



# Minister Zdrowia

DSZ.031.1.2024.JP  
Warszawa, 15 marca 2024

Pan  
Bartłomiej Chmielowiec  
Rzecznik Praw Pacjenta

Szanowny Panie Rzeczniku,

w odpowiedzi na pismo z dnia 11 stycznia 2024 r. znak: RzPP-DWS-WPS.033.1.2024 w sprawie przekazania informacji do sprawozdania z przestrzegania praw pacjenta na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w 2023 r. w tym opinii o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, a także o wybranych najważniejszych zmianach/reformach wprowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia, uprzejmie przekazuję poniższe informacje.

Działania Ministra Zdrowia w roku 2023 r. były kontynuacją podejmowanych w poprzednich latach inicjatyw i stanowiły realizację celów zawartych w Narodowej Strategii Onkologicznej, Programie rozwoju e-Zdrowia w Polsce na lata 2022-2027, Narodowym Programie Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 i Krajowym Planie Odbudowy<sup>1</sup>.

Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 (NPChUK)<sup>2)</sup> jest odpowiedzią na obecny i prognozowany wzrost zachorowań na choroby układu krążenia (ChUK), a także wynikające z tego skutki w postaci wysokiej umieralności oraz poważnych konsekwencji społecznych, w tym pogarszania jakości życia chorych i znacznych obciążeń finansowych związanych z leczeniem tych chorób.

Celem NPChUK jest zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny oraz efektywny system ochrony zdrowia. Efektem realizacji Programu ma być wydłużenie życia i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa.

W 2023 r. realizowano działania skupiające się na pięciu głównych obszarach NPChUK:

- I. Inwestycje w kadry;
- II. Inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia;
- III. Inwestycje w pacjenta;
- IV. Inwestycje w naukę i innowacje;
- V. Inwestycje w system opieki kardiologicznej.

W ramach NPChUK w 2023 r. realizowano działania, które związane są z poprawą dostępu, jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych:

- doposażono 49 podmiotów leczniczych w sprzęt medyczny służący do diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia. Dofinansowanie, w kwocie ponad 84 mln zł, dotyczyło zakupu systemu holterowskiego pomiaru ciśnienia z akcesoriami, sprzętu

---

<sup>1</sup> Plan działalności Ministra Zdrowia na rok 2023 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/plan-dzialalnosci-na-rok-2023>

<sup>2)</sup> Uchwała Nr 247 Rady Ministrów z 6 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 (M.P. z 2022 r. poz. 1265).

z dziedziny intensywnej terapii stosowanego w opiece nad pacjentami kardiologicznymi oraz aparatów do krążenia pozaustrojowego z wyposażeniem<sup>3)</sup>;

- rozpoczęto prace nad opracowaniem Kalkulatora Stanu Zdrowia – Kalkulator pozwoli każdemu użytkownikowi (pacjentowi) na ocenę obszarów ryzyka chorób układu krążenia oraz umożliwi weryfikację, które obszary wymagają interwencji, w tym pilnej interwencji (kontakt z lekarzem);
- opracowano i przeprowadzono w 250 losowo wybranych placówkach edukacyjnych „Ankiety dotyczącej świadomości młodocianych dorosłych na temat chorób układu krążenia”. Ankiety wypełniali uczniowie, którzy ukończyli 18 lat. Analiza danych dotycząca świadomości młodych dorosłych nt. czynników ryzyka chorób układu krążenia (m.in. alkohol, nikotyna) zostanie zestawiona z wynikami analizy potrzeb zdrowotnych w 2024 r. co umożliwi opracowanie w 2024 roku założeń do programów edukacyjnych oraz przygotowania propozycji materiałów informacyjno-edukacyjnych do wykorzystania w ogólnopolskiej kampanii informacyjno-promocyjnej nt. profilaktyki pierwotnej chorób układu krążenia oraz zasad zdrowego stylu życia;
- rozszerzono pilotaż Krajowej Sieci Kardiologicznej o 6 województw: dolnośląskie, łódzkie, małopolskie, pomorskie, śląskie i wielkopolskie, a także przedłużenie jego realizacji w woj. mazowieckim. Celem programu jest przyspieszenie i uproszczenie diagnostyki pacjentów kardiologicznych z nadciśnieniem tętniczym opornym i wtórnym, niewydolnością serca, zaburzeniami rytmu i przewodzenia i/lub wadami zastawkowymi serca. Programem pilotażowym w 2023 roku objęto 19 085 świadczeniobiorców.

W 2023 r. zapewniono również pacjentom kardiologicznym dostęp do 4 nowych świadczeń:

- 1) w ramach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego zagwarantowano:
  - a) wszczepienie przezcewnikowe bezelektrodowego systemu do stymulacji jednojamowej;
  - b) przezcewnikowa naprawa niedomykalności zastawki trójdzielnej metodą brzeg-do-brzegu za pomocą klipsa;
  - c) monitorowanie zdarzeń arytmicznych przy użyciu wszczepialnych rejestratorów zdarzeń (ILR):

- u chorych po kryptogennym udarze mózgu oraz

- po nawracających utratach przytomności, których przyczyny nie udało się ustalić pomimo rozszerzonej diagnostyki;

- 2) w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z dnia 12 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji zagwarantowano mechaniczne wspomaganie serca pompą wspomagającą lewą komorę serca u pacjentów z ciężką niewydolnością serca, niekwalifikujących się do transplantacji serca jako terapia docelowa.
- 3) na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 2294) wprowadzono do wykazu świadczeń gwarantowanych nowe świadczenie opieki zdrowotnej „Badanie nasienia (seminogram)”.

Podkreślenia wymaga, że badanie nasienia jest podstawowym badaniem pierwszego rzutu wykorzystywanym w diagnostyce niepłodności męskiej, która powinna się rozpocząć równoległe z diagnostyką kobiety. W trakcie badania analizowane są ogólne parametry nasienia, takie jak objętość i lepkość ejakulatu, czas upłynnienia, pH, wygląd nasienia,

---

<sup>3)</sup> Szczegóły dotyczące konkursów NPChUK przeprowadzonych w 2023 r. znajdują się na stronie MZ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-chorob-ukladu-krzenia3> (dostęp: 30.01.2024 r.).

ogólna liczba plemników w nasieniu, liczba plemników w 1 ml ejakulatu, odsetek żywych i poruszających się plemników, a także ewentualna aglutynacja (zgrupowanie) plemników i stopień jej zaawansowania.

- 4) na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 2226) wprowadzone zostały następujące badania diagnostyczne finansowane z budżetu powierzonego:

„7) immunoglobuliny E całkowite (IgE);

8) immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem oznaczeń dotyczącym alergii wziewnych i pokarmowych; alergenzy:

a) wziewne: leszczyna, olcha, brzoza, trawy, żyto, bylica, roztocza kurzu domowego, pies, kot, alternaria,

b) pokarmowe: mleko, jajko, pszenica, soja, orzechy ziemne, orzechy laskowe, ryby, owoce morza – skorupiaki, marchew, jabłko.”;

oraz świadczenia opieki koordynowanej z zakresu: Diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek

W 2023 roku Minister Zdrowia wydał rozporządzenia pilotażowe takie jak:

- 1) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 maja 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD (Dz. U. poz. 1202);
- 2) Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z wczesnym zapaleniem stawów KOWZS;

których celem jest przetestowanie nowych modeli organizacyjnych czego konsekwencją powinno być poprawienie jakości opieki jak również zwiększenie dostępności do świadczeń w przedmiotowych obszarach.

Ponadto w 2023 r. trwały prace nad nowelizacją takich programów pilotażowych jak:

- 1) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1985) - wydłużony został termin trwania programu pilotażowego do 30. 06. 2024 r. celem zapewnienia dostępu do świadczenia ratującego życie.
- 2) rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej - wprowadzono zmiany umożliwiające zwiększenie dostępności do świadczeń kardiologicznych realizowanych w ramach programu pilotażowego.

Trwały również prace nad nowelizacją programu pilotażowego dotyczącego koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami. Wskazać należy, że celem programu pilotażowego jest poprawa efektywności diagnostyki i leczenia świadczeniobiorców z NF/RAS oraz wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych charakterystycznych dla tej grupy świadczeniobiorców, a także ocena efektywności organizacyjnej nowego modelu opieki nad świadczeniobiorcami z NF/RAS.

Zgodnie z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami wydłużono etap realizacji programu pilotażowego do dnia 31 grudnia 2024 r. Wydłużenie czasu trwania programu pilotażowego umożliwi przeprowadzenie niezbędnych działań

legislacyjnych mających na celu wdrożenie i zaadaptowanie przetestowanych w ramach pilotażu rozwiązań do systemu ochrony zdrowia. Ponadto w celu zapewnienia świadczeniodawcom środków finansowych na wzrost wynagrodzeń dokonano podwyższenia wyceny świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami.

Wskazać również należy, iż w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 stycznia 2024 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami zwiększono liczbę ośrodków koordynujących o Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie oraz Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie realizujących program pilotażowy. Dzięki tej zmianie dla osób korzystających z opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego oraz województwa warmińsko-mazurskiego skróci się ścieżka diagnostyczna i zwiększy się dostęp do badań.

