

## **Informacja Ministra Zdrowia na temat opieki długoterminowej, w związku z planowanym posiedzeniem Komisji Polityki Senioralnej, Komisji Polityki Społecznej i Rodziny oraz Komisji Zdrowia**

### **1. Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej**

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej należą do świadczeń gwarantowanych, czyli świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w całości lub współfinansowanych ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.).

Wykaz i warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, w tym warunki dotyczące personelu medycznego oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1658 ze zm.).

Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej są realizowane w warunkach stacjonarnych – w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, oraz w warunkach domowych – przez pielęgniarzką opiekę długoterminową domową i przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie.

Świadczenia realizowane w zakładach opiekuńczych są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności, zwaną „skalą Barthel”, otrzymał 40 punktów lub mniej. Świadczenia te obejmują: świadczenia udzielane przez lekarza i pielęgniarkę, rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego, świadczenia psychologa, terapię zajęciową, leczenie farmakologiczne, leczenie dietetyczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne, edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia

świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne i leki. Świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania, z wyłączeniem żywienia dojelitowego i pozajelitowego, które finansowane jest w ramach kompleksowego świadczenia w cenie za osobodzień.

Świadczenia pielęgniarstwa długoterminowej domowej są udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej i obejmują: świadczenia udzielane przez pielęgniarkę, przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością, świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania, edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny, pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym, pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.

Świadczenia realizowane przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie są udzielane świadczeniobiorcy z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagającemu stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheostomijną), bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski czy hełmy), ciągłej lub okresowej wentylacji mechanicznej, niewymagającemu hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, wymagającemu jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji. Świadczenia te obejmują: świadczenia udzielane przez lekarza i pielęgniarkę, świadczenia udzielane przez osobę prowadzącą fizjoterapię (z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, której czas trwania wynosi poniżej 8 godzin na dobę), badania diagnostyczne umożliwiające właściwą terapię oddechową w warunkach domowych, w szczególności badania obrazowe, w tym RTG i USG – w pełnym zakresie, oraz badania równowagi kwasowo-zasadowej krwi i gazów oddechowych w arterializowanej krwi kapilarnej. Ponadto do obowiązków zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie należy wyposażenie świadczeniobiorców w sprzęt, którego wykaz określa lp. 2 lit. A załącznika 4 do rozporządzenia<sup>1</sup>, w szczególności respirator oraz sprzęt niezbędny do obsługi respiratora, w tym jednorazowego użycia. Minimalna liczba porad / wizyt w domu świadczeniobiorcy jest zróżnicowana w zależności od czasu trwania wentylacji na dobę.

---

<sup>1</sup> rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1658 ze zm.)

## 2. Finansowanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

Gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej są finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Umowy te określają m. in. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy. Wartość zakontraktowanych w danym roku świadczeń zdrowotnych zdeterminowana jest wysokością środków finansowych zapisanych w planach oddziałów wojewódzkich Funduszu. Zgodnie z ustawą o świadczeniach<sup>2</sup>, wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu, a świadczenia opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcom w okresie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ponad kwotę zobowiązania nie stanowią zobowiązania Funduszu wynikającego z tej umowy.

Należy dodać, iż od 1 stycznia 2021 r. w związku z ustawą z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1875), „bezlimitowo” finansowane są świadczenia udzielane świadczeniobiorcom do ukończenia 18 r.ż., w tym świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Mając na uwadze konieczność zapewnienia jak najlepszej dostępności do świadczeń, Fundusz z roku na rok, sukcesywnie zwiększa środki w planie finansowym NFZ, przeznaczone na realizację świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, co obrazuje poniższa tabela:

| Pozycja planu | Wyszczególnienie   | 2018             | 2019             | 2020             | 2021             | 2022*            |
|---------------|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| B2.6          | świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej | 1 641 633 000 zł | 1 907 236 000 zł | 2 197 213 000 zł | 2 269 019 000 zł | 2 327 432 000 zł |

Plan finansowy na 2022 zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej w dniu 30 lipca 2021 r.

Wzrost środków w planie finansowym Funduszu przekłada się na wzrost finansowania i realizacji większości świadczeń opieki długoterminowej.

<sup>2</sup> art. 132 ust. 5 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.)

Tabele: wartość rozliczonych świadczeń, krotność rozliczonych osobodni, liczba pacjentów – dane NFZ

| wartość rozliczonych świadczeń  |                            |                            |                            |                     |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------|
| zakres świadczeń  | 2018 r.                    | 2019 r.                    | 2020 r.                    | zmiana 2018-2020 r. |
| ŚWIADCZENIA W PIELĘGNIARSKIEJ OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ  | 386 326 031,51 zł          | 394 688 598,81 zł          | 404 290 719,74 zł          | + 4,65%             |
| ŚWIADCZENIA W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM/OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM   | 690 235 853,15 zł          | 800 899 124,67 zł          | 931 133 010,42 zł          | + 34,90%            |
| ŚWIADCZENIA W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM DLA DZIECI I MŁODZIEŻY/OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM DLA DZIECI I MŁODZIEŻY   | 19 922 413,33 zł           | 25 846 380,09 zł           | 33 593 815,93 zł           | + 68,62%            |
| ŚWIADCZENIA W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM DLA DZIECI WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE/OPIEKUŃCZO - LECZNICZYM DLA DZIECI WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE         | 4 737 032,02 zł            | 5 654 171,71 zł            | 5 965 403,94 zł            | + 25,93%            |
| ŚWIADCZENIA W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE / OPIEKUŃCZO - LECZNICZYM DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE | 54 115 020,30 zł           | 61 295 681,74 zł           | 61 731 224,94 zł           | + 14,07%            |
| ŚWIADCZENIA ZESPOŁU DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ - DLA DZIECI WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE  | 29 624 650,11 zł           | 30 781 933,44 zł           | 35 197 281,09 zł           | + 18,81%            |
| ŚWIADCZENIA ZESPOŁU DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ - DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE   | 224 573 451,07 zł          | 218 436 430,83 zł          | 270 429 281,15 zł          | + 20,42%            |
| <b>Suma końcowa</b>   | <b>1 409 534 451,49 zł</b> | <b>1 537 602 321,29 zł</b> | <b>1 742 340 737,20 zł</b> | <b>+ 23,61%</b>     |

| krotność rozliczonych osobodni  |                   |                   |                   |                     |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| zakres świadczeń  | 2018 r.           | 2019 r.           | 2020 r.           | zmiana 2018-2020 r. |
| ŚWIADCZENIA W PIELĘGNIARSKIEJ OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ  | 15 280 231        | 15 139 672        | 15 213 358        | - 0,44%             |
| ŚWIADCZENIA W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM/OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM   | 7 849 617         | 7 909 577         | 7 718 690         | - 1,67%             |
| ŚWIADCZENIA W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM DLA DZIECI I MŁODZIEŻY/OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM DLA DZIECI I MŁODZIEŻY   | 153 952           | 156 596           | 162 835           | + 5,77%             |
| ŚWIADCZENIA W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM DLA DZIECI WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE/OPIEKUŃCZO - LECZNICZYM DLA DZIECI WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE         | 9 243             | 10 704            | 11 216            | + 21,35%            |
| ŚWIADCZENIA W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE / OPIEKUŃCZO - LECZNICZYM DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE | 133 039           | 147 252           | 148 771           | + 11,83%            |
| ŚWIADCZENIA ZESPOŁU DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ - DLA DZIECI WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE  | 184 779           | 189 441           | 217 376           | + 17,64%            |
| ŚWIADCZENIA ZESPOŁU DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ - DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE   | 1 570 691         | 1 585 490         | 2 030 224         | + 29,26%            |
| <b>Suma końcowa</b>   | <b>25 181 552</b> | <b>25 138 732</b> | <b>25 502 470</b> | <b>+ 1,27%</b>      |

