



DZIENNIK URZĘDOWY

MINISTRA ZDROWIA

Warszawa, dnia 18 października 2021 r.

Poz. 80

Podpisany przez:

Tomasz Kolodziejek

Data: 18.10.2021 14:36:29



OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 15 października 2021 r.

w sprawie krajowego planu transformacji

Na podstawie art. 95b ust. 1 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 1292, 1559, 1773 i 1834) ustala się na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2026 r. krajowy plan transformacji, stanowiący załącznik do niniejszego obwieszczenia.

MINISTER ZDROWIA

Adam Niedzielski

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

Załącznik do obwieszczenia
Ministra Zdrowia
z dnia 15 października 2021 r. (poz. 80)



Minister Zdrowia

KRAJOWY PLAN TRANSFORMACJI

na lata 2022-2026

Warszawa

2021



Fundusze
Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Spis treści

Wykaz skrótów	3
1. Wprowadzenie	5
1.1. Idea planu transformacji.....	5
1.2. Cel opracowania planu transformacji.....	6
1.3. Forma prawna.....	6
1.4. Inne dokumenty strategiczne	7
2. Główne obszary działań	8
2.1. Demografia	8
2.2. Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	9
2.3. Czynniki ryzyka i profilaktyka.....	11
2.4. Podstawowa opieka zdrowotna	18
2.5. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	26
2.6. Leczenie szpitalne	33
2.7. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	43
2.8. Rehabilitacja medyczna	47
2.9. Opieka długoterminowa	51
2.10. Opieka paliatywna i hospicyjna	59
2.11. Kadry	62
2.12. Państwowe Ratownictwo Medyczne	66
2.13. Pozostałe	68
3. Monitorowanie wdrażania i aktualizacja	78

Dokument powstał w ramach projektu pn. *Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych*, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Wykaz skrótów

ABM – Agencja Badań Medycznych

AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

B+R – Badania i Rozwój

CeZ – Centrum e-Zdrowia

CNPL – Centrum Nocnej Pomocy Lekarskiej

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

DCWP – Dienne Centrum Wsparcia Pamięci

DDOM – Dzienny Dom Opieki Medycznej

DOM – domowa opieka medyczna

GIS – Główny Inspektor Sanitarny

GUS – Główny Urząd Statystyczny

IKP – Internetowe Konto Pacjenta

JGP – jednorodne grupy pacjentów

KPO – Krajowy Plan Odbudowy i Wzmocnienia Odporności

KPRM – Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

KPT – Krajowy Plan Transformacji

MEiN – Ministerstwo Edukacji i Nauki

MSWiA – Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji

MZ – Ministerstwo Zdrowia

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NIK – Najwyższa Izba Kontroli

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

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

NiŚOZ – Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna

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

NPChUK – Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2021-2031

NPZ – Narodowy Program Zdrowia

NSO – Narodowa Strategia Onkologiczna

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

OECR – Ośrodki Ekspertskie Chorób Rzadkich

POZ – podstawowa opieka zdrowotna

PRM – Państwowe Ratownictwo Medyczne

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

SOR – szpitalny oddział ratunkowy

UE – Unia Europejska

WHIH – *Warsaw Health Innovation Hub*

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia

ZLŚ – zespół leczenia środowiskowego

ZRM – zespół ratownictwa medycznego

1. Wprowadzenie

1.1. Idea planu transformacji

W 2019 r. na zlecenie Komisji Europejskiej powstał raport przedstawiający propozycje rozwiązań podnoszących skuteczność koordynacji inwestycji współfinansowanych z Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych w sektorze zdrowia w perspektywie programowania 2021-2027 w Polsce¹. Przygotowano go na podstawie wywiadów z interesariuszami z sektora ochrony zdrowia, tj.: MZ, NFZ, GIS, NIZP PZH-PIB, ministrem właściwym do spraw rozwoju regionalnego, Komitetem Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk, jednostkami samorządu terytorialnego oraz organizacjami pacjentów i pracodawców.

W raporcie znajduje się szereg wskazówek dotyczących efektywności wdrażania inwestycji współfinansowanych z funduszy unijnych w obszarze zdrowia oraz innych elementów systemu ochrony zdrowia. Spośród dziesięciu rekomendacji najważniejszy wydaje się postulat dotyczący modelu infrastruktury w mapach potrzeb zdrowotnych i planach transformacji. Określenie docelowej bazy infrastrukturalnej systemu ochrony zdrowia definiuje bowiem wektory transformacji i tworzy warunki do sformułowania planu, który przeprowadziłby system ze stanu obecnego do pożądanego, a co najmniej nadałby kierunek zmianom i powiązanym z nimi wydatkom². Plan transformacji powinien dotyczyć infrastruktury, zasobów intelektualnych z nią związanych, a także obejmować wszystkie kluczowe rodzaje opieki, nie zapominając o opiece długoterminowej. Ponadto musi być opracowany na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych.

W celu realizacji rekomendacji ujętych w raporcie Komisji Europejskiej, jak również mając na uwadze doświadczenia z kilkuletniego funkcjonowania map potrzeb zdrowotnych, przygotowano nowelizację ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Przepisy ustawy z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1292) wprowadziły element planowania strategicznego w ochronie zdrowia. Umożliwiły funkcjonowanie systemu, w którym działania planowane są z należyтым wyprzedzeniem, z równoczesnym wskazaniem horyzontu czasowego oraz środków finansowych na ich realizację. Podstawy takich działań muszą być oparte o rzeczywiste (zobiektywizowane) potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Dla ich efektywnego funkcjonowania konieczne jest

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

² Ibidem s. 32

określanie priorytetów. Z uwagi na ograniczone zasoby finansowe, czasowe oraz kadrowe, nie jest możliwe realizowanie wszystkich zadań jednocześnie. Należy w pierwszej kolejności podejmować te działania, które przyniosą największą wartość zdrowotną dla ogółu społeczeństwa, gdzie uzyskiwane obecnie wyniki zdrowotne są najbardziej oddalone od potencjalnie możliwych do uzyskania i osiągniętych w innych państwach.

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

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

1.2. Cel opracowania planu transformacji

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

1.3. Forma prawna

Zgodnie z art. 95b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza KPT, w drodze obwieszczenia, w dzienniku urzędowym tego ministra w terminie do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego o jeden rok kalendarzowy pierwszy rok obowiązywania tego planu. Jest on ustalany na okres 5 lat, a okres jego realizacji pokrywa się z okresem obowiązywania mapy potrzeb zdrowotnych.

Pierwszy KPT minister właściwy do spraw zdrowia ustala na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2026 r.

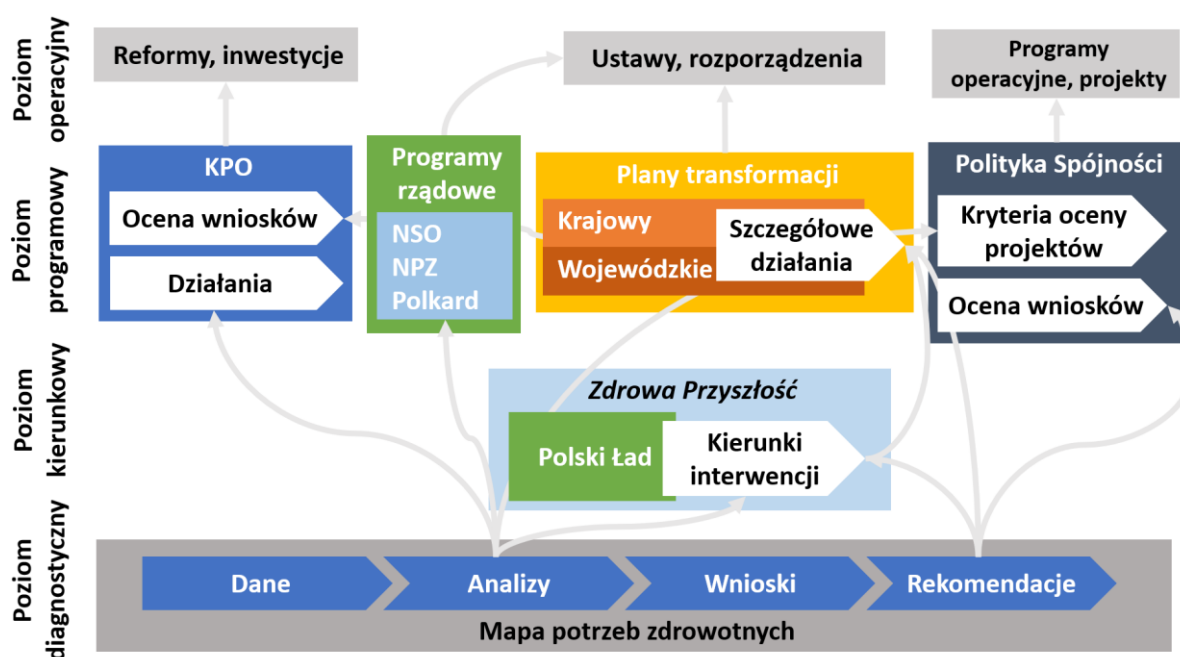
1.4. Inne dokumenty strategiczne

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

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

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

Rysunek 1. Zależności dokumentów o charakterze strategicznym w sektorze zdrowia



Źródło: opracowanie własne MZ

2. Główne obszary działań

2.1. Demografia

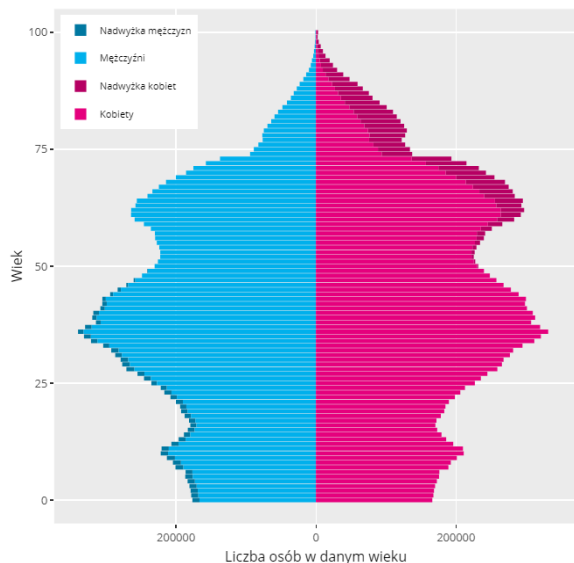
Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

Do najważniejszych zmian demograficznych mających wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej należą: starzenie się społeczeństwa, brak zastępowalności pokoleń oraz nadumieralność mężczyzn.

Prognozuje się, że do 2050 r. liczba ludności Rzeczypospolitej Polskiej zmniejszy się do niecałych 34 mln. Szybkie starzenie się ludności oraz wolniejszy wzrost długości życia w zdrowiu niż życia ogółem wskazuje na rosnące wyzwania dla ochrony zdrowia. Będą one związane przede wszystkim z większym zapotrzebowaniem na opiekę nad osobami starszymi oraz utrudnionym finansowaniem ze względu na malejącą populację w wieku produkcyjnym.

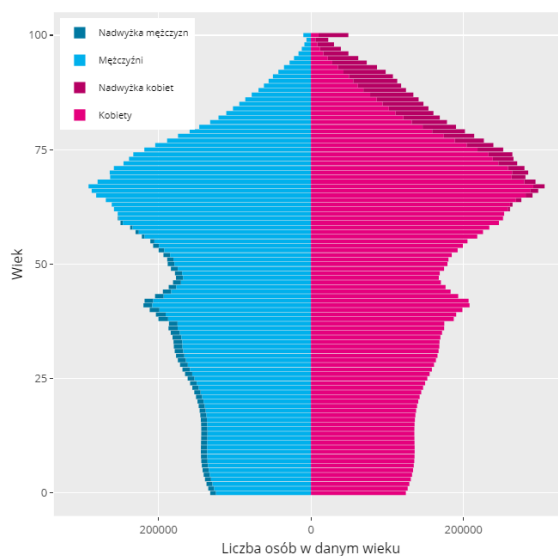
Niezależnie od podejmowanych działań, nie da się w najbliższym czasie zatrzymać procesu starzenia się społeczeństwa w Rzeczypospolitej Polskiej. Przedstawiciele powojennego wyżu demograficznego są już na emeryturze lub za kilka lat na nią przejdą. W perspektywie kolejnych 30 lat dołączą do nich również osoby urodzone w wyżu z lat 70 i 80 ubiegłego wieku. Równocześnie rośnie mediana wieku kobiet rodzących pierwsze dziecko – w 2019 r. wyniosła 28,2 lata i wzrosła o 1,6 roku w ciągu ostatnich 9 lat. Przyrost naturalny w 2019 r. był ujemny i najniższy od 30 lat. Współczynnik przyrostu naturalnego zmniejszał się, dla miast osiągnął wartość ujemną, dla wsi w okolicach zera.

Rysunek 2. Piramida wieku populacji Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r.



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GUS

Rysunek 3. Piramida wieku prognozowanej populacji Rzeczypospolitej Polskiej w 2050 r.



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GUS

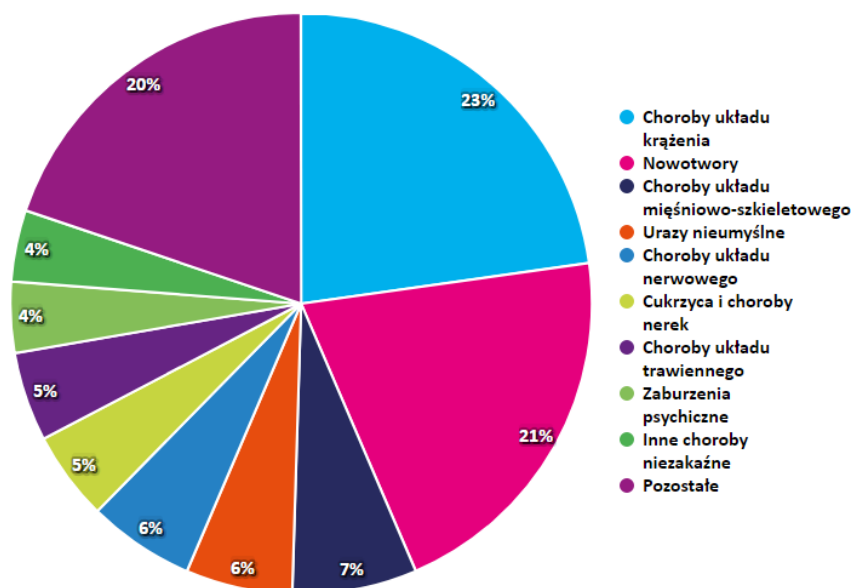
Informacje o przeciętnym dalszym trwaniu życia w 2019 r. w podziale na płeć wskazują na wyraźnie krótszą długość życia mężczyzn niż kobiet (74,07 lat dla mężczyzn i 81,75 lat dla kobiet). Dotyczy to szczególnie mężczyzn żyjących na wsi (73,4 lat). Zróżnicowanie w długości życia między płciami w populacji polskiej jest zdecydowanie wyższe niż mierzone dla poszczególnych płci, lecz pomiędzy różnymi województwami. Sugeruje to, że płeć, a w szczególności związany z nią tryb życia (m.in. rodzaj wykonywanej pracy, mniej intensywna profilaktyka zdrowotna, częstsze nałogi), a nie np. dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, może bardziej wpływać na obserwowane rezultaty dotyczące długości życia.

W rezultacie rekomenduje się rozwój dziedzin związanych z geriatrią, opieką długoterminową oraz szeroko rozumianą opieką zdrowotną dedykowaną seniorom czy osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Zmiany te powinny być ukierunkowane na organizację świadczeń na poziomie lokalnym, jak najbliżej pacjenta.

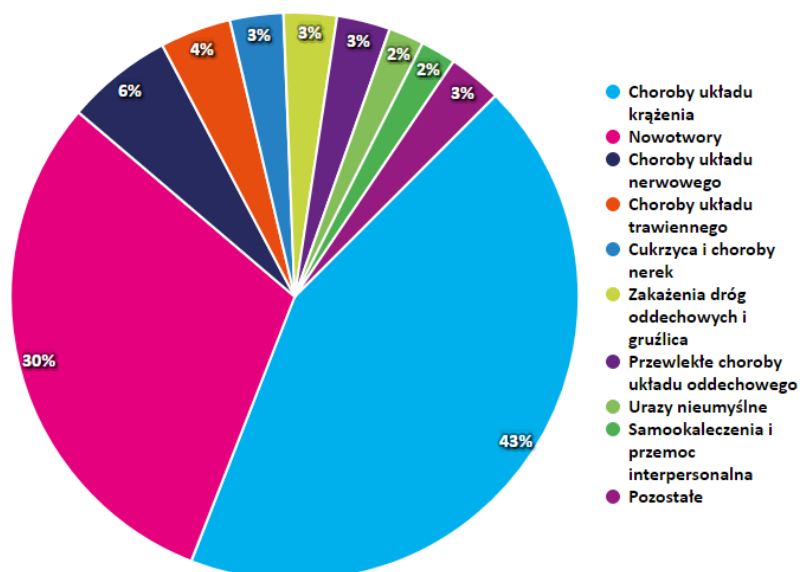
2.2. Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

Choroby układu krążenia oraz nowotwory odpowiadają za prawie 75% wszystkich zgonów oraz ponad 40% DALY w Rzeczypospolitej Polskiej. Spośród chorób układu krążenia choroba niedokrwienna odpowiada za niemal połowę wszystkich zgonów oraz stanowi 30% DALY. Prognozuje się, że w kolejnych latach liczba chorych i liczba zgonów spowodowanych przez ten problem zdrowotny wzrośnie.

