki zastosowaniu nowoczesnych technologii w diagnostyce i terapii. Wczesna diagnoza i rozpoczęcie leczenia umożliwiają szybszy powrót do codziennej aktywności.

Podjęmowane w ostatnich latach działania na rzecz poprawy infrastruktury szpitalnej, w szczególności oddziałów szpitalnych, przynoszą widoczne efekty i znacząco wpływają na poprawę jakości udzielanych świadczeń. Jednocześnie jednak, dynamicznemu rozwojowi ww. obszaru nie zawsze towarzyszy jednoczesny rozwój komórek funkcjonalnych pełniących funkcję usługową względem ww. oddziałów, takich jak np. pracownie czy laboratoria. W tym kontekście w perspektywie finansowej 2021-2027 konieczne jest ukierunkowanie wsparcia również na ww. obszary.

W obszarze ochrony zdrowia w Polsce w dalszym ciągu utrzymują się duże zróżnicowania regionalne w zakresie dostępności do opieki zdrowotnej, jak również poziomu zachorowalności oraz liczby zgonów. Tym samym niezbędna jest realizacja inwestycji infrastrukturalnych wyrównujących różnice geograficzne w dostępie do opieki zdrowotnej i społecznej.

Jak dowodzą wyniki Badania stanu infrastruktury podmiotów leczniczych, przeprowadzonego w 2020 r. przez Ministerstwo Zdrowia, 29% powierzchni oddziałów szpitalnych jest w optymalnym stanie technicznym. Niemniej jednak, aspektem, który należy mieć na uwadze planując wsparcie systemu ochrony zdrowia w perspektywie wieloletniej jest fakt, że infrastruktura, która obecnie nie wykazuje znaczących oznak zużycia, w perspektywie 4-5 lat również będzie wymagała modernizacji w celu dostosowania do zmieniających się zarówno potrzeb zdrowotnych, jak i trendów technologicznych.

Jednocześnie ze starzejącą się infrastrukturą budowlaną, obserwowane jest zjawisko starzenia się sprzętu i aparatury. Praca na sprzęcie o wysokim stopniu zużycia może negatywnie wpływać na jakość, skuteczność i efektywność udzielanych świadczeń zdrowotnych, a tym samym na efektywność finansową podmiotów leczniczych.

Największym wyzwaniem, które wiąże się z każdą nową inwestycją w sprzęt medyczny jest zapewnienie efektywnej alokacji zasobów w taki sposób, aby te inwestycje były jak najbardziej optymalne z punktu widzenia całego społeczeństwa (czyli dążyły do maksymalizacji wykorzystania jednocześnie ograniczając zróżnicowanie w dostępie do świadczeń na terenie całego kraju). Należy podkreślić, że sprzęt medyczny jest jednym z elementów składających się na kompleksową opiekę medyczną, a do jego efektywnego wykorzystywania niezbędna jest odpowiednio wykwalifikowana kadra.

Kolejną kwestią konieczną do wdrożenia jest restrukturyzacja szpitali publicznych, w tym finansowanie inwestycji, poprawa jakości zarządzania szpitalami publicznymi oraz reorganizacja systemu leczenia szpitalnego. Jej celem powinna być trwała poprawa sytuacji finansowej szpitali publicznych oraz poprawa procesów nadzorowania i zarządzania tymi jednostkami, co w praktyce przełoży się na zwiększenie jakości usług opieki zdrowotnej świadczonych na rzecz pacjentów. Ważna jest zmiana struktury właścicielskiej szpitali publicznych – w sytuacjach wymagających radykalnych działań (na podstawie obiektywnej ewaluacji) czasowe przejęcie kontroli nad szpitalem przez podmiot restrukturyzujący na czas przeprowadzenia jego restrukturyzacji. Ponadto poprawa jakości zarządzania szpitalami publicznymi poprzez utworzenie profesjonalnego korpusu menadżerskiego i restrukturyzacyjnego. Reorganizacja systemu leczenia szpitalnego - redefinicja i reorganizacja systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, czyli tzw. „sieci szpitali”. Głównym elementem reformy sieci szpitali powinno być wprowadzenie obowiązkowego monitorowania jakości klinicznej obsługi pacjenta i efektywności zarządzania. Należy zmienić kryteria przypisania do sieci szpitali, analiza porównawcza, a na jej bazie wyłonienie liderów szpitalnictwa.

Reorganizacja infrastruktury strategicznej w ochronie zdrowia i podmiotów leczniczych poprzez wsparcie infrastruktury ochrony zdrowia wpłynie na jakość i dostępność oraz bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Program unowocześniania i modernizacji infrastruktury powinien opierać się na przekazywaniu samorządom środków na realizację inwestycji w placówkach opieki zdrowotnej funkcjonujących na ich terenie. Ważne jest wsparcie przekształcania łóżek szpitalnych w miejsca opieki długoterminowej, celem wykorzystania istniejącego potencjału szpitali w zapewnienie niezbędnych świadczeń opiekuńczo-leczniczych w związku z potrzebami starzejącego się społeczeństwa.

Istotnym wyzwaniem stojącym przed polskim systemem ochrony zdrowia jest jego niedostosowanie do struktury i potrzeb, w szczególności w zakresie opieki długoterminowej i psychiatrycznej. Obszary te wymagają podjęcia zdecydowanych działań zwiększających ich dotychczasowy potencjał infrastrukturalny oraz kadrowy. W związku z rosnącymi potrzebami

w zakresie opieki długoterminowej, oprócz działań modernizacyjnych, należy przekształcić część łóżek szpitalnych na łóżka opieki długoterminowej, paliatywnej oraz hospicyjnej. Jeśli chodzi o opiekę psychiatryczną, ciężar zdecydowanie powinien zostać przeniesiony na formy środowiskowe, niemniej wsparcie w strukturach instytucjonalnych również powinno zostać zabezpieczone, a do tego niezbędne są inwestycje w infrastrukturę.

Jakość i efektywność systemu ochrony zdrowia to również szybkie i skuteczne udzielanie pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Skuteczne zaopatrzenie poszkodowanych oraz szybka diagnostyka warunkują możliwość uratowania życia oraz szybszego powrotu do zdrowia. Ma to bardzo istotne znaczenie w kontekście przebiegu dalszego leczenia pacjentów (m.in. ilość wykonywanych procedur, długość pobytu w szpitalu, długość rehabilitacji) oraz ich aktywności zawodowej, a w konsekwencji wpływa na koszty leczenia oraz wysokość wypłacanych świadczeń z ubezpieczeń społecznych związanych z niezdolnością do pracy (renty, świadczenia rehabilitacyjne, zwolnienia od pracy). Stworzenie zatem kompleksowego, skutecznego i efektywnego systemu ratownictwa medycznego warunkuje nie tylko dłuższe życie w zdrowiu ludności, ale także generuje oszczędności w systemie publicznych świadczeń zdrowotnych oraz ubezpieczeń społecznych.

System Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) wymaga wzmocnienia zarówno na etapie pozaszpitalnym, czyli w zakresie wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego w środki transportu sanitarnego (ambulanse), jak i szpitalnym, czyli w odniesieniu do szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali (oddziałów) wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

WYZWANIA – OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA

- Wprowadzenie nielimitowania świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).
- Modernizacja infrastruktury budowlanej i technicznej szpitali, której pogarszający się stan może powodować istotne obniżenie jakości świadczonych usług zdrowotnych.
- Modernizacją jednostek współpracujących z oddziałami szpitalnymi, w szczególności pracowni genetycznych, patomorfologii oraz histopatologii.
- Wyrównywanie różnic w dostępności do świadczeń zdrowotnych, zarówno poprzez inwestycje w infrastrukturę budowlaną, jak i sprzętową.
- Dostosowanie zasobów i struktury zasobów infrastrukturalnych do zachodzących zmian demograficznych, w szczególności w zakresie opieki nad osobami starszymi – opieka długoterminowa, opieka geriatryczna, zakłady opiekuńczo-lecznicze.
- Poprawa dostępności obiektów ochrony zdrowia.
- Inwestycje w wymianę aparatury i sprzętu medycznego - z uwagi na ciągły rozwój technologii medycznych oraz utrzymujący się deficyt zarówno w jakości, jak i liczbie wykorzystywanej aparatury specjalistycznej.
- Restrukturyzacja szpitalnictwa, w tym:
 - 1) wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentracja leczenia wysokospecjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń;

- 2) wprowadzenie spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych – optymalnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli, zgodnego z mapą potrzeb zdrowotnych i planami transformacji;
- 3) utworzenie profesjonalnego, scentralizowanego systemu nadzoru poprzez powołanie Agencji Rozwoju Szpitali, której zasadniczym celem będzie zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa oraz wspieranie procesów restrukturyzacji szpitali;
- 4) wdrożenie skutecznych mechanizmów restrukturyzacyjnych poprawiających rentowność szpitali i ich stabilność finansową;
- 5) inwestycje – skoordynowane działania ukierunkowane na wzmocnienie potencjału reorganizowanych szpitali, skierowanie dodatkowych środków na rozwój nowoczesnej infrastruktury szpitalnej, w szczególności opieki wysokospecjalistycznej m.in. z Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności;
- 6) koordynacja i optymalizacja wykorzystania bazy materialnej systemu, uporządkowanie struktury świadczeniodawców oraz wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń szpitalnych;
- 7) wykorzystanie efektu skali – interwencje obejmujące wszystkie podmioty np. wymiana sprzętu, zakupy wspólne; stworzenie Centrum Usług dla szpitali;
- 8) efektywniejsze wykorzystanie dostępnych zasobów kadrowych (koncentracja);
- 9) wzmocnienie kadry zarządzającej i popularyzacja nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia, certyfikacja umiejętności kadry zarządzającej, a także budowa potencjału kadrowego korpusu restrukturyzacyjnego;
- 10) wsparcie infrastruktury strategicznej w ochronie zdrowia, w tym centrów opieki wysokospecjalistycznej, rozwój infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych, wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego czy wymiana łóżek szpitalnych. Wyrównywanie różnic w dostępie do infrastruktury systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego w sposób adekwatny do zagrożeń charakteryzujących różne obszary kraju oraz zapewniający niezbędną opiekę medyczną na porównywalnym poziomie, niezależnie od miejsca pobytu;
- 11) przygotowanie infrastruktury ochrony zdrowia do szybkiego, skutecznego i sprawnego podjęcia oraz realizacji działań w sytuacjach nadzwyczajnych – stan epidemii i pandemii;
- 12) wsparcie infrastruktury budowlanej i technicznej oraz zakup niezbędnego sprzętu do instytucji walczących na pierwszej linii frontu walki w zwalczaniu pandemii COVID-19;
- 13) zakup odpowiedniej liczby szczepionek przeciw COVID-19 i ich dystrybucja oraz monitoring przebiegu i efektywności szczepienia.

Kierunek interwencji 3 będzie realizowany przez następujące narzędzia:

- Narzędzie 3.1 Wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych
- Narzędzie 3.2 Wzmocnienie działań na rzecz dostosowania podmiotów leczniczych do wdrożenia standardów dostępności.
- Narzędzie 3.3 Wsparcie infrastrukturalne systemu ratownictwa medycznego i reagowania kryzysowego.

Narzędzie 3.1 Wsparcie infrastrukturalne podmiotów leczniczych

W ramach przedmiotowego narzędzia realizowane powinny być projekty inwestycyjne (roboty budowlane, wyposażenie, wymiana sprzętu medycznego) na rzecz podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w szczególności w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej.

Dotychczasowe inwestycje infrastrukturalne, pomimo znaczącej poprawy, jedynie w części zaspokoili potrzeby podmiotów leczniczych w tym zakresie. Infrastruktura ta nadal w większości przypadków nie spełnia standardów i wymaga modernizacji, w tym także dostosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Ponadto, w porównaniu z wieloma innymi krajami UE, w Polsce identyfikuje się opóźnienia we wprowadzaniu nowoczesnych technologii w leczeniu chorób, w tym przede wszystkim chorób nowotworowych. Z uwagi na skalę potrzebnych nakładów inwestycyjnych, jedynie część świadczeniodawców jest w stanie zapewnić w miejscu udzielania świadczeń szerokie spectrum badań diagnostycznych.

Potrzeby inwestycyjne powinny być oparte na danych epidemiologicznych oraz zestawione z dostępną infrastrukturą i jej stanem wyeksploatowania. W tym kontekście należy podkreślić, że podstawowymi narzędziami wykorzystywanymi w procesie planowania inwestycji w infrastrukturę sektora ochrony zdrowia są:

- zoperacjonalizowane mapy potrzeb zdrowotnych, które służą m. in. do racjonalnego rozdysponowania zasobów;
- IOWISZ – Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Ochrony Zdrowia wykorzystywany do oceny celowości inwestycji w tym obszarze.