| liczba pacjentów  |                |                |                |                     |
|---|----------------|----------------|----------------|---------------------|
| zakres świadczeń  | 2018 r.        | 2019 r.        | 2020 r.        | zmiana 2018-2020 r. |
| ŚWIADCZENIA W PIELĘGNIARSKIEJ OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ  | 62 035         | 60 914         | 59 492         | - 4,10%             |
| ŚWIADCZENIA W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM/OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM   | 41 267         | 40 775         | 39 508         | - 4,26%             |
| ŚWIADCZENIA W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM DLA DZIECI I MŁODZIEŻY/OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM DLA DZIECI I MŁODZIEŻY   | 487            | 511            | 510            | + 4,72%             |
| ŚWIADCZENIA W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM DLA DZIECI WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE/OPIEKUŃCZO - LECZNICZYM DLA DZIECI WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE         | 42             | 44             | 46             | + 9,52%             |
| ŚWIADCZENIA W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZYM DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE / OPIEKUŃCZO - LECZNICZYM DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE | 1 315          | 1 374          | 1 385          | + 5,32%             |
| ŚWIADCZENIA ZESPOŁU DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ - DLA DZIECI WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE  | 635            | 675            | 724            | + 14,02%            |
| ŚWIADCZENIA ZESPOŁU DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ - DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE   | 6 181          | 7 029          | 7 464          | + 20,76%            |
| <b>Suma końcowa</b>   | <b>111 962</b> | <b>111 322</b> | <b>109 129</b> | <b>- 2,53%</b>      |

### 3. Wycena świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

W związku z prośbą o przekazanie informacji w kwestii proponowanych w ostatnich miesiącach wycen świadczeń w opiece długoterminowej, uprzejmie informuję, że w dniu 9 lipca 2021 r. zostało przekazane Prezesowi AOTMiT zlecenie na ustalenie taryfy dla świadczeń gwarantowanych z obszaru świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej obejmujących zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. W dniu 30 listopada 2021 Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przekazała do zatwierdzenia projekt opracowanych taryf. Minister Zdrowia zatwierdził przedstawione taryfy oraz projekt obwieszczenia, wydał zgodę na publikację w BIP Agencji.

W toku prac analitycznych Agencji uwidoczniła się potrzeba wprowadzenia zmian warunków udzielania świadczenia długoterminowej domowej wentylacji mechanicznej. Ministerstwo Zdrowia uruchomiło proces analityczny w przedmiotowym obszarze. Obecnie oczekujemy na przekazanie materiałów przez konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Jednocześnie uprzejmie informuję że w chwili obecnej ww. świadczenia są finansowane na zasadach określonych w zarządzeniu nr 22/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, z uwzględnieniem taryfy określonej w obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 13 września 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Do rozliczania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej we wszystkich zakresach, realizowanych na podstawie zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, służą następujące produkty rozliczeniowe, określone w zał. 1b do zarządzenia ww. Nr 22/2021/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej:



#### 4. Strategia deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej nad osobami starszymi

Mając na uwadze potrzebę przeniesienia ciężaru zdrowotnej opieki długoterminowej z opieki stacjonarnej na opiekę środowiskową i domową oraz intensyfikacji dostępnego wsparcia zdrowotnego osób starszych oraz ich opiekunów w środowisku lokalnym, Ministerstwo Zdrowia opracowało Strategię deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej nad osobami starszymi będącą załącznikiem nr 1 do dokumentu strategicznego pn. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”, stanowiącego podstawę wydatkowania środków unijnych w kolejnej perspektywie finansowej UE. Celem nadrzędnym Strategii w części dedykowanej osobom starszym ma być poprawa zdrowia i jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów oraz wsparcie w utrzymaniu ich niezależności umożliwiającej im jak najdłuższe funkcjonowanie w środowisku lokalnym. Działania w tym zakresie koncentrują się przede wszystkim na rozwoju środowiskowych i domowych form opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz opieki nad osobami z chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci (w tym zaburzeniami otępiennymi takimi jak choroba Alzheimera), a także poszerzeniu wsparcia zdrowotnego dla opiekunów osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Działania w ramach poszczególnych obszarów strategicznych dokumentu na rzecz osiągnięcia celu nadrzędnego przewidują m.in.:

- podniesienie kompetencji kadr opiekuńczych udzielających świadczeń opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanej w warunkach domowych;
- rozwój dziennej opieki zdrowotnej dla osób starszych poprzez poszerzenie form dziennej opieki medycznej dla osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osób z zaburzeniami otępiennymi;
- poprawę dostępności domowej opieki zdrowotnej dla osób starszych poprzez włączenie dodatkowych kadr medycznych do personelu zapewniającego opiekę długoterminową oraz opiekę paliatywną i hospicyjną udzielanej w warunkach domowych;
- rozwój innowacyjnych form opieki zdrowotnej dla osób starszych poprzez zwiększenie dostępności usług z zakresu telemedycyny w ramach opieki zdrowotnej nad osobami starszymi;

- wsparcie zdrowotne opiekunów nieformalnych osób starszych poprzez zapewnienie wsparcia edukacyjnego, informacyjnego i psychologicznego dostępnym w środowisku lokalnym oraz zdalnie;
- koordynację dostępnej informacji na temat świadczeń i usług zdrowotnych dla osób starszych i ich opiekunów istniejących w systemie publicznej ochrony zdrowia.

Działania przewidziane do realizacji w ramach poszczególnych obszarów strategicznych dokumentu zostaną sfinansowane ze środków krajowych (środki NPZ na lata 2021–2025, środki NFZ, środki budżetu państwa) oraz unijnych (środki EFS+ w ramach realizacji KPO na lata 2021–2027, środki RPO, środki Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2014–2021).

Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”:

- został przyjęty w dniu 09.12..2021 r. przez Stały Komitet Rady Ministrów i zarekomendowany Radzie Ministrów (RM);
- RM przyjęła uchwałę w trybie obiegowym w dniu 27.12.2021 r.;
- po ostatecznej kontroli formalno-prawnej dokonanej przez RCL uchwała zostanie skierowana do podpisu Prezesa Rady Ministrów;
- poddawany jest obecnie konsultacjom z KE, gdzie jednym z głównych zarzutów jest brak jednych ram strategicznych dla opieki długoterminowej w Polsce (w zakresie zdrowia i pozostałych).

Należy również zaznaczyć, że rozwój oraz poprawa dostępności i jakości opieki długoterminowej w Polsce stanowi jeden z obszarów reform uwzględnionych w Krajowym Planie Odbudowy i Odporności (KPO).

## 5. Zawody medyczne związane z opieką długoterminową

### 1. LEKARZE

Grupy lekarzy wskazanych do udzielania świadczeń w zakresie opieki długoterminowej:

- dla dorosłych: lekarze chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej, lub geriatrici, oraz konsultujący lekarze psychiatrii oraz neurologii,
- dla dzieci: lekarze pediatrii, rehabilitacji, lekarze ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: neurologii, rehabilitacji albo lekarza w trakcie specjalizacji z dziedziny: neurologii, rehabilitacji medycznej, pediatrii,
- dla pacjentów chorych na AIDS lub zakażonych HIV: lekarze chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej oraz lekarze psychiatrii i chorób zakaźnych, a także lekarze ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: chorób wewnętrznych, psychiatrii i chorób



zakaźnych, lub lekarze w trakcie specjalizacji z dziedziny: chorób wewnętrznych, psychiatrii i chorób zakaźnych,

- dla pacjentów wentylowanych mechanicznie: lekarze anestezjologii i intensywnej terapii, rehabilitacji medycznej, neurologii, chorób płuc lub lekarze ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, rehabilitacji medycznej, neurologii, chorób płuc, lub lekarze w trakcie specjalizacji z dziedziny: anestezjologii i intensywnej terapii, rehabilitacji medycznej, neurologii, chorób płuc.

