

MATRYCA OCENY ZRÓWNOWAŻENIA I ODPORNOŚCI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA



■ Iwona Kowalska-Bobko ■ Małgorzata Gałązka-Sobotka ■
■ Katarzyna Badora-Musiał ■ Michał Zabdyr-Jamróż ■
■ Agata Kruczyk-Gonciarz ■ Karolina Piotrowska ■ Piotr Najbuk ■





RAPORT POWSTAŁ DZIĘKI WSPARCIU
GRANTOWEMU

AstraZeneca 

Spis treści

1. Cel i kontekst powstania matrycy	7
1.1 Czym jest PHSSR?.....	7
1.2 Zrównoważenie i odporność systemów ochrony zdrowia w rozumieniu pilotażowej fazy prac PHSSR.....	8
1.3 Czym jest Matryca? Jaki jest cel jej powstania?.....	12
2. Metodyka prac nad matrycą	13
2.1 Mechanizm selekcji rekomendacji z raportów PHSSR.....	13
2.2 Proces opracowania skali punktowej.....	14
2.3 Proces alokacji wag do poszczególnych parametrów Matrycy i uzasadnienie dla takiej alokacji wag.....	14
2.4 Proces uzyskiwania wyniku częściowego oraz ostatecznego.....	15
3. Matryca	16
4. Pilotażowe zastosowanie matrycy	18
4.1 Przygotowania do zastosowania matrycy.....	18
4.2 Zastosowanie matrycy.....	20
4.3 Wnioski i rekomendacje wynikające z zastosowania matrycy.....	27
5. Konsultacja efektów zastosowania matrycy z przedstawicielami strony publicznej	30
6. Definicje, wytyczne interpretacji poszczególnych parametrów	37
7. Propozycja umiejscowienia matrycy w systemie ochrony zdrowia	40
Załączniki	42
Załącznik nr 1: Lista instytucji respondentów uczestniczących w badaniach 17 listopada 2021 roku oraz 27 listopada 2021.....	42
Załącznik nr 2.....	42
Załącznik nr 3.....	46
Literatura.....	63
Spis rysunków i tabel.....	64

1. Cel i kontekst powstania matrycy

1.1 Czym jest PHSSR?

Pandemia COVID-19 zwróciła uwagę na odporność systemu ochrony zdrowia, co ma duże znaczenie polityczne i analityczne. Wiele systemów zdrowotnych, dostosowując się do nowej sytuacji, aby poradzić sobie z rozprzestrzenianiem się wirusa, którego nasilenie i przenoszenie stanowią bezprecedensowe wyzwania, zostało rozciągniętych do granic wytrzymałości, aby zaspokoić potrzeby w zakresie opieki doraźnej, jednocześnie walcząc o utrzymanie podstawowych usług i bezpieczeństwo personelu i pacjentów. Początkowe reakcje wielu krajów – pomimo posiadania planów reagowania kryzysowego – charakteryzowały się niezdecydowaniem i brakiem działania, a także opóźnieniami we wdrażaniu środków powstrzymujących. W miarę rozwoju kryzysu globalna reakcja charakteryzowała się niespójnością i brakiem koordynacji, które zaostrzyły wpływ pandemii.

Odporność systemu ochrony zdrowia wymaga zarówno zdolności do wytrzymania wstrząsów, takich jak COVID-19, jak i dostosowania się do nagromadzonych problemów. Skupienie się na odporności na wstrząsy nie powinno zatem przesłaniać potrzeby skupienia się na długoterminowej, fundamentalnej stabilności systemów ochrony zdrowia, którą definiujemy jako ich zdolność do ciągłego wypełniania swoich funkcji i dostosowywania się do zmieniających się kontekstów w celu utrzymania poprawy stanu zdrowia populacji w obliczu zmieniającego się obciążenia chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi. Pandemia mocno złagodziła podstawowe słabości podstaw systemu ochrony zdrowia, które i tak już zmagają się z presją popytu. Znaczna część populacji świata nie ma dostępu do podstawowych usług zdrowotnych i ochrony przed finansowymi konsekwencjami złego stanu zdrowia. Nawet w rozwiniętych gospodarkach i krajach, które są bliskie osiągnięcia powszechnego zasięgu, rosnące obciążenie chorobami przewlekłymi stanowi poważne wyzwanie dla stabilności systemów ochrony zdrowia. Wymaga to podwójnego skupienia się na stabilności i odporności systemów zdrowotnych oraz opracowania sposobów ich oceny w celu określenia, w jaki sposób można je ulepszyć, wraz z ustalonymi miarami wydajności systemu zdrowotnego¹.

Pandemia COVID-19 przetestowała systemy zdrowotne wielu krajów pod kątem ich ograniczeń i podkreśliła współzależność zdrowia z innymi sektorami zarówno na poziomie krajowym, jak i globalnym. Jednak jeszcze przed wybuchem pandemii systemy zdrowotne stanęły w obliczu wyzwań związanych z ich odpornością, trwałością i zrównoważeniem. W tym kontekście latem 2020 roku zostało utworzone Partnerstwo na rzecz Zrównoważonego i Odpornego Systemu Ochrony Zdrowia (The Partnership for Health Sustainability and Resilience, PHSSR) przez Światowe Forum Ekonomiczne, AstraZeneca i London School of Economics and Political Science.

Głównym celem Partnerstwa jest poprawa globalnego zdrowia poprzez dostarczanie jakościowych i ilościowych dowodów w celu kształtowania efektywnej polityki zdrowotnej oraz promowanie działań na poziomie krajowym i międzynarodowym w celu wzmocnienia stabilności i odporności systemu ochrony zdrowia.

¹ G. Wharton, D. Gocke, A. McGuire, T. Sturm (2021), *The Partnership for Health Sustainability and Resilience, Interim Report of the Pilot Phase*, July 2020 – March 2021, dostęp 10.09.2021 http://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_Interim_Report_of_the_Pilot_Phase.pdf.

Cele PHSSR są następujące:

- Budowanie wiedzy, zrozumienia i konsensusu w zakresie wymiarów i relacji między zrównoważeniem a odpornością systemu ochrony zdrowia, aby można je było zrozumieć w kontekście różnych krajów, umożliwiając identyfikację mocnych i słabych stron, szans i zagrożeń.
- Kierowanie działaniami, generując rozwiązania oparte na dowodach i zaleceniach dotyczących polityki zdrowotnej w celu poprawy trwałości i odporności, promując ich przyjmowanie i wspierając pilotażowe wdrażanie ram w każdym kraju.
- Ułatwienie krajowego, transgranicznego i międzysektorowego uczenia się oraz działań opartych na dowodach w celu wzmocnienia stabilności i odporności systemu ochrony zdrowia, w oparciu o wiedzę i relacje zbudowane w ramach partnerstwa.

1.2 Zrównoważenie i odporność systemów ochrony zdrowia w rozumieniu pilotażowej fazy prac PHSSR

Faza pilotażowa PHSSR miała na celu opracowanie ram umożliwiających przeprowadzenie szybkiej, systemowej analizy systemów zdrowotnych w ośmiu krajach. Aby zapewnić spójność prowadzonej analizy, PHSSR przeprowadził przy pomocy wyselekcjonowanych ekspertów przegląd istniejących praktyk systemowych. Istotne było także zdefiniowanie, czym jest zrównoważony i odporny system ochrony zdrowia.

Zrównoważony rozwój to koncepcja wywodząca się początkowo z ruchu ekologicznego lat 70. XX wieku, jest stosowana w różnych znaczeniach w bardzo różnych kontekstach. Powszechnie zrównoważony rozwój rozumiany jest jako program i wyłaniający się konsensus dotyczący tego, co należy zrobić, aby chronić ludzi i planetę oraz umożliwić nieograniczoną kontynuację konstruktywnego i pozytywnego rozwoju gospodarczego i społecznego². W 1987 r. w raporcie *Nasza wspólna przyszłość*³ połączono te pojęcia, wyrażając koncepcję zrównoważonego rozwoju jako zasady organizacyjnej osiągania celów rozwoju społecznego, przy jednoczesnym utrzymaniu ekologii, od której zależy gospodarka i społeczeństwo, która zyskała szeroką popularność i jest ucieleśniona przez Cele Zrównoważonego Rozwoju ONZ.

Od momentu powstania koncepcja zrównoważonego rozwoju była stosowana w wielu dziedzinach nauk przyrodniczych i społecznych, jednak pojęcie to było rzadko stosowane w odniesieniu do systemów ochrony zdrowia, w przeciwieństwie do konkretnych inicjatyw lub programów zdrowotnych, przy czym znaczna część literatury koncentruje się na poszczególnych wymiarach, takich jak zrównoważenie finansowe, zrównoważenie środowiskowe lub zrównoważenie programów lub interwencji. W odniesieniu do systemów zdrowotnych niektóre definicje zrównoważonego rozwoju przyjmują perspektywę liniową, definiując ją jako wynik, w którym korzyści zdrowotne, działania lub zdolność siły roboczej są zachowane⁴. Inni postrzegają zrównoważony rozwój

jako proces, wymagający ciągłej adaptacji i dostosowania do potrzeb systemu zdrowotnego^{5, 6}. Patrząc z tej perspektywy, zrównoważony rozwój został zdefiniowany jako „ogólna kontynuacja i utrzymanie pożądanej cechy inicjatywy i związanych z nią wyników, jak również proces przyjęty w celu dostosowania i rozwoju w odpowiedzi na pojawiające się potrzeby systemu”⁷.

Przyjmując tę drugą perspektywę, PHSSR opracowało roboczą definicję zrównoważenia systemu ochrony zdrowia, odnosząc się do kluczowych według WHO funkcji i celów systemu ochrony zdrowia:

Zrównoważony system ochrony zdrowia jest to zdolność systemu ochrony zdrowia do ciągłego dostarczania kluczowych funkcji systemu zdrowotnego, polegających na świadczeniu usług, generowaniu zasobów, finansowaniu i zarządzaniu, z uwzględnieniem zasad uczciwości finansowania, równego dostępu i efektywności opieki, w dążeniu do celów poprawy zdrowia populacji i reagowania na potrzeby populacji, którym służy, a także uczenia się i doskonalenia w tym zakresie⁸.



Rysunek 1. Zrównoważony system ochrony zdrowia

Źródło: autorzy.

² T.L. Guidotti (2015), *Health and sustainability: an introduction*. Oxford; New York: Oxford University Press.

³ G.H. Brundtland, M. Khalid, S. Agnelli, S. Al-Athel, B. Chidzero B. (1987), *Our common future*. New York.

⁴ M.C. Shediak-Rizkallah, L.R. Bone (1998), *Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy*. Health Education Research. Mar 1; 13 (1): 87–108.

⁵ P. Pluye, L. Potvin, J.-L. Denis (2004). *Making public health programs last: conceptualizing sustainability*. *Evaluation and Program Planning*. May; 27 (2): 121–33.

⁶ A. Shigayeva, R.J. Coker (2015), *Communicable disease control programmes and health systems: an analytical approach to sustainability*. *Health Policy and Planning*. Apr; 30 (3): 368–85.

⁷ L. Lennox, L. Maher, J. Reed (2018), *Navigating the sustainability landscape: a systematic review of sustainability approaches in healthcare*. *Implementation Science*. Feb 9; 13 (1): 27.

⁸ G. Wharton, D. Gocke, A. McGuire, T. Sturm (2021), *The Partnership for Health Sustainability and Resilience, Interim Report of the Pilot Phase*, July 2020 – March 2021, dostęp 10.09.2021 http://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_Interim_Report_of_the_Pilot_Phase.pdf.

Definicja ta jest celowo ogólna i otwarta: przedstawia kluczowe funkcje i cele systemów ochrony zdrowia, ale nie opisuje, w jaki sposób są one realizowane i osiąmane. Ma ona na celu uwzględnienie oceny unikalnych cech każdego systemu ochrony zdrowia oraz ich interakcji w celu wykonywania swoich funkcji i osiągania celów w czasie. Włączenie ciągłości, uczenia się i adaptacji, trwałość w tym sensie jest zdolnością dynamiczną: nie może być rozumiana wyłącznie przez odniesienie do statycznych miar funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i wymaga adaptacji do zmieniających się potrzeb zdrowotnych populacji i czynników kontekstowych. Jednak zakres koncepcji stawia przed jej oceną istotne wyzwania. Definicja ta zostanie poddana przeglądowi w świetle ustaleń fazy pilotażowej i dalszych badań.