Wychodząc naprzeciw potrzebom wynikającym z obecnej sytuacji epidemiologiczno-demograficznej, działania realizowane w ramach przedmiotowego narzędzia powinny służyć przede wszystkim wsparciu infrastrukturalnemu podmiotów leczniczych oraz współpracujących z nimi komórek organizacyjnych/ funkcjonalnych udzielających świadczeń z zakresu:

- chorób onkologicznych;
- chorób układu krążenia (w tym chorób naczyń mózgowych);
- chorób psychicznych i zaburzeń zachowania;
- chorób zakaźnych
- chorób układu oddechowego;
- anestezjologii i intensywnej terapii;
- pediatrii i szeroko pojętego leczenia dzieci;
- ginekologii i położnictwa;
- geriatry;
- opieki długoterminowej, paliatywnej, hospicyjnej;
- rehabilitacji leczniczej;
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Należy mieć na uwadze, że konieczne są inwestycje w ramach zakładów, pracowni i laboratoriów współpracujących z podmiotami leczniczymi, w szczególności w powyższych zakresach. Ważnym aspektem, jest także rozwój infrastruktury aptek szpitalnych skutkujący automatyzacją, zwiększeniem poziomu ich informatyzacji oraz ograniczeniem strat. Jednocześnie konieczne jest zapewnienie narzędzi do bezpiecznego przygotowywania żywienia

do i pozajelitowego oraz indywidualnego leczenia lekami cytostatycznymi. Także należy uwzględnić rozwój usług farmacji klinicznej mający na celu wsparcie zespołów szpitalnych i zwiększenie skuteczności farmakoterapii oraz ograniczenie jej kosztów.

Planowane do wdrożenia projekty powinny być skierowane m.in. na przeprowadzenie robót remontowych oraz budowlanych niezbędnych z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych (budowa nowych obiektów - wyłącznie w uzasadnionych przypadkach) oraz wyposażenie w nowoczesny sprzęt medyczny i aparaturę medyczną jednostek zajmujących się leczeniem dorosłych oraz dzieci. Równie istotnymi działaniami w zakresie poprawy efektywności podmiotów leczniczych będzie ich wsparcie we wdrożeniu zmian jakościowych w funkcjonowaniu danej jednostki poprzez np. wdrożenie planów naprawczych, optymalizację procesów inwestycyjnych i zarządczych, usprawnienie systemów zarządzania i systemów eksploatacyjnych podmiotów, czy wprowadzenie działań pro jakościowych w podmiotach.

Dodatkowo, w kontekście wystąpienia sytuacji nadzwyczajnych (np. porównywalnych do pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 w 2020 r.), konieczne jest przygotowanie infrastruktury ochrony zdrowia do szybkiego, skutecznego i sprawnego podjęcia oraz realizacji działań w tego typu sytuacjach. W tym kontekście ważne jest przystosowanie podmiotów leczniczych do funkcjonowania w warunkach podwyższonego reżimu sanitarnego m.in. poprzez wdrażanie rozwiązań pozwalających na bezpieczne porządkowanie ruchu chorych, usprawniających izolację i obserwację potencjalnie zakażonych, a także poprawiających warunki higieniczno-sanitarne

Narzędzie 3.2 Wzmocnienie działań na rzecz dostosowania podmiotów leczniczych do wdrożenia standardów dostępności

Z uwagi na stan architektoniczny większości budynków problem dostępności obiektów ochrony zdrowia, jest niezwykle istotny. Dlatego należy kontynuować wsparcie dla osób ze szczególnymi potrzebami, służące wzmocnieniu działań na rzecz zmian w wybranych placówkach opieki medycznej, polegających na poprawie ich wyposażenia w sprzęt ułatwiający komunikację (z osobą niesłyszącą lub niedosłyszącą, oraz z osobą z zaburzeniami mowy) czy poruszanie się (oznaczenia, podjazdy, podnośniki itd.)²⁵⁷.

Osoby z niepełnosprawnościami to nie tylko osoby na wózkach, ale też m.in. z niepełnosprawnością intelektualną, poruszające się o kulach, osoby niewidome, niedowidzące czy niesłyszące, dla których niezbędne są odpowiednie oznakowania zapewniające bezpieczne poruszanie się czy też możliwość skorzystania z alternatywnych form komunikacji (np. multisensoryczny system numerków w poczekalni). W procesie znoszenia barier powinny być podjęte działania poprawiające dostępność gabinetów lekarskich, poprzez zmianę sposobu urządzania pomieszczeń, zakup sprzętu diagnostycznego umożliwiającego korzystanie z nich osobom z niepełnosprawnościami. Ważna jest również dostępność informacji o dostosowaniu danej placówki do potrzeb tych osób.

Tym samym w dalszym ciągu istnieje potrzeba wdrażania działań o charakterze infrastrukturalnym, związanych z dostosowaniem placówek medycznych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami oraz osób starszych w kontekście realizacji standardów dostępności.

Standardy dostępności to wprowadzone przepisy prawne, które gwarantują dostępność w prowadzeniu np. inwestycji budowlanych, zakupie odpowiednio przygotowanych środków

²⁵⁷ Program rządowy - Dostępność Plus 2018-2025, str 40.

transportu, oznaczaniu tras i przestrzeni publicznej, usług czy realizacji zadań z wykorzystaniem środków publicznych.

Głównym celem przedmiotowego wsparcia powinno być podniesienie jakości usług zdrowotnych dla pacjentów z niepełnosprawnościami, zniwelowanie barier architektonicznych, funkcjonowanie placówek przyjaznych osobom niepełnosprawnym czy podniesienie dojrzałości cyfrowej w zakresie potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

W ramach przedmiotowego narzędzia należy realizować projekty inwestycyjne służące dostosowaniu podmiotów leczniczych (w szczególności AOS) w zakresie wdrożenia standardu dostępności w wybranych komponentach:

- architektonicznym – podjazdy, windy, poszerzanie wejść do budynków i drzwi wewnętrznych, likwidacja wysokich progów, montaż posadzek antypoślizgowych, dostosowanie pomieszczeń sanitarnych, rejestracji pacjentów, włączników i tablic informacyjnych, zakup pętli indukcyjnych itp.),
- cyfrowym – zakup sprzętu komputerowego, oprogramowania oraz innych urządzeń, a także zapewnienie dostępu do szerokopasmowych łącz internetowych służących poprawie dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z niepełnosprawnościami, rozwój telemedycyny ułatwiającej komunikację na odległość, a także wdrożenie innych rozwiązań zapewniających funkcjonowanie placówek „przyjaznych” osobom niepełnosprawnym, systemy rejestracji (także on-line), uwzględniające potrzeby osób z niepełnosprawnościami, tworzenie i dostosowanie stron internetowych do standardu WCAG 2.0).

Należy też kontynuować działania na rzecz rozwoju standardów dostępności wypracowanych w programie PO WER na lata 2014-2020 (dla podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego i podstawowej opieki zdrowotnej).

Narzędzie 3.3 Wsparcie infrastrukturalne systemu ratownictwa medycznego i reagowania kryzysowego

W ostatniej dekadzie można zauważyć transformację epidemiologiczną w zakresie występowania wypadków. Wzrasta udział zgonów z powodu upadków, które stanowią najważniejszą przyczynę leczenia szpitalnego z powodu wszystkich wypadków w każdej grupie wiekowej.

Szybkie udzielenie pierwszej pomocy na miejscu zdarzenia oraz bezpieczny transport pacjenta urazowego pod opieką wykwalifikowanego personelu zapewniają utrzymanie i stabilizację podstawowych funkcji życiowych. Miejscem docelowym udzielania pomocy zdrowotnej jest Szpitalny Oddział Ratunkowy, który powinien dysponować odpowiednią kadrą i być wyposażony w odpowiedni sprzęt do ratowania życia i zdrowia ludzkiego.

Kompleksowy, zrównoważony system ratownictwa medycznego to spójne działanie poszczególnych jednostek systemu wyposażonych w nowoczesny i kompatybilny sprzęt. Poszczególne jednostki systemu muszą ze sobą ściśle współpracować, aby osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia można było szybko i skutecznie udzielić pomocy. System ratownictwa medycznego stanowi swego rodzaju sieć, brak któregośkolwiek elementu powoduje brak możliwości w pełni skutecznego działania.

W ramach infrastruktury ratownictwa medycznego, szczególnie istotne jest zachowanie zasady tzw. złotej godziny (nie przekraczania 60 minut pomiędzy powzięciem informacji o zdarzeniu

a rozpoczęciem specjalistycznego leczenia szpitalnego). Niezbędne jest również wyrównanie różnic w dostępie do infrastruktury systemu PRM w sposób adekwatny do zagrożeń charakteryzujących różne obszary kraju oraz zapewniający niezbędną opiekę medyczną na porównywalnym poziomie, niezależnie od miejsca pobytu.

Realizacja działań w tym narzędziu powinna służyć wzmocnieniu potencjału PRM, w tym Zespołów Ratownictwa Medycznego, Lotniczego Pogotowia Ratunkowego oraz Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (roboty budowlane, doposażenie).

Pomimo znaczącej poprawy wyposażenia i funkcjonowania infrastruktury ratownictwa medycznego, nadal istnieją potrzeby doposażenia szpitalnych oddziałów ratunkowych w sprzęt medyczny. Odnowienia wymaga również pozostała infrastruktura szpitalna, niezbędna do sprawnego funkcjonowania systemu oraz specjalistyczne środki transportu sanitarnego(ambulanse).

Działania powinny skupić się na wsparciu systemu poprzez m.in.:

- doposażenie istniejących szpitalnych oddziałów ratunkowych i budowę nowych oddziałów na terenach, gdzie występuje ich deficyt;
- zakup nowych ambulansów z wyposażeniem na potrzeby zespołów ratownictwa medycznego;
- wzmocnienie potencjału wojewodów w zakresie prowadzenia dyspozytorni medycznych;
- poprawę i wyposażenie w nowoczesne moduły łączności systemu ratownictwa medycznego;
- wsparcie Lotniczego Pogotowia Ratunkowego poprzez doposażenie w odpowiedni sprzęt i aparaturę;
- budowę całodobowych baz operacyjnych.

W kontekście pandemii COVID-19 niezmiernie ważnym elementem jest wsparcie infrastrukturalne, budowlane i techniczne oraz doposażenie w niezbędny sprzęt instytucji szczególnie zaangażowanych w walkę z koronawirusem, tj. GIS, WSSE, PSSE, NIZP-PZH, RCKiK, NCK. Kluczowe jest stworzenie nowoczesnej i sprawnie funkcjonującej infrastruktury (m.in. infrastruktury laboratoryjnej o wysokiej przepustowości) z uwzględnieniem aktualnych i przyszłych potrzeb epidemiologicznych oraz badawczo-diagnostycznych, w oparciu o procedury zwiększające bezpieczeństwo i przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się wirusa.

Dodatkowo, niezmiernie ważnym działaniem jest zakup odpowiedniej liczby szczepionek przeciw COVID-19, ich dystrybucja oraz monitoring przebiegu i efektywności szczepienia, tak aby osiągnąć poziom zaszczepienia społeczeństwa umożliwiający jak najszybsze zapanowanie nad wirusem, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższych standardów bezpieczeństwa.

Kierunek interwencji 4: Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa

Odpowiednia liczbowo i jakościowo kadra medyczna jest podstawowym warunkiem skutecznej realizacji działań państwa w obszarze zdrowia, na wszystkich jego poziomach – od profilaktyki, wczesnego wykrywania, po diagnostykę i leczenie chorób. Profil i natężenie procesu kształcenia kadr medycznych powinny być ściśle związane z zapotrzebowaniem na kadry konkretnej specjalności, wynikającym z trendów epidemiologicznych i demograficznych występujących w Polsce.

Tymczasem jednym z głównych wyzwań, przed którym stoi obecnie polski system ochrony zdrowia, jest ogólna niska liczba kadr medycznych, ich starzenie się, a także niewłaściwe rozdysponowanie względem rzeczywistego zapotrzebowania.

Na niedostateczną liczbę pracowników ochrony zdrowia nakłada się ich nierównomierne rozmieszczenie terytorialne. Liczba lekarzy na 100 tys. ludności jest zróżnicowana między województwami²⁵⁸.

Ważnym czynnikiem wpływającym na jakość opieki zdrowotnej są kwalifikacje kadry medycznej. Przyjmuje się, że miernikiem poziomu kwalifikacji dla lekarzy i lekarzy dentyistów jest odsetek specjalistów.