Uzupełnieniem ciągłości świadczeń z zakresu opieki długoterminowej jest opieka paliatywna i hospicyjna.

### STATYSTYKA: liczba lekarzy wykonujących zawód (wg NIL):

| Dziedzina specjalizacji             | stan na 31.12.2015  |                           |            | stan na 31.12.2021  |                           |            | WZROST LICZBY LEKARZY w stosunku do 2015 roku o | WZROST w (%) |
|-------------------------------------|---------------------|---------------------------|------------|---------------------|---------------------------|------------|---|--------------|
|                                     | Liczba specjalistów | Liczba specjalistów I st. | Razem      | Liczba specjalistów | Liczba specjalistów I st. | Razem      |   |              |
|                                     | Wyk. Zawód          | Wyk. Zawód                | Wyk. Zawód | Wyk. Zawód          | Wyk. Zawód                | Wyk. Zawód |   |              |
| <b>Choroby wewnętrzne</b>           | 18099               | 10710                     | 28809      | 19416               | 9748                      | 29164      | 355   | 1,23%        |
| Geriatrya                           | 338                 | 0                         | 338        | 534                 | 0                         | 534        | 196   | 57,99%       |
| <b>Medycyna rodzinna</b>            | 10536               | 350                       | 10886      | 11239               | 273                       | 11512      | 626   | 5,75%        |
| Neurologia                          | 3293                | 905                       | 4198       | 3706                | 783                       | 4489       | 291   | 6,93%        |
| Psychiatria                         | 3397                | 614                       | 4011       | 3902                | 501                       | 4403       | 392   | 9,77%        |
| Neurologia dziecięca                | 410                 | 1                         | 411        | 467                 | 0                         | 467        | 56  | 13,63%       |
| Pediatrya                           | 7030                | 7758                      | 14788      | 7992                | 7166                      | 15158      | 370   | 3%           |
| Rehabilitacja medyczna              | 1674                | 211                       | 1885       | 1893                | 166                       | 2059       | 174   | 9%           |
| Choroby zakaźne                     | 976                 | 132                       | 1108       | 1012                | 114                       | 1126       | 18  | 2%           |
| Anestezjologia i intensywna terapia | 5199                | 1342                      | 6541       | 5982                | 1198                      | 7180       | 639   | 10%          |
| Choroby płuc                        | 2592                | 205                       | 2797       | 2623                | 182                       | 2805       | 8   | 0%           |
| Choroby płuc dzieci                 | 9                   | 0                         | 9          | 117                 | 0                         | 117        | 108   | 1200%        |
| Medycyna paliatywna                 | 393                 | 0                         | 393        | 580                 | 0                         | 580        | 187   | 48%          |

Grupy lekarzy wskazanych do udzielania świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej:

- Dla dorosłych - lekarze medycyny paliatywnej, lekarze w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, lekarze legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego lub wyższą uczelnię medyczną posiadającą uprawnienia do kształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego lekarzy lub jednostkę posiadającą akredytację do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej
- Dla dzieci - lekarze pediatrii, neonatologii, neurologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej, anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii dziecięcej, medycyny paliatywnej, medycyny rodzinnej oraz lekarze w trakcie specjalizacji w dziedzinie: pediatrii, neonatologii, neurologii dziecięcej, onkologii i hematologii

dziecięcej, anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii dziecięcej, medycyny paliatywnej, medycyny rodzinnej, a także lekarze legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych lub kursu z zakresu opieki paliatywnej nad dziećmi, organizowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego lub wyższą uczelnię medyczną posiadającą uprawnienia do kształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego lekarzy lub jednostkę posiadającą akredytację do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej.

#### STATYSTYKA: liczba lekarzy wykonujących zawód (wg NIL):

| Dziedzina specjalizacji             | stan na 31.12.2015  |                           |            | stan na 31.12.2021  |                           |            | WZROST LICZBY LEKARZY w stosunku do 2015 roku o | WZROST w (%) |
|-------------------------------------|---------------------|---------------------------|------------|---------------------|---------------------------|------------|---|--------------|
|                                     | Liczba specjalistów | Liczba specjalistów I st. | Razem      | Liczba specjalistów | Liczba specjalistów I st. | Razem      |   |              |
|                                     | Wyk. Zawód          | Wyk. Zawód                | Wyk. Zawód | Wyk. Zawód          | Wyk. Zawód                | Wyk. Zawód |   |              |
| Medycyna rodzinna                   | 10536               | 350                       | 10886      | 11239               | 273                       | 11512      | 626   | 5,75%        |
| Neurologia dziecięca                | 410                 | 1                         | 411        | 467                 | 0                         | 467        | 56  | 13,63%       |
| Pediatria                           | 7030                | 7758                      | 14788      | 7992                | 7166                      | 15158      | 370   | 3%           |
| Anestezjologia i intensywna terapia | 5199                | 1342                      | 6541       | 5982                | 1198                      | 7180       | 639   | 10%          |
| Medycyna paliatywna                 | 393                 | 0                         | 393        | 580                 | 0                         | 580        | 187   | 48%          |
| Neonatologia                        | 1443                | 1                         | 1444       | 1656                | 1                         | 1657       | 213   | 15%          |
| Onkologia i hematologia dziecięca   | 174                 | 0                         | 174        | 234                 | 0                         | 234        | 60  | 34%          |
| Chirurgia dziecięca                 | 802                 | 301                       | 1103       | 870                 | 276                       | 1 146      | 43  | 4%           |

Z powyższego zatem wynika szeroki katalog lekarzy, którzy mogą brać udział w zabezpieczeniu dostępu do świadczeń opieki długoterminowej. Większość z wymienionych specjalizacji to specjalizacje priorytetowe określone w art. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. 2020 poz. 1156) - zaznaczono je w poniższej tabeli:

#### STATYSTYKA: liczba lekarzy w trakcie specjalizacji:

| Dziedzina specjalizacji |                                     | Liczba osób w trakcie specjalizacji. TRYB REZYDENCKI | Liczba osób w trakcie specjalizacji. TRYB POZAREZYDENCKI | Liczba osób w trakcie specjalizacji. RAZEM |
|-------------------------|-------------------------------------|--|--|--|
| priorytetowa            | Anestezjologia i intensywna terapia | 1303   | 144  | 1447                                       |
| priorytetowa            | Chirurgia dziecięca                 | 160  | 10   | 170  |
|                         | Choroby płuc                        | 123  | 125  | 248  |
|                         | Choroby płuc dzieci                 | 22   | 37   | 59   |
| priorytetowa            | Choroby wewnętrzne                  | 2326   | 234  | 2560                                       |
| priorytetowa            | Choroby zakaźne                     | 66   | 67   | 133  |
| priorytetowa            | Geriatrya                           | 30   | 85   | 115  |
| priorytetowa            | Medycyna paliatywna                 | 5  | 116  | 121  |
| priorytetowa            | Medycyna rodzinna                   | 1825   | 487  | 2312                                       |
| priorytetowa            | Neonatologia                        | 257  | 65   | 322  |
|                         | Neurologia                          | 619  | 54   | 673  |
| priorytetowa            | Neurologia dziecięca                | 61   | 54   | 115  |
| priorytetowa            | Onkologia i hematologia dziecięca   | 27   | 39   | 66   |
| priorytetowa            | Pediatria                           | 2125   | 77   | 2202                                       |
| priorytetowa            | Psychiatria                         | 1080   | 137  | 1217                                       |
| priorytetowa            | Psychiatria dzieci i młodzieży      | 158  | 68   | 226  |
|                         | Rehabilitacja medyczna              | 79   | 125  | 204  |

Mając na uwadze powyższe dane tabelaryczne należy stwierdzić, że istnieje wystarczająca baza kadry lekarskiej możliwej do zabezpieczenia tych świadczeń.