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

W portfelu (PAZ) mogą być umieszczane aplikacje skierowane do pacjentów, które pozytywnie przeszły proces oceny i otrzymały tytuł Aplikacji Certyfikowanej MZ. Aplikacje te są weryfikowane pod względem bezpieczeństwa informacji oraz w zakresie zawartości merytorycznej, które wesprą pacjenta w kwestiach zdrowotnych, a w przypadku aplikacji będących wyrobem medycznym będą pomocne w procesie diagnozy i leczenia problemów zdrowotnych pacjentów.

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

Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2024 r. w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 103) rozszerzony został wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania są wystawiane w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej, o skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową. Przedmiotowa zmiana stanowi konsekwentne rozwinięcie działań zmierzających do usprawnienia funkcjonowania procesu wystawiania i realizacji skierowań przez ich cyfryzację.

Co więcej, Ministerstwo Zdrowia w 2023 r. podejmowało wiele innych ważnych inicjatyw i działań mających na celu wzmocnienie ochrony prawa pacjenta, jednym z kluczowych było realizowanie projektu Dostępność Plus dla zdrowia, którego celem było dostosowanie szpitali oraz placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej do wymagań osób ze szczególnymi potrzebami.

Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło 4 nabory wniosków o powierzenie grantów, 2 dla szpitali i 2 dla placówek POZ. Wnioskodawcy złożyli 900 wniosków o powierzenie grantów,

w tym 290 przez szpitale i 610 przez placówki POZ. W ramach projektu przeprowadzono 382 audyty wstępne, w tym w 78 szpitalach i 304 w placówkach POZ. Audytów końcowych przeprowadzono 350, tj. 78 w szpitalach i 272 w placówkach POZ.

W każdej placówce, która przystąpiła do projektu i zrealizowała zakres rzeczowy grantu nastąpiła poprawa dostępności. Największe potrzeby związane były z poprawą dostępności architektonicznej. W tym zakresie placówki realizowały zadania związane z remontami: strefy wejścia – remont schodów (właściwa geometria stopni, antypoślizgowa nawierzchnia, balustrady, pochyty, oznakowanie) pochylni, wymianą drzwi wejściowych, zapewnieniem prawidłowego wiatrołapu. W istotny sposób poprawiona została komunikacja pionowa dzięki montażom wind oraz podnośników pionowych. Przeprowadzane zostały remonty ciągów komunikacyjnych (wymiana nawierzchni na antypoślizgową i kontrastową względem ścian), rejestracji i gabinetów. Powstawały pokoje dla matki i dziecka, pomieszczenia z przewijakami dla dorosłych. W większości placówek została dostosowana toaleta do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Istotnym elementem poprawy dostępności było także właściwe oznakowanie placówek, wyposażenie w sprzęt do ewakuacji. Wyznaczane były też miejsca parkingowe dla OzN w pobliżu wejścia głównego.

W zakresie dostępności cyfrowej dostosowywano przede wszystkim strony internetowe do zgodności ze standardem WCAG 2.1. Istotną część zadań dotyczyła poprawy infrastruktury IT i infrastruktury informacyjnej, tj. kioski multimedialne, automaty biletowe, wyświetlacze, moduły do telemedycyny.

W zakresie informacyjno-komunikacyjnym najważniejszym zadaniem z punktu widzenia zapewnienia dostępności były szkolenia, np. z komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami, z zatrudniania osób z niepełnosprawnościami, z wdrażania standardu dostępności. W ocenie Ministra Zdrowia projekt Dostępność Plus dla zdrowia w dużej mierze zapewnił swobodny dostęp do dóbr, usług oraz możliwości udziału w życiu społecznym i publicznym osób ze szczególnymi potrzebami.

Wspomnieć również należy o **Programie pilotażowym w zakresie monitorowania dzieci i młodzieży z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności** wdrożonym na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie monitorowania dzieci i młodzieży z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności (Dz. U. poz. 2601, z późn. zm.) i **Programie pilotażowym w zakresie Centralnej e-Rejestracji** wdrożonym na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 czerwca 2022 roku w sprawie programu pilotażowego w zakresie elektronicznej rejestracji centralnej na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. (Dz.U. poz. 1207).

Celem programu pilotażowego **w zakresie monitorowania dzieci i młodzieży z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności** jest ocena efektywności realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem innowacyjnego urządzenia wielofunkcyjnego do monitorowania dzieci i młodzieży z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności, w tym po przebytych zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Innowacyjne urządzenie wielofunkcyjne jest to urządzenie medyczne pozwalające na zdalne monitorowanie stanu zdrowia pacjenta w zakresie: badania obrazowego ucha, osłuchiwanie płuc i serca, badania obrazowego gardła, a także umożliwiające przeprowadzenie badania obrazowego skóry i całego ciała oraz pomiaru temperatury ciała.

Natomiast celem programu pilotażowego **w zakresie Centralnej e-Rejestracji** była ocena efektywności elektronicznej rejestracji centralnej, w tym możliwości samodzielnego wyszukiwania przez świadczeniobiorców dostępnych terminów udzielania wybranych świadczeń i dokonywania przez nich zgłoszeń, mechanizmów przydzielania świadczeniobiorcom terminów udzielenia świadczenia, a także udostępniania przez świadczeniodawców jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia

właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia harmonogramów przyjęć dla zakresów świadczeń, których dotyczy program pilotażowy, oraz ich prowadzenia w systemie P1. 31.03.2023 r. zakończył się program pilotażowy w zakresie elektronicznej rejestracji centralnej na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Pacjenci uzyskali możliwość rejestracji na wybrane świadczenia tj. z zakresu kardiologii, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa. Pilotaż był realizowany od czerwca 2022 r. do marca 2023 r.

Zauważenia wymaga również, iż w odpowiedzi na postulaty przedstawicieli podmiotów świadczących opiekę długoterminową nad pacjentami chorymi na AIDS, Ministerstwo Zdrowia uznało za zasadne rezygnację ze stosowania skali Barthel przy kwalifikacji pacjentów chorych na AIDS do przyjęcia do zakładu opiekuńczo leczniczego albo zakładu pielęgnacyjno- opiekuńczego. Jednocześnie uznano, że przypadku pacjentów chorych na AIDS wynik oceny w skali Barthel nie powinien być także brany pod uwagę jako kryterium decydujące o zakończeniu udzielania świadczeń w ramach opieki długoterminowej.

Skala Barthel, stosowana jako podstawowy wymóg kwalifikacyjny do zakładów opiekuńczych, jest skalą oceniającą zdolność pacjenta do wykonywania codziennych czynności (rodzaj skali ADL – Activities of Daily Living – Skala Podstawowych Czynności Życia Codziennego). Wynik 40 lub mniej punktów w skali Barthel stanowi obecnie kryterium kwalifikacyjne do objęcia świadczeniami. Jednak skala ta nie weryfikuje pewnych istotnych aspektów stanu zdrowia osób chorych na AIDS. Związane jest to z faktem, że osoby chore na AIDS nie zawsze doświadczają obniżonej funkcjonalności w czynnościach życia codziennego, co – mimo medycznej zasadności do objęcia ich świadczeniami z zakresu opieki długoterminowej – powodowało nieosiągnięcie kryterium kwalifikacyjnego i tym samym pozbawiało chorych opieki w zakładach opiekuńczych. Z drugiej strony, powrót do zwiększonej funkcjonalności (wynik powyżej 40 punktów w skali Barthel) jest stosowany jako przesłanka do wypisania pacjenta z tego rodzaju podmiotów. W przypadku pacjentów chorych na AIDS to nie ich sprawność w czynnościach życia codziennego powinna być głównym determinantem konieczności udzielenia im świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych z zakresu opieki długoterminowej, ale charakterystyka przewodniej jednostki chorobowej.

W związku z powyższym, w 2023 r. dokonano zmian następujących rozporządzeń, wyłączając stosowanie skali Barthel wobec pacjentów z AIDS podczas kwalifikacji do ZOL/ZPO:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno- opiekuńczych (Dz. U. poz. 893);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. poz. 894).

Działania systemowe kontynuowane były również w ramach reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego zarówno dla dorosłych jak i dzieci i młodzieży, których głównym założeniem jest rozwijanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w duchu procesu deinstytucjonalizacji oraz wyrównanie dostępu do opieki psychiatrycznej we wszystkich regionach kraju. Model środowiskowy umożliwia prowadzenie procesu terapeutycznego blisko miejsca zamieszkania, w sposób adekwatny do potrzeb pacjentów, pozwalana wczesne wykrywanie kryzysów psychicznych. Może przyczynić się do zwiększenia efektów terapeutycznych, jak również zapobiega zjawisku stygmatyzacji pacjentów. Wdrażane rozwiązania umożliwiają lepszą koordynację świadczeń udzielanych pacjentom oraz tworzenie indywidualnych planów postępowania terapeutycznego. Ponadto lekarze specjaliści wspierani są przez pozostałe zawody medyczne w tym m.in.: psychologów, psychoterapeutów czy terapeutów środowiskowych.