Podobnie jak w przypadku zrównoważonego rozwoju, odporność była przedmiotem rosnącego zainteresowania badaczy zajmujących się międzynarodową polityką zdrowotną w ostatnich latach, ale jako koncepcja wciąż dojrzewa i nie ma ustalonej definicji. Wczesne dyscyplinarne definicje odporności określają ją jako zdolność jednostki, populacji lub systemu do zaabsorbowania wstrząsu przy zachowaniu podstawowych funkcji lub cech. Taka definicja odporności może jednak sugerować, że pierwotny stan systemu jest stanem optymalnym, do którego powinien powrócić po szoku, w którym to przypadku pierwotne słabości pozostaną⁹. Bardziej dynamiczna interpretacja odporności obejmuje zdolność systemu do adaptacji i transformacji w celu lepszej odporności na przyszłe wstrząsy lub zmniejszenia narażenia na nie. Ostatnie publikacje, m.in. tworzone w ramach Europejskiego Obserwatorium Systemów Ochrony Zdrowia i Polityki (European Observatory on Health Systems and Policies), wniosły istotny wkład w pogłębianie zrozumienia tego, jak odporność w tym sensie może być rozumiana i oceniana, odnosząc się w szczególności do zdolności systemu ochrony zdrowia do przygotowania się i zarządzania (absorbować, dostosowywać się i przekształcać) oraz uczenia się na wstrząsach¹⁰.

PHSSR ustalił, że ważne jest, aby definicja odporności stosowana w fazie pilotażowej obejmowała nacisk nie tylko na kryzysy wynikające z krótkoterminowych wstrząsów, ale także na długoterminowe, skumulowane problemy, takie jak presja finansowa lub niedobory kadrowe¹¹. Aby to uchwycić, opracowano następującą roboczą definicję odporności systemu ochrony zdrowia w celu opracowania ram pilotażowych:

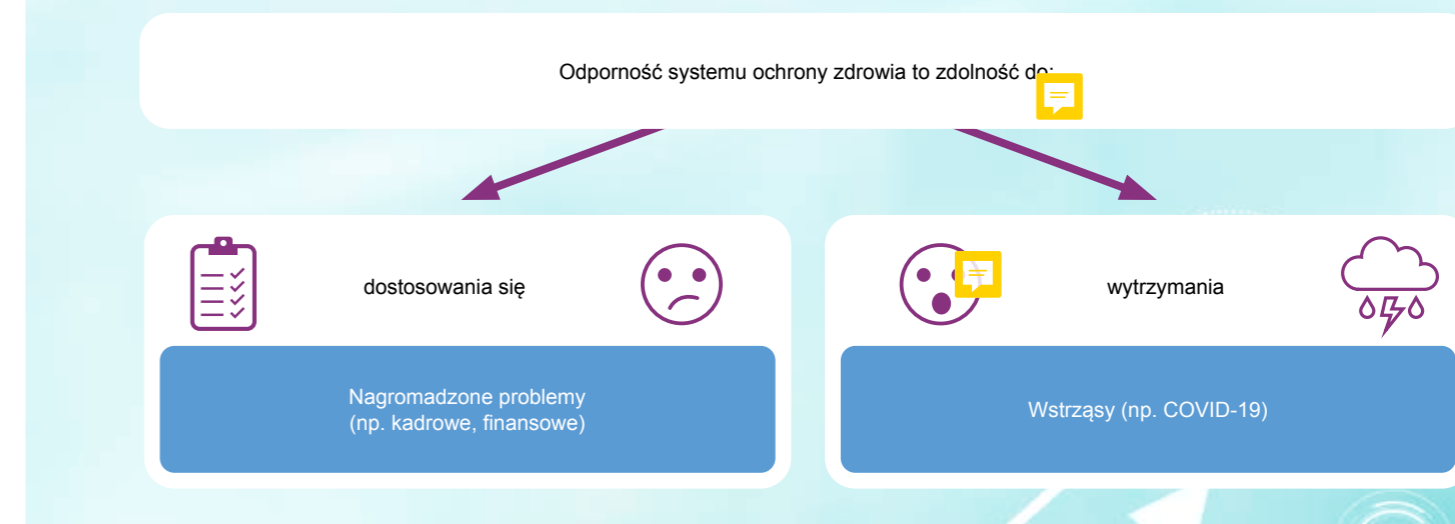
Odporność systemu ochrony zdrowia jest to zdolność systemu zdrowotnego do przygotowania się, absorpcji, adaptacji, uczenia się, przekształcania i wychodzenia z kryzysów spowodowanych krótkoterminowymi wstrząsami i nagromadzonymi stresami w celu zminimalizowania ich negatywnego wpływu na zdrowie populacji i zakłóceń spowodowanych usługami zdrowotnymi¹².

⁹ M. Fridell, S.E. Id, J. von Schreeb, D.D. Saulnier (2020), *Health System Resilience: What Are We Talking About? A Scoping Review Mapping Characteristics and Keywords*. Int J Health Policy Manag. 9 (1): 6–16.

¹⁰ S. Thomas, A. Sagan, J. Larkin, J. Cylus, J. Figueras, M. Karanikolos (2020), *Strengthening health systems resilience: key concept and strategies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

¹¹ E.W. Barasa, K. Cloete, L. Gilson (2017), *From bouncing back, to nurturing emergence: Reframing the concept of resilience in health systems strengthening*. Health Policy and Planning. 32: 91–4.

¹² G. Wharton, D. Gocke, A. McGuire, T. Sturm (2021), *The Partnership for Health Sustainability and Resilience, Interim Report of the Pilot Phase, July 2020 – March 2021*, dostęp 10.09.2021 http://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_Interim_Report_of_the_Pilot_Phase.pdf.



Rysunek 2. Odporność systemu ochrony zdrowia

Źródło: autorzy.

Uznając, że koncepcje zrównoważenia i odporności muszą odzwierciedlać różnorodność i złożoność systemów ochrony zdrowia oraz że są one zależne od kontekstu, ramy pilotażowe miały służyć raczej jako przewodnik po analizie jakościowej niż jako narzędzie do pomiaru ilościowego lub bezpośredniego porównania.

Pilotażowe ramy PHSSR skupiły się na pięciu „domenach” reprezentujących podstawowe elementy systemów zdrowotnych. Domeny te ściśle odpowiadają elementom konstrukcyjnym systemu ochrony zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia, takim jak zarządzanie, finansowanie, kadry, leki i technologia, świadczenie usług i informacja. Cechy systemu ochrony zdrowia w każdej z tych dziedzin mają silny wpływ zarówno na jego trwałość, jak i odporność.

Program pilotażowy PHSSR obejmował następujące dziedziny:

- Zarządzanie (w rozumieniu rządzenie) systemem ochrony zdrowia: szeroki zakres funkcji związanych ze sterowaniem i tworzeniem przepisów, wykonywanych przez rządy i decydentów, którzy dążą do osiągnięcia celów krajowej polityki zdrowotnej.
- Finansowanie systemu zdrowotnego: w jaki sposób systemy ochrony zdrowia generują, łączą i alokują zasoby finansowe oraz płacą za usługi zdrowotne.
- Pracownicy systemu ochrony zdrowia: w jaki sposób systemy ochrony zdrowia planują, szkolą, rekrutują, nagradzają i rozmieszczają swoich pracowników oraz kształtują warunki pracy dla nich.
- Leki i technologia: w jaki sposób systemy ochrony zdrowia wykorzystują leki i technologie w świadczeniu usług zdrowotnych.
- Świadczenie usług zdrowotnych: sposób organizacji i świadczenia usług zdrowotnych, w tym opieki ambulatoryjnej i szpitalnej oraz zdrowia publicznego¹³.

¹³ G. Wharton, D. Gocke, A. McGuire, T. Sturm (2021), *The Partnership for Health Sustainability and Resilience, Interim Report of the Pilot Phase, July 2020 – March 2021*, dostęp 10.09.2021 http://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_Interim_Report_of_the_Pilot_Phase.pdf.

Polski zespół badawczy brał udział w pilotażowej fazie prac, w czasie której ustalano ramy, pomocne do opisanego każdej z domen. Ramy zostały opracowane poprzez przegląd najnowszej literatury dotyczącej zarządzania oraz rządzenia wielopasmowego (*governance*) na rzecz zdrowia, w tym koncepcji dobrego rządzenia oraz rządzenia deliberatywnego i innych. Przegląd obejmował literaturę naukową, a także dokumenty polityczne i białą księgę opracowaną przez renomowane odpowiednie instytucje globalnego systemu ochrony zdrowia. Przegląd miał na celu identyfikację kluczowych cech normatywnej i perspektywicznej koncepcji zarządzania systemami ochrony zdrowia. Cechy te zostały uporządkowane i przypisane do wartości zrównoważonego rozwoju i odporności. Następnie cechy zostały zoperacjonalizowane w pytania do celów ram analitycznych. Kluczowym celem tego procesu było zidentyfikowanie najbardziej aktualnego, opartego na dowodach i koncepcyjnie dojrzałego podejścia do zarządzania – takiego, które uwzględnia najnowsze osiągnięcia w tej dziedzinie i docenia najnowsze wyzwania związane z zarządzaniem systemami ochrony zdrowia. W wyniku prac polskiego zespołu powstało opracowanie *Sustainability and Resilience in the Polish Health System*¹⁴.

1.3 Czym jest Matryca? Jaki jest cel jej powstania?

Matryca powstała na podstawie analizy dokumentów przygotowanych przez Partnerstwo na rzecz Zrównoważonego i Odpornego Systemu Ochrony Zdrowia (PHSSR). W fazie pilotażowej programu PHSSR zespoły ekspertów z siedmiu krajów europejskich (Anglii, Francji, Hiszpanii, Niemiec, Polski, Rosji, Włoch) oraz Wietnamu przeprowadziły szybkie przeglądy zrównoważenia i odporności własnych systemów zdrowotnych. Zostały zidentyfikowane konkretne działania, które można podjąć w celu wzmocnienia poszczególnych systemów ochrony zdrowia, a także stworzono rekomendacje pomocne przy tworzeniu przyszłych strategii krajowych polityk zdrowotnych.

Matryca powstała w celu oceny zrównoważenia i odporności systemu zdrowotnego w kluczowych decyzjach podejmowanych w polityce zdrowotnej. Do takich decyzji zalicza się zarówno długofalowe dokumenty strategiczne, jak i akty prawne dotyczące ważnego obszaru polityki zdrowotnej. Należy jednak zauważyć, że prezentowana w raporcie matryca powstała z myślą oceny zrównoważenia i odporności w takich dokumentach strategicznych jak: „*Zdrowa Przyszłość*”. *Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. oraz Krajowy Plan Transformacji.*

Matrycę można uznać za próbę kwantyfikacji cech zrównoważenia i odporności w systemie zdrowotnym pod warunkiem jej permanentnego aktualizowania i udoskonalania, tak aby w przyszłości traktować ją za uniwersalne narzędzie oceny zrównoważenia i odporności prowadzonej polityki zdrowotnej.

2. Metodyka prac nad matrycą

2.1 Mechanizm selekcji rekomendacji z raportów PHSSR

Przygotowując matrycę, porównano kluczowe wnioski i rekomendacje dotyczące pięciu domen (Rządzenie, Finansowanie, Zasoby ludzkie, Leki i technologie oraz Świadczenie usług), które wynikały z raportów państw europejskich uczestniczących w pilotażowej fazie prac PHSSR (Anglii, Francji, Hiszpanii, Niemiec, Polski, Rosji, Włoch). Nie uwzględniono raportu Wietnamu ze względu na istotne różnice ustrojowe, społeczne, ekonomiczne, demograficzne.

Następnie pogrupowano rekomendacje dotyczące tego samego lub podobnego zakresu w ramach każdej domeny. Sprawdzono, w którym kraju zwrócono uwagę na poszczególną rekomendację. Z rekomendacji powtarzających się w minimum trzech krajach i istotnych dla polskiego systemu ochrony zdrowia (zauważonych podczas polskiej analizy) stworzono poszczególny deskryptor. Deskryptory są elementami składowymi kategorii/domeny, opisującymi poszczególne rekomendacje.



Rysunek 3. Etapy tworzenia Matrycy Ewaluacyjnej Zrównoważenia i Odporności Systemu Ochrony Zdrowia

* Nie uwzględniono Wietnamu.

Źródło: autorzy.

¹⁴ I. Kowalska-Bobko, M. Gałązka-Sobotka, M. Zabdyr-Jamróż, K. Badora-Musiał, K. Piotrowska (2021), *Sustainability and Resilience in the Polish Health System*, dostęp 10.09.2021 https://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_Poland_Report.pdf.