Ministerstwo Zdrowia na bieżąco podejmuje działania w zakresie zapewnienia na rynku pracy optymalnej liczby lekarzy i lekarzy dentystów posiadających kwalifikacje specjalisty, w tym również dla dziedzin związanych z opieką długoterminową oraz paliatywną i hospicyjną. Działania te mają na celu zniwelowanie do minimum niekorzystnego obrazu demograficznego w tych dziedzinach medycyny chociażby poprzez zapewnienie wszystkim młodym lekarzom kończącym staż podyplomowy możliwości zrealizowania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury (rezydenturą objęte są między innymi wszystkie specjalizacje wymienione w powyższych tabelach). Warto przy tym podkreślić, że ustalone przez resort zdrowia limity miejsc rezydenckich, co do zasady, mają na celu stymulować wzrost liczby specjalistów w dziedzinach najbardziej deficytowych (dziedziny priorytetowe oznaczone są w tabeli), w których występuje największe zapotrzebowanie na specjalistów). Lekarze, którzy wybiorą priorytetowe dziedziny medycyny, jako przedmiot specjalizacji odbywany w trybie rezydenckim, mają szansę już na starcie otrzymać wyższe wynagrodzenie.

Do najważniejszych działań, które mają zwiększyć liczebność lekarzy i lekarzy dentystów w dziedzinach najważniejszych z punktu widzenia epidemiologicznego państwa polskiego tzw. deficytowych

- jest wypracowanie rozwiązania o specjalnościach priorytetowych (spis tych dziedzin znajduje się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny z dnia 30 czerwca 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 1156) oraz Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury z dnia 2 lipca 2021 r (Dz.U. z 2021 r. poz. 1218)). Dziedziny priorytetowe są to specjalizacji, w których Minister Zdrowia identyfikuje z jednej strony największe zapotrzebowanie na kadrę medyczną, z drugiej zaś potrzebę mobilizacji lekarzy poprzez system zachęt do ich wybierania jako dziedziny szkolenia specjalizacyjnego. Zaliczenie dziedziny do dziedzin priorytetowych skutkuje corocznie (od lipca) przyznaniem wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom w trybie specjalizacji rezydenckim, a także przyznawaniem większej liczby miejsc szkoleniowych rezydenckich w stosunku do pozostałych dziedzin. Zgodnie z obowiązującymi przepisami wynagrodzenie zasadnicze brutto lekarza odbywającego specjalizację z grupy specjalizacji priorytetowych wynosi od 1 lipca 2021 roku w pierwszych dwóch latach zatrudnienia w trybie rezydentury 5 752 zł a po dwóch latach zatrudnienia w tym trybie 5 862 zł .

## Wzrost wynagrodzeń dla rezydentów od 2016 roku

| Tabela pokazuje realizację postulatów wzrostu wysokości wynagrodzeń zasadniczych lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w trybie rezydentury |                 |                  |                                   |  |                          |  |                         |  |                          |  |
|---|-----------------|------------------|-----------------------------------|--|--------------------------|--|-------------------------|--|--------------------------|--|
| Wzrost wynagrodzeń rezydentów   |                 |                  | Przez pierwsze 2 lata rezydentury |  |                          |  | Po 2 latach rezydentury |  |                          |  |
|   |                 |                  | rezydentura zwykła                | podwyżka w stosunku do poprzedniego okresu | rezydentura priorytetowa | podwyżka w stosunku do poprzedniego okresu | rezydentura zwykła      | podwyżka w stosunku do poprzedniego okresu | rezydentura priorytetowa | podwyżka w stosunku do poprzedniego okresu |
| Wynagrodzenia zasadnicze  | 2016            | sty.             | 3170                              |  | 3602                     |  | 3458                    |  | 3890                     |  |
|   | 2017            | sty.             | 3 170                             |  | 3 602                    |  | 3 458                   |  | 3 890                    |  |
|   | 2017            | lip.             | 3 570                             | 400  | 4 070                    | 468  | 3 891                   | 433  | 4 391                    | 501  |
|   | 2018            | sty.             | 3 675                             | 106  | 4 190                    | 120  | 4 006                   | 115  | 4 520                    | 129  |
|   | 2018            | lip.             | 4 000                             | 325  | 4 700                    | 510  | 4 500                   | 494  | 5 300                    | 780  |
|   | 2019            | lip.             | 4 082                             | 82   | 4 700                    | 0  | 4 500                   | 0  | 5 300                    | 0  |
| Wynagrodzenia zasadnicze rezydentów ustalone rozporządzeniem (zł)   | 2020            | lip.             | 4 299                             |  | 4 793                    |  | 4 633                   |  | 5 300                    |  |
|   | 2021            | lipiec           | 5 478                             | 1 179                                      | 5 752                    | 959  | 5 643                   | 1 010                                      | 5 862                    | 562  |
| Fakultatywne zwiększenie wynagrodzenia zasadniczego wprowadzone ustawą (zł)   | od 1 lipca 2018 | bon patriotyczny | 600                               |  | 700                      |  | 600                     |  | 700                      |  |

W celu zachęcenia młodych lekarzy do pracy w podmiotach leczniczych, finansowanych ze środków publicznych, po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego, wprowadzono rozwiązanie (tzw. bon patriotyczny), dzięki któremu lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury mogą otrzymać wynagrodzenie większe o 600 zł miesięcznie (dziedzina niepriorytetowa) lub 700 zł miesięcznie (dziedzina priorytetowa). Aby otrzymać wyższe wynagrodzenie zasadnicze lekarz musi zobowiązać się do przepracowania w podmiocie leczniczym w Polsce, finansowanym ze środków publicznych łącznie 2 lata w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego.

Równorzędnie prowadzone są działania mające na celu poprawę atrakcyjności zawodów medycznych i warunków pracy pracowników medycznych. Działania te dotyczą aktualizacji najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych w stosunku do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w Polsce.

Wśród innych przykładowych działań systemowych należy wymienić:

- wprowadzenie zwiększenia limitów przyjęć na kierunek lekarski. Limit został zwiększony w stosunku do 2015 r. o 2851 miejsc i obecnie wynosi łącznie 9 039 miejsc (w tym 7 215 to studia w języku polskim). Jednocześnie zwiększyła się liczba uczelni prowadzących kształcenie z 14 w 2015 r. do 22 w 2021 r. Dodatkowo Minister Zdrowia od roku akademickiego 2021/2022 uruchomił kredyt na studia medyczne odpłatne prowadzone w języku polskim. Przedsięwzięcie to umożliwi studiowanie ludziom zdolnym i czującym powołanie do wykonywania tego zawodu bez względu na status majątkowy i możliwości finansowania kosztownych studiów. Zakładamy, że kredyt na studia medyczne wygeneruje docelowo więcej o ok. 1000 miejsc szkoleniowych dla nowych studentów medycyny. W celu zaś zwiększenia potencjału dydaktycznego uczelni medycznych, zarówno w aspekcie personalnym, jak również inwestycyjnym (laboratoria, biblioteki, domy studenckie, centra symulacji, baza kliniczna)

