



Minister Zdrowia

Warszawa, 24 lutego 2021

DSZ.031.1.2021.JP

Pan
Bartłomiej Chmielowiec
Rzecznik Praw Pacjenta

Szanowny Panie Ministrze,

w odpowiedzi na pismo znak: RzPP-DSD.033.3.2020.MR z dnia 4 stycznia 2021 r. w sprawie przekazania informacji do sprawozdania z przestrzegania praw pacjenta na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w 2020 roku, w szczególności w zakresie prawa do świadczeń zdrowotnych, uprzejmie proszę o przejęcie poniższego.

I. Statystyki w zakresie liczby skarg i wniosków kierowanych przez pacjentów do Ministerstwa Zdrowia w 2020 roku (wraz ze wskazaniem ich przedmiotu).

W 2020 r. do Ministerstwa Zdrowia wpłynęło ogółem 1.052 skarg i wniosków:

- 795 skarg (w tym przekazano zgodnie z właściwością 646 skarg, rozpatrzono we własnym zakresie 149 skarg)
- 257 wniosków (w tym przekazano zgodnie z właściwością 27 wniosków, rozpatrzono we własnym zakresie 230 wniosków).

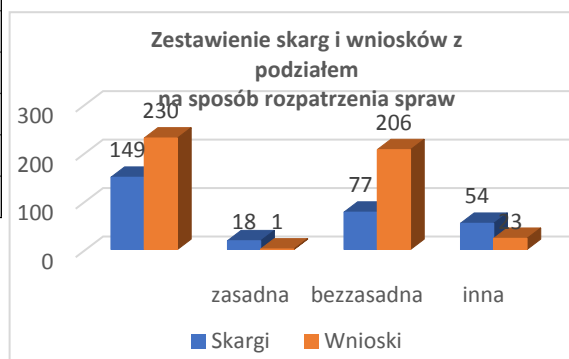
Lp.	Wyszczególnienie	Załatwione w okresie sprawozdawczym			Sposób załatwienia spraw we własnym zakresie		
		Ogółem	w tym		zasadna	bezzasadna	inna
			przekazano wg właściwości	załatwiono we własnym zakresie			
1	Skargi	795	646	149	18	77	54
2	Wnioski	257	27	230	1	206	23

Razem	1052	673	379	19	283	77
--------------	-------------	------------	------------	-----------	------------	-----------

W 2020 roku prawie dwukrotnie wzrosła ilość skarg i wniosków rozpatrywanych przez MZ o 482 sprawy w stosunku do roku ubiegłego (z 570 do 1052; wzrost o 85%). Problematyka kierowanej przez Obywateli korespondencji jest niezmienna od wielu lat, wśród spraw rozpatrywanych we własnym zakresie przeważały skargi na organy i jednostki podległe lub nadzorowane przez Ministra Zdrowia oraz skargi związane z realizacją i udzielaniem świadczeń w związku z wystąpieniem stanu epidemii wywołanym zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. W przypadku skarg nastąpił wzrost o 265 spraw w stosunku do roku 2019 (z 530 do 795; wzrost o 50%). Jeśli chodzi natomiast o wnioski, to ich liczba wzrosła aż o 217 spraw (z 40 do 257; wzrost o 543%), a przeważająca ilość wniosków dotyczyła udostępnienia z rezerw strategicznych środków ochrony indywidualnej i środków do dezynfekcji.

Lp.	Problematyka skarg rozpatrzonych we własnym zakresie przez MZ	Razem
1	Skargi na jednostki podległe lub nadzorowane	46
2	Realizacja świadczeń w związku z wystąpieniem stanu epidemii wywołanym zakażeniami wirusem SARS-CoV-2	38
3	Inne/ sprawy wielowątkowe	16
4	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	10
5	Skargi na organy nadzorowane przez MZ	8
6	Dostępność do świadczeń zdrowotnych	8
7	E-zdrowie i portal gov.pl	4
8	Odpowiedzialność zawodowa	4
9	Skargi na PSSE	4
10	Skargi na komórki MZ	4
11	Leki i wyroby medyczne	3
12	Odpowiedzialność zawodowa	2

Lp.	Problematyka wniosków rozpatrzonych we własnym zakresie przez MZ	Razem
1	Wnioski o środki ochrony indywidualnej i środki do dezynfekcji	190
2	Zmiana regulacji prawnych	19
4	Wprowadzenia określonych działań zapobiegawczych w dobie pandemii COVID-19	17
5	Unormowanie zasad wykonywania innych zawodów medycznych	3
6	Dokumentacja medyczna	1
Razem		230



13	Prawa pacjenta	1
14	Krwiodawstwo	1
Razem		149

Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia zdając sobie sprawę z charakteru i wagi zdarzeń wskazujących na możliwe nieprawidłowości w sprawowaniu opieki i leczeniu pacjentów w polskich podmiotach leczniczych, od kilku lat na bieżąco monitoruje media i środki masowego przekazu, aby podejmować natychmiastowe działania celem wyjaśnienia wszelkich okoliczności sytuacji nieakceptowalnych z punktu widzenia odbioru społecznego. Niezwłocznie po ukazaniu się w mediach informacji dotyczących nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, czy też w konsekwencji złożenia skargi, Minister Zdrowia w ramach posiadanych możliwości, ma prawo przeprowadzenia kontroli podmiotów leczniczych pod względem zgodności z prawem i medycznym. Minister Zdrowia może również zlecić przeprowadzenie ww. kontroli właściwym wojewodom lub konsultantom krajowym, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia.

W 2020 r. Minister Zdrowia zlecił przeprowadzenie 17 kontroli. W 14 przypadkach czynności pokontrolne nie zostały zakończone, natomiast 3 - zostały zakończone w 2020 r. Co do zasady stwierdzono, że dostęp do świadczeń został zapewniony, a proces diagnostyczno-leczniczy był prowadzony prawidłowo, niemniej w jednym przypadku ustalono, że prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta odbywało się niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Jednostka kontrolowana zobowiązała się do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz jej przetwarzania.

II. Statystyki w zakresie liczby skarg i wniosków rozpatrywanych przez organy i jednostki podległe lub nadzorowane przez Ministra Zdrowia w 2020 r. (wraz ze wskazaniem ich przedmiotu).

W 2020 r. do organów i jednostek podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia wpłynęło ogółem 14.052 skarg i wniosków

- 9.408 skarg w tym przekazano zgodnie z właściwością 939 spraw, rozpatrzono we własnym zakresie 8.468 skarg.
- 4.644 wniosków w tym przekazano zgodnie z właściwością 543 wnioski, rozpatrzono we własnym zakresie 4.101 wniosków

Lp.	Organy i jednostki podległe lub nadzorowane	Załatwione w okresie sprawozdawczym	Sposób załatwienia we własnym zakresie	Po terminie (nie wskazano nowego terminu rozpoznania sprawy)
-----	---	-------------------------------------	--	--

		Ogółem	w tym		zasadna	bezzasadna	inna	
			przekazano wg właściwości	zalatwiono we własnym zakresie				
			1	Narodowy Fundusz Zdrowia				
2	Uniwersytety Medyczne	1392	35	1357	314	985	58	51
3	Pozostałe organy i jednostki	2189	149	2040	160	1600	280	68
4	Regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolęcznictwa	167	0	167	85	75	7	2
Razem		9408	939	8468	1889	5489	1090	160

Analizując ilość skarg, które wpłynęły w 2020 r. do organów i jednostek podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia należy uznać, że ilość znacząco wzrosła. W 2019 r. odnotowano wpływ 7.052 skarg natomiast w 2020 r. 9.408 skarg tj. o ok. 33% więcej niż w poprzednim okresie sprawozdawczym.

Każdorazowo po otrzymaniu skargi lub wniosku organy i jednostki podległe lub nadzorowane przez Ministra Zdrowia prowadziły postępowanie wyjaśniające.

W celu ograniczenia przyczyn niezadowolenia pacjentów, a tym samym wyeliminowania jak największej liczby zgłaszanych skarg, kierownictwo jednostek podejmowało liczne starania zmierzające do poprawy jakości oraz zwiększenia dostępności świadczeń zdrowotnych. Realizacja następowała poprzez optymalizację procedur postępowania, dyscyplinowanie personelu (rozmowy bezpośrednie, szkolenia), podnoszenie komfortu pobytu pacjentów w podmiocie leczniczym oraz jakości ich obsługi tak, by maksymalnie ograniczać negatywne odczucia pacjentów. Skargi na dostępność do świadczeń medycznych to przede wszystkim skargi dotyczące odmowy udzielenia świadczenia, odmowy kontynuowania leczenia pacjenta, niewykonania świadczenia we wcześniej ustalonym terminie z powodu np. awarii sprzętu, zbyt długiego czasu oczekiwania na zabieg czy wizytę. Niektóre ze zgłoszonych w tym zakresie skarg dotyczyło przypadków, w których świadczenia nie mogły zostać wykonane w określonym czasie ze względu na duży napływ przypadków określonych statusem „pilny” lub ze względu na konieczność powszechnego testowania zgłaszających się pacjentów w kierunku SARS-CoV-2.

