



DZIENNIK URZĘDOWY

MINISTRA ZDROWIA

Warszawa, dnia 31 grudnia 2025 r.

Poz. 106

Podpisany przez:

Tomasz Kołodziejek

Data: 31.12.2025 15:28:27



OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 30 grudnia 2025 r.

w sprawie krajowego planu transformacji

Na podstawie art. 95b ust. 1 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739) ustala się na okres od dnia 1 stycznia 2027 r. do dnia 31 grudnia 2031 r. krajowy plan transformacji, stanowiący załącznik do niniejszego obwieszczenia.

MINISTER ZDROWIA

*Jolanta Sobierańska-
Grenda*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

Załącznik do obwieszczenia

Ministra Zdrowia

z dnia 30 grudnia 2025 r. (poz. 106)



Krajowy Plan Transformacji

na lata 2027-2031

Warszawa, 2025

Spis treści

Wykaz skrótów	4
1. Wprowadzenie.....	7
1.1. Podstawa prawna.....	7
1.2. Cel opracowania planu transformacji.....	7
1.3. Inne dokumenty strategiczne	7
2. Główne obszary działań	9
2.1. Demografia	9
2.2. Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna.....	11
2.3. Czynniki ryzyka i profilaktyka.....	13
2.4. Podstawowa opieka zdrowotna.....	22
2.5. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna.....	27
2.6. Leczenie szpitalne	30
2.7. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.....	35
2.8. Rehabilitacja medyczna	38
2.9. Opieka długoterminowa	40
2.10. Opieka paliatywna i hospicyjna.....	45
2.11. Kadry	47
2.12. Państwowe Ratownictwo Medyczne.....	53
2.13. Działania horyzontalne.....	54
2.13.1. Podstawowe Regiony Zabezpieczenia – zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli	56
2.13.2. Mapa potrzeb zdrowotnych – schemat zabezpieczenia opieki szpitalnej.....	57
2.13.3. Odwrócona piramida świadczeń - spójność finansowania ze ścieżką kliniczną pacjenta.....	58
2.13.4. Opieka koordynowana – wzmocnienie funkcjonowania oraz ocena jakości	59
2.13.5. Pakiet na rzecz bezpieczeństwa kobiet	65
2.13.6. E-usługi i telemedycyna	66
2.13.7. Ewidencja Potencjału Świadczeniodawcy – wdrożenie centralnego systemu teleinformatycznego	68
2.13.8. Inne	69
3. Monitorowanie wdrażania i aktualizacja	81

Dokument został przygotowany w ramach projektu „Podstawowe Regiony Zabezpieczenia”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Operacyjnego Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego.

Wykaz skrótów

ABM	Agencja Badań Medycznych
AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
API	substancja czynna (ang. <i>active pharmaceutical ingredient</i>)
B+R	Badania i Rozwój
CeZ	Centrum e-Zdrowia
CWBK	Centrum Wsparcia Badań Klinicznych
DALY	lata życia skorygowane niesprawnością (ang. <i>disability adjusted life-years</i>)
DCWP	Dzienne Centrum Wsparcia Pamięci
e-DILO	elektroniczna Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego
EOG	Europejski Obszar Gospodarczy
e-KOK	elektroniczna Karta Opieki Kardiologicznej
EPDZ	Europejska Przestrzeń Danych dotyczących Zdrowia
EPS	Ewidencja Potencjału Świadczeniodawcy
GBD	Global Burden of Disease Study
GIS	Główny Inspektorat Sanitarny
GIF	Główny Inspektorat Farmaceutyczny
GRP	ang. <i>Gross Rating Point</i> oznaczający sumę wszystkich kontaktów z kampanią w grupie docelowej, wyrażoną procentowo
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HPV	wirus brodawczaka ludzkiego (ang. <i>Human Papilloma Virus</i>)
IKP	Internetowe Konto Pacjenta

KLLK	Krajowa Lista Leków Krytycznych
KPT	Krajowy Plan Transformacji
KSK	Krajowa Sieć Kardiologiczna
KSO	Krajowa Sieć Onkologiczna
MHJ	MEDEVAC HUB Jasionka
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIKARD-PIB	Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy
NIZP	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy
NPChUK	Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032
NPZ	Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2026
NSO	Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030
OECR	Ośrodki Eksperckie Chorób Rzadkich
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
RCMC	Regionalne Centra Medycyny Cyfrowej
RP	Rzeczpospolita Polska
RPP	Rzecznik Praw Pacjenta
SOR	szpitalny oddział ratunkowy
UE	Unia Europejska
URPL	Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych i Wyrobów Medycznych
YLD	lata przeżyte z niepełnosprawnością (<i>ang. years lived with disability</i>)
YLL	potencjalnie utracone lata życia (<i>ang. potential years of life lost</i>)

ZRM

zespół ratownictwa medycznego

1. Wprowadzenie

1.1. Podstawa prawna

Zgodnie z art. 95b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), KPT opracowuje minister właściwy do spraw zdrowia. Uwzględnia przy tym rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych oraz w innych dokumentach strategicznych w ochronie zdrowia. Następnie ogłasza KPT, w drodze obwieszczenia, w dzienniku urzędowym w terminie do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego o jeden rok kalendarzowy pierwszy rok obowiązywania tego planu.

1.2. Cel opracowania planu transformacji

Koncepcja KPT w obszarze zdrowia koncentruje się na kompleksowej modernizacji systemu opieki zdrowotnej w RP, tak aby stał się on bardziej dostępny, efektywny i odporny na wyzwania współczesności. Celem KPT jest stopniowe stworzenie nowoczesnego modelu ochrony zdrowia, który będzie odpowiadał na potrzeby społeczeństwa, oczekiwania pacjentów oraz dynamiczny rozwój technologii medycznych. Transformacja zakłada wzmocnienie m.in. profilaktyki, e-zdrowia, jakości świadczeń, a także zwiększenie roli opieki koordynowanej. KPT ma nie tylko usprawnić funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, ale przede wszystkim wzmocnić kapitał zdrowotny społeczeństwa i wyrównać szanse w dostępie do opieki.

Celem KPT jest również poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej i na inwestycje w sektorze ochrony zdrowia, uwzględniając potrzeby zdrowotne mieszkańców.

Okres obowiązywania dokumentu to lata 2027–2031, jednakże niektóre działania zostały zaplanowane z wcześniejszym terminem rozpoczęcia, aby zapewnić ich skuteczność i spójność z celami KPT.

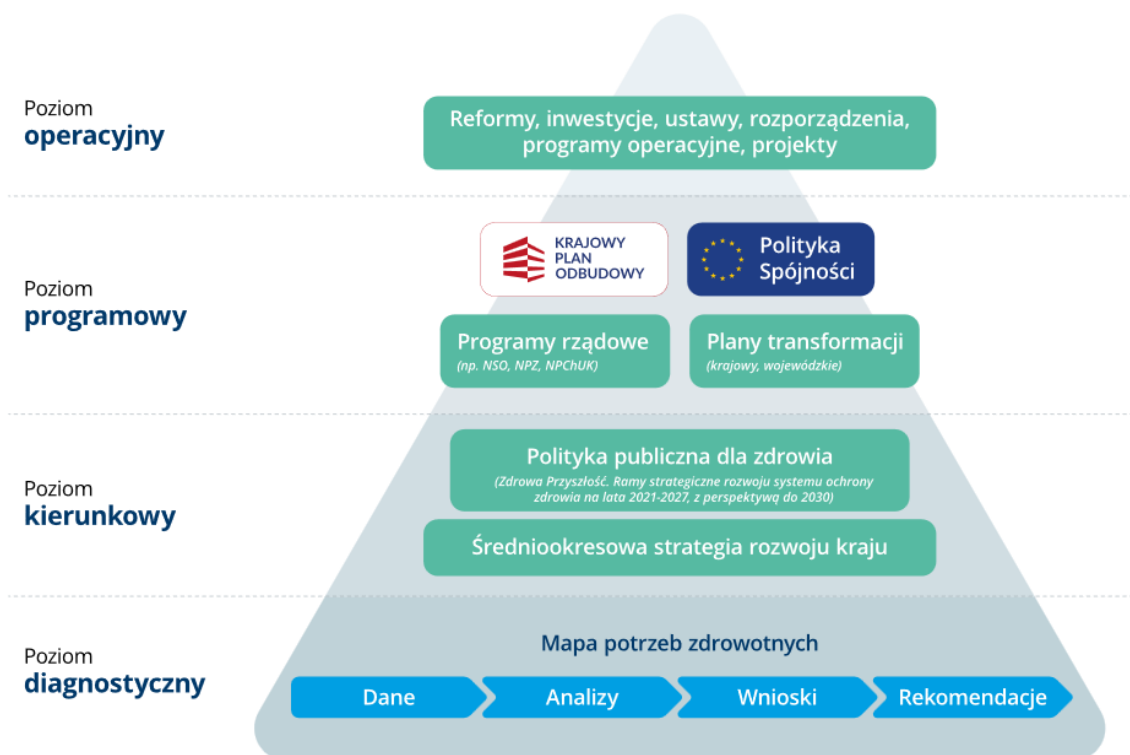
1.3. Inne dokumenty strategiczne

KPT jest dokumentem wdrożeniowym, który określa konkretne działania (z przypisaniem m.in. podmiotu odpowiedzialnego, oczekiwanych rezultatów, wskaźników realizacji), jakie należy podjąć, aby zapewnić dostęp do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te wynikają z rekomendacji płynących z mapy potrzeb zdrowotnych oraz innych dokumentów strategicznych w sektorze zdrowia.

Mapa potrzeb zdrowotnych jest dokumentem o charakterze diagnostycznym, zawierającym szczegółową i usystematyzowaną wiedzę na temat dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w całym kraju. Zawarte w niej analizy oraz rekomendacje stanowią podstawę dla innych dokumentów, zarówno o charakterze kierunkowym (np.

„Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030”), jak i programowych.

Rysunek 1. Zależności dokumentów o charakterze strategicznym w sektorze zdrowia



Źródło: opracowanie własne MZ

2. Główne obszary działań

2.1. Demografia

Potrzeby zdrowotne

W RP, podobnie jak w innych krajach UE, zachodzą istotne zmiany demograficzne, które w znacznym stopniu wpływają na kierunki organizacji opieki zdrowotnej. Są to przykładowo starzenie się społeczeństwa, niska liczba urodzeń i migracje ludności. Prowadzą one do problemów z rynkiem pracy, systemem emerytalnym i finansowaniem usług publicznych. Według prognoz GUS¹ liczba ludności spadnie do ok. 35 mln w 2040 r., a w 2060 r. do ok. 31 mln (wariant średni). Szybkie starzenie się populacji oraz wolniejszy wzrost długości życia w zdrowiu niż życia ogółem zwiększą zapotrzebowanie na opiekę nad osobami starszymi i utrudnią finansowanie świadczeń z powodu malejącej liczby osób w wieku produkcyjnym

W 2023 r. 59,5% ludności mieszkało w miastach, jednak prognozy wskazują na stopniową dekoncentrację – wzrost liczby mieszkańców w strefach podmiejskich oraz spadek w dużych miastach i regionach peryferyjnych. Zmiany te będą wymagały dostosowania planowania usług ochrony zdrowia oraz wdrożenia nowych rozwiązań organizacyjnych, które zapewnią równą dostępność świadczeń, szczególnie w POZ.

Mężczyźni w RP żyją wyraźnie krócej niż kobiety, szczególnie na obszarach wiejskich. Różnice między płciami są związane przede wszystkim ze stylem życia (rodzajem wykonywanej pracy, nałogami). RP wciąż pozostaje poniżej średniej UE w przypadku długości życia mężczyzn i kobiet. Potrzebne są działania, które zmniejszą te różnice, m.in. poprzez edukację zdrowotną i skuteczną profilaktykę.

W 2023 r. przyrost naturalny był ujemny – liczba zgonów przewyższała liczbę urodzeń o ok. 136 tys. Choć to nieco lepszy wynik niż rok wcześniej, to jednak wszystkie województwa odnotowały spadek, a najtrudniejsza sytuacja była w województwie śląskim. RP pozostaje poniżej średniej UE pod względem wskaźników demograficznych.

Dzietność w RP i w całej UE spada. Po krótkim wzroście w latach 2014–2018, od 2019 r. obserwujemy spadek, a prognozy nie przewidują powrotu do poziomu zapewniającego zastępowalność pokoleń. W 2023 r. tylko cztery województwa miały wskaźnik powyżej 1,20, co jest nadal znacznie poniżej prostej zastępowalności pokoleń. Malejąca liczba kobiet w wieku rozrodczym i rosnący wiek matek oznaczają dalszy

¹ *Prognoza demograficzna ludności na lata 2023-2060*, Główny Urząd Statystyczny, 2023, Warszawa (dostęp według stanu na dzień: 24 listopada 2025 r.: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html>)

spadek urodzeń i mniejsze zapotrzebowanie na usługi położnicze i pediatryczne. W tym kontekście rośnie znaczenie programów wspierających leczenie niepłodności.

Główne wyzwania związane ze zmieniającą się strukturą demograficzną

1. Starzenie się społeczeństwa przy wolniejszym wzroście długości życia w zdrowiu to jedno z największych wyzwań demograficznych i zdrowotnych. Coraz więcej osób starszych i mniej młodych wpływa na system opieki zdrowotnej, gospodarkę i strukturę społeczną. Seniorzy częściej korzystają ze świadczeń, co obciąża system i pogłębia problemy emerytalne. Wymaga to wzmocnienia kompleksowej opieki nad osobami starszymi, obejmującej nie tylko specjalistyczną geriatriczną, lecz także szersze podejście integrujące opiekę internistyczną, rehabilitacyjną i profilaktyczną. Niezbędne są nowe formy i narzędzia wsparcia, aby przygotować system ochrony zdrowia na rosnące potrzeby starzejącej się populacji.
2. W RP jest więcej kobiet niż mężczyzn, zwłaszcza w starszych grupach wiekowych. Wynika to z nadumieralności mężczyzn – żyją oni średnio o 7–8 lat krócej. Wymaga to rozwoju usług opiekuńczych dla samotnych kobiet oraz działań promujących profilaktykę zdrowotną wśród mężczyzn.
3. Brak zastępowalności pokoleniowej, wynikający ze zbyt niskiego współczynnika dzietności i ujemnego przyrostu naturalnego, stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań demograficznych w RP. Zjawisko to pogłębia się wskutek czynników społecznych, zdrowotnych i ekonomicznych, takich jak emigracja młodych osób, odkładanie decyzji o rodzicielstwie oraz niepewność ekonomiczna. W 2024 r. dodatni przyrost naturalny odnotowano jedynie w 2,6% powiatów. Kryzys demograficzny wpływa na rynek pracy, system emerytalny i lokalne społeczności, co wymaga kompleksowej polityki prorodzinnej, wsparcia leczenia niepłodności, kampanii promujących wartość rodziny i rodzicielstwo oraz rozwoju systemu opieki zdrowotnej ukierunkowanego na dzieci i młodzież. Skuteczna interwencja może ograniczyć negatywne skutki i przyczynić się do stabilizacji struktury demograficznej kraju.
4. Zmiany w rozmieszczeniu ludności – wyludnianie małych miejscowości i obszarów wiejskich przy jednoczesnym rozwoju stref podmiejskich – wpływają na dostępność usług publicznych. Nierównomierne rozmieszczenie utrudnia organizację infrastruktury, opieki zdrowotnej i edukacji, a wyludnione obszary tracą dostęp do usług i inwestycji. Wymaga to zrównoważonego rozwoju, regionalnego, wykorzystania istniejących zasobów ochrony zdrowia, inwestycji lokalnych, cyfryzacji usług i stałego monitorowania trendów demograficznych.
5. Wyludnianie obszarów wiejskich i peryferyjnych zwiększa ryzyko braku dostępu do opieki długoterminowej i paliatywnej. Odpływ młodych osób powoduje koncentrację seniorów, co przy ograniczonej kadrze i infrastrukturze grozi

powstaniem „białych plam” w opiece. Konieczne jest monitorowanie trendów i wcześniejsze planowanie usług, aby zapewnić wsparcie osobom starszym w ich miejscu zamieszkania.

2.2. Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna

Potrzeby zdrowotne

Głównymi przyczynami zgonów w RP w 2023 r. były choroby przewlekłe, w szczególności choroby układu krążenia (nadciśnienie, choroba niedokrwienna serca, udar) oraz nowotwory (rak płuca, jelita grubego, skóry, sutka i prostaty). W 2023 r. odpowiadały one łącznie za 64% wszystkich zgonów.

Zgodnie ze wskaźnikiem DALY, w 2021 r. największe obciążenie zdrowotne w RP powodowały: COVID-19 (4,6 tys. na 100 tys. ludności), choroba niedokrwienna serca (3,8 tys.), udar mózgu (2,1 tys.), ból dolnego odcinka kręgosłupa, rak płuca i cukrzyca. Wartość YLD była najwyższa dla bólu pleców (0,7 mln) i cukrzycy (0,3 mln), natomiast YLL dla choroby niedokrwiennej serca (1,4 mln) i raka płuca (0,7 mln).

Choroby zakaźne pozostają istotnym problemem. W ostatnich latach wzrosła m.in. liczba zachorowań na grypę (o 42% w sezonie 2022/2023 względem 2018/2019), ospę wietrzną i szkarlatynę. Niepokojący jest spadek poziomu zaszczepienia – liczba uchybień od szczepień wzrosła z 48,6 tys. w 2019 r. do 87,3 tys. w 2023 r., co zwiększa ryzyko nawrotu chorób takich jak odra czy krztusiec.

Prognozy do 2060 r. wskazują na dalszy wzrost zapadalności na choroby przewlekłe: chorobę niedokrwienną serca (+26%), raka płuca (+40%) oraz raka jelita grubego (+35%). Według European Cancer Information System, do 2040 r. w RP wskaźnik zapadalności na nowotwory wzrośnie o 25%, a umieralność o 34%. Prognoza GBD na 2050 r. przewiduje, że główne obciążenia zdrowotne będą związane z chorobami układu krążenia, nowotworami i zaburzeniami układu mięśniowo-szkieletowego. W RP obserwuje się systematyczny wzrost liczby pacjentów cierpiących na astmę, alergiczny nieżyt nosa, atopowe zapalenie skóry, alergie pokarmowe oraz inne postacie nadwrażliwości.

System ochrony zdrowia stoi przed wyzwaniami związanymi z rosnącym zapotrzebowaniem na opiekę długoterminową, paliatywną i psychiatryczną, nierównomierną dostępnością świadczeń, niedoborami kadry medycznej w wybranych specjalizacjach oraz koniecznością intensyfikacji działań profilaktycznych. Kluczowe znaczenie mają programy strategiczne (NPChUK, NSO, NPZ), które koncentrują się m.in. na ograniczeniu czynników ryzyka, takich jak palenie tytoniu, nieprawidłowa dieta, otyłość i używanie alkoholu.