- w Krajowym Programie Odbudowy przewidziane zostały środki w wysokości ponad 700 mln EUR dla uczelni publicznych prowadzących kształcenie na kierunkach medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa. Przy zachowaniu troski o jakość kształcenia, otworzona zostanie możliwość prowadzenia kierunku lekarskiego np. w uczelniach, które obecnie prowadzą kształcenie na kierunku pielęgniarstwie. Pozwoli to wygenerować kolejne miejsca szkoleniowe dla osób chcących wykonywać zawód lekarza.
- Od lipca 2020 r. wprowadzono również wiele rozwiązań poprawiających proces kształcenia lekarzy. Działania te w przyszłości zaowocują zwiększeniem liczby specjalistów i zmniejszeniem czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne. Najważniejsze z nich to umożliwienie przystąpienia o rok wcześniej niż dotychczas do egzaminu LEK i LDEK dla lekarzy/lekarzy dentystów, którzy ukończyli przedostatni rok studiów. Postępowanie to skraca lukę czasową oczekiwania na egzamin, który jest jednym z niezbędnych warunków do spełnienia przy otrzymaniu PWZ. Ponadto w nowych przepisach dano możliwość przystąpienia o rok wcześniej niż dotychczas do egzaminu PES lekarzom/lekarzom dentystom, którzy ukończyli przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego. Wprowadzono też przepisy umożliwiające uzyskiwanie uprawnień do wykonywania zawodu lekarzom i lekarzom dentystom, którzy uzyskali swoje dyplomy poza krajami UE poprzez zaliczenie Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego sprawdzającego wiedzę na poziomie określonym wymogami unijnymi.
- Dodatkowo ustanowiono przepisy, mające na celu zachęcenie lekarzy i lekarzy dentystów specjalistów (osoby, które uzyskały kwalifikacje poza terytorium Unii Europejskiej) umożliwiające w trybie uproszczonym zatrudnianie ich w polskim systemie opieki zdrowotnej. Lekarze tacy mogą zostać zatrudnieni na okres do pięciu lat, na określony zakres czynności zawodowych, po spełnieniu określonych w ustawie warunków. Wprowadzono również możliwość ubiegania się, w czasie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, w trybie uproszczonym zatrudnianie w polskim systemie opieki zdrowotnej lekarzy i lekarzy dentystów bez specjalizacji (osoby, które uzyskały kwalifikacje poza terytorium Unii Europejskiej). Lekarze Ci, również muszą spełnić niezbędne warunki zatrudnienia wynikających z przepisów prawa.

## **2. PIEŁĘGNIARKI**

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane są przez pielęgniarki, które w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego nabywają wiedzę do rozpoznawania potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych

świadczeniobiorców, a także do ich przygotowywania i aktywizowania do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności.

Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w formie stacjonarnej realizowane są przez pielęgniarki, w tym przez pielęgniarki posiadające dodatkowe kwalifikacje tj. ukończoną specjalizację, kurs kwalifikacyjny lub są w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów:

- w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej lub
- w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub
- w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub
- w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub
- w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub
- w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub
- w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub
- w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, lub
- specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej.

W opiece nad świadczeniobiorcami wentylowanymi mechanicznie, dodatkowo udzielają świadczeń pielęgniarki, które ukończyły:

- kurs specjalistyczny w zakresie pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, lub specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub w trakcie odbywania tej specjalizacji lub kursu

Natomiast w ramach realizacji świadczeń pielęgniarstwa długoterminowej opieki domowej pielęgniarki zobligowane są do posiadania dodatkowych kwalifikacji uzyskanych w ramach kształcenia podyplomowego, co jest niezbędne z uwagi na wysoką samodzielność zawodową w tym obszarze. Uzyskanie dodatkowych kwalifikacji przez pielęgniarkę udzielającą świadczeń w domu pacjenta służy zapewnieniu jakości udzielanych świadczeń.

Zgodnie z informacjami pozyskanymi z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych:

- liczba pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinach pielęgniarstwa mających zastosowanie w opiece długoterminowej wynosiła łącznie 25 509 osób (szczegółowe informacje w tabeli poniżej wg. stanu na dzień 31.12.2021 r.)

**Liczba pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinach pielęgniarstwa mających zastosowanie w opiece długoterminowej**

| <b>Dziedzina specjalizacji</b>   | <b>Liczba pielęgniarek<br/>(stan na dzień 31.12.2021 r.)</b> |
|--|--|
| Pielęgniarstwo zachowawcze/internistyczne                                    | 13 279   |
| Pielęgniarstwo opieki długoterminowej/przewlekłe chorych i niepełnosprawnych | 3 370  |
| Pielęgniarstwo opieki paliatywnej  | 2 507  |
| Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek                                     | 3 445  |
| Pielęgniarstwo geriatryczne  | 2 908  |
| <b>Ogółem</b>  | <b>25 509</b>  |

Źródło: dane Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

- liczba pielęgniarek, które ukończyły kursy kwalifikacyjne w dziedzinach pielęgniarstwa mających zastosowanie w opiece długoterminowej wynosiła łącznie 68 666 osób (szczegółowe informacje w tabeli poniżej wg. stanu na dzień 31.12.2020 r.)

**Liczba pielęgniarek, które ukończyły kursy kwalifikacyjne w wybranych dziedzinach pielęgniarstwa mających zastosowanie w opiece długoterminowej**

| <b>Dziedzina kursu kwalifikacyjnego</b>                                      | <b>Liczba pielęgniarek<br/>(stan na dzień 31.12.2020 r.)</b> |
|--|--|
| Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek                                     | 39 078   |
| Pielęgniarstwo opieki długoterminowej/przewlekłe chorych i niepełnosprawnych | 18 814   |
| Pielęgniarstwo opieki paliatywnej  | 5 221  |
| Pielęgniarstwo zachowawcze/internistyczne                                    | 3 893  |
| Pielęgniarstwo geriatryczne  | 1 660  |
| <b>Ogółem</b>  | <b>68 666</b>  |

Źródło: dane Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

- liczba pielęgniarek, które ukończyły kursy specjalistyczne w wybranych zakresach pielęgniarstwa mających zastosowanie w opiece długoterminowej wynosiła łącznie 66 511 osób (szczegółowe informacje w tabeli poniżej wg. stanu na dzień 31.12.2020 r.)

**Liczba pielęgniarek, które ukończyły kursy specjalistyczne w wybranych zakresach pielęgniarstwa mających zastosowanie w opiece długoterminowej**

| Zakres kursu specjalistycznego   | Liczba pielęgniarek<br>(stan na dzień 31.12.2020 r.) |
|--|--|
| Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego | 12 876   |
| Podstawy opieki paliatywnej / podstawy terapii objawowej w opiece paliatywnej                | 7 234  |
| Opieka geriatryczna  | 4 065  |
| Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie                                  | 1 745  |
| Terapia bólu przewlekłego u dorosłych  | 4 574  |
| Terapia bólu ostrego u dorosłych   | 4 125  |
| Leczenie ran dla pielęgniarek  | 31 892   |
| <b>Ogółem</b>  | <b>66 511</b>  |

Źródło: dane Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

W odniesieniu do świadczeń udzielanych pacjentowi dorosłemu wentylowanemu mechanicznie, należy wskazać, że liczba pielęgniarek które ukończyły szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki wynosi 13 417 (wg stanu na dzień 31.12.2021 r.), kurs kwalifikacyjny w tej dziedzinie ukończyło 23 427 pielęgniarek, natomiast kurs specjalistyczny w zakresie pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie ukończyło 1 745 pielęgniarek (wg stanu na dzień 31 grudnia 2020 r.).

Należy także dodać, że zgodnie z art. 70 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 479 i 1559), minister właściwy do spraw zdrowia w ramach posiadanych środków i ustalonej minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek

i położnych, dofinansowuje szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych w priorytetowych dziedzinach, w tym również szkolenia specjalizacyjne wykorzystywane do realizacji świadczeń w zakresie opieki długoterminowej. Corocznie Minister Zdrowia planuje na ten cel środki finansowe.



Należy wskazać, iż działania prowadzone w ostatnich latach na rzecz pielęgniarek i położnych przyniosły widoczne efekty w postaci zatrzymania niekorzystnego trendu – zmniejszania liczby pielęgniarek i położnych.

W systemie opieki zdrowotnej sukcesywnie zwiększa się liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych. Wskazują na to dane z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, zgodnie z którym:

- W 2015 r. liczba pielęgniarek i położnych aktywnych zawodowo wynosiła: **247 110**,
- W 2021 r. liczba pielęgniarek i położnych aktywnych zawodowo wynosiła: **263 568**.