Natomiast w Narodowym Funduszu Zdrowia w większości przypadków po otrzymaniu skarg od pacjentów pracownicy Oddziału NFZ:

- przekazywali kopię skargi do świadczeniodawcy z prośbą o udzielenie wyjaśnień,
- interweniowali telefonicznie u świadczeniodawcy przypominając o obowiązujących przepisach i umowach w danym zakresie,
- kierownicy departamentów czy pracownicy działów skarg i wniosków prowadzili rozmowy z dyrektorami podmiotów leczniczych w celu podjęcia działań w kierunku zapobiegania i eliminowania nieprawidłowości w przyszłości,
- publikowano na stronach Oddziałów informacje i komunikaty skierowane do świadczeniodawców oraz świadczeniobiorców przypominających obowiązujące przepisy,
- kierowano sprawy do wyjaśnienia do właściwego konsultanta wojewódzkiego lub Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej,
- przypominano i przekazywano informacje o zasadach realizacji świadczeń placówkom opieki zdrowotnej za pośrednictwem dostępnych środków (media, strona internetowa, droga mailowa),
- prowadzono działania edukacyjne świadczeniodawców (lekarzy, pielęgniarek, pracowników rejestracji) w zakresie zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

W przypadku wykazania zasadności przedłożonej przez pacjenta skargi, podejmowane były liczne działania polegające na pouczeniu świadczeniodawcy o konieczności realizacji umowy z OW NFZ zgodnie z jej zapisami. W sytuacji ponownego pojawienia się sygnalizowanego problemu, podejmowane były działania zaradcze w postaci wizytacji osobistych pracowników Funduszu lub ostatecznie działań kontrolnych.

Lp.	Problematyka skarg rozpatrzonych we własnym zakresie	Razem
1	Podstawowa opieka zdrowotna	1409
2	Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej	1222
3	Działalność związana z SARS-CoV-2	1099
4	Ambulatoryjne leczenie specjalistyczne	844
5	Leczenie szpitalne	485
6	Skargi na Oddziały Wojewódzkie NFZ	476
7	Jakość świadczeń	403
8	Inne/ sprawy wielowątkowe	310
9	Niewłaściwe zachowanie personelu, pracownika	302
10	Zastrzeżenia do prowadzenia sprawy	256
11	Rehabilitacja lecznicza	233
12	Leczenie stomatologiczne	227

13	Inspekcja sanitarna, warunki sanitarno-epidemiologiczne	221
14	Prawidłowość postępowania diagnostyczno-terapeutycznego	141
15	Zastrzeżenia do organizacji pracy jednostki	132
16	Krwiodawstwo	117
17	Skargi na GIS/PWIS	84
18	Leczenie uzdrowiskowe	83
19	SOR, ratownictwo medyczne, transport sanitarny	49
20	Zła organizacja pracy jednostki	49
21	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	46
22	Organizacja udzielania świadczeń	39
23	Dokumentacja medyczna	37
24	Opieka długoterminowa, świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze	37
25	Gospodarka lekiem i produkty lecznicze	32
26	Prawa pacjenta	21
27	Skargi na RCKiK	20
28	Inspekcja farmaceutyczna	17
29	Sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze, wyroby medyczne	16
30	Diagnostyka	15
31	Sprawy akademickie	14
32	Odmowa udzielenia świadczeń	13
33	Świadczenia odrębnie kontraktowane	7
34	E-zdrowie	6
35	Profilaktyczne programy zdrowotne (w tym szczepienia)	4
36	Szczepienia ochronne	2
Razem		8.468

Analizując natomiast ilość wniosków, które wpłynęły w 2020 r. do organów i jednostek podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia należy uznać, że ilość wzrosła w bardzo znaczący sposób. W 2019 r. odnotowano wpływ **323** wniosków natomiast w 2020 r. **4.644** wniosków (wzrost aż o 1334%). W większości złożone wnioski związane były z wystąpieniem stanu epidemii wywołanym zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 oraz sprawami sanitarno-higienicznymi. Wszystkie sprawy były dokładnie analizowane, a wnoszący otrzymywali odpowiedzi. Informacje uzyskiwane w trakcie analizy nadsyłanej korespondencji były wykorzystywane w celu zweryfikowania i wprowadzenia zmian w systemie funkcjonowania poszczególnych jednostek. W 2020 r. w kontakcie z Obywatelami zarówno tym pisemnym jak i telefonicznym szczególnie ważne było otwarcie na potrzeby i prawa pacjentów, a także asertywność i zrozumienie sytuacji

w jakich się znajdowali, a także istotne były umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresowych, szczególnie z pacjentem roszczeniowym.

Lp.	Organy i jednostki podległe lub nadzorowane	Zalutwione w okresie sprawozdawczym			Sposób zalutwienia spraw we własnym zakresie			Po terminie (nie wskazano nowego terminu rozpoznania sprawy)
		Ogółem	w tym		zasadna	bezzasadna	inna	
			przekazano wg właściwości	zalutwiono we własnym zakresie				
1	Narodowy Fundusz Zdrowia	2	2	0	0	0	0	
2	Uniwersytety Medyczne	148	4	144	102	27	15	
3	Pozostałe organy i jednostki	4460	536	3924	2720	604	600	
4	Regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa	34	1	33	23	9	1	
Razem		4644	543	4101	2845	640	616	45

Lp.	Problematyka	Razem
1	Wnioski związane z wystąpieniem stanu epidemii wywołanym zakażeniami wirusem SARS-CoV-2	2298
2	Sprawy sanitarno-higieniczne	1489
3	Dostępność do świadczeń zdrowotnych	120
4	Poprawa organizacji pracy i funkcjonowania podmiotu	46
5	Krwiodawstwo (czekolady, wprowadzeni aplikacji, posiłki regenerujące, legitymacje)	37
6	Lepsze zaspokojenie potrzeb pacjentów	35
7	Prawa pacjenta	31
8	Jakość świadczeń	23
9	Zmiana regulacji prawnych	18
10	Dokumentacja medyczna	4
Razem		4.101

2. Analiza skarg dotyczących realizacji świadczeń w związku z wystąpieniem stanu epidemii wywołanym zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

W związku z sytuacją panującą w kraju, związaną z wprowadzonym od 20 marca 2020 r. stanem epidemii, do organów i jednostek podległych lub nadzorowanych przez MZ wpływały tysiące wystąpień i interwencji w sprawach dotyczących zagrożeń i przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2. Obywatele w swoich wystąpieniach zgłaszali wiele zagadnień dotyczących:

- ograniczonej możliwości kontaktu z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej,

- długiego czasu oczekiwania na decyzje o nałożeniu kwarantanny,
- reakcji organów na przesyłane interwencje,
- niewłaściwie nakładane okresy kwarantanny,
- nieprzestrzeganie obowiązku zasłaniania nosa oraz ust w przestrzeni publicznej,
- organizacji imprez masowych wbrew obowiązującym ograniczeniom (np. turnieje, zawody, dyskoteki, koncerty, etc.),
- działające wbrew przepisom obiekty (handlowe, usługowe, etc.),
- dotyczące interpretacji wytycznych,
- brak zachowywania bezpiecznej odległości (np. w komunikacji miejskiej, pociągach, autobusach i busach),
- niewłaściwe zapisy w systemie EWP,
- wystąpienia dot. zwolnienia z kwarantanny,
- niewłaściwie funkcjonująca aplikacja „Kwarantanna domowa”.

Wszystkie te skargi i liczne interwencje były na bieżąco podejmowane i rozwiązywane przez Główny Inspektorat Sanitarny, a także Państwową Inspekcję Sanitarną.

Ponadto w okresie pandemii, w trosce o bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu podmiotów leczniczych, w nadzorowanych jednostkach były opracowywane i wdrażane zasady działania, odpowiadające przyjętym normom reżimu sanitarnego. Wdrożenie trybu teleporady w podstawowej opiece zdrowotnej i części poradni specjalistycznych, ograniczenie bezpośredniego kontaktu z punktami rejestracji, jak również zmienna, często znacznie zmniejszona na skutek epidemii liczba personelu, spowodowały liczne problemy organizacyjne w pracy szpitali, co w konsekwencji powodowało zwiększone niezadowolenie pacjentów i było przyczyną licznych skarg.

Zgłaszane zastrzeżenia dotyczyły m.in.:

- wydłużonego czasu oczekiwania na wizyty w poradniach,
- długiego czasu oczekiwania w kolejce na przyjęcie w izbie przyjęć,
- przekładania terminu zabiegów,
- braku możliwości odwiedzin chorych przez rodzinę,
- odmowy udzielenia teleporady bądź niezrealizowania umówionej teleporady,
- trudności w dodzwonieniu się do przychodni i braku możliwości uzyskania skutecznego kontaktu z podmiotem leczniczym,
- zmiany terminu realizacji świadczenia lub trudności w ustaleniu terminu udzielenia świadczenia w trybie planowym,

- odwołania terminu porady/ hospitalizacji bez podania nowego terminu leczenia,
- trudności w uzyskaniu recepty (długi czas oczekiwania, brak możliwości złożenia zapotrzebowania drogą telefoniczną),
- trudności w dostępie do świadczeń, odmowa udzielenia świadczeń, udzielanie świadczeń tylko w formie teleporad,
- odmowy zlecenie testu na koronawirusa,
- żądania zwrotu kosztów poniesionych na wykonanie testu na covid -19,
- trudności w uzyskaniu wyników testów w kierunku Covid-19,
- uzależnienia wykonania świadczenia od uprzedniego wykonania badania w kierunku covid,
- niedziałającej aplikacji kwarantanna,
- problemów z dodzwonieniem się na Infolinię Narodowego Funduszu Zdrowia,
- nieprzestrzegania reżimu sanitarnego przez pracowników placówki (np. brak maseczek, niezadbanie o właściwe odległości w poczekalni itp.),
- rzekomego umieszczania pacjentów zdrowych na oddziałach covidowych,
- brak możliwości realizacji porodów rodzinnych,
- zastrzeżeń do funkcjonowania i organizacji pracy podmiotów leczniczych w tym skarg na zachowanie lekarzy,
- odwoływanie terminów rehabilitacji.