Rysunek 4. Najważniejsze grupy problemów zdrowotnych według DALY w 2019 r.

Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GBD IHME

Rysunek 5. Najważniejsze grupy problemów zdrowotnych według liczby zgonów w 2019 r.

Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GBD IHME

Liczba zgonów spowodowana chorobami nowotworowymi wzrosła aż o 25% od 1999 r. Spośród nich największy udział mają nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i otyłość, które odpowiadają łącznie za ok. 12% wszystkich zgonów w kraju. Według prognoz, liczba zgonów, chorobowość i zapadalność na nowotwory będą wzrastać do 2028 r., podczas gdy w UE, poza liczbą zgonów, prognozuje się, że wskaźniki te będą miały tendencję spadkową.

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

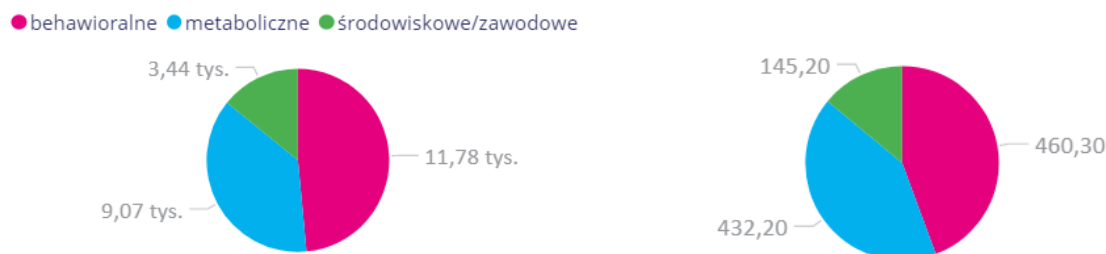
W konsekwencji należy rozwijać i wspierać działania w zakresie wczesnej diagnostyki (szczególnie w przypadku nowotworów) oraz koordynowanej opieki zdrowotnej, w odniesieniu do najistotniejszych problemów zdrowotnych.

2.3. Czynniki ryzyka i profilaktyka

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

W Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. dominującą grupą czynników ryzyka wpływającą na utratę DALY i zgony były czynniki behawioralne, czyli związane ze stylem życia. Odpowiadały one za utratę ok. 49% lat przeżytych w zdrowiu oraz ok. 44% zgonów. Wpływ behawioralnych czynników ryzyka na utratę DALY w UE był o ok. 26% niższy niż w Polsce.

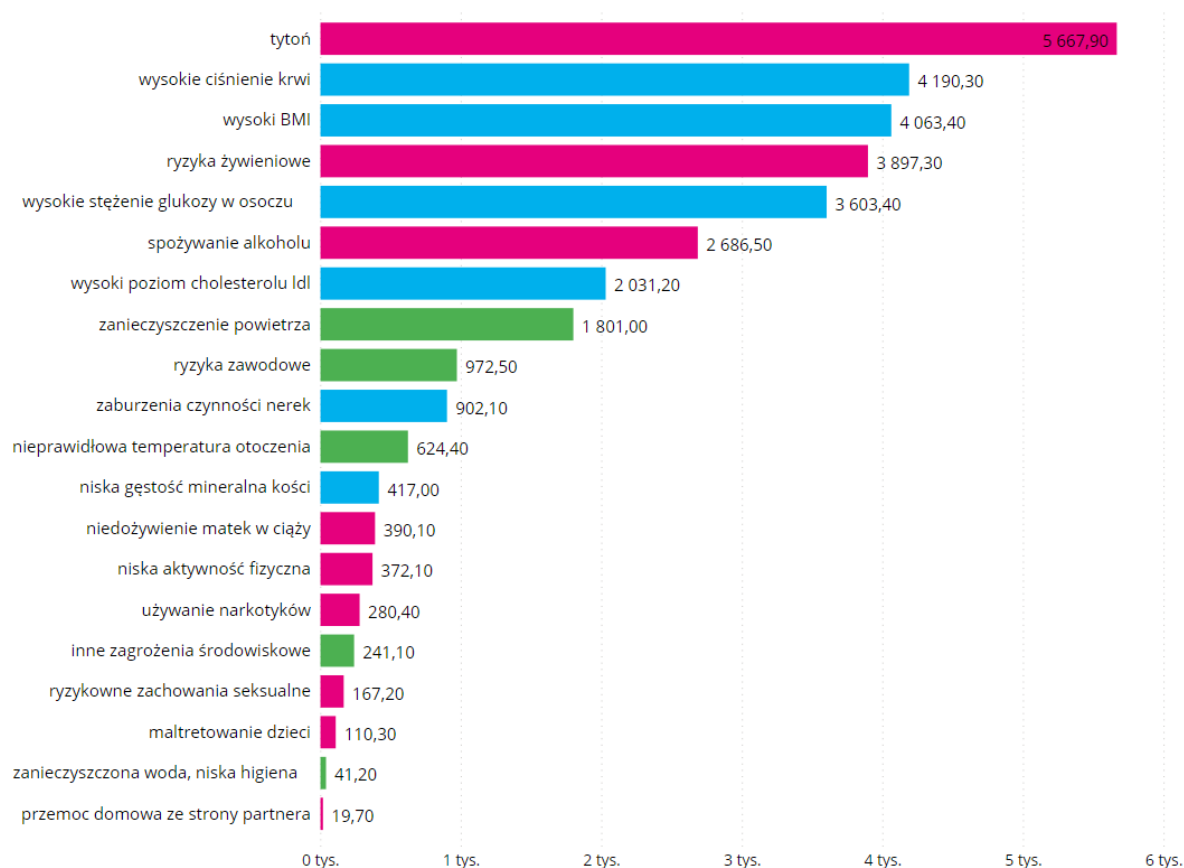
Rysunek 6. Udział głównych grup czynników ryzyka w Polsce dla kobiet i mężczyzn łącznie (DALY i zgony na 100 tys. ludności).



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GBD IHME

Czynnikami ryzyka odpowiadającymi za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu dla kobiet i mężczyzn łącznie są odpowiednio: tytoń (ok. 5,7 tys. DALY na 100 tys. ludności), wysokie ciśnienie krwi (ok. 4,2 tys. DALY na 100 tys. ludności) oraz wysoki indeks BMI (ok. 4,1 tys. DALY na 100 tys. ludności). Dosyć istotnym problemem są również ryzyka żywieniowe – to trzeci czynnik najbardziej wpływający na zgony oraz czwarty najbardziej wpływający na DALY.

Rysunek 7. Udział czynników ryzyka w Polsce dla kobiet i mężczyzn łącznie (DALY na 100 tys. ludności).



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GBD IHME

W przypadku mężczyzn palenie tytoniu wpływa ponad dwa razy bardziej na utratę DALY i zgony niż w przypadku kobiet, a spożywanie alkoholu jest trzecim w kolejności dominującym czynnikiem ryzyka powodującym utratę DALY, przewyższającym wartość dla kobiet prawie ośmiokrotnie. W przypadku palenia tytoniu od 2010 r. obserwuje się zwiększenie o ok. 13% jego wpływu na zgony i ok. 9% na DALY.

W 2019 r. w ramach publicznego systemu zdrowia, badaniom w kierunku raka szyjki macicy zostało poddanych 17,3% rocznej populacji kobiet zakwalifikowanych do przebadania. Od 2017 r. wartość ta zmniejszyła się o ok. 5%. Na pogłębioną diagnostykę skierowano aż cztery razy więcej kobiet. W kierunku nowotworu piersi przebadano prawie 64% rocznej populacji klasyfikowanej do przebadania. Od 2017 r. wartość ta zmniejszyła się o ok. 1%.

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

a także z powodu ograniczonych zasobów kadrowych i braku wystarczającego zainteresowania ze strony grupy docelowej³.

Jednym z istotnych działań z zakresu zdrowia publicznego są działania profilaktyki zdrowotnej. Na poziomie lokalnym widoczne są luki, które ograniczają możliwości zapewnienia równego dostępu do profilaktyki. Niektóre województwa nie zostały objęte działaniami profilaktycznymi, które byłyby odpowiedzią na regionalne potrzeby zdrowotne.

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

1. Prowadzenie działań opartych na dowodach naukowych w zakresie promowania zdrowego trybu życia i budowania kompetencji zdrowotnych w celu ograniczenia wpływu behawioralnych czynników ryzyka oraz pozostałych grup czynników ryzyka wpływających na utratę lat życia w zdrowiu i zgony. Dążenie do osiągnięcia w kraju niższych wartości wpływu behawioralnych czynników ryzyka na utratę DALY (do średniego poziomu UE).
2. Podjęcie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe jako ważny aspekt poprawy skuteczności profilaktyki zdrowotnej w Polsce. W szczególności należy poprawić zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne i mammograficzne. Dodatkowo należy zadbać o profilaktykę zdrowotną wśród mężczyzn, których średnia długość życia odstaje negatywnie od średniej długości życia kobiet w Polsce oraz średnich wartości dla UE.
3. Podejmowanie skutecznych działań z zakresu:
 - a) profilaktyki palenia tytoniu (ze szczególnym zwróceniem uwagi na programy skierowane do młodzieży oraz kobiet, u których problem ten narasta),
 - b) profilaktyki nadmiernego spożywania alkoholu (w szczególności wśród grup społecznych najbardziej zagrożonych tym problemem),
 - c) promowania prawidłowego sposobu odżywiania i zapobiegania nadwadze i otyłości (szczególnie wśród mężczyzn oraz dzieci i młodzieży).
4. Wzmocnienie skuteczności działań prozdrowotnych podejmowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz jednostki samorządu terytorialnego przez tworzenie jednostek koordynujących lub tworzenie mechanizmów systemowych pozwalających na lepszą koordynację działań prozdrowotnych realizowanych na poziomie powiatów i gmin.

³ Badanie ankietowe przeprowadzone przez NIZP PZH-PIB w grudniu 2019 r., w ramach NPZ na lata 2016-2020, cel operacyjny „Zadania z zakresu zdrowia publicznego: Prowadzenie monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego, w ramach Zadań koordynacyjnych, ewaluacyjnych i badawczych w latach 2019-2020”.

Działania na poziomie ponadregionalnym**Działanie 2.3.1.**

Wzmocnienie rozwoju działań badawczych i projektowanie nowych rozwiązań w zakresie zdrowia publicznego, w szczególności w zakresie zmiany nawyków i postaw zdrowotnych Polaków. Działania związane będą z realizacją założeń NPZ oraz zespołu opracowania badań epidemiologicznych w ABM.

Oczekiwane rezultaty działania: Realizowanie nowatorskich i wysokiej jakości działań z zakresu zdrowia publicznego.

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

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

Szacowane koszty działania: Nie mniej niż 40,0 mln PLN (czterdzieści milionów złotych); zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 183, z późn. zm.) (budżet państwa) – 80,0 mln PLN (osiemdziesiąt milionów złotych) na rok i nie mniej niż 10%.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba działań badawczych i nowych rozwiązań w zakresie zdrowia publicznego.

Działanie 2.3.2.

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

Oczekiwane rezultaty działania: Zwiększenie świadomości wśród dzieci i młodzieży w zakresie poprawy stylu życia oraz zmniejszenie wpływu czynników ryzyka związanych ze stylem życia w młodszych grupach wiekowych.

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

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

Szacowane koszty działania: ok. 5,0 mln PLN (pięć milionów złotych).

Wskaźniki realizacji działania:

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

Działanie 2.3.3.

1. Kampanie społeczne skierowane do mężczyzn, przełamujące bariery przed aktywnym korzystaniem z opieki zdrowotnej.
2. Kampanie skierowane do ogółu społeczeństwa, zachęcające do poddawania się badaniom i aktywizowania w tym zakresie rodzin.

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

Oczekiwane rezultaty działania: Wzrost świadomości profilaktyki zdrowotnej i poprawa zgłaszalności na badania profilaktyczne (rozumiane jako badanie mające na celu ewentualne wykrycie choroby na odpowiednio wczesnym etapie) wśród społeczeństwa.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

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

Szacowane koszty działań: na 2021 r.: 23,0 mln PLN (dwadzieścia trzy miliony złotych).

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba mężczyzn korzystających z opieki zdrowotnej.
2. Liczba osób zgłoszonych na badania profilaktyczne.

Działanie 2.3.4.

Wsparcie działań prowadzących do ograniczania dostępności ekonomicznej wyrobów tytoniowych i powiązanych.

Oczekiwane rezultaty działania: Systematyczne zwiększanie cen wyrobów tytoniowych ograniczające dostępność do wyrobów tytoniowych, przede wszystkim osobom młodym.

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

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

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

Wskaźnik realizacji działania:

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

Działanie 2.3.5.

Nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2209) w zakresie leczenia i zapobiegania nikotynizmowi.

Oczekiwane rezultaty działania:

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

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

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

Szacowane koszty działania: Działanie legislacyjne bezkosztowe; docelowe koszty wynikające z rozwiązań przyjętych w wydanych aktach normatywnych zostaną określone w Ocenie Skutków Regulacji do tych aktów.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Publikacja nowelizacji rozporządzenia.
2. Spadek liczby osób palących wyroby tytoniowe.

Działanie 2.3.6.

Tworzenie mechanizmów systemowych pozwalających na koordynowanie działań prozdrowotnych realizowanych na poziomie powiatów i gmin. Działania związane będą z opracowaniem założeń zmian systemowych z zakresu zdrowia publicznego w Polsce - zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2021 w sprawie powołania zespołu ds. zmian systemowych w zdrowiu publicznym (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 53).

Oczekiwane rezultaty działania: Poprawa jakości i adekwatności działań instytucji publicznych (samorządowych i rządowych) planujących i realizujących polityki prozdrowotne (realizowane na podstawie różnych przepisów i finansowane z różnych źródeł).

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2021 r. - opracowanie założeń zmian systemu; realizacja lata 2022-2027.

Szacowane koszty działań: Działanie legislacyjne bezkosztowe, docelowe koszty wynikające z rozwiązań przyjętych w wydanych aktach normatywnych zostaną określone po zakończeniu prac nad nimi.

Wskaźnik realizacji działania:

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

Działanie 2.3.7.

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

- 1) inwestycje w kadry;
- 2) inwestycje w edukację, prewencję pierwotną i styl życia;
- 3) inwestycje w pacjenta i prewencję wtórną;
- 4) inwestycje w naukę i innowacje;
- 5) inwestycje w system opieki kardiologicznej.

Oczekiwane rezultaty działania:

- 1) poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie kardiologii i dziedzinach pokrewnych;
- 2) ograniczanie zachorowalności na choroby układu krążenia przez redukcję ryzyka w zakresie profilaktyki pierwotnej;
- 3) poprawa skuteczności profilaktyki wtórnej;
- 4) zwiększenie potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych w celu umożliwienia pacjentom korzystania z najsukuteczniejszych rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych;
- 5) poprawa organizacji systemu opieki kardiologicznej przez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta”.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, MEiN, MRiPS, MF, NIZP PZH-PIB, NFZ, ABM, NIO-PIB, AOTMiT, CMKP, CKPPIP, CDK.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2022-2031.

Szacowane koszty działań: w trakcie opracowywania.

Wskaźnik realizacji działania:

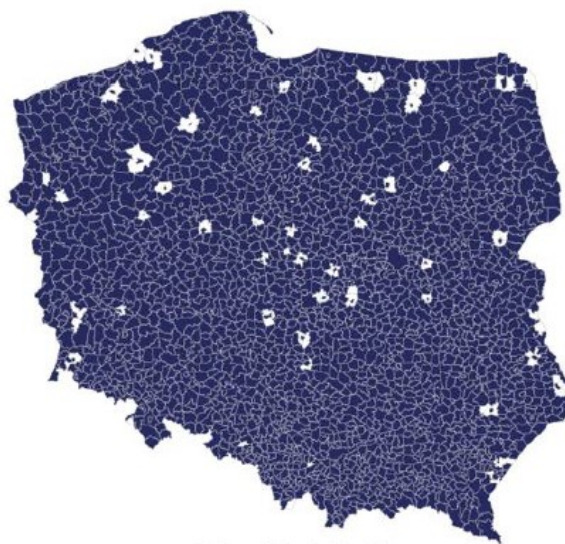
1. Wejście w życie NPChUK.