Ponadto, wprowadzono przepisy obligujące podmioty lecznicze do stopniowego wzrostu wynagrodzeń zasadniczych pracowników wykonujących zawody medyczne. W celu zagwarantowania stopniowego podwyższania wynagrodzeń pracowników wykonujących zawody medyczne, w tym lekarzy, w 2017 r. uchwalone zostały przepisy ustalające najniższe wynagrodzenie zasadnicze niektórych pracowników, które znowelizowane zostały w 2019 r. m.in. w zakresie odmrożenia kwoty bazowej.

Znacznie podwyższono również wynagrodzenia zasadnicze lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury i lekarzy specjalistów. W 2018 r. wdrożono rozwiązania umożliwiające podwyższenie wynagrodzeń zasadniczych lekarzy specjalistów, w przypadku gdy lekarze ci są zatrudnieni na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawców, którzy zawarli z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych i uczestniczą w udzielaniu tych świadczeń oraz zobowiążą się wobec pracodawcy do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z NFZ.

Wprowadzono również przepisy, zgodnie z którymi lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury może otrzymywać dodatek do wynagrodzenia w zamian za zobowiązanie się do wykonywania zawodu lekarza na terytorium RP w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu.

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

Ponadto, w związku z wystąpieniem pandemii COVID-19, lekarze pracujący bezpośrednio przy zakażonych wirusem pacjentach w tzw. „szpitalach COVID-owych”, jak również wszyscy lekarze pracujący na SOR-ach i izbach przyjęć we wszystkich szpitalach, otrzymywali przez okres nasilenia pandemii dodatkowe świadczenia pieniężne w wysokości ich miesięcznego wynagrodzenia (co oznacza podwojenie wynagrodzenia).

Prowadzone działania zmierzają również do zwiększania limitu przyjęć, w szczególności na studia magisterskie na kierunku lekarskim, prowadzone w formie stacjonarnej w języku polskim. W roku akademickim 2015/2016 na kierunkach: lekarskim i lekarsko-dentystycznym ustalono limit 7550 miejsc (w tym 5703 miejsc na studiach stacjonarnych i niestacjonarnych

²⁵⁸ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 48-49.

w języku polskim), natomiast na rok akademicki 2020/2021 ustalono limit 9717 (w tym 7436 miejsc na studiach stacjonarnych i niestacjonarnych w języku polskim). Jak wynika z powyższego, limit miejsc na rok 2020/2021 w porównaniu z rokiem akademickim 2015/2016 jest wyższy o 2167.

Należy także zauważyć, że od 2015 r. zwiększyła się również liczba wydziałów lekarskich na uczelniach. W 2015 r. kształcenie na kierunku lekarskim prowadziło 15 uczelni (w tym 11 nadzorowanych przez Ministra Zdrowia i 3 nadzorowane przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego), zaś w 2020 r. już 22 uczelnie (w tym 9 nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, 9 nadzorowanych przez Ministra Edukacji i Nauki oraz 4 uczelnie prywatne). Stanowi to wzrost o 7 uczelni.

Obecnie w Polsce kształcą się na kierunkach lekarskich i lekarsko-dentystycznych 42 938 osób (w tym ponad 37 tys. na kierunkach lekarskich i prawie 6 tys. na kierunku lekarsko-dentystycznym).

Istotnym elementem promocji studiów medycznych jest także wprowadzenie systemu kredytów i stypendiów dla studentów kierunków medycznych oraz lekarzy w trakcie specjalizacji umarżanych po przepracowaniu ustalonego czasu w publicznym systemie ochrony zdrowia. Kredyty będą przewidziane również na start dla medyków po egzaminie specjalizacyjnym lub powrocie z zagranicy.

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

Podjęmowane są również działania, które mają na celu zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia, uatrakcyjnienie i zwiększenie prestiżu tych zawodów. Jednym z takich działań jest przyjęty w 2019 r. przez Radę Ministrów dokument pn. Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w 2018 r.), którego celem jest wypracowanie rozwiązań zapewniających wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostępność do opieki pielęgniarskiej i położniczej dla pacjentów i społeczeństwa przez zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej i powstrzymanie emigracji zarobkowej tej grupy zawodowej, zmotywowanie absolwentów do podejmowania pracy w zawodzie pielęgniarki i położnej oraz utrzymanie na rynku pracy pielęgniarek i położnych nabywających uprawnienia emerytalne.

Problematyka związana z warunkami pracy pielęgniarek i położnych jest bardzo szeroka, obejmuje wiele aspektów. Obecnie najważniejszymi kwestiami w tym obszarze są m.in. wynagrodzenie za pracę oraz przywileje pracownicze. Np. w 2019 r. wprowadzono dodatkowy urlop szkoleniowy dla pielęgniarek i położnych w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie oraz umożliwiono prowadzenia studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo w formie niestacjonarnej. Takie rozwiązanie umożliwia podejmowanie kształcenia przez osoby pracujące, które chcą uzyskać nowe kwalifikacje zawodowe i podjąć pracę w zawodzie pielęgniarki lub położnej.

W celu poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym POZ i AOS, podjęto działania mające na celu rozszerzenie kompetencji pielęgniarek i położnych – od 1 stycznia 2016 r. pielęgniarki i położne, posiadające odpowiednie kwalifikacje zawodowe, nabyły prawo do ordynacji określonych leków i wyrobów medycznych, w tym wystawiania na nie recept, zarówno w ramach samodzielności zawodowej jak i kontynuacji leczenia w ramach realizacji zleceń lekarskich.

Ponadto, wprowadzono możliwość realizacji przez pielęgniarki i położne porad w podstawowej opiece zdrowotnej (zakres porady obejmuje m.in. dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę/położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, wystawianie skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla świadczeniobiorcy). Celem wprowadzenia powyższych rozwiązań jest usprawnienie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i ułatwienie pacjentom, w tym osobom starszym, niepełnosprawnym, dostępu do świadczeń zdrowotnych, którzy wymagają interwencji bez konieczności bezpośredniego i osobistego zaangażowania personelu lekarskiego, a także zwiększenie samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych.

Jednym z celów modelu opieki koordynowanej jest podjęcie współpracy wśród personelu opieki zdrowotnej. Współpraca i przenikanie się kompetencji personelu medycznego pomagają w osiągnięciu odpowiedniego poziomu dostępności do opieki zdrowotnej. Według raportu WHO²⁵⁹ właściwe zaprojektowanie i wdrożenie krzyżujących/łączących się kompetencji (ang. *skill mix*) ma ogromne znaczenie dla organizacji, zarządzania i efektywności działań podejmowanych w systemach zdrowotnych.

W systemie opieki zdrowotnej zatrudnione są także osoby w zawodach, które nie są związane bezpośrednio z wykonywaniem czynności medycznych, ale mają istotne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Rozwój ww. zawodów, w tym odpowiedniej kadry administracji publicznej zaangażowanej w zadania w ochronie zdrowia wymaga wzmocnienia. Sprawna kadra wspomagająca zawody medyczne w realizacji zadań ma ogromne znaczenie dla efektywności podejmowanych działań. Dotyczy to wsparcia kadry medycznej na poziomie pojedynczych podmiotów leczniczych, ale również na poziomie administracji publicznej różnych szczebli, podejmującej określone działania i decyzje w sektorze zdrowia.

Przy planowaniu zwiększania liczby absolwentów należy brać pod uwagę, że działania wdrażane teraz przełożą się na zwiększenie liczby specjalistów dopiero za ok. 12 lat (6 lat studiów i średnio 6 lat specjalizacji).

Poza tym w obliczu zagrożenia wywołanego pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 niezwykle ważne jest odpowiednie przeszkolenie kadry, która zapewniłaby działalność diagnostyczno-leczniczą i profilaktyczną w zakresie chorób zakaźnych. Przy tych działaniach istotne jest to, aby zapewnić kadrze medycznej odpowiednie wsparcie psychologiczne.

Wskazać należy na konieczność prowadzenia nowych i wzmocnienia dotychczas realizowanych działań zachęcających do podejmowania specjalizacji na ww. kierunkach.

²⁵⁹ World Health Organization. (2000). Skill mix in the health workforce : determining skill mix in the health workforce : guidelines for managers and health professionals / Jane Buchan, Jane Ball and Fiona O'May. World Health Organization.

WYZWANIA – OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA

- Zwiększenie liczby osób kształcących się na kierunkach medycznych, systematyczne zwiększenie limitów przyjęć oraz miejsc na studia medyczne i liczby miejsc szkoleniowych szczególnie w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych Polski.
- Wprowadzenie kredytów dla studentów kierunków medycznych.
- Promocja kształcenia w zakresie innych zawodów związanych z ochroną zdrowia oraz administracyjno-organizacyjnym w obszarze ochrony zdrowia, w szczególności opiekunów medycznych.
- Zwiększenie elastyczności procesu kształcenia w zawodach medycznych, np. poprzez ograniczenie liczby specjalizacji oraz rozszerzenie kompetencji innych niż lekarskich zawodów medycznych.
- Standaryzacja szkolenia podyplomowego lekarzy w specjalizacjach zabiegowych oraz rozwój wykorzystania nowoczesnych technologii w obszarze doskonalenia technik operacyjnych i diagnostycznych.
- Wsparcie szkoleniowe węższych umiejętności lekarskich jako odpowiedź na zwiększenie dostępu do deficytowych świadczeń medycznych istotnych z punktu widzenia demograficznego i epidemiologicznego.
- Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych zgodnie z zapotrzebowaniem epidemiologiczno-demograficznym oraz uwzględniając m.in. możliwe braki lekarzy specjalistów wynikające z odchodzenia z rynku pracy lekarzy specjalistów.
- Wsparcie infrastrukturalne uczelni medycznych oraz placówek medycznych prowadzących działalność dydaktyczną.
- Rozwój nowoczesnych metod nauczania studentów kierunków medycznych oraz bazy dydaktycznej dla kształcenia przedklinicznego, w szczególności poprzez rozwój kształcenia praktycznego z wykorzystaniem technik symulacji medycznej.
- Poprawa warunków pracy, wprowadzenie polityki wynagradzania oraz ułatwienie dalszego rozwoju po ukończeniu studiów w celu zachęcenia absolwentów do podejmowania pracy w Polsce.
- Zapewnienie kursów z zakresu medycyny rodzinnej dla lekarzy pracujących w POZ.
- Wsparcie rozwoju zawodowego obecnych, medycznych pracowników systemu ochrony zdrowia oraz innych zawodów związanych z ochroną zdrowia i kadry administracyjno-organizacyjnej.
- Stworzenie skutecznego mechanizmu planowania rozmieszczenia kadr medycznych i likwidacji dysproporcji pomiędzy województwami oraz mechanizmów zachęcających do podjęcia zatrudnienia w lokalizacjach z deficytami kadrowymi.

Kierunek interwencji 4 będzie realizowany poprzez następujące narzędzia:

- Narzędzie 4.1 Rozwój i wsparcie kształcenia lekarzy
- Narzędzie 4.2 Rozwój i wsparcie kształcenia pielęgniarek i położnych

- Narzędzie 4.3 Rozwój i wsparcie kształcenia innych zawodów związanych z ochroną zdrowia
- Narzędzie 4.4 Rozwój i wsparcie kształcenia kadr organizacyjnych/administracyjnych/zarządzających systemu ochrony zdrowia

Narzędzie 4.1 Rozwój i wsparcie kształcenia lekarzy

Pomimo realizacji szeregu interwencji mających na celu rozwój kadr medycznych w dalszym ciągu istnieje potrzeba wzmocnienia działań skierowanych do kadry lekarskiej, która ma fundamentalne znaczenie dla funkcjonowania systemu opieki medycznej. Konieczne jest wsparcie działań w kierunku zapewnienia odpowiedniej liczby osób kształcących się na kierunkach medycznych oraz właściwej liczby lekarzy specjalistów w polskim systemie ochrony zdrowia. Realizacja działań objętych narzędziem przyczyni się również do rozwoju praktycznego szkolenia podyplomowego lekarzy, co zostanie zapewnione również poprzez dalszy rozwój nowoczesnych centrów symulacji zabiegowej. Ponadto, epidemia COVID-19 pokazała jak niezwykle ważne jest dysponowanie odpowiednimi narzędziami pozwalającymi na prowadzenie kształcenia lekarzy w trybie zdalnym. Dlatego też niezbędne jest stworzenie nowej kompleksowej oferty dydaktycznej opartej na platformie cyfrowej, pozwalającej na całościową organizację procesu dydaktycznego w oparciu o technologie cyfrowe, z zapewnieniem niezbędnego, wymaganego przepisami prawa wymiaru godzinowego zajęć odbywających się w trybie tradycyjnym.