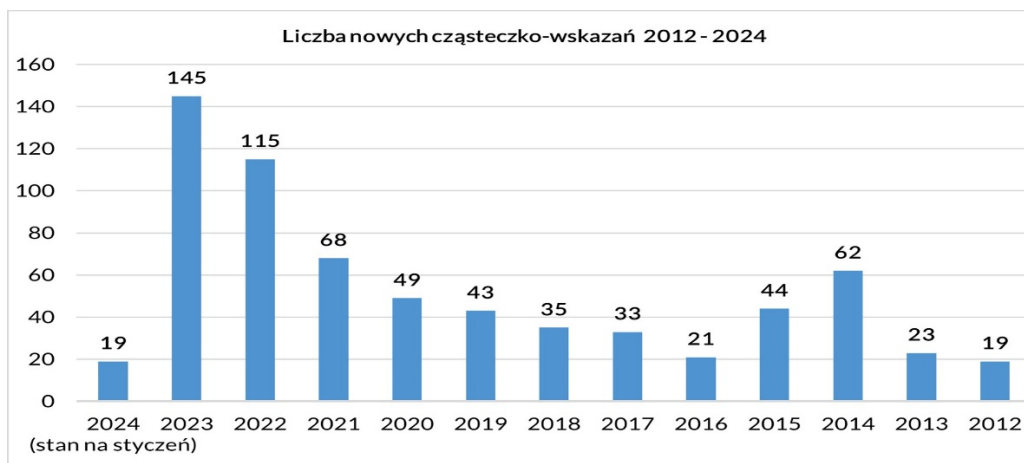
W ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, w 2023 r. funkcjonowało 106 centrów zdrowia psychicznego, które swym wsparciem objęły około 44% populacji osób dorosłych. Natomiast w ramach realizacji reformy opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży (opartego na trzech poziomach referencyjnych) funkcjonowało w ramach:

- I poziomu referencyjnego - 454 Zespoły i Ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży;
- II poziom referencyjnego - 161 Centrów Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży;
- III poziomu referencyjnego - 34 Ośrodki Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej.

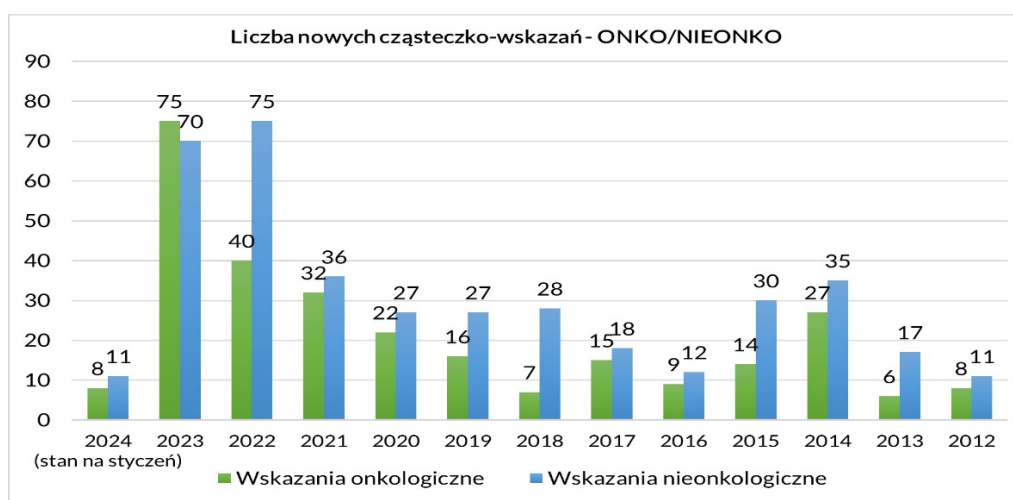
Wspomnieć również należy, iż w 2023 r. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia opracowane zostały Standardy organizacyjne i merytoryczne dla podmiotów nowego modelu systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, zawierające wytyczne lub ścieżki postępowania medycznego. Standardy opracowane zostały zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, pod redakcją uznanych autorytetów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży: prof. dr hab. n. med. Anity Bryńskiej, prof. dr hab. n. med. Tomasza Wolańczyka oraz prof. dr hab. n. med. Agnieszki Słopeń. W połowie listopada 2023 r. przyjęte zostało ponadto rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 (Dz. U. poz. 2480). Program zawiera kierunek zalecanych rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia psychicznego, działań i warunków rozwoju systemu ochrony zdrowia psychicznego, oraz niezbędnych działań legislacyjnych. Istotne jest uwzględnienie w bieżącej edycji Programu zadań z zakresu opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą.

Istotny aspekt w ramach działań prowadzonych w 2023 r. stanowiła również polityka lekowa. Leki to jedna ze stref w systemie ochrony zdrowia, która stanowi inwestycję w zdrowie i dłuższe życie polskich pacjentów. Zapewnienie bezpiecznych i skutecznych leków, dostępnych w odpowiednim miejscu i czasie stanowi filar poprawy zdrowia pacjenta. Ostatnie lata stanowiły przełom w liczbie nowych terapii obejmowanych refundacją. Ministerstwo Zdrowia nieustająco rozwija listę leków refundowanych, a każde obwieszczenie przynosi dobre wiadomości dla pacjentów oczekujących na refundację produktów w schorzeniu, na które cierpią. Zwiększająca się liczba nowych objęć jest obserwowana szczególnie od 2019 r., gdzie wyraźnie zauważalny jest wzrost obejmowania refundacją wskazań onkologicznych oraz dotyczących chorób rzadkich. Na szczególną uwagę zasługuje rok 2022, w którym zrefundowanych zostało 115 innowacyjnych terapii, z czego 40 dotyczyło onkologii, a 37 chorób rzadkich. Do historii przechodzi rok 2023, w którym refundacją objęto aż 145 innowacyjnych terapii (w tym 75 onkologicznych, 43 wskazania w chorobach rzadkich). **Od początku istnienia ustawy refundacyjnej to właśnie w 2023 r. zaoferowano polskim pacjentom najwięcej możliwości w dostępie do innowacyjnych terapii.**

Wyk. 1. Liczba nowych cząsteczko-wskazań 2012-2024



Wyk. 2. Liczba nowych cząsteczko-wskazań – ONKO/NIEONKO



Wyk. 3. Liczba nowych cząsteczko-wskazań – wskazania rzadkie





- Niezaprzeczalny wydaje się fakt, iż resort zdrowia przykłada bardzo dużo uwagi do problemu osób chorych na choroby onkologiczne, choroby cywilizacyjne oraz choroby rzadkie.
- Najwięcej nowych wskazań onkologicznych w 2023 r. zaobserwowano w hematologii (28), w nowotworach układu ginekologicznego (11), w nowotworach układu oddechowego (11), w nowotworach pokarmowego (9).
- W dziedzinach nieonkologicznych najbardziej dostrzeżone dziedziny w 2023 r. to kardiologia (20), reumatologia (7), hematologia (7) oraz dermatologia (6) i diabetologia (6).
- Wprowadzono również 30 zmian w onkologicznych programach lekowych i w katalogu chemioterapii oraz 11 zmian w nieonkologicznych programach lekowych.

Zmiany dotyczą np. aktualizacji wskazań, łączenia programów lekowych, modyfikacji w kryteriach kwalifikacji, porządkowania terapii, zmian w diagnostyce, zmiany kategorii dostępności.

Wyk. 4. Częstotkowo-wskazania onkologiczne w 2023 r.



Wyk. 5. Częstotkowo-wskazania nieonkologiczne w 2023 r.



#### Najważniejsze zmiany w zakresie bezpieczeństwa lekowego wprowadzone w 2023 r.

- 1) Od 1 września 2023 r. na mocy nowelizacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.) została rozszerzona grupa osób uprawnionych do otrzymywania bezpłatnych leków o osoby powyżej 65 roku życia (wcześniej od 75 roku życia) oraz osoby poniżej 18 roku życia, a co za tym idzie od 1 września 2023 r. obwieszczeniem Ministra Zdrowia została rozszerzona lista leków refundowanych;
- 2) Ustawą z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1938), została wprowadzona możliwość obniżenia kwoty odpłatności za leki dla pacjenta o 10% lub 15%, tj. zgodnie ze znowelizowanym art. 6 ust. 2a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm., dalej „ustawa o refundacji”):
  - 10% - w przypadku gdy lek jest wytwarzany na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo gdy do jego wytworzenia wykorzystano substancję czynną wytworzoną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
  - 15% - w przypadku gdy lek jest wytwarzany na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z wykorzystaniem substancji czynnej wytwarzanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

- przy czym koszt tej obniżki jest finansowany ze środków Funduszu.

Wydanie decyzji Ministra Zdrowia o objęciu refundacją leku, dla którego złożono wniosek o objęcie refundacją i dla którego w terminie 30 dni od dnia wpłynięcia wniosku o objęcie refundacją Minister Zdrowia wydał postanowienie o przyznaniu preferencji (o których mowa w art. 13a ust. 2 ustawy o refundacji) jest podstawą zamieszczenia jej na wykazie leków refundowanych w części stanowiącej, że lek został uznany za wytworzony w Polsce lub z substancji czynnej wytworzonej w Polsce, a co za tym idzie do obniżenia kwoty odpłatności dla pacjenta (art. 6 ust. 2a ustawy o refundacji), tylko taka ostateczna decyzja administracyjna może znaleźć się na obwieszczeniu, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji.