2.4. Podstawowa opieka zdrowotna

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

Do podmiotów leczniczych realizujących świadczenia POZ w 2019 r. zapisanych było 88,82% populacji mieszkańców Polski. Dodatkowo, analiza regionalna dostępności wykazała, że w 59 gminach (2,38% wszystkich) nie funkcjonował ani jeden podmiot leczniczy udzielający świadczeń z zakresu POZ. Były to głównie gminy wiejskie obwarzankowe, czyli odrębne gminy otaczające miasto.

Rysunek 8. Rozmieszczenie placówek POZ w powiatach w Polsce w 2019 r.



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych NFZ i GUS

Należy zauważyć, że świadczenia w ramach POZ obejmują nie tylko świadczenia lecznicze. Podkreślenie wymaga, że oprócz nich wyodrębnia się również świadczenia promocyjne i profilaktyczne.

Jednym z aktualnych wyzwań sprawnie działającej opieki zdrowotnej jest odciążenie oddziałów ratunkowych przez minimalizację liczby udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej niezwiązanych ze stanami zagrożenia życia. Odpowiedzią na to wyzwanie jest NiŚOZ. W 2019 r. sprawozdano 1,75 razy więcej świadczeń w ramach NiŚOZ niż na SOR-ach, jednak według

analizy Najwyższej Izby Kontroli, w skrajnych przypadkach 80% pacjentów zgłaszających się na SOR nie znajdowało się w stanie zagrożenia życia⁴.

W 2019 r. wizyty realizowane w POZ najczęściej (w 32%) dotyczyły świadczeń związanych z wypisaniem recepty oraz innych bliżej nieokreślonych czynności okołomedycznych. Statystyka ta może być podstawą do rekomendacji dotyczącej poprawy jakości sprawozdawczości w ramach POZ, a także zmian w udzielaniu świadczeń z zastosowaniem telemedycyny. Dane sprawozdawane do NFZ wskazują na niski udział profilaktyki zdrowotnej w ramach POZ. Także NIK wskazywała na niedostateczną realizację profilaktyki zdrowotnej (m.in. w ramach POZ)⁵.

W związku z pandemią COVID-19 wprowadzono m.in. możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu POZ w warunkach ambulatoryjnych na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, tj. w ramach teleporady lub telewizyty. Problemy, jakie napotyka system ochrony zdrowia, to brak adekwatnych regulacji prawnych, rozwiązań finansowych i odpowiedniej infrastruktury. Ograniczeniem w tej kwestii jest także niewystarczająca wiedza i umiejętności personelu medycznego w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przy użyciu nowoczesnych systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

Zgodnie z ustawą z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. 2021 poz. 1050), na lekarzu POZ spoczywa obowiązek koordynacji leczenia pacjenta, we współpracy z pielęgniarką POZ i położną POZ, w całym systemie ochrony zdrowia. Analizy problemów zdrowotnych sugerują, że współpraca z AOS nie odbywa się w sposób właściwy.

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

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

⁴ Funkcjonowanie Systemu Ratownictwa Medycznego, NIK, Warszawa, 2020, dostęp: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,23528,vp,26262.pdf>.

⁵ Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia, NIK, Warszawa, 2017, dostęp: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,13788,vp,16224.pdf>; *Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego*, NIK, Warszawa, 2016, dostęp: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,11909,vp,14281.pdf>

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

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

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.4.1.

Uświadamianie istnienia NIŚOZ przy pomocy kampanii społecznych.

Oczekiwane rezultaty działania: Zmniejszenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń przez SOR i poziomu obłożenia na SOR.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

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

Szacowane koszty działania: 2,0 mln PLN (dwa miliony złotych).

Wskaźniki realizacji działania:

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

Działanie 2.4.2.

Zwiększenie zakresu kompetencji lekarza i pielęgniarki POZ przez:

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

Oczekiwane rezultaty działania: Podnoszenie jakości działań w zakresie kompetencji POZ.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

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

Szacowane koszty działania: Koszty działania zostaną określone po 2022 r. (koniec prac koncepcyjnych Zespołu do spraw zmian w POZ powołanego na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw zmian w podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 49) zwanego dalej „zespołem ds. reformy POZ”).

Wskaźniki realizacji działania:

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

Działanie 2.4.3.

Wzmocnienie koordynacji opieki przez:

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

- 2) wprowadzenie szczegółowej sprawozdawczości w zakresie badań diagnostycznych i innych zlecanych przez POZ oraz jej monitorowanie w zakresie badań diagnostycznych i innych zlecanych z POZ;
- 3) opracowanie nowego modelu opieki nad chorymi przewlekle, z uwzględnieniem m.in. rozwiązań cyfrowych i doświadczeń pilotażu POZ PLUS.

Oczekiwane rezultaty działania: Poprawa jakości opieki nad pacjentami przewlekle chorymi.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

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

Szacowane koszty działania: Koszty działania zostaną podane po 2022 r. (koniec prac koncepcyjnych zespołu ds. reformy POZ).

Wskaźniki realizacji działania:

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

Działanie 2.4.4.

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

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

Oczekiwane rezultaty działania:

Poprawa jakości i dostępności opieki nad pacjentem w ramach POZ.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

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

Szacowane koszty działania: koszty działania zostaną podane po 2022 r. (koniec prac koncepcyjnych zespołu ds. reformy POZ).

Wskaźnik realizacji działania:

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

Działanie 2.4.5.

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

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

Oczekiwane rezultaty działania:

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

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

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

Szacowane koszty działania: koszty działania zostaną wskazane po 2022 r. (koniec prac koncepcyjnych zespołu ds. reformy POZ).

Wskaźniki realizacji działania:

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

Działanie 2.4.6.

Wzmocnienie działań profilaktycznych w POZ oraz tworzenie bilansów zdrowia:

- 1) działania aktywizujące programy związane z profilaktyką i wczesną diagnostyką chorób przewlekłych i nowotworów;
- 2) wprowadzenie premiowania działań wpływających na jakość edukacji zdrowotnej i profilaktyki;
- 3) opracowanie nowego modelu profilaktyki z uwzględnieniem m.in. rozwiązań cyfrowych i doświadczeń pilotażu POZ PLUS;
- 4) kontynuacja programów typu profilaktyka 40+.

Oczekiwane rezultaty działania: Zwiększenie świadomości prozdrowotnej Polaków przez programy realizowane w ramach POZ.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

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

Szacowane koszty działania: koszty działania zostaną podane po 2022 r. (koniec prac koncepcyjnych zespołu ds. reformy POZ).

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba świadczeniobiorców POZ uczestniczących w programach polityki zdrowotnej i programach zdrowotnych w zakresie profilaktyki.

Działanie 2.4.7.

Rozwój telemedycyny przez:

- 1) uruchomienie naborów oraz podpisanie umów ze świadczeniobiorcami POZ na obszarze całego kraju na realizację programów pilotażowych związanych z rozwojem telemedycyny;
- 2) rozwijanie centralnej platformy DOM, agregującej dane z urzędzeń telemedycznych przekazanych do POZ;
- 3) rozwijanie funkcjonalności w platformie DOM ułatwiającej prowadzenie „telekonsylium”, dzięki któremu specjaliści medyczni mogą wymieniać się informacjami i zaleceniami w zakresie potrzeb zdrowotnych danego pacjenta, zmniejszając konieczność przemieszczania się pomiędzy podmiotami leczniczymi udzielającymi poszczególnych rodzajów świadczeń;
- 4) działania zmierzające do zwiększenia dojrzałości cyfrowej podmiotów leczniczych oraz do rozwoju kompetencji cyfrowych personelu (istotnym

elementem każdej nowej usługi jest dbałość o jakość dostarczanych przez to rozwiązanie procedur, również w zakresie telemedycyny);

- 5) działania mające na celu systemowe doposażenie stanowisk pracy całego personelu POZ, w tym w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej nad uczniami przez pielęgniarkę i higienistkę szkolną, w sprzęt umożliwiających wymianę danych w formie elektronicznej.

Oczekiwane rezultaty działania: Zmniejszenie liczby wizyt w placówce POZ, w szczególności w przypadku przedłużenia recepty, poprawa satysfakcji pacjenta z powodu zaoszczędzonego czasu.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

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

Szacowane koszty działań: 16,0 mln PLN (szesnaście milionów złotych).

Wskaźniki realizacji działania:

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

Działanie 2.4.8.

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

Oczekiwane rezultaty działania: zmniejszenie liczby wizyt w placówce POZ, w szczególności w przypadku przedłużenia recepty, poprawa satysfakcji pacjenta z powodu zaoszczędzonego czasu.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

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

Szacowane koszty działań: projekt telemedyczny: wartość 5,8 mln EUR (pięć milionów osiemset euro).

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba opracowanych modeli telemedycznych do wykorzystania na poziomie POZ.

2. Liczba osób stanowiących personel medyczny, które podniosły kwalifikacje w zakresie telemedycyny i e-zdrowia w wyniku przeprowadzonych szkoleń.
3. Liczba warsztatów promujących rezultaty projektów pilotażowych telemedycyny i e-zdrowia.
4. Liczba przeprowadzonych kampanii podnoszących świadomość w zakresie telemedycyny i e-zdrowia: 1

Działanie 2.4.9.

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

Oczekiwane rezultaty działania: Większa dostępność do świadczeń z zakresu POZ.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

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

Szacowane koszty działań: 900,0 mln PLN (dziewięćset milionów złotych - subfundusze rozwoju profilaktyki).

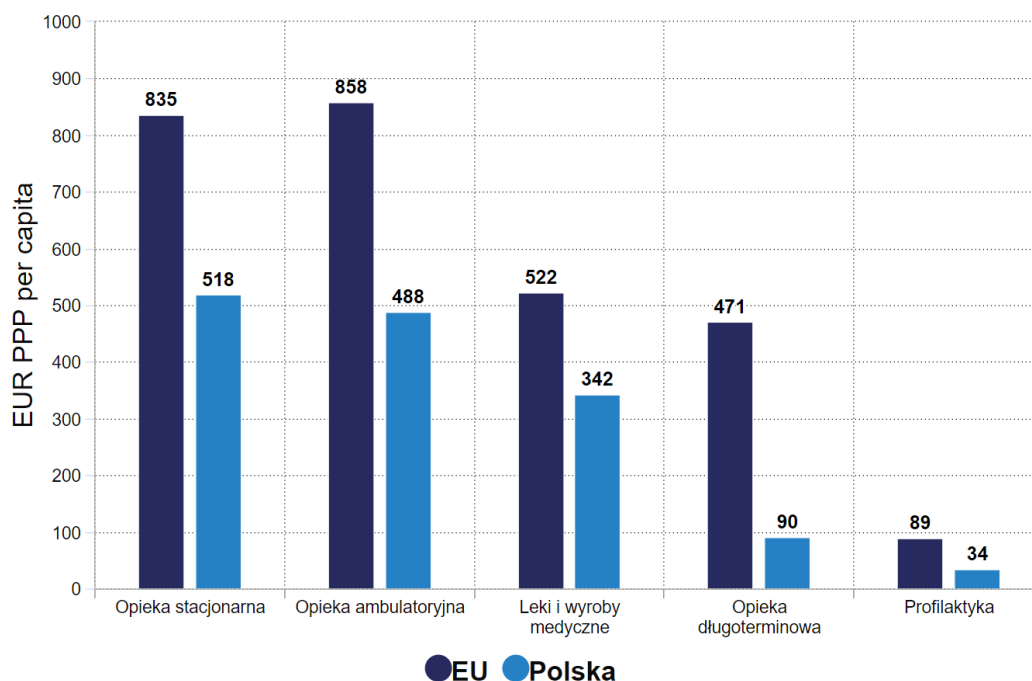
Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba porad wykonanych przez pielęgniarki i położne POZ.

2.5. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

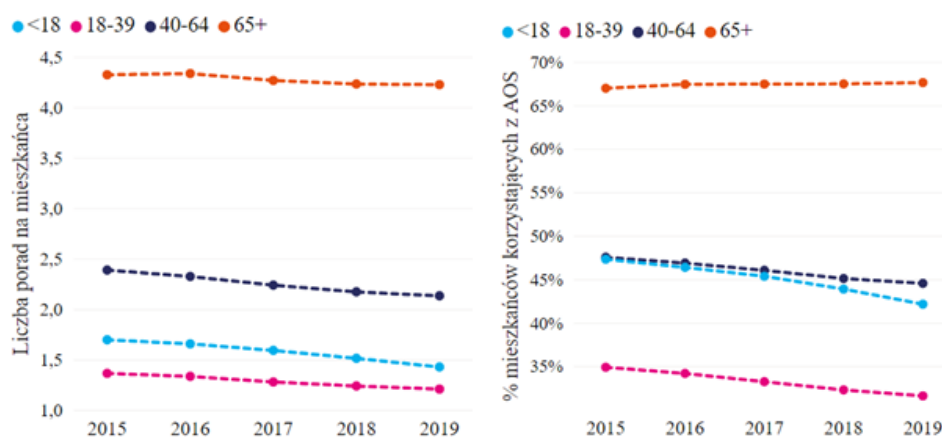
Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

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

Rysunek 9. Wydatki na leczenie szpitalne i inne rodzaje świadczeń w 2017 r.

Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych OECD

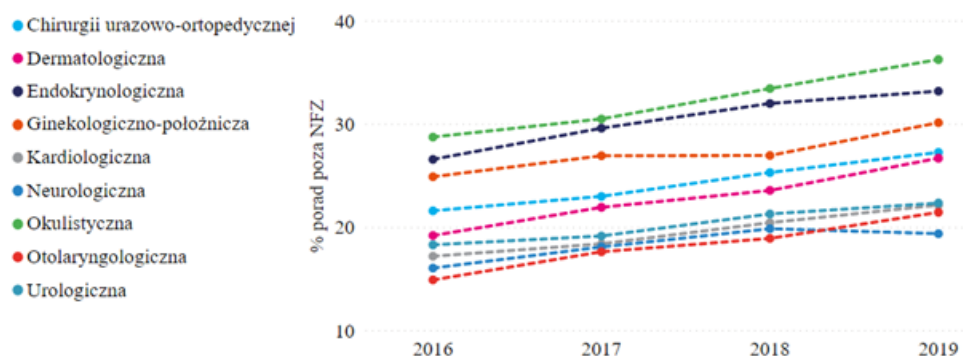
Od kilku lat obserwuje się spadek udziału AOS w kosztach świadczeń zdrowotnych ponoszonych NFZ, a także spadek liczby pacjentów korzystających z AOS.

Rysunek 10. Liczba porad i pacjentów w AOS w latach 2015-2019 w przeliczeniu na liczbę mieszkańców z uwzględnieniem podziału na grupy wiekowe.

Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych NFZ

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

Rysunek 11. Odsetek porad udzielonych poza NFZ (wśród wszystkich porad) w latach 2016-2019 dla dziewięciu wybranych specjalności.

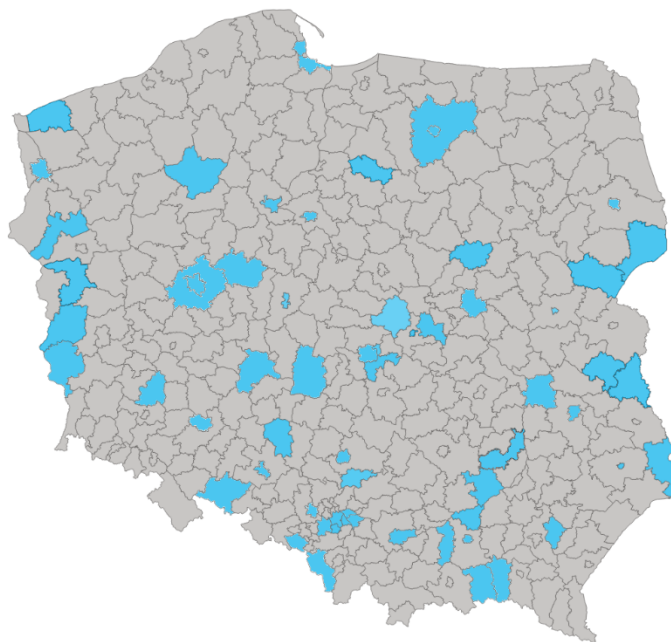


Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GUS (sprawozdania ZD-3) oraz NFZ

Głównym powodem, dla którego pacjenci wybierają usługi poza NFZ, jest długi czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne. W przypadku czterech poradni (kardiologicznej, endokrynologicznej, urologicznej oraz okulistycznej) przeciętne czasy oczekiwania na świadczenie zdrowotne w lutym 2020 r. były jednymi z najdłuższych i przekraczały 100 dni dla przypadków stabilnych oraz 50 dni dla pilnych.