Główne wyzwania związane ze zmieniającą się sytuacją epidemiologiczną

1. W 2023 r. choroby przewlekłe odpowiadały za większość zgonów oraz DALY. Choroby układu krążenia i nowotwory pozostają dominującymi przyczynami zachorowań i umieralności, przy czym wskaźniki dla RP są wyższe niż średnia UE. Problem ten dotyczy szczególnie regionów o starzejącej się strukturze demograficznej, takich jak województwa świętokrzyskie, lubelskie i łódzkie. Zaleca się długofalowe planowanie zasobów i kadry medycznej, a także intensyfikację rozwoju profilaktyki wtórnej oraz wczesnej diagnostyki.
2. Zanieczyszczenie powietrza, wody i gleby, hałas oraz wysoka ekspozycja na czynniki chemiczne i biologiczne przyczyniają się do wzrostu liczby chorób układu oddechowego, krążenia, nowotworów czy zaburzeń psychicznych oraz zakaźnych. Zjawisko to ma szczególny charakter przestrzenny, co zwłaszcza jest widoczne w województwach takich jak śląskie, małopolskie, dolnośląskie oraz w rozwiniętych ośrodkach miejskich. Jest to wyzwanie wymagające współpracy między resortami zdrowia i klimatu oraz samorządami terytorialnymi w celu utworzenia polityk środowiskowych ukierunkowanych na zdrowie ludności. Znaczenie tego wyzwania wzrasta również w kontekście wdrażania do końca 2026 r. zaktualizowanej „Dyrektywy w sprawie jakości powietrza i czystsze powietrze dla Europy”. Zaostrza ona normy dla kluczowych zanieczyszczeń oraz obliguje państwa członkowskie m.in. do informowania o zanieczyszczeniu powietrza służb ochrony zdrowia, w szczególności podczas alarmów smogowych. Wprowadza również przepisy dotyczące rekompensaty za szkody na zdrowiu.
3. Osłabianie negatywnego wpływu czynników ryzyka na choroby niezakaźne w długiej perspektywie w największym stopniu obniży zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne. Wymaga to tworzenia skoordynowanych, międzysektorowych polityk społecznych i zdrowotnych.
4. Coraz bardziej zauważalne staje się oddziaływanie zmian klimatu na sytuację epidemiologiczną. Ekstremalne zjawiska pogodowe (fale upałów, intensywne opady) zwiększają ryzyko zgonów wśród osób starszych i przewlekle chorych, sprzyjają rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych oraz negatywnie oddziałują na zdrowie psychiczne populacji, w szczególności w zakresie chorób przenoszonych przez wektory. Wyzwanie ma charakter ogólnokrajowy, w związku z tym niezbędne są działania adaptacyjne w systemie ochrony zdrowia. Rekomenduje się podejmowanie działań w kierunku integracji danych epidemiologicznych i środowiskowych oraz włączenie zdrowia środowiskowego do polityki zdrowotnej.
5. Wyzwaniem o charakterze społeczno-zdrowotnym jest spadek liczby szczepień i ryzyko nawrotu chorób zakaźnych. Wzrost liczby uchyień od szczepień w populacji dzieci i dorosłych może skutkować pojawieniem się nowych ognisk

odry, krztuśca czy gruźlicy. Problem ma charakter ogólnokrajowy, ale szczególnie widoczny jest w regionach o niższej dostępności świadczeń i niższym poziomie wykształcenia. Rekomenduje się wzmocnienie nadzoru epidemiologicznego, edukację zdrowotną i promowanie szczepień.

6. W dalszej perspektywie wyzwaniem pozostaje zintegrowane monitorowanie zdrowia populacji z wykorzystaniem wskaźników jakości życia i środowiska. Obecnie analizy epidemiologiczne koncentrują się głównie na chorobowości i umieralności, podczas gdy integracja danych środowiskowych oraz społecznych pozwoliłaby na wcześniejsze wykrywanie trendów i bardziej precyzyjne planowanie interwencji zdrowotnych.

2.3. Czynniki ryzyka i profilaktyka

Potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

1. W RP utrzymuje się wysoki poziom narażenia na behawioralne czynniki ryzyka, takie jak niewłaściwa dieta, brak aktywności fizycznej, nadwaga i otyłość, palenie, alkohol, stres i brak snu. Rośnie użycie e-papierosów i nowych produktów nikotynowych, zwłaszcza wśród młodzieży. Realizowane i planowane do realizacji są działania promujące zdrowy styl życia i budowanie kompetencji zdrowotnych, m.in. w oparciu o koncepcję „10 dla serca”. Celem jest obniżenie wpływu behawioralnych czynników ryzyka do średniego poziomu w UE.
2. Pomimo powszechnego objęcia populacji opieką POZ, korzystanie z usług profilaktycznych pozostaje na niskim poziomie, szczególnie wśród mężczyzn i młodzieży. W wielu regionach, zwłaszcza wiejskich i peryferyjnych, dostępność świadczeń profilaktycznych jest ograniczona, a działania POZ koncentrują się na leczeniu. Konieczne jest wzmocnienie roli POZ w aktywnym inicjowaniu udziału pacjentów w badaniach, rozwój działań edukacyjnych oraz wykorzystanie narzędzi cyfrowych (IKP, „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”) i zachęt finansowych do realizacji celów prewencyjnych.
3. Zgłaszalność na badania cytologiczne, mammograficzne, kolonoskopowe oraz inne badania przesiewowe pozostaje niska, szczególnie na obszarach wiejskich i peryferyjnych. Różnice społeczne i terytorialne pogłębiają nierówności w dostępie do profilaktyki onkologicznej. Kluczowe jest wdrożenie systemu elektronicznych zaproszeń, aktywne zapraszanie przez POZ i AOS, rozwój mobilnych form badań oraz transportu pacjentów. Działania powinny być wspierane kampaniami edukacyjnymi, szczególnie skierowanymi do grup ryzyka, w tym np. mężczyzn i mieszkańców wsi.
4. Działania w obszarze zdrowia publicznego, w tym interwencje zdrowotne i promocja zdrowia, są koordynowane przez MZ, ale powinny być też realizowane

przez inne ministerstwa oraz jednostki samorządu terytorialnego. Mimo istniejących ram prawnych są one często rozproszone i niewystarczająco skoordynowane, co utrudnia ich spójne planowanie i ocenę efektów. Istnieje potrzeba wzmocnienia koordynacji poprzez integrację działań na różnych szczeblach administracji publicznej oraz wdrożenie narzędzi monitorowania efektów i finansowania opartego na wynikach zdrowotnych.

5. Wzrasta liczba problemów psychicznych i uzależnień wśród dzieci i młodzieży, w tym uzależnień cyfrowych, nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych i substancji psychoaktywnych. Podejmowanie działań profilaktycznych powinno obejmować również ograniczenie użycia substancji psychoaktywnych i e-papierosów, edukację w zakresie bezpiecznego korzystania z technologii oraz rozwój wczesnego wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego w szkołach i poradniach.
6. Choroby układu krążenia pozostają główną przyczyną zgonów. Mimo postępu w leczeniu utrzymuje się wysoki poziom czynników ryzyka i nierówności regionalnych w dostępie do świadczeń. Konieczne jest wzmocnienie roli POZ w identyfikacji osób z wysokim ryzykiem, rozwój rehabilitacji kardiologicznej i edukacji zdrowotnej oraz kontynuacja działań w ramach NPChUK.
7. Wśród pozostałych przyczyn prowadzących do niepełnosprawności lub przedwczesnego zgonu pozostają choroby układu oddechowego oraz trawiennego. Mimo postępu w leczeniu, utrzymuje się wysoki poziom czynników ryzyka (głównie palenia tytoniu, nieodpowiednia dieta), późnego rozpoznania i nierówności regionalnych w dostępie do świadczeń. Konieczne jest wzmocnienie roli POZ w identyfikacji osób z wysokiego ryzyka oraz edukacji zdrowotnej.
8. Zmiany klimatu i pogarszające się warunki środowiskowe zwiększają ryzyko chorób układu oddechowego i sercowo-naczyniowego, rozwoju nowotworów oraz zaburzeń psychicznych. Istnieje potrzeba wzmocnienia analiz w kierunku zdrowia środowiskowego oraz integracji zdrowia z politykami klimatycznymi, rozwój systemów ostrzegania przed upałami i smogiem oraz promowanie zielonej infrastruktury, aktywnego transportu i poprawy jakości powietrza.
9. Kobiety częściej korzystają z profilaktyki niż mężczyźni, a mieszkańcy wsi mają ograniczony dostęp do świadczeń. Różnice te przekładają się na krótsze życie w zdrowiu. Potrzebne są kampanie skierowane do mężczyzn, dostosowanie przekazu do grup ryzyka oraz rozwój lokalnych punktów profilaktycznych w regionach o ograniczonej dostępności.

Działania wymagające koordynowania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.3.1

Zdrowie publiczne priorytetem polityki państwa

Wprowadzenie rozwiązań mających na celu podniesienie rangi zdrowia publicznego w polityce państwa, usprawnienie jego koordynacji oraz realizacji na poziomie centralnym, regionalnym i lokalnym. Usprawnienie i uprządkowanie systemu finansowania oraz systemu sprawozdawczego realizacji zadań.

Oczekiwane rezultaty działania:

- utworzenie zaplecza eksperckiego w GIS dla realizatorów zadań z zakresu zdrowia publicznego,
- utworzenie Systemu Informacyjnego Zdrowia Publicznego,
- powołanie pełnomocnika ds. Zdrowia Publicznego.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2026–2031

Szacowane koszty działania: działanie legislacyjne nie generuje dodatkowych kosztów, zostanie zrealizowane w ramach istniejących zasobów

Wskaźniki realizacji działania:

- realizacja wszystkich zadań określonych w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1670, z późn. zm.) do wskazania na późniejszym etapie.

Działanie 2.3.2

Zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu

Wzmocnienie potencjału zdrowia publicznego, w tym wydłużenie oczekiwanej długości życia i zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu mieszkańców RP dzięki realizacji zadań określonych w NPZ na lata 2027–2031 (zgodnie z art. 9 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym). NPZ jest dokumentem strategicznym dla zdrowia publicznego, a więc podstawą działań w tym zakresie.

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu,
- zmniejszenie przedwczesnej umieralności spowodowanej największymi zagrożeniami dla zdrowia populacji,

- zmniejszenie różnic w oczekiwanej długości życia pomiędzy poszczególnymi regionami oraz subpopulacjami zdefiniowanymi przez wskaźniki społeczno-ekonomiczne,
- ograniczenia czynników ryzyka wielu chorób cywilizacyjnych.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działania:

- działanie legislacyjne nie generuje dodatkowych kosztów, zostanie zrealizowane w ramach istniejących zasobów,
- realizacja NPZ w latach 2027–2031: co najmniej 750 mln zł.

Wskaźniki realizacji działania:

- wejście w życie rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia obejmującego co najmniej lata 2027–2031,
- wykonanie minimum 90% zadań ujętych w NPZ do realizacji we wskazanym okresie.

Działanie 2.3.3

Wzmocnienie działań w obszarze profilaktyki pierwotnej

Prowadzenie kampanii społecznych i działań edukacyjnych z zakresu profilaktyki pierwotnej skierowane do zdefiniowanych grup docelowych, które promują zdrowy styl życia, zbilansowaną dietę, higienę jamy ustnej, regularną aktywność fizyczną, dbałość o prawidłową masę ciała, niestosowanie używek oraz ochronę przed promieniowaniem UV. Działanie realizowane w ramach NSO i NPChUK, ze szczególnym uwzględnieniem koncepcji „10 dla Serca”, Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej oraz innych programów MZ odpowiadających na aktualne potrzeby zdrowotne, a także rozwój narzędzi cyfrowych.

Oczekiwane rezultaty działania:

- wzrost świadomości dotyczącej roli profilaktyki zdrowotnej i jej wpływu na zachowanie zdrowia oraz wydłużenie życia w dobrym zdrowiu,
- wzrost świadomości dotyczącej substancji uzależniających i ich wpływu na zwiększenie ryzyka wystąpienia chorób onkologicznych, chorób układu krążenia i neurologicznych,
- zwiększenie świadomości populacyjnej o zasadniczym wpływie własnych postaw prozdrowotnych i stylu życia na choroby układu krążenia, onkologiczne i neurologiczne,

- zmniejszenie chorobowości z przyczyn chorób układu krążenia, onkologicznych i neurologicznych oraz wydłużenie życia w dobrej jakości.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, CeZ, NFZ, NIZP, władze lokalne

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działania: 40 mln zł rocznie (na podstawie dotychczasowych wydatków NSO i NPChUK)

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba kampanii społecznych i działań edukacyjnych dotyczących profilaktyki pierwotnej (łącznie 40 przez 5 lat, tj. 8 rocznie),
- liczba kontaktów zdefiniowanych grup odbiorców kampanii z przekazem w oparciu o wskaźniki mediowe (np. zasięg w mediach społecznościowych, GRP dla działań w TV i radio, liczba uczestników wydarzeń),
- wzrost poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka chorób onkologicznych oraz układu krążenia w zdefiniowanych grupach docelowych – badanie porównawcze w 2027 r. i 2031 r.,
- liczba ogólnopolskich kampanii społecznych z projektami, które zaangażują szkoły i uczniów ze szkół podstawowych i ponadpodstawowych i zwrócą uwagę na potrzeby profilaktyki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń związanych z czynnikami chorób układu krążenia,
- liczba przeprowadzonych kampanii podnoszących świadomość w zakresie czynników ryzyka chorób układu krążenia skierowanych do ogółu społeczeństwa, zachęcających do poddawania się regularnym badaniom i aktywizowania w tym zakresie rodzin oraz promujące zdrowy styl życia, zbilansowaną dietę, regularną aktywność fizyczną, dbałość o prawidłową masę ciała i niestosowanie używek,
- liczba użytkowników aplikacji „10 dla Serca”,
- liczba zrealizowanych konsultacji w Centrum Dietetycznym Online.

Działanie 2.3.4

Wzmocnienie działań w obszarze profilaktyki wtórnej

Prowadzenie kampanii społecznych z zakresu profilaktyki wtórnej skierowanych do zdefiniowanych grup odbiorców w ramach NSO, NPChUK i innych programów MZ odpowiadających na aktualne potrzeby zdrowotne.

Szczególnie ważnym rodzajem profilaktyki wtórnej są badania przesiewowe, które polegają na wczesnym wykrywaniu chorób w celu powstrzymania ich rozwoju. Są to m.in. badania w kierunku raka piersi (mammografia), szyjki macicy (cytologia), test HPV HR, jelita grubego (kolonoskopia), raka płuca, pęcherza

moczowego, badanie immunochemiczne kału, program profilaktyczny „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”.

Oczekiwane rezultaty działania:

- wzrost świadomości profilaktyki zdrowotnej i jej wpływu na zachowanie zdrowia oraz wydłużenie życia w dobrym zdrowiu.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ, CeZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działania: 20 mln zł rocznie (na podstawie dotychczasowych wydatków NSO i NPChUK)

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba kampanii społecznych i działań edukacyjnych dotyczących profilaktyki wtórnej (min. 25 przez 5 lat, tj. 5 rocznie),
- liczba materiałów dla kampanii edukacyjnych, np. ulotki, broszury, infografiki, dla min. 25 kampanii w całym okresie (min. 5 rocznie),
- liczba kontaktów zdefiniowanych grup odbiorców kampanii z przekazem w oparciu o wskaźniki mediowe (np. zasięg w mediach społecznościowych, GRP dla działań w TV i radio, liczba uczestników wydarzeń),
- wzrost poziomu wiedzy na temat badań profilaktycznych i przesiewowych, sprawdzone przy pomocy badań społecznych,
- liczba osób, które korzystają z dostępnych badań przesiewowych i profilaktycznych.

Działanie 2.3.5

Budowanie wizerunku ochrony zdrowia

Prowadzenie kampanii społecznych i działań edukacyjnych zwiększających zaufanie do personelu medycznego i wiedzy medycznej oraz działania edukacyjne dotyczące zmian wprowadzanych w systemie ochrony zdrowia.

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie zaufania do personelu medycznego i wiedzy medycznej,
- wzrost świadomości na temat zmian wprowadzanych w systemie ochronie zdrowia.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działania: 0,5 mln zł rocznie ze środków budżetu państwa

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba kampanii społecznych,
- odsetek osób, które prawidłowo identyfikują zakres kompetencji wybranych zawodów medycznych i pracowników ochrony zdrowia w badaniu ankietowym w 2031 r.

Działanie 2.3.6**Zwiększenie poziomu zaszczepienia wśród dzieci i dorosłych**

Prowadzenie kampanii społecznych z zakresu profilaktyki pierwotnej skierowanych do zdefiniowanych grup odbiorców dotyczących szczepień obowiązkowych i zalecanych.

Oczekiwane rezultaty działania:

- wzrost świadomości profilaktyki zdrowotnej i jej wpływu na przeciwdziałanie zachorowaniom na choroby zakaźne,
- wzrost świadomości o dezinformacji dotyczącej szczepień i podważania zaufania do wiedzy medycznej,
- wzrost odsetka osób zaszczepionych w ramach szczepień obowiązkowych i zalecanych.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, GIS

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działania: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba kampanii społecznych i działań edukacyjnych dotyczących szczepień,
- liczba materiałów dla kampanii edukacyjnych, np. ulotki, broszury, infografiki,
- liczba kontaktów zdefiniowanych grup odbiorców kampanii z przekazem w oparciu o wskaźniki mediowe (np. zasięg w mediach społecznościowych, GRP dla działań w TV i radio, liczba uczestników wydarzeń),
- odsetek osób korzystających z obowiązkowych szczepień ochronnych,
- liczba osób korzystających z obowiązkowych i zalecanych szczepień.

Działanie 2.3.7**Koordinacja działań prozdrowotnych**

Tworzenie mechanizmów systemowych pozwalających na koordynowanie działań prozdrowotnych realizowanych na poziomie powiatów i gmin. Działania

związane będą z opracowaniem założeń zmian systemowych z zakresie zdrowia publicznego w RP.

Oczekiwane rezultaty działania:

- poprawa jakości i adekwatności działań instytucji publicznych (samorządowych i rządowych) planujących i realizujących polityki prozdrowotne na podstawie różnych przepisów i finansowanych z różnych źródeł.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NIZP

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działań: działanie legislacyjne nie generuje dodatkowych kosztów, zostanie zrealizowane w ramach istniejących zasobów; docelowe koszty wynikające z rozwiązań przyjętych w wydanych aktach normatywnych zostaną określone po zakończeniu prac nad nimi.

Wskaźniki realizacji działania:

- zmiany ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym i ewentualnie w innych przepisach prawa.