Z powyższych danych wynika, że przestrzeni ostatnich 6 lat wzrost ten kształtuje się na poziomie 6,7%.

Sukcesywnie wzrasta liczba uczelni posiadających akredytację Ministra Zdrowia do prowadzenia kształcenia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo na poziomie pierwszego stopnia.

- W 2015 r. liczba uczelni wynosiła: **77**
- W 2021 r. liczba uczelni wynosiła: **110**

Wzrasta też liczba studentów na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo.

- W roku akademickim 2015/2016 liczba studentów na kierunku pielęgniarstwo I stopnia wynosiła: **5 935** osób, a w roku 2020/2021 – **8 202**.
- W roku akademickim 2015/2016 liczba studentów na kierunku położnictwo I stopnia wynosiła **953** osoby, a w roku akademickim 2020/2021 – **1 218**.

### **3. OPIEKUNOWIE MEDYCZNI**

Mając na uwadze wykorzystanie istniejącego potencjału zawodu opiekuna medycznego, który ma znacząco wesprzeć pielęgniarki i położne w ich zadaniach zawodowych, wprowadzono nowe dodatkowe umiejętności zawodowe do podstawy programowej.

W związku z tym okres kształcenia w zawodzie opiekun medyczny został wydłużony od roku szkolnego 2021/2022 do okresu 1,5 roku trwania nauki w szkołach prowadzących wyłącznie naukę w formie dziennej lub stacjonarnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji i Nauki z dnia 27 stycznia 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych celów i zadań kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz klasyfikacji zawodów szkolnictwa branżowego (Dz.U. z 2021 r. poz. 211). Ponadto dotychczasowa kwalifikacja MED.03. Świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej została zastąpiona kwalifikacją MED.14. Świadczenie usług medyczno-pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej. Zmiana nazwy kwalifikacji łączy się z rozszerzeniem zakresu efektów kształcenia i kryteriów weryfikacji tych efektów, m. in. w obrębie wykonywania wybranych czynności z zakresu opieki medycznej.

Mając na uwadze kwestie związane z uzupełnieniem kwalifikacji zawodowych opiekuna medycznego informujemy, iż Ministerstwo Zdrowia w związku z pracami nad programowaniem działań w ramach REACT-EU, zgłosiło projekt szkoleń i kursów dla opiekunów medycznych. W dniu 8 września br. Komisja Europejska zatwierdziła ww. projekt, dodając nową oś VII „Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 - 2020. Projekt ma na celu podniesienie kompetencji zawodowych opiekunów medycznych i zakłada m.in. realizację kursów, w związku z rozszerzeniem podstawy programowej zwiększającej kwalifikacje opiekunów medycznych.

Odnosząc się do sytuacji kadrowej w zawodzie opiekun medyczny informujemy, iż szkołę policealną w ww. zawodzie ukończyło 9520 słuchaczy w 2020 r. (Tabela 1).

**Absolwenci szkół policealnych w zawodzie opiekun medyczny w 2020 r. w podziale na województwa:**

| Nazwa województwa   | Opiekun medyczny |
|---------------------|------------------|
| DOLNOŚLĄSKIE        | 913              |
| KUJAWSKO-POMORSKIE  | 550              |
| LUBELSKIE           | 570              |
| LUBUSKIE            | 221              |
| ŁÓDZKIE             | 1005             |
| MAŁOPOLSKIE         | 698              |
| MAZOWIECKIE         | 1167             |
| OPOLSKIE            | 376              |
| PODKARPACKIE        | 650              |
| PODLASKIE           | 226              |
| POMORSKIE           | 553              |
| ŚLĄSKIE             | 883              |
| ŚWIĘTOKRZYSKIE      | 328              |
| WARMIŃSKO-MAZURSKIE | 194              |
| WIELKOPOLSKIE       | 674              |
| ZACHODNIOPOMORSKIE  | 512              |

Dane uzyskane z Systemu Informacji Oświatowej wg stanu na dzień 30 wrzesień 2021 r.

Natomiast wg danych uzyskanych z Centrum e-Zdrowia na dzień 31.12.2020 r., liczba opiekunów medycznych, która pracuje w podmiotach wykonujących działalność leczniczą wynosi 8934 (Tabela 2).

**Liczba opiekunów medycznych, która pracuje w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w podziale na województwa.**

| Województwo         | Opiekunowie medyczni (pracujący dla których jednostka sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy) |
|---------------------|--|
| Dolnośląskie        | 889  |
| Kujawsko-pomorskie  | 798  |
| Lubelskie           | 360  |
| Lubuskie            | 187  |
| Łódzkie             | 452  |
| Małopolskie         | 961  |
| Mazowieckie         | 1061   |
| Opolskie            | 248  |
| Podkarpackie        | 391  |
| Podlaskie           | 117  |
| Pomorskie           | 639  |
| Śląskie             | 1311   |
| Świętokrzyskie      | 140  |
| Warmińsko-mazurskie | 348  |
| Wielkopolskie       | 714  |
| Zachodniopomorskie  | 318  |
| <b>Suma</b>         | <b>8934</b>  |

Dane uzyskane z Centrum e-Zdrowia, MZ-88 Sprawozdanie o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą wg stanu na dzień 31.12.2020r. (Bez podmiotów podległych MSWiA oraz MS)

#### **4. FIZJOTERAPEUCI, PSYCHOLOGOWIE KLINICZNI**

Występujące problemy zdrowotne zwiększają zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne, rehabilitacyjne i opiekuńcze. Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1658 ze zm.) świadczenia gwarantowane z powyższego zakresu obejmują m.in.: rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego oraz świadczenia psychologa.

Prócz lekarzy różnych specjalności i pielęgniarek, opiekunów medycznych czy terapeutów zajęciowych w opiekę z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej zaangażowani są również fizjoterapeuci oraz psychologowie kliniczni.

Poniżej dane liczbowe dotyczące personelu (leżącego we właściwości wydziału RKM) uczestniczącego w realizacji ww. świadczeń gwarantowanych:

- Liczba osób z prawem wykonywania zawodu fizjoterapeuty – 71 664 osób (dane KIF)
- Liczba osób z tytułem specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – 706 (liczba dyplomów wydanych przez CEM w latach 2007-2021)

Osoby z tytułem specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej - 963 (liczba dyplomów wydanych przez CEM w latach 2007-2021)

Należy podkreślić, iż celem kształcenia i przygotowania do wykonywania zawodów medycznych jest optymalne przygotowanie młodzieży do aktywnego funkcjonowania we współczesnym społeczeństwie a przede wszystkim do pracy zawodowej, zgodnie z uwarunkowaniami zmieniającego rynku pracy, także w kontekście starzenia się społeczeństwa i prognozowanego wzrostu zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne, rehabilitacyjne i opiekuńcze.