2.2 Proces opracowania skali punktowej

W procesie analizy sektora ochrony zdrowia zidentyfikowano kluczowe domeny i czynniki, które mogą warunkować wzmocnienie równowagi i odporności systemu. Jednocześnie wychodząc z założenia, że nie wszystkie są równie ważne dla rozwoju tych cech, przy zastosowaniu metody eksperckiej, określono wagi kryteriów oceny w skali trzystopniowej, przy założeniu, że waga 1 oznacza czynnik mało ważny dla równowagi i odporności, natomiast 3 oznacza czynnik bardzo ważny dla równowagi i odporności systemu. Następnie eksperci dokonali oceny wskaźników w kontekście ich włączenia w wybrane dokumenty strategiczne przygotowane przez stronę publiczną w Polsce, tj. „Zdrowa przyszłość”. *Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r. oraz Krajowy Plan Transformacji*. Oceny dokonano w skali 1-5, przy czym uwzględnienie danego czynnika na niskim poziomie oznacza się oceną 1, natomiast opanowanie wskaźnika w stopniu bardzo wysokim oceną 5.

Oceny ważone (waga*ocena) zostały sklasyfikowane według przygotowanej przez zespół badawczy 5-stopniowej skali (1.0-3.0 – ocena bardzo niska, 3.1-6.0 – ocena niska, 6.1-9.0 – ocena średnia, 9.1-12.0 – ocena wysoka, 12.1-15.0 – ocena bardzo wysoka). Skala została przygotowana w oparciu o skalę Likerta¹⁵.

2.3 Proces alokacji wag do poszczególnych parametrów Matrycy i uzasadnienie dla takiej alokacji wag

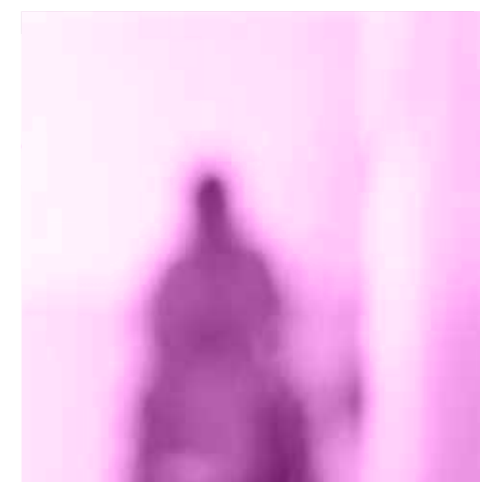
Każdy deskryptor w domenie ma przypisaną wagę (stopień istotności danego wskaźnika dla zrównoważenia i odporności systemu ochrony zdrowia). Waga ta została nadana przez 22 ekspertów będących przedstawicielami środowiska profesjonalistów medycznych, środowiska pacjentów i innych, jako średnia z wag przypisanych poszczególnym deskryptorom (lista instytucji, z których pochodzili respondenci znajduje się w załączniku nr 1). Przed wskazaniem swoich ocen, eksperci mieli możliwość zapoznania się z zestawieniem rekomendacji (Tabela nr 5) w pięciu domenach i odpowiadającymi im celami, kierunkami interwencji, narzędziami i wskaźnikami (znajdującymi się w dokumencie „Zdrowa przyszłość”. *Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.*) oraz działaniami (*Krajowy Plan Transformacji*). Eksperska ocena poszczególnych deskryptorów była jednak wynikiem przede wszystkim systemowego doświadczenia eksperta. Zapoznanie się z tym zestawieniem było pomocne w zrozumieniu istoty poszczególnych deskryptorów. W ramach spotkań z ekspertami zespół badawczy wyjaśniał/opisywał deskryptory, odwołując się do przykładów zawartych w dokumentach strategicznych. W tym czasie eksperci mieli możliwość wskazania głównych problemów występujących w systemie ochrony zdrowia odpowiadających deskryptorom. Następnie każdy ekspert otrzymał matrycę, aby wskazać swoją wagę i ocenę każdego z deskryptorów.

¹⁵ Skala Likerta – strategia pomiarowa, stosowana w kwestionariuszach ankiet i wywiadach kwestionariuszowych, dzięki której uzyskać można wiedzę o stopniu akceptacji zjawisk, poglądów, procesów, cech itp. Wykorzystywana jest do mierzenia postaw wobec konkretnych oddziaływań, zachowań, zdarzeń, obiektów, projektów bądź problemów. Często „skalą Likerta” nazywa się kafeterię pięciu wypowiedzi ułożonych w porządku od całkowitego odrzucenia do całkowitej akceptacji.

2.4 Proces uzyskiwania wyniku częściowego oraz ostatecznego

Stopień, w jakim dany deskryptor jest ważny z perspektywy danego systemu ochrony zdrowia, jest zmienny i zależy od aktualnych czynników zewnętrznych. Wymaga więc okresowej rewizji odpowiednio do zmieniających się realiów systemowych i zmian w stanie literatury przedmiotu. W przyjętej metodologii wagi poszczególnym deskryptorom przypisywali eksperci, którzy stanowili zróżnicowaną reprezentację interesariuszy systemu ochrony zdrowia (były to osoby zarządzające zarówno szpitalami, jak i placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, przedstawiciele związków pracowników medycznych, przedstawiciele grup pacjenckich, pracownicy organizacji pozarządowych, autorzy licznych publikacji naukowych dotyczących zagadnień systemu ochrony zdrowia). Z tego powodu wagi nie są uniwersalne dla innych systemów ochrony zdrowia. W każdym kraju wagi powinny zostać przypisane przez ekspertów, będących przedstawicielami interesariuszy danego systemu ochrony zdrowia, uwzględniając realia krajowe.

Przypisana waga jest potrzebna do określenia oceny ważonej poszczególnych deskryptorów podczas stosowania matrycy. Przy stosowaniu matrycy konieczna jest też ocena realizacji deskryptora w przedmiocie oceny (dokumencie/polityce strategicznej). W tym przypadku zaproponowano stosowanie skali Likerta od 1 do 5, która pozwala uzyskać wiedzę o stopniu akceptacji poglądów na temat każdego z deskryptorów. Ostateczny wynik obliczany jest według wzoru: waga*ocena, dając ocenę ważoną. W przypadku klasyfikacji tego wyniku sugeruje się stosowanie również 5-stopniowej skali: 1,0-3,0 – ocena bardzo niska (wskazuje, że poziom odporności i zrównoważenia jest krytycznie niski i wymaga podjęcia pilnych działań naprawczych z uwagi na poważne zagrożenie dla zdrowia populacji), 3,1-6,0 – ocena niska (wskazuje, że poziom odporności i zrównoważenia jest niski i wymaga podjęcia działań naprawczych z uwagi na zagrożenie dla zdrowia populacji), 6,1-9,0 – ocena średnia (wskazuje, że poziom odporności i zrównoważenia jest średni i może wymagać podjęcia działań naprawczych), 9,1-12,0 – ocena wysoka (wskazuje, że poziom odporności i zrównoważenia jest wysoki i rzadko wymaga podjęcia działań naprawczych i), 12,1-15,1 – ocena bardzo wysoka (wskazuje, że poziom odporności i zrównoważenia jest bardzo wysoki i nie wymaga podjęcia działań naprawczych).



3. Matryca

Tabela 1. Matryca Ewaluacyjna Zrównoważenia i Odporności Systemu Ochrony Zdrowia

	Waga od 1 do 3 (1)	Ocena od 1 do 5 (2)	Ocena ważona (1*2)
RZĄDZENIE (GOVERNANCE)			
Organizacja, wzmocnienie i usprawnienie systemu zdrowia publicznego			
Wzmocnienie udziału partnerów społecznych i gospodarczych w procesie tworzenia prawa			
Koordinacja planowania, monitorowania i ewaluacji			
Integracja podsystemów ochrony zdrowia, np. zdrowia publicznego z opieką zdrowotną i długoterminową; POZ z AOS i LSZ na rzecz wzrostu wartości zdrowotnej			
Wzmacnianie kompetencji zarządzania strategicznego, w tym zarządzania kryzysowego			
Racjonalizacja procesu decyzyjnego w oparciu o dane			
FINANSOWANIE			
Zwiększenie ogólnego finansowania systemu (szczególnie na opiekę długoterminową)			
Ograniczenie indywidualnych wydatków z kieszeni obywateli poprzez np. ulgi podatkowe, dodatkowe ubezpieczenia			
Wprowadzenie systemu bodźców, który zachęca do akumulacji rezerw finansowych na sytuacje kryzysowe			
Instrumenty finansowe premiujące jakość i innowacyjność w ochronie zdrowia (orientacja na wartości, integracja opieki i prewencji, zniechęcanie do nadkonsumpcji) oraz uwzględnianie perspektywy długoterminowej			
Utworzenie mechanizmów skoordynowanego zarządzania kapitałem i kompensacji ryzyka inwestycyjnego. Ograniczenie silosowości budżetów			
ZASOBY LUDZKIE			
Strategiczne planowanie rozwoju kadr sektora ochrony zdrowia w ujęciu ilościowym i jakościowym (podejście kompetencyjne)			
Racjonalizacja wykorzystania kadr poprzez np. ograniczanie obciążeń biurokratycznych, delegowanie uprawnień, współdzielenie kompetencji – skill mix			
Zabezpieczenie dobrostanu fizycznego i psychicznego personelu medycznego i opieki społecznej (poprawa warunków pracy, zmniejszenie stresu)			
Zbudowanie strategii płacowej i rozwoju kariery zawodowej			
Polityka migracyjna kadr sektora ochrony zdrowia nakierowana na równoważenie zapotrzebowania na zasoby ludzkie			
LEKI I TECHNOLOGIE			
Tworzenie i wspieranie krajowej oceny technologii medycznych, niwelujących różnice regionalne, np. w zakresie wprowadzania leków, szczepionek, sprzętu, innowacyjnych terapii			
Rozwój mechanizmów ułatwiających tworzenie, wdrażanie innowacji w ochronie zdrowia			
Opracowanie strategii rozwoju e-Zdrowia, w tym rozwiązań zwiększających cyberbezpieczeństwo jako determinanty jakości udzielanych usług			

	Waga od 1 do 3 (1)	Ocena od 1 do 5 (2)	Ocena ważona (1*2)
Wprowadzanie mechanizmów zachęcających do wdrażania innowacyjnych telemedycznych rozwiązań w celu poprawy opieki nad pacjentem			
Wspieranie krajowej produkcji technologii o znaczeniu „krytycznym”. Regularne monitorowanie, zapewnienie bezpieczeństwa dostaw			
ŚWIADCZENIE USŁUG			
Wdrożenie systemów informacyjnych na rzecz dostarczania świadczeń wysokiej jakości, ograniczających nierówności w dostępie do opieki poprzez wzmacnianie współpracy świadczeniodawców			
Strategiczne planowanie zakupu świadczeń uwzględniające potrzeby zdrowotne			
Promowanie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych, w tym w zarządzaniu chorobami			
Rozwój programów kompleksowej, zintegrowanej i koordynowanej opieki zdrowotnej			
Wzmocnienie opieki domowej dla osób starszych (lepszą integracją pomiędzy dedykowaną opieką senioralną a opieką zdrowotną)			
OCENA CAŁKOWITA	Średnia ocen ważonych (1*2)/n n = liczba analizowanych domen		

SKALA OCEN WAŻONYCH	
1.0–3.0	ocena bardzo niska
3.1–6.0	ocena niska
6.1–9.0	ocena średnia
9.1–12.0	ocena wysoka
12.1–15.0	ocena bardzo wysoka

Rysunek 4. Skala ocen ważonych

Matryca jest skonstruowana na bazie 5 domen istotnych dla zjawiska zrównoważenia i odporności systemowej¹⁶. Zespół polskich badaczy zdecydował na podstawie prowadzonych przeglądów raportów PHSSR z 7 krajów o ostatecznym kształcie deskryptorów charakterystycznych dla domeny. Tak skonstruowana matryca ma zatem charakter modułowy – jest analizowana zarówno w odniesieniu do domeny, jak i do deskryptorów, co pozwala na wnioskowanie w zakresie stopnia zrównoważenia i odporności systemowej w skali przede wszystkim prezentowanego deskryptora, ale także domeny, które to następnie składają się na wyodrębniony, istotny dla zjawiska zrównoważenia i odporności całościowy obraz systemu. O ile jednak oceny poszczególnych deskryptorów dokonują eksperci, o tyle ocena domeny jest średnią ocen wchodzących w jej skład deskryptorów.

¹⁶ G. Wharton, D. Gocke, A. McGuire, T. Sturm (2021), *The Partnership for Health Sustainability and Resilience, Interim Report of the Pilot Phase*, July 2020 – March 2021, dostęp 10.09.2021 http://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_Interim_Report_of_the_Pilot_Phase.pdf.