Działanie 2.3.8

Ograniczanie konsumpcji alkoholu jako jednego z kluczowych czynników ryzyka

Wprowadzenie mechanizmów prawnych w celu ograniczenia dostępności do alkoholu.

Oczekiwane rezultaty działania:

- ograniczenie spożycia alkoholu w populacji ogólnej (osób dorosłych i niepełnoletnich).

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działań: działanie legislacyjne nie generuje dodatkowych kosztów, zostanie zrealizowane w ramach istniejących zasobów

Wskaźniki realizacji działania:

- wejście w życie zmian przepisów w zakresie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2023 r. poz. 2151),
- średnia ilość spożytego alkoholu na mieszkańca RP w skali roku.

Działanie 2.3.9**Wzmocnienie postaw prozdrowotnych wśród dzieci i młodzieży**

Wprowadzenie mechanizmów prawnych w celu ograniczenia dostępności do elektronicznych papierosów wśród dzieci i młodzieży.

Oczekiwane rezultaty działania:

- ograniczenie dostępności elektronicznych papierosów, w szczególności wśród dzieci i młodzieży.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działań: działanie legislacyjne nie generuje dodatkowych kosztów, zostanie zrealizowane w ramach istniejących zasobów

Wskaźniki realizacji działania:

- wejście w życie przepisów ograniczających dostępność do elektronicznych papierosów oraz innych wyrobów nikotynowych nieuregulowanych w przepisach ustawy.

Działanie 2.3.10**Zintegrowany model profilaktyki oparty o e-usługi**

Istnieje ciągła potrzeba rozwijania systemu e-zdrowia. IKP zostanie rozszerzone o dodatkowe moduły pozwalające na gromadzenie wiedzy o indywidulanych ryzykach zdrowotnych, przekazywanie informacji pomiędzy realizatorami działań profilaktycznych, komunikację z pacjentem, rejestrację zdarzeń, czy zarządzanie swoimi działaniami z zakresu profilaktyki w czasie rzeczywistym w oparciu o algorytmy tworzące indywidulaną ścieżkę pacjenta na podstawie zidentyfikowanych, spersonalizowanych ryzyk.

Oczekiwane rezultaty działania:

- zbudowanie kompetencji i świadomości zdrowotnej obywateli,
- aktywna promocja i monitorowanie uczestnictwa w działaniach profilaktycznych,
- stworzenie możliwości ewaluacji programów zdrowotnych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NIZP, Instytut Matki i Dziecka, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, CeZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2026–2028

Szacowane koszty działań: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

- wdrożenie nowych funkcjonalności IKP:
 - Elektroniczna książeczka zdrowia dziecka,
 - Paszport Zdrowia,
 - Paszport Pracownika,
 - Paszport Mamy,
 - Onkopaszport.

2.4. Podstawowa opieka zdrowotna

Potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

1. Rozszerzenie modelu opieki koordynowanej na pozostałych świadczeniodawców, którzy takiej umowy jeszcze nie podpisali. Docelowo rekomendowane jest objęcie modelem wszystkich świadczeniodawców POZ. Pozwoli to na odciążenie AOS, skrócenie kolejek oraz ograniczenie liczby pacjentów odsyłanych do lecznictwa szpitalnego w celach diagnostycznych. Rekomendowane jest ponadto rozszerzanie modelu o nowe dziedziny medycyny.
2. Pomimo częściowego wdrożenia mechanizmów koordynujących działania POZ z innymi formami leczenia, działania te wymagają kontynuacji. Jest to kluczowe dla zwiększenia przepustowości systemu oraz przesunięcia struktury świadczeń w kierunku opieki ambulatoryjnej, w tym POZ. Realizacja tego procesu powinna polegać m.in. na dalszym ulepszaniu mechanizmów koordynacyjnych dotyczących współpracy POZ z AOS i lecznictwem szpitalnym, nocną i świąteczną opieką zdrowotną, medycyną pracy oraz mechanizmów wymiany (elektronicznej) dokumentacji medycznej, informacji o stanie zdrowia pacjenta i jego potrzebach w związku z leczeniem specjalistycznym i hospitalizacją lub badaniami na potrzeby pracodawcy oraz w zakresie rehabilitacji i opieki długoterminowej. Oprócz doskonalenia standardów koordynacji opieki pomiędzy podmiotami, należy dążyć również do rozszerzania modelu opieki koordynowanej na świadczeniodawców, którzy nie podpisali jeszcze umowy na jej realizację oraz do rozszerzania samego modelu o nowe dziedziny medycyny.
3. Potencjał pielęgniarek i położnych w systemie opieki zdrowotnej pozostaje nie w pełni wykorzystany. W obliczu ograniczonej dostępności lekarzy, część ich dotychczasowych funkcji powinna zostać przekazana pozostałemu, odpowiednio przeszkolonemu personelowi POZ. Zwiększenie udziału pielęgniarek i położnych w udzielaniu świadczeń, zwłaszcza profilaktycznych, może poprawić dostępność

opieki. Wymaga to upowszechnienia kursów specjalistycznych oraz pełnego wykorzystania już posiadanych kompetencji w ramach POZ.

4. Część populacji pozostaje poza systematyczną opieką zdrowotną, korzystając z niej jedynie w sytuacjach nagłych. Zjawisko to ogranicza skuteczność działań profilaktycznych i wczesnej diagnostyki. Należy podejmować działania aktywizujące pacjentów, ukierunkowane na wzrost liczby deklaracji w POZ oraz uczestnictwa w programach profilaktycznych. Istotne jest rozpowszechnianie i realizacja kompleksowego, bezpłatnego programu profilaktycznego „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”. Rekomendowane jest również wsparcie w ramach edukacji zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania przez pielęgniarki szkolne.
5. Z powodu występowania zróżnicowania regionalnego w dostępie do kadry medycznej, niektóre gminy nie posiadają na swoim obszarze ani jednej placówki POZ, co utrudnia dostęp do podstawowych świadczeń zdrowotnych dla ludności zamieszkałej na tych terenach. W celu poprawy poziomu dostępności przestrzennej należy wypracować system zachęt dla świadczeniodawców oraz personelu medycznego do udzielania świadczeń na obszarach wykluczonych.
6. Istnieje potrzeba rozwoju usług medycznych w formie telemedycyny, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. Dla wielu pacjentów, szczególnie tych z ograniczoną mobilnością, wymagających częstego kontaktu z personelem medycznym w związku z chorobą przewlekłą, pochodzących z obszarów wykluczonych komunikacyjnie lub obszarów, na których nie ma dostępnych placówek POZ, fizyczna obecność w placówce medycznej w celu udzielenia świadczenia może być dużym wyzwaniem. Należy zatem dążyć do rozwijania i upowszechniania nowoczesnych form udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, łączących elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny (telemedycyna) na poziomie POZ, o ile taka forma będzie umożliwiała zachowanie jakości danego świadczenia.
7. Wdrożenie e-KOK jako narzędzia wspierającego proces diagnostyczno-terapeutyczny, poprawiającego komunikację między poziomami opieki oraz umożliwiającego monitorowanie jakości i efektów leczenia.
8. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna nie spełnia w całości swojej funkcji, co skutkuje przeciążeniem SOR. Pacjenci niewymagający pilnej interwencji medycznej trafiają na SOR, ograniczając dostęp do świadczeń dla osób w stanie zagrożenia życia. Konieczna jest popularyzacja nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz wdrożenie mechanizmów kierowania pacjentów do właściwych form wsparcia, tak aby każda z nich mogła realizować swoje zadania zgodnie z przeznaczeniem.

Działania na poziomie ponadregionalnym**Działanie 2.4.1****Zwiększenie zakresu kompetencji lekarza POZ, pielęgniarki i położnej POZ**

Działanie służy przede wszystkim zwiększeniu liczby badań diagnostycznych realizowanych w POZ, a także wspieraniu ustawicznego szkolenia i podnoszenia kwalifikacji przez personel POZ.

Oczekiwane rezultaty działania:

- podnoszenie jakości działań w zakresie kompetencji POZ.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działania: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

- udział wizyt, podczas których zlecono badania diagnostyczne, wśród wszystkich wizyt zrealizowanych w ramach POZ,
- liczba badań diagnostycznych w stosunku do liczby wizyt zrealizowanych w ramach POZ,
- udział pacjentów przewlekle chorych skierowanych do stałej opieki w ramach AOS w relacji do pacjentów z daną chorobą leczonych stale w ramach POZ,
- udział porad realizowanych przez pielęgniarki i położne,
- udział świadczeniobiorców w opiece przejściowej realizowanej przez pielęgniarki i położne.

Działanie 2.4.2**POZ na obszarach wiejskich**

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

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie dostępności do POZ na obszarach wiejskich,
- zmniejszenie liczby „białych plam”, czyli gmin bez dostępu do POZ.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działania: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

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

Działanie 2.4.3

Wzmacnianie działań profilaktycznych na poziomie POZ

Działanie ma na celu rozwój profilaktyki w POZ poprzez edukację pacjentów, zwiększenie dostępności badań przesiewowych i wsparcie świadczeniodawców.

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie świadomości prozdrowotnej Polaków poprzez uczestnictwo w programach realizowanych w ramach POZ,
- zwiększenie aktywności POZ w kształtowaniu świadomości pacjentów o potrzebie uczestnictwa w programach profilaktycznych,
- podjęcie czynnej współpracy między POZ a medycyną pracy celem zwiększenia wykrywalności chorób i poprawy stanu zdrowia populacji kraju.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działania: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba świadczeniobiorców zgłaszających się do programów związanych z profilaktyką i wczesną diagnostyką chorób przewlekłych i nowotworowych,
- liczba świadczeniobiorców, u których wykonano świadczenia w ramach programu „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”.

Działanie 2.4.4

Wzmocnienie roli pielęgniarki i położnej w POZ

Wzmocnienie roli pielęgniarki POZ oraz położnej POZ w zwiększaniu zgłaszalności pacjentów na badania w ramach programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej polegających na profilaktyce zdrowotnej. Działania będą realizowane w ramach subfunduszu rozwoju profilaktyki (wzmocnienie roli pielęgniarki POZ). Celem działania jest utrzymanie finansowania współczynników korygujących wzmacniających profilaktykę.

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie liczby porad wykonanych przez pielęgniarki POZ i położne POZ w zakresie programów zdrowotnych i programów profilaktycznych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

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

Szacowane koszty działań: 325 mln zł (subfundusze rozwoju profilaktyki Funduszu Medycznego):

- w latach 2022–2023: po 100 mln zł w każdym roku,
- w 2024 r. – 50 mln zł,
- w 2025 r. – 35 mln zł,
- w latach 2026–2029 – na poziomie 10 mln zł rocznie.

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba porad wykonanych przez pielęgniarki POZ i położne POZ w zakresie programów zdrowotnych i programów profilaktycznych,
- liczba cytologii pobranych przez położne.

Działanie 2.4.5**Wzmocnienie działań profilaktycznych dla dzieci i młodzieży w POZ**

Intensyfikacja działań w zakresie polepszenia:

- 1) zgłaszalności na badania bilansowe oraz obowiązkowe szczepienia ochronne,
- 2) edukacji zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania przez pielęgniarki i higienistki szkolne.

Oczekiwane rezultaty działania:

- wzrost liczby dzieci i młodzieży objętych badaniem bilansowym oraz obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi,
- budowanie wśród dzieci i młodzieży świadomości w zakresie znaczenia profilaktyki.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działania: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

- odsetek dzieci i młodzieży objętych badaniami bilansowymi,

- odsetek dzieci i młodzieży objętych obowiązkowymi i zalecanymi szczepieniami ochronnymi,
- odsetek dzieci i młodzieży realizującej obowiązek szkolny objętych opieką pielęgniarki lub higienistki szkolnej.

Działanie 2.4.6

Wzmocnienie opieki zdrowotnej w placówkach oświatowych

Wsparcie świadczeniodawców realizujących świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania w sprzęt komputerowy i oprogramowanie umożliwiające cyfryzację dokumentacji medycznej.

Oczekiwane rezultaty działania:

- wyposażenie pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania oraz higienistek szkolnych w sprzęt komputerowy niezbędny do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci cyfrowej.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: od dnia 1 stycznia 2026 r. do dnia 30 września 2027 r.

Szacowane koszty działania: 155 mln zł (ze środków NFZ).

Wskaźniki realizacji działania:

- wyposażenie w sprzęt komputerowy 80% gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach objętych opieką pielęgniarki lub higienistki szkolnej.

2.5. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

1. Struktura świadczeń (głównie pogłębiona diagnostyka i mniej skomplikowane zabiegi) nie jest obecnie w pełni optymalna. Nadmiarowe hospitalizacje generują relatywnie duże nakłady finansowe. W wielu przypadkach ten sam rezultat leczniczy lub diagnostyczny można osiągnąć w warunkach ambulatoryjnych z korzyścią dla systemu ochrony zdrowia jak i dla pacjenta. Należy dążyć do stanu, w którym świadczenia diagnostyczne lub leczenie, jeśli pozwalają na to warunki infrastrukturalne i możliwości zrealizowania świadczenia na odpowiednim poziomie jakości, są wykonywane w warunkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. W celu umożliwienia realizacji tego zadania należy m.in. zapewnić system finansowania świadczeń motywujący do wykonywania w AOS większej liczby

świadczeń, które nie wymagają hospitalizacji, a stanowią często podstawę skierowania na leczenie szpitalne.

2. Niektóre z poradni AOS cechuje bardzo długi czas oczekiwania na świadczenie, co może zagrażać zdrowiu lub życiu pacjenta. W celu poprawy sytuacji należy podejmować działania zwiększające dostępność do poradni z najwyższym czasem oczekiwania m.in. poprzez rozwijanie narzędzi ułatwiających zapisywanie i wypisywanie pacjentów z kolejek oraz wprowadzając rozwiązania motywujące pacjentów do informowania podmiotów leczniczych o odwoływaniu wizyt.
3. Warunki infrastrukturalne w wielu placówkach AOS uniemożliwiają udzielanie zaawansowanych świadczeń diagnostycznych. Redukcja hospitalizacji o charakterze diagnostycznym wymaga dostosowania infrastrukturalnego placówek AOS, m.in. w zakresie wymaganego sprzętu. W celu odwrócenia piramidy świadczeń warunkiem koniecznym jest systematyczne dostosowywanie infrastruktury AOS, aby umożliwić realizację zaawansowanych świadczeń diagnostycznych udzielanych dotychczas głównie w lecznictwie szpitalnym.
4. W społeczeństwie funkcjonują osoby z różnymi niepełnosprawnościami, którym należy zapewnić dostępność do podmiotów realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w ramach AOS. Występowanie barier architektonicznych w podmiotach leczniczych utrudnia lub uniemożliwia skorzystanie ze świadczeń przez osoby ze specjalnymi potrzebami bez pomocy innych. W związku z tym konieczne jest opracowanie i wdrożenie standardu dostępności dla podmiotów leczniczych AOS.
5. Istnieje regionalne zróżnicowanie w dostępności do poradni zabezpieczających podstawowe potrzeby ludności w zakresie AOS, co przekłada się na utrudnioną dostępność do świadczeń. Należy dążyć do zabezpieczenia dostępności do poradni ginekologiczno-położniczych, chirurgicznych, kardiologicznych oraz z wybranymi specjalnościami dziecięcymi na poziomie poszczególnych powiatów.
6. W poradniach specjalistycznych istnieje nadreprezentacja pacjentów kontynuujących leczenie względem pacjentów korzystających z porad pierwszorazowych, co wydłuża czas oczekiwania na pierwszy kontakt ze specjalistą. Należy dążyć do zmiany dotychczasowej struktury świadczeń, m.in. przez optymalizację procesu diagnostycznego w AOS oraz poprzez poprawę koordynacji opieki nad pacjentem z chorobami przewlekłymi z ustabilizowanym stanem zdrowia (który może być leczony w ramach POZ). Działaniem wspierającym powinien być rozwój elektronicznej dokumentacji medycznej oraz opracowanie rozwiązań teleinformatycznych usprawniających komunikację.

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.5.1**Rozszerzenie opieki koordynowanej na nowe obszary terapeutyczne**

Zwiększenie spójności procesu leczenia pacjentów z chorobami przewlekłymi i wymagającymi długotrwałego monitorowania poprzez zintegrowanie działania POZ, AOS i szpitali, oparte na narzędziach cyfrowych oraz standaryzowanych ścieżkach klinicznych.

Oczekiwane rezultaty:

- rozszerzenie modelu opieki koordynowanej na nowe dziedziny leczenia i objęcie zintegrowaną opieką większej liczby pacjentów, szczególnie w obszarach o wysokim obciążeniu chorobami przewlekłymi,
- przeniesienie części zadań diagnostycznych i kontrolnych z poziomu AOS do POZ, dzięki czemu AOS będzie mógł skoncentrować się na przypadkach wymagających specjalistycznej interwencji, co skróci kolejki do specjalistów, poprawi dostępność i pozwoli na efektywniejsze wykorzystanie zasobów kadrowych,
- wzmocnienie POZ jako centrum zarządzania leczeniem pacjenta, który stanie się kluczowym koordynatorem procesu terapeutycznego, odpowiedzialnym za tworzenie planu leczenia, współpracę ze specjalistami i monitorowanie postępów terapii.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działania: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba nowych obszarów terapeutycznych objętych opieką koordynowaną,
- liczba placówek realizujących opiekę koordynowaną,
- liczba pacjentów objętych opieką koordynowaną.

Działanie 2.5.2**Skrócenie kolejek do lekarzy specjalistów**

Zwiększenie udziału wizyt pierwszorazowych w celu poprawy dostępności pacjentów do lekarzy specjalistów oraz skrócenie czasu oczekiwania na pierwszą wizytę poprzez wprowadzenie mechanizmu ograniczającego wartość refundacji świadczenia dla świadczeniodawców AOS, którzy nie osiągną wyznaczonych wskaźników pacjentów pierwszorazowych.

Oczekiwane rezultaty:

- poprawa dostępności do świadczeń poprzez skłonienie poradni specjalistycznych do zwiększenia udziału wizyt nowych pacjentów,
- lepsze wykorzystanie zasobów poprzez wpływ na proporcje obsługi kolejnych wizyt kontrolnych i przepływu „nowych pacjentów”,
- krótszy czas oczekiwania i zmniejszenie się kolejek do specjalisty na wizytę pierwszorazową,
- lepsze wykorzystanie zasobów kadrowych, w tym specjalistycznych porad pielęgniarek i położnych.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działania: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

- udział wizyt pierwszorazowych w ogólnej liczbie wizyt w AOS,
- poziom osiągnięcia mediany ogólnopolskiej dla udziału wizyt pierwszorazowych,
- odsetek poradni, które zostały objęte obniżeniem współczynnika wynagrodzenia (współczynnik 0,75) z powodu nieosiągnięcia wskaźnika udziału wizyt pierwszorazowych.