## 6. Działania w obszarze telemedycyny, ze szczególnym uwzględnieniem działań na rzecz osób starszych

### 1) Rozwój telemedycyny – projekt „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia” NMF 2014-2021

W celu dalszego rozwoju telemedycyny Ministerstwo Zdrowia wdraża projekt „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia” w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021. Projekt ma przyczynić się do zmniejszenia kosztów procedur medycznych, zmniejszenia obciążeń dla pacjentów oraz zwiększenia dostępności usług medycznych. Koncentruje się na wypracowaniu modeli telemedycznych w 7 obszarach: kardiologii, geriatrici, psychiatrii, położnictwa, diabetologii, opieki paliatywnej oraz chorób przewlekłych, które mogłyby poszerzyć katalog procedur telemedycznych objętych publicznym finansowaniem oraz zwiększyć poziom wykorzystania potencjału telemedycyny w Polsce. Projekt realizowany jest przez Departament Innowacji MZ w partnerstwie z Norweskim Centrum Badań nad e-Zdrowiem w Tromsø. Opracowane rozwiązania zostaną przetestowane w ramach pilotażu w wybranych w drodze konkursu placówkach na terenie całego kraju. Kolejnym krokiem będzie przeprowadzenie ewaluacji pilotażu, która ma na celu wypracowanie rekomendacji dotyczących możliwości finansowania ze środków publicznych najbardziej efektywnych kosztowo świadczeń. Do 30.11.2021 r. zespoły ekspertów polsko-norweskich opracowały wstępne modele telemedyczne w dziedzinach: kardiologia, geriatrici, psychiatria, choroby przewlekłe, diabetologia i położnictwo. Następnie rozwiązania zostaną przetestowane w projektach pilotażowych w części konkursowej Programu „Zdrowie” przez szpitale ponadregionalne i instytuty. Opracowane modele dotyczą zagadnień takich jak: telemonitoring pacjentów z niewydolnością serca, opieka nad pacjentami z chorobami geriatricznymi (sarkopenia, niedożywienie, zespół kruchości), telemonitoring w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc, zastosowanie wideokonsultacji w diagnostyce i leczeniu depresji, telediabetologia z wykorzystaniem telekultystyki do diagnozowania i leczenia zmian cukrzycowych oraz kompleksowy

telemonitoring w opiece okołoporodowej. W ramach projektu prowadzone również będą działania edukacyjne i informacyjne, m.in. szkolenia dla lekarzy z zakresu stosowania rozwiązań telemedycznych, webinaria dla pacjentów i lekarzy oraz ogólnopolska kampania informacyjna skierowana do ogółu społeczeństwa, poświęcona możliwościom, które dają telemedycyna i rozwiązania e-zdrowia w profilaktyce. Osoby starsze są jedną z kluczowych grup docelowych działań realizowanych w projekcie, szczególnie w obszarze geriatry, opieki paliatywnej oraz chorób przewlekłych. Opracowane modele mają poszerzyć katalog procedur telemedycznych objętych publicznym finansowaniem oraz zwiększyć poziom wykorzystania potencjału telemedycyny w Polsce. Realizacja projektu rozpoczęła się w maju 2020 r. i potrwa do kwietnia 2024 r. Wypracowane efekty w projekcie będą stanowiły podstawę do realizacji kolejnego projektu telemedycznego w nowej perspektywie finansowej w ramach programu FERS. Szacowana wartość tego projektu wyniesie ok. 155 mln. zł i będzie się odnosić do wdrażania wypracowanych modeli telemedycznych w praktyce w ramach programów pilotażowych na platformie Domowej Opieki Medycznej.

## 2) Program Domowa Opieka Medyczna

Kolejnym działaniem służącym zapewnieniu osobom starszym możliwości korzystania z systemów IT jest wdrożenie programu Domowej Opieki Medycznej (DOM), czyli systemu zdalnego monitoringu pacjentów z COVID-19. Program wykorzystuje pulsoksymetr jako narzędzie diagnostyczne oraz aplikację DOM (wcześniej PulsoCare) do przekazywania i monitoringu danych pacjentów. Ministerstwo Zdrowia uruchomiło program DOM jesienią 2020 r., mając na względzie znaczną liczbę pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przebywających w izolacji domowej. Program jest skierowany do wszystkich osób zakażonych koronawirusem przebywających w izolacji domowej. Pacjenci z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, którzy ukończyli 55 lat, zostają automatycznie włączani do programu DOM. Pozostali pacjenci są kwalifikowani przez lekarzy POZ biorących udział w programie lub mogą zgłaszać się samodzielnie poprzez formularz na stronie internetowej. Pacjenci włączeni do programu DOM mogą przysyłać wyniki za pośrednictwem strony internetowej, infolinii oraz aplikacji mobilnej. Po zakwalifikowaniu pacjent uzupełnia wywiad chorobowy, na podstawie którego wyznaczana jest klasa ryzyka, oraz wykonuje pomiary monitorowanych parametrów (saturacja, tętno, temperatura, liczba oddechów, kwestionariusz objawów dodatkowych). Aplikacja w prosty i intuicyjny sposób prowadzi go przez cały proces badania, regularnie przypominając o konieczności wykonywania pomiarów kontrolnych. Wszystkie wyniki badań są przysyłane do centralnej bazy danych. Pacjenci, którzy nie mają telefonu komórkowego lub dostępu do Internetu, mogą zgłaszać wyniki swoich pomiarów z pulsoksymetru przez telefon stacjonarny, korzystając z automatycznej, całodobowej infolinii. Konsultanci i lekarze w specjalnie powołanym Centrum na bieżąco

monitorują wyniki pomiarów pacjentów i w razie wychwycenia dekompensacji kierują na zdalną konsultację lekarską w formie teleporady, a w przypadku potwierdzenia pogorszenia stanu zdrowia pacjent kierowany jest do hospitalizacji lub wzywany jest zespół ratownictwa medycznego. Dzięki DOM pacjent jest nadzorowany przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Program DOM ma na celu odciążyc system ochrony zdrowia, jak i przyczynić się do poprawy bezpieczeństwa pacjentów leczonych domowo. Stanowi on realną pomoc dla pacjentów z COVID-19 przebywających w izolacji domowej – zwłaszcza dla seniorów i osób samotnych, którzy mają zapewniony zdalny monitoring ich podstawowych parametrów zdrowotnych, a w razie pogorszenia się ich wyników mogą liczyć na pomoc lekarską.

Na Platformie Dom realizowane są również dwa programy pilotażowe dla pacjentów po przebyciu zakażenia wirusem SARS-CoV-2:

- Program E-stetoskop powstał w ramach programu Domowej Opieki Medycznej. Zakłada on wykorzystanie elektronicznych stetoskopów (prostych urządzeń, którymi można zbadać płuca w warunkach domowych) w ramach teleporad udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Placówki, które zostały zakwalifikowane do programu, otrzymały elektroniczne stetoskopy, które następnie udostępniły chorym do zdalnej diagnostyki. Pilotaż obejmował co najmniej 1000 pacjentów po przebyciu zakażenia wirusem SARS-CoV-2. W ramach programu podpisano 30 umów z placówkami POZ, do których przekazano 1000 elektronicznych stetoskopów oraz przeszkolono 101 lekarzy z obsługi elektronicznego stetoskopu w ramach platformy DOM. Pacjenci biorący udział w programie poprawnie przeprowadzili ponad 23 000 badań. Etap realizacji programu zakończył się 13 grudnia br. Obecnie trwa etap ewaluacji programu.

- Drugim programem pilotażowym jest program w zakresie wykorzystania opasek telemedycznych w podstawowej opiece zdrowotnej. Jego celem jest ocena efektywności realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z wykorzystaniem opasek telemedycznych, jako narzędzia pozwalającego na bieżące monitorowanie w sposób zdalny stanu pacjenta po ukończeniu 18. roku życia, po przechorowaniu zakażenia wirusem SARS-CoV-2, który był hospitalizowany z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2, lub u którego w wyniku przeprowadzonej diagnostyki obrazowej stwierdzono zmiany w obrazie radiologicznym świadczące o zakażeniu wirusowym. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zobowiązany był w ramach programu pilotażowego do bieżącego monitorowania stanu pacjenta i w zależności od potrzeb, podjęcia decyzji o skierowaniu pacjenta na dalsze badania. W ramach programu podpisano 37 umów z placówkami POZ, do których w sumie dostarczono 1000 opasek telemedycznych oraz przeszkolono 163 lekarzy z obsługi opasek oraz platformy DOM. W trakcie trwania programu przeprowadzono blisko 56 tys. pomiarów parametrów życiowych pacjentów. Etap realizacji programu zakończył się 13 grudnia br. Obecnie trwa etap ewaluacji programu pilotażowego.

MZ planuje realizację kolejnych działań wspierających rozwój telemedycyny. W dniu 31 grudnia ubr. Minister Zdrowia podpisał rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych spirometrów w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Po publikacji rozporządzenia uruchomiony zostanie nabór wniosków dla realizatorów programu.