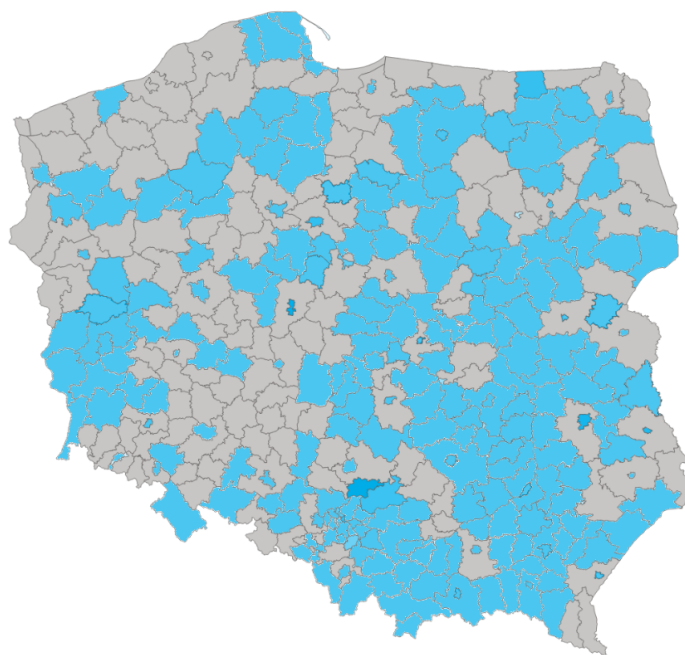
Na poniższych rysunkach przedstawiono dostępność do poradni AOS (geriatrycznych, endokrynologicznych oraz położniczo-ginekologicznych). Kolorem szarym oznaczono powiaty, w których nie występuje ani jedna poradnia tego typu. Zauważalne są duże różnice w dostępności do poradni. Widoczna jest bardzo niska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

Rysunek 12. Powiaty, w których znajdowały się poradnie geriatryczne w 2019 r.



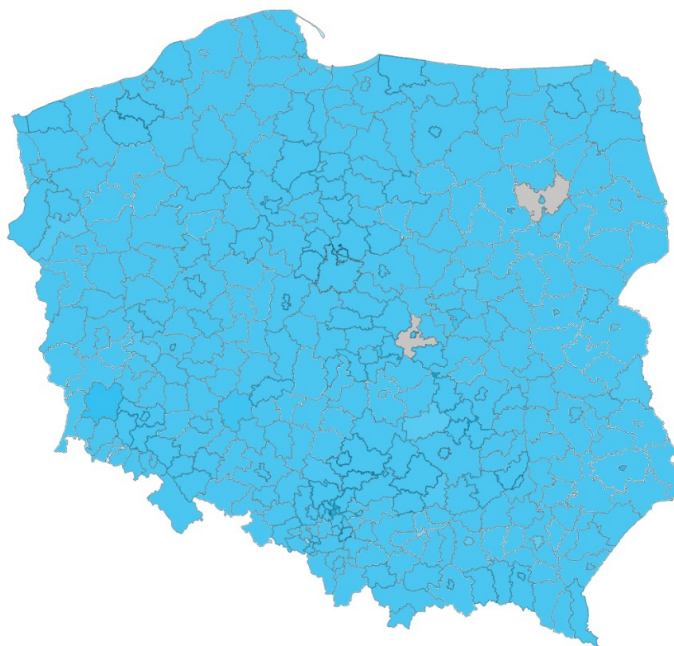
Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GUS oraz NFZ

Rysunek 13. Powiaty, w których znajdowały się poradnie endokrynologiczne w 2019 r.



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GUS oraz NFZ

Rysunek 14. Powiaty, w których znajdowały się poradnie ginekologiczne i położniczo-ginekologiczne w 2019 r.



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych GUS oraz NFZ

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

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

Działania na poziomie ponadregionalnym**Działanie 2.5.1.**

Stworzenie trzypoziomowego systemu udzielania nocnej pomocy lekarskiej:

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

Nowa formuła nocnej pomocy lekarskiej zostanie wdrożona po przeprowadzeniu pilotaży.

Oczekiwane rezultaty działania:

- 1) zapewnienie szybkiej, specjalistycznej, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 2) odciążenie SOR;
- 3) stworzenie CNPL.

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

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

Szacowane koszty działań: 20,0 mln PLN (dwadzieścia milionów złotych – koszt do wdrożenia, bez obsługi).

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba osób korzystających z NiŚOZ.
2. Liczba osób korzystających z teleporad przez NiŚOZ.
3. Odsetek wizyt na SOR po telekonsultacji.

Działanie 2.5.2.

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

Obecny plan zakłada uruchomienie od 1 stycznia 2022 r. e-rejestracji dla poniższych świadczeń:

- 1) w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
- 2) w zakresie kardiologii;
- 3) w zakresie neurologii;
- 4) w zakresie endokrynologii;
- 5) rezonans magnetyczny;
- 6) tomografia komputerowa.

Oczekiwane rezultaty działania: optymalizacja procesu udzielania świadczeń. Projektowane rozwiązanie ma umożliwić zapisywanie i odwołanie wizyty za pośrednictwem IKP.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, CeZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021-2027 (e-rejestracja ma działać od 2022 r.).

Szacowane koszty działań: 25,0 mln PLN (dwadzieścia pięć milionów złotych).

Wskaźniki realizacji działania:

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

Działanie 2.5.3.

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

- 1) odciążenie systemu szpitalnego od konieczności realizacji świadczeń diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym i przeniesienie ich realizacji w ramach AOS i POZ;
- 2) wprowadzenie płacenia za wynik (*paying for performance*) oraz różnicowania płatności w zależności od stopnia komplikacji przypadku;
- 3) opracowanie schematów współpracy/komunikacji pomiędzy szpitalem, AOS, POZ w ramach diagnostyki i leczenia, w tym rozwijanie w platformie DOM;

- 4) wdrożenie pakietów diagnostyczno-terapeutycznych umożliwiających racjonalizację wykorzystania zasobów AOS przez zmniejszenie generowania wizyt;
- 5) modyfikacja i optymalizacja charakterystyki JGP, w tym również uwzględnienie rozpoznań U07 związanych z diagnostyką i leczeniem COVID-19.

Oczekiwane rezultaty działania:

- 1) zwiększenie jakości i efektywności świadczeń przy jednoczesnej organizacji opieki w sposób bardziej dostępny dla pacjentów (opieka ambulatoryjna) oraz przesunięcie zasobów, które obecnie ulokowane są w sposób nadmiarowy w lecznictwie stacjonarnym;
- 2) zwiększenie efektywności wykorzystania potencjału zasobów w ramach hospitalizacji oraz stworzenie bodźców promujących wynik i jakość, w szczególności;
- 3) zwiększenie udziału świadczeń *outpatient* (ambulatoryjnych i jednodniowych);
- 4) racjonalizacja wykorzystania zasobów AOS i skrócenie czasu oczekiwania;
- 5) poprawa *patient experience*.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ i NFZ.

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

Szacowane koszty działań: 45,0 mln PLN (czterdzieści pięć milionów złotych).

Wskaźniki realizacji działania:

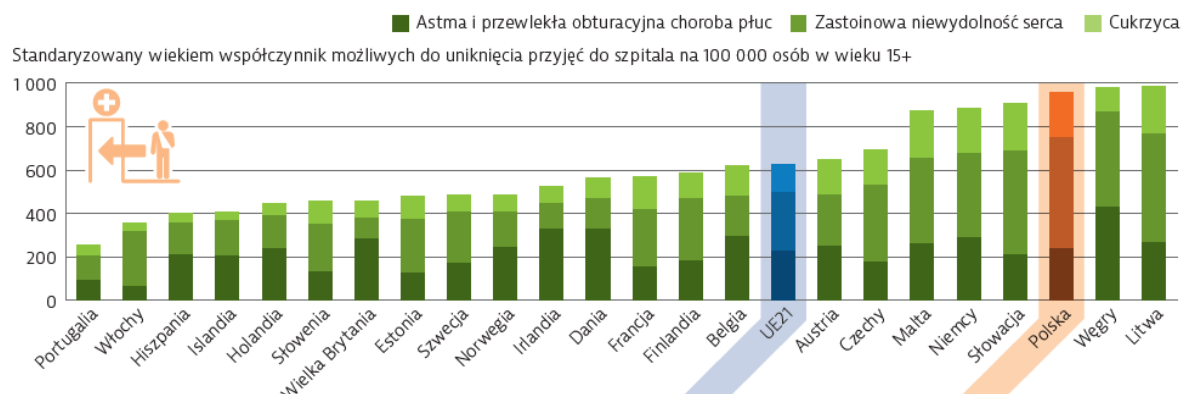
1. Wskaźnik liczby wizyt przypadających na pacjenta w grupach chorób w AOS.
2. Liczba hospitalizacji jednodniowych.
3. Średnia wartość hospitalizacji.

2.6. Leczenie szpitalne

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

Liczba hospitalizacji w niektórych chorobach przewlekłych jest znacznie wyższa niż wskazywałaby na to etiologia choroby. Wśród pacjentów chorujących na choroby przewlekłe, np. chorobę niedokrwienną serca czy cukrzycę, występuje wysoki odsetek hospitalizacji, który nie zmienił się znacząco od 2014 r. Poziom możliwych do uniknięcia hospitalizacji w przypadku schorzeń, które można leczyć w warunkach ambulatoryjnych, należy do najwyższych w Europie i ukazuje braki w świadczeniu POZ.

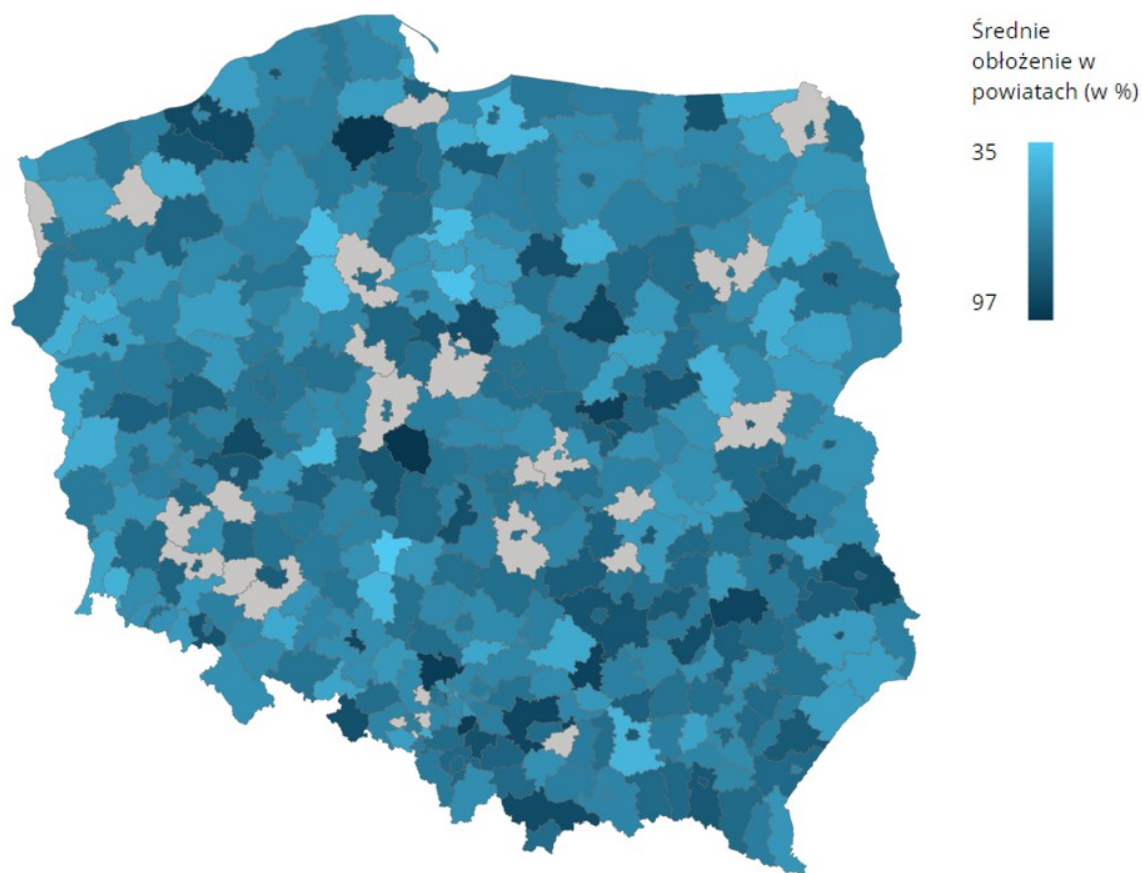
Rysunek 15. Współczynnik możliwych do uniknięcia przyjęć do lekarza w wybranych krajach UE



Źródło: statystyki OECD z 2019 r. dotyczące zdrowia (dane za 2017 r. lub najbliższy rok)

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

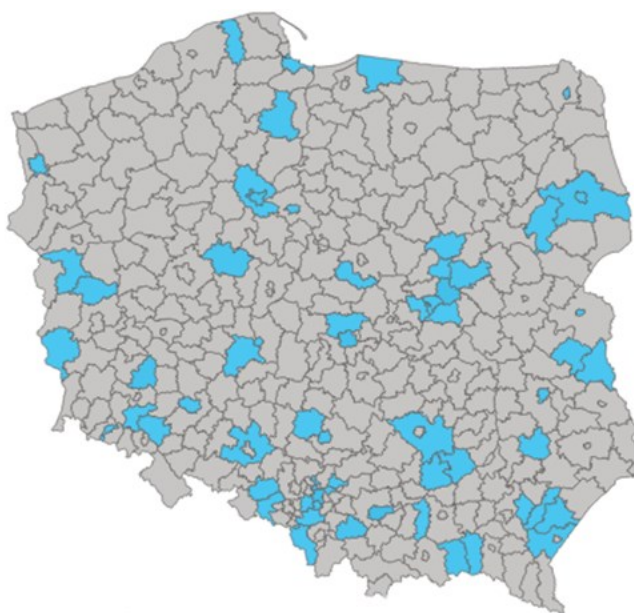
Rysunek 16. Średnie obłożenie łóżek w procentach w powiatach w Polsce w 2019 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych RPWDL i NFZ

Jedynie ok. 1% łóżek stanowią łóżka na oddziałach geriatrycznych i psychogeriatrycznych. Ponadto zauważalne jest silne zróżnicowanie regionalne w dostępności do łóżek geriatrycznych lub psychogeriatrycznych. Jedynie w 81 podmiotach (w 66 powiatach) dostępne były łóżka geriatryczne lub psychogeriatryczne w 2019 r.

Rysunek 17. Powiaty, w których znajdowały się łóżka geriatryczne i psychogeriatryczne w 2019 r. (zaznaczone kolorem niebieskim)

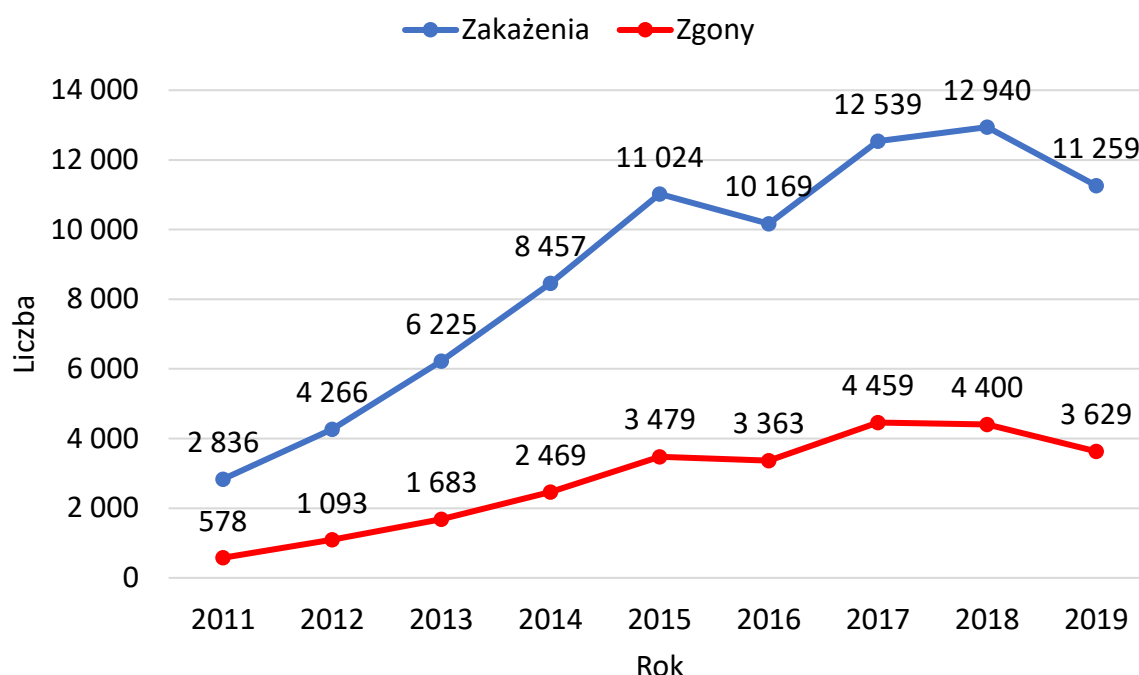


Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych RPWDL

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

Ważnym tematem w lecznictwie szpitalnym jest także jakość. Jednym ze wskaźników ukazujących potrzebę poprawy w tym zakresie są zakażenia wewnątrzszpitalne. Dla przykładu, w ostatnich latach obserwuje się wzrastającą liczbę pacjentów z zakażeniem *Clostridium difficile* (CDI) i zwiększający się odsetek zgonów z tego powodu.