2.6. Leczenie szpitalne

Potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

1. Pomimo istotnego udziału leczenia szpitalnego w całkowitych nakładach na ochronę zdrowia (ok. 40–45%), obserwuje się potrzebę poprawy efektywności tego segmentu. Obecna struktura tariff nie zawsze odzwierciedla rzeczywiste koszty świadczeń, a ograniczona elastyczność alokacji środków utrudnia dostosowanie do zmieniających się potrzeb zdrowotnych. Finansowanie nie jest w pełni powiązane z wynikami leczenia, co ogranicza motywację do optymalizacji jakości. Utrzymywanie części placówek o niskim obłożeniu i ograniczonym dostępie do zasobów może generować koszty niewspółmierne do efektów zdrowotnych, a niedostateczne wzmocnienie opieki ambulatoryjnej skutkuje kierowaniem do szpitali przypadków, które mogłyby być skutecznie leczone w innych formach opieki. Wymaga to stopniowego przechodzenia w kierunku modelu finansowania opartego na wartości zdrowotnej i efektywności.
2. Koncentracja zasobów w dużych miastach powoduje ograniczenia w dostępie do leczenia w regionach peryferyjnych i pogłębia nierówności zdrowotne, zwłaszcza we wschodniej części kraju. Wymaga inwestycji w sprzęt i kadry oraz strategicznego planowania rozmieszczenia zasobów.

3. Średni wiek lekarzy i pielęgniarek przekracza 50 lat, a deficyty występują szczególnie w województwach wschodnich i północnych. Problem wpływa na jakość i dostępność leczenia. Potrzebne są zachęty do specjalizacji deficytowych i programy powrotu do zawodu.
4. W wielu województwach obserwuje się nadmiar łóżek w niektórych profilach i niedobór w innych (np. opieka geriatryczna czy psychiatryczna). Szpitale, zwłaszcza I i II poziom sieci szpitali, posiadają znaczną liczbę oddziałów wykraczających poza te, które zostały przewidziane dla tych poziomów w przepisach dotyczących systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Ich istnienie i dalsze tworzenie mogą prowadzić do presji w kierunku nieefektywnego kontraktowania świadczeń i pogorszenia ich jakości. Problem prowadzi do nieefektywnego wykorzystania zasobów i nierównomiernego dostępu do świadczeń. Wymaga racjonalizacji struktury oddziałów i dostosowania liczby łóżek do rzeczywistych potrzeb populacyjnych.
5. Dostosowanie dostępności wybranych profili oddziałów szpitalnych do zmieniającej się struktury demograficznej i sytuacji epidemiologicznej stanowi jedno z kluczowych wyzwań systemu ochrony zdrowia. W obliczu starzenia się społeczeństwa oraz rosnącej liczby chorób przewlekłych, konieczne jest utrzymanie dostępności tych profili oddziałów, które już dziś wykazują ponadprzeciętne wskaźniki w poszczególnych województwach, oraz zwiększenie dostępności tam, gdzie wskaźniki są poniżej średniej krajowej. Szczególne znaczenie mają oddziały geriatryczne, kardiologiczne, chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej, które będą odgrywać kluczową rolę w zapewnieniu adekwatnej opieki szpitalnej dla starzejącej się populacji.
6. Wzrost przypadków zakażeń CDI (*Clostridioides difficile*) obserwowany jest w większości województw, szczególnie w placówkach o dużym obłożeniu. Zwiększa to ryzyko zgonów, zwłaszcza u pacjentów starszych i onkologicznych. Wymaga wdrożenia systemów kontroli zakażeń i monitorowania jakości.
7. Aż do 80% przypadków w SOR nie wymaga interwencji ratunkowej, a dziecięce SOR nie funkcjonują w 7 województwach, m.in. w lubuskim i opolskim. Obniża to jakość opieki i wydłuża czas reakcji.
8. Istotnym problemem jest wydłużony czas oczekiwania na hospitalizację planową, które w niektórych obszarach przekraczają rok. Długie oczekiwanie skutkuje pogorszeniem stanu zdrowia pacjentów oraz zwiększeniem liczby hospitalizacji w trybie pilnym. Proponuje się rozwój leczenia jednodniowego, poprawę koordynacji między POZ, AOS i szpitalami oraz cyfrowe zarządzanie listami oczekujących.
9. Znaczna część budynków szpitalnych jest przestarzała i charakteryzuje się niską efektywnością energetyczną. Modernizacja infrastruktury jest niezbędna dla

poprawy efektywności energetycznej, obniżenia kosztów utrzymania, bezpieczeństwa i realizacji celów klimatycznych. Największe potrzeby dotyczą szpitali powiatowych, którym należy zapewnić odpowiednie wsparcie doradcze.

10. Wiele szpitali działa w starszych budynkach, które nie spełniają norm dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami. Zapewnienie uniwersalnych rozwiązań architektonicznych dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami jest kluczowa dla równego dostępu do opieki oraz poprawy jakości jednostki, a także komfortu pacjentów i personelu.

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.6.1

Konsolidacja podmiotów leczniczych

Wdrożenie rozwiązań umożliwiających konsolidację podmiotów leczniczych pn. „Zdrowy szpital – bezpieczny Pacjent”, poprzez przyjęcie uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych” oraz realizacja wsparcia inwestycyjnego w ramach ogłoszonych konkursów.

Oczekiwane rezultaty działania:

- modernizacja oraz rozbudowa infrastruktury podmiotów leczniczych podejmujących inicjatywy przekształceniowe i konsolidacyjne poprzez m.in. wsparcie na cele infrastrukturalne, doposażenie szpitali i zakup sprzętu medycznego,
- polepszenie dostępu do wysokiej jakości świadczeń i zwiększenie udziału świadczeń ambulatoryjnych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2026–2029

Szacowane koszty działań: łącznie na wsparcie procesów konsolidacyjnych podmiotów leczniczych w ramach alokacji środków na Subfundusz Modernizacji Podmiotów Leczniczych z Funduszu Medycznego przewidziano kwotę 1,048 mld zł

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba podmiotów, które przystąpią do konsolidacji międzypodmiotowych.

Działanie 2.6.2

Tworzenie centrów leczenia specjalistycznego chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne

Tworzenie warunków do rozwoju centrów specjalistycznych oraz wprowadzanie działań mających na celu poprawę koncentracji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne, zgodnie z Narodowym Programem Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2024–2028.

Oczekiwane rezultaty działania:

- zmniejszenie liczby osób, które z powodu wylewów krwotocznych nie mogą się uczyć lub pracować i wcześniej przechodzą na rentę,
- zmniejszenie liczby pacjentów cierpiących z powodu braku należytego leczenia hemofilii lub pokrewnych skaz krwotocznych,
- poprawa jakości życia chorych wymagających specjalistycznego leczenia,
- objęcie opieką przez ośrodki leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych maksymalnej liczby chorych,
- poprawa wiedzy personelu medycznego w zakresie leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2024–2028

Szacowane koszty działań: 2,8 mld zł

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba pacjentów objętych opieką ośrodków leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych,
- liczba ośrodków leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych, z których przeszkolono kadrę medyczną w ramach Programu,
- liczba depozytów koncentratów czynników krzepnięcia.

Działanie 2.6.3**Poprawa dostępu do leczenia chorób rzadkich**

Tworzenie warunków do rozwoju OECR oraz wprowadzanie działań mających na celu poprawę koncentracji świadczeń w chorobach rzadkich.

Oczekiwane rezultaty działania:

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

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działań: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba OECR spełniających warunki, które zostały nominowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia,
- liczba OECR należących do europejskich sieci referencyjnych dla chorób rzadkich,
- liczba pacjentów objętych diagnostyką i leczeniem w OECR,
- liczba wykonanych wielkoskalowych badań genomowych zleconych w ramach kompetencji danego OECR finansowanych wg ustalonych zasad ze środków publicznych.

Działanie 2.6.4

Utworzenie powiatowych centrów zdrowia

Utworzenie powiatowych centrów zdrowia, które będą zabezpieczały świadczeniobiorcom dostęp do podstawowych świadczeń chirurgicznych, konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz kilkugodzinnej obserwacji medycznej, na obszarach bez dostępu do szpitali.

Oczekiwane rezultaty:

- zapewnienie mieszkańcom powiatów, w których nie ma szpitali, dostępu do podstawowych świadczeń chirurgicznych, konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz kilkugodzinnej obserwacji medycznej,
- zapewnienie świadczeń ginekologicznych i pediatrycznej pomocy doraźnej.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: do dnia 30 czerwca 2026 r. publikacja aktów wykonawczych do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Szacowane koszty działania: Zgodnie z szacunkami AOTMiT kwota ryczałtu na zapewnienie gotowości do realizacji świadczeń w ujęciu średnio miesięcznym (365/12) w pojedynczym powiatowym centrum zdrowia wyniesie około 0,5 mln zł. Kwota ta będzie dodatkowo zwiększona o przychód z tytułu zrealizowanych świadczeń finansowanych poza ryczałtem powiatowego centrum zdrowia.

Wskaźniki realizacji działania:

- opublikowanie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w powiatowym centrum zdrowia,
- zawarcie przez NFZ 10 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w powiatowym centrum zdrowia (liczba zależna od lokalnych potrzeb, obecnie szacuje się, że konieczne będzie zawarcie umów na ok. 10 lokalizacji).

2.7. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

1. Zapewnienie powszechnego dostępu do skoordynowanej, kompleksowej opieki psychiatrycznej dla dorosłych opierającej się w głównej mierze na leczeniu ambulatoryjnym i środowiskowym. Największym obecnie wyzwaniem jest dokończenie reformy i wprowadzenie jej na terenie całego kraju. Nowy model opieki pozwala na efektywniejsze zaspokajanie potrzeb pacjentów, daje szansę na szybsze rozpoznanie i podjęcie leczenia w środowisku pacjenta. Pozwala na minimalizowanie udziału najbardziej kosztownego leczenia stacjonarnego. Świadczeniodawcy są w stanie lepiej dopasować się do indywidualnych potrzeb pacjentów, a koordynacja między osobami zaangażowanymi w proces leczenia jest ułatwiona. Przekłada się to zarówno na jakość świadczonej opieki jak i potencjalne oszczędności.
2. Zapewnienie odpowiedniego dostępu do dedykowanej dzieciom i młodzieży kompleksowej i skoordynowanej z środowiskiem szkolnym i rodzinnym opieki w ramach wszystkich trzech poziomów referencyjnych na terenie całego kraju. Nowy model opieki polega m. in. na objęciu pacjenta leczeniem w jego codziennym środowisku, co jest szczególnie ważne w przypadku młodych ludzi. Z tego powodu istotne jest zapewnienie opieki blisko miejsca zamieszkania. Do ich efektywnego funkcjonowania ważna jest także współpraca międzysektorowa, czyli koordynacja z środowiskiem szkolnym i rodzinnym oraz systemem opieki społecznej, dla której potrzebne jest zapewnienie odpowiednich ram prawnych.
3. Zapewnienie zwiększonego dostępu do leczenia uzależnień, poszerzenie dostępu do leczenia substytucyjnego. U osób uzależnionych często występują zaburzenia psychiczne, tzw. podwójna diagnoza oraz choroby somatyczne, co wymaga dostępu do zintegrowanej opieki psychiatrycznej i medycznej.
4. Skuteczna opieka psychiatryczna wymaga odpowiednich warunków dla jej świadczenia, tymczasem duża część infrastruktury w RP, szczególnie oddziałów stacjonarnych, jest przestarzała i nie spełnia odpowiednich standardów, w tym także bezpieczeństwa.

5. Mimo stopniowej poprawy sytuacji, nadal w niektórych rejonach kraju utrudniony jest dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, których warunkiem realizacji jest lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dziecięcej. Ponadto w systemie brakuje osób specjalizujących się w niektórych zaburzeniach wymagających szczególnego poziomu kompetencji i doświadczenia.
6. Z uwagi na zmiany demograficzne i starzenie się społeczeństwa coraz istotniejszym jest adresowanie potrzeb zdrowotnych seniorów, w tym także w odniesieniu do zdrowia psychicznego. Wiąże się to z koniecznością zapewnienia łatwego dostępu do diagnostyki i leczenia w ramach poradni i oddziałów psychogeriatrycznych, a także wsparcia opiekunów rodzinnych i instytucjonalnych, integracji opieki medycznej, społecznej i środowiskowej, przeciwdziałaniu izolacji osób starszych oraz promocji aktywności fizycznej i społecznej jako profilaktyki otępień.

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.7.1

Wzmocnienie modelu koordynowanej opieki psychiatrycznej

Transformacja i rozwój skoordynowanej opieki psychiatrycznej dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży.

Oczekiwane rezultaty działania:

- pełne przejście z pilotażu centrów zdrowia psychicznego do systemu docelowego, w tym na II i III poziomie referencyjności w psychiatrii dorosłych,
- poprawa infrastruktury i bezpieczeństwa pacjentów w ochronie zdrowia psychicznego dorosłych oraz dzieci i młodzieży,
- zwiększenie dostępności świadczeń środowiskowych,
- zwiększenie liczby specjalistów,
- poprawa jakości i bezpieczeństwa infrastruktury oddziałów całodobowych w psychiatrii dorosłych oraz dzieci i młodzieży,
- wdrożenie standardów opieki psychiatrycznej (dzieci i młodzież oraz dorośli).

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2026–2031

Szacowane koszty działań: 2,5 mld zł

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba centrów zdrowia psychicznego działających w docelowym modelu środowiskowym,
- liczba województw z dostępem do świadczeń II i III poziomu referencyjnego w psychiatrii,

- liczba podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w opiece psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży oraz dorosłych, która poprawiła bezpieczeństwo i jakość usług dzięki inwestycjom infrastrukturalnym,
- liczba inwestycji modernizacyjnych zrealizowanych w centrach zdrowia psychicznego,
- liczba wdrożonych standardów organizacyjnych i klinicznych w opiece psychiatrycznej.

Działanie 2.7.2

Wzmocnienie systemu ochrony zdrowia psychicznego

Zarządzanie zmianą, koordynacja i monitorowanie transformacji systemu ochrony zdrowia psychicznego.

Oczekiwane rezultaty działania:

- opracowanie i wdrożenie map odpowiedzialności terytorialnej dla centrów zdrowia psychicznego, uwzględniających potrzeby zdrowia psychicznego mieszkańców,
- wypracowanie i wdrożenie systemu wskaźników, w tym wskaźników jakościowych i ilościowych dla zdrowia psychicznego, oraz ich wykorzystanie w analizach, monitoringu i raportowaniu,
- budowa krajowej zdolności analitycznej umożliwiającej identyfikację trendów, zagrożeń oraz potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego (społecznych, systemowych i geopolitycznych),
- zwiększenie skuteczności zarządzania zdrowiem psychicznym na poziomie krajowym przez opracowanie rekomendacji systemowych i organizacyjnych opartych na danych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2026–2031

Szacowane koszty działań: 300 mln zł

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba krajowych map odpowiedzialności terytorialnej dla centrów zdrowia psychicznego,
- liczba opracowanych i wdrożonych narzędzi oraz procedur krajowego monitorowania transformacji systemu opieki psychiatrycznej,
- liczba raportów dotyczących stopnia realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,

- liczba raportów analitycznych – na poziomie krajowym i regionalnym – sporządzonych w oparciu o jednolity system wskaźników dla zdrowia psychicznego.

2.8. Rehabilitacja medyczna

Potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

1. W RP utrzymuje się znaczny deficyt świadczeń rehabilitacyjnych, szczególnie w warunkach dziennych, stacjonarnych i ambulatoryjnych. Długi czas oczekiwania – często przekraczający kilka miesięcy – ogranicza skuteczność leczenia i obniża szanse na pełny powrót do sprawności, zwłaszcza po udarach, zabiegach ortopedycznych i kardiologicznych. Brak dostępności rehabilitacji we wczesnym okresie po incydencie chorobowym może skutkować trwałą niepełnosprawnością i może zwiększać wydatki na opiekę długoterminową. Wymaga to rozwoju infrastruktury rehabilitacyjnej, zwiększenia liczby kontraktów NFZ, rozwoju rehabilitacji domowej i telerehabilitacji oraz lepszego rozmieszczenia świadczeniodawców pomiędzy regionami.
2. Rehabilitacja często nie stanowi integralnej części ścieżki leczenia pacjenta. Brak szybkiego rozpoczęcia rehabilitacji po hospitalizacji może prowadzić do utraty efektów terapii i wydłużyć proces rekonwalescencji. Szczególnie dotyczy to pacjentów po incydentach neurologicznych, kardiologicznych i urazowych. Niezbędne jest zapewnienie ciągłości opieki poprzez lepsze powiązanie rehabilitacji z POZ, AOS i opieką szpitalną, rozwój programów kompleksowej rehabilitacji oraz wdrażanie nowoczesnych form, takich jak telerehabilitacja hybrydowa.
3. Starzenie się społeczeństwa prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia rehabilitacyjne, co wymaga dostosowania infrastruktury, kadry i finansowania systemu rehabilitacji do rosnącej liczby pacjentów w starszym wieku.

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.8.1

Poprawa jakości świadczeń rehabilitacyjnych

Wprowadzenie obowiązku oceny stanu funkcjonalnego świadczeniobiorców przed, w trakcie i po rehabilitacji przez fizjoterapeutów.

Oczekiwane rezultaty działania:

- trafna identyfikacja potrzeb rehabilitacyjnych pacjenta,

- określenie indywidualnych celów terapeutycznych,
- monitorowanie postępów terapii, wzrost jakości i efektywności świadczeń rehabilitacyjnych.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: od dnia 1 lipca 2026 r.

Szacowane koszty działania: zgodnie z oceną skutków regulacji, projekt nie przewiduje dodatkowych kosztów dla systemu finansów publicznych ani jednostek samorządu terytorialnego; finansowanie zmian ma odbywać się w ramach planu finansowego NFZ

Wskaźniki realizacji działania:

- wprowadzenie obowiązku oceny stanu funkcjonalnego świadczeniobiorców,
- liczbę świadczeniobiorców, u których dokonano oceny stanu funkcjonalnego przed rozpoczęciem rehabilitacji oraz po jej zakończeniu.

Działanie 2.8.2

Poprawa dostępności rehabilitacji kardiologicznej

Wyrównywanie i poprawa dostępności do rehabilitacji kardiologicznej poprzez inwestycje w rehabilitację stacjonarną i ambulatoryjną oraz rehabilitację domową, a także programy hybrydowe.