Matryca może być zatem wykorzystana również do analizowania polityk publicznych, które swoim zakresem obejmują nie wszystkie domeny. Do oceny takiej polityki publicznej wykorzystane powinny zostać deskryptory jedynie w ramach tych domen, są (lub powinny w opinii oceniającego) zostać uwzględnione w danej polityce publicznej. Przykładowo, jeśli matryca wykorzystywana jest do oceny stosunkowo „wąskiej” strategii dotyczącej rozwoju kadr medycznych, taka strategia może zostać poddana ocenie w oparciu o deskryptory z domen „rządzenie” i „zasoby ludzkie”, rezygnując z oceny w oparciu o deskryptory z domeny „leki i technologie”.

Należy jednak pamiętać, że z przeprowadzonych w ramach niniejszej pracy badań wynika, że dążenie do zrównoważenia i odporności systemu ochrony zdrowia jest skuteczne w przypadku adresowania w politykach publicznych z obszaru ochrony zdrowia w możliwie kompletny sposób jak największej liczby domen ujętych w matrycy. Odnosząc się zatem do przywołanego wyżej przykładu, w przypadku prac nad „wąskimi” strategiami dotyczącymi rozwoju kadr medycznych, o ile nie zawsze konieczne będzie szczegółowe adresowanie tematów wynikających z deskryptorów domeny „świadczenie usług”, warto uwzględniać również deskryptory z tej domeny. Dla przykładu – planując rozwój kadr medycznych, warto uwzględnić stopień, w jaki strategia ta wesprze realizację deskryptora „Rozwój programów kompleksowej, zintegrowanej i koordynowanej opieki zdrowotnej” poprzez strategiczne planowanie zakresu kompetencji przyznawanych przedstawicielom poszczególnych zawodów medycznych i okołomedycznych.

Na podobnej zasadzie można przypisać ocenę całej matrycy zrównoważenia i odporności w odniesieniu do poddawanych analizie dokumentów. To z kolei pozwoli docelowo porównać, na ile silne są czynniki zrównoważenia i odporności w poszczególnych rodzajach analizowanej pod tym kątem polityki sektorowej.

Niska i bardzo niska ekspercka ocena deskryptora wskazuje, że poziom odporności i zrównoważenia w danym obszarze, do którego odnosi się deskryptor, jest odpowiednio niezadowalający i krytyczny oraz wymaga podjęcia pilnych i kompleksowych działań naprawczych, bez których system nie poradzi sobie w sytuacjach kryzysu i nie osiągnie satysfakcjonującego stopnia zrównoważenia. Wysoka i bardzo wysoka ocena deskryptora oznaczać będzie długofalowy i wysoki poziom odporności i zrównoważenia systemowego w odniesieniu do zidentyfikowanych okoliczności w momencie dokonywania oceny.

4. Pilotażowe zastosowanie matrycy

4.1 Przygotowania do zastosowania matrycy

W toku prac projektowych odbyły się dwa spotkania z ekspertami. Pierwsze, z wyselekcjonowanymi sektorowymi ekspertami/decydentami, miało miejsce 17 listopada 2021 roku w godzinach 14.00-17.00 i miało charakter zdalny. Drugie miało charakter stacjonarny i odbyło się 27 listopada 2021 roku na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach. Celem obydwu spotkań było wypracowanie kluczowych czynników zrównoważenia i budowania odporności polskiego systemu ochrony zdrowia. Ekspertom zostały przedstawione rekomendacje wynikające z analizy raportów krajowych opracowanych dla Partnerstwa na rzecz Zrównoważonego Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia (PHSSR) w zestawieniu z polskimi dokumentami strategicznymi – „Zdrowa przyszłość”. *Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. oraz Krajowy Plan Transformacji.*

W pierwszym spotkaniu – poza zespołem badaczy (Iwoną Kowalską-Bobko, Małgorzatą Gałązką-Sobotką, Katarzyną Badorą-Musiał, Michałem Zabdyrem-Jamrozem, Karoliną Piotrowską) – uczestniczyło 8 ekspertów, będących przedstawicielami środowiska profesjonalistów medycznych (lekarzy i pielęgniarek), środowiska pacjentów oraz innych zaangażowanych w system ochrony zdrowia. Drugie spotkanie z 14 ekspertami prowadziła prof. Iwona Kowalska-Bobko.

Prowadzone badanie od samego początku wykorzystywało metodę delficką, której cechą charakterystyczną jest podejmowanie decyzji z wykorzystaniem wiedzy, opinii i doświadczenia ekspertów reprezentujących daną dziedzinę. Omówienie zadania związanego z matrycą poprzedziła krótka prezentacja, wyjaśniająca drogę jej powstawania oraz instrukcje jej użytkowania. Przedstawiono Partnerstwo na rzecz Zrównoważonego Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia (PHSSR), wymieniając jego główne cele. Zaprezentowano definicje stworzone przez PHSSR – zrównoważonego systemu ochrony zdrowia oraz odporności systemu. Wyjaśniono, na czym polegała faza pilotażowa, która zakończyła się zebraniem rekomendacji pomocnych przy tworzeniu przyszłych strategii dotyczących systemu ochrony zdrowia, odnoszących się do pięciu domen – rządzenia, finansowania, zasobów ludzkich, leków i technologii oraz świadczenia usług w kontekście zrównoważenia i odporności systemu.

Następnie przedstawiono ekspertom matrycę z wybranymi rekomendacjami dla każdej domeny (są to rekomendacje powtarzające się w analizach krajów europejskich PHSSR, istotne dla Polski). Eksperci zostali poproszeni o nadanie wagi poszczególnym deskryptorom zidentyfikowanym w ramach każdej domeny (stopień istotności danego wskaźnika dla zrównoważenia i odporności systemu w skali 1-3). Przypisanie wagi poszczególnym deskryptorom było poprzedzone wyjaśnieniem znaczenia deskryptora i krótką dyskusją dedykowaną zapisowi, tak aby osiągnąć takie samo jego rozumienie. Następnie wiedza i doświadczenie eksperckie w systemie ochrony zdrowia były podstawą do wskazania wagi dla danego deskryptora (zgodnie z techniką delficką).

W kolejnym kroku eksperci zostali poproszeni o ocenę w skali 1-5, na ile każdy z wymienionych w jednej z pięciu domen deskryptor został ujęty w dokumentach strategicznych – „Zdrowa przyszłość” oraz *Krajowy Plan Transformacji*. Eksperti oceniali dokumenty jednocześnie, z racji tego, że Krajowy Plan Transformacji ma z założenia uwzględniać rekomendowane kierunki działań wskazane w innych dokumentach strategicznych w ochronie zdrowia i jest dokumentem wdrożeniowym. Przed wskazaniem swoich ocen eksperci mieli możliwość zapoznania się z zestawieniem rekomendacji w pięciu domenach i odpowiadającymi im celami, kierunkami interwencji, narzędziami i wskaźnikami (znajdującymi się w dokumencie „Zdrowa przyszłość”) oraz działaniami (*Krajowy Plan Transformacji*), stanowiącymi Załącznik nr 3 do niniejszego raportu.

4.2 Zastosowanie matrycy

Poszczególne domeny otrzymały następujące wagi, które stanowią średnią wagę poszczególnych deskryptorów (skala 1-3): Rządzenie – 2,6, Finansowanie – 2,4, Zasoby ludzkie – 2,5, Leki i technologie – 2,4, Świadczenie usług – 2,5. Należy wyraźnie zaznaczyć, że waga przypisana poszczególnym domenom na bazie dokonanej oceny ważonej deskryptorów jest właściwie sobie równa, co potwierdzają także wyniki przeglądu literatury, dokonanej przez ekspertów PHSSR (od 2,4 do 2,6). Stanowi to o ich zbliżonej istotności dla utrzymania zrównowżenia i odporności systemu ochrony zdrowia.

Zdaniem ekspertów najważniejszymi deskryptorami w sferze RZĄDZENIE (GOVERNANCE) jest *Koordinacja planowania, monitorowania i ewaluacji* (2,9) oraz *Reorganizacja, wzmocnienie i usprawnienie systemu zdrowia publicznego* (2,8). Ważne są również takie czynniki, jak: *Wzmacnianie kompetencji zarządzania strategicznego, w tym zarządzania kryzysowego* (2,7), *Integracja podsystemów ochrony zdrowia, np. zdrowia publicznego z opieką zdrowotną i długoterminową; POZ z AOS i LSZ na rzecz wzrostu wartości zdrowotnej* (2,6) i *Racjonalizacja procesu decyzyjnego w oparciu o dane* (2,6). Za mniej ważny został uznany deskryptor *Wzmocnienie udziału partnerów społecznych i gospodarczych w procesie tworzenia prawa* (2,1). W odniesieniu do wyżej wymienionych dokumentów strategicznych deskryptory zostały ocenione następująco:

- *Koordinacja planowania, monitorowania i ewaluacji* – 2,6
- *Reorganizacja, wzmocnienie i usprawnienie systemu zdrowia publicznego* – 3,1
- *Wzmacnianie kompetencji zarządzania strategicznego, w tym zarządzania kryzysowego* – 2,3
- *Integracja podsystemów ochrony zdrowia, np. zdrowia publicznego z opieką zdrowotną i długoterminową; POZ z AOS i LSZ na rzecz wzrostu wartości zdrowotnej* – 2,9
- *Racjonalizacja procesu decyzyjnego w oparciu o dane* – 2,9
- *Wzmocnienie udziału partnerów społecznych i gospodarczych w procesie tworzenia prawa* – 2,5.

W domenie FINANSOWANIE najważniejszym deskryptorem według ekspertów okazały się być *Instrumenty finansowe premiujące jakość i innowacyjność w ochronie zdrowia (orientacja na wartości, integracja opieki i prewencji, zniechęcanie do nadkonsumpcji) oraz uwzględnianie perspektywy długoterminowej* (2,8). Ważnym czynnikiem jest również *Zwiększenie ogólnego finansowania systemu (szczególnie na opiekę długoterminową)* (2,7). Za mniej istotne uznano deskryptory: *Wprowadzenie systemu bodźców, który zachęca do akumulacji rezerw finansowych na sytuacje kryzysowe* (2,3), *Utworzenie mechanizmów skoordynowanego zarządzania kapitałem i kompensacji ryzyka inwestycyjnego. Ograniczenie silosowości budżetów* (2,3) oraz *Ograniczenie indywidualnych wydatków z kieszeni obywateli poprzez np. ulgi podatkowe, dodatkowe ubezpieczenia* (2,1). Deskryptory te zostały ocenione następująco:

- *Instrumenty finansowe premiujące jakość i innowacyjność w ochronie zdrowia (orientacja na wartości, integracja opieki i prewencji, zniechęcanie do nadkonsumpcji) oraz uwzględnianie perspektywy długoterminowej* – 3,3
- *Zwiększenie ogólnego finansowania systemu (szczególnie na opiekę długoterminową)* – 3,3
- *Wprowadzenie systemu bodźców, który zachęca do akumulacji rezerw finansowych na sytuacje kryzysowe* – 1,9
- *Utworzenie mechanizmów skoordynowanego zarządzania kapitałem i kompensacji ryzyka inwestycyjnego. Ograniczenie silosowości budżetów* – 3,0
- *Ograniczenie indywidualnych wydatków z kieszeni obywateli poprzez np. ulgi podatkowe, dodatkowe ubezpieczenia* – 2,1.

W domenie ZASOBY LUDZKIE, według ekspertów, najważniejszym deskryptorem są *Strategiczne planowanie rozwoju kadr sektora ochrony zdrowia w ujęciu ilościowym i jakościowym (podejście kompetencyjne)* (2,9) oraz *Zabezpieczenie dobrostanu fizycznego i psychicznego personelu medycznego i opieki społecznej (poprawa warunków pracy, zmniejszenie stresu)* (2,8). Jako ważne czynniki wskazano również: *Racjonalizacja wykorzystania kadr poprzez np. ograniczanie obciążeń biurokratycznych, delegowanie uprawnień, współdzielenie kompetencji – skill mix* (2,7) oraz *Zbudowanie strategii płacowej i rozwoju kariery zawodowej* (2,4). Za mniej istotny uznano deskryptor: *Polityka migracyjna kadr sektora ochrony zdrowia nakierowana na równoważenie zapotrzebowania na zasoby ludzkie* (1,9). Wyżej wymienione deskryptory zostały ocenione następująco:

- *Strategiczne planowanie rozwoju kadr sektora ochrony zdrowia w ujęciu ilościowym i jakościowym (podejście kompetencyjne)* – 3,1
- *Zabezpieczenie dobrostanu fizycznego i psychicznego personelu medycznego i opieki społecznej (poprawa warunków pracy, zmniejszenie stresu)* – 1,9
- *Racjonalizacja wykorzystania kadr poprzez np. ograniczanie obciążeń biurokratycznych, delegowanie uprawnień, współdzielenie kompetencji – skill mix* – 3,2
- *Zbudowanie strategii płacowej i rozwoju kariery zawodowej* – 1,9
- *Polityka migracyjna kadr sektora ochrony zdrowia nakierowana na równoważenie zapotrzebowania na zasoby ludzkie* – 1,8.