- 3) Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 listopada 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. (Dz. U. poz. 2461) poszerzono dostęp pacjentów do wyrobów medycznych na zlecenie, uwzględniając zarówno nowe pozycje, jak i dostosowując limity do realiów rynkowych. Nowelizacja wprowadza zmiany będące odpowiedzią na postulaty pacjentów, lekarzy i organizacji pacjenckich. Celem tych propozycji jest zwiększenie dostępności do wyrobów medycznych oraz uszczegółowienie obowiązujących przepisów, co pozwoli na wyeliminowanie problemów interpretacyjnych.

Najważniejsze zmiany merytoryczne obejmują kwestie:

- 1) Zmiany limitów i opisów ortez i protez na zamówienie, jak również obuwia ortopedycznego na zamówienie, co wynika ze zmian technologicznych, a także konieczności uwzględnienia cen wyrobów medycznych. Limity zostały określone w oparciu o dane rynkowe, jak również możliwości uzyskania dofinansowania z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, który w przypadku osób z niepełnosprawnością jest źródłem dofinansowania do zaopatrzenia w wyroby medyczne refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”.

- 2) Zmniejszenie udziału pacjenta w limicie refundacji na wyroby medyczne chłonne z 30% do 20%, a w przypadku dzieci do 10%. Biorąc pod uwagę dostępne ścieżki zaopatrzenia, w tym także możliwość zakupów przez internet realizowanych drogą wysyłkową, przez świadczeniodawców, którzy podpisali umowę z NFZ, obniżenie udziału w limicie przybliży limit do realnych cen wyrobów medycznych. Ceny wyrobów medycznych w ramach wyrobów medycznych na zlecenie nie są cenami sztywnymi, co pozwala poszukiwać wyrobów medycznych w najbardziej konkurencyjnych cenach dla pacjenta.
- 3) Wprowadzenie do wykazu aparatów do pomiaru INR/PT dla pacjentów leczonych antagonistami witaminy K wymagających regularnej kontroli wskaźnika PT/INR do ukończenia 18. roku życia lub ze sztucznymi mechanicznymi zastawkami serca lub z migotaniem przedsionków z umiarkowaną do ciężkiej stenozą mitralną lub posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, co ma na celu poprawę przestrzegania farmakoterapii i ułatwienie monitorowania leczenia, a także w uzasadnionych medycznie przypadkach zmiany w dawkowaniu leków.
- 4) Dodanie wkładek ortopedycznych na zamówienie wraz z badaniem rozmieszczenia nacisków na podeszwowej stronie stóp co ma służyć profilaktyce pierwotnego lub wtórnego owrzodzenia u pacjentów z cukrzycą i zespołem stopy cukrzycowej.
- 5) Poszerzenie wykazu o wyroby medyczne kompresyjne okrągłodziane w populacji pacjentów z niewydolnością żylną w leczeniu lub profilaktyce owrzodzeń żylnych.
- 6) Zmiany w refundacji osprzętu do pomp insulinowych, uwzględniające rekomendowane okresy użytkowania, jak również nowe wyroby medyczne na rynku.
- 7) Zwiększenie limitu refundacji w przypadku bardzo wysokich wad wzroku pow. 10 dptr.
- 8) Podział refundacji białych lasek ze względu na ich funkcjonalność i zastosowanie, wraz z odrębnymi limitami.
- 9) Wprowadzenie refundacji wyrobów medycznych dedykowanych pacjentkom po mastektomii: rękawów profilaktycznych kompresyjnych okrągłodzianych, gorsetów pooperacyjnych i biustonoszy.
- 10) Podział refundacji protez piersi ze względu na ich budowę, a także podniesienie limitu na nie oraz zwiększenie limitu na peruki.
- 11) Uwzględnienie chorób rzadkich takich jak hiperinsulinizm i glikogenozą w refundacji systemów monitorowania glikemii, jak również zmiany w warunkach przyznawania tych systemów (m.in. poszerzenie wskazań do refundacji FGM o kobiety w ciąży i w okresie połogu z cukrzycą). W zakresie sensorów do systemów monitorowania glikemii CGM-RT został wprowadzony wymóg możliwości dawkowania insuliny na podstawie odczytów z sensorów z datą od 1 stycznia 2025 r. Wprowadzenie tego wymogu zostało opóźnione o rok ze względu na dodatkowy czas na dostosowanie się do opisanej użyteczności. Doprecyzowano także przepisy w zakresie kontynuacji zleceń na systemy monitorowania celem ze względu na wątpliwości w zakresie ich stosowania.
- 12) Zmniejszenie udziału w limicie cewników hydrofilowych do 10% dla pacjentów dorosłych.
- 13) Wprowadzenie refundacji na plastry mocujące do filtrów HME.

Wśród działań w zakresie szeroko rozumianej dostępności, które znacząco przyczyniły się do usprawnienia funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce wymienić należy stałe monitorowanie sytuacji dostępności rynkowej poszczególnych produktów leczniczych, wydawanie tzw. list antywywozowych (obwieszczenia Ministra Zdrowia

wydawane co najmniej raz na 2 miesiące, określające wykaz leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, najbardziej zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, by ochronić umieszczone w wykazie produkty lecznicze przed sprzedażą poza granice Polski, co mogłoby prowadzić do powstawania niedoborów niektórych na polskim rynku farmaceutycznym), liczne kontakty z podmiotami odpowiedzialnymi, hurtowniami farmaceutycznymi, ale również realizując ustalenia zapadłe podczas posiedzeń Zespołu do spraw przeciwdziałania brakom w dostępności produktów leczniczych (którego pracami kieruje Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia odpowiedzialny za politykę lekową), licznym analizom sytuacji rynkowej:

- 1) leków, dla których Prezes URPL otrzymał informacje od podmiotów odpowiedzialnych o czasowym lub stałym wstrzymaniu obrotu,
- 2) leków zamieszczonych na liście antywowozowej,
- 3) leków objętych finansowaniem ze środków publicznych,

udało się zapobiec systemowym brakom leków, a ewentualne utrudnienia nastąpiły na poziomie lokalnym i tylko dla poszczególnych, konkretnych leków określonych podmiotów odpowiedzialnych.

W 2023 r. opublikowano 8 obwieszczeń Ministra Zdrowia w sprawie wykazu produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, liczba pozycji oscylowała w granicach 200, co przełożyło się na ponad 1% z sumarycznej liczby wszystkich pozwoleń na dopuszczenie do obrotu.

Ponadto Minister Zdrowia uczestniczył w spotkaniach związanych z działalnością Polski na arenie międzynarodowej (współpracując z EMA, HERA, OECD). W porównaniu do poprzednich lat w 2023 r. ilość zadań w powyższym zakresie znacznie się zwiększyła. W porozumieniu z Głównym Inspektoratem Farmaceutycznym, Minister Zdrowia wziął udział w opracowaniu listy leków krytycznych przyjętej przez grupę zadaniową EMA/HMA ds. dostępności leków dopuszczonych do obrotu.

Dodatkowo, zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 lipca 2019 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2019 r. poz. 57) utworzony został Zespół do spraw przeciwdziałania brakom w dostępności produktów leczniczych jako organ pomocniczy ministra właściwego do spraw zdrowia. Pracami Zespołu kieruje Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia odpowiedzialny za politykę lekową. Spotkania Zespołu odbywają się cyklicznie, nie rzadziej niż raz na trzy miesiące. Od chwili utworzenia odbyło się już ponad dwadzieścia spotkań.

Zespół analizuje sytuację rynkową leków, w odpowiedzi na zgłoszenia dotyczące problemów z nabyciem leku i rekomenduje odpowiednie działania. Zespół dokonuje analiz dotyczących dostępności:

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

Analizie podlegają również produkty lecznicze wskazane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego, dla których wystąpiły odmowy realizacji recept.

Jednym z zadań Zespołu jest przygotowywanie rekomendacji dla Ministra Zdrowia oraz organów podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia w zakresie działań, które

powinny zostać podjęte w celu przeciwdziałania brakom dostępności produktów leczniczych. W 2023 r. odbyło się 5 posiedzeń Zespołu.

W 2023 r. wydawane były zgody na czasowe dopuszczenie do obrotu w trybie art. 4 ust. 8 ustawy Prawo farmaceutyczne na podstawie zgłoszeń hurtowni tzw. import interwencyjny. W 2023 r. rozpatrzono 1138 takich zgłoszeń.

W 2023 r. rozpatrzono 12 272 zapotrzebowań na import docelowy, co w sytuacji braku dostępu do produktów dopuszczonych do obrotu w Polsce lub w przypadku konieczności zastosowania w terapii pacjenta produktu leczniczego nieposiadającego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Polski, umożliwiło sprowadzanie z zagranicy tych produktów, w celu zapewniania ich dostępności oraz ciągłości terapii pacjentów.

Dodatkowo, w 2023 r. rozpatrzono 4591 wniosków o wydanie indywidualnej zgody na refundację, zgodnie z art. 39 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, w tym wydano 4017 zgód na refundację. Uzyskanie zgody Ministra Zdrowia na refundację, umożliwiło pacjentom nabycie leków w aptece ogólnej w odpłatności ryczałtowej 3,20 zł za opakowanie jednostkowe.