W tym kontekście, działania podejmowane w ramach przedmiotowego narzędzia powinny dotyczyć przede wszystkim:

- zwiększenia liczby osób kształcących się na kierunkach medycznych, np. zwiększenie liczby studentów przyjmowanych na kierunek lekarski, promocja zawodu, stosowanie zachęt dla studentów medycyny w postaci stypendiów, finansowania wyjazdów studyjnych dla studentów, praktyk zawodowych czy obowiązkowych praktyk zawodowych;
- poprawy warunków pracy, wprowadzenia polityki wynagradzania oraz ułatwienia dalszego rozwoju po ukończeniu studiów w celu zachęcenia absolwentów do podejmowania pracy w Polsce;
- stworzenia skutecznego – opartego na rzetelnych danych – mechanizmu planowania rozmieszczenia kadr medycznych i likwidacji dysproporcji pomiędzy województwami oraz mechanizmów, np. finansowych, zachęcających kadry medyczne do podjęcia zatrudnienia poza dużymi ośrodkami (w lokalizacjach uznawanych za mniej atrakcyjne);
- wprowadzanie nowoczesnych metod nauczania, zwiększających efektywność i trwałość wyników nauczania, poprzez wsparcie infrastruktury oraz narzędzi służących nauce, w tym rozwój istniejących ośrodków symulacji medycznej poprzez dostosowanie ich do liczby studentów oraz tworzenie nowych centrów; wspieranie wymiany naukowej i dydaktycznej realizowanej między uczelniami krajowymi, oraz krajowymi i zagranicznymi, w tym przy pomocy urządzeń informatycznych;
- kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych Polski. Wspierane są m.in. następujące dziedziny: medycyna rodzinna, choroby wewnętrzne, pediatria, chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, onkologia kliniczna, radioterapia onkologiczna, hematologia,

patomorfologia, psychiatria, geriatryka oraz choroby zakaźne. Planuje się ponadto zapewnienie kursów z zakresu medycyny rodzinnej dla lekarzy pracujących w POZ. Przykładem podejmowanych działań mogą być działania planowane w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej dotyczące dostosowania struktury kadry medycznej do lepszego zaspokajania potrzeb pacjentów w obszarze onkologii przez zwiększenie zasobów kadrowych oraz poprawę jakości kształcenia;

- wsparcia szkoleniowego węższych umiejętności lekarskich jako odpowiedź na zwiększenie dostępu do deficytowych świadczeń medycznych istotnych z punktu widzenia demograficznego i epidemiologicznego. Działania powinny dotyczyć przede wszystkim organizacji szkoleń umożliwiających uzyskanie certyfikatu w umiejętnościach związanych m.in. z profilaktyką i diagnostyką onkologiczną, opieką nad osobami starszymi czy z chorobami zakaźnymi;
- standaryzacji szkolenia podyplomowego lekarzy w specjalizacjach zabiegowych, pod kątem nauczania umiejętności wysoce specjalistycznych poprzez stworzenie sieci ośrodków symulacji zabiegowych, szkolących przyszłych specjalistów w zakresie umiejętności zabiegowych. Standaryzacja powinna dotyczyć sposobu szkolenia instruktorów, procesu kształcenia oraz sposobu weryfikacji umiejętności;
- wsparcie infrastrukturalne uczelni medycznych oraz wzrost wykorzystania nowoczesnych technologii w obszarze doskonalenia technik operacyjnych i diagnostycznych i ich równomierne upowszechnienie na terenie kraju;
- przeprowadzenie działań związanych z informatyzacją obszaru zarządzania uczelnią oraz kompleksowa reorganizacja procesów administracyjnych, w tym przystosowanie do funkcjonowania w warunkach pracy zdalnej;
- rozwój kompetencji miękkich kadr uczelni oraz wdrożenie systemu motywacyjnego dostosowanego do potrzeb tej grupy, zwiększenie wykorzystania jednostek nieklinicznych w kształceniu praktycznym, przy jednoczesnym wdrożeniu programów podnoszących kompetencje z obszaru dydaktyki pracowników tych jednostek.

Narzędzie 4.2 Rozwój i wsparcie kształcenia pielęgniarek i położnych

Podobnie, jak w przypadku kadry lekarskiej wzmocnienia wymagają również działania wspierające pielęgniarki i położne. Skoncentrowanie prac ukierunkowanych na przygotowanie pielęgniarek i położnych do zachodzących zmian demograficznych i epidemiologicznych wymaga wypracowania rozwiązań wspierających i rozwijających działania ułatwiające tej grupie zawodowej udział w różnych formach kształcenia podyplomowego.

Głównym celem projektów w ramach przedmiotowego narzędzia powinno być wzmocnienie działań zmierzających do zapewnienia właściwej liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej, co ma szczególne znaczenie w kontekście starzejącego się społeczeństwa. W celu odpowiedzi na istniejące potrzeby, należy kontynuować i wzmacniać realizację programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych (kampanie informacyjne, promocja zawodów, finansowanie wyjazdów studyjnych dla pracowników uczelni i studentów, praktyk zawodowych, finansowanie stypendiów motywacyjnych dla wyróżniających się studentów). Niezwykle istotne powinno być również wprowadzenie dla absolwentów studiów pielęgniarskich mechanizmów mających na celu zachęcenie do podejmowania pracy w Polsce.

Mając na uwadze trendy demograficzno-epidemiologiczne, kontynuowane powinno być również wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami wynikającymi z ww. trendów, w tym kształcenie na rzecz

podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki długoterminowej, jak również – z uwagi na doświadczenia wynikające z walki z pandemią COVID-19 – pielęgniarstwa epidemiologicznego. Główne działania powinny dotyczyć realizacji kursów kwalifikacyjnych i szkoleń specjalizacyjnych m.in. w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, kardiologicznego, neurologicznego, diabetologicznego, psychiatrycznego, rodzinnego dla pielęgniarek, rodzinnego dla położnych, i internistycznego, opieki długoterminowej, pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, opieki paliatywnej, epidemiologicznego oraz szkoleń specjalizacyjnych m.in. w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, psychiatrycznego, rodzinnego dla pielęgniarek, rodzinnego dla położnych, internistycznego, opieki długoterminowej, anestezjologicznego i intensywnej opieki, opieki paliatywnej, epidemiologicznego oraz szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Narodowa Strategia Onkologiczna zakłada przegląd i modyfikację wybranych programów szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych o treści dotyczące profilaktyki i opieki nad chorymi na nowotwory podczas leczenia i po jego zakończeniu.

Dodatkowo w celu zapewnienia wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej świadczącej usługi w ramach opieki długoterminowej należy przewidzieć realizację kursów specjalistycznych (np. w zakresie opieki pielęgniarskiej nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów, żywienia dojelitowego i pozajelitowego czy leczenia ran).

Mając na uwadze problemy, z którymi boryka się środowisko medyczne oraz aktualne trendy, należy również przewidzieć realizację kursów doszkalających i specjalistycznych w zakresie umiejętności tzw. „miękkich”, np. prowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, komunikacji interpersonalnej w pielęgniarstwie czy agresji w ochronie zdrowia. W celu rozwoju praktycznego nauczania podyplomowego należy zintensyfikować wsparcie kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych z wykorzystaniem nowoczesnych technologii, mające na celu przede wszystkim utworzenie Wieloprofilowego Centrum Symulacji Praktyki Pielęgniarskiej, jak również wykorzystanie e-learningu. Kształcenie i rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych powinny również zostać objęte wsparciem poprzez program mentoringu.

Narzędzie 4.3 Rozwój i wsparcie kształcenia innych zawodów związanych z ochroną zdrowia

Skoncentrowanie działań ukierunkowanych na przygotowanie pracowników systemu ochrony zdrowia do zachodzących trendów demograficzno-epidemiologicznych wymaga zaprojektowania wsparcia również dla osób wykonujących inne zawody związanych z ochroną zdrowia. Umiejętności i kwalifikacje tych osób mają istotne znaczenie dla zwiększenia jakości usług, jak również przyczyniają się do odciążenia lekarzy i pielęgniarek.

Jednocześnie doświadczenia wynikające z walki z pandemią COVID-19 bezspornie potwierdzają, że w systemie ochrony zdrowia ogromną rolę odgrywają nie tylko lekarze i pielęgniarki, ale także osoby wykonujące inne zawody medyczne, np. ratownicy medyczni czy diagnosty laboratoryjni.

Realizowane działania powinny mieć na celu wsparcie kształcenia innych zawodów związanych z ochroną zdrowia, realizowane zarówno w formie kształcenia przeddyplomowego, jak również podyplomowego - doskonalącego, specjalizacyjnego. Istotną kwestią pozostaje zachęcenie osób do podjęcia kształcenia w zawodach związanych z ochroną zdrowia, jak również zachęcenie do podejmowania pracy w Polsce. Wsparciem należy objąć m.in. specjalistów

systemu ochrony zdrowia w tym psychicznego dzieci i młodzieży, ratowników medycznych, kadrę LPR, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych, asystentek stomatologicznych, higienistek stomatologicznych, ortoptystów, optometrystów, elektroradiologów, techników farmaceutycznych, techników masażyistów, techników ortopedii, terapeutów zajęciowych, protetyków słuchu, techników dentystycznych, dietetyków, techników sterylizacji medycznej, logopedów.

Narzędzie 4.4 Rozwój i wsparcie kształcenia kadr organizacyjnych/administracyjnych/zarządzających systemu ochrony zdrowia

Oprócz wsparcia kadr medycznych oraz osób wykonujących inne zawody związane z ochroną zdrowia, niezwykle istotne dla właściwego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest zwiększenie kompetencji administracji publicznej oraz kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi. W celu zagwarantowania prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ważna jest stała poprawa wiedzy i umiejętności pracowników organizacyjnych, administracyjnych i zarządzających pracujących w sektorze ochrony zdrowia.

Działania podejmowane w trakcie walki z pandemią COVID-19 wskazały na kolejne zawody i instytucje, których wsparcie jest niezbędne, jak Państwowa Inspekcja Sanitarna czy wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne.

W tym kontekście powinny być realizowane działania mające na celu podniesienie kompetencji zawodowych i lepsze przygotowanie do wykonywanych obowiązków przez pracowników m.in. jednostek samorządu terytorialnego, urzędów wojewódzkich, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, Narodowego Funduszu Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Aby poprawić efektywność funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej niezmiernie potrzebne są także projekty polegające na rozwijaniu wiedzy i poprawie umiejętności kadry zarządzającej oraz pracowników administracyjnych podmiotów leczniczych, związanych z nowoczesnym zarządzaniem i wykorzystywaniem narzędzi pro jakościowych w celu poprawy efektywności ekonomicznej. Szczególnie ważne dla rozwoju kadry zarządzającej i pracowników administracyjnych szpitali będzie ich wyposażenie w umiejętności związane z nowymi zadaniami oraz w zakresie obsługi narzędzi informatycznych.

Bazując na doświadczeniach wynikających z walki z pandemią COVID-19, należy mieć na względzie, że sytuacja epidemiologiczna może wiązać się z koniecznością pilnego wprowadzenia nowych elementów kształcenia, co wymaga zapewnienia elastyczności realizowanych działań i możliwości kształcenia nowych grup zawodowych.

Kierunek interwencji 5: Rozwój usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony zdrowia

E-zdrowie, rozumiane jako wykorzystanie systemów teleinformatycznych w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej to istotny obszar obecnych działań Ministerstwa Zdrowia oraz warunek wstępny transformacji sektora ochrony zdrowia w kierunku rozwiązań przewidujących, wyprzedzających, spersonalizowanych i partycypacyjnych.

Niezależnie od źródła przyjętej definicji e-zdrowia, kierunek rozwoju systemu ochrony zdrowia w oparciu o technologie ICT jest dominującym trendem, wskazanym przez 58% członków WHO biorących udział w 3. Globalnym Badaniu e-Zdrowia²⁶⁰.

Jedną z najbardziej oczekiwanych e-usług w polskim systemie ochrony zdrowia jest e-rejestracja ułatwiająca proces umawiania się na wizytę, zwiększająca przyjazność i transparentność systemu, jak i stwarzająca warunki do sprawniejszego zarządzania systemem. Kolejnym ważnym aspektem rozwoju e-zdrowia jest Elektroniczna Dokumentacja Medyczna (EDM). Obecnie, większość dokumentacji medycznej prowadzona jest w postaci papierowej co powoduje, że w przypadku potrzeby dostępu do niej przez kadrę medyczną z innej placówki niż posiadająca dokumentację pacjent musi indywidualnie występować o jej udostępnienie; oznacza to brak możliwości szybkiego dostępu do danych medycznych i dokumentacji medycznej, co ma istotne znaczenie w przypadku pilnej konieczności udzielania świadczenia, w tym w sytuacjach ratowania życia i zdrowia. Powyższe powoduje też często niepotrzebne dublowanie badań diagnostycznych generujące zbędne koszty czy stawianie diagnozy i określanie terapii w oparciu o niekompletne dane, co zwiększa ryzyko złych decyzji dotyczących leczenia.