III. Opinia Ministra Zdrowia o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w tym zmian/reform wprowadzonych przez resort zdrowia w 2020 r.

Rok 2020 to rok wyjątkowy, zdominowany przez pandemię COVID-19. Od samego początku pandemii podejmowane były systemowe działania mające na celu poprawienie bezpieczeństwa zdrowotnego w kraju oraz zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych.

Kadry medyczne

Jednym z najważniejszych działań podjętych przez Ministra Zdrowia było przedsięwzięcie umożliwiające zwiększenie liczebności kadr medycznych.

Wprowadzono zmiany do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, z późn. zm.), umożliwiające skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii na podstawie art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r.

poz. 1845, z późn. zm.), lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne lub staż podyplomowy.

Ponadto, zgodnie z przepisami ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r. poz. 2112), do ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2020 r. poz. 1845), w art. 47 wprowadzono możliwość udziału w udzielaniu świadczeń zdrowotnych udzielanych w związku z ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego:

- studentów kierunków przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego,
- doktorantów w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinach naukowych: nauki medyczne, nauki farmaceutyczne i nauki o zdrowiu,
- osób kształcących się w zawodzie medycznym,
- osób posiadających wykształcenie w zawodzie medycznym, które ukończyły kształcenie w tym zawodzie w ciągu ostatnich 5 lat,
- ratowników, o których mowa w art. 13 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882).

Dodatkowo ustawą z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2401) wprowadzono zmiany umożliwiające w trybie uproszczonym zatrudnianie w polskim systemie opieki zdrowotnej lekarzy, lekarzy specjalistów, pielęgniarek, położnych oraz ratowników medycznych, którzy uzyskali kwalifikacje zawodowe poza Unią Europejską, posiadających niezbędne kwalifikacje oraz spełniających szereg warunków, określonych w ustawie. Poza powyższym, podejmowane były liczne inicjatywy legislacyjne np. mające na celu wsparcie lekarzy i pielęgniarek przez np.: opiekunów medycznych.

Wprowadzono również zwiększenie liczby lekarzy uprawnionych do udzielania świadczeń przez okresowe dopuszczenie do ich realizacji lekarzy, którzy uzyskali potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.), oraz lekarzy, którzy mają uznany dorobek na podstawie art. 16 ust. 7 albo ust. 9 tej ustawy, oraz wystąpili do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do Państwowego Egzaminu

Specjalizacyjnego, zwanego dalej „PES”, w sesji egzaminacyjnej przedłużonej na podstawie § 27 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. poz. 602 i 2129 oraz z 2020 r. poz. 421) i złożyli z wynikiem pozytywnym część pisemną PES, i traktowanie ich na równi z lekarzami specjalistami.

Zwiększono również liczbę lekarzy uprawnionych do udzielania świadczeń przez okresowe dopuszczenie do ich realizacji lekarzy, którzy uzyskali potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz lekarzy, którzy mają uznany dorobek na podstawie art. 16 ust. 7 albo ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyki, oraz wystąpili do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do PES, i traktowanie ich na równi z lekarzami w trakcie specjalizacji.

Ponadto na podstawie dwukrotnej nowelizacji ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882, z późn. zm.) wprowadzono:

- możliwość powołania krajowego koordynatora ratownictwa medycznego, do zadań którego należy rozstrzyganie sporów dotyczących przyjęcia do szpitala osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w sytuacji, gdy spór dotyczy przyjęcia osoby transportowanej przez zespół ratownictwa medycznego lub zespół transportu sanitarnego z terenu innego województwa niż to, w którym znajduje się ten szpital, koordynacja współpracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, spoza jednego województwa oraz współpraca z głównym dyspozytorem medycznym i jego zastępcą. Krajowy koordynator ratownictwa medycznego wykonuje swoje zadania we współpracy z zespołem, w skład którego wchodzi przedstawiciele MON, MZ, MSWiA, NFZ i LPR;
- łatwiejszą rekrutację kandydatów na stanowisko dyspozytora medycznego, głównego dyspozytora medycznego oraz zastępcy głównego dyspozytora medycznego w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii;
- możliwość powierzenia wojewodom na kolejny rok prowadzenia dyspozytorni medycznych dysponentom zespołów ratownictwa medycznego oraz zatrudnienie dyspozytora medycznego na podstawie umowy cywilnoprawnej oraz wprowadzono

wykonywanie pracy nieprzerwanie przez 24 godziny przez pracowników dyspozytorni medycznych oraz wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego;

- przesunięcie terminów realizacji zadań znajdujących się we właściwości Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego (KCMRM), m.in. rozpoczęcia realizacji kursów dla dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego;

- ujednoczenie wymagań dotyczących kierownika podstawowego zespołu ratownictwa medycznego, którym zarówno w okresie obowiązywania stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego, jak i po ich zakończeniu może być ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu wskazani przez właściwego dysponenta. Z uwagi na problemy kadrowe odstąpiono od wymogu posiadania przez kierownika ww. zespołu 5-letniego doświadczenia zawodowego. Specjalistyczny ZRM w czasie epidemii może wyjeżdżać bez lekarza w składzie. Jego kierownikiem może być również członek zespołu wskazany przez dysponenta (art. 36a ustawy o PRM).

Zaś nowelizacja przepisów dotyczących składu lotniczych zespołów ratownictwa medycznego w okresie ogłoszenia stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego (art. 37 i 37a ustawy o PRM) pozwoliła na dowolne skonfigurowanie ich składu po warunkiem zapewnienia obecności pilota i co najmniej dwóch osób uprawnionych do udzielania medycznych czynności ratunkowych posiadających kwalifikacje wymagane dla lekarza systemu, ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu.

Wprowadzono również możliwości pełnienia dyżuru medycznego w jednostkach systemu, a więc w zespołach ratownictwa medycznego oraz w szpitalnych oddziałach ratunkowych przez osoby wykonujące zawód medyczny, bez względu na posiadane wykształcenie (wyższe lub średnie). Zmiana ta jest zgodna z potrzebami pracodawców w zakresie zapewnienia pełnej obsady medycznej jednostek systemu PRM w warunkach niedoboru personelu.

Ułatwiono także uzyskiwanie zgody na wykonywanie zawodu ratownika medycznego osobom spoza Unii Europejskiej.

Poza przepisami uregulowanymi ustawą o *Państwowym Ratownictwie Medycznym* wprowadzono również inne rozwiązania mające na celu usprawnienie pracy zespołów ratownictwa medycznego, m.in. umożliwiono wykonywanie testów antygenowych na obecność koronawirusa w ZRM, uruchomiono elektroniczny system rezerwacji łóżek szpitalnych (ELC) oraz powołano pełnomocnika Ministra Zdrowia d.s. ECMO.

W Załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2019 r. *w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego* (Dz.U. 2019 r. poz. 2478 z późn. zm.) dodano pkt 31, zgodnie z którym do medycznych czynności ratunkowych, które mogą być udzielane samodzielnie przez ratownika medycznego należy pobieranie materiału z górnych dróg oddechowych od pacjenta oraz wykonywanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2 w okresie ogłoszenia stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego wywołanych tym wirusem. Zapis ten został dodany rozporządzeniem zmieniającym z dnia 27 listopada 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 2110).

Wydano również *Schematy postępowania dla dyspozytorów medycznych oraz zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z prawdopodobnym lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2*, które mają za zadanie usprawnić sposób kierowania pacjentów do odpowiednich szpitali.

Ponadto wydano *Dobre Praktyki postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego* oraz *Rekomendowany algorytm postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego*. Stosowanie Dobrych praktyk postępowania z pacjentem z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego (OZW) w dyspozytorniach medycznych i zespołach ratownictwa medycznego pozwoli na skrócenie czasu, w jakim osoba z podejrzeniem OZW otrzyma właściwą pomoc medyczną na etapie przedszpitalnym oraz docelowo w odpowiednim podmiocie leczniczym z pracownią hemodynamiki.

Wszystkie opisane powyżej działania mają na celu wprowadzenie narzędzi umożliwiających sprawne wykonywanie zadań w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz zachęcenie personelu medycznego systemu PRM do wykonywania swojego zawodu w okresie epidemii oraz po jego zakończeniu. Dostępność personelu medycznego, w tym zarówno dyspozytorów medycznych, jak i zespołów ratownictwa medycznego, przekłada się w istotny sposób na zapewnienie niezwłocznej pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Ministerstwo Zdrowia wciąż poszukuje takich rozwiązań, które będą uwzględniały przede wszystkim dobro pacjentów i chroniły bezpieczeństwo finansów publicznych, przy poszanowaniu interesów różnych grup zawodowych i postulatów pracodawców.

W odniesieniu do funkcjonowania ratownictwa medycznego zauważyć również należy, że w Ministerstwie Zdrowia nieustannie trwa monitorowanie i analizowanie działania jednostek systemu PRM oraz podejmowane są czynności mające na celu poprawę jego funkcjonowania. Szczególnie w ostatnim roku z uwagi na trwającą epidemię wywołaną SARS-CoV-2 i związane z tym trudności w ogólnym funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, wprowadzono szereg rozwiązań w kierunku poprawy działania systemu PRM, by w efekcie zapewnić pacjentom lepszy dostęp do świadczeń zdrowotnych.