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej i wyrównanie istniejących w RP dysproporcji regionalnych,
- zapewnienie telemedycyny i teleopieki dla pacjentów na terenie RP, ze szczególnym uwzględnieniem osób niepełnosprawnych i wymagających leczenia lub rehabilitacji w warunkach domowych,
- uproszczenie procedur świadczeń rehabilitacyjnych, w tym telerehabilitacji,
- ujednolicenie wymagań dla różnych form rehabilitacji,
- zwiększenie liczby pacjentów kierowanych na rehabilitację z oddziałów kardiologicznych oraz przez lekarzy POZ,
- rozwój ośrodków kardiologicznych zakwalifikowanych na poziom II oraz III KSK poprzez inwestycje w aparaturę i wyroby medyczne, inwestycje w rozwiązania z obszaru telemedycyny, jak również rozwiązania mające na celu informatyzację podmiotów leczniczych,
- inwestycje infrastrukturalne oraz modernizacyjne, celem poprawy dostępności i jakości rehabilitacji kardiologicznej, a także zagwarantowania wykonywania większej liczby świadczeń, a także skuteczniejszego leczenia pacjentów kardiologicznych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ, NIKARD-PIB, ośrodki kardiologiczne poziomu II oraz poziomu III KSK, AOTMiT

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działań: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba pacjentów objętych rehabilitacją kardiologiczną (w tym telemedyczną),
- liczba ośrodków realizujących rehabilitację w ramach KSK,
- aktualizacja zasad udzielania świadczeń rehabilitacyjnych, w tym telerehabilitacji, i ujednolicone wymagania dla różnych form rehabilitacji.

2.9. Opieka długoterminowa

Potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

1. Starzenie się społeczeństwa wymaga dostosowania systemu ochrony zdrowia do rosnących potrzeb osób starszych. Zwiększone zapotrzebowanie na opiekę długoterminową uwidacznia konieczność rozwoju usług wspierających codzienne funkcjonowanie pacjentów, w tym systemu informacji o dostępnym wsparciu zarówno dla pacjentów, jak i ich opiekunów nieformalnych. Aktualnie pacjenci i ich opiekunowie nieformalni często nie mają wystarczających informacji, gdzie i w jaki sposób mogą uzyskać wsparcie.
2. Potrzebna jest koordynacja przepływu informacji między systemem ochrony zdrowia a pomocą społeczną. Obecny podział kompetencji między systemem ochrony zdrowia a pomocą społeczną utrudnia koordynację działań i planowanie świadczeń.
3. Zjawisko starzenia się społeczeństwa szczególnie dotyczy obszarów wiejskich i mniejszych miast, a także regionów o wysokim udziale osób starszych. Wymaga to wzmocnienia współpracy międzysektorowej oraz rozwoju zintegrowanych modeli opieki. Usprawnienie organizacji opieki długoterminowej pozwoli na lepsze wykorzystanie zasobów i ograniczenie presji na inne segmenty systemu.
4. Rośnie liczba osób z chorobami otępiennymi. Przyczyny tych chorób są bardzo różne. Nie dotyczą one tylko osób starszych, ale ryzyko ich pojawienia się rośnie wraz z wiekiem. Wiedza na temat chorób otępiennych wśród pacjentów i ich opiekunów nieformalnych jest niewystarczająca. Choroby te należą jednocześnie do schorzeń budzących największy niepokój społeczny. Obawy przed niezrozumieniem, utratą samodzielności i społecznym wykluczeniem sprawiają, że osoby z diagnozą choroby otępiennej i ich opiekunowie nieformalni często zwlekają z szukaniem pomocy lub czują się pozostawieni sami sobie. Zapewnienie dostępu do wsparcia i opieki po otrzymaniu diagnozy choroby otępiennej powinno

realnie wpłynąć na poczucie bezpieczeństwa i jakość życia osób chorych i ich opiekunów nieformalnych.

5. Niedostateczne wsparcie dla opiekunów nieformalnych stanowi istotne wyzwanie w obszarze opieki długoterminowej. Osoby te sprawują codzienną opiekę nad seniorami, osobami chorymi i z niepełnosprawnościami, często bez profesjonalnego przygotowania i systemowego wsparcia. Może to powodować znaczne obciążenie fizyczne i psychiczne u tych osób, co z kolei ma często bezpośredni wpływ na ich stan zdrowia, sytuację zawodową i relacje społeczne. Zjawisko to szczególnie dotyczy obszarów wiejskich, mniejszych miast oraz regionów o wysokim udziale osób starszych. Wymaga to rozwoju opieki wytchnieniowej, wsparcia psychologicznego, edukacji opiekunów oraz wdrożenia rozwiązań cyfrowych i finansowych. Wzmocnienie roli opiekunów nieformalnych zwiększy stabilność systemu i jakość opieki świadczonej w środowisku domowym.
6. Niedostateczna infrastruktura oraz ograniczone zasoby kadrowe utrudniają rozwój stacjonarnej opieki długoterminowej w placówkach medycznych. W wielu szpitalach i podmiotach leczniczych brakuje warunków do świadczenia usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Ograniczenia te wpływają na jakość opieki, obciążenie istniejących zasobów oraz wzrost kosztów leczenia i hospitalizacji. Problem pogłębia się w placówkach, które nie dysponują środkami na modernizację i rozwój kompetencji personelu. Wymaga to kontynuacji inwestycji infrastrukturalnych, systemowego wsparcia kadry oraz rozwoju współpracy międzysektorowej. Wzmocnienie potencjału instytucjonalnego jest niezbędne dla zapewnienia stabilności i dostępności opieki długoterminowej w skali kraju.
7. Ograniczona dostępność nowoczesnych usług telemedycyny, teleopieki i e-zdrowia stanowi istotne wyzwanie w obszarze opieki długoterminowej. Wymaga to inwestycji w infrastrukturę cyfrową, szkoleń dla personelu i opiekunów oraz rozwoju zintegrowanych systemów danych. Zwiększenie dostępności usług cyfrowych może znacząco poprawić komfort życia pacjentów i efektywność opieki długoterminowej.

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.9.1

Wsparcie dla osób z chorobami otępiennymi i ich opiekunów nieformalnych

Utrzymanie telefonicznej informacji i wsparcia psychologicznego dla osób z chorobami otępiennymi i ich opiekunów nieformalnych.

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie dostępności informacji na temat chorób otępiennych i dostępnego wsparcia zdrowotnego dla osób z chorobami i ich opiekunów nieformalnych,
- poprawa stanu zdrowia psychofizycznego, jakości życia związanej ze zdrowiem i umiejętności radzenia sobie z rolą opiekuna wśród opiekunów nieformalnych osób z zaburzeniami otępiennymi.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, RPP

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: do dnia 31 października 2027 r.

Szacowane koszty działania: 2,5 mln zł rocznie

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba porad udzielonych opiekunom nieformalnym osób z chorobami otępiennymi i osobom objętym przez nich opieką w ramach telefonicznej informacji i wsparcia psychologicznego dla tych osób.

Działanie 2.9.2**Opieka psychologiczna dla opiekunów nieformalnych osób starszych**

Realizacja pilotażu wsparcia psychologicznego dla opiekunów nieformalnych osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym opiekunów osób z zaburzeniami otępiennymi, w szczególności poprzez organizację grup wsparcia (w ramach działania 04.14: Deinstytucjonalizacja długoterminowej opieki medycznej Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2017).

Oczekiwane rezultaty działania:

- poprawa stanu zdrowia psychofizycznego i jakości życia związanej ze zdrowiem i umiejętności radzenia sobie z rolą opiekuna u opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym opiekunów osób z chorobami otępiennymi, objętych wsparciem psychologicznym w ramach pilotażu,
- poprawa jakości i wydłużenie czasu udzielania opieki nieformalnej przez opiekunów nieformalnych osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, objętych wsparciem psychologicznym w ramach pilotażu.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2026–2027

Szacowane koszty działania: do ustalenia na podstawie ewaluacji pilotażu

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba opiekunów nieformalnych osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, objętych wsparciem psychologicznym w ramach pilotażu,
- liczba podmiotów leczniczych udzielających wsparcia psychologicznego opiekunom nieformalnym osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w ramach pilotażu.

Działanie 2.9.3

Pilotaż Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci

Pilotaż DCWP dla osób z chorobami otępiennymi oraz ich opiekunów nieformalnych (w ramach Działania 04.14: Deinstytucjonalizacja długoterminowej opieki medycznej Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027) oraz włączenie wypracowanych w ramach pilotażu rozwiązań do systemu świadczeń gwarantowanych.

Oczekiwane rezultaty działania:

- poprawa stanu zdrowia i funkcjonowania psychofizycznego u osób z chorobami otępiennymi lub innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci objętych wsparciem w ramach DCWP,
- podniesienie kompetencji opiekunów nieformalnych osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci, objętych wsparciem w ramach DCWM, w zakresie przebiegu tychże chorób i zasad opieki nad osobami z tymi chorobami,
- włączenie pozytywnie zwalidowanych rozwiązań przetestowanych w ramach pilotażu DCWP do systemu świadczeń gwarantowanych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działań: Program pilotażowy DCWP – 40 mln zł

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach pilotażu DCWP,
- liczba osób z chorobami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci objętych wsparciem w ramach DCWP,

- liczba opiekunów nieformalnych osób z chorobami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci objętych wsparciem w ramach pilotażu DCWP.

Działanie 2.9.4

Większe wykorzystanie kompetencji pielęgniarek, położnych i opiekunów medycznych w opiece długoterminowej

Poprawa dostępności do świadczeń opieki długoterminowej poprzez wykorzystanie kompetencji pielęgniarek, położnych i opiekunów medycznych.

Oczekiwane rezultaty działania:

- poprawa dostępności do opieki długoterminowej,
- podniesienie jakości udzielanych świadczeń,
- skrócenie kolejek do opieki długoterminowej stacjonarnej,
- racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działań: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba świadczeń wykonanych przez pielęgniarki, położne i opiekunów medycznych,
- liczba porad zrealizowanych przez pielęgniarki i położne.

Działanie 2.9.5**Stworzenie portalu z informacjami o ofercie opieki długoterminowej**

Upowszechnienie spójnej i kompleksowej informacji na temat świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej na podstawie ustaleń wypracowanych w trakcie realizacji priorytetów reformy opieki długoterminowej w komponencie A Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności

Oczekiwane rezultaty działania:

- ujednolicone pakiety aktualnych i praktycznych informacji na temat świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz warunków dostępu do tych świadczeń publikowane online (na stronach internetowych NFZ, MZ, RPP).

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, NFZ, RPP

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2028

Szacowane koszty działania: nie generuje dodatkowych kosztów, zostanie zrealizowane w ramach istniejących zasobów

Wskaźniki realizacji działania:

- uruchomienie i prowadzenie bazy aktualnych i praktycznych informacji na temat świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej na oficjalnych stronach internetowych MZ, NFZ i RPP.

2.10. Opieka paliatywna i hospicyjna

Potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

1. Osoby z nieuleczalnymi, postępującymi chorobami powinny mieć zapewniony dostęp do świadczeń adekwatnych do ich stanu zdrowia. Wskazane jest przesunięcie punktu ciężkości z opieki stacjonarnej na rzecz świadczeń realizowanych w warunkach domowych i pozainstytucjonalnych. Takie podejście zwiększa komfort pacjenta i pozwala na lepsze wykorzystanie zasobów lokalnych. Wymaga to rozwoju modeli opieki środowiskowej oraz integracji świadczeń w ramach systemu ochrony zdrowia.

2. Dostępność świadczeń paliatywnych i hospicyjnych jest zróżnicowana pomiędzy województwami. Nierówności te wpływają na jakość życia pacjentów oraz obciążenie rodzin i lokalnych struktur opiekuńczych. Konieczne jest zwiększenie liczby udzielanych świadczeń oraz ich równomierne rozmieszczenie w skali kraju. Działania powinny uwzględniać lokalne potrzeby demograficzne i zdrowotne. Wyrównanie dostępu jest kluczowe dla zapewnienia równości w opiece zdrowotnej.
3. System opieki paliatywnej i hospicyjnej wymaga modernizacji i doposażenia infrastruktury placówek stacjonarnych oraz równoczesnego wzmacniania opieki domowej i ambulatoryjnej. W 2023 r. świadczenia realizowało 715 placówek (wzrost o 8% względem 2019 r.), jednak mimo rozwoju sieci podmiotów zapotrzebowanie nadal przewyższa dostępność.
4. W planowaniu rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej należy uwzględnić założenia NSO, w szczególności w zakresie zapewnienia kompleksowej opieki dla pacjentów onkologicznych w zaawansowanym stadium choroby. Integracja działań z NSO umożliwi poprawę dostępności i jakości świadczeń paliatywnych, rozwój opieki domowej oraz wdrażanie standardów organizacyjnych, co przełoży się na lepsze wsparcie pacjentów i ich rodzin w ostatnim etapie życia.
5. Istnieje potrzeba rozszerzenia katalogu jednostek chorobowych kwalifikujących do opieki paliatywnej i hospicyjnej, co pozwoli zapewnić dostępność dla świadczeniobiorców do tej pory jej pozbawionych.

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.10.1

Poprawa dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej

Działanie mające na celu zmianę organizacji i warunków udzielania świadczeń gwarantowanych, aby zwiększyć dostępność do opieki paliatywnej i hospicyjnej. W ramach działania na nowo zostaną zdefiniowane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w tym kryteria kwalifikacji do tych świadczeń oraz warunki i wymagania związane z ich realizacją. Zmiany obejmą także wykaz jednostek chorobowych kwalifikujących do świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Oczekiwane rezultaty działania:

- przebudowa organizacji udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej,
- poprawa dostępności do tych świadczeń.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2027–2029

Szacowane koszty działania: wdrożenie planowanych rozwiązań wymaga zwiększenia nakładów na przedmiotowe świadczenia o ok. 570 mln zł w skali roku.

Wskaźniki realizacji działania:

- wejście w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

2.11. Kadry

Potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

1. W wybranych grupach zawodowych oraz niektórych dziedzinach specjalizacyjnych obserwuje się brak zastępowalności pokoleniowej – liczba kadry wchodzącej w wiek emerytalny, która może potencjalnie odejść z rynku pracy, przewyższa liczbę osób kształcących się. Biorąc pod uwagę potrzeby zdrowotne kluczowe jest odpowiednie planowanie i dostosowanie kształcenia zarówno przeddyplomowego jak i podyplomowego, przy jednoczesnym zapewnieniu odpowiedniej jakości.
2. Dysproporcje w rozmieszczeniu kadry medycznej nasilają nierówności terytorialne w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Personel koncentruje się w dużych miastach, podczas gdy szczególnie regiony peryferyjne i depopulacyjne borykają się z jej niedoborami. W odpowiedzi potrzebne są mechanizmy wspierające zatrudnienie kadry medycznej w regionach deficytowych poprzez tworzenie systemów motywacyjnych oraz zachęt finansowych i pozafinansowych.
3. Pomimo rosnącej liczby studentów kierunku lekarskiego w niektórych dziedzinach medycyny obserwuje się niewystarczającą zastępowalność pokoleniową. Istotna jest odpowiednia dystrybucja miejsc na szkolenia specjalizacyjne w regionach oraz przyznawanie akredytacji z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych oraz zmian demograficznych i epidemiologicznych.
4. Prowadzenie polityki ukierunkowanej na zwiększenie liczby pracujących pielęgniarek w placówkach medycznych, szczególnie w regionach deficytowych. Konieczne jest dostosowanie kształcenia do potrzeb regionalnych oraz podejmowanie działań wspierających powrót do zawodu osób, które zrezygnowały z pracy przed osiągnięciem wieku emerytalnego. Istotne jest również wzmacnianie prestiżu zawodu pielęgniarki wśród młodych osób.
5. W celu zapewnienia wysokiej jakości leczenia kluczowe jest odpowiednie zarządzanie kompetencjami kadry medycznej, które nie są obecnie optymalnie wykorzystywane. Zmieniające się potrzeby zdrowotne społeczeństwa niosą za

sobą konieczność zmian dostosowania kształcenia przyszłej kadry medycznej. Potrzebne są zmiany organizacyjne, w tym lepsze wykorzystanie kompetencji zespołów medycznych i rozwijanie nowych modeli pracy (np. zespoły interdyscyplinarne).

6. Optymalizacja czasu pracy kadry medycznej poprzez przekazywanie części zadań pomiędzy zawodami medycznymi oraz rozwój kompetencji innych zawodów medycznych i związanych z pomocą społeczną. Ważny jest również rozwój narzędzi teleinformatycznych wspierających pracę kadry medycznej oraz automatyzacja procesów sprzyjających zmniejszeniu biurokracji.
7. Niektóre trudności we wdrażaniu elektronicznej dokumentacji medycznej i telemedycyny wynikają z barier kompetencyjnych oraz ograniczonego dostępu do szkoleń. Potrzebne są działania wspierające rozwój umiejętności cyfrowych, także w kontekście przygotowania kadry na sytuacje kryzysowe i nowe wyzwania technologiczne. Warto uwzględnić te aspekty również na etapie kształcenia podyplomowego. Integracja wiedzy cyfrowej z praktyką kliniczną może zwiększyć efektywność systemu.

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.11.1

Poprawa jakości kształcenia kadr medycznych

W ramach działania zlikwidowana zostanie baza pytań w Lekarskim Egzaminie Końcowym i Lekarsko-Dentystycznym Egzaminie Końcowym. Opracowana zostanie także analiza wspomagająca proces decyzyjny w zakresie dystrybucji przyznawania miejsc na szkolenia specjalizacyjne.

Ponadto kładziony będzie nacisk na rozwój kształcenia interdyscyplinarnego przyszłej kadry medycznej, a także rozwój stanowisk symulacji w kształceniu podyplomowym lekarzy, w szczególności w dziedzinach zabiegowych.

Oczekiwane rezultaty działania:

- zapewnienie wysokiej jakości kształcenia na kierunkach lekarskich i lekarsko-dentystycznych,
- doskonalenie w warunkach klinicznych efektów uczenia się uprzednio uzyskanych w ramach zajęć zakresu nauk klinicznych niezabiegowych i nauk klinicznych zabiegowych,
- podniesienie jakości świadczonych usług zdrowotnych przez kadry medyczne,
- zmniejszenie dysproporcji w rozmieszczeniu lekarzy specjalistów.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działania: koszty działań zostaną wskazane po przygotowaniu szczegółowych przepisów prawa i oceny skutków regulacji

Wskaźniki realizacji działania:

- wskaźniki zostaną przedstawione po przygotowaniu szczegółowych przepisów i projektów UE.