Cyfrowe technologie umożliwiają dostęp do informacji na temat opieki zdrowotnej, ułatwiają diagnozowanie i leczenie, a także poprawiają dostęp do opieki dla pacjentów w domu oraz w placówkach opieki zdrowotnej. Choć przybywa narzędzi i technologii informatycznych w obszarze e-zdrowia, to głównym wyzwaniem pozostaje obecnie zróżnicowany i co do zasady niewystarczający poziom informatyzacji ochrony zdrowia, a także interoperacyjności poszczególnych systemów i rozwiązań informatycznych.

Kontynuacja procesu budowy systemu e-zdrowia w Polsce przyczyni się do istotnej poprawy odporności systemu opieki zdrowotnej na przyszłe kryzysy poprzez zwiększenie udziału pacjentów w procesie leczenia oraz poszerzenie oferty publicznych usług cyfrowych oraz zdalnych sposobów udzielania świadczeń medycznych.

Ważnym aspektem, jest również wdrożenie ICD-11 – (Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i powiązanych problemów zdrowotnych). Klasyfikacja ta, jest podstawą statystyk dotyczących zdrowia. Tworzy system kategorii, do których przypisuje się jednostki chorobowe zgodnie z ustalonymi kryteriami, a jednolita klasyfikacja zapewnia porównywalność danych na poziomie międzynarodowym. Klasyfikacja ICD-11, bazując na strukturze ontologicznej, jest w pełni elektroniczna i znacznie łatwiejsza w implementacji w porównaniu z rewizją 10, która nie była tworzona dla środowiska elektronicznego. Aktualizacja klasyfikacji ułatwi integrowanie z innymi elektronicznymi aplikacjami zdrowotnymi i systemami informacyjnymi, a tym samym doprowadzi do mniejszej liczby błędów i pozwoli na rejestrowanie i przetwarzanie większej liczby szczegółów. Dotychczas w ramach PO WER realizowany jest projekt, którego celem jest dostosowanie do warunków polskich całej klasyfikacji ICD -11 oraz opracowanie ostatecznej polskiej wersji ICD-10 (uwzględniającej wszystkie dotychczasowe aktualizacje po 2008 r.), jak również stworzenie polskich wersji informatycznych narzędzi, wypracowanych przez WHO, które wspomagają użytkowników ICD-11.

Dodatkowo, warto zaznaczyć, że rozwój e-zdrowia, szczególnie w trwającym trudnym okresie, jakim jest dla systemu ochrony zdrowia pandemia COVID-19, może stać się źródłem wzmożonych ataków ze strony cyberprzestępców. Dlatego ważne jest to, aby wzmocnić

²⁶⁰ Raport Światowej Organizacji Zdrowia, *Global Diffusion of eHealth. Making universal health coverage achievable*, Genewa 2016, str. 12.

działania na rzecz ochrony i obrony systemów teleinformatycznych oraz zwalczanie źródeł zagrożeń.

WYZWANIA – OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA

- Standaryzacja w systemach informatycznych ochrony zdrowia, zapewniająca interoperacyjność systemów, obejmująca standardy struktur danych, procesów, terminologii i składni.
- Rozwój publicznych usług cyfrowych w ochronie zdrowia (m.in. wprowadzenie centralnej rejestracji na wizyty lekarskie – e-rejestracja, elektronicznej karty szczepień, karty pacjenta, wymiany Elektronicznej Dokumentacji Medycznej oraz rozwój istniejących rozwiązań – IKP, e-wizyty, e-skierowania) oraz cyfryzacja procesów back office.
- Wdrożenie narzędzi komunikacji i wymiany informacji (w tym dokumentacji medycznej) pomiędzy poszczególnymi uczestnikami systemu (pacjentami, lekarzami, pielęgniarkami, farmaceutami, płatnikiem), w tym narzędzi do komunikacji/konsultacji umożliwiających koordynację świadczeń, konsultacje dot. procesu diagnostycznego, jak również eliminacje nieprawidłowości.
- Rozwój narzędzi teleinformatycznych wspierających proces nawigowania pacjenta w systemie, w tym udzielania informacji o dostępnych świadczeniach, powiadamiania o zaplanowanych wizytach.
- Utworzenie systemu informowania personelu medycznego, farmaceutów i pacjentów o dostępności i możliwych brakach leków, monitorowanie dystrybucji leków.
- Wdrażanie technologii informatycznych optymalizujących czas i pracę lekarza i w ten sposób zwiększających wydajność całego systemu.
- Wsparcie na rzecz budowy kompetencji cyfrowych pacjentów i kadry medycznej, obliczone na osiągnięcie optymalnego wykorzystania wytworzonych rozwiązań.
- Rozwój infrastruktury IT w ochronie zdrowia.
- Poprawa cyberbezpieczeństwa w systemie ochrony zdrowia.
- Współpraca z przedstawicielami zawodów medycznych przy opracowaniu rozwiązań z obszaru e-zdrowia.

Kierunek interwencji 5 będzie realizowany poprzez następujące narzędzia:

- Narzędzie 5.1 Rozwój publicznych usług cyfrowych e-zdrowia
- Narzędzie 5.2 Budowa kompetencji cyfrowych po stronie pacjentów i kadry medycznej oraz działania na rzecz zwiększenia dojrzałości cyfrowej placówek ochrony zdrowia

Narzędzie 5.1 Rozwój publicznych usług cyfrowych e-zdrowia

Wsparcie w ramach przedmiotowego narzędzia powinno się skupiać na realizacji działań stanowiących kontynuację rozpoczętych procesów budowy systemu e-zdrowia.

1) Stworzenie Centrum Obsługi Pacjenta - pacjent.gov.pl

Centrum stanowić będzie narzędzie kompleksowej obsługi oraz polepszy komunikację z pacjentem, co przełoży się również na poprawę jakości i dostępu świadczeń.

Możliwość zdalnej rejestracji wizyty lekarskiej jest najczęściej wskazywaną usługą, z której korzystałoby pacjenci w Polsce. Wg badania „E-zdrowie. Czego oczekują pacjenci”²⁶¹, przeprowadzonego przez Fundację My Pacjenci wraz z CSIOZ w sierpniu 2017 r., 90% respondentów chętnie skorzystałoby z takiej formy rejestracji wizyty do lekarza, pielęgniarki czy osoby wykonującej inny zawód medyczny. Nieodłącznym elementem poprawy obsługi pacjenta w publicznym systemie ochrony zdrowia jest także rozwój innych narzędzi teleinformatycznych takich jak: triage telefoniczny, telefoniczna rejestracja, identyfikowanie wolnych miejsc w szpitalach i informowanie o nich oraz kierowanie ruchem ratownictwa medycznego. Pozwoli to także na przesyłanie SMS-owych przypomnień o wizytach, ułatwiających życie milionom pacjentów.

Celem powyższych działań powinno być umożliwienie pacjentom elektronicznego wyszukania wolnych terminów na wizytę lekarską lub hospitalizację i dokonanie elektronicznej rejestracji, a także zarządzanie planowanymi świadczeniami, w tym zmianę terminu świadczenia lub rezygnację ze świadczenia. Centralny system elektronicznej rejestracji usprawni także proces prowadzenia przez świadczeniodawców harmonogramów udzielania świadczeń i list oczekujących na świadczenia, co przyczyni się do jego optymalizacji i pośrednio wpłynie na skrócenie czasu oczekiwania.

Zbudowanie centralnej e-rejestracji w oparciu o Platformę P1 pozwoli m.in. na umożliwieniu – dzięki IKP - elektronicznej identyfikacji pacjenta. Aby osiągnąć ten cel, niezmiernie ważnym działaniem jest rozwój infrastruktury IT i odpowiednich rozwiązań w zakresie oprogramowania.

Ponadto System Informacji Medycznej (SIM) będzie umożliwiał przekazywanie lekarzowi – za zgodą pacjenta – informacji o związanych z pacjentem zdarzeniach medycznych, a także jego elektronicznej dokumentacji dotyczącej zdrowia.

2) Wymiana Elektronicznej Dokumentacji Medycznej

W komunikacie dotyczącym transformacji cyfrowej opieki zdrowotnej i społecznej na jednolitym rynku cyfrowym, wzmocnienia pozycji obywateli i budowania zdrowszego społeczeństwa (COM(2018)233)²⁶² KE wskazała, że obywatele powinni mieć możliwość bezpiecznego dostępu do pełnej dokumentacji elektronicznej dotyczącej zdrowia w każdym miejscu w UE. Obywatele powinni zachować kontrolę nad swoimi danymi dotyczącymi zdrowia i powinni być w stanie w bezpieczny sposób prowadzić wymianę tych danych z upoważnionymi stronami (do celów leczenia, usług profilaktycznych, badawczych lub do jakichkolwiek innych celów, jakie uznają za stosowne).

Zgodnie z rekomendacją KE w zakresie formatu wymiany EDM z 6 lutego 2019 r. (C(2019) 800) państwa członkowskie powinny zapewniać obywatelom oraz kadrcie medycznej zdalny i bezpieczny dostęp do ww. dokumentacji. Zasadniczym elementem polityki europejskiej jest wspieranie interoperacyjności systemów, tak na poziomie krajowym jak europejskim, któremu służy w szczególności określenie Europejskich Ram Interoperacyjności (EIF), stanowiących część regulacji ogłoszonych w komunikacie (C(2017) 134).

²⁶¹ https://mypacjenci.org/wp-content/uploads/2018/08/E_Zdrowie_Raport.pdf; dostęp 12.05.2020.

Istotnym aspektem działań związanych z rozwojem EDM w skali systemowej jest oparcie wprowadzanych rozwiązań na uznanych i przyjętych standardach międzynarodowych, które będą warunkowały interoperacyjność, także transgraniczną, krajowej usługi wymiany EDM. Wykorzystanie potencjału P1 wymaga podniesienia kompetencji cyfrowych świadczeniodawców, gdyż bez tego nie jest możliwe pełne prowadzenie i wymiana dokumentacji medycznej elektronicznie. Działania podejmowane w ramach narzędzia powinny się skupiać na dalszym rozwoju EDM, w szczególności na włączeniu się Polski do jego wymiany między państwami członkowskimi UE.

Kluczowym kierunkiem jest również dalszy rozwój usług e-zdrowia w oparciu o dotychczas uruchomione rozwiązania takie jak e-recepta, Internetowe Konto Pacjenta czy e-skierowanie oraz rozwiązania planowane do uruchomienia mający na celu zwiększenie intuicyjności korzystania z systemu ochrony zdrowia i jego przyjazności. W ramach narzędzia wypracowane powinny zostać rozwiązania wspomagające nawigowanie pacjenta w systemie dostarczające informacji o dostępnych świadczeniach, przypominające o umówionych wizytach, jak i monitorujące i informujące o dostępności leków i ich możliwych brakach.

Ponadto, ważnym elementem jest również utworzenie rozwiązań wspomagających komunikację (w tym konsultacje) i wymianę dokumentacji pomiędzy poszczególnymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia (pacjentami, pracownikami medycznymi, farmaceutami, świadczeniodawcami, płatnikiem).

Dla prawidłowego funkcjonowania e-usług w systemie ochrony zdrowia niezbędna jest rozbudowa infrastruktury IT, w tym również infrastruktury podmiotów leczniczych. W tym kontekście bardzo ważna jest również cyfryzacja procesów back office, szczególnie w administracji centralnej. Równocześnie rozwój usług cyfrowych w systemie ochrony zdrowia wiąże się z coraz większym ryzykiem cyberataków, dlatego też niezbędne jest podejmowanie działań zmierzających do poprawy cyberbezpieczeństwa w systemie.

Narzędzie 5.2 Budowa kompetencji cyfrowych po stronie pacjentów i kadry medycznej oraz działania na rzecz zwiększenia dojrzałości cyfrowej placówek ochrony zdrowia

Nawet najlepsze wypracowane rozwiązania w zakresie zdrowia cyfrowego nie będą skuteczne bez odpowiedniej świadomości i wiedzy na temat ich wykorzystania. Biorąc pod uwagę, że informatyzacja sektora ochrony zdrowia jest procesem, który będzie postępował, nabycie lub poszerzenie kompetencji cyfrowych zarówno wśród pacjentów, jak i kadry medycznej (także studentów oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych i administrujących podmiotami leczniczymi) jest konieczne dla zapewnienia osiągnięcia korzyści w postaci zwiększenia wydoby, oszczędności czasu i nakładów.