Ponadto w 2020 r. w Ministerstwie Zdrowia rozpoczęto wewnętrzne prace nad projektem ustawy o innych zawodach medycznych, która będzie regulować kompleksowo uzyskiwanie kwalifikacji, zasady wykonywania oraz zasady doskonalenia zawodowego w nieuregulowanych do tej pory ustawowo, zawodach medycznych. Projekt zakłada uregulowanie wymagań kwalifikacyjnych dla zawodów medycznych takich jak: opiekun medyczny, asystent dentystyczny, dietetyk, higienista dentystyczny, logopeda, masażysta, opiekun medyczny, ortoptysta, optometrysta, protetyk słuchu, technik dentystyczny, elektroradiolog, technik farmaceutyczny, technik ortopeda, terapeuta zajęciowy. Efektem wejścia w życie ustawy będzie ograniczenie wykonywania zawodu medycznego przez osoby, które nie posiadają odpowiednich kwalifikacji, co stanowić będzie ułatwienie w prowadzeniu polityki zatrudnienia przez jasne, transparentne dla wszystkich podmiotów rynku pracy wytyczne dot. kwalifikacji niezbędnych do wykonywania danego zawodu medycznego.

Wynagrodzenia w ochronie zdrowia

W celu rekompensaty pracy przy zwalczaniu epidemii COVID-19 wprowadzono dodatki do wynagrodzenia dla pracowników ochrony zdrowia.

Dodatkowe wynagrodzenia dla personelu medycznego jest wypłacane zarówno na podstawie polecenia Ministra Zdrowia dla Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i na podstawie nowelizacji ustawy (ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19).

1. Na podstawie polecenia Ministra Zdrowia od 1 listopada 2020 r. dodatek 100% wynagrodzenia otrzymuje personel medyczny bezpośrednio walczący z COVID-19 w szpitalach II i III poziomu oraz osoby wykonujące zawód medyczny w zespołach ratownictwa medycznego, SOR-ach i izbach przyjęć (w szpitalach I, II i III poziomu),

a także osoby zatrudnione w działających w ramach szpitali I, II i III poziomu laboratoriach covidowych, które wykonują czynności diagnostyki laboratoryjnej.

2. Na podstawie ustawy z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. poz. 2112), od 28 października 2020 r. personel medyczny delegowany przez wojewodę do walki z COVID-19 w miejscu skierowania ma ustalone wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 200% wynagrodzenia na danym stanowisku pracy w tej placówce (od tak ustalonego wynagrodzenia liczone są wszystkie dodatki i pochodne). Ponadto tak ustalone wynagrodzenie nie może być niższe niż wynagrodzenie lub uposażenie zasadnicze wraz z dodatkami do uposażenia o charakterze stałym, które osoba skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydana została decyzja o skierowaniu jej do pracy przy zwalczaniu epidemii.

3. Dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 100% wynagrodzenia na podstawie polecenia Ministra Zdrowia od 16 listopada 2020 r. otrzymują również dyspozytorzy medyczni.

W 2020 r. ramach inicjatywy legislacyjnej rozpoczęto pracę nad nowelizacją ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych w zakresie utrzymania mechanizmu podwyższania najniższych wynagrodzeń również po 1 stycznia 2022 r. oraz wprowadzenie od lipca 2021 r. ustawowych gwarancji praw nabytych dla osób objętych dotąd wzrostami wynagrodzeń finansowanych w ramach wyodrębnionych środków finansowych. Stały mechanizm waloryzacji wysokości najniższych wynagrodzeń pozwoli podwyższać corocznie wynagrodzenia zasadnicze pracowników medycznych oraz działalności podstawowej podmiotów leczniczych wiążąc wzrosty z dynamikom przeciętnych wynagrodzeń w gospodarce narodowej.

Ponadto, należy zauważyć, że Ministerstwo Zdrowia dokłada wszelkich starań, aby wypracowywać rozwiązania korzystne dla pracowników sektora zdrowotnego i optymalizujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Odbywają się liczne spotkania ze środowiskiem poszczególnych zawodów medycznych, a postulaty i rekomendacje analizowane są z pełnym zrozumieniem i uwagą, Ministerstwo Zdrowia jest otwarte na konstruktywną i efektywną współpracę ze środowiskiem medycznym.

Pozostałe zmiany wprowadzone przez resort zdrowia w 2020 r.

- 1) Przygotowano rozporządzenie zmieniające rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z dnia 6 listopada 2013 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 ze zm.) Przedmiotowe rozporządzenie wprowadza nowe świadczenia opieki zdrowotnej obejmujące wybrane procedury endoskopowe dedykowane diagnostyce przewodu pokarmowego w znieczuleniu, procedury z obszaru diagnostyki hematologicznej oraz świadczenia dedykowane chorym na hemofilię i inne pokrewne skazy krwotoczne.
- 2) Kontynuowano prace nad Planem dla Chorób Rzadkich - wkrótce dokument zostanie skierowany na ścieżkę legislacyjną. Celem Planu jest poprawa sytuacji polskich pacjentów cierpiących na choroby rzadkie oraz ich rodzin, przez stworzenie modelu zintegrowanej opieki zdrowotnej, który umożliwi kompleksową i skoordynowaną opiekę. Mając świadomość, że wprowadzenie rozwiązań modelowych wymagać będzie określonych zmian systemowych, organizacyjnych i finansowych, intencją autorów było zdefiniowanie obszarów wymagających modyfikacji oraz przedstawienie listy rekomendowanych działań, umożliwiających realizację zamierzonych zmian.

Niniejszy Plan będzie uwzględniał obszary, takie jak:

1. Ośrodki eksperckie chorób rzadkich;
2. Kierunki poprawy diagnostyki chorób rzadkich, w tym dostępności do nowoczesnych metod diagnostycznych z wykorzystaniem technologii genomowych;
3. Dostęp do leków i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego w chorobach rzadkich;
4. Polski Rejestr Chorób Rzadkich;
5. Paszport pacjenta z chorobą rzadką;
6. Platforma Informacyjna „Choroby Rzadkie”.

Zgodnie z założeniami Planu kluczową rolę będą pełnić ośrodki eksperckie, których powołanie będzie miało na celu poprawę dostępu pacjentów z chorobami rzadkimi do nowoczesnej diagnostyki i wielodyscyplinarnej, skoordynowanej opieki medycznej, zgodnej z aktualnym stanem wiedzy i możliwościami technologicznymi. Plan dla Chorób Rzadkich będzie zawierał blisko 40 zadań, które zostaną zrealizowane w ciągu trzech lat.

3) Wprowadzono zmiany w zakresie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 466);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1840);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1941);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 2336);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 2375).

Zmiany w trakcie realizacji:

- Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wprowadzające nowe rozwiązanie organizacyjne w zakresie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego na rzecz pacjentów onkologicznych, przez zdefiniowanie struktury podmiotu leczniczego zapewniającej realizację kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem jelita grubego.
- Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wprowadzające nowe rozwiązanie organizacyjne w zakresie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego na rzecz pacjentów onkologicznych, przez zdefiniowanie struktury podmiotu leczniczego zapewniającej realizację kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem płuca.

4) Ze względu na kluczową i niezastąpioną rolę diagnostyki patomorfologicznej w diagnozowaniu chorób i ustalaniu rozpoznania nowotworów, która stanowi niezbędny element w procesie podejmowania decyzji terapeutycznych Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 16 grudnia 2020 r., w sprawie programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato (Dz.U. poz. 2360), którego celem jest:

- ocena wpływu elementów jakościowych na skuteczność diagnostyki patomorfologicznej,
- podniesienie jakości procesu diagnostyczno-leczniczego przez zapewnienie kompletnej diagnostyki patomorfologicznej;
- optymalizacja postępowania diagnostyczno-terapeutycznego przez skrócenie czasu od postawienia rozpoznania do podjęcia optymalnego leczenia,
- weryfikacja modelu sprawozdawania badań patomorfologicznych;
- wypracowanie efektywnych kosztowo mechanizmów finansowania badań realizowanych w ramach JGPato;
- wycena grup i kosztu wdrożenia badań patomorfologicznych.

Program pilotażowy składa się z trzech etapów (etap organizacyjny, realizacyjny i ewaluacyjny). Łączny czas trwania pilotażu to 14 miesięcy, a jego zakończenie poprzedzają sprawozdania opracowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i Agencję Oceny Technologii Medycznych.

5) Dokonano zmian w wykazach świadczeń gwarantowanych ułatwiających realizację świadczeń z uwagi na COVID-19, zgodnie z poniższym:

- ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. poz. 460).
- ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 457).

- ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 456).
- ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 10 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. poz.660).
- ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 612)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. poz. 1177) .

Wprowadzono możliwość realizacji porad, wizyt, konsultacji udzielanych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, pod warunkiem zapewnienia dostępności personelu wymaganego do ich realizacji w miejscu udzielania świadczeń o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

Ponadto wprowadzane są liczne rozwiązania ułatwiające realizację świadczeń bez kontaktu pacjenta z lekarzem jak np.: wydawanie karty DILO wraz z kopią dokumentacji na wniosek pacjenta, przesłany elektronicznie do wydającego, czy też w sytuacji, gdy dany pacjent nie posiada poczty elektronicznej i nie może podać innego adresu e-mail do osoby, która została upoważniona do dokumentacji medycznej umożliwienie wystawiającemu kartę DILO, za pośrednictwem systemów łączności, przekazanie unikalnego numeru identyfikacyjnego karty DILO, którym pacjent będzie się posługiwał przy rejestracji w podmiocie realizującym kolejny etap szybkiej ścieżki onkologicznej z jednoczesnym zastrzeżeniem, że podmiot, który założył kartę DILO przekaże kopię dokumentacji medycznej do podmiotu, który realizuje ten kolejny etap SSO.