Rysunek 18. Liczba zakażeń CDI oraz zgonów w ciągu 90 dni od rozpoznania CDI w latach 2011-2019



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Kolejnym wyzwaniem stojącym przed polskim szpitalnictwem jest dalszy proces koncentracji świadczeń w ośrodkach o odpowiednim zapleczu i doświadczeniu dla chorób rzadkich oraz innych chorób wymagających skomplikowanego oraz kompleksowego leczenia. Z analiz wynika, że w 2019 r. aż 16% pacjentów korzystało z zabiegów kompleksowych przeprowadzanych w szpitalach I poziomu zabezpieczenia lub poza siecią.

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

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

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

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.6.1.

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

- 1) poprawa efektywności ekonomicznej podmiotów szpitalnych przez dokonanie ich ewaluacji i przypisanie do odpowiedniej kategorii, która będzie warunkowała działania rozwojowe i naprawcze jakie zostaną podjęte w poszczególnych podmiotach;
- 2) dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia. Takie dostosowanie może wiązać się z konsolidacją funkcji medycznych i koniecznością przeprofilowania części podmiotów szpitalnych (racjonalizacja piramidy świadczeń);
- 3) utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji, która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów. Instytucja ta będzie miała również inne zadania dotyczące podmiotów szpitalnych, takie jak organizowanie i koordynowanie wspólnych zakupów, wsparcie finansowe, merytoryczne i eksperckie;

- 4) podnoszenie jakości zarządzania szpitalami przez certyfikację oraz rozwój;
- 5) wprowadzanie lub ulepszanie procesowego modelu zarządzania podmiotem szpitalnym;
- 6) aktualizacja sieci szpitali (systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – PSZ), oparta o następujące założenia:
 - a) utrzymanie trybu bezkonkursowego zawierania umów w ramach PSZ,
 - b) tworzenie lokalnych konsorcjów konsolidujących zasoby,
 - c) oparcie procesu kwalifikacji na oddziałach, nie zaś szpitalach, co ułatwi włączenie do sieci nietypowych szpitali o dużym znaczeniu w zapewnianiu dostępu do świadczeń specjalistycznych,
 - d) położenie nacisku na szersze wykorzystanie wskaźników jakości udzielanych świadczeń,
 - e) podstawa działań na rzecz racjonalizacji piramidy w zakresie opieki zdrowotnej w odniesieniu do szpitali, m.in. przez wejście w życie z dniem 1 października 2021 r. przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej,
 - f) wdrażanie systemu finansowania szpitali zapewniające skuteczną, rentowną i zrównoważoną strukturę zakresów świadczeń (w tym koncentracja świadczeń),
 - g) przejście na jednodniowe formy opieki.

Oczekiwane rezultaty działania:

- 1) optymalizacja działalności podmiotów szpitalnych;
- 2) dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do potrzeb regionalnych;
- 3) wprowadzanie lub ulepszanie procesowego modelu zarządzania podmiotem szpitalnym;
- 4) naprawa działalności podmiotu szpitalnego oraz restrukturyzacja jego zadłużenia;
- 5) koncentracja świadczeń, racjonalizacja kosztów prowadzonej działalności, racjonalizacja wydatków publicznego płatnika, poprawę standardu i jakości świadczeń;
- 6) ułatwienie prowadzenia spójnej polityki w zakresie zabezpieczania świadczeń medycznych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

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

Szacowane koszty działań: koszty zostaną ustalone po zakończeniu prac koncepcyjnych.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Publikacja ustawy w Dzienniku Ustaw.

Działanie 2.6.2.

Tworzenie warunków do rozwoju centrów specjalistycznych oraz wprowadzanie działań mających na celu poprawę koncentracji świadczeń: Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne na lata 2019-2023

Oczekiwane rezultaty działania:

Poprawa jakości leczenia chorych wymagających specjalistycznego leczenia, w tym:

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

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2019-2023.

Szacowane koszty działań:

1. 2021 r. 356,5 mln PLN
2. 2022 r. 372,0 mln PLN
3. 2023 r. 384,3 mln PLN

łącznie w latach 2019-2023 - 1 713,6 mln PLN (miliard siedemset trzynaście milionów sześćset tysięcy złotych).

Wskaźniki realizacji działania:

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

Działanie 2.6.3.

Tworzenie warunków do rozwoju centrów specjalistycznych oraz wprowadzanie działań mających na celu poprawę koncentracji świadczeń: Plan dla Chorób Rzadkich.

Oczekiwane rezultaty działania:

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

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

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

Szacowane koszty działań:

W Planie dla Chorób Rzadkich oszacowano koszt 3 z 5 zaplanowanych zadań:

1. Powołanie specjalistycznych OECR w trybie uznania kompetencji – brak oszacowania skutku finansowego.
2. Opracowanie krajowych zaleceń powoływania OECR – 1,0 mln zł.
3. Powołanie specjalistycznych OECR w trybie konkursowym – brak oszacowania skutku finansowego.
4. Opracowanie rekomendacji postępowania diagnostycznego w genetycznie uwarunkowanych chorobach rzadkich w OECR – 1,5 mln zł.
5. Opracowanie i wdrożenie modelu rozliczania świadczeń udzielonych pacjentowi z chorobą rzadką w ramach hospitalizacji oraz w trybie ambulatoryjnym - koszty realizacji zadania zostaną określone po zakończonym procesie kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej z obszaru diagnostyki genetycznej.

Wskaźniki realizacji działania:

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

6. Liczba zgłoszeń chorób rzadkich wprowadzonych przez OECR do Polskiego Rejestru Chorób Rzadkich.
7. Liczba lub procent rozpoznanych chorób wprowadzonych do Polskiego Rejestru Chorób Rzadkich.

Działanie 2.6.4.

Realizacja założeń ustawy o jakości:

- 1) wzmocnienie roli akredytacji;
- 2) zapewnienie aktualizacji standardów;
- 3) wprowadzenie autoryzacji do szpitali;
- 4) utworzenie rejestru zdarzeń niepożądanych;
- 5) rejestry i jakość jako składowe finansowania podmiotów.

Oczekiwane rezultaty działania: Wzrost jakości leczenia pacjentów.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

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

Szacowane koszty działań: 363,8 mln PLN (trzysta sześćdziesiąt trzy miliony osiemset tysięcy złotych).

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba szpitali realizujących raporty jakościowe.

Działanie 2.6.5.

1. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych przekształcających oddziały szpitalne lub ich części, w których ze środków publicznych udzielane będą stacjonarne świadczenia w zakresie geriatry i opieki długoterminowej.
2. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych tworzących oddziały opieki długoterminowej.

Oczekiwane rezultaty działania:

- 1) poprawa jakości opieki nad osobami starszymi i wymagających leczenia szpitalnego w zakresie geriatry;
- 2) niwelowanie różnic w regionalnym dostępie do świadczeń i zapewnienie w każdym województwie odpowiedniej liczby miejsc w podmiotach leczniczych w zakresie leczenia szpitalnego – geriatry;
- 3) wyposażenie podmiotów leczniczych w specjalistyczny sprzęt;
- 4) skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego – geriatry;
- 5) poprawa bezpieczeństwa i komfortu pacjentów.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021-2029.

Szacowane koszty działań:

1. 2022 – 5,9 mln PLN
2. 2023 – 52,7 mln PLN
3. 2024 – 79,2 mln PLN
4. 2025 – 69,9 mln PLN
5. 2026 – 76,5 mln PLN
6. 2027 – 76,5 mln PLN
7. 2028 – 76,5 mln PLN
8. 2029 – 0 PLN

łącznie – 437,2 mln PLN (czterysta trzydzieści siedem milionów dwieście tysięcy złotych). Wsparcie nastąpi w ramach Subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych wyodrębnionego z Funduszu Medycznego.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba zmodernizowanych i doposażonych podmiotów leczniczych w zakresie leczenia szpitalnego – geriatry oraz opieki długoterminowej.

2. Liczba przekształconych/utworzonych nowych łóżek geriatrycznych oraz opieki długoterminowej w podmiotach leczniczych.

Działanie 2.6.6.

Zdefiniowanie podstawowych regionów zabezpieczenia uwzględniając założenia dotyczące funkcjonowania szpitali powiatowych.

Oczekiwane rezultaty działania:

- 1) zmniejszenie nierówności w dostępie do świadczeń dla pacjentów;
- 2) poprawa zaspokojenia potrzeb zdrowotnych;
- 3) poprawa wskaźników (DALY) do poziomu wskaźników średnioeuropejskich;
- 4) poprawa opieki w obszarach defaworyzowanych (obszary wiejskie, z utrudnionym dostępem do świadczeń oraz w obszarach zagrożonych ubóstwem);
- 5) uwzględnienie specyfiki regionalnej i obszarów/grup defaworyzowanych w określeniu pożądanego stanu docelowego systemu ochrony zdrowia.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

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

Szacowane koszty działań: 60,1 mln PLN (sześćdziesiąt milionów sto tysięcy złotych)

Wskaźnik realizacji działania:

1. Opracowanie narzędzia do identyfikacji podstawowych regionów zabezpieczenia.

2.7. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

Udział wydatków na opiekę psychiatryczną w Rzeczypospolitej Polskiej był dotychczas stosunkowo niski i wynosił 3,05% wydatków publicznych przeznaczonych na opiekę psychiatryczną (według planów finansowych na 2019 r.⁶), w porównaniu do średniej w krajach UE (6%).

W ostatnich latach wprowadzane są zmiany w funkcjonowaniu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. W przypadku opieki psychiatrycznej dorosłych, w 2018 r. wprowadzono pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego, które mają zapewnić dostęp do skoordynowanej i kompleksowej opieki udzielanej w środowisku lokalnym. Reforma psychiatrii dzieci i młodzieży, zapoczątkowana w 2019 r., zakłada utworzenie ośrodków leczenia na trzech poziomach referencyjności, z dostępem do opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej

⁶ <https://www.politykazdrowotna.com/33851,plan-nfz-na-2019-r-ile-dokladnie-wyda-na-swadczenia>

I poziomu referencyjnego w każdym powiecie lub grupie powiatów. Aktualnie trwają także prace nad założeniami reformy leczenia uzależnień.

Zasięg poszczególnych form leczenia w 2019 r. był zróżnicowany. Jak wynika z analiz, w Rzeczypospolitej Polskiej najwięcej było poradni zdrowia psychicznego, z których korzystali pacjenci zamieszkali na terenie 98% wszystkich gmin w kraju. Liczba oddziałów psychiatrycznych była zdecydowanie mniejsza, jednak zasięg leczenia również obejmował obszar 98% gmin na terenie całego kraju – opieka stacjonarna nie musi znajdować się tak blisko miejsca zamieszkania jak w przypadku pozostałych form leczenia psychiatrycznego. Z oddziałów dziennych korzystali pacjenci zamieszkujący blisko świadczeniodawców udzielających świadczeń w tej formie leczenia, jednak podobnie w przypadku ZLŚ, dostęp do tych form opieki był ograniczony. Z opieki w ramach ZLŚ skorzystało 3% pacjentów opieki psychiatrycznej w kraju, a z oddziałów dziennych psychiatrycznych 2%. Zarówno ZLŚ, jak i oddziałyienne umożliwiają pacjentom leczenie kompleksowe⁷ zapobiegające zaostrzeniom niektórych zaburzeń (np. schizofrenii⁸) i znacznie zmniejszają prawdopodobieństwo hospitalizacji⁹.

Rysunek 19. Lokalizacja poradni zdrowia psychicznego wraz z miejscem zamieszkania pacjentów, którym udzielono w nich świadczeń w 2019 r.



Rysunek 20. Lokalizacja oddziałów szpitalnych wraz z miejscem zamieszkania pacjentów, którym udzielono w nich świadczeń w 2019 r.



⁷ Zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022; na opiekę kompleksową składają się: opieka ambulatoryjna, mobilna/środowiskowa, dzienna, oraz całodobowa.

⁸ Analiza problemu zdrowotnego: schizofrenii, <http://analizy.mz.gov.pl:8080/app/schiz/>

⁹ <http://www.psychoterapiaptp.pl/uploads/PT2009n3s43Ctechnicki.pdf>

Rysunek 21. Lokalizacja oddziałów dziennych wraz z miejscem zamieszkania pacjentów, którym udzielono w nich świadczeń w 2019 r.



Rysunek 22. Lokalizacja zespołów leczenia środowiskowego wraz z miejscem zamieszkania pacjentów, którym udzielono w nich świadczeń w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Pacjenci poniżej 18. roku życia często korzystają z form opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przeznaczonych dla dorosłych (wśród porad udzielonych tym pacjentom w poradniach i ZŁŚ w 2019 r., 11% miało miejsce w komórkach dedykowanych dorosłym), a także z opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń. Liczba pacjentów z rozpoznaniem głównym zaburzeń psychicznych (ICD-10 w zakresie F00-F99) na oddziałach pediatrycznych (4,1 tys. pacjentów) była równa prawie połowie liczby pacjentów na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci. W grupach wiekowych 0-5 lat oraz 6-11 lat więcej pacjentów skorzystało z opieki w ramach świadczeń AOS niż ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (biorąc pod uwagę wyłącznie świadczenia z rozpoznaniem głównym zaburzeń psychicznych).

W przypadku leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży w 2019 r. wystąpił bardzo ograniczony dostęp do każdego z rodzajów form opieki. W całym kraju w 2019 r. występowały tylko trzy ZŁŚ dla dzieci (w miastach Wrocław, Kraków oraz Żory). W województwie podlaskim nie było ani jednego oddziału szpitalnego.

W całej Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. było 426 psychiatrów dziecięcych (7,7 na 100 tys. ludności w wieku 0-14 lat). Mediana w krajach UE w 2016 r. wyniosła 10 lekarzy ze specjalizacją psychiatria dziecięca na 100 tys. ludności w wieku 0-14 lat¹⁰. Rekomendowana

¹⁰ https://gateway.euro.who.int/en/indicators/cahb_survey_39-rate-of-practicing-child-psychiatrist-per-100000-population-aged-0-14-years/visualizations/#id=34022&tab=graph

przez konsultantów krajowych liczba psychiatrów dziecięcych na 100 tys. ludności to 2,0, rzeczywista wartość tego wskaźnika dla Rzeczypospolitej Polskiej wyniosła 1,1.

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

1. W przypadku leczenia dorosłych: dysproporcja udzielanych świadczeń w ramach leczenia stacjonarnego w porównaniu z ambulatoryjnym i pośrednim (wyższe koszty finansowania pierwszych wymienionych) oraz utrudniony dostęp do kompleksowości i koordynacji opieki. Wymagane są działania w zakresie rozwoju środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej gwarantującego dobrze skoordynowaną psychiatryczną opiekę zdrowotną blisko miejsca zamieszkania.
2. W przypadku leczenia dzieci i młodzieży: brak zaspokojenia potrzeb populacyjnych na świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, utrudniony dostęp do kompleksowości i koordynacji opieki. Potrzeba uwzględnienia w opiece terapii środowiskowej i koordynacji opieki ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.
3. Niewystarczająca liczba lekarzy psychiatrów w stosunku do zapotrzebowania – utrudniony dostęp do świadczeń, których warunkiem realizacji jest lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii.

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.7.1.

Rozwój podmiotów świadczących skoordynowaną opiekę psychiatryczną w oparciu o założenia modelu środowiskowego (Centra Zdrowia Psychicznego).

Oczekiwane rezultaty działania:

Zwiększenie liczby podmiotów świadczących skoordynowaną opiekę psychiatryczną w oparciu o założenia modelu środowiskowego.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

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

Szacowane koszty działań: 1 780 mln PLN (miliard siedemset osiemdziesiąt milionów złotych).

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba powiatów mających dostęp do podmiotów świadczących skoordynowaną opiekę psychiatryczną w oparciu o założenia modelu środowiskowego i gmin objętych obszarem odpowiedzialności na przestrzeni lat.

2. Liczba hospitalizacji, w tym długość pobytu pacjenta na oddziale, liczba porad ambulatoryjnych w tym środowiskowych.

Działanie 2.7.2.

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

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

Oczekiwane rezultaty działania:

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

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

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

Szacowane koszty działań: Wartości umów na realizację świadczeń psychiatrycznych dedykowanych dzieciom i młodzieży:

- 1) 2021 r.: 478,4 mln PLN (czterysta siedemdziesiąt osiem milionów czterysta tysięcy złotych);
- 2) 2022 r.: 555,7 mln PLN (pięćset pięćdziesiąt pięć milionów siedemset tysięcy złotych).