Jednocześnie, dostrzegając potrzebę informowania personelu medycznego (lekarze, farmaceuci) i pacjentów o poziomie dostępności rynkowej, kontynuowano prace nad stworzeniem mechanizmu, który docelowo będzie określał możliwość realizacji recepty w powiązaniu z dostępnością rynkową danego leku.

Ponadto zaproponowano zmiany legislacyjne umożliwiające pacjentom ubiegającym się o refundację indywidualną składanie wniosków poprzez Internetowe Konto Pacjenta, co znacznie ułatwi składanie tychże wniosków oraz skróci czas procedury refundacyjnej. Elektronizacja w tym zakresie stanowi kolejny krok po wprowadzeniu elektronicznego sposobu składania i rozpatrywania zapotrzebowań na import docelowy za pośrednictwem Systemu Obsługi Importu Docelowego. Dodatkowo zaproponowane przepisy usuwają bariery prawne uniemożliwiające wydawanie zgód na refundację dla sierocych produktów leczniczych, które stosowane są w chorobach rzadkich, a w obowiązującym porządku prawnym nie mogły być refundowane na podstawie przepisów. Powyższe przełoży się bezpośrednio na zwiększenie dostępności pacjentów do terapii poprzez likwidację barier administracyjnych.

Odnosząc się wydatkowania środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego Funduszu Medycznego dedykowanych finansowaniu leczenia w ramach procedury RDTL, należy wskazać, że powyższa procedura umożliwi wydanie zgody na pokrycie kosztów leku, który posiada pozwolenie na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pozostaje w obrocie lub jest dostępny na polskim rynku i który nie znajduje się na wykazie produktów leczniczych niefinansowanych w ramach procedury RDTL, publikowanym cyklicznie przez Ministra Zdrowia. Warunkiem uzyskania zgody na pokrycie kosztów leku w ramach procedury RDTL jest przedłożenie przez świadczeniodawcę do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia pozytywnej opinii konsultanta wojewódzkiego lub krajowego z dziedziny medycyny właściwej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny stwierdzony u danego świadczeniodawcy (dla wniosku pierwszorazowego) lub zgłoszenia o kontynuacji terapii wraz z potwierdzeniem dotychczasowej skuteczności leczenia pacjenta w ramach procedury RDTL (dla wniosków kontynuacyjnych). Finansowanie leczenia w ramach procedury RDTL odbywa się na zasadzie dotacji celowych przekazywanych przez Ministra Zdrowia na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia comiesięcznych sprawozdań finansowych dotyczących świadczeń udzielonych pacjentom w ramach procedury RDTL. Po udzieleniu przez Ministra Zdrowia przedmiotowej dotacji,

Narodowy Fundusz Zdrowia rozdysponowuje kwotę udzielonej dotacji na poszczególnych świadczeniodawców wskazanych w rzeczonych sprawozdaniach.

Aktualnie wszystkie wpływające wnioski o wydanie zgody na pokrycie kosztów leku w ramach procedury RDTL ewidencjonowane są w Centralnej Bazie Wniosków i Decyzji zarządzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Po uzyskaniu od właściwego świadczeniodawcy kompletu dokumentów niezbędnych do uruchomienia płatności za dane leczenie, Narodowy Fundusz Zdrowia podejmuje decyzję w sprawie ewentualnego uruchomienia płatności za leczenie prowadzone w ramach procedury RDTL. Jednocześnie należy wskazać, że sprawozdania Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące finansowania leczenia w ramach procedury RDTL w danym miesiącu kalendarzowym są każdorazowo weryfikowane pod kątem merytorycznym przez Ministerstwo Zdrowia.

W latach 2020 – 2023 ze środków subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego Funduszu Medycznego na finansowanie leczenia w ramach procedury RDTL przekazano łącznie 541 942 014,60 zł, w tym:

- 1) w 2021 r. - 99 528 745,33 zł z dostępnej puli 154 418 000 zł, co stanowiło około 64,5% całości środków dedykowanych finansowaniu leczenia w ramach procedury RDTL w 2021 r.
- 2) w 2022 r. - 164 187 057,91 zł z dostępnej puli 180 000 000 zł co stanowiło około 91,2% całości środków dedykowanych finansowaniu leczenia w ramach procedury RDTL w 2022 r. (wzrost o ~65% w ujęciu r/r)
- 3) w 2023 r. - 278 226 211,36 zł z dostępnej puli 331 115 000 zł, co stanowiło około 84% całości środków dedykowanych finansowaniu leczenia w ramach procedury RDTL w 2023 r. (wzrost o ~69,5% r/r).

W zakresie **jakości w opiece zdrowotnej** wspomnieć należy, iż na mocy ustawy zmieniającej ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta uchwalona została w dniu 16 czerwca 2023 r. ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie, która ma za zadanie poprawę bezpieczeństwa pacjentów, dzięki przyjęciu szeregu rozwiązań składających się na spójny system jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta. Ustawa zakłada wprowadzenie:

- 1) obowiązkowej autoryzacji dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 95I ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielanej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) obowiązkowego monitorowania zdarzeń niepożądanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z Funduszem na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach;
- 3) zmian w udzielaniu akredytacji w ochronie zdrowia poprzez wskazanie jednostki podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych, zwanej dalej „ośrodkiem akredytacyjnym jako podmiotu realizującego procedurę oceniającą spełnienie standardów akredytacyjnych;
- 4) wprowadzenie dodatkowych wymagań w zakresie udzielania akredytacji oraz możliwości cofnięcia przez MZ akredytacji, jak również rozwiązań dla akredytacji podmiotów wielolokalizacyjnych;
- 5) zmian w zakresie rejestrów medycznych tworzonych przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia oraz doprecyzowanie zasad ich tworzenia i finansowania (przepisy nowelizujące ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia).

Do kluczowych elementów tego rozwiązania należy zaliczyć wewnętrzny system zapewnienia jakości i bezpieczeństwa, w ramach którego będą podejmowane działania, zmierzające do monitorowania i analizowania zdarzeń niepożądanych w podmiotach leczniczych wraz z wdrażaniem wniosków z tych analiz oraz opracowywanie na ich podstawie rozwiązań, których celem będzie zapobieganie ich powstawaniu w przyszłości. Pozwoli to na ograniczenie skali zdarzeń niepożądanych oraz poprawę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, zmniejszając tym samym ryzyko wystąpienia u pacjentów szkód związanych z procesem diagnostyczno-leczniczym.

Uregulowanie kwestii monitorowania jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, przewidziane w ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta pozwoli na:

- 1) poprawę skuteczności diagnostyki i leczenia przez systematyczną ocenę klinicznych wskaźników jakości;
- 2) stałe udoskonalanie praktyki klinicznej przez prowadzenie rejestrów medycznych;
- 3) poprawę bezpieczeństwa i satysfakcji pacjenta przez rejestrowanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych;
- 4) stworzenie warunków do systematycznej oceny jakości świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i upubliczniania tych informacji;
- 5) uzyskanie porównywalności podmiotów udzielających świadczeń pod względem jakości i skuteczności oferowanej opieki oraz udostępnienie wyników opinii publicznej;
- 6) stworzenie warunków umożliwiających finansowe motywowanie podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do podnoszenia poziomu jakości;
- 7) efektywniejsze wykorzystanie środków publicznych w obszarze zdrowia.

Wprowadzenie do polskiego systemu opieki zdrowotnej autoryzacji dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w ramach systemu podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego, pozwoli na potwierdzenie spełnienia przez te podmioty warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie dotyczącym miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, personelu i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d i art. 31da ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepisy te szczegółowo określają wymagania dotyczące miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, co daje gwarancję, że podmioty wykonujące działalność leczniczą będą oceniane na podstawie materii uregulowanej jednakowo w zakresie odpowiednim dla każdego rodzaju udzielanych przez te podmioty świadczeń opieki zdrowotnej.

Z kolei, przewidziane w ustawie rozwiązania w zakresie akredytacji w ochronie zdrowia, precyzują i porządkują ten proces, zwłaszcza w zakresie jego przebiegu, terminów i uczestników procesu. Proponuje się wydłużenie okresu ważności akredytacji z 3 do 4 lat, jednocześnie wprowadzając dodatkowe warunki przyznawania akredytacji, które obejmują:

- 1) konieczność spełniania pojedynczych standardów akredytacyjnych obligatoryjnych, których niespełnienie będzie wiązało się z odmową udzielenia akredytacji, niezależnie od sumarycznej liczby uzyskanych punktów;
- 2) wymóg uzyskania oceny akredytacyjnej na poziomie co najmniej 75% maksymalnej możliwej do uzyskania sumy ocen poszczególnych standardów akredytacyjnych ogółem;

- 3) wymóg uzyskania co najmniej 50% maksymalnej możliwej do uzyskania sumy ocen poszczególnych standardów akredytacyjnych dla każdego działu tematycznego.