W świadczeniach „hemodializa” umożliwienie realizacji świadczeń z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jeżeli ten sposób udzielania świadczenia nie zagraża życiu lub pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, a przy pacjencie obecna jest pielęgniarka posiadająca określone w rozporządzeniu kwalifikacje. Ponadto w świadczeniach „hemodializa z zapewnieniem 24- godzinnego dyżuru” i w świadczeniach „Hemodiafiltracja (HDF)” także wskazano, że możliwa jest

realizacji świadczeń z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jeżeli ten sposób udzielania świadczenia nie zagraża życiu lub pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, a przy pacjencie obecna jest pielęgniarka posiadająca określone w rozporządzeniu kwalifikacje.

Wprowadzono możliwość wydłużenia wieku świadczeniobiorcy oczekującego na świadczenie, który w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii skutkującego ograniczeniem funkcjonowania świadczeniodawcy w postaci zawieszenia udzielania świadczeń, utracił prawo do świadczenia, o czas równoważny z czasem przysługującym do realizacji świadczenia przed ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, po odwieszeniu udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę, u którego oczekiwał na świadczenie.

Dopuszczono również możliwość wydłużenia czasu kobietom w ciąży i okresie połogu oczekującym na świadczenia o czas równoważny z czasem przysługującym do realizacji świadczenia przed ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, który w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii skutkującego ograniczeniem funkcjonowania świadczeniodawcy w postaci zawieszenia udzielania świadczeń, utraciły, po odwieszeniu udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę, u którego oczekiwały na świadczenie.

6) Na mocy ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875) utworzono tzw. subfundusz terapeutyczno-innowacyjny, z którego pokrywa się koszty:

1. świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych pacjentom do 18 roku życia, które zostały sfinansowane przez NFZ ponad kwoty zobowiązań zawartych w umowach ze świadczeniodawcami;
2. świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju, na zasadach określonych w art. 42d, 42i oraz 42j ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
3. technologii lekowych o wysokiej wartości klinicznej lub technologii lekowej o wysokim poziomie innowacyjności;
4. leków w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dzięki ww. ustawie nastąpi poprawa dostępności do niektórych świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności do świadczeń dla dzieci (dzięki zniesieniu tzw. limitów na takie świadczenia) oraz niektórych zaawansowanych i kosztownych terapii lekowych.

7) Dzięki działaniom Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia istotnie zwiększyła się wysokość środków przeznaczanych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. W porównaniu do roku poprzedniego w latach 2018-2020 wzrosty te wyniosły: w 2018 r. – ok. 4,7 mld zł, w 2019 r. - ok. 9,1 mld zł, w 2020 r. (plan) – o ok. 12,1 mld zł. W wyniku dokonanych w 2020 r. zmian planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia NFZ na rok 2020, do dnia 31 grudnia 2020 r., wartość planowanych na 2020 r. kosztów świadczeń opieki zdrowotnej została zwiększona o ok. 10,7 mld zł.

8) W związku z pandemią, świadczeniodawcy zostali zobowiązani do wdrażania procedur bezpieczeństwa odpowiadających specyfice udzielanych świadczeń. Wytyczne i rekomendacje uwzględniające konieczność dostosowania warunków udzielania świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach zostały opublikowane na stronie Ministra Zdrowia. Natomiast na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich NFZ publikowane są informacje dotyczące funkcjonowania placówek opieki zdrowotnej w trakcie trwania epidemii COVID-19. Ponadto NFZ, zgodnie ze swoimi ustawowymi obowiązkami, na bieżąco prowadzi kontrole w zakresie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, a w razie konieczności podejmuje interwencje w sprawach indywidualnych. Trudności w dostępie do świadczeń można zgłaszać do oddziałów wojewódzkich NFZ za pośrednictwem maila, poprzez ePUAP lub Telefoniczną Informację Pacjenta (800-190-590).

Minister Zdrowia polecił Narodowemu Funduszowi Zdrowia przekazanie, na podstawie umowy, podmiotom wykonującym działalność leczniczą, posiadającym umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, środków finansowych z przeznaczeniem na finansowanie szczepień ochronnych przeciw grypie osobom uczestniczącym w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w tych podmiotach, oraz farmaceutom i technikom farmaceutycznym wykonującym zawód w aptece lub w punkcie aptecznym. Przedmiotowe rozwiązanie miało na celu ograniczenie przede wszystkim absencji chorobowej z powodu grypy, przekładając się wprost na zwiększenie dostępności świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej. Założeniem omawianego rozwiązania było ponadto ograniczenie możliwości transmisji wirusa grypy w okresie bezobjawowym na pacjentów oraz zakażeń wewnątrzszpitalnych.

Ponadto, w celu optymalizacji działań związanych z diagnostyką i leczeniem oraz poprawy dostępności do świadczeń medycznych dla pacjentów onkologicznych, Minister Zdrowia zalecił powołanie przy Oddziałach Wojewódzkich NFZ zespołów koordynacyjnych dla onkologii. W składzie zespołów są przedstawiciele OW NFZ, dyrektorzy kluczowych szpitali onkologicznych z danego regionu, konsultanci wojewódzcy w dziedzinach: onkologii klinicznej, radioterapii onkologicznej, chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, onkologii i hematologii dziecięcej. Do zadań zespołu należy między innymi zarządzanie diagnostyką pacjentów z podejrzeniem nowotworu, celem zminimalizowania ryzyka odraczenia w czasie ich diagnozowania.

Dodać należy, iż dla podmiotów spełniających warunki do realizacji świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) NFZ wprowadził opłatę ryczałtową za utrzymanie stanu gotowości do udzielania tych świadczeń w reżimie sanitarnym.

9) Ponadto, celem ujednolicenia sposobu postępowania w opiece POZ, wydane zostało rozporządzenie z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1395, z późn. zm.). Przywołany standard uwzględnia prawo pacjenta do zgłoszenia w trakcie teleporady woli osobistego kontaktu z właściwym personelem medycznym. Jednocześnie wskazuje on również na prawo pacjenta do skorzystania ze świadczenia udzielonego w bezpośrednim kontakcie, gdy teleporada, z uwagi na stan zdrowia pacjenta, nie stanowi wystarczającej formy pomocy. Dodatkowo, wychodząc naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom pacjentów, nowelizacje ww. standardu organizacyjnego, doprecyzowały termin realizacji teleporady, wskazując że świadczenie to jest udzielane nie później niż w pierwszym dniu roboczym następującym po dniu zgłoszenia się pacjenta do świadczeniodawcy POZ albo w terminie późniejszym – pod warunkiem jego uzgodnienia z pacjentem lub jego opiekunem ustawowym. Powyższe rozwiązanie skutkować będzie szybszym uzyskaniem pomocy odpowiedniej do stanu i potrzeb zdrowotnych danego pacjenta. Ponadto, wprowadzenie przedmiotowych regulacji umożliwi osobie udzielającej teleporady uzgodnienie optymalnego terminu realizacji ww. świadczenia, z uwzględnieniem zarówno faktycznej potrzeby zdrowotnej danego pacjenta, jak i daty jego zgłoszenia. Przyjęcie powyższego schematu działania nie zagrozi jednocześnie udzieleniu porad i wizyt w bezpośrednim kontakcie przez personel medyczny POZ. Należy również podkreślić, że Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) zgodnie ze swoimi ustawowymi

obowiązkami, na bieżąco prowadzi kontrole w zakresie dostępności świadczeń medycznych. W odniesieniu do POZ skupiają się one przede wszystkim na takich obszarach jak: trudności ze skutecznym dodzwonieniem się do przychodni, bądź też z uzyskaniem porady w bezpośrednim kontakcie z lekarzem. Centrala NFZ w swych komunikatach zachęca pacjentów, aby każdy przypadek ograniczonego dostępu do świadczeń medycznych zgłaszali m.in. za pośrednictwem infolinii Funduszu (800 190 590).

10) W drodze uchwały Nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. został przyjęty program wieloletni pod nazwą „Narodowa Strategia Onkologiczna” (NSO) na lata 2020–2030. NSO jest programem kompleksowym, który wytycza kierunki rozwoju: profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych, badań naukowych wprowadzających innowacyjne metody leczenia chorób nowotworowych, edukację, kształcenie kadr medycznych, kontroli po leczeniu onkologicznym, rehabilitacji, opieki psychologicznej i opieki paliatywnej, a także poprawę zarządzania w obszarze onkologii. Celem nadrzędnym NSO jest wzrost odsetka osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej, a także zwiększenie wykrywalności nowotworów we wczesnych stadiach oraz poprawa jakości życia w trakcie i po ukończonym leczeniu.