Działanie 2.11.2

Wsparcie doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów

Zwiększenie roli kursów i umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów w systemie kształcenia podyplomowego, przez:

- 1) realizację kursów w ramach kształcenia podyplomowego oraz doskonalenia zawodowego,
- 2) zwiększenie popularności uzyskiwania umiejętności zawodowych, w szczególności przez uwzględnienie ich w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Oczekiwane rezultaty działania:

- podniesienie kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy-dentystów,
- podniesienie jakości świadczonych usług zdrowotnych przez lekarzy i lekarzy dentystów.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: zadanie ciągłe (lata 2027–2031)

Szacowane koszty działania: koszty działań zostaną wskazane po przygotowaniu szczegółowych przepisów prawa i oceny skutków regulacji

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba lekarzy i lekarzy dentystów, którzy ukończyli kurs lub szkolenie w ramach kształcenia podyplomowego oraz doskonalenia zawodowego

Działanie 2.11.3

Poprawa jakości szkolenia specjalizacyjnego pielęgniarek i położnych

Działania realizowane w ramach ustawy z dnia 27 listopada 2024 r. o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1897).

Oczekiwane rezultaty działania:

- zapewnienie równego dostępu do osiągnięć naukowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu,
- umożliwienie integracji przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych,
- wymiana doświadczeń między zawodami medycznymi,
- wzmocnienie jakości kształcenia,
- ujednolicenie procedur związanych z opracowaniem programów kształcenia podyplomowego,
- tworzenie wspólnych programów uwzględniających aktualne treści poparte wynikami badań naukowych dla budowania zespołów terapeutycznych wzajemnie uzupełniających się w realizacji procesu terapeutycznego.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: zadanie ciągłe (lata 2027–2031)

Szacowane koszty działań: nie generuje dodatkowych kosztów, zostanie zrealizowane w ramach istniejących zasobów

Wskaźniki realizacji działania:

- ujednolicony system szkolenia specjalizacyjnego,
- ujednolicone procedury dla opracowania programów szkolenia specjalizacyjnego.

Działanie 2.11.4**Rozwój i wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych**

Podniesienie kompetencji pielęgniarek i położnych, a w konsekwencji zapewnienie pacjentom wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

Oczekiwane rezultaty działania:

- podniesienie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych,
- podniesienie jakości świadczonych usług pielęgniarских i położniczych w całym kraju,
- udostępnienie platformy szkoleniowej umożliwiającej wymianę wiedzy, doświadczeń i dobrych praktyk w środowisku pielęgniarek i położnych.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

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

Szacowane koszty działania: 10 mln zł w 2027 r. (łącznie około 80 mln zł w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego na lata 2021–2027)

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba pielęgniarek i położnych, które podniosły kwalifikacje,
- platforma szkoleniowa umożliwiająca wymianę wiedzy, doświadczeń i dobrych praktyk w środowisku pielęgniarek i położnych.

Działanie 2.11.5

Włączenie tematyki medycyny taktycznej do standardu kształcenia

Zmiany w systemie kształcenia przeddyplomowego kadr medycznych, celem zwiększenia odporności systemu ochrony zdrowia na przyszłe kryzysy, przez włączenie tematyki medycyny taktycznej do standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego.

Oczekiwane rezultaty działania:

- zapewnienie wysokiej jakości kształcenia na kierunkach medycznych,
- przygotowanie przyszłej kadry medycznej na pojawiające się kryzysy w zakresie zdrowia,
- zwiększenie odporności systemu ochrony zdrowia na przyszłe kryzysy,
- podniesienie jakości świadczonych usług zdrowotnych przez lekarzy i lekarzy dentystów, pielęgniarki, położne i ratowników medycznych.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego, uczelnie prowadzące kształcenie na kierunkach lekarskim, lekarsko-dentystycznym, pielęgniarstwie, położnictwie i ratownictwie medycznym

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2026–2027

Szacowane koszty działania: koszty działania zostaną wskazane po przygotowaniu szczegółowych przepisów prawa i oceny skutków regulacji

Wskaźniki realizacji działania:

- opracowane i wdrożone zmiany w systemie kształcenia przeddyplomowego obejmujące włączenie tematyki medycyny taktycznej do standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego.

Działanie 2.11.6

Optymalne wykorzystanie potencjału kadr medycznych

Określenie kompetencji poszczególnych zawodów medycznych (pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci, farmaceuci, diagnosty i pozostałe zawody medyczne ujęte w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1730), poza grupą zawodową lekarzy), weryfikacja możliwości rozszerzenia zadań, a także przekazanie części obowiązków innym zawodom w kontekście możliwości kaskadowania kompetencji w zespołach interdyscyplinarnych (zwłaszcza POZ, opieka długoterminowa, AOS i leczenie szpitalne).

Oczekiwane rezultaty działania:

- lepsze wykorzystanie potencjału kadr medycznych i zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2026–2027

Szacowane koszty działania: koszty działania zostaną wskazane po przygotowaniu szczegółowych przepisów prawa i oceny skutków regulacji

Wskaźniki realizacji działania:

- opracowanie zmian legislacyjnych w zakresie rozszerzenia zadań i zmiany kompetencji poszczególnych zawodów medycznych (pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci, farmaceuci, diagnosty i pozostałe zawody medyczne ujęte w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych, poza grupą zawodową lekarzy).

Działanie 2.11.7

Wsparcie rozwoju zasobów kadr medycznych

Przygotowanie kampanii promocyjnej zachęcająca do podejmowania kształcenia w zawodach medycznych w deficytowych specjalnościach.

Oczekiwane rezultaty:

- zwiększenie liczby kadr medycznych w systemie ochrony zdrowia.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2026–2031

Szacowane koszty działania: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba przeprowadzonych kampanii promocyjnych.

2.12. Państwowe Ratownictwo Medyczne

Potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej

1. W wielu rejonach operacyjnych ZRM nie są w stanie dotrzeć do pacjenta w wymaganym czasie, wskazanym w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z. 2025 r. poz. 91, z późn. zm.). Problem ten wynika z rozmieszczenia miejsc wyczekiwania ZRM, niedoboru zespołów oraz utrudnień terenowych i urbanizacyjnych. Wymaga to lepszego planowania lokalizacji miejsc wyczekiwania z wykorzystaniem analiz przestrzennych oraz weryfikacji liczby zespołów w kontekście potrzeb demograficznych i epidemiologicznych. Poprawa dostępności czasowej jest bowiem kluczowa dla bezpieczeństwa pacjentów.
2. Niezbędne jest opracowanie scenariuszy awaryjnych, ćwiczeń symulacyjnych oraz zapewnienie zasobów sprzętowych do szybkiej reakcji na wypadek katastrof lub innych zdarzeń o dużej skali, w tym konfliktów zbrojnych. Wzmocnienie odporności wymaga również integracji z systemami zarządzania kryzysowego oraz uwzględnienia medycyny pola walki w standardach kształcenia.
3. Brakuje interoperacyjnych systemów teleinformatycznych oraz standardów komunikacji między podmiotami. Wzmocnienie integracji wymaga rozwoju wspólnych procedur, lepszej wymiany danych oraz koordynacji działań. Efektywna współpraca między segmentami zwiększa skuteczność interwencji.

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.12.1

Optymalizacja pracy zespołów ratownictwa medycznego

Dostosowanie liczby i rodzaju ZRM do rzeczywistych potrzeb w zakresie zapewnienia osiągnięcia miesięcznej mediany czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego:

- nie większej niż 8 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców,
- nie większej niż 15 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców,

Liczona dla wyjazdów z kodem 1.

Oczekiwane rezultaty działania:

- skrócenie czasu dojazdu ZRM na miejsce zdarzenia,
- osiągnięcie czasu pozostawania w gotowości do 50% dla ZRM na terenie województwa.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, wojewodowie, NFZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2026–2031

Szacowane koszty działania: koszty zależne będą od liczby nowoutworzonych ZRM, liczby specjalistycznych ZRM przekwalifikowanych na podstawowe oraz wzrostu stawek ryczałtu dobowego ZRM

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba funkcjonujących ZRM,
- mediana czasu dojazdu ZRM na miejsce zdarzenia w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców i poza nimi,
- średnie obciążenie ZRM.

Działanie 2.12.2

Optymalizacja liczby SOR

Liczba SOR będzie dostosowana do założenia, że jeden SOR zabezpiecza obszar, na którym zamieszkuje nie więcej niż 200 tys. mieszkańców oraz którego wielkość pozwala dotrzeć ZRM z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut.

Oczekiwane rezultaty działania:

- skrócenie czasu dojazdu ZRM do SOR,
- skrócenie czasu oczekiwania na SOR.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, wojewodowie, NFZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2026–2031

Szacowane koszty działania: koszty zależne będą od liczby nowoutworzonych SOR oraz wyceny świadczeń udzielanych w SOR

Wskaźniki realizacji działania:

- mediana czasu dotarcia ZRM z miejsca zdarzenia do SOR,
- średni czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem na SOR.

2.13. Działania horyzontalne

Działania horyzontalne stanowią element uzupełniający do tych wskazanych w powyższych obszarach. Zostały one zarekomendowane w odpowiedzi na dynamicznie zmieniającą się sytuację zarówno w kraju, jak i na świecie, w szczególności w kontekście potencjalnych pandemii, postępu technologicznego oraz wyzwań geopolitycznych. Ponadto, obejmują one opiekę koordynowaną, która charakteryzuje się działaniem przekrojowym, obejmującym wiele zakresów świadczeń.

Choroby nowotworowe i kardiologiczne odpowiadają za ponad 70% zgonów. W związku z tym konieczne jest dalsze rozwijanie opieki onkologicznej i kardiologicznej. Ponadto niezbędne jest wydanie stosownych aktów wykonawczych do ustaw wprowadzających KSK i KSO, w szczególności dotyczących mierzenia jakości udzielanych świadczeń.

Intensyfikacja procesu cyfryzacji w sektorze ochrony zdrowia przyczyni się do zwiększenia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w kraju, zwłaszcza przez zapewnienie ciągłej opieki dla osób starszych i osób z niepełnosprawnościami, a także przygotowanie systemu na potencjalne, nieprzewidywalne zdarzenia epidemiologiczne w przyszłości.

W przedstawionych działaniach położono nacisk na rozwój krajowych programów w obszarach takich jak badania kliniczne, sektor biomedyczny oraz badania epidemiologiczne. Celem tych inicjatyw jest wprowadzenie rozwiązań, które zwiększą zdolność kraju do prowadzenia badań o kluczowym znaczeniu społecznym, wzmocnią niezależność w podejmowaniu strategicznych decyzji oraz pogłębią wiedzę na temat bieżącej sytuacji wewnętrznej.

Od dnia 24 lutego 2022 r. trwają działania wojenne na Ukrainie. Związana z tym niepewność geopolityczna wymusza dostosowanie dokumentów strategicznych i operacyjnych do nowych wyzwań, w tym tych związanych z zapewnieniem szeroko rozumianego bezpieczeństwa, również w obszarze ochrony zdrowia.

W związku z rozwojem chirurgicznych technik robotowych planowane jest opracowanie modelu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne i potencjału do ich realizacji oraz rekomendacji dotyczących rozwoju sieci ośrodków wykonujących operacje z użyciem robota medycznego. Działania w tym obszarze uwzględnią będą także utworzenie krajowego rejestru operacji robotycznych.

Jednym z priorytetów, obejmujących różne dziedziny, jest także zagwarantowanie szeroko rozumianego bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet. Obejmuje ono zarówno dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej, jak i działania profilaktyczne oraz edukacyjne, mające na celu zwiększenie świadomości na temat kluczowych zagadnień zdrowotnych. W ramach tych działań istotne jest zapewnienie dostępu do kompleksowej opieki zdrowotnej, w tym do usług związanych z opieką prenatalną, opieki okołoporodowej i onkopłodnością.

Istotną kwestią jest również wzmocnienie bezpieczeństwa lekowego państwa poprzez zmniejszenie zależności od importowanych leków i zwiększenie krajowej produkcji API. Jest to kluczowe dla suwerenności farmaceutycznej i budowy odporności systemu ochrony zdrowia.

Działania horyzontalne obejmują także rozwój transplantologii i zorientowane będą na poprawę jakości leczenia poprzez rozwój systemu dawstwa, wzmacnianie koordynacji oraz modernizację infrastruktury. Narodowy Program Transplantacyjny,

będący programem wieloletnim na lata 2023–2031, zakłada również rozbudowę i profesjonalizację sieci koordynatorów transplantacyjnych, zwiększenie liczby personelu medycznego zaangażowanego w pobieranie i przeszczepianie narządów, a także systematyczne podnoszenie ich kompetencji. Kluczowe będą także inwestycje w unowocześnienie banków tkanek i komórek, laboratoriów diagnostycznych oraz szpitali identyfikujących potencjalnych dawców zmarłych.

2.13.1. Podstawowe Regiony Zabezpieczenia – zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.13.1.1

Realizacja projektu „Podstawowe Regiony Zabezpieczenia”

Określenie obszarów zabezpieczenia w zakresie usług ochrony zdrowia, tworzenie warunków umożliwiających zwiększanie dostępności (w tym przestrzennej) do świadczeń z zakresu zdrowia, a także budowanie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Oczekiwane rezultaty działania:

- opracowanie narzędzi analitycznych i wytycznych wspierających kształtowanie systemu opieki zdrowotnej z uwzględnieniem regionalnych uwarunkowań epidemiologicznych i demograficznych,
- monitorowanie dostępności do świadczeń zdrowotnych, które odpowiadają rzeczywistym potrzebom zdrowotnym mieszkańców danego regionu,
- wsparcie dla polityki zdrowotnej w ujęciu terytorialnym – zarówno na szczeblu centralnym, jak i regionalnym – poprzez dostarczanie danych i analiz umożliwiających podejmowanie decyzji zarządczych,
- integracja danych przestrzennych i zdrowotnych w celu lepszego planowania i monitorowania działań systemowych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2024–2029

Szacowane koszty działań: 52 mln zł (Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027)

Wskaźniki realizacji działania:

- opracowanie narzędzia do identyfikacji i monitorowania podstawowych regionów zabezpieczenia (w tym wskaźników dostępności i jakości usług ochrony zdrowia),

- opracowanie narzędzia do monitorowania epidemiologii.

2.13.2. Mapa potrzeb zdrowotnych – schemat zabezpieczenia opieki szpitalnej

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.13.2.1

Przygotowanie mapy potrzeb zdrowotnych w obszarze schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej

Przygotowanie, w oparciu o badania i analizy:

- 1) projektu wskaźników oraz ich pożądaných wartości definiujących strukturę ośrodków realizujących świadczenia opieki zdrowotnej dla dorosłych i dzieci w ramach hospitalizacji (wraz z wariantem rekomendowanym przez MZ),
- 2) narzędzia informatycznego wspierającego decyzje wdrożeniowe.

Rozwiązania te, stanowiące część aplikacji mapy potrzeb zdrowotnych, będą podstawą dla podejmowanych decyzji strategicznych w zakresie inwestycji infrastrukturalnych, kontraktowania świadczeń oraz kształtowania zasobów kadrowych. Przeprowadzona zostanie ocena zapotrzebowania populacyjnego na wybrane świadczenia zdrowotne, z uwzględnieniem zarówno aktualnych, jak i prognozowanych potrzeb zdrowotnych. Na tej podstawie zidentyfikowane zostaną obszary niedostatecznie zabezpieczone pod względem dostępności świadczeń oraz obszary wymagające działań konsolidacyjnych. W analizach wykorzystane zostaną dane przestrzenne, demograficzne, epidemiologiczne oraz rozliczeniowe. Wyniki analiz posłużą jako podstawa do strategii kształtowania systemu ochrony zdrowia w RP.

Prace analityczne będą obejmowały świadczenia w obszarze leczenia szpitalnego, w tym m.in.:

- opiekę nad kobietą w ciąży i neonatologię,
- pediatrię,
- choroby wewnętrzne,
- oddziały zabezpieczające zdarzenia nagłe (m.in.: chirurgia ogólna, kardiologia interwencyjna, neurologia w zakresie udarów, ortopedia i traumatologia),
- świadczenia wysokospecjalistyczne i kompleksowe,
- świadczenia realizowane z użyciem robota medycznego,

- świadczenia realizowane w ramach SOR, izby przyjęć oraz centrów urazowych,
- świadczenia odrębnie kontraktowane (np.: dializoterapia, pozytonowa tomografia emisyjna, terapia izotopowa, kompleksowe leczenie ran przewlekłych, tlenoterapia domowa).

Oczekiwane rezultaty działania:

- opracowanie analizy dostępności terytorialnej podmiotów ochrony zdrowia wraz z profilem realizowanych przez nie świadczeń,
- wskazanie optymalnego zabezpieczenia w wybrane rodzaje świadczeń,
- opracowanie narzędzi analitycznych wspierających decyzje wdrożeniowe projektu sieci szpitali.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ**Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2026–2030:**

- etap I (do końca 2026 r.) obejmie przygotowanie prognozy w obszarze leczenia szpitalnego
- etap II (do połowy 2027 r.) obejmie przygotowanie narzędzia informatycznego,
- etap III (do połowy 2028 r.) obejmie szkolenia z wykorzystania narzędzia informatycznego,
- etap IV (do końca 2030 r.) obejmuje aktualizację danych oraz utrzymanie.

Szacowane koszty działań: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac**Wskaźniki realizacji działania:**

- liczba rekomendacji dotyczących rozwoju sieci podmiotów leczniczych, w tym zakresów świadczeń oraz trybów (ostrodziurkowych, całodobowych, planowych, jednodniowych, ambulatoryjnych) przez nie realizowanych,
- liczba raportów analitycznych dotyczących potencjału podmiotów ochrony zdrowia oraz zapotrzebowania na określone rodzaje świadczeń.

2.13.3. Odwrócona piramida świadczeń - spójność finansowania ze ścieżką kliniczną pacjenta

Działania na poziomie ponadregionalnym**Działanie 2.13.3.1****Realizacja projektu „Odwrócona Piramida Świadczeń”**

Opracowanie założeń i wdrożenie rozwiązań systemowych mających na celu:

- 1) uzyskanie spójności produktów rozliczeniowych ze ścieżką pacjenta, której przebieg powiązany jest z problemami zdrowotnymi pacjenta oraz procedurami medycznymi wykonywanymi w trakcie diagnostyki i leczenia,
- 2) odciążenie systemu szpitalnego od konieczności realizacji badań diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym i przeniesienie ich realizacji do AOS,
- 3) wdrożenie pakietów diagnostyczno-terapeutycznych umożliwiających racjonalizację wykorzystania zasobów przez zmniejszenie liczby wizyt w AOS i hospitalizacji,
- 4) modyfikacja i optymalizacja charakterystyki Jednorodnych Grup Pacjentów.

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie jakości, efektywności i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej przy jednoczesnej optymalizacji zaangażowania zasobów,
- zwiększenie udziału świadczeń *outpatient* (ambulatoryjnych i jednodniowych),
- racjonalizacja wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej i skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej,
- zwiększenie efektywności wymiany informacji medycznej pomiędzy poszczególnymi poziomami opieki zdrowotnej m.in. POZ, AOS i leczenie szpitalne w celu zapewnienia całościowego procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjenta.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ, AOTMiT

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2024–2029

Szacowane koszty działań: 70 mln zł (Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027)

Wskaźniki realizacji działania:

- przygotowanie rozwiązań organizacyjno-prawnych wdrażających wypracowane mechanizmy w systemie opieki zdrowotnej.