W dziedzinie LEKI I TECHNOLOGIE ważnymi deskryptorami są: *Opracowanie strategii rozwoju e-Zdrowia, w tym rozwiązań zwiększających cyberbezpieczeństwo jako determinanty jakości udzielanych usług* (2,6), *Tworzenie i wspieranie krajowej oceny technologii medycznych, niwelujących różnice regionalne, np. w zakresie wprowadzania leków, szczepionek, sprzętu, innowacyjnych terapii* (2,5) oraz *Rozwój mechanizmów ułatwiających tworzenie, wdrażanie innowacji w ochronie zdrowia* (2,4). Za mniej znaczące uznano: *Wprowadzanie mechanizmów zachęcających do wdrażania innowacyjnych telemedycznych rozwiązań w celu poprawy opieki nad pacjentem* (2,3) i *Wspieranie krajowej produkcji technologii o znaczeniu „krytycznym”. Regularne monitorowanie, zapewnienie bezpieczeństwa dostaw* (2,3). W ramach opiniowania wybranych dokumentów strategicznych, deskryptory uzyskały następującą ocenę:

- *Opracowanie strategii rozwoju e-Zdrowia, w tym rozwiązań zwiększających cyberbezpieczeństwo jako determinanty jakości udzielanych usług* – 3,9
- *Tworzenie i wspieranie krajowej oceny technologii medycznych, niwelujących różnice regionalne, np. w zakresie wprowadzania leków, szczepionek, sprzętu, innowacyjnych terapii* – 3,4
- *Rozwój mechanizmów ułatwiających tworzenie, wdrażanie innowacji w ochronie zdrowia* – 3,8
- *Wprowadzanie mechanizmów zachęcających do wdrażania innowacyjnych telemedycznych rozwiązań w celu poprawy opieki nad pacjentem* – 3,7
- *Wspieranie krajowej produkcji technologii o znaczeniu „krytycznym”. Regularne monitorowanie, zapewnienie bezpieczeństwa dostaw* – 2,8.

Deskryptorem, który uzyskał najwyższą wagę w domenie ŚWIADCZENIE USŁUG, jest *Rozwój programów kompleksowej, zintegrowanej i koordynowanej opieki zdrowotnej* (2,9). Za ważne uznano również: *Wzmocnienie opieki domowej dla osób starszych (lepsza integracja pomiędzy dedykowaną opieką senioralną a opieką zdrowotną)* (2,6), *Wdrożenie systemów informacyjnych na rzecz dostarczania świadczeń wysokiej jakości, ograniczających nierówności w dostępie do opieki poprzez wzmacnianie współpracy świadczeniodawców* (2,5) oraz *Strategiczne planowanie zakupu świadczeń uwzględniające potrzeby zdrowotne* (2,5). Za najmniej ważne uznano *Promowanie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych, w tym w zarządzaniu chorobami* (2,3). Deskryptory w danej domenie zostały ocenione następująco:

- *Rozwój programów kompleksowej, zintegrowanej i koordynowanej opieki zdrowotnej* – 3,4
- *Wzmocnienie opieki domowej dla osób starszych (lepsza integracja pomiędzy dedykowaną opieką senioralną a opieką zdrowotną)* – 3,5
- *Wdrożenie systemów informacyjnych na rzecz dostarczania świadczeń wysokiej jakości, ograniczających nierówności w dostępie do opieki poprzez wzmacnianie współpracy świadczeniodawców* – 3,4
- *Strategiczne planowanie zakupu świadczeń uwzględniające potrzeby zdrowotne* – 3,5
- *Promowanie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych, w tym w zarządzaniu chorobami* – 3,3.

W ramach analizy wyników matrycy, na podstawie dokumentów wypełnionych przez ekspertów, dla każdego deskryptora została obliczona ocena ważona (ocena*waga). Zgodnie z ustaloną skalą 6 deskryptorów uzyskało ocenę niską, 15 deskryptorów otrzymało ocenę średnią, natomiast 5 deskryptorów otrzymało ocenę wysoką. Żaden z deskryptorów nie został oceniony bardzo nisko ani bardzo wysoko.

W analizowanych dokumentach strategicznych wysoko zostały ocenione deskryptory (po zastosowaniu obliczenia ocena*waga):

- *Opracowanie strategii rozwoju e-Zdrowia, w tym rozwiązań zwiększających cyberbezpieczeństwo jako determinanty jakości udzielanych usług* – 10,2
- *Rozwój programów kompleksowej, zintegrowanej i koordynowanej opieki zdrowotnej* – 9,9
- *Instrumenty finansowe premiujące jakość i innowacyjność w ochronie zdrowia (orientacja na wartości, integracja opieki i prewencji, zniechęcanie do nadkonsumpcji) oraz uwzględnianie perspektywy długoterminowej* – 9,3
- *Wzmocnienie opieki domowej dla osób starszych (lepsza integracja pomiędzy dedykowaną opieką senioralną a opieką zdrowotną)* – 9,1
- *Rozwój mechanizmów ułatwiających tworzenie, wdrażanie innowacji w ochronie zdrowia* – 9,1.

Deskryptory, które otrzymały ocenę ważoną średnią:

- *Zwiększenie ogólnego finansowania systemu (szczególnie na opiekę długoterminową)* – 9,0
- *Strategiczne planowanie rozwoju kadr sektora ochrony zdrowia w ujęciu ilościowym i jakościowym (podejście kompetencyjne)* – 8,9
- *Reorganizacja, wzmocnienie i usprawnienie systemu zdrowia publicznego* – 8,8
- *Strategiczne planowanie zakupu świadczeń uwzględniające potrzeby zdrowotne* – 8,7
- *Wdrożenie systemów informacyjnych na rzecz dostarczania świadczeń wysokiej jakości, ograniczających nierówności w dostępie do opieki poprzez wzmacnianie współpracy świadczeniodawców* – 8,6
- *Racjonalizacja wykorzystania kadr poprzez np. ograniczanie obciążeń biurokratycznych, delegowanie uprawnień, współdzielenie kompetencji – skill mix* – 8,5
- *Tworzenie i wspieranie krajowej oceny technologii medycznych, niwelujących różnice regionalne, np. w zakresie wprowadzania leków, szczepionek, sprzętu, innowacyjnych terapii* – 8,5
- *Wprowadzanie mechanizmów zachęcających do wdrażania innowacyjnych telemedycznych rozwiązań w celu poprawy opieki nad pacjentem* – 8,4
- *Koordynacja planowania, monitorowania i ewaluacji* – 7,7
- *Integracja podsystemów ochrony zdrowia, np. zdrowia publicznego z opieką zdrowotną i długoterminową; POZ z AOS i LSZ na rzecz wzrostu wartości zdrowotnej* – 7,7

- *Racjonalizacja procesu decyzyjnego w oparciu o dane – 7,7*
- *Promowanie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych, w tym w zarządzaniu chorobami – 7,6*
- *Utworzenie mechanizmów skoordynowanego zarządzania kapitałem i kompensacji ryzyka inwestycyjnego. Ograniczenie silosowości budżetów – 6,8*
- *Wspieranie krajowej produkcji technologii o znaczeniu „krytycznym”. Regularne monitorowanie, zapewnienie bezpieczeństwa dostaw – 6,4*
- *Wzmacnianie kompetencji zarządzania strategicznego, w tym zarządzania kryzysowego – 6,2.*

Niską ocenę ważoną otrzymały następujące deskryptory:

- *Zabezpieczenie dobrostanu fizycznego i psychicznego personelu medycznego i opieki społecznej (poprawa warunków pracy, zmniejszenie stresu) – 5,5*
- *Wzmacnienie udziału partnerów społecznych i gospodarczych w procesie tworzenia prawa – 5,2*
- *Zbudowanie strategii płacowej i rozwoju kariery zawodowej – 4,7*
- *Ograniczenie indywidualnych wydatków z kieszeni obywateli poprzez np. ulgi podatkowe, dodatkowe ubezpieczenia – 4,4*
- *Wprowadzenie systemu bodźców, który zachęca do akumulacji rezerw finansowych na sytuacje kryzysowe – 4,3*
- *Polityka migracyjna kadr sektora ochrony zdrowia nakierowana na równoważenie zapotrzebowania na zasoby ludzkie – 3,5.*

Tabela 2. Matryca. Wyniki zastosowania do dokumentów „Zdrowa przyszłość”. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r. oraz Krajowy Plan Transformacji

	Waga od 1 do 3 (1)	Ocena od 1 do 5 (2)	Ocena ważona (1*2)
RZĄDZENIE (GOVERNANCE)	2,6	2,7	7,0
Reorganizacja, wzmocnienie i usprawnienie systemu zdrowia publicznego	2.8	3.1	8.8
Wzmocnienie udziału partnerów społecznych i gospodarczych w procesie tworzenia prawa	2.1	2.5	5.2
Koordinacja planowania, monitorowania i ewaluacji	2.9	2.6	7.7
Integracja podsystemów ochrony zdrowia, np. zdrowia publicznego z opieką zdrowotną i długoterminową; POZ z AOS i LSZ na rzecz wzrostu wartości zdrowotnej	2.6	2.9	7.7
Wzmacnianie kompetencji zarządzania strategicznego, w tym zarządzania kryzysowego	2.7	2.3	6.2
Racjonalizacja procesu decyzyjnego w oparciu o dane	2.6	2.9	7.7
FINANSOWANIE	2,4	2,7	6,5
Zwiększenie ogólnego finansowania systemu (szczególnie na opiekę długoterminową)	2.7	3.3	9.0
Ograniczenie indywidualnych wydatków z kieszeni obywateli poprzez np. ulgi podatkowe, dodatkowe ubezpieczenia	2.1	2.1	4.4
Wprowadzenie systemu bodźców, który zachęca do akumulacji rezerw finansowych na sytuacje kryzysowe	2.3	1.9	4.3
Instrumenty finansowe premiujące jakość i innowacyjność w ochronie zdrowia (orientacja na wartości, integracja opieki i prewencji, zniechęcanie do nadkonsumpcji) oraz uwzględnianie perspektywy długoterminowej	2.8	3.3	9.3
Utworzenie mechanizmów skoordynowanego zarządzania kapitałem i kompensacji ryzyka inwestycyjnego. Ograniczenie silosowości budżetów	2.3	3.0	6.8
ZASOBY LUDZKIE	2,5	2,4	6
Strategiczne planowanie rozwoju kadr sektora ochrony zdrowia w ujęciu ilościowym i jakościowym (podejście kompetencyjne)	2.9	3.1	8.9
Racjonalizacja wykorzystania kadr poprzez np. ograniczanie obciążeń biurokratycznych, delegowanie uprawnień, współdzielenie kompetencji – skill mix	2.7	3.2	8.5
Zabezpieczenie dobrostanu fizycznego i psychicznego personelu medycznego i opieki społecznej (poprawa warunków pracy, zmniejszenie stresu)	2.8	1.9	5.5
Zbudowanie strategii płacowej i rozwoju kariery zawodowej	2.4	1.9	4.7
Polityka migracyjna kadr sektora ochrony zdrowia nakierowana na równoważenie zapotrzebowania na zasoby ludzkie	1.9	1.8	3.5



	Waga od 1 do 3 (1)	Ocena od 1 do 5 (2)	Ocena ważona (1*2)
LEKI I TECHNOLOGIE	2,4	3,5	8,4
Tworzenie i wspieranie krajowej oceny technologii medycznych, niwelujących różnice regionalne, np. w zakresie wprowadzania leków, szczepionek, sprzętu, innowacyjnych terapii	2.5	3.4	8.5
Rozwój mechanizmów ułatwiających tworzenie, wdrażanie innowacji w ochronie zdrowia	2.4	3.8	9.1
Opracowanie strategii rozwoju e-Zdrowia, w tym rozwiązań zwiększających cyberbezpieczeństwo jako determinanty jakości udzielanych usług	2.6	3.9	10.2
Wprowadzanie mechanizmów zachęcających do wdrażania innowacyjnych telemedycznych rozwiązań w celu poprawy opieki nad pacjentem	2.3	3.7	8.4
Wspieranie krajowej produkcji technologii o znaczeniu „krytycznym”. Regularne monitorowanie, zapewnienie bezpieczeństwa dostaw	2.3	2.8	6.4
ŚWIADCZENIE USŁUG	2,5	3,4	8,5
Wdrożenie systemów informacyjnych na rzecz dostarczania świadczeń wysokiej jakości, ograniczających nierówności w dostępie do opieki poprzez wzmacnianie współpracy świadczeniodawców	2.5	3.4	8.6
Strategiczne planowanie zakupu świadczeń uwzględniające potrzeby zdrowotne	2.5	3.5	8.7
Promowanie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych, w tym w zarządzaniu chorobami	2.3	3.3	7.6
Rozwój programów kompleksowej, zintegrowanej i koordynowanej opieki zdrowotnej	2.9	3.4	9.9
Wzmocnienie opieki domowej dla osób starszych (lepszą integracją pomiędzy dedykowaną opieką senioralną a opieką zdrowotną)	2.6	3.5	9.1
OCENA CAŁKOWITA	Średnia ocen ważonych (1*2)/n n = liczba analizowanych domen		
	7.28		