11) W związku z ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego/stanu epidemii w kraju, w celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji COVID-19, wprowadzono wiele rozwiązań ułatwiających korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej.

a) w okresie zagrożenia epidemicznego, jak i epidemii zawieszono obowiązek dostarczenia oryginału skierowania w ciągu 14 dni, jako warunku wpisania na listę oczekujących – pacjent powinien dostarczyć oryginał skierowania w terminie 21 dni od zakończenia okresu epidemii, jednakże nie później niż w dniu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej wykonywanego na podstawie tego skierowania, a w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności może przekazać skan albo zdjęcie skierowania za pośrednictwem tych systemów albo, jeżeli nie ma takiej możliwości, przekazać świadczeniodawcy dane znajdujące się na skierowaniu;

b) pacjenci, którzy nie stawili się w okresie epidemii u świadczeniodawców w wyznaczonych im terminach udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej ze względu na obawę przed infekcją COVID-19 i w związku z powyższym zostali skreśleni z listy oczekujących, uzyskali prawo przywrócenia na listę oraz uzyskania

od świadczeniodawcy nowego terminu udzielenia świadczenia bez konieczności uprawdopodobnienia, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej. Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących, powinien być zgłoszony świadczeniodawcy nie później niż w terminie 14 dni od zakończenia okresu epidemii (w ten sposób pacjent potwierdzi, że nadal jest zainteresowany uzyskaniem świadczenia, a niestawiennictwo nie oznaczało rezygnacji ze świadczenia). Nowy termin udzielenia świadczenia powinien uwzględniać datę zgłoszenia do świadczeniodawcy w celu wpisania na listę oczekujących, co oznacza, że zostanie zachowana kolejność, według której wyznaczone były pierwotne terminy udzielenia świadczenia.

c) pacjenci uzyskali możliwość potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez złożenie oświadczenia, także w przypadku otrzymywania świadczeń udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w tym przez telefon (dotychczas przewidywano wyłącznie pisemną formę oświadczenia). W ten sposób wyeliminowano sytuację trudności w uzyskaniu świadczenia w przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń przez system Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców (eWUŚ).

12) W celu usprawnienia funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia, ustawą z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493, z późn. zm.), dokonano zmian w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), których wynikiem jest tzw. pionizacja Narodowego Funduszu Zdrowia.

13) Wprowadzono również zmiany związane z epidemią COVID-19 dotyczące:

- wydania zaleceń dla personelu i kierowników podmiotów leczniczych (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-dla-personelu-i-kierownikow-podmiotow-leczniczych>);

m.in. organizacji procesu udzielania świadczeń opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej w związku ze stanem epidemii COVID-19 opracowanymi we współpracy z ekspertami w przedmiotowym zakresie (w tym w konsultantami krajowymi) i w konsultacji z GIS i KK w dz. chorób zakaźnych (zalecenia dostępne na stronie internetowej MZ:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen>

w pkt 2. „Opieka paliatywna i hospicyjna” oraz 5. „Opieka długoterminowa” – materiały do pobrania),

- przygotowania na prośbę MRiPS i w konsultacji z GIS zaleceń dla jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w związku z epidemią COVID-19 (MZ uczestniczyło również w konsultowaniu zaleceń i wytycznych i rekomendacji związanych z epidemią COVID-19 opracowywanych przez inne resorty);
- wprowadzenie na mocy przepisów rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii obowiązku przyjmowania do ZOL/ZPO (§ 16), HS/OMP (§ 17) oraz DPS (§ 19) osób z negatywnym wynikiem testu diagnostycznego w kierunku wirusa SARS-CoV-2 z materiału pobranego w terminie nie wcześniejszym niż 6 dni przed terminem przyjęcia do takiej placówki.

Zalecenia związane z epidemią w zakresie opieki nad dziećmi oraz kobietami w ciąży

Mając na celu zapewnienie bezpieczeństwa dzieciom oraz kobietom w ciąży w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2, na podstawie wiarygodnych doniesień medycznych opracowane zostały – przez konsultantów krajowych – specjalistyczne zalecenia i wytyczne dla pracowników ochrony zdrowia, zawierające informacje dotyczące sposobów postępowania m.in.:

1. przy udzielaniu świadczeń stomatologicznych w sytuacji ogłoszonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2;
2. z dzieckiem z podejrzeniem COVID-19 - zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych oraz procedura postępowania z dzieckiem w SOR/Izbie Przyjęć oraz na oddziale pediatrycznym - zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii;
3. w odniesieniu do badań bilansowych u dzieci;

4. w przypadku porodów rodzinnych; metody ukończenia ciąży i porodu u pacjentek z rozpoznaniem/podejrzeniem COVID-19; kangurowania dzieci przez osobę towarzyszącą przy porodzie rozwiązaniem cięciem cesarskim;
5. w przypadku noworodków matek zakażonych lub z podejrzeniem COVID-19.

Przedmiotowe opracowania zostały opublikowane na stronie:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen>

Oплата od środków spożywczych

W celu promocji prozdrowotnych wyborów konsumentów, na podstawie *ustawy z dnia 14 lutego 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów* (Dz. U. poz. 1492, 1493) wprowadzona została zmiana w *ustawie z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym* poprzez dodanie w niej rozdziału 3A. *Oплата od środków spożywczych*.

Zgodnie z art. 12c wskazanej ustawy, оплата stanowi w wysokości:

- 1) 96,5% przychód Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) 3,5% dochód budżetu państwa, w części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw finansów publicznych.

Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza środki, o których powyżej, na działania o charakterze edukacyjnym i profilaktycznym oraz na świadczenia opieki zdrowotnej związane z utrzymaniem i poprawą stanu zdrowia świadczeniobiorców z chorobami rozwiniętymi na tle niewłaściwych wyborów i zachowań zdrowotnych, w szczególności z nadwagą i otyłością.

Fundusz Medyczny

Jedną z największych zmian w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej w zakresie refundacji leków w 2020 r. było wejście w życie ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875). Fundusz Medyczny to mechanizm finansowy, którego celem jest poprawa zdrowia i jakości życia Polaków. Decyzja o powołaniu Funduszu Medycznego została poprzedzona diagnozą potrzeb w zakresie ochrony zdrowia i będzie wychodzić naprzeciw zidentyfikowanym elementom wymagającym poprawy. Dzięki otrzymanemu z Funduszu Medycznego wsparciu, szpitale zapewnią lepszy dostęp do usług medycznych dla pacjentów, a jakość i bezpieczeństwo świadczonych przez nie usług zdrowotnych ulegną znacznej poprawie. Skrócenie czasu hospitalizacji będzie możliwe dzięki nowoczesnym technologiom w diagnostyce i terapii. Wczesna diagnoza i rozpoczęcie leczenia umożliwi szybszy

powrót pacjentów do codziennej aktywności. Inwestycje będą przeznaczone na następujące obszary:

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

Na finansowanie powyższych zadań określono, że maksymalny limit wydatków z budżetu państwa w 2020 r. będzie wynosił 2 mld zł, natomiast w 2021 r. i następnych latach będzie wynosił 4,2 mld zł. Maksymalny limit finansowania z budżetu państwa Funduszu Medycznego, według założeń do ustawy, w okresie 2020-2029 wyniesie 38 000 000 000 zł. Środki na realizację zadań w ramach Funduszu Medycznego będą pochodzić m.in. z budżetu państwa (art. 8 pkt 2 ustawy o Funduszu - wpłaty z budżetu państwa przekazywane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w wysokości określonej corocznie w ustawie budżetowej na dany rok budżetowy, nie niższej niż 4,0 mld zł).

Obszary wsparcia zostały zagregowane w ramach 4 subfunduszy:

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

Fundusz finansowany będzie ze środków publicznych, a dysponentem środków Funduszu jest Minister Zdrowia. Obecnie trwają prace koncepcyjne i analityczne nad organizacją i przygotowaniem działań w ramach poszczególnych subfunduszy, w tym

szacowanie kosztów w ramach poszczególnych subfunduszy oraz harmonogramów zadań.

Dodatkowo Fundusz Medyczny wprowadza do ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357, z późn. zm.) nowe kategorie wniosków, a mianowicie o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej oraz technologii lekowej o wysokim poziomie innowacyjności. Ponadto Minister Zdrowia będzie mógł objąć refundacją technologię lekową o wysokim poziomie innowacyjności, nawet w przypadku braku złożenia przedmiotowego wniosku przez wnioskodawcę, w oparciu o wykaz wyżej wymienionych technologii sporządzany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W wykazie tym zostanie określony poziom innowacyjności technologii lekowych stosowanych w onkologii lub chorobach rzadkich oraz ustalenie danych gromadzonych w rejestrze medycznym, w tym między innymi wskaźników oceny efektywności terapii i oczekiwanych korzyści zdrowotnych, a także określenie populacji docelowej oraz szczegółowe warunki stosowania technologii.

Zgodnie art. 33 ust. 1 ustawy o Funduszu w danym roku kalendarzowym środki Funduszu w wysokości nie większej niż 5% wartości całkowitego budżetu na refundację, przeznaczają się na finansowanie technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej lub technologii lekowej o wysokim poziomie innowacyjności. Zatem będą to środki odrębne od całkowitego budżetu na refundację, umożliwiające refundację zupełnie nowych technologii lekowych, które były niedostępne dla polskich pacjentów.

W aktualnym planie finansowym na rok 2021 wysokość środków na całkowity budżet na refundację (CBnR) wynosi 15 349,6 mln zł (w tym 571,5 mln zł w pozycji „rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacji leków”). Kwota ta nie uwzględnia środków w kwocie 154,4 mln zł jakie NFZ przewiduje otrzymać z Funduszu Medycznego na CBnR z przeznaczeniem na RDTL. Z powyższego wynika, że CBnR na rok 2021 może wynieść 15 504 mln zł i od CBnR na rok 2020 będzie większy o ok 536,3 mln zł (bez uwzględnienia ewentualnych innych zwiększeń CBnR w trakcie 2021 r.) W związku z powyższym obecnie przewiduje się, że na finansowanie technologii lekowych o wysokiej wartości klinicznej lub o wysokim poziomie innowacyjności zostanie przeznaczonych z subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego maks. 767 480 000 zł.