W ramach przedmiotowego narzędzia realizowane powinny być działania mające na celu zwiększenie poziomu świadomości w zakresie już istniejących i wytwarzanych rozwiązań i usług e-zdrowia wśród wskazanych interesariuszy poprzez:

- organizowanie kampanii informacyjnych, szkoleń, sesji praktycznych;
- informowanie nt. korzyści osiąganych przez poszczególnych interesariuszy poprzez środki tworzone z myślą o danych grupach użytkowników;
- popularyzowanie rozwiązań w zakresie zdrowia cyfrowego na kierunkowych uczelniach wyższych;
- stosowanie zasady „simplicity by design” – korzystania z przystępnych rozwiązań w zakresie obsługi i interfejsu użytkownika dla wprowadzanych rozwiązań cyfrowych;

- wykorzystywania znanych użytkownikom kanałów komunikacji (internet, smartfon, aplikacje mobilne);
- oferowanie pomocy i konsultacji dla administracji podmiotów leczniczych w zakresie informatyzacji placówek i zwiększania kompetencji personelu.

Kierunek interwencji 6: Rozwój i upowszechnienie wykorzystania nowoczesnych i nowatorskich technologii w sektorze zdrowia

Duże znaczenie w kontekście dostępu do świadczeń medycznych oraz wobec zasadności zapewniania zdalnych rozwiązań mają działania związane z rozwojem telemedycyny, stanowiące skuteczną odpowiedź na wyzwania związane przede wszystkim z tendencjami demograficznymi, ale również kryzysem epidemicznym.

Istotny potencjał korzyści z perspektywy pacjentów, kadry medycznej oraz całego systemu ma rozwój i większe wykorzystanie sztucznej inteligencji oraz narzędzi stosujących algorytmy do analizy dużych zespołów danych.

Szczególne znaczenie dla rozwoju medycyny mają badania kliniczne, które warunkują dostarczenie nowych leków i wyrobów medycznych. Badania kliniczne stanowią wielką szansę dla pacjentów, w szczególności tych cierpiących z powodu ciężkich chorób, w leczeniu których wszystkie standardowo dostępne terapie zawiodły²⁶³.

Ogólnie pojęte innowacyjne rozwiązania w sektorze ochrony zdrowia przyczyniają się do poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia, a tym samym do wydłużenia i poprawy jakości życia pacjentów²⁶⁴. Należy zatem wspierać współpracę placówek w zakresie korzystania z wykwalifikowanej kadry, w szczególności w dziedzinie diagnostyki obrazowej, patomorfologicznej, a także endoskopowej. Służyć temu może stosowanie cyfrowych rozwiązań on-line i off-line, w których profesjonalista medyczny może wykonywać swoje zadania na odległość.

Nowe technologie medyczne zwiększają inwestycje w opiekę zdrowotną, ale także przyczyniają się do zmniejszenia niektórych kosztów i poprawy jakości leczenia²⁶⁵.

WYZWANIA – OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA

- Zwiększenie potencjału naukowego sektora ochrony zdrowia, w tym wzmocnienie roli i finansowania badań naukowych, (w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu) niekomercyjnych badań klinicznych oraz prac badawczo-rozwojowych.
- Poprawa dostępności do innowacji w ochronie zdrowia, w tym do nowoczesnych terapii.
- Rozwijanie i upowszechnianie nowoczesnych form świadczenia usług medycznych i opieki zdrowotnej, łączących elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny (telemedycyna)

²⁶³ *Badania kliniczne w Polsce*, PWC, grudzień 2015, str. 4.

²⁶⁴ Czauderna P., Gałązka-Sobotka M., Wątek M., Golubiewski K., Janas J., Maciejczyk A., Woch M., Bartoszewicz A. (2020), *ZDROWIE DLA GOSPODARKI – GOSPODARKA DLA ZDROWIA: Nowoczesna droga do równowagi systemu i obywatela w zdrowiu*, str. 45.

²⁶⁵ BFF Banking Group (2019); Finansowanie ochrony zdrowia a jakość systemu dla pacjentów. Polska na tle wybranych krajów europejskich, <https://pl.bffgroup.com/documents/138192/154306/PL+Raport+-+Finansowanie+ochrony+zdrowia+a+jakosc+systemu+dla+pacjentow+%283%29.pdf/9566cc9e-0b0a-34d5-abe1-3931c069543b>; dostęp 20.01.2020.

- Położenie szczególnego nacisku na wdrażanie innowacji związanych z rozwojem medycyny (nowe terapie lecznicze, biotechnologia), technologicznych (technologie cyfrowe i telemedycyna) oraz innowacji organizacyjnych i procesowych.
- Zapewnienie spójnego i równomiernego wdrażania innowacji i dążenie do stałej optymalizacji – konieczne zapewnienie koordynacji i działań w tym zakresie przez instytucje centralne i zaangażowanie wiodących ośrodków naukowych i badawczych.
- Eliminacja braków lub niedoskonałości regulacji prawnych związanych z wprowadzaniem nowego typu technologii, a także ich punktowym i nieskoordynowanym wdrażaniem.
- Rozwój cyfrowych narzędzi wspomagania pracy personelu medycznego, takich jak rozpoznawanie mowy i obrazu, czy systemy wspomagania decyzji klinicznych.
- Intensyfikacja działań w zakresie zastosowania sztucznej inteligencji, w szczególności w zakresie wykorzystania AI w procesach predykcyjnych, diagnostycznych i leczniczych (w tym wykorzystanie sieci neuronowych) oraz procesach obsługi pacjenta.
- Utworzenie systemu monitorowania i wspierania skuteczności farmakoterapii (monitorowanie osiągania celów terapeutycznych i ciągłości leczenia, działań niepożądanych, przeciwdziałanie polipragmazji i antybiotykooporności).
- Utworzenie hubu biomedycznego oraz rozwój produkcji substancji aktywnych i produktów krwiopochodnych.
- Rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych.
- Rozwój działalności analitycznej m.in. w zakresie zbierania i analizy danych umożliwiających w dalszej perspektywie podniesienie jakości opieki zdrowotnej w zakresie chorób zakaźnych i niezakaźnych.

Kierunek interwencji 6 będzie realizowany poprzez następujące narzędzia:

- Narzędzie 6.1 Rozwój i upowszechnienie rozwiązań telemedycznych
- Narzędzie 6.2 Rozwój koncepcji wykorzystania narzędzi sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia
- Narzędzie 6.3 Zwiększenie potencjału naukowego i badawczo-rozwojowego sektora ochrony zdrowia

Narzędzie 6.1 Rozwój i upowszechnienie rozwiązań telemedycznych

Telemedycyna rozumiana jako zdalne dostarczanie świadczeń opieki zdrowotnej i informacji medycznej z wykorzystaniem technologii telekomunikacyjnych jest istotnym elementem rozwoju e-zdrowia w Polsce w perspektywie najbliższych lat. Wykorzystanie telemedycyny będzie jednym z działań prowadzących do poprawy efektywności i dostępności systemu ochrony zdrowia, a zdalne sposoby udzielania świadczeń stanowią wymierną odpowiedź na potrzeby związane kryzysem epidemicznym oraz istotny element strategii wyjścia.

Celem działań realizowanych w oparciu o przedmiotowe narzędzie powinna być poprawa jakości leczenia i dostępności do świadczeń dla pacjentów poprzez zapewnienie szybszego i łatwiejszego dostępu do usług medycznych dzięki zastosowaniu rozwiązań telemedycznych.

Proponowane główne działania w ramach przedmiotowego narzędzia przewidują:

- analizę koszyka świadczeń i identyfikację świadczeń, które byłyby najbardziej optymalne pod kątem wdrożenia w modelu telemedycznym;
- przygotowanie rekomendacji dotyczących ścieżki wdrożeniowej danego rozwiązania od strony technicznej (sprzęt, standardy komunikacji) i merytorycznej;
- analizę gotowości obsłużenia nowych rozwiązań pod kątem merytorycznym i sprzętowym – po stronie świadczeniodawcy i pacjenta;
- określenie warunków zakupu sprzętu medycznego i IT na podstawie przeprowadzonej analizy, w tym urządzeń z obszaru m-zdrowia, umożliwiających świadczenie usług telemedycznych (w tym urządzeń do telemonitoringu, pozwalających na opiekę nad osobami starszymi i niesamodzielnymi w warunkach domowych; monitorowanie istotnych parametrów zdrowotnych u osób z chorobami przewlekłymi; urządzeń do telerehabilitacji w warunkach domowych itp.);
- określenie przejrzystych i klarownych standardów udzielania świadczeń telemedycznych;
- wdrożenie pilotażowe rekomendowanych procedur;
- proces wprowadzania rekomendowanych procedur do koszyka świadczeń;
- działania edukacyjno-promocyjne – przeprowadzenie szkoleń dla pracowników medycznych i pacjentów, akcji informacyjno-promocyjnych.

Narzędzie 6.2 Rozwój koncepcji wykorzystania narzędzi sztucznej inteligencji i zaawansowanej analityki dużych zbiorów danych w ochronie zdrowia

Sztuczna inteligencja oraz zaawansowane metody analizy dużych zbiorów danych są kluczowym elementem trwającej IV rewolucji przemysłowej. Umożliwiają transformację sektora ochrony zdrowia w kierunku rozwiązań przewidujących, wyprzedzających, spersonalizowanych i partycypacyjnych. W obliczu rosnących kosztów ochrony zdrowia, niekorzystnych tendencji demograficznych oraz postępującego rozwoju technologii stanowią ważne uzupełnienie wdrażanych rozwiązań e-zdrowia.

Rozwiązania sztucznej inteligencji mogą przyczynić się do osiągnięcia korzyści przez wszystkich interesariuszy sektora ochrony zdrowia:

- perspektywa pacjenta: zwiększenie jakości usług medycznych, optymalizacja czasu i skuteczności procedur medycznych, rozwinięcie indywidualnych modeli prewencji opartej na analizie danych medycznych, medycyna spersonalizowana;
- perspektywa kadry medycznej: dostęp do narzędzi wspomagania decyzji klinicznych, poprawa skuteczności diagnostyki (wcześniejsze wykrycie chorób), identyfikacja zagrożeń epidemiologicznych, wykrywanie interakcji leków, optymalizacja czasu pracy poprzez analizę danych pochodzących z urządzeń monitorujących;
- perspektywa systemowa: optymalizacja kosztów i wykorzystania zasobów, zmiana orientacji systemu ochrony zdrowia z reakcji na schorzenie na działania prewencyjne, budowa narzędzi umożliwiających monitorowanie i eliminację nadużyć;
- perspektywa naukowo-badawcza: nowe leki i skuteczniejsze badania kliniczne opracowane na pełnych danych, nie na grupie, lepsza identyfikacja pacjentów, lepsze pozycjonowanie nowych leków, zmniejszenie lub eliminacja skutków ubocznych.

Realizacja działań w przedmiotowym narzędziu powinna przyczynić się do zwiększenia poziomu korzystania ze sztucznej inteligencji w systemie ochrony zdrowia oraz rozwijania narzędzi tego typu. W tym kontekście pożądane jest rozpoczęcie działań prowadzących do praktycznego zastosowania narzędzi sztucznej inteligencji w pracy kadry medycznej dla celów

poprawy prewencji, diagnostyki i leczenia, poprzez: m.in. rozpoznawanie mowy w procesach tworzenia dokumentacji medycznej, rozpoznawanie obrazu i automatyzację identyfikacji odchyleń (np. radiologia, patomorfologia), analizy „real world data” (RWD), w optymalizacji procesów w systemie, czy rozwój AI w monitorowaniu i obsłudze pacjenta.

Ważnym kierunkiem rozwoju narzędzi analitycznych jest wykorzystanie potencjału danych zawartych w systemie informacji medycznej oraz rejestrach medycznych. Przykładem działań tego typu może być utworzenie systemu do monitorowania i wspierania skuteczności farmakoterapii umożliwiającego monitorowanie działań niepożądanych, osiągania celów terapeutycznych i ciągłości leczenia, jak również przeciwdziałanie polipragmazji i antybiotykooporności. Ważnym aspektem wykorzystania potencjału sztucznej inteligencji i zaawansowanych metod analitycznych jest również zwiększenie otwartości danych zawartych w rejestrach publicznych i medycznych poprzez wypracowanie przejrzystych zasad i metod udostępniania danych z zachowaniem anonimowości i poszanowaniem praw pacjenta.

Narzędzie 6.3 Zwiększenie potencjału naukowego i badawczo-rozwojowego sektora ochrony zdrowia

Obszarem wymagającym znacznego wsparcia i promocji w kontekście ochrony zdrowia jest sektor badań i rozwoju.

Niezbędna jest profesjonalizacja zawodowa organizacji badań klinicznych poprzez wprowadzenie ścieżki kariery nastawionej na organizację i zarządzanie procesem, prowadząca do odciążenia badaczy pracą organizacyjną, a także dalsze uproszczenie procedur administracyjnych dla badań klinicznych przy utrzymaniu wysokiej jakości i bezpieczeństwa.