Średnia ocena poszczególnych domen przedstawia się następująco: Rządzenie – 2,7, Finansowanie – 2,7, Zasoby ludzkie – 2,4, Leki i technologie 3,5, Świadczenie usług – 3,4. Według ekspertów poszczególne domeny nie znajdują wystarczającego odzwierciedlenia w analizowanych dokumentach strategicznych. Oceny domen są bardzo niskie i niskie, co świadczy o braku odpowiedniej strategii, która będzie prowadzić do zrównoważenia i odporności systemu ochrony zdrowia. Na szczególną uwagę zasługuje niska ocena domeny i deskryptorów dotyczących zasobów ludzkich. Szczególne deficyty odporności i zrównoważenia zauważono w odniesieniu do polityki płacowej, migracji profesjonalistów medycznych i zabezpieczenia dobrostanu fizycznego i psychicznego personelu medycznego i opieki społecznej. Taki wynik analizy budzi zdziwienie, bowiem decydenci od lat zapewniają, że kadry w systemie ochrony zdrowia to jeden z najważniejszych priorytetów

planowanych reform. Tymczasem dokumenty strategiczne nie potwierdzają nasilonych aktywności odnoszących się do tych newralgicznych kwestii polityki sektorowej, takich jak płace czy odpowiednie bezpieczeństwo pracy przekładające się na dobrostan zarówno fizyczny, jak i psychiczny personelu medycznego i okołomedycznego. Równie nisko zostały ocenione domeny dedykowane rządzeniu, jak i finansowaniu świadczeń. W obu przypadkach zauważa się poważne niedociągnięcia działań prowadzonych w ramach wytworzonych standardów postępowania w zarządzaniu kryzysowym. W domenie pierwszej szczególne zaniepokojenie budzi fakt niskiej partycypacji obywatelskiej w procesie tworzenia prawa. Najlepiej zostały natomiast ocenione domeny związane z lekami i technologiami oraz z udzielaniem świadczeń, a szczególnie deskryptory: rozwój mechanizmów ułatwiających tworzenie, wdrażanie innowacji w ochronie zdrowia i opracowanie strategii rozwoju e-Zdrowia, w tym rozwiązań zwiększających cyberbezpieczeństwo jako determinanty jakości udzielanych usług. Nie można się oprzeć wrażeniu, że to właśnie kryzys pandemiczny wzmocnił potencjał wdrożeniowy tych działań.

Średnia ważona poszczególnych domen jest następująca: Rządzenie – 7, Finansowanie – 6,5, Zasoby ludzkie – 6, Leki i technologie 8,4, Świadczenie usług – 8,5. Średnia ważona dla całej matrycy to 7,3, co oznacza ocenę średnią, wskazującą na to, że poziom odporności i zrównoważenia systemu ochrony zdrowia w Polsce jest średni i może wymagać podjęcia działań naprawczych. Z prowadzonych badań jasno wynika, że poważne zaniedbania i zaniechania w planowaniu strategicznym w ochronie zdrowia w Polsce odnoszą się do zasobów ludzkich, słabej partycypacji społecznej w procesie tworzenia prawa oraz zarządzania kryzysowego. Najlepiej wypada ocena działań w zakresie e-Zdrowia oraz koordynacji opieki zdrowotnej.

Średnia ocena całkowita zastosowania matrycy do dokumentów „Zdrowa przyszłość”. *Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.* oraz „Krajowy Plan Transformacji” wyniosła 7.28. Mieści się to w kategorii „oceny średniej”, co może wskazywać na ograniczone szanse, by realizacja strategii ujętych w analizowanych dokumentach w sposób znaczący poprawiła zrównoważenie i odporność systemu ochrony zdrowia.

4.3 Wnioski i rekomendacje wynikające z zastosowania matrycy

Na wstępie należy zaznaczyć, że podjęte przez Ministerstwo Zdrowia działania w kierunku udoskonalenia treści *Krajowego Planu Transformacji* (KPT) stanowią bardzo pozytywny przykład nowoczesnego podejścia do tworzenia polityk publicznych. Chodzi tu w szczególności o gotowość do korekty i udoskonalenia dokumentu już przyjętego – poprzez zbieranie opinii interesariuszy i ekspertów. Jest to przykład ukierunkowywania się w stronę nowoczesnego podejścia do autorytetu władz publicznych i – choć wymaga dodatkowej pracy i może wystawiać na dodatkową krytykę – stanowi świadectwo pozytywnych trendów w rozwoju polskich praktyk tworzenia polityk publicznych.

W tym kontekście rekomendowanym byłoby, aby autorzy dokumentu wskazywali, czy i w jakim zakresie nawiązują do wcześniejszych dokumentów planistycznych, strategicznych Ministerstwa Zdrowia oraz do procesów konsultacyjnych. Przykładowo, w jakim stopniu polskie dokumenty strategiczne biorą pod uwagę rekomendacje wynikające z realizowanej w 2018 roku pod auspicjami ministra zdrowia debaty: „Wspólnie dla zdrowia – narodowa debata o zdrowiu. Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce”. W jakim zakresie np. Działanie 2.6.1. odnosi się do dokumentu Ministerstwa Zdrowia z maja 2021 roku pt. „Założenia reformy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne”. Odnotowywanie tego rodzaju powiązań pozwalałoby wskazać ciągłość lub świadomość zmian linii programowej w odniesieniu do działań koncepcyjnych i konsultacyjnych już podejmowanych. Stanowiłoby to istotny sygnał dla interesariuszy i dla samych ekspertów, że podjęte do tej pory działania koncepcyjne nie idą na marne i są w jakiejś mierze pomocne w dalszym kształtowaniu polityk publicznych państwa.

Odnosząc się do uwagi Stefana Bogusławskiego w kwestii lepszego zdefiniowania priorytetów i wskaźników, istotnym przykładem aspektu, w którym dokument powinien zostać udoskonalony, jest forma określania wskaźników realizacji działań. Wskaźniki te powinny być skonstruowane w sposób, który umożliwi samym decydom ocenę skuteczności podjętych przez siebie działań. Przykładowo, jedno z kluczowych działań – Działanie 2.6.1. opisane jest jako „Wejście w życie rozwiązań prawnych umożliwiających i wspierających modernizację i poprawę efektywności podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (podmiotów szpitalnych)”. Do oczekiwanych rezultatów tych działań zaliczają się ambitne cele, takie jak: „1) optymalizacja działalności podmiotów szpitalnych; 2) dostosowanie działalności podmiotu szpitalnego do potrzeb regionalnych; 3) wprowadzanie lub ulepszanie procesowego modelu zarządzania podmiotem szpitalnym” itd. Tymczasem jako „wskaźnik realizacji działania” wskazana jest wyłącznie „Publikacja ustawy w Dzienniku Ustaw”. Istotne jest to, że wskaźniki powinny w przypadku takich dokumentów stanowić kryterium oceny wdrożonych rozwiązań – kryterium oceny opublikowanej ustawy. Wskaźniki powinny być dobrane adekwatnie do oczekiwanych (a wymienionych w dokumencie) rezultatów i – preferencyjnie – zaopatrzone w docelowe wyniki (targety). Tego rodzaju konstrukcja dokumentu umożliwi stosowanie wskazanych kryteriów do ewaluacji podejmowanych działań w procesie ewaluacji.

Odnosząc się do uwagi Małgorzaty Gałązki-Sobotki, rekomendowany byłby proces uporządkowania działań adekwatnie do ich logicznej i strukturalnej kolejności. KPT powinien zawierać coś na kształt mapy drogowej działań – z kolejnością i wskazaniem, jakie działania są prerokwizytami dla innych. Takie uporządkowanie ułatwi też proces formułowania konkretnych polityk w ramach realizacji KPT. Ponadto – z uwagi Artura Prusaczyka – zamierzone efekty i ich wskaźniki powinny być klasyfikowane adekwatnie do grup docelowych: jakie są oczekiwane skutki dla poszczególnych interesariuszy. Tego rodzaju systematyzacja powinna być także istotna przy budowaniu koalicji i negocjowaniu kompromisów między interesariuszami – w poszukiwaniu rozwiązań integracyjnych, a niekoniecznie w duchu gry o sumie zerowej.

Odnosząc się do uwag Krystyny Wechmann i Urszuli Jaworskiej – należy zwrócić uwagę na problem adekwatnego przygotowania merytorycznego interesariuszy do rozmowy o wysoce technicznych i systemowych kwestiach reformatorskich (wykraczających poza konkretne doświadczenia np. przedstawicieli organizacji pacjenckich). Jest to istotna uwaga dotycząca wzmocnienia realnego wsparcia interesariuszy w procesie tworzenia polityk publicznych. Zauważa się, że praktycy posiadający bezcenną wiedzę i doświadczenia w konkretnych aspektach działalności systemu często mogą nie być w pełni świadomi szerszych uwarunkowań i współzależności strukturalnych (skupiając się jedynie na swojej dziedzinie). Zaopatrzenie interesariuszy w nieco szerszy zakres wiedzy systemowej umożliwi im w lepszym rozeznaniu się w kontekście swojej sytuacji oraz w lepszej ocenie rozwiązań proponowanych przez innych. Szczególnie rekomendowane są tu techniki tzw. demokracji deliberatywnej – łączące aspekt demokratycznej rozmowy z procesem edukacji ze strony ekspertów. Techniki te (np. komórki planistyczne, panele obywatelskie itp.) stosowane są na całym świecie. Polegają one na tym, że sięga się po ocenę obywateli/pacjentów/interesariuszy (nawet laików), ale po procesie objaśnienia im kwestii merytoryczno-systemowych – dzięki czemu uzyskuje się istotną ocenę interesariuszy, ale z pozycji lepszego rozeznania w temacie. W ten sposób wychodzi się tylko z poziomu już istniejących preferencji do preferencji przemyślanych i przefiltrowanych przez uwzględnienie perspektywy innych. Umożliwia to budowanie mostów między grupami docelowymi oraz proponowanie innowacji, które okrążają problemy lub rozplątają problemy do tej pory uznawane za węzły gordyjskie.

Dokument powinien zawierać uwzględnienie podejmowanych poza KPT działań o charakterze konsultacji społecznych i rządu partycypacyjnego czy deliberatywnego. W polskiej praktyce jest charakterystyczne dla tego rodzaju dokumentów strategicznych, że nie odnotowuje się w nich procesów konsultacyjnych. Z jednej strony generuje to niepotrzebne, bo nietrafne wrażenie, że tego rodzaju działania nie są podejmowane w celu udoskonalenia procesów rządu i tworzenia polityk publicznych. Z drugiej strony utrudnia integrowanie realizacji strategii w ścisłym powiązaniu z instytucjami i praktykami partycypacyjnymi. Wpisanie mechanizmów konsultacyjnych, partycypacyjnych i deliberatywnych do dokumentów strategicznych typu KPT umożliwi zintegrowanie tych mechanizmów z procesami kształtowania, oceny i ewaluacji projektowanych działań.

Ponadto rekomendowanym byłoby zastosowanie – w odniesieniu do planowanych w ramach KPT poszczególnych działań legislacyjnych – techniki deliberatywnej określanej jako ocena skutków zdrowotnych (*health impact assessment*, HIA). Służyć ma ona ocenie zamierzonych i niezamierzonych skutków zdrowotnych poszczególnych projektowanych polityk publicznych. HIA uwzględnia głos interesariuszy, a także analizy eksperckie. Istotne jest, że HIA nadaje się zarówno do opracowywania oceny prospektywnej, jak i do systematycznego procesu ewaluacji polityki po podjęciu decyzji i w trakcie jej realizacji. Wypracowana metodologia HIA może stanowić dogodny punkt odniesienia i poradnik w procesie udoskonalania i ewaluacji polityk.

Odnosząc się do uwagi Zofii Małas nt. wsparcia administracyjnego medyków i wzajemnego słuchania się medyków i pacjentów, rekomendowane byłoby reformowanie systemu w kierunku tzw. uczącego się systemu zdrowotnego, korzystającego z narzędzia uczenia w działaniu (*action learning*). Wymaga to istotnych inwestycji w personel zdrowia publicznego lub zajmujący się zarządzaniem w ochronie zdrowia – wspierający koordynacyjnie, administracyjnie i analitycznie. Tego rodzaju wsparcie powinno stanowić integralny element koordynacji systemu i zbierania danych na potrzeby tworzenia map potrzeb zdrowotnych.