Uregulowano również procedurę cofnięcia udzielonej akredytacji w przypadku niespełnienia standardów po przeglądzie akredytacyjnym. Istotne jest również bieżące planowanie przeglądów akredytacyjnych, w tym przez wyznaczanie terminów przeglądów akredytacyjnych po formalnej ocenie wniosku o udzielenie akredytacji, a w konsekwencji zapewnienie właściwego zaplanowania przeglądów akredytacyjnych i ciągłości akredytacji oraz skrócenie czasu oczekiwania na przeprowadzenie przeglądów akredytacyjnych do niezbędnego minimum. Istotnym novum jest również uregulowanie sposobu organizacji i finansowania przeglądów akredytacyjnych w podmiotach wielolokalizacyjnych.

W dłuższej perspektywie przewiduje się, że wprowadzane ww. ustawą rozwiązania spowodują zwiększenie zainteresowania podmiotów leczniczych działaniami pro jakościowymi, w szczególności związanymi z monitorowaniem zdarzeń niepożądanych, podwyższaniem standardów postępowania medycznego oraz poprawą skuteczności procesów diagnostyczno-terapeutycznych i ich bezpieczeństwa. Dbłość o wysoki poziom jakości może przyczynić się do zwiększenia zainteresowania osób z innych państw świadczeniami zdrowotnymi udzielanymi przez podmioty działające w Polsce, a przez to wzrost konkurencyjności tego sektora oraz uzyskanie dodatkowego kapitału, który może przyczynić się do ich rozwoju.

Jednym z istotnych działań było również wprowadzenie do polskiego porządku prawnego ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2187), która weszła w życie 22 czerwca 2023 r. Na mocy tej ustawy zostanie powołany nowy samorząd zawodowy ratowników medycznych (obecnie trwają prace zmierzające do utworzenia struktur tego samorządu), którego zadaniem będzie sprawowanie pieczy nad należyty i sumienny wykonywaniem zawodu ratownika medycznego oraz ustanawianiem zasad etyki zawodowej i dbanie o ich przestrzeganie. Takie działanie może mieć przełożenie na jakość świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez ratowników medycznych i tym samym przyczyni się do wyższego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. W efekcie, w tym zakresie, zmiany pozytywnie wpłyną na pacjentów dzięki zapewnieniu im wysokiego poziomu świadczenia usług medycznych przez wykwalifikowaną kadrę specjalistów.

Wymienić również należy, iż w 2023 r. zakończony został proces legislacyjny w obszarze leczenia bólu. Zgodnie art. 20a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 z późn. zm.), każdy pacjent ma prawo do leczenia bólu. Ból przewlekły jest chorobą, a stopień jego natężenia i wpływ na jakość życia jest miarą odpowiedniej kontroli tej choroby. Prawidłowa ocena natężenia bólu ma istotny wpływ na dalsze postępowanie diagnostyczne, co w konsekwencji przekłada się na jakość życia pacjentów.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2023 r. w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych (Dz. U. poz. 271) określono standardy organizacyjne leczenia bólu przewlekłego oraz bólu stanowiącego istotny problem kliniczny. Celem przepisów jest zagwarantowanie każdemu pacjentowi skutecznej realizacji prawa do leczenia bólu, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, bez względu na źródło pochodzenia tego bólu, wiek pacjenta oraz miejsce jego pobytu. Szacuje się, że z powodu bólu przewlekłego cierpi 27% dorosłej populacji naszego kraju, a w odniesieniu do osób powyżej 65. roku życia - 55% populacji. Statystycznie częściej ból przewlekły występuje u osób z chorobami układu krążenia i układu oddechowego. W konsekwencji powyższego zobowiązanie do dokonywania oceny bólu, jak również dokumentowania tego faktu, w znaczący sposób wpłynie na dostęp do terapii przeciwbólowej. Z klinicznego punktu widzenia ocena natężenia bólu i jego wpływ na jakość życia jest niezwykle ważna w terapii pacjentów.



Standard organizacyjny leczenia bólu stanowi narzędzie do realizacji przedstawionego prawa pacjenta. Został opracowany we współpracy z Polskim Towarzystwem Badania Bólu. Ważne jest, aby ocena bólu odbywała się już na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Ocena bólu w ramach podstawowej opieki zdrowotnej ma na celu zminimalizować liczbę powikłań związanych z niewłaściwym leczeniem bólu oraz związanych z nimi hospitalizacji i leczeniem powikłań. Wdrożenie leczenia pacjenta z bólem w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej, wpisuje się we wprowadzony przepisami ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527) nowy model podstawowej opieki zdrowotnej.

Zakłada się, iż leczenie w ramach poradni leczenia bólu będzie odbywało się w przypadku wyczerpania możliwości diagnostycznych i leczniczych pacjenta z bólem w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej albo w poradniach specjalistycznych w poszczególnych dziedzinach medycyny, w sytuacji trudności w postawieniu właściwego rozpoznania zespołu bólowego, braku lub niewielkiej skuteczności dotychczasowego sposobu leczenia bólu, wskazania do zastosowania inwazyjnych metod leczenia jak również trudności w opanowaniu działań niepożądanych po zastosowanym leczeniu. Poradnie podstawowej opieki zdrowotnej lub poradnie specjalistyczne z poszczególnych dziedzin medycyny prowadzą leczenie bólu stosownie do rodzaju reprezentowanej dziedziny medycyny, w tym leczenie zachowawcze i zabiegowe.

Natomiast poradnie leczenia bólu są specyficznymi rodzajami poradni, które specjalizują się w leczeniu bólu niezależnie od rodzaju dziedziny medycyny. Uzyskanie efektu terapeutycznego nie zawsze jest możliwe w dziedzinowych poradniach. W tej sytuacji pacjent może zostać skierowany do poradni leczenia bólu. Poradnie leczenia bólu powinny zapewniać zarówno leczenie zachowawcze jak i zabiegowe możliwe do zastosowania w warunkach ambulatoryjnych. Kierowanie do szpitala uzasadniają wyłącznie techniki niemożliwe do zastosowania w warunkach ambulatoryjnych albo stan kliniczny chorego kwalifikujący do terapii w warunkach stacjonarnych.

W celu zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń, w szczególności w zakresie bólu przewlekłego, poradnie leczenia bólu będą stanowiły niejako „centra referencyjne”.

Podstawę leczenia będzie stanowić skierowanie w przypadku świadczeń udzielanych ze środków publicznych, natomiast bez skierowania w pozostałych przypadkach nie będzie ono wymagane. Standard dotyczy więc nie tylko podmiotów wyspecjalizowanych w leczeniu bólu, posiadających w strukturze poradnie leczenia bólu, lecz wszystkich podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą, w których w trakcie postępowania z pacjentem zgłasza on dolegliwości bólowe. Zastosowanie wielokierunkowego leczenia pozwoli nie tylko na zmniejszenie bólu, ale również na poprawę jakości życia pacjentów z bólem.

Rozporządzenie określa wzór karty oceny natężenia bólu, która będzie uwzględnia informacje dotyczące:

- 1) lokalizacji, charakteru bólu i natężenia bólu;
- 2) rozpoznania i zaleceń terapeutycznych, oraz
- 3) stosowanych leków przeciwbólowych i ich skuteczności.

Podmioty lecznicze miały obowiązek dostosować swoją działalność do ww. wymagań w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia. Intencją projektowanych regulacji jest zapewnienie odpowiedniego poziomu jakości świadczeń opieki zdrowotnej i jego wpływie na jakość oceny życia realizowanych w ramach prawa pacjenta do leczenia bólu.

Zatem obowiązkiem podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych jest podejmowanie działań polegających na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

Obecnie w Ministerstwie Zdrowia toczą prace legislacyjne nad zaimplementowaniem rozwiązań określonych w przedmiotowym rozporządzeniu do systemu informatycznego w zakresie „Karty oceny natężenia bólu”.

Wskazać również należy, że w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2674) zwiększono limit wydatków przeznaczonych na finansowanie świadczeń ponadlimitowych udzielanych osobom do ukończenia 18 roku życia z 15 do 20% rocznego limitu wydatków Funduszu Medycznego, tj. z 630 mln zł do 840 mln zł oraz dodała nową kategorię świadczeń finansowanych ze środków pochodzących z Funduszu Medycznego dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia świadczeń gwarantowanych związanych z diagnostyką genetyczną z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub leczenia szpitalnego. Objęcie powyższych świadczeń finansowaniem ze środków Funduszu Medycznego (subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego) stanowiło realizację rekomendacji Rady Funduszu Medycznego i ma na celu zapewnienie dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia szerokiego dostępu do nowych technologii diagnostycznych o udowodnionej efektywności klinicznej. Powyższe zostało ujęte w planie finansowym Funduszu Medycznego na 2023 r.