Wskaźniki realizacji działania:

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

2.8. Rehabilitacja medyczna

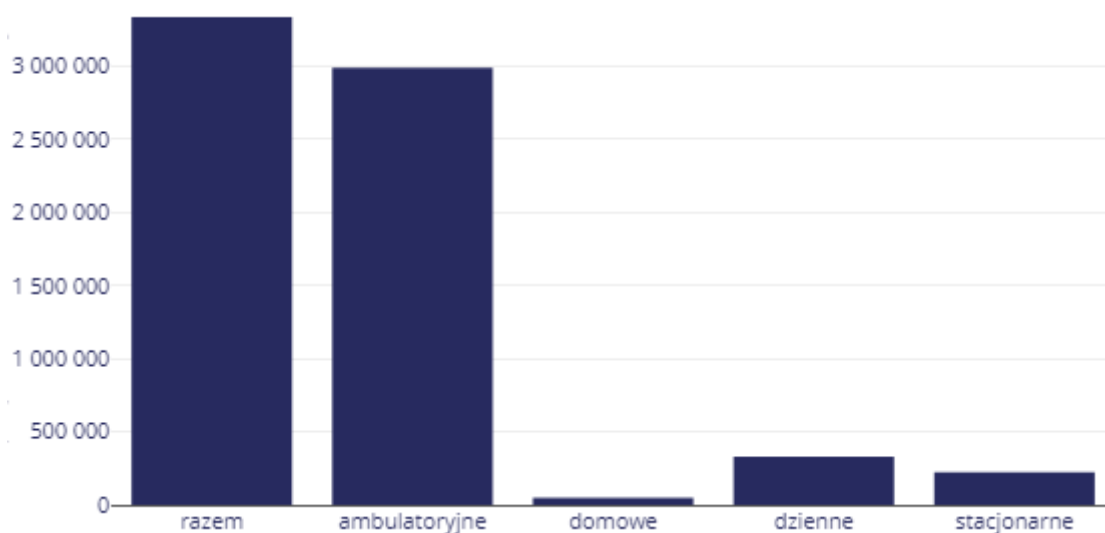
Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

Liczba rehabilitowanych pacjentów w latach 2016-2019 pozostawała na zbliżonym poziomie i wyniosła 3,36 mln w 2016 r. i 3,34 mln w 2019 r., pomimo wzrostu wydatków NFZ na ten cel w tym samym okresie z 2,24 mld PLN do 2,99 mld PLN. W związku ze zmianami demograficznymi prognozowany jest wzrost zapotrzebowania na tego rodzaju świadczenia. Szacuje się, że liczba osób wymagających rehabilitacji wzrośnie o 4,5% do 2025 r., o 6,4% do 2030 r. i o 7,1% do 2040 r. względem 2019 r.

Już obecnie popyt na świadczenia rehabilitacyjne przewyższa podaż i powoduje długi czas oczekiwania. W lutym 2020 r. na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej oczekiwało 905 tys. osób, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych 169 tys. osób, a do poradni rehabilitacyjnej 134 tys. osób. Przeciętny czas oczekiwania w przypadku pilnym wynosił odpowiednio 102 dni, 160 dni i 69 dni. Długie czasy oczekiwania sprawiają, że rehabilitacja rozpoczyna się z opóźnieniem, co ma negatywny wpływ na stan zdrowia pacjentów.

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

Rysunek 23. Liczba rehabilitowanych pacjentów w podziale na rodzaj świadczeń w 2019 r.



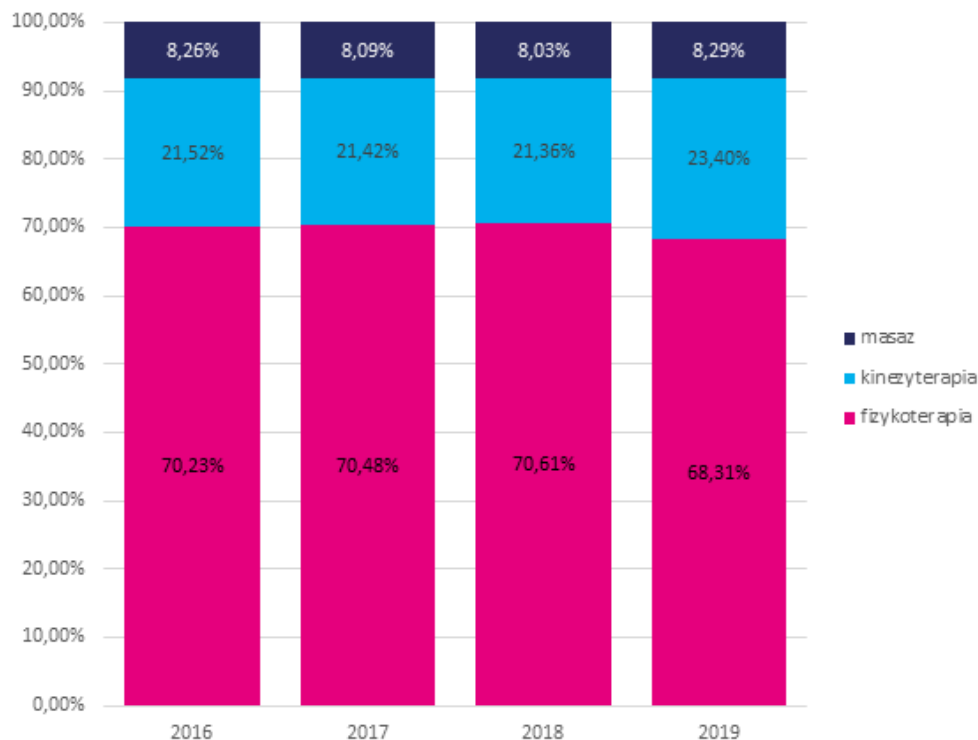
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W badanym okresie nastąpił dynamiczny wzrost liczby świadczeń realizowanych w warunkach domowych z 4,7 tys. pacjentów i 0,6 mln zabiegów w 2016 r. do 48,5 tys. pacjentów i 7,9 mln zabiegów w 2019 r.

Istnieją istotne zastrzeżenia co do wykonywania zabiegów rehabilitacji, zwłaszcza ambulatoryjnej. W szczególności wykonuje się wiele zabiegów fizykoterapii (68,3%) względem kinezyterapii (23,4%), podczas gdy skuteczność kinezyterapii jest silniej udokumentowana. Mimo uzyskania przez fizjoterapeutów możliwości ustalania planu terapii, zmiany w strukturze udzielanych świadczeń były niewielkie. Rosnąca liczba wizyt fizjoterapeutycznych z 37 tys.

w 2018 r. do 2,23 mln w 2019 r. tylko nieznacznie przełożyła się na dopasowanie świadczeń do indywidualnych potrzeb pacjentów.

Rysunek 24. Struktura świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

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

Dodatkowo, z diagnozy wynikającej z mapy potrzeb zdrowotnych w obszarze świadczeń rehabilitacyjnych obserwowane jest duże zróżnicowanie regionalne oraz migracje. W związku z tym rekomenduje się wszelkie działania wspierające dostępność do opieki rehabilitacyjnej na poziomie regionalnym.

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

1. Dążenie do poprawy dostępności świadczeń w szczególności w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz w poradni rehabilitacyjnej.
2. Należy mieć na uwadze zmiany demograficzne niosące ze sobą zwiększenie liczby osób starszych, co może zapowiadać wzrost liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w kolejnych latach.

Działania na poziomie ponadregionalnym**Działanie 2.8.1.**

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

Oczekiwane rezultaty działania:

- 1) 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;
- 2) zwiększenie dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

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

Szacowane koszty działań: działanie legislacyjne bezkosztowe.

Wskaźnik realizacji działania:

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

Działanie 2.8.2.

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

Oczekiwane rezultaty działania:

Stworzenie modelu optymalnej opieki rehabilitacyjnej.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

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

Szacowane koszty działań: bezkosztowo (prace koncepcyjne).

Wskaźnik realizacji działania:

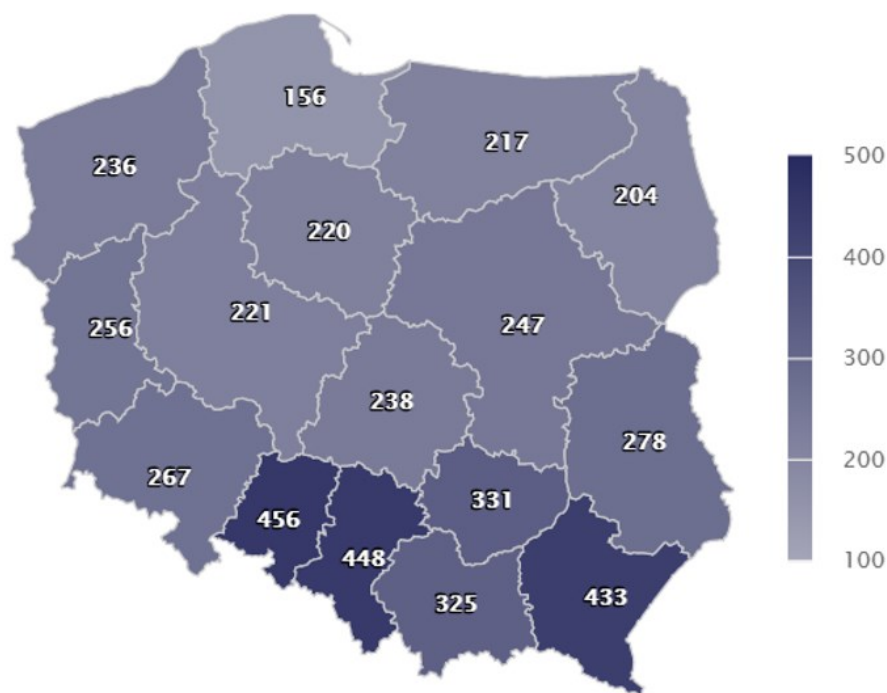
1. Model opieki rehabilitacyjnej w Polsce.

2.9. Opieka długoterminowa

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

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

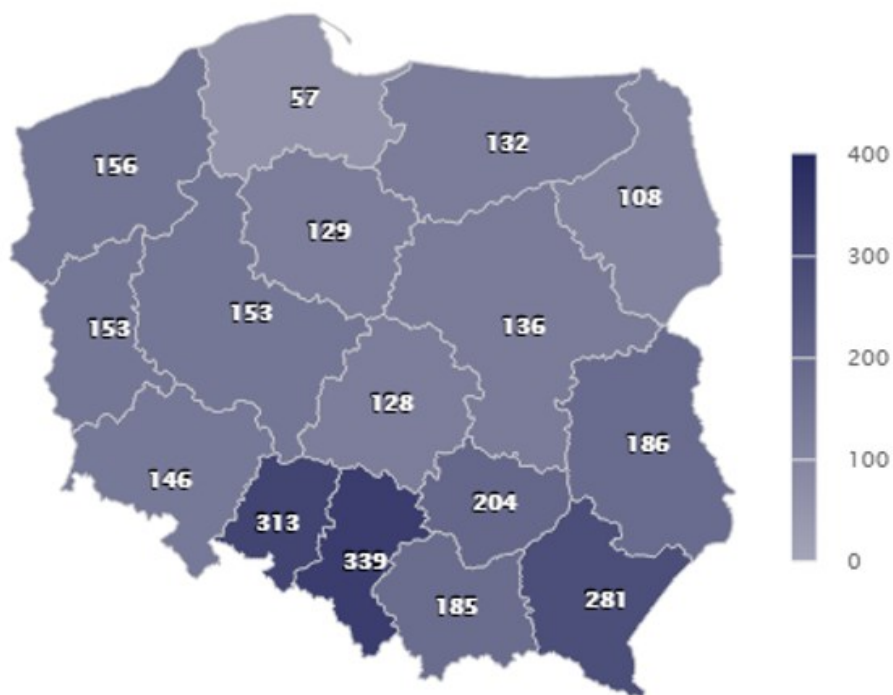
Rysunek 25. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu opieki długoterminowej w 2019 r., w ujęciu wojewódzkim, w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców danego regionu.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Najwięcej świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach opieki długoterminowej opartych jest na opiece domowej. Udział liczby pacjentów korzystających z formalnej opieki domowej w całości opieki długoterminowej jest jednak nadal zbyt niski. Na poziomie całego kraju wynosi on 61,2%, a wśród pacjentów powyżej 65. roku życia 60% (średnia w krajach OECD to 67,5%).

Rysunek 26. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności w domowej opiece długoterminowej pod względem miejsca udzielenia świadczeń w 2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

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

Opiekę nieformalną nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu sprawują w Polsce przede wszystkim członkowie rodziny, przyjaciele lub sąsiedzi, głównie kobiety w średnim lub późnym okresie dorosłości¹¹.

Przewiduje się, że na skutek zmian tradycyjnego modelu rodziny i stylu życia społeczeństwa, opieka nieformalna w przyszłości stanie się mniej znaczącą formą opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu niż ma to miejsce obecnie. Ponadto

¹¹ Bank Światowy, 2015. Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce, http://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf, dostęp 02.06.2020.

na skutek starzenia się społeczeństwa wzrośnie również wiek opiekunów nieformalnych, co będzie miało wpływ na możliwości sprawowania przez nich opieki. Zmiany takie przełożą się na wzrost zapotrzebowania na usługi opieki długoterminowej, w tym świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze finansowane ze środków publicznych.

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

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

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.9.1.

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

Oczekiwane rezultaty działania:

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

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

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

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

Wskaźniki realizacji działania:

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

Działanie 2.9.2.

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

Oczekiwane rezultaty działania:

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

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

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

Szacowane koszty działania: oszacowanie kosztów będzie możliwe po wypracowaniu kształtu świadczeń udzielanych w DDOM.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba DDOM, które uzyskały finansowanie ze środków publicznych na udzielanie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej.
2. Liczba pacjentów objętych opieką w DDOM w ramach systemu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej.

Działanie 2.9.3.

Stworzenie systemu dziennego wsparcia dla osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci oraz dla opiekunów tych osób przez utworzenie sieci DCWP, funkcjonujących na podstawie opracowanego standardu, w każdym z 16 województw kraju oraz ich docelowe włączenia do systemu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej.

Oczekiwane rezultaty działania:

- 1) opracowanie standardu funkcjonowania DCWP;
- 2) powstanie łącznie co najmniej 16 DCWP po co najmniej 1 w każdym województwie kraju;
- 3) poprawa stanu zdrowia i funkcjonowania psychofizycznego u osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci objętych opieką w ramach DCWP;
- 4) poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem u ich opiekunów nieformalnych objętych wsparciem w ramach DCWP;
- 5) włączenie pozytywnie zwalidowanych form wsparcia realizowanych w ramach DCWP do systemu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

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

Szacowane koszty działań: Program pilotażowy DCWP – 50 mln PLN (pięćdziesiąt milionów złotych).

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba utworzonych w ramach pilotażu DCWP funkcjonujących zgodnie z przyjętym standardem.
2. Liczba osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci objętych wsparciem w wieku co najmniej 65 lat korzystających z dziennej opieki długoterminowej udzielanej w ramach DCWP.
3. Liczba utworzonych DCWP.
4. Liczba opiekunów nieformalnych osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu objętych wsparciem udzielanym przez DCWP.
5. Liczba osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci, u których poprawiła się jakość życia związana ze

zdrowiem, w tym w szczególności ze zdrowiem psychicznym, dzięki wsparciu otrzymanemu w ramach utworzonych w pilotażu DCWP.

Działanie 2.9.4.

1. Opracowanie ramowego programu szkoleń dla opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz przeprowadzenie na tej podstawie lokalnych szkoleń dla tych osób – do końca 2022 r.
2. Opracowanie programu pilotażowego wsparcia psychologicznego i profilaktyki zdrowia psychofizycznego dla opiekunów osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2022 r., w tym opiekunów osób z zaburzeniami otępiennymi.
3. Przeprowadzenie programu pilotażowego wsparcia psychologicznego i profilaktyki zdrowia psychofizycznego dla co najmniej 1 000 opiekunów osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2025 r.
4. Ewaluacja rezultatów przeprowadzonego programu pilotażowego i analiza możliwości włączenia przetestowanych rozwiązań do systemu świadczeń gwarantowanych – do końca 2026 r.
5. Włączenie pozytywnie zwalidowanych form wsparcia przetestowanego w ramach pilotażu psychologicznego dla opiekunów nieformalnych osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu do systemu publicznej ochrony zdrowia – do końca 2030 r.
6. Opracowanie założeń pilotażu telefonicznej informacji i wsparcia psychologicznego dla opiekunów nieformalnych osób z zaburzeniami otępiennymi i osób objętych przez nich opieką, przeprowadzenie na tej podstawie pilotażu wsparcia dla tych osób, ewaluacja rezultatów przeprowadzonego pilotażu i analiza możliwości dalszego finansowania infolinii ze środków krajowych oraz utrzymanie funkcjonowania infolinii ze środków krajowych.