Odnosząc się do uwag Małgorzaty Gałązki-Sobotki nt. tego, że wśród wskaźników powinna być relacja wydatków prywatnych do wydatków publicznych i stałe monitorowanie tego wskaźnika. Wskaźnik ten jest niezwykle istotny z perspektywy realizacji zasady solidaryzmu społecznego w systemie ochrony zdrowia i niekorzystne trendy w tym zakresie powinny być sygnałem alarmowym istotnym dla wszystkich innych domen oraz działań.

Ponadto KPT wymaga uzupełnienia o propozycje finansowania z modeli zintegrowanej opieki. Pewne mechanizmy finansowania, np. finansowanie *per case*, może być bodźcem do racjonalizacji procesów planowania w systemie, dostarczając pozytywnych bodźców do współpracy między świadczeniodawcami – zamiast rywalizacji w duchu strukturalnego egoizmu.

W KPT kluczowe byłyby omówienia mechanizmów zwiększenia finansowania systemu ochrony zdrowia, w szczególności opieki zdrowotnej: Jakie reformy będą dotyczyć składki zdrowotnej? Czy i w jakim zakresie podejmowane będą działania na rzecz redukcji regresywności składki zdrowotnej? Czy sama zasada naczelną składki zdrowotnej – jako celowego podatku od pracy – będzie przedmiotem rewizji w ramach działań konsultacyjnych czy tworzenia polityk publicznych?

Odnosząc się do uwag Zofii Małeckiej, kadry medyczne zostały uznane przez ekspertów za najłabsze ogniwo w systemie ochrony zdrowia. Nie realizuje się bowiem postanowień przyjętej polityki. W analizowanych dokumentach brakuje uwzględnienia motywatorów zatrudniania się absolwentów w publicznej ochronie zdrowia i pozostawiania osób, które nabyły uprawnienia emerytalne w systemie. Eksperci wskazali na wymóg wprowadzenia obowiązkowych staży albo wdrożenia innych pomysłów. Oprócz powiększania liczby absolwentów należy stworzyć również odpowiednie warunki pracy i płacy, aby nie uciekali oni do sektora prywatnego czy za granicę.

Odnosząc się do uwag Konrada Rejdaka, zwrócono uwagę na nadmierną biurokratyzację, która w czasie pandemii COVID-19 tylko się wzmocniła, a zabiera czas, który medycy mogą przeznaczyć chorym. Pewne zadania przypisane obecnie medykom powinny być wykonywane przez pracowników niemedycznych (jak np. wpisywanie parametrów życiowych pacjentów do systemu).

Odnosząc się do uwag Małgorzaty Gałązki-Sobotki, w analizowanych dokumentach brakuje wskazanych mechanizmów koordynacji inwestycji w obszarze nowych technologii nielekowych, sprzętu, wyrobów medycznych, co powoduje problemy z usystematyzowanym wdrażaniem innowacji. Brakuje dobrze rozwiniętych mechanizmów oceny technologii medycznych, czego wynikiem może być niebezpieczeństwo wdrażania rozwiązań o niskiej skuteczności i efektywności. W dokumentach brakuje harmonogramu i priorytetyzacji działań.

5. Konsultacja efektów zastosowania matrycy z przedstawicielami strony publicznej

2 grudnia 2021 roku w godzinach 14.00-17.00 odbyło się spotkanie z przedstawicielami Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia. Przedstawiono narzędzie badawcze wraz z metodologią i kontekstem całej inicjatywy badawczej. W odpowiedzi na zapytanie dotyczące kryterium wyboru dokumentu(-ów) poddanych analizie (i wskazanie na liczne inne dokumenty poboczne) wyjaśniono, że powodem wyboru Krajowego Planu Transformacji (KPT) jest w szczególności wskazanie tego dokumentu przez Ministerstwo Zdrowia jako kluczowego dokumentu wdrożeniowego – istotnego dla samego kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. Jest to też ten dokument wdrożeniowy, który jest obecnie istotny (trwają prace nad wojewódzkimi planami transformacji).

Następnie objaśniono arkusz oceny ważonej deskryptorów i wymieniono kluczowe obszary deficytowe Krajowego Planu Transformacji wskazane przez respondentów (zidentyfikowane braki Krajowego Planu Transformacji). Po tym prezentowane były uwagi, refleksje i dyskusje odnośnie do poszczególnych domen.

W analizowanych dokumentach strategicznych widać dążenie do zrównoważenia, ale brakuje dążenia do odporności systemu (*vide* chroniczne przeciążenie pracowników ochrony zdrowia w toku pandemii).

RZĄDZENIE

Zidentyfikowane braki KPT:

Zwrócono uwagę, że w wyniku przeprowadzonej oceny w domenie rządzenia najniżej oceniony został udział partnerów społecznych w procesie stanowienia prawa. Istnieje powszechne wrażenie, że interesariusze są proszeni o opinie, jednak ich głos nie jest później brany pod uwagę. Katalog podmiotów mających wpływ na decyzje jest ograniczony i nie zmienia się. Pacjent nie odgrywa istotnej roli. Wskazuje się na konieczność wzmocnienia zarządzania strategicznego, w tym zarządzania kryzysowego.

Fasadowy pacjentocentryzm w tym przypadku przywołuje na myśl koncepcję tokenistycznej symbolicznej partycypacji z koncepcji „drabiny partycypacji” (zob. Tabela 3).

Tabela 3. Drabina partycypacji społecznej Sherry Arnstein

8	 Kontrola obywatelska	Uspołecznienie władzy
7	Delegowanie	
6	Partnerstwo	Partycypacja pozorna („tokenizm”)
5	Ugłaskiwanie	
4	Konsultacje	
3	Informowanie	Brak uczestnictwa
2	Terapia	
1	Manipulacja	

Źródło: S. Arnstein, (1969)¹⁷.

Natomiast poprawne skonstruowanie relacji między urzędnikami publicznymi a interesariuszami systemu nie musi być oparte na odrzuceniu idei konsultacji społecznych. Może być zrealizowane w duchu tzw. pragmatycznego modelu responsywności urzędniczej.

W teorii administracji publicznej wyróżnia się dwa dominujące modele responsywności: *obywatelski* i *eksperski*. W roku 2016 Yuguo Liao uzupełnił je o trzeci – *model pragmatyczny*¹⁸. Różnią się one głównie tym, kto w nich jest podmiotem dominującym i według jakich zasad mają działać urzędnicy.

(1) *Model obywatelski* (*citizen-driven model*, dosł. oparty na obywatelach) zakłada całkowicie służebną rolę urzędników, których zadaniem jest realizowanie postulatów i nastrojów obywateli tak wiernie, jak to tylko możliwe.

(2) *Model ekspercki* (*expertise-driven model*, dosł. oparty na wiedzy eksperckiej) stanowił odpowiedź na ograniczenia modelu obywatelskiego. Przyjmuje się w nim wyraźnie autonomiczną rolę urzędników postrzeganych jako eksperci. W tym przypadku życzenia i potrzeby obywateli oczywiście powinny być szanowane, ale – jako z założenia rozproszone, egocentryczne i krótkowzroczne – to, w jaki sposób będą zrealizowane, zależy już od suwerennego, profesjonalnego rozeznania sprawy przez samych urzędników.

(3) *Model pragmatyczny publicznej responsywności* stawia urzędników w roli koordynatorów, moderatorów i rzeczników wspólnoty. Zleca im aktywne poznawanie i interpretowanie potrzeb oraz ułatwianie uczestnictwa, dialogu i partnerstwa. Za nadrzędną wartość uznaje się w tym modelu otwartość i publiczną deliberację – deliberację, która ma służyć „odkrywaniu” interesu wspólnego przez uczciwe wyważenie sprzecznych roszczeń i uwzględnienie dostępnej wiedzy eksperckiej.

Dyskusja:

W dokumentach doceniono działania w obszarze zdrowia publicznego. Szczególnie cenne jest dostrzeżenie specyfiki problemów zdrowia mężczyzn w Polsce. Jest to wyszczególnienie wynikające z obfitego zasobu nagromadzonych dowodów.

Znacznym postępowaniem w działaniu strategicznym (w relacji do „Zdrowej przyszłości”) jest wyznaczenie w KPT celów, wymiar czasowy realizacji, wskaźników i podmiotów odpowiedzialnych. Bardzo cenne jest w KPT wskazanie mechanizmów monitorowania i ewaluacji. Istnieją tu jednak obszary zasługujące na usprawnienie i poprawę. Brakuje dokładnego owskaźnikowania. Przykładem dobrej praktyki mogą tu być wskaźniki ustalone np. w amerykańskich programach z serii Healthy People, gdzie istnieje ewaluacja połowiczna (zakładająca modyfikację, podniesienie czy nawet rezygnację z niektórych celów w zależności od okoliczności). W KPT mamy śródkresową i roczną ocenę. Natomiast niektórych wskaźników Ministerstwo Zdrowia nie mogło jeszcze zidentyfikować, bo wciąż pewne kwestie są w toku. Nie jest jeszcze jasne, jakie w niektórych obszarach wskaźniki będą przyjmowane. Ministerstwo Zdrowia ma też możliwość zmiany wskaźników. Natomiast istotnie istnieje świadomość, że sam KPT jest jeszcze dokumentem niedoskonałym i w trakcie udoskonalania.

18 Y. Liao, *Toward a Pragmatic Model of Public Responsiveness: Implications for Enhancing Public Administrators' Responsiveness to Citizen Demands*, „International Journal of Public Administration”, 2018, t. 41, nr 2, s. 159–169.

W wymiarze dialogu społecznego i partycypacji interesariuszy zdajemy sobie sprawę, że poboczne działania zawierają różne działania w kierunku wzmocnienia np. partycypacji pacjentów, ale sam KPT nie zawiera wpisania tych starań w działania strategiczne. W toku badań cenny był głos ze strony organizacji pacjenckich, których przedstawiciele zadawali pytania, czy reprezentanci pacjentów są gotowi do udziału w partycypacji, czy mają kompetencje do tego, by ten udział był konstruktywny. Jest to bardzo cenna obserwacja, sygnalizująca zarówno istotę społecznego uczestnictwa w procesie podejmowania decyzji w obszarze zdrowia populacyjnego, jak i możliwości wykorzystania środowisk społecznych przez innych, bardziej świadomych własnych interesów interesariuszy systemowych.

I tu istotna jest kampania edukacyjna dla pacjentów i szczególnie organizacji pacjenckich w obszarze ekonomiki zdrowia i innej wiedzy systemowej. Niestety nawet projekty europejskie nie przewidują takiej edukacji. Brak zrozumienia realiów systemowych sprawia, że pacjenci, a nawet politycy działają wbrew faktycznemu interesowi pacjentów. Tutaj rekomendowane są właśnie różne formy demokracji deliberatywnej, które łączą aspekt demokratycznej, inkluzywnej rozmowy z edukacją ze strony ekspertów.

Istotnym zagadnieniem jest integracja podsystemów (zdrowia publicznego, szpitalnictwa, opieki otwartej). Tu KPT zawiera cenne propozycje, w tym projekt „odwróconej piramidy świadczeń”, mający na celu odciążenie systemu szpitalnego. Warto odnotować, że poza zapisami KPT opracowano sposoby realizacji projektu: jak przenieść świadczenia szpitalne do AOS – chodzi o inny sposób rozliczania w celu koncentracji wizyt, a nie ich rozpraszania. Projekt ten ma największy poziom akceptacji środowiska, jest to więc propozycja priorytetowa. Poza tym KPT zawiera kluczowe elementy reformy samego szpitalnictwa – system ewaluacji, nadzór nad procesami naprawczymi, dopasowanie do potrzeb regionalnych. Właśnie tu jednak szczególnie brakuje odniesienia się do problemu budowania odporności systemu (zrównoważenie jest rozważane, ale nie odporność na kryzysy) – brak odniesienia się do zarządzania kryzysowego jest szczególnie zaskakujący w świetle doświadczeń pandemii. Jest to aspekt najslabiej oceniony przez respondentów. Brakuje protokołów i procedur na potrzeby sytuacji kryzysowych (brakuje narzędzi kształcenia kadr na takie okoliczności jak zagrożenia epidemiczne).