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

1. podnoszenie poziomu cyberbezpieczeństwa w jednostkach ochrony zdrowia, dla których finansowania udzielał Narodowy Fundusz Zdrowia, z funduszy przekazanych przez MZ;
2. przeprowadzenie wspólnie z CSIRT NASK skanów bezpieczeństwa (podatności) w celu wykrycia słabych miejsc w zabezpieczeniach teleinformatycznych szpitali;
3. wdrażanie we współpracy z Naukową i Akademicką Siecią Komputerową – Państwowym Instytutem Badawczym (NASK) systemu platformy analitycznej S46 (infrastruktura i oprogramowanie wzmacniające technicznie i kompetencyjne potencjał podmiotów objętych ustawą o Krajowym Systemie Cyberbezpieczeństwa w obszarze zapobiegania i reagowania na incydenty);
4. tworzenie sektorowego Zespołu Reagowania na Incydenty Komputerowe – CSIRT CeZ;
5. prowadzenie współpracy z Agencją Unii Europejskiej ds. Cyberbezpieczeństwa (ENISA) –
  - opracowanie podręcznika zarządzania incydentami bezpieczeństwa w podmiotach polskiego sektora ochrony zdrowia (Incident Handling Playbook),
  - przeprowadzenie pogłębionych testów bezpieczeństwa (penetracyjnych) w wytypowanych jednostkach ochrony zdrowia;
  - opracowanie dokumentu pt. „Krajobraz cyberzagrożeń sektora ochrony zdrowia będącego podstawą do dalszych działań w celu podnoszenia poziomu cyberbezpieczeństwa.

W celu zapewnienia pacjentom **prawa do informacji** Ministerstwo Zdrowia popularyzuje wiedzę o zdrowiu i informuje o badaniach przesiewowych. Działania informacyjne, edukacyjne i promocyjne na rzecz profilaktyki przeciwnowotworowej i postaw prozdrowotnych kierowane są do różnych grup społecznych.

Od 2016 r. w ramach realizacji zadania Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów w ramach Programu Wieloletniego na lata 2016 – 2024 Priorytetu I Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych (zwany dalej NPZChN), zadania Promocja zdrowia i profilaktyka nowotworów (M.P. z 2018 r. poz. 6), na mocy Uchwały nr 208 Rady Ministrów

z dn. 03.11.2015 r. Od 2020 r. NPZChN kontynuowany jest w ramach obszarów i działań określonych w Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030 (Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 M.P. 2020 poz. 189).

Kontynuowano również kampanię społeczną „Planuję długie życie”. Kampania poświęcona jest poszczególnym obszarom onkologicznym, w szczególności rakowi płuca, jelita grubego, skóry, prostaty, piersi i szyjki macicy. W celu dotarcia do licznych i zróżnicowanych odbiorców, kampania realizowana jest w oparciu o telewizję, radio, prasę, internet. Działania, które obejmują m.in. telewizję i radio prowadzone są w stacjach o zasięgu ogólnopolskim, przy wsparciu stacji regionalnych z wykorzystaniem dwóch formatów komunikacyjnych: audycji edukacyjnych i spotów społecznych. Celem audycji oraz w spotów społecznych jest zachęcenie do wykonywania badań przesiewowych oraz uświadomienie jak regularne badania ratują zdrowie i życie. Emitowane spoty telewizyjne oraz audycje opatrzone są napisami oraz zawierają tłumaczenie na język migowy.

Ponadto prowadzono działania promujące Telefoniczną Informację Pacjenta poprzez umieszczanie numeru infolinii w artykułach w czasopismach drukowanych oraz w Internecie, planszach końcowych audycji, stronie internetowej. Telefoniczna Informacja Pacjenta to bezpłatna infolinia obsługiwana 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, gdzie pacjenci mogą uzyskać informacje o nocnej i świątecznej opiece lekarskiej, najbliższym SOR i aptece, w której dostępny jest dany lek. Infolinia obsługiwana jest w języku polskim, angielskim, ukraińskim i rosyjskim.

Analogicznie jak w roku ubiegłym uczestniczono w projekcie „Zdrowe Życie”, który był poświęcony profilaktyce zdrowotnej. W ramach tego projektu w wybrane weekendy w wielu miastach Polski można było m.in. bezpłatnie zrobić specjalistyczne badania – zmierzyć poziom cukru, ciśnienie krwi, wykonać mammografię, USG płuc, spirometrię czy EKG. Projekt „Zdrowe Życie” miał na celu rozpowszechnienie profilaktyki zdrowia i przekonanie Polaków do regularnych badań. Strefy zdrowia były dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, a na każdym evencie obecny był tłumacz języka migowego.

Realizowano również międzynarodowe zadania związane z komunikacją polskich rozwiązań za granicą. W lutym 2023 r. uczestniczono w 5th Global Ministerial Summit 2023 w Szwajcarii. Wydarzenie to było poświęcone bezpieczeństwu pacjentów w różnych dziedzinach technicznych z szerszej perspektywy polityki zdrowia publicznego, z położeniem szczególnego nacisku na bezpieczeństwo pacjentów w kontekście epidemii COVID-19.

W ramach jednego z paneli, przedstawiciel Polski zabrał głos, w którym wskazał na działania legislacyjne podejmowane w Polsce w kierunku rozwijania kultury jakości w systemie opieki zdrowotnej w Polsce, mające na celu:

- wdrożenie działań na rzecz monitorowania zdarzeń niepożądanych i zapobiegania ich występowaniu;
- usprawnienia systemu rekompensat dla pacjentów za zdarzenia niepożądane;
- monitorowania wskaźników jakości;
- finansowania świadczeń w oparciu o wyniki leczenia.

Nadmienić należy także, iż prowadzono prace nad międzynarodowymi dokumentami w zakresie zdrowia odzwierciedlającymi polskie stanowisko na forach międzynarodowych i przekazywano zgodnie z właściwością rekomendacje implementacji rozwiązań do wdrożenia w Polsce. Kontynuowano także działania systemowe dotyczące sytuacji pacjentów z Ukrainy.

W 2023 r. kontynuowano finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych obywatelom Ukrainy ze środków Funduszu Pomocy (zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium

tego państwa). W związku z powyższym, w 2023 r. sfinansowano świadczenia w łącznej kwocie 848 002 386,37 zł.

W odniesieniu do działań systemowych dotyczących pacjentów z Ukrainy, należy przybliżyć również funkcję Pełnomocnika do spraw przeniesienia, w celu kontynuacji leczenia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, pacjentów ukraińskich przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium Ukrainy.

Dnia 11 marca 2022 r. Minister Zdrowia powołał Pełnomocnika do spraw przeniesienia, w celu kontynuacji leczenia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, pacjentów ukraińskich przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium Ukrainy. Pełnomocnikiem została Pani Katarzyna Drażek-Laskowska, Dyrektor Departamentu Współpracy Międzynarodowej MZ. Do zadań Pełnomocnika należy m.in. koordynacja współpracy pomiędzy Unią Europejską a Polską w zakresie przeniesienia pacjentów ukraińskich przebywających w Polsce, których dalsze leczenie długoterminowe ma się odbywać w innym kraju członkowskim UE lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Pełnomocnik przy wykorzystaniu mechanizmów unijnych koordynuje bezpłatny transfer pacjentów wraz z rodzinami do właściwego szpitala w państwie członkowskim UE, gdzie kontynuowane jest leczenie. Pełnomocnik i Ministerstwo Zdrowia ściśle współpracują z Komisją Europejską i aktualną prezydencją oraz bilateralnie z Ministerstwem Zdrowia Ukrainy i poszczególnymi państwami w zakresie relokacji pacjentów z Ukrainy. Do 6 lutego 2024 r. Polska relokowała 218 pacjentów ukraińskich do 14 krajów UE/EOG. Zespół Pełnomocnika współpracuje także z Departamentem Bezpieczeństwa MZ w zakresie cyklicznego przekazywania informacji nt. relokowanych i powracających ukraińskich pacjentów wojskowych leczonych na terenie Polski oraz przy organizacji powrotu tych pacjentów na Ukrainę.

Dnia 1 września 2022 r. z inicjatywy MZ, przy współpracy i finansowaniu Komisji Europejskiej oraz WHO, otwarto Medevac Hub Jasionka przy lotnisku Rzeszów-Jasionka. Jest on elementem systemu ewakuacji i relokacji medycznej pacjentów z Ukrainy, realizowanej w ramach systemu ewakuacji medycznej Unijnego Mechanizmu Ochrony Ludności. Polskie Centrum Pomocy Międzynarodowej - certyfikowany przez WHO Zespół Ratownictwa Medycznego (EMT Type 1) został wyznaczony przez WHO na wniosek Ministra Zdrowia RP do zarządzania hubem. Jednym z głównym założeń było wsparcie procesu relokacji pacjentów ukraińskich do krajów UE i EOG w celu odciążenia polskiego systemu opieki zdrowotnej. Również w przypadku wojskowych pacjentów ukraińskich, którzy zakończyli leczenie w Polsce, pobyt w MHJ stanowi jeden z etapów „Procedury w zakresie uruchamiania transportu ewakuacyjnego dla rannych żołnierzy z UA realizowanego pociągiem medycznym, organizacji leczenia w podmiotach leczniczych w Polsce i powrotów żołnierzy po zakończonym leczeniu”. Do 15 stycznia 2024 r. z Medevac Hub Jasionka skorzystało ponad 1 700 osób, w tym ponad 1 200 pacjentów oraz ponad 500 osób towarzyszących (członkowie rodziny i opiekunowie).

W celu zapewnienia opieki ukraińskim pacjentom, Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło współpracę z Ukraińskim Domem działającym w ramach Fundacji "Nasz Wybór". W ramach infolinii personel fundacji w sposób przejrzysty, przystępny i rzetelny udziela ukraińskim pacjentom informacji o możliwości leczenia za granicą oraz procedurze relokacji. Często personel Fundacji udziela również ogólnych informacji nt. funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia.