Oczekiwane rezultaty działania:

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

3) poprawa jakości i wydłużenie czasu udzielania opieki nieformalnej w środowisku.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

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

Szacowane koszty działania:

- 1) opracowanie programu i przeprowadzenie szkoleń dla opiekunów nieformalnych – 20 tys. PLN (dwadzieścia tysięcy złotych);
- 2) program pilotażowy wsparcia psychologicznego - 4 mln PLN (cztery miliony złotych);
- 3) opracowanie założeń i przeprowadzenie pilotażu telefonicznej infolinii wsparcia dla opiekunów nieformalnych osób z zaburzeniami otępiennymi i osób objętych przez nich opieką – koszt działania będzie określania po zaplanowaniu realizacji tego działania w czasie.

Wskaźniki realizacji działania:

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

Działanie 2.9.5.

1. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych przekształcających oddziały szpitalne lub ich części w struktury opieki długoterminowej, w ramach których udzielane będą stacjonarne świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze finansowane ze środków publicznych.
2. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych przez modernizację lub tworzenie nowych oddziałów lub struktur, w których ze środków publicznych udzielane będą stacjonarne świadczenia w rodzaju opieka długoterminowa – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze.

Oczekiwane rezultaty działania:

- 1) poprawa jakości opieki nad osobami starszymi i wymagającymi opieki długoterminowej udzielanej w warunkach stacjonarnych;
- 2) zniwelowanie różnic w regionalnym dostępie do świadczeń i zapewnienie w każdym województwie odpowiedniej liczby miejsc w podmiotach leczniczych świadczących opiekę długoterminową;
- 3) wyposażenie podmiotów leczniczych w specjalistyczny sprzęt medyczny niezbędny do udzielania świadczeń opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych;
- 4) skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki długoterminowej udzielanych w warunkach stacjonarnych;
- 5) poprawa komfortu pacjentów opieki długoterminowej udzielanej w warunkach stacjonarnych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2021-2029.

Szacowane koszty działań: łącznie 3 569,95 mln PLN (trzy miliardy pięćset sześćdziesiąt dziewięć milionów dziewięćset pięćdziesiąt tysięcy złotych).

W rozbiciu na poszczególne lata:

1. 2022 – 69,75 mln PLN
2. 2023 – 449,65 mln PLN
3. 2024 – 657,15 mln PLN
4. 2025 – 565,20 mln PLN
5. 2026 – 648,12 mln PLN
6. 2027 – 736,56 mln PLN
7. 2028 – 221,76 mln PLN
8. 2029 – 221,76 mln PLN

Wsparcie działań nastąpi w ramach Subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych wyodrębnionego z Funduszu Medycznego.

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba zmodernizowanych i wyposażonych podmiotów leczniczych.
2. Liczba przekształconych lub utworzonych nowych łóżek stacjonarnej opieki długoterminowej.

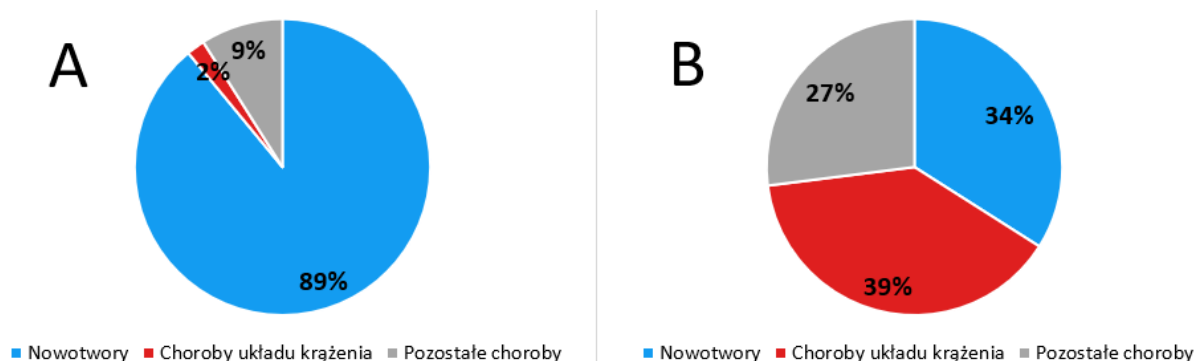
2.10. Opieka paliatywna i hospicyjna

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

W 2019 r. w Rzeczypospolitej Polskiej ze świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej skorzystało łącznie 96,4 tys. pacjentów. Szacuje się, że obecnie powinno zostać zapewnionych ok. 146 tys. miejsc opieki paliatywnej i hospicyjnej, z czego 97,4% z nich w ramach opieki domowej (ok. 142 tys.). W związku ze zmieniającą się strukturą wieku populacji i coraz większą liczbą osób chorych na nowotwory, do 2050 r. spodziewany wzrost zapotrzebowania na liczbę miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej wyniesie 38%. Łącznie w Polsce potrzebnych będzie ok. 202 tys. miejsc, z czego ok. 198 tys. w ramach hospicjum oraz ok. 3,4 tys. w hospicjach stacjonarnych/oddziałach medycyny paliatywnej.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 742, z późn. zm.), świadczenia te przysługują osobom chorującym na nieuleczalne, postępujące i ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe. Jednak aktualnie w przypadku osób dorosłych lista chorób kwalifikujących się do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej jest bardzo wąska. W 2019 r. 89% pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej powyżej 18. roku życia stanowiły osoby z rozpoznaniem onkologicznym. Rozkład ten różni zasadniczo od szacunków przyjętych przez WHO.

Rysunek 27. Rozkład rodzaju chorób pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną w Polsce (A) i na świecie według szacunków WHO (B) w 2019 r.



Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych NFZ (A) i szacunków WHO¹²

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

W 2017 r. do koszyka świadczeń gwarantowanych została dodana perinatalna opieka paliatywna ujednolicając standard udzielania tego rodzaju świadczeń i umożliwiając ich finansowanie ze środków publicznych, jednak nadal dostęp do tego rodzaju świadczeń nie jest wyrównany na terenie kraju. W 2019 r. w 5 województwach nie udzielano świadczeń tego rodzaju (w województwach: kujawsko-pomorskim, lubuskim, świętokrzyskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim), przez co pacjentki wraz z rodziną były zmuszone migrować do sąsiednich województw.

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

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

¹² https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf (B)

Działania na poziomie ponadregionalnym**Działanie 2.10.1.**

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

Oczekiwane rezultaty działania:

Racjonalizacja listy jednostek chorobowych kwalifikujących się do świadczeń paliatywnych i hospicyjnych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

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

Szacowane koszty działania: działanie legislacyjne bezkosztowe.

Wskaźnik realizacji działania:

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

Działanie 2.10.2.

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

Oczekiwane rezultaty działania:

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

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ.

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

Szacowane koszty działań: 2,85 mln PLN (dwa miliony osiemset pięćdziesiąt tysięcy złotych).

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń w ramach perinatalnej opieki paliatywnej.

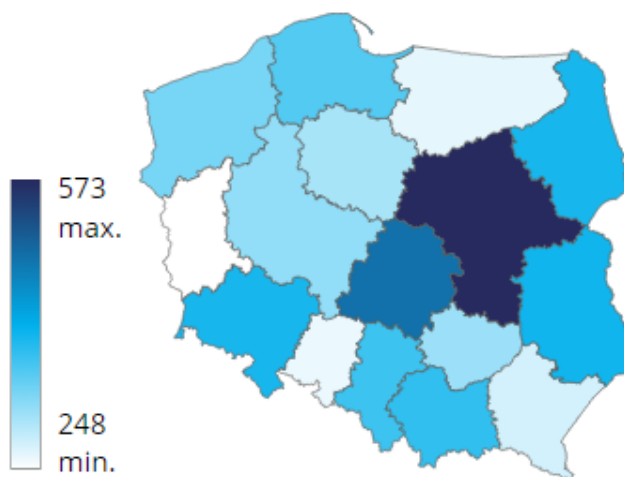
2. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach perinatalnej opieki paliatywnej.

2.11. Kadry

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

Liczba lekarzy w Polsce w 2019 r. wynosiła 131 tys., co w przeliczeniu na 100 tys. ludności daje wynik 342. Stanowi to o 10% niższą wartość od średniej dla OECD36 w 2017 r.¹³. Jednocześnie rozkład liczby lekarzy w Polsce jest silnie zróżnicowany regionalnie. Najwięcej lekarzy pracowało w województwie mazowieckim (573), a najmniej w województwie lubuskim (248), co świadczy o nierównym dostępie do opieki lekarskiej pomiędzy województwami.

Rysunek 28. Liczba lekarzy na 100 tys. ludności w województwach

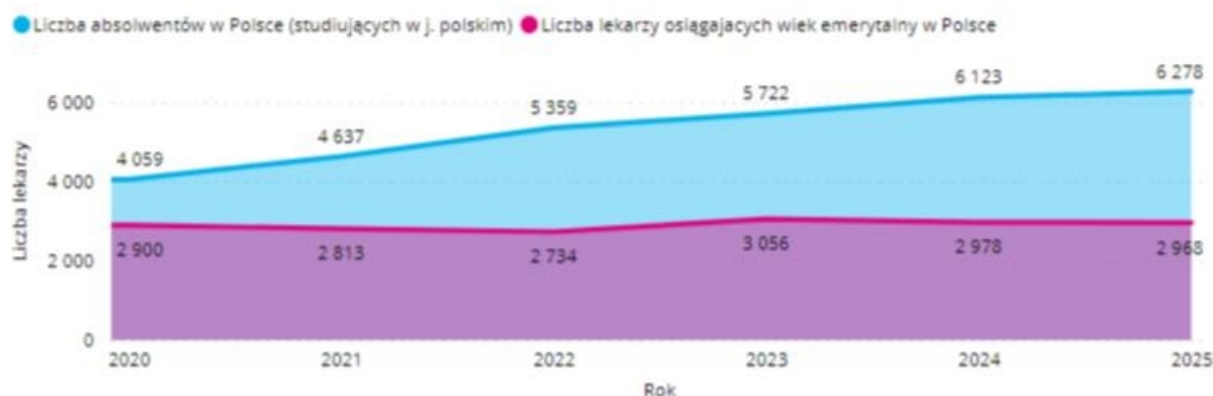


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ, GUS

Analiza wieku lekarzy i absolwentów kierunków lekarskich pozwala stwierdzić, że w polskim systemie ochrony zdrowia nie powinien pojawić się problem ze spadkiem ogólnej liczby lekarzy w najbliższych latach.

¹³ OECD, Health at a Glance 2019

Rysunek 29. Liczba absolwentów kierunku lekarskiego i liczba lekarzy osiąających wiek emerytalny



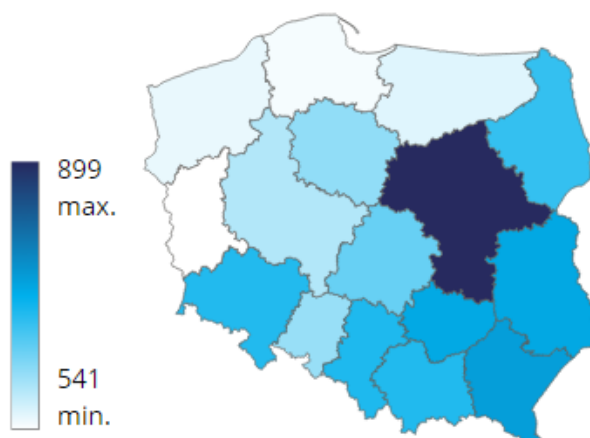
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym

Z analizy wymienialności pokoleniowej lekarzy specjalistów wynika, że największy problem może szczególnie dotknąć obszaru chorób wewnętrznych, w którym liczba lekarzy osiąających wiek emerytalny przewyższała prawie dwukrotnie liczbę lekarzy w trakcie szkolenia specjalistycznego. Biorąc jednak pod uwagę rekomendacje konsultantów krajowych na uwagę zasługują również inne dziedziny medycyny, w szczególności medycyna rodzinna oraz psychiatria.

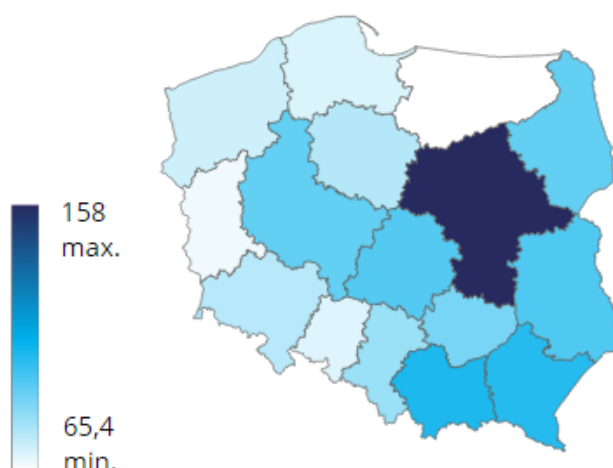
Perspektywa starzejącego się społeczeństwa oznacza m. in. wzrastające zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską, której sytuacja w polskim systemie ochrony zdrowia jest szczególna, głównie ze względu na problem z zastępowalnością pokoleniową w tej grupie zawodowej. Problem ten dotyczy także położnych. Należy jednak zaznaczyć, że przy spadku dzietności tak duża liczba położnych jak obecnie może nie być konieczna.

Liczba pielęgniarek i położnych w Polsce w 2019 r. wynosiła odpowiednio 238 tys. i 31 tys., co w przeliczeniu na 100 tys. ludności daje wynik odpowiednio 620 oraz 82. Liczba pielęgniarek przypadających na 1 mieszkańca kraju była mniejsza o 30% od średniej OECD¹⁴ w 2017 r.¹⁴, co wskazuje na znacząco gorszą sytuację w tym zakresie w Polsce. Liczba pielęgniarek oraz położnych przypadających średnio na 1 mieszkańca była zróżnicowana regionalnie. Województwa, w których wskaźnik liczby pielęgniarek/położnych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców miał największą wartość zarówno dla pielęgniarek, jak i położnych, to województwo mazowieckie (odpowiednio 899 i 158), a najmniej w województwie lubuskim (odpowiednio 541 i 68). Dane te świadczą o nierównym dostępie do opieki pielęgniarskiej i położniczej pomiędzy województwami.

¹⁴ OECD, *Health at a Glance 2019*

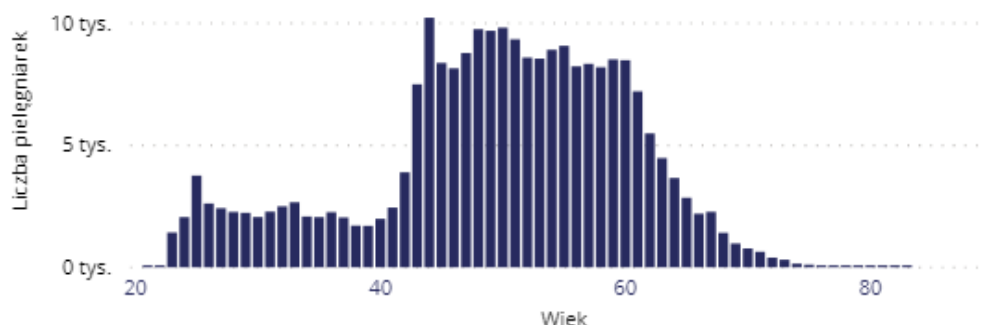
Rysunek 30. Liczba pielęgniarek na 100 tys. ludności w województwach

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

Rysunek 31. Liczba położnych na 100 tys. ludności w województwach

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

Jednym z głównych problemów kadry pielęgniarskiej w Polsce jest rosnąca średnia wieku. Średni wiek pielęgniarek aktywnych zawodowo w Polsce wynosił 49,5 roku. Niski przyrost liczby młodych pielęgniarek oraz stosunkowo wysoka liczba pielęgniarek po 43. roku życia może świadczyć o tym, że istnieje ryzyko spadku liczby pielęgniarek. Z analizy wynika, że jeśli proces wchodzenia na rynek pracy młodych pielęgniarek nie ulegnie poprawie to w 2029 r. na rynku pracy może pracować o 33% mniej pielęgniarek w grupie wiekowej 25-29 lat.

Rysunek 32. Rozkład wieku pielęgniarek w Polsce

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ

Sytuacja kadry medycznej jest trudna. Największe wyzwania niosą m.in. ryzyko spadku liczby lekarzy specjalistów i lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego oraz liczby pielęgniarek, nierówne rozmieszczenie regionalne kadry medycznej.

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

1. Podjęcie aktywnej i zdecydowanej polityki w celu zwiększenia liczby pracujących pielęgniarek i położnych. W szczególności zwiększenie liczby osób studiujących pielęgniarstwo oraz podjęcie działań mających na celu powrót do wykonywania zawodu pielęgniarki osób, które zrezygnowały z jego wykonywania przed przejściem na emeryturę.
2. Zwiększenie wykorzystywania akredytowanych miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy, w szczególności w wybranych dziedzinach medycyny.