Rozwiązania wprowadzone w 2020 r. w zakresie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie dotyczyły ułatwienia dostępu do wyrobów medycznych dla pacjentów,

w szczególności osób z niepełnosprawnościami i osób starszych poprzez wdrożenie obowiązującej od 1 stycznia 2020 r. elektronicznej weryfikacji i potwierdzanie zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne (tzw. e-potwierdzenie) niewymagającej, co do zasady odbycia wizyty w oddziale NFZ. Ponadto, w związku z epidemią wirusa SARS-CoV-2 w celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji COVID-19 poprzez ograniczanie osobistych kontaktów z pacjentami, umożliwiono wystawienie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne w ramach teleporady. W związku z pozytywnym przyjęciem ww. rozwiązań podjęto prace nad wdrożeniem od 2021 r. tzw. e-zlecenia, stanowiącego kolejny etap procesu informatyzacji sektora ochrony zdrowia, w ramach którego sukcesywnie wprowadzane są dokumenty w formie elektronicznej.

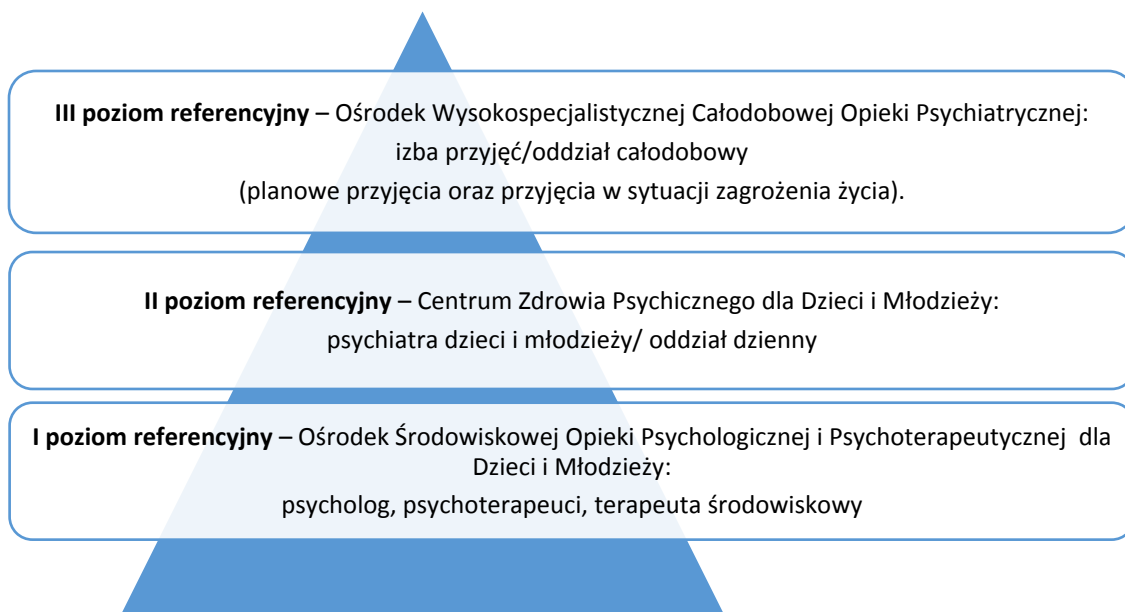
Ustawą z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493) wprowadzono zmiany w zakresie ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 499, z późn. zm.), ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2019 r. poz. 1252, z późn. zm.), oraz ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 702). Nowelizacja wychodzi naprzeciw potrzebom elektronizacji procedury importu docelowego i interwencyjnego produktów leczniczych oraz procedury sprowadzania z zagranicy środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia bez konieczności realizowania obowiązku powiadomienia Głównego Inspektora Sanitarnego o wprowadzeniu tych środków do obrotu. Zmiany w oczywisty sposób wpływają na szybkość wskazanych procedur, a co za tym idzie spowodują lepsze zabezpieczenie pacjentów w produkty lecznicze oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia.

Opieka psychiatryczna

1. Reforma systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Psychiatria dziecięca to dziedzina od wielu lat wymagająca systemowych zmian. W związku z powyższym Ministerstwo Zdrowia przygotowało i wdraża kompleksową reformę systemu opieki dla dzieci i młodzieży doświadczających zaburzeń psychicznych. Nowy model ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży został wprowadzony *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.*

Nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży składa się z trzech poziomów referencyjnych:



Kluczową zmianą jest upowszechnienie pomocy udzielanej w nowopowstających placówkach umiejscowionych blisko miejsca zamieszkania dziecka – ośrodkach I poziomu referencyjnego, w których pracują psychologowie, psychoterapeuci i terapeuci środowiskowi. W ośrodkach tych pomoc mogą uzyskać osoby, które nie potrzebują diagnozy psychiatrycznej lub farmakoterapii. Co bardzo ważne, dzięki zmianie *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, pacjenci mogą skorzystać z oferty tych ośrodków bez skierowania lekarskiego.

W przypadku wielu zaburzeń psychicznych, pojawiających się w dzieciństwie, można bowiem udzielić skutecznej pomocy za pomocą takich interwencji jak psychoterapia indywidualna i grupowa, terapia rodzinna czy praca z grupą rówieśniczą. Warunkiem jest wczesna reakcja na pojawiające się problemy. Pozwala to nie dopuścić do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego pacjenta i uniknąć hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym, która jest często trudnym doświadczeniem dla młodej osoby.

Wraz z początkiem kwietnia 2020 r. swoją działalność rozpoczęły ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej – I poziom referencyjny nowego systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Umowy na udzielanie świadczeń podpisało 138 ośrodków.

Są to placówki zatrudniające specjalistów - psychologów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych. Mogą zgłaszać się do nich rodzice dzieci oraz młodzież (osoby poniżej 18 r.ż. muszą posiadać zgodę opiekuna prawnego na korzystanie ze świadczeń) w przypadku występowania niepokojących objawów związanych z problemami psychicznymi.

Ze względu na sytuację epidemiczną możliwość prowadzenia konkursów przez oddziały wojewódzkie była czasowo wstrzymana. Została ona przywrócona *ustawą z dnia 7 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu przeciwdziałania społeczno-gospodarczym skutkom COVID-19* (Dz. U. poz. 1747). W związku z powyższym oddziały wojewódzkie NFZ wznowiły prowadzenie postępowań konkursowych na poziomach referencyjnych. Według aktualnych danych dotyczących konkursów od 1 stycznia 2021 r. świadczenia na I poziomie psychiatrii dziecięcej udzielane są w 201 miejscach, a oddziały wojewódzkie prowadzą kolejne 77 postępowań konkursowych, z datą realizacji świadczeń od 1 marca lub 1 kwietnia 2021 r.

Pierwsze miesiące działalności ośrodków I poziomu referencyjnego przypadły na bardzo trudny okres epidemii i znacznego ograniczenia możliwości dotarcia do potencjalnych pacjentów i ich rodzin. Dodatkowo okres, w którym możliwości kontaktu były nieznacznie większe, przypadł na czas wakacji, tj. okres zmniejszonej intensywności korzystania ze świadczeń przez dzieci. Ze względu na obecną sytuację znaczna część świadczeń jest udzielana z wykorzystaniem technik teleinformatycznych. Możliwość udzielania świadczeń w środowisku także jest ograniczona.

Jednak okres ten został wykorzystany jako czas sprawdzania, w jaki sposób funkcjonują nowopowstałe ośrodki. Dla świadczeniodawców organizowano webinaria, których celem było wyjaśnienie pojawiających się pytań i zebranie informacji o działalności ośrodków. W wyniku doświadczeń pierwszych miesięcy wdrażania reformy Ministerstwo Zdrowia przygotowało nowelizację rozporządzenia koszykowego. Między innymi złagodzone zostały wymagania dla personelu ośrodków, co w konsekwencji może przyczynić się do zwiększenia liczby świadczeniodawców, którzy zostaną wyłonieni w ogłaszanych obecnie konkursach. Zmiana rozporządzenia wprowadziła także możliwość uwzględniania w sprawozdawczości wyników diagnozy psychologicznej. W związku ze zmianą rozporządzenia wprowadzona została także zmiana zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia przygotowuje także projekt, którego celem będzie wsparcie procesu wdrażania wyżej opisanej reformy. W ramach projektu mają zostać opracowane

standardy organizacyjne oraz kliniczno-diagnostyczne dla poszczególnych poziomów referencyjnych oraz prowadzone szkolenia dla pracowników. Dzięki realizacji projektu możliwe będzie zapewnienie właściwego poziomu świadczeń oraz wprowadzenie nowoczesnego podejścia do ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Planowany budżet projektu to ponad 7 milionów złotych. Planuje się, że działania w przedmiotowym zakresie zostaną sfinansowane ze środków europejskich.

2. Dostęp do systemu ochrony zdrowia psychicznego w trakcie COVID-19

W sytuacji wybuchu epidemii wirusa SARS-CoV-2 i związanego z tym zagrożenia epidemiologicznego, jak również wprowadzanych ograniczeń, priorytetowym działaniem było umożliwienie pacjentom korzystania ze świadczeń gwarantowanych. W celu zagwarantowania bezpiecznego dostępu do porad udzielanych przez psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów, Ministerstwo Zdrowia podjęło działania, których celem było umożliwienie pacjentom korzystania ze świadczeń ambulatoryjnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w ramach teleporad - z dniem 16 marca 2020 r. poprzez zmianę *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz. U. poz. 456), wprowadzono możliwość udzielania porad psychologicznych i sesji psychoterapii za pośrednictwem systemów teleinformatycznych. Wydane zostały także komunikaty Narodowego Funduszu Zdrowia do świadczeniodawców (z dnia 15 oraz 17 marca 2020 r.) dotyczące realizacji i rozliczania świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. Jednocześnie, ze względu na bezpieczeństwo epidemiologiczne, Fundusz zarekomendował przerwę w udzielaniu świadczeń grupowych i w oddziałach dziennych ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń dedykowanych dzieciom, młodzieży i seniorom. Należy zauważyć, iż działania te zostały oparte o rekomendacje Konsultantów krajowych ds. psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży, psychoterapii dzieci i młodzieży oraz epidemiologii.