W listopadzie 2022 r. została zawarta umowa o współpracy pomiędzy Ministrem Zdrowia a Fundacją "Nasz Wybór" w celu rozpowszechniania informacji o systemie relokacji ukraińskich pacjentów i zasadach jego funkcjonowania oraz udzielania porad ukraińskim pacjentom tak, aby mogli kontynuować leczenie poza granicami Polski. Następnie pracownicy Fundacji zostali przeszkoleni z procedury relokacji oraz przygotowano i rozdano ulotkę informującą o możliwości leczenia poza granicami Polski. We wrześniu 2023 r. przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia spotkali

się z przedstawicielami Ukraińskiego Domu w celu wymiany i aktualizacji informacji i omówienia najczęstszych problemów.

Dzięki zawartemu w dniu 15 lutego 2023 r. porozumieniu pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Funduszem Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF), którego celem było wsparcie realizacji działań związanych z kryzysem ukraińskim i pomocą dla uchodźców, podejmowanych przez Rząd Polski, na rachunek Funduszu Pomocy Ukrainie przekazano pomoc pieniężną dla Ministerstwa Zdrowia w wysokości 9 000 000 zł.

Również w wyniku zmian planu finansowego NFZ na 2023 r., nakłady na koszty świadczeń opieki zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia 2023 r. wzrosły łącznie o kwotę: 22 450 746 tys. zł (porównanie planu ostatecznego do planu pierwotnego zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 26 lipca 2022 r.).

Wspomnieć należy także, że z dniem 1 stycznia 2023 r. został zmieniony sposób finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego (ZRM). Zmiana została wprowadzona na podstawie przepisów ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770) finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego zostało przekazane do NFZ i jest realizowane w ramach środków ujętych w planie finansowym NFZ. W planie finansowym NFZ w 2023 r. zabezpieczono na zadania zespołów ratownictwa medycznego środki w wysokości 3 790 867 tys. zł, co oznaczało wzrost w porównaniu do roku 2022 na poziomie 8,69 proc., natomiast w porównaniu do nakładów z 2015 r. był to wzrost o 136,60%.

W roku 2023 ogólna liczba ZRM wzrosła o 29 - z 1602 do 1631, a Ministerstwo Zdrowia dofinansowało zakup 61 nowych ambulansów na rzecz zespołów ratownictwa medycznego. W 2023 roku dwa razy dochodziło do wzrostu poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w SOR. Pierwszy wzrost nastąpił w związku z wyborem i poleceniem wprowadzenia do realizacji przygotowanej przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji rekomendacji nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Po weryfikacji wartości stawki bazowej dla szpitalnego oddziału ratunkowego zarekomendowano wzrost jej wysokości o 25%. Kolejnym poleceniem MZ Prezes AOTMiT dokonał ponownej analizy sposobu i poziomu finansowania świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym. Poziom finansowania SOR w 2023 r. w porównaniu do 2022 r. wzrósł o 41,1 %, średnia stawka ryczałtu dobowego SOR wzrosła o 39,2 %. W 2023 r. zostały otwarte 4 nowe SOR i zamknięto 1 SOR. Obecnie funkcjonuje 246 SOR.

Ponadto w 2023 roku uchwalona została ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz.U. poz. 605), na podstawie, której utworzono Fundusz Kompensacyjny Badań Klinicznych mający na celu zagwarantowanie uczestnikom badań klinicznych szybszą i prostszą drogę dochodzenia rekompensaty za poniesione w związku z badaniem klinicznym szkody na zdrowiu. Fundusz jest państwowym funduszem celowym, zaś dysponentem Funduszu jest Rzecznik Praw Pacjenta.

Ze środków zgromadzonych w ww. Funduszu finansowane są:

- 1) wypłaty świadczeń kompensacyjnych;
- 2) zwroty opłat za wniesienie odwołania;
- 3) odsetki za nieterminowe wypłaty świadczeń kompensacyjnych;
- 4) koszty bezpośrednio związane z bieżącym funkcjonowaniem Funduszu;
- 5) koszty związane z prowadzeniem postępowań w sprawie świadczeń kompensacyjnych oraz obsługi i funkcjonowania Zespołu do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych działającego przy Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Komisji Odwoławczej do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych działającego również przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

Wniosek o ww. świadczenie kompensacyjne składa uczestnik badania lub - w przypadku śmierci uczestnika badania klinicznego – uprawniony członek rodziny. Przy Rzeczniku Praw Pacjenta działa Zespół do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych. Do zadań Zespołu należy wydawanie w toku postępowania w sprawie świadczenia kompensacyjnego opinii w przedmiocie wystąpienia uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci uczestnika badania klinicznego w wyniku udziału w badaniu klinicznym, a także charakteru następstw zdrowotnych oraz stopnia dolegliwości wynikających z uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, w tym w zakresie uciążliwości leczenia, uszczerbku na zdrowiu lub pogorszenia jakości życia. Warto podkreślić, iż na podstawie opinii ww. Zespołu, Rzecznik Praw Pacjenta wydaje decyzję administracyjną w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego i ustalenia jego wysokości albo odmowy przyznania świadczenia kompensacyjnego. Od decyzji Rzecznika Praw Pacjenta wnioskodawcy służy odwołanie. Organem właściwym do rozpatrzenia odwołania jest Komisja Odwoławcza do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych (Komisja) działająca również przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Komisja wydaje orzeczenia w formie decyzji albo postanowień. Orzeczenia Komisji zapadają na posiedzeniu niejawnym większością głosów.

W zakresie **prawa do dokumentacji medycznej** wymienić należy zmianę rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, Zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, z późn. zm.) poprzez rozszerzenie katalogu elektronicznej dokumentacji medycznej o Indywidualny Plan Opieki Medycznej. Przedmiotowe rozwiązanie zwiększyło efektywność i dynamikę wymiany informacji między uczestnikami sprawującymi opiekę koordynowaną nad pacjentami, a co za tym idzie usprawniło ją.

Ponadto w roku 2023 uchwalona została ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. poz.1972) która wchodzi w życie 26 marca 2024 r. (z pewnymi wyjątkami określonymi w ustawie). Ustawa reguluje warunki i zasady wykonywania zawodów medycznych, które dotychczas nie były objęte regulacjami ustawowymi, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii dotyczącej doskonalenia zawodowego osób wykonujących zawód medyczny oraz odpowiedzialności zawodowej tych osób.

Obejmuje swoimi regulacjami następujące zawody:

- 1) asystentki stomatologicznej,
- 2) elektroradiologa,
- 3) higienistki stomatologicznej,
- 4) instruktora terapii uzależnień,
- 5) opiekuna medycznego,
- 6) optometrysty,
- 7) ortoptystki,
- 8) podiatry,
- 9) profilaktyka,
- 10) protetyka słuchu,
- 11) technika farmaceutycznego,
- 12) technika masażysty,
- 13) technika ortopedy,
- 14) technika sterylizacji medycznej,
- 15) terapeutę zajęciowego.

Ustawa będzie miała pozytywny wpływ na pacjentów. Przede wszystkim zwiększy bezpieczeństwo pacjentów i korzystnie wpłynie na poziom świadczeń. Będzie to efektem istotnych zmian i określenia kwalifikacji zawodowych do wykonywania zawodu medycznego objętego nowymi regulacjami.

W zakresie rozpatrywanych skarg i wniosków wskazać należy, iż w 2023 r. do Ministerstwa Zdrowia wpłynęło 519 skarg i wniosków, spośród których 68 rozpatrzono we własnym zakresie. Główną problematyką zgłoszonych skarg analogicznie jak w roku ubiegłym stanowiły skargi na organy i jednostki podległe lub nadzorowane.

Tab. 1. Skargi i wnioski rozpatrywane przez Ministerstwo Zdrowia w 2023 r.

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	508	450	58	6	41	11
2	Wnioski	11	1	10	0	6	4
<b>Razem</b>		<b>519</b>	<b>451</b>	<b>68</b>	<b>6</b>	<b>47</b>	<b>15</b>

Tab. 2. Problematyka skarg wniesionych w 2023 r. do MZ

Lp.	Problematyka skargi*	Razem
1	Skargi na organy i jednostki podległe lub nadzorowane przez Ministra Zdrowia	41
2	Skargi dot. funkcjonowania Ministerstwa Zdrowia (brak odpowiedzi na korespondencję, zastrzeżenia do prowadzenia sprawy, zastrzeżenia do postawy pracownika)	13
3	Skargi dot. podmiotów leczniczych nie nadzorowanych przez Ministra Zdrowia	2
4	Skargi na działalność Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie	1
5	Skargi na Krajowych Konsultantów w ochronie zdrowia	1
<b>Razem</b>		<b>58</b>

Tab. 3. Problematyka wniosków wniesionych w 2023 r. do MZ

Lp.	Problematyka wniosków załatwionych we własnym zakresie przez Ministerstwo Zdrowia	Razem
1	Zmiana regulacji prawnych	6
2	Ochrona interesów ekonomicznych płatnika publicznego oraz interesu publicznego	4

Razem	10
-------	----

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Marek Kos  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/