Jednocześnie dla rozwoju sektora nauki oraz wzrostu innowacyjności w ochronie zdrowia konieczne będzie także większe inwestowanie we wzrost wiedzy kadr zajmujących się badaniami klinicznymi. Na przeszkodzie stoi zjawisko „drenażu umysłów” w obszarze biotechnologii, wynikającej z emigracji międzynarodowej (zewnętrznej) i międzysektorowej (wewnętrznej), a także brak wsparcia naukowców w komercjalizacji wyników badań – patentów, poszukiwania inwestorów, negocjacji warunków. Rozwojowi badań medycznych nie sprzyja również zbyt krótka perspektywa finansowania grantów, ograniczająca prowadzenie badań z horyzontem badawczym powyżej 5 lat – prowadzi to do dzielenia badań na części, które bywają zarzucane. Czas badaczy przeznaczony jest na regularne ubieganie się o środki na kontynuację, co zwiększa poczucie niepewności odnośnie do sensu realizowanych badań.

Wobec powyższego istnieje potrzeba rozwoju systemu zachęt do prowadzenia B+R w ochronie zdrowia na terenie Polski, a także budowa systemu wsparcia dla szybkiego i skutecznego kierowania wyników badań do fazy komercyjnej. W tym kontekście należy zaoferować wsparcie w zakresie tworzenia i rozwoju ośrodków badań klinicznych w Polsce oraz rozwoju przedsiębiorczości i nauki w obszarze badań klinicznych, a także wykorzystania nowych technologii w medycynie oraz finansowania programu młodych talentów w postaci grantów dla naukowców przed 35. rokiem życia.

Istotnym elementem rozbudowy badawczo-rozwojowego potencjału sektora ochrony zdrowia jest również utworzenie hubu biomedycznego stanowiącego platformę stwarzającą możliwości wykorzystania innowacyjnych rozwiązań i wyników badań naukowych do poprawy zdrowia pacjentów.

Ponadto ważnym działaniem mającym na celu poprawę bezpieczeństwa medycznego kraju jest również wsparcie produkcji substancji aktywnych oraz preparatów krwiopochodnych

poprzez frakcjonowanie osocza. Dlatego, należy wspierać nie tylko prace badawczo-rozwojowe, które mają na celu opracowywanie nowych substancji czynnych, ale również rozwój badań w obszarze farmakodynamiki, farmakokinetyki czy w zakresie poprawy stosowania się do zaleceń lekarskich. Ważne jest, szczególnie w dobie kryzysu i niepokoju związanego z pandemią koronawirusa, aby zapewnić pacjentom szeroki dostęp do skutecznych i bezpiecznych leków oraz przejrzystego i racjonalnie działającego systemu refundacji leków, który wspiera aktywności inwestycyjne na terenie Polski oraz rozwój polskiej gospodarki. Zakłada się wsparcie finansowe czołowych polskich uniwersytetów i szpitali w pracach nad lekami i szczepionkami chroniącymi przed kolejnymi mutacjami wirusa.

Wobec powyższego, niezmiernie ważną kwestią są zadania w obszarze regulacyjnym, w tym przede wszystkim stworzenie ram regulacyjnych oraz wdrożeniowych systemu zachęt dla producentów w zakresie dopłat do produkcji API. Natomiast w obszarze inwestycyjnym ważną rolę odgrywa finansowanie rozbudowy lub budowy zaplecza produkcyjnego, odbudowy syntez API, a także modernizacji linii produkcyjnych przez firmy z branży farmaceutycznej.

Mając na uwadze powyższe, niezmiernie ważnym aspektem jest także stworzenie odpowiedniego zaplecza naukowego, w tym infrastrukturalnego. Dzięki działaniom inwestycyjnym, takim jak budowa nowego centrum analitycznego, czy stworzenie odpowiednich systemów informatycznych przysposobionych do pozyskiwania i monitorowania danych epidemiologicznych. Priorytetowym obszarem działań powinno być wsparcie analityczne w zakresie: technologii dla szczepionek, rozwoju leków przeciwwirusowych, badań lekooporności oraz badań nad mechanizmami powstawania powikłań pocovidowych, a w dalszej perspektywie leczenia i/lub zapobiegania tych powikłań. Analizy będą przygotowane w kontekście opracowywania i testowania innowacyjnych podejść terapeutycznych i metod diagnostycznych. Dysponując tymi danymi, możliwe będzie wskazanie najbardziej obiecujących terapii, a następnie przeprowadzenie analiz przez dedykowane do tego celu instytucje, pod kątem wdrożenia ocenianych rozwiązań do systemu opieki zdrowotnej. Przeprowadzone analizy zostaną wykorzystane m.in na potrzeby określenia strategicznych obszarów interwencji, które mogą zostać wdrożone w formie niekomercyjnych badań klinicznych finansowanych przez Agencje Badań Medycznych oraz możliwości rozwoju i uzyskania niezależności Polski w zakresie łańcucha dostaw leków lub surowców do produkcji leków w przypadku zidentyfikowania kolejnych zagrożeń epidemicznych.

Opisane działania w przyszłości będą stanowiły wsparcie dla instytucji zajmujących się oceną i optymalizacją terapii, co w dalszej perspektywie czasowej przełoży się na wygenerowanie dodatkowych oszczędności w systemie opieki zdrowotnej i ich alokację na inne cele zdrowotne.

SYSTEM KOORDYNACJI I WDRAŻANIA

Głównym narzędziem koordynacji interwencji podejmowanych w sektorze zdrowia ze środków UE jest Komitet Sterujący ds. koordynacji wsparcia w sektorze zdrowia. 4 Komitet działa pod przewodnictwem ministra właściwego ds. zdrowia. W skład Komitetu, poza przedstawicielami Ministra Zdrowia i jednostek podległych Ministerstwu Zdrowia, wchodzi w szczególności przedstawiciele ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, ministra właściwego ds. pracy, ministra właściwego ds. zabezpieczenia społecznego, ministra właściwego ds. cyfryzacji oraz samorządy regionów, a także partnerzy reprezentujący tzw. trzeci sektor w zakresie ochrony zdrowia. Warunkiem koniecznym dla podejmowania interwencji w sektorze zdrowia jest ich zgodność z uzgodnionym przez Komitet Sterujący Planem działań. Plan działań zawiera m.in. rekomendacje dla komitetów monitorujących co do trybów i kryteriów wyboru projektów w ramach naborów ogłaszanych w programach krajowych i regionalnych oraz proponowane interwencje realizowane w formie projektów pozakonkursowych. Plan działań wskazuje również odpowiednie uzasadnienie do podjęcia interwencji, czy to w formie planowanego postępowania konkursowego czy pozakonkursowego. Komitet Sterujący opiera się na mechanizmie gwarantującym zobowiązanie instytucji odpowiedzialnych za wdrażanie środków unijnych na rzecz systemu ochrony zdrowia do ścisłej i formalnej współpracy z Ministrem Zdrowia, tak aby umożliwić właściwą koordynację inwestycji w obszarze zdrowia, w szczególności przy tak licznych instrumentach wsparcia. Ponadto, Komitet na bieżąco analizuje kwestie związane z ochroną zdrowia, w szczególności pod kątem zapewnienia skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji ze środków UE. Skład i formę działania Komitetu Sterującego określają ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027.

SYSTEM MONITORINGU I EWALUACJI

Komitet Sterujący będzie na bieżąco analizował kwestie związane z ochroną zdrowia, w szczególności pod kątem zapewnienia skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji ze środków UE, osiągnięcia oczekiwanych rezultatów oraz wpływu realizacji Planów działań na cele dokumentu, Umowy Partnerstwa i programów operacyjnych. Ocenę stopnia realizacji Planów działań umożliwi przyznanie Komitetowi Sterującemu uprawnienia do przeprowadzania i zlecania ich ewaluacji i wydawania na tej podstawie rekomendacji dla instytucji zarządzających programami operacyjnymi w części dotyczącej sektora zdrowia. Ponadto monitoring będzie opierał się na bieżącej analizie osiągnięcia wskaźników kontekstowych – strategicznych.

Komitet Sterujący będzie stanowić także forum współpracy i wymiany dobrych praktyk oraz pełni funkcje doradcze. W tym celu, jak też mając na uwadze harmonizację stosowanych zasad wydatkowania środków, obowiązujących standardów i tworzenie spójnych ram odniesienia, możliwe będzie opracowywanie w ramach Komitetu rozwiązań służących monitorowaniu efektywności wdrażania środków funduszy strukturalnych w sektorze zdrowia, poprzez np. przygotowywanie opinii, rekomendacji, wytycznych czy podręczników.

Tabela 14. Wskaźniki kontekstowe dla obszaru zdrowie, zawarte w dokumentach strategicznych

Wskaźnik	Jednostka miary	Wartość bazowa (rok)	Wartość docelowa (2027)	Źródło danych	Definicja wskaźnika
Wydłużenie trwania życia w zdrowiu i poprawa stanu zdrowia Polaków					
Oczekiwana długość życia w zdrowiu (HALE) w dniu urodzenia	lata	68,7 (2019)	wzrost	WHO	Oczekiwana długość życia w zdrowiu (ang. <i>Healthy Life Expectancy</i> - HALE) - liczba lat, w których osoba w danym wieku może oczekiwać dobrego zdrowia, biorąc pod uwagę śmiertelność i niesprawność. Wskaźnik HALE/DALE dotyczący oczekiwanej długości życia skorygowanej o stan zdrowia, został oszacowany przez WHO na podstawie danych o umieralności oraz danych dotyczących zapadalności i chorobowości. Opiera się na danych epidemiologicznych.
1. Pacjent					
1.1. Dostępność. Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnych do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa					
1.1.1. Mediana czasu oczekiwania na zabieg endoprotezoplastyki stawu kolanowego	dni	107 - przypadki pilne 460 - przypadki stabilne (IV kw. 2019)	spadek	NFZ	Wartość środkowa czasów oczekiwania – na podstawie danych o średnich czasach oczekiwania przekazywanych przez świadczeniodawców na udzielenie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej

1.1.2. Mediana czasu oczekiwania na zabieg w zakresie soczewki (zaćma)	dni	36 - przypadki pilne 142 - przypadki stabilne (IV kw. 2019)	spadek	NFZ	Wartość środkowa czasów oczekiwania – na podstawie danych o średnich czasach oczekiwania przekazywanych przez świadczeniodawców na udzielenie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej
1.1.3. Liczba substancji czynnych wytwarzanych w Polsce.	liczba	658 (luty 2021)	wzrost	GIF	Liczba substancji czynnych wytwarzanych na drodze syntezy chemicznej/biologicznej (chemiczne/ biologiczne API) lub ekstrakcji roślin (roślinne API) na co najmniej jednym etapie produkcji w Polsce
1.2. Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych					
1.2.1. Liczba szpitali posiadających akredytację MZ	liczba	214 (2020)	wzrost	CMJ	Liczba szpitali posiadających akredytację. Akredytacja szpitali została opracowana przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia – Ośrodek Współpracy z WHO w zakresie rozwoju jakości i bezpieczeństwa w systemach ochrony zdrowia
1.2.2. Współczynnik zakażeń szpitalnych (% hospitalizacji)	%	1,23 (2019)	spadek	MZ-29	Udział zgłaszanych przypadków zakażeń szpitalnych w sprawozdaniu o działalności szpitala ogólnego (MZ-29) w ogólnej liczbie hospitalizacji. Hospitalizacja - świadczenie udzielone w stacjonarnym oddziale szpitalnym trwające co najmniej jedną noc (czas liczony od chwili

					wpisu do księgi głównej do chwili wypisu).
1.3. Przyjazność. Zwiększenie zadowolenia i satysfakcji pacjenta z systemu opieki zdrowotnej					
1.3.1. Odsetek zadowolonych z funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce	%	36 (2020)	wzrost	CBOS	Odsetek respondentów, zdecydowanie zadowolonych lub raczej zadowolonych z funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce
1.3.2. Liczba skarg kierowanych do NFZ	liczba	6825 (2020)	spadek	NFZ	Liczba skarg, które wpłynęły do NFZ (dot. Centrali i oddziałów wojewódzkich)
1.3.3. Liczba zgłoszeń działań niepożądanych	liczba	860 (2020)	spadek	CeZ	Liczba zgłoszeń niepożądanego działania produktu leczniczego (NDPL) za pomocą systemu SMZ
1.3.4. Liczba orzeczeń o zdarzeniu medycznym wydanych przez wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzenia medycznych	liczba	302 (2019)	spadek	RPP	Zdarzeniem medycznym jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: 1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby, 2) leczenia, w tym wykonania zabiegu