Należy również podkreślić, że w celu umożliwienia wszystkim osobom doświadczającym zaburzeń psychicznych łatwiejszego dostępu do porad psychologicznych, na podstawie art. 30 *ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu* (Dz. U. poz. 1493 z późn. zm.), zniesiony został obowiązek skierowania w przypadku korzystania ze świadczeń

psychologicznych dla osób dorosłych (w przypadku dzieci i młodzieży takie skierowanie nie jest wymagane).

Ponadto, krajowi konsultanci w dziedzinie psychiatrii dorosłych oraz dzieci i młodzieży we współpracy z Pełnomocnikiem MZ ds. reformy w psychiatrii opracowali zalecenia postępowania w związku z ryzykiem zakażenia SARS-CoV-2 dla opieki psychiatrycznej (treść opracowania była również konsultowana z krajowym konsultantem w dziedzinie chorób zakaźnych). W zaleceniach znalazły się informacje dotyczące sposobu postępowania umożliwiającego udzielanie świadczeń osobom doświadczającym zaburzeń psychicznych w sposób ograniczający ryzyko zakażenia oraz zasady udzielania świadczeń osobom z podejrzeniem lub potwierdzeniem zakażenia wirusa SARS-CoV-2.

Dodatkowo na oficjalnej stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia zostały opublikowane informacje dotyczące ochrony zdrowia psychicznego w trakcie epidemii, zawierające m.in. numery telefonów, pod którymi można uzyskać pomoc i wsparcie psychologiczne¹. Na stronie znalazły się informacje o działających telefonach zaufania finansowanych ze środków publicznych – takich jak *Telefon zaufania dla osób w kryzysie psychicznym* prowadzony w ramach Narodowego Programu Zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia przygotowało także infografiki dotyczące podstawowych zasad higieny zdrowia psychicznego w trakcie epidemii, które zostały umieszczone na oficjalnych serwisach społecznościowych resortu.

Jednocześnie, odpowiadając na potrzeby pacjentów, Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) w ramach Telefonicznej Informacji Pacjenta uruchomił także pomoc psychologiczną dla osób w kryzysie związanym z zagrożeniem epidemicznym czy kwarantanną. Ta szczególna forma pomocy kierowana była do osób w kryzysie emocjonalnym, które źle znosiły odosobnienie, odczuwały stres lub lęk wywołany sytuacją zagrożenia epidemiologicznego. Infolinia psychologiczna działała w okresie od kwietnia do końca sierpnia 2020 r. W tym okresie odebranych zostało ponad 3 tys. połączeń.

Ponadto, NFZ – w ramach działań realizowanych przez Akademię NFZ – przygotował cykl filmów, dotyczących problemów zdrowia psychicznego w czasie epidemii koronawirusa, które opublikowane zostały w serwisie YouTube. Od 31 marca 2020 r. na portalu YouTube opublikowano 13 filmów z serii *Wsparcie psychologiczne w czasie epidemii*, poruszające m.in. problem lęku, izolacji, konfliktów w rodzinie czy

¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swadczen>

stygmatyzacji. Filmy zrealizowano w konwencji rozmów z psychoterapeutą, który objaśniał poszczególne problemy, a także wskazywał na praktyczne sposoby radzenia sobie z występującymi objawami oraz łagodzenia tychże objawów. Cyklowi filmów towarzyszyła akcja informacyjna w mediach internetowych i Telewizji Polskiej, której celem było dotarcie do jak najszerszej grupy osób, potrzebujących wsparcia psychologicznego z wiarygodnego źródła.

Od 10 października 2020 r., w związku z II falą epidemii wirusa SARS-CoV-2 wznowiono publikowanie kolejnych odcinków cyklu na fanpage'u Akademia NFZ.

Ponadto warto podkreślić szczególną rolę (zauważaną również przez WHO) regularnej aktywności fizycznej w kontekście profilaktyki zdrowia psychicznego. Zatem mając na uwadze dużą skalę narastającego lęku społecznego oraz intensyfikację stanów stresowych i depresyjnych, były i są realizowane działania ukierunkowane na zwiększenie aktywności fizycznej w społeczeństwie (m.in. blok treningowy „*Poranne rozciąganie z Pytaniem na Śniadanie i NFZ*” oraz cykl propagujący codzienną aktywność fizyczną, w warunkach domowych, dla osób w każdym wieku - „*8 TYGODNI DO ZDROWIA*”).

3. Reforma systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dorosłych

Od 2018 r. Ministerstwo Zdrowia prowadzi kompleksową reformę psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla osób dorosłych opartą na programie pilotażowym w centrach zdrowia psychicznego. Celem pilotażu jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, opartego na centrach zdrowia psychicznego, o których mowa w art. 5a *ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* w aspekcie:

- organizacyjnym,
- finansowym,
- jakościowym,
- równości i dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z przepisami *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego* (Dz. U. poz. 852 z późn. zm.), udzielanie świadczeń w ramach programu pilotażowego możliwe jest od 1 lipca 2018 r. do 31 grudnia 2022 r. Każdy podmiot zakwalifikowany do programu pilotażowego tworzy jedno centrum zdrowia psychicznego.

Zadaniem realizatora programu pilotażowego tj.: podmiotu leczniczego odpowiedzialnego za funkcjonowanie centrum zdrowia psychicznego jest zapewnienie kompleksowej opieki psychiatrycznej (doraźnej, ambulatoryjnej, środowiskowej, dziennej i całodobowej) dla dorosłej ludności zamieszkałej na obszarze jego działania (od 50 do około 200 tys. mieszkańców).

Należy podkreślić, że obszar działania Centrów został określony w sposób gwarantujący lokalny charakter podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach pilotażu. Wskazany obszar działania umożliwi sprawne zarządzanie populacją objętą opieką oraz prowadzenie procesu terapeutycznego w sposób adekwatny do potrzeb pacjentów (umożliwi indywidualne podejście zespołu terapeutycznego do danego pacjenta), który daje możliwość w sposób znaczący przyczynić do zwiększenia efektów terapeutycznych.

Kluczowym i nowym elementem w zakresie wdrażania programu pilotażowego jest **Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny**, do którego zadań należy m.in.:

1. Udzielanie informacji o zakresie działania centrum i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej,
2. Przeprowadzenie wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osób zgłaszających się do PZK, uzgodnienie wstępnego planu postępowania terapeutycznego oraz udzielenie możliwego wsparcia w zakresie ustalonych potrzeb;
3. Uzgodnienie terminu przyjęcia i wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia psychiatrycznego, w przypadkach pilnych nie później niż 72 godziny od zgłoszenia,
4. W przypadkach tego wymagających wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia z zakresu pomocy społecznej,
5. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Doświadczenia z funkcjonowania placówek udzielających świadczeń w ramach pilotażu centrów zdrowia psychicznego w 2020 r. wskazują, iż w sytuacji nadzwyczajnych okoliczności związanych z epidemią pilotażowe CZP charakteryzuje łatwość szybkiego dostosowania sposobu reagowania na zmieniające się lub nowe potrzeby oraz nowe okoliczności. Funkcjonowanie CZP w czasie zmieniającej się sytuacji epidemicznej było możliwe dzięki organizacji tychże placówek, charakteryzującej się elastycznymi harmonogramami i warunkami udzielania świadczeń, odmiennymi od form opieki

funkcjonujących w ramach tradycyjnych rozwiązań systemowych. Istotne znaczenie odegrał również nowy sposób finansowania pilotażowych CZP – w postaci ryczałtu na populację, co zapewniło stabilność finansową CZP i umożliwiło skupienie działań na poszukiwaniu adekwatnych rozwiązań w odpowiedzi na wyzwania związane z epidemią.

Ponadto z obserwacji kierowników CZP wynika, iż dobrze funkcjonująca opieka środowiskowa sprzyja dobremu rozeznaniu potrzeb pacjentów i ich warunków życia, co sprawia, że nawet w sytuacji nadzwyczajnej, jak epidemia znane są już kanały i sposoby reagowania.

Ponadto w 2020 r. monitorowano na bieżąco przebieg pandemii COVID-19 w Polsce poprzez analizę danych i opracowywanie prognoz. Dokonano analiz i wypracowano rekomendacje zmian systemowych w zakresie 5 problemów zdrowotnych: cukrzycy, udaru mózgu, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, niewydolności serca i schizofrenii. W pracach uczestniczyli analitycy resortu zdrowia we współpracy z ekspertami medycznymi i zdrowia publicznego.

Kontynuowano prace związane z aktualizacją i udoskonalaniem map potrzeb zdrowotnych. W lipcu 2020 r. udostępniono na stronie www.mpz.mz.gov.pl dane do map potrzeb zdrowotnych w formie interaktywnych aplikacji. Stanowią one praktyczne narzędzie, zawierające bazę danych i analiz dla instytucji i osób z obszaru ochrony zdrowia m.in. NFZ, samorządów, dyrektorów szpitali czy przychodni. Przygotowana została również nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która wprowadzi nowe regulacje dotyczące systemu opracowania i wykorzystania map potrzeb zdrowotnych, konsumując wszystkie dotychczasowe doświadczenia oraz opinie i oczekiwania interesariuszy. W grudniu 2020 r. ustawa była w końcowej w fazie prac legislacyjnych.

Z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Maciej Miłkowski
Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/