### 3) Projekt Dostępność Plus dla Zdrowia

Od stycznia 2019 r. Ministerstwo Zdrowia realizuje projekt Dostępność Plus dla zdrowia – wdrażany w ramach Programu Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) na lata 2014-2020, przy współfinansowaniu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Wartość projektu wynosi 335 mln zł. Okres realizacji projektu: od 1 stycznia 2019 r. do 30 listopada 2023 r.

Projekt ma na celu wdrożenie działań projakościowych w systemie ochrony zdrowia polegających na dostosowaniu wybranych w procedurze konkursowej placówek POZ i szpitali do potrzeb grupy docelowej - pacjentów ze szczególnymi potrzebami, w szczególności osób starszych oraz niepełnosprawnych w oparciu o opracowane w projekcie Standardy Dostępności. Wdrażane rozwiązania będą przyczyniały się do poprawy dostępności placówek medycznych w obszarach: cyfrowym (w tym telemedycznym), architektonicznym, komunikacyjnym i organizacyjnym. Placówki medyczne biorące udział w projekcie otrzymują granty – w przypadku POZ w wysokości do 720 tys. zł, a szpitali do 2 mln zł. Okres realizacji danego przedsięwzięcia wynosi 12-18 miesięcy. Zgodnie z założeniami, w ramach projektu Dostępność Plus dla zdrowia, wsparcie grantowe na poprawę dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami otrzyma min. 250 POZ oraz 67 szpitali.

Planowane efekty projektu to m.in.: stworzenie/zooptymalizowanie systemów IT uwzględniających szczególne potrzeby pacjentów, w tym wdrożenie rozwiązań telemedycznych w POZ i szpitalach,

- podniesienie dojrzałości cyfrowej placówek w zakresie wsparcia pacjentów ze szczególnymi potrzebami,
- podniesienie jakości usług zdrowotnych dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami, w tym aspektów komunikacyjnych i organizacyjnych,
- zniwelowanie barier architektonicznych, zapewniających funkcjonowanie placówek „przyjaznych” osobom ze szczególnymi potrzebami.

Do końca 2021 r. podpisano 128 umów grantowych z POZ oraz 19 umów ze szpitalami na realizację poprawy dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami, na kwotę ponad 104 mln zł. Ponadto, obowiązkowym dla wszystkich podmiotów realizujących przedsięwzięcia w projekcie „Dostępność Plus dla zdrowia” jest uczestnictwo w szkoleniach, w których uwrażliwiamy personel POZ i szpitali na potrzeby osób z niepełnosprawnościami, w tym środowiska osób z niepełnosprawnością wzroku czy słuchu, a także seniorów. W trakcie

szkoleń przekazujemy wiedzę na temat możliwości zapewniania osobom ze szczególnymi potrzebami, dostępności do placówek ochrony zdrowia i korzystania z tych placówek. Dotychczas w szkoleniach wzięło udział ponad 227 pracowników POZ i szpitali.

#### 4) Teleplatforma Pierwszego Kontakt

Ponadto od października 2021 r. Ministerstwo Zdrowia prowadzi Teleplatformę Pierwszego Kontakt (TKP), która jest dostępna poza godzinami pracy Podstawowej Opieki Zdrowotnej, czyli od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 8:00 następnego dnia oraz w soboty i niedziele oraz inne dni ustawowo wolne od pracy, w godzinach od 8:00 do 8:00 następnego dnia. Z TPK można skorzystać w sytuacji:

- nagłego zachorowania, poza godzinami pracy POZ,
- nagłego pogorszenia stanu zdrowia, gdy nie ma objawów sugerujących stan bezpośredniego zagrożenia życia, a zastosowane środki lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy,
- gdy zachodzi obawa, że oczekiwanie na otwarcie przychodni POZ może znacząco niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia pacjenta.

Kontaktując się z TPK, pacjent otrzyma poradę pielęgniarki/położnej lub lekarską w formie telekonsultacji. Może uzyskać poradę medyczną, e-receptę, e-skierowanie, e-zwolnienie. Aby zapewnić osobom z niepełnosprawnością narządu słuchu równy dostęp do usługi, na zasadach analogicznych do pozostałych pacjentów korzystających z TPK, niezbędne jest zapewnienie usługi tłumacza języka migowego (PJM i SJM) we wszystkich godzinach funkcjonowania TPK. Ministerstwo Zdrowia wspólnie z operatorami TPK oraz ze stroną społeczną, prowadzi działania organizacyjne oraz programistyczne, których celem jest udostępnienie usługi tłumacza języka migowego (PJM oraz SJM) osobom głuchym, z początkiem lutego 2022 r. Obecnie trwają intensywne działania testowe na platformie. Równolegle prowadzić będziemy wspólnie ze stroną społeczną, działania komunikacyjne, służące dotarciu z informacją o możliwości korzystania z TPK przez Głuchych i uzyskania wsparcia tłumacza języka migowego on-line na powyższej platformie.

#### 5) XI REACT EU – źródło finansowania: Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego

„Wdrożenie e-usług w placówkach POZ i ich integracja z systemem e-zdrowia z wykorzystaniem narzędzia centralnego”

„Wdrożenie e-usług w placówkach POZ i ich integracja z systemem e-zdrowia”

Podmioty POZ stanowią pierwszą linię kontaktu pacjenta z sektorem ochrony zdrowia. Ich stabilne i sprawne funkcjonowanie jest kwestią o podstawowym znaczeniu dla sektora ochrony zdrowia. Z tego punktu widzenia niezbędne są rozwiązania systemowe, które będą stanowiły kontynuację rozpoczętego procesu transformacji cyfrowej i pozwolą na pełną integrację



placówek POZ z platformą P1, przygotowując je pod kątem infrastrukturalnym do implementacji kolejnych rozwiązań w tym zakresie oraz będą jednocześnie skutecznie przeciwdziałać konsekwencjom wystąpienia kolejnych zagrożeń epidemiologicznych. Celem głównym projektów jest wsparcie cyfryzacji świadczeniodawców udzielających świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna co najmniej w zakresie „świadczenia lekarza POZ” poprzez:

- budowę i udostępnienie placówkom POZ przez Ministra Zdrowia rozwiązania centralnego umożliwiającego świadczenie e-usług publicznych oraz integrację z systemem e-zdrowia;

- wyposażenie w infrastrukturę teleinformatyczną niezbędną dla świadczenia e-usług i integrację z systemem e-zdrowia;

a także:

- rozbudowę systemów IT placówek POZ w celu umożliwienia świadczenia e-usług publicznych oraz integrację z systemem e-zdrowia wraz z wyposażeniem w infrastrukturę teleinformatyczną niezbędną dla świadczenia e-usług i integrację z systemem e-zdrowia.

Ww. rozwiązanie centralne zapewni każdej placówce POZ uczestniczącej w projekcie co najmniej jedną usługę udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Usługa powinna zapewnić tworzenie EDM w placówce oraz jej wymianę z innymi podmiotami i udostępnienie pacjentom za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP).

Wyżej opisane projekty w ramach REACT EU wspierają informatyzację podmiotów leczniczych POZ, w szczególności w obszarach:

- najbardziej dotkniętych ubóstwem,
- w których mieszkańcy ze względu na strukturę wiekową są najbardziej zagrożeni wykluczeniem cyfrowym.

Projekty dotyczące rozwoju telemedycyny, a także zwiększania dostępności podmiotów ochrony zdrowia, uwzględniające osoby ze szczególnymi potrzebami, w tym osoby w podeszłym wieku jako odbiorców działań, są przewidziane także w programach nowej perspektywy finansowej Unii Europejskiej na lata 2021-2027, przede wszystkim w Programie Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego, w którym zaplanowano nową edycję projektu „Dostępność Plus dla zdrowia”, który obejmie wsparciem placówki ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jak również i w projektach w ramach KPO.