2.13.4. Opieka koordynowana – wzmocnienie funkcjonowania oraz ocena jakości

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.13.4.1

Ocena poziomu jakości opieki onkologicznej w Krajowej Sieci Onkologicznej

Zapewnienie spójnej organizacji opieki onkologicznej przez dalszy rozwój KSO oraz ocena jakości świadczeń, a w konsekwencji podnoszenie standardów leczenia i skuteczniejsze wsparcie pacjentów z chorobami onkologicznymi.

Oczekiwane rezultaty działania:

- usprawnienie organizacji systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologii dzięki wprowadzonej nowej strukturze organizacyjnej i nowemu modelowi zarządzania opieką onkologiczną,
- zapewnienie każdemu pacjentowi, niezależnie od miejsca zamieszkania, opieki onkologicznej opartej o jednakowe standardy diagnostyczno-terapeutyczne,
- zapewnienie określonego poziomu jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie wskaźników jakości opieki onkologicznej.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: od 2026 r. (kontynuacja działań rozpoczętych w 2024 r.)

Szacowane koszty działań: działanie legislacyjne nie generuje dodatkowych kosztów, zostanie zrealizowane w ramach istniejących zasobów

Wskaźniki realizacji działania:

- wejście w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia określającego wskaźniki jakości oraz kluczowe wskaźniki jakości opieki onkologicznej w ramach KSO.

Działanie 2.13.4.2

Wprowadzenie e-DiLO

Cyfryzacja procesu diagnostyki i leczenia chorób onkologicznych, mająca na celu usprawnienie przepływu informacji między pacjentami a podmiotami leczniczymi.

Oczekiwane rezultaty działania:

- poprawa organizacji, jakości i dostępności opieki nad pacjentami w ramach KSO.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ, CeZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: od dnia 1 stycznia 2027 r.

Szacowane koszty działań: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba podmiotów, które wdrożyły elektroniczny system wystawiania e-DiLO, w stosunku do liczby podmiotów do tego zobowiązanych.

Działanie 2.13.4.3**Inwestycje związane z leczeniem nowotworów**

Wsparcie inwestycji infrastrukturalnych (w tym modernizacja istniejących podmiotów leczniczych) oraz uzupełniania i wymiany wyeksploatowanych wyrobów medycznych służących do kształcenia oraz diagnostyki i leczenia nowotworów.

Oczekiwane rezultaty działania:

- unowocześnienie infrastrukturalne podmiotów funkcjonujących w ramach KSO,
- poprawa dostępności i jakości świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego,
- wprowadzenie działań komplementarnych do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, podnoszących komfort i bezpieczeństwo pacjenta, np. strefy wytchnienia dla pacjentów onkologicznych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2030

Szacowane koszty działań: 1,6 mld zł

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba umów zawartych z podmiotami leczniczymi na zakup lub wymianę sprzętu medycznego lub realizację inwestycji infrastrukturalnych służących do kształcenia, diagnostyki i leczenia nowotworów.

Działanie 2.13.4.4**Elektronizacja i dalsze wdrażanie Krajowej Sieci Kardiologicznej**

Zapewnienie spójnej organizacji opieki kardiologicznej przez dalszy rozwój KSK, w szczególności w zakresie elektronizacji.

Oczekiwane rezultaty działania:

- usprawnienie i poprawa jakości opieki na pacjentami z chorobami kardiologicznymi,
- wprowadzenie nowej struktury organizacyjnej KSK i struktury zarządzania opieką kardiologiczną, które usprawnią organizację systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie kardiologii,

- wprowadzenie obowiązku wystawiania e-KOK i realizacji opieki kardiologicznej na podstawie e-KOK, która ułatwi monitorowanie przebiegu ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej każdego pacjenta,
- zapewnienie każdemu pacjentowi, niezależnie od miejsca zamieszkania, opieki kardiologicznej opartej o jednakowe standardy diagnostyczno-terapeutyczne,
- realizacja szkoleń dla koordynatorów opieki kardiologicznej, do zadań którego należy udzielanie pacjentowi informacji o organizacji ścieżki diagnostycznej i terapeutycznej oraz koordynacja i wsparcie pacjenta na wszystkich etapach opieki kardiologicznej,
- wdrożenie systemu monitorowania jakości opieki kardiologicznej,
- ustanowienie i rozwój Centrów Doskonałości Kardiologicznej.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, CeZ, NFZ, NIKARD-PIB

Szacowane koszty działań: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Wskaźniki realizacji działania:

- wejście w życie obowiązku wystawiania e-KOK (od dnia 1 stycznia 2028 r.),
- uruchomienie systemu KSK (do dnia 2 lipca 2027 r.),
- wejście w życie obowiązku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących opiekę kardiologiczną w poradni kardiologicznej dla ośrodków kardiologicznych drugiego poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej KSK (od dnia 2 lipca 2028 r.),
- wejście w życie uprawnienia do udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu elektrofizjologii i elektroterapii wyłącznie przez ośrodki kardiologiczne drugiego i trzeciego poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej KSK (od dnia 2 lipca 2028 r.),
- ustanowienie 7 nowych Centrów Doskonałości Kardiologicznej w ramach KSK (do dnia 31 grudnia 2027 r.).

Działanie 2.13.4.5

Ocena poziomu jakości opieki kardiologicznej

Zapewnienie spójnej organizacji opieki kardiologicznej przez dalszy rozwój KSK, a także ocena jakości świadczeń.

Oczekiwane rezultaty działania:

- podnoszenie standardów leczenia i skuteczniejsze wsparcie pacjentów z chorobami kardiologicznymi,

- usprawnienie organizacji systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie kardiologii dzięki wprowadzonej nowej strukturze organizacyjnej i strukturze zarządzania opieką kardiologiczną,
- zapewnienie każdemu pacjentowi, niezależnie od miejsca zamieszkania, opieki kardiologicznej opartej o jednakowe standardy diagnostyczno-terapeutyczne,
- zapewnienie określonego poziomu jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie wskaźników jakości opieki kardiologicznej.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, NFZ, NIKARD-PIB

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: od dnia 1 stycznia 2026 r.

Szacowane koszty działań: działanie legislacyjne nie generuje dodatkowych kosztów, zostanie zrealizowane w ramach istniejących zasobów

Wskaźniki realizacji działania:

- wejście w życie rozporządzenia określającego wskaźniki jakości opieki kardiologicznej w ramach KSK.

Działanie 2.13.4.6

Zwiększenie roli koordynatora w leczeniu onkologicznym i kardiologicznym

Zwiększenie poziomu opieki nad pacjentem onkologicznym i kardiologicznym poprzez wzmocnienie roli koordynatora i jego edukację.

Oczekiwane rezultaty działania:

- przygotowanie i wdrożenie platformy szkoleniowej dla koordynatorów,
- ujednolicenie poziomu wiedzy koordynatorów i przygotowanie ich do właściwej realizacji zadań,
- przygotowanie programów szkoleniowych w zakresie wsparcia pracy koordynatora w odniesieniu do poszczególnych obszarów leczenia,
- przeprowadzenie cykli szkoleniowych i wypracowanie narzędzi wsparcia dla koordynatorów.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, CeZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2025–2029

Szacowane koszty działań: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba osób, które wzięły udział w szkoleniach,
- liczba platform edukacyjnych utworzonych w ramach projektu,
- liczba godzin konsultacji eksperckich,
- liczba szpitali, których przedstawiciele skorzystali z konsultacji.

Działanie 2.13.4.7**Opracowanie i wdrożenie planu koordynacji w zakresie opieki nad pacjentem z udarem mózgu**

Stworzenie spójnego i efektywnego systemu opieki nad pacjentem z udarem mózgu, zapewniającego optymalny dostęp do leczenia, wysoką jakość świadczeń oraz współpracę między uczestnikami systemu ochrony zdrowia.

Oczekiwane rezultaty działania:

- opracowanie modelu optymalnej opieki nad pacjentami z podejrzeniem udaru mózgu,
- zwiększenie skuteczności leczenia pacjentów w stanie zagrożenia życia dzięki szybszej kwalifikacji do interwencji wysokospecjalistycznych oraz poprawie komunikacji między ośrodkami referencyjnymi,
- redukcja liczby trwałych powikłań w postaci niepełnosprawności u pacjentów z udarem mózgu,
- prowadzenie działań edukacyjnych skierowanych do pacjentów mających na celu zwiększenie świadomości czynników wpływających na ryzyko wystąpienia udaru.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, CeZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działań: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

- wdrożenie rozwiązań koordynacyjnych w zakresie opieki nad pacjentem z udarem.

Działanie 2.13.4.8**Ocena efektywności zdrowotnej i kosztowej opieki koordynowanej w POZ**

Przeprowadzenie kompleksowej oceny programu opieki koordynowanej w POZ w zakresie efektów zdrowotnych i systemowych oraz określenie realnych zadań i możliwości POZ w długoterminowej poprawie zdrowia populacji. Cel zostanie zrealizowany poprzez przedłożenie odpowiednich raportów i rekomendacji dla odbiorców projektu, tj. instytucji centralnych (MZ, NFZ) oraz placówek POZ, które zostaną wykorzystane do wprowadzenia lub modyfikacji rozwiązań systemowych w POZ, dedykowanych pacjentom z wybranymi chorobami przewlekłymi.

Oczekiwane rezultaty działania:

- ocena efektów zdrowotnych i systemowych opieki koordynowanej w POZ,
- określenie zadań i możliwości POZ w zakresie uzyskiwania i podtrzymywania długotrwałej poprawy stanu zdrowia populacji.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: NIZP, MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: 2026–2029

Szacowane koszty działań: 3,6 mln zł

Wskaźniki realizacji działania:

- raporty dla MZ i NFZ w zakresie oceny efektów zdrowotnych wdrożenia opieki koordynowanej POZ oraz w zakresie systemu pomiaru efektywności placówek POZ wraz z rekomendacjami zmian.

2.13.5. Pakiet na rzecz bezpieczeństwa kobiet

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.13.5.1**Rodzicielstwo priorytetem polityki państwa w obliczu zmian demograficznych**

Finansowanie ze środków publicznych:

- 1) zapłodnienia metodą in vitro,
- 2) zabezpieczenia płodności na przyszłość u pacjentów przed lub w trakcie leczenia onkologicznego,

w ramach programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028”.

Oczekiwane rezultaty działania:

- zapewnienie parom dotkniętym niepłodnością równego dostępu do procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji oraz umożliwienie osobom przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność zabezpieczenia materiału rozrodczego (ocytów lub nasienia) na przyszłość.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2024–2028

Szacowane koszty działań: 500 mln zł rocznie

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba par, które skorzystały z programu in vitro,
- liczba pacjentów, którzy skorzystali z zabezpieczenia komórek rozrodczych przed lub w trakcie leczenia onkologicznego.

2.13.6.E-usługi i telemedycyna**Działania na poziomie ponadregionalnym****Działanie 2.13.6.1****Rozwój centralnej e-rejestracji**

Umożliwienie pacjentom rejestracji online na badania i wizyty u specjalisty w zakresach świadczeń objętych centralną e-rejestracją. Od 2026 r. pacjenci zgłaszający się po raz pierwszy na świadczenie opieki zdrowotnej będą mogli łatwiej i szybciej umówić się na wizytę do lekarza. Centralna elektroniczna rejestracja umożliwi uproszczenie i przyspieszenie procesu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewni świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców. Projektowane rozwiązanie umożliwi zapisywanie i odwołanie wizyty za pośrednictwem IKP. Od dnia 1 stycznia 2026 r. projektowanym rozwiązaniem zostaną w pierwszej kolejności objęte świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach kardiologii, a także świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy oraz programu profilaktyki raka piersi. Zakres usług będzie stopniowo rozszerzany na inne świadczenia opieki zdrowotnej.

Oczekiwane rezultaty działania:

- usprawnienie zarządzania wizytami,
- zmniejszenie liczby nieodwołanych terminów wizyt,
- zapewnienie dostępu do informacji o dostępności świadczeń w czasie rzeczywistym,
- skrócenie czasu oczekiwania.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, CeZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działań: 277,2 mln zł (zgodnie z oceną skutków regulacji do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, według stanu na dzień 24 lipca 2025 r.)

Wskaźniki realizacji działania:

- odsetek zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, dla których terminy zostały udostępnione przez świadczeniodawców w systemie e-zdrowie P1.

Działanie 2.13.6.2**Uregulowanie zasad dostępu do danych medycznych**

Wymiana tzw. priorytetowych kategorii danych w pierwotnym wykorzystywaniu oraz danych udostępnianych do wtórnego wykorzystywania zgodnie z terminami określonymi w rozporządzeniu w sprawie EPDZ². Zwiększy to przejrzystość w zarządzaniu danymi zdrowotnymi oraz w znacznym stopniu wzmocni odporność Europy na potencjalne kryzysy.

EPDZ zmieni sposób, w jaki europejscy obywatele i lekarze będą korzystać z danych medycznych. Zapewni też, że każdy pacjent w UE będzie miał łatwy, bezpieczny i natychmiastowy dostęp do swojej dokumentacji medycznej, w kraju i w każdym innym państwie członkowskim.

Oczekiwane rezultaty działania:

- umieszczenie obywateli w centrum opieki zdrowotnej i zapewnienie im pełnej kontroli nad ich danymi,
- zapewnienie dostępu do elektronicznych danych dotyczących zdrowia w UE, niezależnie od miejsca zamieszkania lub pobytu,
- ułatwienie wykorzystywania danych dotyczących zdrowia do celów badań naukowych i zdrowia publicznego,
- natychmiastowy i bezpłatny dostęp do danych zdrowotnych w formie elektronicznej dla pacjentów,
- udostępnianie danych pracownikom ochrony zdrowia we wszystkich państwach członkowskich UE,
- możliwość dodawania informacji, poprawiania błędów, ograniczania dostępu i sprawdzania informacji, który pracownik ochrony zdrowia uzyskał dostęp do danych,
- niektóre kategorie danych dotyczących zdrowia, takie jak np. skrócona karta zdrowia pacjenta, e-recepty czy też badania obrazowe wraz z opisami będą

² Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2025/327 z dnia 11 lutego 2025 r. w sprawie europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia oraz zmiany dyrektywy 2011/24/UE i rozporządzenia (UE) 2024/2847 (Dz. Urz. UE L 2025/327 z 05.03.2025). Wejście w życie rozporządzenia nastąpiło w dniu 26 marca 2025 r.

wydawane i akceptowane w europejskim formacie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, CeZ, NFZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działań: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

- 6 priorytetowych kategorii danych podlegających pierwotnemu wykorzystywaniu danych,
- 12 typów danych podlegających wtórnemu wykorzystywaniu danych.

2.13.7. Ewidencja Potencjału Świadczeniodawcy – wdrożenie centralnego systemu teleinformatycznego

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.13.7.1

Wdrożenie centralnego systemu teleinformatycznego do gromadzenia danych

Realizacja projektu „Ewidencja Potencjału Świadczeniodawcy”, którego celem jest zaprojektowanie i wdrożenie centralnego systemu teleinformatycznego do gromadzenia danych bezpośrednio z systemów informacyjnych. Dane te będą dotyczyły liczby zajętych i wolnych łóżek, kadry medycznej, kluczowych wyrobów i gazów medycznych, krwi i składników krwi, środków ochrony osobistej, infrastruktury usługodawcy oraz awarii bądź czasowego wyłączenia lub zaprzestania udzielania świadczeń. Zebrane dane, w postaci referencyjnego źródła danych, będą udostępniane poszczególnym interesariuszom z obszaru ochrony zdrowia i administracji państwowej. Projektowany system będzie funkcjonował jako dziedzinowy system teleinformatyczny w rozumieniu przepisów o systemie informacji w ochronie zdrowia, co pociąga za sobą konieczność wdrożenia zmian w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, z późn. zm.).

Oczekiwane rezultaty działania:

- wdrożony dziedzinowy system teleinformatyczny, w rozumieniu przepisów o systemie informacji w ochronie zdrowia, gromadzący dane o potencjale świadczeniodawcy,
- zbiór danych o charakterze referencyjnym, dostępny dla poszczególnych interesariuszy takich jak minister właściwy do spraw zdrowia, minister

właściwy do spraw administracji publicznej, Minister Obrony Narodowej, NFZ, terenowe organy administracji rządowej,

- zmniejszenie obciążenia usługodawców zadaniami raportowymi, zarówno w zakresie liczby raportów, jak również kanałów raportowania.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, CeZ

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

Szacowane koszty działań: 41 mln zł

Wskaźniki realizacji działania:

- wdrożony i udostępniony świadczeniodawcom system EPS,
- liczba raportujących w systemie EPS usługodawców, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne (podłączonych i przekazujących dane),
- liczba raportujący w systemie EPS pozostałych usługodawców (podłączonych i przekazujących dane),
- udostępniony dla poszczególnych interesariuszy zbiór danych,
- wejście w życie zmian ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

2.13.8. Inne

Działania na poziomie ponadregionalnym

Działanie 2.13.8.1

Wzmocnienie bezpieczeństwa lekowego

Wzmocnienie bezpieczeństwa lekowego polegające na rozwoju produkcji API oraz produktów leczniczych w RP, w szczególności zawierających substancje znajdujące się na KLLK oraz wsparcie w pozyskiwaniu środków dla produkcji API i leków w RP.

Oczekiwane rezultaty działania:

- wpisanie substancji z KLLK na Unijną Listę Leków Krytycznych co umożliwi pozyskiwanie wsparcia przez przedsiębiorców,
- koordynacja projektów i wsparcie przedsiębiorców w procesie pozyskiwania środków na rozwój API i produkcji leków,
- zwiększenie produkcji API lub leków gotowych na terytorium RP,
- zwiększenie liczby produktów objętych refundacją spełniających kryteria zawarte w definicji wskazane w art. 2 ust. 11a lub 20b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia

żywnościowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 907, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o refundacji”.

Podmioty odpowiedzialne za wdrożenie działania: MZ, ABM, GIF, URPL

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2025–2031

Szacowane koszty działania: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac, kosztem będzie wzrost dopłat NFZ w przypadku objęcia refundacją produktów zgodnie z art. 6 ust. 2a ustawy o refundacji

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba substancji z KLLK wpisanych na Unijną Listę Leków Krytycznych (obecnie 61%, oczekiwany wzrost do 70%),
- rejestracja nowych miejsc wytwarzania API lub produktów leczniczych na terytorium RP,
- liczba projektów, z których przedsiębiorcy pozyskują wsparcie,
- wzrost liczby produktów objętych refundacją zgodnie z zapisami art. 6 ust. 2a ustawy o refundacji.