					operacyjnego, 3) zastosowania produktu lecniczego lub wyrobu medycznego
1.4. Zdrowie publiczne. Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych					
1.4.1. Zgłaszalność na badania mammograficzne w ramach programu profilaktycznego (% uprawnionych)	%	63,62 (2019)	wzrost	MZ	Udział uprawnionych do badania w rocznej populacji kobiet
1.4.2. Zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktycznego (% uprawnionych)	%	17,3 (2019)	wzrost	MZ	Udział uprawnionych do badania w rocznej populacji kobiet
1.4.3. Odsetek zaszczepionych dzieci w 3 roku życia w odniesieniu do wymogów "Programu szczepień ochronnych" (% objętych sprawozdaniami)	%	85,2 (2019, rocznik 2017)	wzrost	NIZP-PZH	Udział w pełni zaszczepionych dzieci w 3 r.ż. w ramach obowiązkowych szczepień wśród objętych sprawozdaniami
1.4.4. Odsetek zaszczepionych przeciw grypie	%	4,12 (2019/2020)	wzrost	NIZP-PZH	Udział zaszczepionych pacjentów przeciw grypie w całej populacji
1.4.5. Udział wydatków na profilaktykę w wydatkach bieżących na zdrowie	%	2,3 (2017)	wzrost	GUS	Udział wydatków na profilaktykę i zdrowie publiczne w całości

					nakładów na ochronę zdrowia
2. Procesy					
2.1. Zapewnienie przejrzystości procedur					
2.1.1. Liczba wdrożonych standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej nad pacjentem	liczba	3 (luty 2021)	wzrost	MZ	Liczba standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej wdrożonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia (dot. anestezjologii i intensywnej terapii, opieki okołoporodowej, pacjentów podejrzanych o zakażenie lub zakażonych wirusem SARS-CoV-2) (2021)
2.1.2 Liczba opracowanych ścieżek terapeutyczno-diagnostycznych w publicznym systemie ochronie zdrowia	liczba	11 (luty 2021)	wzrost	NFZ	Liczba ścieżek terapeutyczno-diagnostycznych wdrożonych pilotażowo przez NFZ
2.2. Usprawnienie procesów obsługi pacjenta					
2.2.1. Ocena jakości opieki zdrowotnej	współczynnik	5,4 (2016)	wzrost	Europejskie badania jakości życia (EQLS) - Eurofund	Miara oceny jakości opieki zdrowotnej w Polsce, współczynnik prezentowany w przedziale [0-10]. Niska wartość współczynnika oznacza niską ocenę jakości opieki zdrowotnej
2.2.2. Liczba postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych zakończonych stwierdzeniem naruszenia prawa pacjenta	liczba	1312 (2019)	spadek	RPP	Liczba prowadzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych zakończonych stwierdzeniem naruszenia prawa pacjenta
2.3. Rozwój opieki koordynowanej					

2.3.1. Liczba opracowanych modeli opieki koordynowanej i kompleksowej	liczba	17 (luty 2021)	wzrost	NFZ	Liczba opracowanych przez NFZ świadczeń opieki kompleksowej i koordynowanej w publicznym systemie opieki zdrowotnej. Uwzględniono programy pilotażowe
2.3.2.1. Liczba wdrożonych modeli opieki koordynowanej i kompleksowej w publicznym systemie opieki zdrowotnej	liczba	9 (2019)	wzrost	NFZ	Liczba wdrożonych przez NFZ świadczeń opieki kompleksowej i koordynowanej w publicznym systemie opieki zdrowotnej. Nie uwzględniono programów pilotażowych
2.3.2.2. Liczba osób zakwalifikowanych do programów opieki koordynowanej i kompleksowej w publicznym systemie opieki zdrowotnej	liczba	50 tys. (2019)	wzrost	NFZ	Liczba osób, którym udzielono przynajmniej jedno świadczenie z zakresu opieki koordynowanej i kompleksowej w publicznym systemie opieki zdrowotnej
2.4. Optymalizacja „piramidy świadczeń”					
2.4.1. Wskaźnik świadczeń ambulatoryjnych	%	6,62 (2018)	spadek	NFZ	Licznik: liczba świadczeń szpitalnych (hospitalizacji) charakteryzowanych jedynie przez procedurę, która możliwa jest do realizacji w trybie ambulatoryjnym Mianownik: liczniki + liczba świadczeń ambulatoryjnych charakteryzowanych przez takie procedury, których sprawozdawanie umożliwia rozliczenie hospitalizacji
3. Rozwój					
3.1. Kadry. Wsparcie rozwoju systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniających się potrzeb zdrowotnych					

3.1.1. Liczba absolwentów kierunków medycznych	liczba	162 tys. (2020)	wzrost	MZ	Liczba osób, które otrzymały świadectwo potwierdzające kwalifikacje w wybranych zawodach medycznych (dot. Pielęgniarki, Położne, Fizjoterapeuci, Lekarze, Dentyści, Analityka medyczna, Farmacja, ratownictwo medyczne, Asystentka stomatologiczna, Higienistka stomatologiczna, Technik masażysta, Opiekun medyczny, Ortoptystka, Protetyk słuchu, Technik dentystryczny, Technik elektroradiolog, Technik farmaceutyczny, Technik ortopeda, Technik sterylizacji medycznej, Terapeuta zajęciowy, Technik elektroniki i informatyki medycznej)
3.2. Infrastruktura. Rozwój i modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia zgodny z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa					
3.2.1. Wartość zrealizowanych inwestycji	liczba	2,4 mld zł (2020)	wzrost	MZ	Łączna kwota dofinansowania inwestycji, które zostały ukończone w danym roku (dot. środków z budżetu państwa, środków unijnych i Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w BGK)
3.2.2. Liczba wspartych podmiotów	liczba	360 (2020)	wzrost	MZ	Łączna liczba podmiotów prowadzących działalność leczniczą wspartych w ramach wszystkich ukończonych inwestycji w danym roku

3.2.3. Odsetek sprzętu medycznego z wysokim priorytetem do wymiany	%	44,90 (2019)	spadek	MZ	Udział liczby sprzętów medycznych charakteryzujących się starszym wiekiem oraz stosunkowo wysokim wykorzystaniem (określonym na podstawie średniej liczby badań wykonywanych przez pojedynczy sprzęt u danego świadczeniodawcy) w ogólnej liczbie sprzętów medycznych (dot. akceleratorów, angiografów, aparatury do brachyterapii, ECMO, gammakamer, mammografów, PET, rezonanse magnetyczne, RTG, tomografów, USG)
3.3. Innowacje. Rozwój i upowszechnianie stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia					
3.3.1. Odsetek pacjentów korzystających z rozwiązań telemedycznych	%	~0 (2019)	wzrost	MZ	Udział pacjentów, którym udzielono przynajmniej jedno świadczenie z wykorzystaniem rozwiązań w ramach telemedycyny w ogólnej liczbie pacjentów w danym roku
3.3.2. Odsetek świadczeń realizowanych w ramach telemedycyny	%	~0 (2019)	wzrost	MZ	Udział świadczeń realizowanych z wykorzystaniem rozwiązań w ramach telemedycyny w ogólnej liczbie udzielonych świadczeń pacjentom w danym roku
3.3.3. Liczba leków krwiopochodnych wytworzonych w Polsce na bazie osocza pozyskanego w stacjach krwiodawstwa	liczba	3 (luty 2021)	wzrost	GIF	Liczba leków krwiopochodnych wytworzonych w Polsce na bazie osocza pozyskanego w stacjach krwiodawstwa

					wytworzonych przez polskiego wytwórcę
3.4. e-Zdrowie. Rozwój i upowszechnianie usług cyfrowych e-zdrowia					
3.4.1. Liczba wdrożonych e-usług w publicznym systemie ochrony zdrowia	liczba	63 (luty 2021)	wzrost	CeZ	Liczba e-usług wdrożonych w ramach systemów CeZ
3.4.2. Liczba pacjentów korzystających z e-usług w publicznym systemie ochrony zdrowia (dot. E-recepty)	liczba	28,7 mln (luty 2021)	wzrost	CeZ	Liczba pacjentów (unikatowe rekordy), którzy skorzystali z usługi e-recepty
3.4.3. Liczba kont w ramach IKP	liczba	5,8 mln (luty 2021)	wzrost	CeZ	Liczba internetowych kont pacjentów dorosłych łącznie z kontami dzieci
4. Finanse					
4.1. Wzrost i dywersyfikacja finansowania. Zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia					
4.1.1. Udział publicznych wydatków na zdrowie (% PKB)	%	4,9 (2019)	wzrost	GUS	Udział publicznych wydatków na zdrowie (ang. <i>General government expenditure</i>) w produkcji krajowym brutto
4.1.2. Udział wydatków instytucji rządowych w publicznych wydatkach na ochronę zdrowia	%	8,22 (2018)	spadek	GUS	Udział wydatków publicznych instytucji rządowych w publicznych wydatkach na ochronę zdrowia
4.2. Efektywność wydatkowania. Racjonalizacja mechanizmów wydatkowania					
4.2.1. Wartość zadłużenia szpitali	liczba	18,430 mld zł (III kw. 2020)	spadek	MZ	Wartość zobowiązań ogółem publicznych szpitali na podstawie sprawozdania Rb-Z

WYKAZ SKRÓTÓW

ABM – Agencja Badań Medycznych

AI – Artificial Intelligence (sztuczna inteligencja)

AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

BASiW – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych

BMI – Body Mass Index (wskaźnik masy ciała)

CBOS – Centrum Badania Opinii Społecznej

ChUK – choroby układu krążenia

CKPPIP – Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

CMJWOZ – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

CMKP – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

CRPiP – Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych

CSIOZ – Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, obecna nazwa Centrum e-Zdrowia-CEZ.

CZP – Centrum Zdrowia Psychicznego

DALY – Daily Years of Life Lost (lata życia utracone z powodu niepełnosprawności)

DCWP – Dzielne Centrum Wsparcia Pamięci

DDOM – Dzienny Dom Opieki Medycznej

DiLO – Diagnostyka i Leczenie Onkologiczne

DMP – Disease Management Program (Moduł Zarządzania Chorobą)

EBC – European Brain Council (Europejska Rady Mózgu)

EBM – Evidence Based Medicine

EBPH - Evidence Based Public Health

ECRIN – Europejska Sieć Infrastruktur Badań Klinicznych
EDM – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna
EFRR – Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
EFS – Europejski Fundusz Społeczny
EFSI – Europejskie Fundusze Inwestycyjne i Strukturalne
EHCI – Euro Health Consumer Index (Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia)
EHIS – Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia
GIF – Główny Inspektorat Farmaceutyczny
GIS – Główny Inspektorat Sanitarny
GUS – Główny Urząd Statystyczny
GZOD – Geriatryczny Zespół Opieki Domowej
HLY – Healthy Life Years (lata życia w zdrowiu)
HPV – Human Papillomavirus (wirus brodawczaka ludzkiego)
HTA – Health Technology Assesment (Ocena technologii medycznych)
ICT – Technologie informacyjno-komunikacyjne
IDF – International Diabetes Foundation (Międzynarodowa Fundacja Cukrzycy)
IKP – Internetowe Konto Pacjenta
IOWISZ – Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia
IPOM – indywidualny plan opieki medyczne
JGP – jednorodne grupy pacjentów
JST – jednostka samorządu terytorialnego
KE – Komisja Europejska
KONS – koordynowana opieka nad pacjentem z niewydolnością serca
KRUS – Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

LPR – Lotnicze Pogotowie Ratunkowe
MZ – Ministerstwo Zdrowia
NCBR – Narodowe Centrum Badań i Rozwoju
NCN – Narodowe Centrum Nauki
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
NIK – Najwyższa Izba Kontroli
NIL – Naczelna Izba Lekarska
NIZP -PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny
NPOZP – Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022
NPZ – Narodowy Program Zdrowia
NSO – Narodowa Strategia Onkologiczna
NZOZ – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
OCI – opinia o celowości inwestycji
OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju)
OIZPiP – Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
PFRON – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
PKB – produkt krajowy brutto
POChP – przewlekła obturacyjna choroba płuc
POIiŚ – Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014-2020
POIR – Program Operacyjny Innowacyjny Rozwój
POWER – Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój
POZ – podstawowa opieka zdrowotna
PPG – Partner Polskiej Gospodarki
PRM – Państwowe Ratownictwo Medyczne

PSZ – Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej
PWZ – prawo wykonywania zawodu
PYLL – Potential Years of Life Lost (potencjalnie utracone lata życia)
PZK – punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny
RPO – Regionalny Program Operacyjny
RTR – Rozwojowy Tryb Refundacyjny
SOR – szpitalny oddział ratunkowy
SPZOZ – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
SRKL – Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego
UE – Unia Europejska
WHO – Światowa Organizacja Zdrowia
YLD – Years Lived with Disability (utracone lata życia w zdrowiu z powodu ograniczonej sprawności)
ZRM – Zespół Ratownictwa Medycznego
ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