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.11.1.

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

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

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

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

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

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba uczelni kształcących na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo.
2. Liczba studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo oraz liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia.
3. Wskaźnik liczby pielęgniarek i położnych na 1 000 mieszkańców.

Działanie 2.11.2.

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

Oczekiwane rezultaty działania: Zapewnienie odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów w szczególności w dziedzinach deficytowych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

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

Szacowane koszty działań: Koszty budowy i wdrożenia Systemu Monitorowania Kształcenia – szacowane na bieżąco.

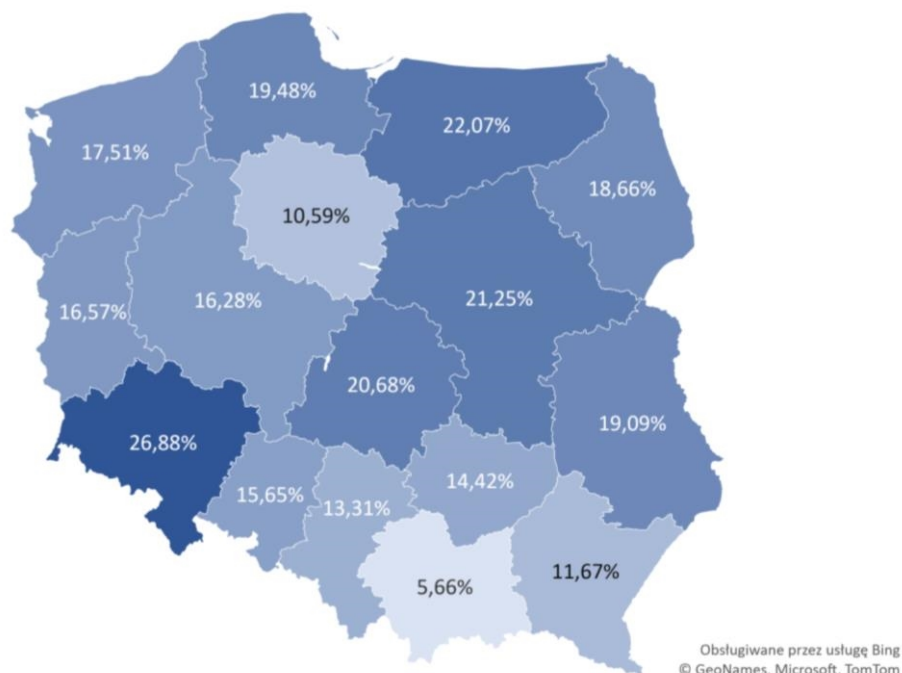
Wskaźnik realizacji działania: Udostępnienie w Systemie Monitorowania Kształcenia centralnego naboru na specjalizację.

2.12. Państwowe Ratownictwo Medyczne

Diagnoza wynikająca z mapy potrzeb zdrowotnych

Analizy dotyczące czasu dojazdu do pacjenta wykazały rozbieżności w zależności od miejsca zdarzenia. W miastach powyżej 10 tys. mieszkańców ZRM w większości przypadków dojeżdżają do pacjenta w czasie zgodnym z ustawą. Problem jest zauważalny w zdarzeniach poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – w części województw ok. 20% wyjazdów ma przekroczony ustawowy czas dojazdu.

Rysunek 33. Udział wezwań z czasem dojazdu powyżej 20 min na terenach poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców według danych za okres 1.04-31.12.2019 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM

Najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

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

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.12.1.

1. Nowelizacja ustawy o PRM przez dostosowanie liczby i rodzaju zespołów ratownictwa medycznego do rzeczywistych potrzeb i możliwości systemu ochrony zdrowia w zakresie zapewnienia kadry medycznej, w szczególności personelu lekarskiego.
2. Przyjęcie ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie zawodowym ratowników medycznych wraz z przepisami dotyczącymi doskonalenia zawodowego i podnoszenia kwalifikacji tej grupy.

Oczekiwane rezultaty działania:

1. Zniwelowanie problemów dotyczących niedoborów kadry lekarskiej w ZRM.

2. Skrócenie czasów dojazdu ZRM na miejsce zdarzenia.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

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

Szacowane koszty działań: 185,0 mln PLN (sto osiemdziesiąt pięć milionów złotych).

Wskaźniki realizacji działania:

1. Opracowany jeden model ratownictwa pozaszpitalnego.
2. Skrócenie średniego czasu dojazdu ZRM.
3. Przeprowadzenie nowelizacji ustawy o PRM i aktów wykonawczych do niej.
4. Wejście w życie ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie zawodowym ratowników medycznych.

2.13. Pozostałe

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

Działania określone jako „pozostałe” są bardzo istotnym elementem, który uzupełnia te wymienione w powyższych obszarach. Zostały one zarekomendowane jako odpowiedź na dynamicznie zmieniającą się sytuację w kraju i na świecie (głównie ze względu na pandemię COVID-19, czyli tzw. stany nagłe, a także ciągły postęp technologiczny).

Należy podkreślić, że pogłębianie procesu cyfryzacji w sektorze ochrony zdrowia umożliwi poprawę dostępności do świadczeń w kraju, w szczególności zapewni stałą opiekę osobom starszym i osobom z niepełnosprawnościami, a także przygotuje system na możliwość wystąpienia nieprzewidywalnych zdarzeń epidemiologicznych w przyszłości. Dodatkowo, wskazano działania, które mają na celu ograniczenie czynnika ludzkiego w procesie m.in. rejestracji i diagnostyki (wykorzystanie algorytmów do wstępnej diagnozy), dzięki czemu maksymalizuje się czas poświęcany na leczenie, co doprowadzi do polepszenia efektów leczenia pacjentów.

Ponadto, w poniższych działaniach położono nacisk na rozwój krajowych programów w zakresie m.in. badań klinicznych, sektora biomedycznego czy badań epidemiologicznych. Mają one na celu wprowadzenie rozwiązań, które zwiększą potencjał kraju do prowadzenia istotnych badań z punktu widzenia całego społeczeństwa, zwiększą niezależność przy podejmowaniu kluczowych decyzji, a także pogłębią wiedzę na temat sytuacji w kraju.

Działania na poziomie ponadregionalnym**Działanie 2.13.1.**

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

Oczekiwane rezultaty działania: Zwiększenie atrakcyjności prowadzenia badań klinicznych w Polsce.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: ABM.

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

Szacowane koszty działań: bezkosztowo.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Ustawa o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi.

Działanie 2.13.2.

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

Oczekiwane rezultaty działania:

1. Tworzenie innowacji medycznych i technologicznych w obszarze sektora biotechnologicznego, farmaceutycznego i medycznego.
2. Realizacja programów i projektów ogłaszanych przez partnerów WHIH, tworzonych we współpracy z instytucjami publicznym.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: ABM.

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

Szacowane koszty działań: budżet w planowaniu.

Wskaźnik realizacji działania:

1. Powołanie WHIH.
2. Powołanie grupy roboczej ds. komunikacji, której celem będzie koordynowanie polityki informacyjnej i komunikacyjnej WHIH.

Działanie 2.13.3.

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

Oczekiwane rezultaty działania:

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

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: ABM.

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

Szacowane koszty działań: 350 mln PLN (trzysta pięćdziesiąt milionów złotych).

Wskaźnik realizacji działania: Powołanie grupy roboczej ds. interesu publicznego, której celem będzie opiniowanie i monitorowanie projektów zgłaszanych przez Partnerów WHIH pod względem ich zgodności z celami i priorytetami instytucji publicznych w zakresie bezpieczeństwa.

Działanie 2.13.4.

Stworzenie Programu Rozwoju Badań Epidemiologicznych.

Oczekiwane rezultaty działania: Realizacja Programu Rozwoju Badań Epidemiologicznych do końca 2026 r.

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

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

Szacowane koszty działań: 80 tys. PLN (osiemdziesiąt tysięcy złotych).

Wskaźnik realizacji działania:

1. Raport Strategii Rozwoju Badań Epidemiologicznych

Działanie 2.13.5.

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

Oczekiwane rezultaty działania:

- 1) stworzenie Programu Rozwoju Sektora Biotechnologicznego;
- 2) doprowadzenie do 2030 r. do powstania pierwszego polskiego innowacyjnego leku;
- 3) wzmocnienie sektora w obszarze rozwoju i wdrażanie innowacyjnych produktów i usług.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: ABM.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: do 2030 r.

Szacowane koszty działań: ok. 1,0 mld PLN (jeden miliard złotych).

Wskaźnik realizacji działania:

1. Liczba dofinansowanych projektów – 80.
2. Liczba utworzonych Centrów Wsparcia Badań Klinicznych – 40.
3. Liczba raportów ewaluacyjnych – 10.

Działanie 2.13.6.

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

Oczekiwane rezultaty działania: Optymalizacja obszaru związanego z wydawaniem kart urodzenia i zgonu.

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

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

Szacowane koszty działań: 6,1 mln PLN (sześć milionów sto tysięcy złotych).

Wskaźniki realizacji działania:

1. Cyfryzacja procesu związanego z wystawianiem kart zgonu i urodzenia.
2. Zmniejszenie liczby procedur.
3. Skrócenie czasu na załatwienie sprawy.

Działanie 2.13.7.

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

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

Oczekiwane rezultaty działania: poprawa odporności systemu opieki zdrowotnej na przyszłe kryzysy przez zwiększenie udziału pacjentów w procesie leczenia, poszerzenie oferty publicznych usług cyfrowych oraz zdalnych sposobów udzielania świadczeń medycznych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, CeZ.

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

Szacowane koszty działań: 1,95 mld PLN (jeden miliard dziewięćset pięćdziesiąt milionów złotych).

Wskaźniki realizacji działania:

1. Cyfryzacja dokumentacji medycznej dotyczącej historii interakcji pacjenta z systemem ochrony zdrowia – 30% do I kwartału 2026 r.
2. Elektronizacja dokumentacji medycznej – 30% do IV kwartału 2024 r.
3. Dalsza elektronizacja dokumentacji medycznej – 60% do I kwartału 2026 r.
4. Centralne/regionalne podmioty lecznicze podłączone do centralnego repozytorium danych medycznych – 30% do I kwartału 2026 r.
5. Centralne regionalne podmioty lecznicze wyposażone w system wsparcia procesu decyzyjnego lekarza na podstawie algorytmów sztucznej inteligencji - 30% do I kwartału 2026 r.
6. Dorośli pacjenci objęci narzędziem wspomagającym analizę stanu zdrowia pacjenta – 70% do I kwartału 2026 r.

Działanie 2.13.8.

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

Oczekiwane rezultaty działania:

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

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2019-2023.

Szacowane koszty działań: 300 mln PLN (trzysta milionów złotych).

Wskaźniki realizacji działania:

1. Liczba podmiotów POZ, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu – 250.
2. Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu – 50.
3. Liczba pracowników placówek medycznych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia objętych wsparciem Europejskiego Funduszu Społecznego w celu poprawy efektywności jego funkcjonowania – 900.

Działanie 2.13.9.

Poprawa dojrzałości cyfrowej placówek POZ pod kątem gotowości do funkcjonowania w warunkach zagrożenia epidemiologicznego, zwiększenie dostępności usług zdrowotnych, w szczególności dla osób starszych i innych osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

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

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

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

Szacowane koszty działań: 300 mln PLN (trzysta milionów złotych).

Wskaźnik realizacji działania: Zostaną określone na późniejszym etapie, po zatwierdzeniu realizacji projektów w ramach REACT-EU.

Działanie 2.13.10.

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

Oczekiwane rezultaty działania: Wdrożenie rozwiązań telemedycznych w zakresie kardiologii, geriatrici, psychiatrii, położnictwa, diabetologii, opieki paliatywnej, chorób przewlekłych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

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

Szacowane koszty działań: 155 mln PLN (sto pięćdziesiąt pięć milionów złotych).

Wskaźniki realizacji działania:

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

Działanie 2.13.11.

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

- 1) rozszerzenie centralnego systemu e-rejestracji;
- 2) rozwój e-usług w ramach IKP (np. dostęp do profilowanych informacji o dostępnych programach profilaktycznych);
- 3) rozwój narzędzi m-Zdrowia;
- 4) zwiększenie poziomu korzystania ze sztucznej inteligencji (AI) w systemie ochrony zdrowia;
- 5) wzmocnienie potencjału podmiotów leczniczych.

Oczekiwane rezultaty działania: Wdrożenie nowych usług cyfrowych, rozpowszechnienie wiedzy na temat cyberbezpieczeństwa w systemie ochrony zdrowia.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ.

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

Szacowane koszty działań: 2,5 mld PLN (dwa miliardy pięćset milionów złotych).

Wskaźnik realizacji działania: Zostaną określone na późniejszym etapie, po zatwierdzeniu realizacji projektu w ramach Funduszu Europejskiego na Rozwój Cyfrowy (FERC) 2021-2027.

Działanie 2.13.12.

1. Zwiększenie dostępności do świadczeń (m.in. przez dalszy rozwój telemedycyny).
2. Pobudzenie rozwoju innowacyjnych rozwiązań w obszarze technologii medycznych i rozwiązań teleinformatycznych wspierających proces leczenia.
3. Wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, wsparcie lekarza w podejmowaniu decyzji.

Oczekiwane rezultaty działania:

- 1) dostęp do e-rejestracji;
- 2) uruchomienie platformy konsultacji medycznych;
- 3) rozbudowa usług dostępnych na platformie telemedycznej;
- 4) stworzenie i wdrożenie algorytmów ułatwiających podejmowanie decyzji w zakresie leczenia pacjenta.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, CeZ.

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

Szacowane koszty działań: 392 mln PLN (trzysta dziewięćdziesiąt dwa miliony złotych).

Wskaźniki realizacji działania:

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

Działanie 2.13.13.

Wytworzenie narzędzi informatycznych umożliwiających wprowadzanie korzyści dla obywateli z niskim poziomem ryzyka przenoszenia wirusa COVID-19 z wykorzystaniem zaświadczeń cyfrowych wydawanych w ramach systemu w celu realizacji swobody przemieszczania i obejmujących trzy obszary użycia (zaświadczenie z tytułu szczepienia, negatywnego wyniku testu, pozytywnego wyniku testu).

Oczekiwane rezultaty działania:

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

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

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

Szacowane koszty działań: 6 mln PLN (sześć milionów złotych).

Wskaźniki realizacji działania:

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

Działanie 2.13.14.

Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych, obsługi pacjentów oraz dostępu do danych medycznych przez: wdrożenie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej i raportowania zdarzeń niepożądanych w skali systemowej oraz wdrożenie eRejestracji i Platformy Teleporad.

Oczekiwane rezultaty działania:

- 1) ujednolicenie formatu plików przekazywanych do Systemu Informacji Medycznej;
- 2) utworzenie systemu rozliczania zdarzeń niepożądanych;
- 3) utworzenie platformy udzielania teleporad medycznych.

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

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

Szacowane koszty działań: 15 mln PLN (piętnaście milionów złotych).

Wskaźnik realizacji działania:

1. Udostępnienie formatu plików.
2. Liczba przekazywanych formatów dokumentacji medycznej.
3. Liczba funkcjonalnych systemów rozliczeniowych.
4. Liczba uruchomionych udzielania teleporad medycznych.
5. Liczba personelu udzielającego teleporad.

3. Monitorowanie wdrażania i aktualizacja

Kluczowe znaczenie z punktu widzenia efektywności i racjonalizacji podjętych działań w sektorze ochrony zdrowia mają takie elementy jak monitoring, ocena śródkresowa oraz sprawozdanie końcowe, które w przyszłości pozwolą na ocenę, w jakim stopniu zostały osiągnięte cele, rezultaty oraz wskaźniki zakładane w KPT.

Minister właściwy do spraw zdrowia będzie corocznie przygotowywał informację z realizacji KPT zawierającą dane o osiągniętych w danym roku wskaźnikach realizacji poszczególnych działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym. Informacja ta będzie publikowana, w terminie do dnia 30 kwietnia roku następującego po roku, którego informacja dotyczy.

Sprawozdanie śródkresowe zostanie sporządzone przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w terminie do dnia 30 czerwca trzeciego roku kalendarzowego obowiązywania KPT.

Po okresie pięcioletniej realizacji KPT, do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, w którym zakończył się okres obowiązywania KPT, minister właściwy do spraw zdrowia sporządzi końcowe sprawozdanie z całego okresu realizacji KPT.

Przedmiotowe sprawozdania będą każdorazowo publikowane w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.

Sprawozdania, zarówno śródkresowe jak i końcowe, będą zawierały:

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

Wnioski płynące ze sprawozdawczości śródkresowej będą wykorzystane przy aktualizacji działań w KPT w wyniku osiągnięcia założonych wartości wskaźników przed upływem okresu 5 lat lub w wyniku identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym oraz w opracowywaniu kolejnej mapy potrzeb zdrowotnych.