Działanie 2.13.8.2

Popularyzacja idei przeszczepiania narządów

Działanie obejmuje:

- promocję i budowanie akceptacji społecznej idei transplantacji,
- wsparcie ośrodków transplantacyjnych w zakresie metod perfuzji pozaustrojowej,
- rozwój pobierania i przeszczepiania narządów od żywych dawców,
- umożliwienie pobierania narządów poza granicami kraju,
- wykorzystanie metod zwiększających pulę dostępnych narządów (np. podział wątroby od zmarłego dawcy dla dwóch biorców).

Celem działania jest zwiększenie dostępności narządów do transplantacji, aby ograniczyć śmiertelność chorych oczekujących na przeszczepienie. Działanie odpowiada na potrzebę zdrowotną zwiększenia przeżywalności pacjentów z niewydolnością narządową oraz na organizacyjne wyzwanie systemu ochrony zdrowia związane z niedoborem narządów do transplantacji i niewystarczającą efektywnością obecnych rozwiązań.

Grupa docelowa to pacjenci oczekujący na przeszczepienie, dawcy żywi i ich rodziny, ośrodki transplantacyjne, kadra medyczna.

Działanie odpowiada na kluczowy problem niedoboru narządów ograniczającego dostęp do transplantacji i wpływającego na śmiertelność chorych. Jest zgodne z priorytetami Narodowego Programu Transplantacyjnego oraz polityką

zdrowotną państwa. Wspiera trwały rozwój systemu transplantacyjnego poprzez inwestycje w aparaturę, kadry i promocję idei transplantacji.

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie liczby dostępnych do przeszczepienia narządów,
- poprawa przeżywalności pacjentów poprzez zwiększenie liczby przeszczepień,
- wzrost wykorzystania innowacyjnych metod (perfuzja, podziały narządów),
- zwiększenie akceptacji społecznej i wiedzy na temat transplantacji.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2026–2030

Szacowane koszty: 300 mln zł w ramach Narodowego Programu Transplantacyjnego

Wskaźniki realizacji działania:

- wzrost liczby przeszczepień nerek, wątrób, płuc oraz serc o 10%,
- wzrost liczby przeprowadzonych perfuzji narządów o 50%,
- wzrost liczby przeszczepień narządów pobranych od żywego dawcy o 20%,
- liczba kampanii promujących akceptację społeczną idei transplantacji w roku kalendarzowym,
- liczba ośrodków zgłaszających potencjalnych dawców narządów.

Działanie 2.13.8.3

Stworzenie sieci wysokospecjalistycznych ośrodków przeszczepiania narządów unaczynionych

Celem jest skoncentrowanie procedur transplantacyjnych w ograniczonej liczbie wysokospecjalistycznych ośrodków, aby:

- poprawić jakość i bezpieczeństwo leczenia pacjentów,
- zwiększyć efektywność kosztową systemu opieki zdrowotnej,
- zapewnić optymalne wykorzystanie zasobów ludzkich w dziedzinie transplantologii klinicznej.

Grupa docelowa to pacjenci wymagający przeszczepień narządów, kadra medyczna specjalizująca się w transplantologii, instytucje odpowiedzialne za organizację systemu transplantacyjnego.

Warunki realizacji:

- strategia utworzenia nowych ośrodków oparta będzie na stwierdzonym zapotrzebowaniu przez Krajową Radę Transplantacyjną,

- ośrodki wykonujące zbyt małą liczbę procedur będą zamykane,
- finansowanie sprzętów będzie realizowane w ramach Narodowego Programu Transplantacyjnego.

Działanie odpowiada na realne potrzeby systemu ochrony zdrowia i luki w dotychczasowej polityce państwa.

Oczekiwane rezultaty działania:

- zwiększenie liczby przeszczepień wykonywanych w istniejących ośrodkach,
- poprawa jakości i bezpieczeństwa leczenia chorych,
- racjonalne wydatkowanie środków publicznych,
- skupienie specjalistów w mniejszej liczbie ośrodków i lepsze wykorzystanie zasobów ludzkich,
- ukierunkowanie finansowania sprzętów w ramach Narodowego Programu Transplantacyjnego na mniejszą liczbę ośrodków, co zapewni nowoczesną aparaturę wysokospecjalistyczną.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, Krajowa Rada Transplantacyjna, Konsultant krajowy w dziedzinie transplantologii klinicznej

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2026–2030

Szacowane koszty działań: 250 mln zł (50 mln zł rocznie w ramach Narodowego Programu Transplantacyjnego na konkursy sprzętowe)

Wskaźniki realizacji działania:

- zwiększenie średniej liczby przeszczepień poszczególnych narządów w ośrodkach transplantacyjnych,
- zmniejszenie liczby ośrodków wykonujących mniej niż 10 procedur transplantacyjnych rocznie,
- utworzona sieć wysokospecjalistycznych ośrodków przeszczepiania narządów unaczynionych,
- liczba ośrodków zgłaszających potencjalnych dawców narządów.

Działanie 2.13.8.4

Przygotowanie nowego modelu kształtowania wynagrodzeń w systemie ochrony zdrowia

Nowelizacja ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.).

Oczekiwane rezultaty działania:

- dostosowanie przepisów ustawy do aktualnej sytuacji w sektorze ochrony zdrowia oraz kompleksowe uregulowanie kwestii wynagrodzeń poprzez ewentualne wprowadzenie do porządku prawnego przepisów doprecyzowujących zasady zawierania umów cywilnoprawnych z osobami wykonującymi zawody medyczne,
- ograniczenie dynamiki wzrostu gwarantowanych poziomów wynagrodzeń zasadniczych oraz średnich poziomów wynagrodzeń łącznych pracowników medycznych i okołomedycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych,
- zmniejszenie udziału kosztów pracy w ogóle kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: od 2025 r.

Szacowane koszty działań: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

- wejście w życie nowelizacji ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Działanie 2.13.8.5**Wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej**

Działanie ma na celu wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej w ochronie zdrowia przez szkolenia i wdrażanie nowoczesnych narzędzi zarządzania. Celem jest poprawa efektywności funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz lepsze przygotowanie do wyzwań systemu ochrony zdrowia.

Oczekiwane rezultaty działania:

- przygotowanie i wdrożenie platformy szkoleniowej dla kadr zarządzających i nadzorujących szpitale,
- podniesienie kompetencji kadry zarządzającej,
- zwiększenie efektywności realizowanych programów naprawczych i poprawy stabilności finansowej podmiotów leczniczych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ, CeZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2025–2029

Szacowane koszty działań: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba osób, które wzięły udział w szkoleniach,
- liczba platform edukacyjnych utworzonych w ramach projektu,
- liczba szpitali, którym udzielono konsultacji w zakresie programów naprawczych.

Działanie 2.13.8.6

Nadzór nad instytutami badawczymi nadzorowanymi przez Ministra Zdrowia w zakresie realizacji zadań badawczo-rozwojowych i klinicznych

Celem działania jest wzmocnienie nadzoru merytorycznego nad działalnością instytutów badawczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, ukierunkowanego na rozwój potencjału badawczo-rozwojowego, wdrażania innowacyjnych rozwiązań oraz zapewnienia spójności działań z priorytetami i polityką zdrowotną państwa.

Oczekiwane rezultaty działania:

- opracowanie ujednoliconych dokumentów dotyczących planowania działalności instytutów (kierunkowych planów tematycznych badań naukowych i prac rozwojowych oraz perspektywicznych kierunków działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej),
- mapowanie projektów badawczych realizowanych przez instytuty wraz z ich profilami tematycznymi i źródłami finansowania,
- opracowanie rekomendacji w zakresie ukierunkowania działalności instytutów oraz dostosowania planów badawczych do celów polityki zdrowotnej państwa,
- ocena zgodności działalności instytutów z priorytetami i kierunkami wskazanymi przez Ministra Zdrowia,
- zwiększenie spójności, przejrzystości i efektywności zarządzania działalnością naukową, rozwojową i wdrożeniową,
- ułatwienie nadzoru i oceny przez MZ,
- zwiększenie transparentności dokumentów,
- wzmocnienie współpracy między instytutami.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: od dnia 1 stycznia 2026 r.

Szacowane koszty działań: nie generuje dodatkowych kosztów, zostanie zrealizowane w ramach istniejących zasobów

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba instytutów badawczych objętych mapowaniem – 14 (100%),
- liczba opracowanych i wdrożonych ujednoliconych formularzy – 2,
- liczba raportów lub zestawień rekomendacji w zakresie ukierunkowania działalności instytutów – 1 rocznie.

Działanie 2.13.8.7

Zapewnienie jednolitych standardów i wysokiej jakości danych w rejestrach medycznych

- ujednolicenie zasad gromadzenia, przetwarzania i udostępniania danych w rejestrach medycznych,
- poprawa kompletności i spójności danych,
- zwiększenie interoperacyjności wymiany danych między rejestrami medycznymi,
- uporządkowanie informacji o rejestrach medycznych.

Oczekiwane rezultaty działania:

- upowszechnienie jednolitego sposobu gromadzenia, przetwarzania i udostępniania danych w rejestrach medycznych,
- zwiększenie wiarygodności, kompletności i spójności danych w rejestrach medycznych,
- wprowadzenie jednolitych mechanizmów walidacji danych,
- ograniczenie wielokrotnego przekazywania tych samych informacji, dzięki wykorzystaniu publicznych baz danych, w tym danych sprawozdawczych do NFZ,
- zapewnienie danych na potrzeby monitorowania wskaźników jakości opieki zdrowotnej oraz prowadzenia analiz epidemiologicznych i statystycznych,
- zapewnienie porównywalności danych dzięki stosowaniu wspólnych słowników pojęć, klasyfikacji i spójnej terminologii we wszystkich rejestrach,
- uporządkowanie informacji o rejestrach medycznych przez stworzenie wspólnego wykazu, obejmującego zakres gromadzonych danych, podmioty zobowiązane do przekazywania informacji oraz zasady raportowania,
- skuteczny nadzór nad funkcjonowaniem rejestrów medycznych i realizacją ich zadań,
- ograniczenie kosztów utrzymania i rozwoju rozproszonych rozwiązań.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działań: brak możliwości oszacowania na obecnym etapie prac

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba rejestrów medycznych objętych jednolitymi zasadami gromadzenia, przetwarzania danych i walidacji danych,
- liczba rejestrów zintegrowanych z publicznymi bazami danych (np. NFZ),
- publikacja wspólnego wykazu rejestrów z zakresem danych i zasadami raportowania.

Działanie 2.13.8.8

Wsparcie dla innowacji w systemie ochrony zdrowia

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

Oczekiwane rezultaty działania:

- rozwój sektora badań medycznych,
- zwiększenie spójności i komplementarności działania w zakresie wydatkowania środków przeznaczonych na działalność badawczo-rozwojową,
- wsparcie w tworzeniu innowacji medycznych i technologicznych w obszarze sektora biotechnologicznego, farmaceutycznego i medycznego,
- realizacja programów i projektów ogłaszanych przez partnerów Warsaw Health Innovation Hub, tworzonych we współpracy z instytucjami publicznym.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: ABM

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działań: nie generuje dodatkowych kosztów, zostanie zrealizowane w ramach istniejących zasobów

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba inicjatyw wspartych w ramach działania,
- liczba partnerstw lub porozumień o współpracy na rzecz rozwoju innowacji,
- liczba instytucji zaangażowanych w rozwój sektora biomedycznego.

Działanie 2.13.8.9

Rozwój badań epidemiologicznych

Wzmocnienie potencjału badań epidemiologicznych, m.in. przez rozwój i wykorzystanie nowoczesnych narzędzi w zakresie monitorowania, analiz danych oraz modelowania zagrożeń zdrowia publicznego.

Oczekiwane rezultaty działania:

- rozwój wysokiej jakości, ogólnopolskich badań epidemiologicznych dotyczących istotnych problemów zdrowotnych,
- wzrost innowacyjności epidemiologii z wykorzystaniem metod omicznych,
- rozwój i efektywne wykorzystanie rejestrów medycznych oraz BIG DATA,
- rozwój współpracy międzynarodowej w zakresie badań epidemiologicznych.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: ABM

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działań: 600 mln zł

Wskaźniki realizacji działania:

- liczba projektów wyłonionych w ramach konkursu, które otrzymały dofinansowanie na realizację badań epidemiologicznych.

Działanie 2.13.8.10**Zwiększenie potencjału obszaru B+R w RP**

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

Oczekiwane rezultaty działania:

- aktualizacja i rewizja Programu Rozwoju Sektora Biotechnologicznego,
- wsparcie badawczo-rozwojowe,
- wzmocnienie sektora biomedycznego.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: ABM

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działań:

- CWBK: 203 mln zł
- RCMC: 551 mln zł

Wskaźniki realizacji działania:

- zaktualizowany Program Rozwoju Sektora Biotechnologicznego,
- liczba dofinansowanych przedsięwzięć, których celem jest rozwój istniejących CWBK,
- liczba dofinansowanych przedsięwzięć, których celem jest rozwój RCMC.

Działanie 2.13.8.11

Wdrożenie przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1938 z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie norm jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego przeznaczonych do zastosowania u ludzi oraz uchylające dyrektywy 2002/98/WE i 2004/23/WE (Dz. Urz. UE. L. 2024/1938 z 17.07.2024) (SoHO)

Działanie ma na celu:

- umożliwienie dawcom, biorcom oraz pacjentom zarządzania i kontrolowania własnych danych medycznych w sposób bezpieczny, przejrzysty i zgodny z przepisami,
- zezwolenie na wykorzystywanie danych zdrowotnych do celów badawczych i zdrowia publicznego, na ściśle określonych warunkach.

Grupa docelowa to dawcy, biorcy, pacjenci, podmioty wykonujące działalność obszarze SoHO oraz instytucje odpowiedzialne za nadzór. Działanie jest możliwe do wdrożenia w ramach istniejących struktur organizacyjnych i prawnych MZ, przy współpracy z krajowymi instytucjami oraz organami UE.

Działanie wpisuje się w cele strategiczne MZ i odpowiada na potrzeby systemu ochrony zdrowia w zakresie jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego, zgodnie z wymogami SoHO.

Oczekiwane rezultaty działania:

SoHO zapewni całościowe podejście do regulacji dotyczących substancji pochodzenia ludzkiego. Nowe przepisy obejmują w szczególności lepszą ochronę biorców i dawców substancji pochodzenia ludzkiego, a także urodzone dzieci w wyniku rozrodu wspomaganego medycznie. Nowe ramy przewidują:

- jasne zasady obejmujące wszystkie substancje pochodzenia ludzkiego z wyjątkiem narządów stałych,
- rejestrację wszystkich podmiotów, które prowadzą działalność mogącą mieć wpływa bezpieczeństwo i jakość SoHO,
- wzmocnienie wiedzy specjalistycznej w oparciu o istniejące organy techniczne (Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare),
- większą innowacyjność ze wspólną procedurą oceny i zatwierdzania preparatów SoHO proporcjonalnie do ryzyka, jakie ze sobą niosą,
- wzmocniony nadzór krajowy i wsparcie UE dla organów krajowych (szkolenia, IT),
- nowe środki wspierające ciągłość dostaw krytycznych SoHO,
- ustanowienie Rady Koordynacyjnej SoHO,

- utworzenie cyfrowej platformy UE SoHO w celu gromadzenia informacji i usprawnienia sprawozdawczości.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: lata 2027–2031

Szacowane koszty działań: szczegółowe szacunki kosztów i etapy wdrożenia zostaną określone w kolejnych fazach planowania i analizy wykonalności

Wskaźniki realizacji działania:

- wyznaczenie i określenie obowiązujących krajowych organów właściwych ds. SoHO,
- liczba zarejestrowanych podmiotów w systemie SoHO,
- funkcjonalne uruchomienie integracji z cyfrową platformą UE SoHO.

Działanie 2.13.8.12

MEDEVAC HUB Jasionka – ciągłość wsparcia dla Ukrainy

Zapewnienie kontynuacji finansowania przez Komisję Europejską działalności MHJ do czasu zakończenia działań wojennych na obszarze Ukrainy.

Oczekiwane rezultaty działania:

- kontynuacja zapewnienia transferu pacjentów ukraińskich na leczenie do krajów UE i EOG oraz ich powrotu do Ukrainy po zakończonym leczeniu,
- odciążenie polskiego systemu opieki zdrowotnej dzięki transferowi pacjentów ukraińskich do krajów UE i EOG,
- umacnianie pozycji RP na arenie międzynarodowej dzięki zapewnieniu funkcjonowania MHJ jako unikatowego rozwiązania we wsparciu procesu leczenia pacjentów ukraińskich.

Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie działania: MZ

Planowany okres, w którym działanie będzie realizowane: od dnia 1 maja 2025 r. do dnia 31 marca 2026 r. (z możliwością przedłużenia)

Szacowane koszty działań: MZ nie ponosi bezpośrednich kosztów funkcjonowania MHJ, jego działalność jest finansowana na podstawie umowy zawartej między Komisją Europejską a Polskim Centrum Pomocy Międzynarodowej. Wartość umowy zawartej na okres od dnia 1 maja 2025 r. do dnia 31 marca 2026 r. wynosi 2,163 mln EUR

Wskaźniki realizacji działania:

- zapewnienie finansowania MHJ ze środków KE,
- liczba pacjentów objętych transferem z Ukrainy do krajów UE i EOG,

- liczba pacjentów objętych relokacją do Ukrainy,
- liczba wizyt delegacji zagranicznych w MHJ.

3. Monitorowanie wdrażania i aktualizacja

Minister właściwy do spraw zdrowia będzie corocznie przygotowywał informację z wykonania KPT. Będzie ona zawierać dane o osiągniętych w danym roku wskaźnikach realizacji działań. Publikacja informacji będzie następować do dnia 30 kwietnia roku następującego po roku, którego dotyczy.

Sprawozdanie śródkresowe z realizacji KPT zostanie sporządzone przez ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie do dnia 30 czerwca 2029 r., czyli trzeciego roku obowiązywania KPT. Z kolei do dnia 30 czerwca 2032 r. minister właściwy do spraw zdrowia sporządzi sprawozdanie końcowe z całego okresu realizacji KPT. Zostaną one opublikowane w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia.

Sprawozdania śródkresowe i końcowe będą zawierały:

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

Wnioski płynące ze sprawozdania śródkresowego będą wykorzystane przy aktualizacji działań w KPT. Będzie to możliwe w przypadku osiągnięcia założonych wartości wskaźników przed upływem okresu 5 lat obowiązywania KPT lub w wyniku identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej. Aktualizacja KPT zostanie opublikowana do dnia 31 grudnia 2029 r.