Racjonalizacja procesu decyzyjnego w oparciu o dowody naukowe to ewidentnie proces, który jest w toku: zarządzanie w oparciu o dane. Niektóre inicjatywy (jak dotyczące monitorowania jakości) są tutaj kontrowersyjne. Mamy już narzędzia centralnego zbierania danych, niestety decyzje regulatora sprawiają wrażenie oderwanych od zgromadzonych dla regulatora danych. Istotne jest też odróżnienie poziomu wiedzy, umiejętności i posiadanych narzędzi do wykorzystania danych na różnych poziomach: centralnym, regionalnym i mikro. O ile na poziomie centralnym (Departament Analiz) sytuacja jest relatywnie dobra, to na niższych poziomach jest gorzej. Konieczna jest także inwestycja w budowanie kompetencji zarządzania w oparciu o dane. Wyzwaniem jest sytuacja, gdy różne podmioty mówią o polityce zdrowotnej różnymi, nieprzystającymi językami: językiem danych, emocji czy interesów własnych. Koncepcja deliberowanego rządzenia (przykładem dobrej praktyki jest tu Rada Agencji ds. Standardów Żywności w UK) dostarcza tu wsparcia w wypracowaniu strategii radzenia sobie z problemem nieprzystawalnych języków¹⁹.

19 M. Zabdyr-Jamrós (2020), *Wszechstronność. O deliberacji w polityce zdrowotnej z uwzględnieniem emocji, interesów własnych i wiedzy eksperckiej*. Kraków.

FINANSOWANIE

Zidentyfikowane braki KPT:

Wyniki analizy wskazują, że w KPT brakuje wyraźnej orientacji na ograniczenie indywidualnych wydatków obywateli na ochronę zdrowia – brakuje wyjaśnienia, czy i jak proponowane reformy wpłyną na takie ograniczenie. Jest to zagadnienie kluczowe z perspektywy solidaryzmu społecznego i odpowiedzi na potrzeby mieszkańców – zwiększenia dostępności do świadczeń. Wiąże się to z realnymi mechanizmami zwiększenia kadr zapewniających dostępność.

Problemem jest krótkowzroczność budżetowania i ściśle bieżące myślenie o wydatkach. Potrzebne są mechanizmy wspierające, bodźcujące do tworzenia rezerw kryzysowych. Brakuje zdolności budżetowania perspektywicznego i przewidywania scenariuszy negatywnych. Np. przy zakupie sprzętu brakuje myślenia o kosztach eksploatacyjnych, kosztach serwisowania itp.

Dyskusja:

Zagwarantowane ma być zwiększenie finansowania. Podkreślona została rola geriatrici. Pytanie jednak, czy budowanie ośrodków geriatrycznych bez dostatecznego personelu pozwoli zbudować realnie system geriatrici w Polsce. Czy celowe jest budowanie takiego systemu w oparciu o opiekę zinstytucjonalizowaną. Potrzebne jest raczej stworzenie systemu opieki długoterminowej, ale opieki zdeinstytucjonalizowanej (dostępne dowody pokazują, że jest to najbardziej racjonalne działanie w interesie dobrostanu pacjentów oraz efektywności kosztowej). Największe ryzyko jest takie, że systemowo przesuwane będą środki i dojdzie do zmian, ale medycznie i terapeutycznie sytuacja pozostanie bez zmian.

Brakuje mechanizmu bazowania na dobrych praktykach, benchmarkach, np. modelowych programach polityki zdrowotnej (*vide* katalog wytypowany przez AOTMiT). Ministerstwo Zdrowia powinno skoordynować dostarczanie dobrych rozwiązań (w tym wykupić licencje na istotne oprogramowanie). Rozproszenie tego rodzaju zadań paraliżuje podmioty lokalne. Minęło już wiele czasu od pilotażu DDOM, a dopiero w KPT mówimy, że znajdzie się on w koszyku świadczeń gwarantowanych. To pokazuje, że system ochrony zdrowia się nie rozwija. Zarówno na poziomie centralnym, jak i regionalnym powinny w instytucjach znajdować się osoby odpowiedzialne tylko za wdrożenia.

Nie jest jasna sekwencja tych dokumentów i kolejność wdrażania poszczególnych inicjatyw. Brakuje mapy drogowej i pokazania relacji między narzędziami i celami. Póki co istnieje ogromne ryzyko duplikowania działań i wydatków.

W żadnym dokumencie nie pojawiły się rozwiązania, dzięki którym ograniczymy wydatki pacjentów z własnej kieszeni. Jednym z celów byłaby relacja wydatków publicznych do wydatków prywatnych – jeden z mierników makro, który można łatwo oceniać. To jest kluczowe z perspektywy społecznego odbioru systemu. Brakuje wprowadzenia maksymalnych czasów oczekiwania na niektóre świadczenia.

Reforma opieki długoterminowej mogłaby być skorelowana z reformą finansowania ochrony zdrowia przez wprowadzenie składki pielęgnacyjnej w ten sposób wyodrębnienie świadczeń opieki długoterminowej, co sprawi, że generalnie wzrośnie poziom finansowania świadczeń bez

konieczności podnoszenia wysokości składki. Opieka długoterminowa powinna być finansowana populacyjnie na powiat – samorządy same powinny organizować opiekę długoterminową, otrzymując pieniądze ze składek. W tym kontekście mamy już szereg przetestowanych doświadczeń i reform w krajach takich jak Szwecja czy Królestwo Niderlandów.

Kluczowe jest ograniczenie silosowości budżetów i stworzenie mechanizmów kompensowania ryzyk inwestycyjnych. Konieczny jest nowy mechanizm finansowania opieki na obszarach wykluczonych – dla zwalczania nierówności w zdrowiu i zachęcania do inwestycji na tych terenach.

ZASOBY LUDZKIE

Zidentyfikowane braki KPT:

Bardzo nisko ocenione zostało zabezpieczenie dobrostanu fizycznego i psychicznego personelu. Nisko ocenione zostało budowanie strategii płacowej i rozwoju kariery, a także polityka migracyjna.

Dyskusja:

W związku z małą liczbą pracowników w sektorze ochrony zdrowia (nie tylko medycznych) – 6/1000 przy średniej UE 10/1000 – potrzebne jest położenie nacisku na zawody niemedyce/okołomedyce (np. analityk danych, asystent lekarza, asystent zdrowienia, koordynator), które uzupełnią deficyty kadrowe i zrationalizują finansowanie.

Ryzykiem niepowodzenia odwrócenia piramidy są m.in. lekarze pracujący w szpitalach, którzy dyskredytują POZ. Dodatkowo pacjenci są przyzwyczajeni do lekarzy specjalistów, więc od lekarza POZ oczekują tylko skierowania. W zmianie poglądów i przyzwyczajzeń pomocny może okazać się koordynator w POZ. Z jednej strony mógłby podejmować działania integrujące z AOS czy szpitalem, jeśli tam też pracowałby koordynatorzy, z drugiej – może przekonać pacjentów do zmiany nastawienia do POZ, jeśli pokaże mu większe zainteresowanie i ułatwi proces korzystania ze świadczeń. Wyniki programu pilotażowego POZ PLUS pokazują, że pojawienie się koordynatora poprawiło zarówno satysfakcję z pracy personelu, jak i subiektywne poczucie zdrowia u pacjentów.

Odwracanie piramidy powinno odbywać się również poprzez większe upodmiotowienie pielęgniarki/położnej (większa samodzielność tych zawodów). Należy wskazać pola współdziałania kompetencji między lekarzem-pielęgniarką-ratownikiem medycznym-fizjoterapeutą.

Pielęgniarki/położne nie powinny być dodatkowo obciążane stanowiskami administracyjnymi, do tego należy wykorzystać innych, którzy są kształceni w tym kierunku (np. specjaliści zdrowia publicznego).

W dokumentach brak odniesienia do zabezpieczenia dobrostanu fizycznego i psychicznego personelu medycznego i opieki społecznej, chociaż jest to problem zauważany szeroko w analizach systemowych.

W dokumentach brakuje strategii płacowej i rozwoju kariery zawodowej, a także polityki migracyjnej kadr sektora ochrony zdrowia nakierowanej na równoważenie zapotrzebowania na zasoby ludzkie.

Zidentyfikowane braki KPT:

Nisko oceniono wspieranie krajowej produkcji zasobów i technologii krytycznych (od lat znany problem).

Dyskusja:

Należy wzmocnić krajową ocenę technologii medycznych oraz upowszechnić ocenę technologii na poziomie szpitala.

W dokumentach wskazano tylko na rozwój innowacyjnych technologii lekowych, natomiast brakuje akcentu położonego na rozwój innowacyjnych technologii nielekowych. Ważniejsze jest także zabezpieczenie produkcji w Polsce leków prostych, populacyjnych lub substancji czynnych (dążenie do niezależności w tym zakresie), a nie tworzenie innowacyjnych leków.

Obszar telezdrowia i telemedycyny jest dobrze zaadresowany. Kluczem w tym zakresie będzie koordynacja, jak te technologie będą rozwijane i wdrażane, ponieważ brak mechanizmów koordynacyjnych może powodować nieracjonalne wydatkowanie pieniędzy w tym obszarze, głównie na poziomie regionalnym.

ŚWIADCZENIE USŁUG

Stworzenie teletriage – nocnej pomocy lekarskiej, jest dobrym pomysłem, jednak wymagającym edukacji pacjentów, którzy są przyzwyczajeni do obecnej ścieżki. Potrzebna jest duża kampania informacyjna oraz okres przejściowy, w którym będą obowiązywały dwie możliwości skorzystania ze świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Brakuje dietetyka w POZ. Nie wymienia się otyłości, która powinna być priorytetem. Należy stworzyć ścieżki zarówno dla dzieci, jak i dla dorosłych. Jest to choroba znajdująca się na marginesie świadomości w systemie.

Słuszna jest w dokumentach strategicznych koncentracja na POZ – koncepcja odwróconej piramidy świadczeń. Brakuje wskazania działań integrujących POZ z AOS i szpitalem.

W związku z brakiem polityki migracyjnej kadr medycznych i opiekuńczych, a także z dużym niedoborem osób pracujących w opiece długoterminowej, opiece nad pacjentem starszym lub z niepełnosprawnościami, konieczne jest budowanie społeczności sieci wsparcia lokalnego, możliwości świadczenia odpłatnej pomocy nad sąsiadem – co powinno znaleźć się w założeniach dezinstytucjonalizacji opieki nad starszymi i osobami z niepełnosprawnością. W tym zakresie potrzebna jest współpraca między Ministerstwem Zdrowia a Ministerstwem Pracy, aby stworzyć mechanizmy „zatrudnienia” dla takich osób.

6. Definicje, wytyczne interpretacji poszczególnych parametrów

Tabela 4. Kluczowe definicje

RZĄDZENIE (GOVERNANCE)	Definicje/wytyczne – docelowa charakterystyka:
Reorganizacja, wzmocnienie i usprawnienie systemu zdrowia publicznego.	Zdrowie publiczne jest dobrze zintegrowaną częścią systemu ochrony zdrowia (a nie jedynie dodatkiem do opieki zdrowotnej) i odgrywa rolę we wszystkich politykach. Usprawnione są systemy gromadzenia danych i badań naukowych: instytucje monitorowania stanu zdrowia populacji (np. Sanepid) i prowadzenia badań naukowych (np. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego i inne). Polityki zdrowia publicznego są realizowane i tworzone adekwatnie do populacji celowej.
Wzmocnienie udziału partnerów społecznych i gospodarczych w procesie tworzenia prawa.	Interesariusze systemu mają dostępne mechanizmy demokratycznego zgłaszania swoich uwag, propozycji, petycji, rekomendacji, życzeń. Polityki publiczne, plany strategiczne, projekty ustaw podlegają konstruktywnym konsultacjom społecznym, które nie są tylko symboliczne. Bierze się pod uwagę potrzeby i interesy pacjentów, a nie tylko głównych decydentów i najsilniejszych podmiotów. Bierze się pod uwagę głos personelu z pierwszej linii systemu. System dialogu społecznego jest w stanie konstruktywnie uwzględniać różne wkłady: wiedzy eksperckiej, interesów własnych, a nawet i emocji w dążeniu do polityk konsensualnych. System dialogu społecznego zapobiega konfliktom i zaniedbywaniu potrzeb niektórych interesariuszy (mechanizmy i techniki wpisujące się w te wytyczne: techniki demokracji deliberatywnej i rządzenia deliberowanego, ocena skutków zdrowotnych HIA, uczenie w działaniu itp.).
Koordynacja planowania, monitorowania i ewaluacji.	Istnieją mechanizmy integrujące procesy planowania (np. łączące kluczowe informacje i umożliwiające uzgodnienia między kluczowymi podmiotami). Istnieją perspektywne mechanizmy oceny skutków polityki/projektu/regulacji (np. ocena skutków zdrowotnych HIA). Istnieją mechanizmy systematycznego monitorowania realizacji oraz ewaluacji – umożliwiające korektę działań (np. uczenie w działaniu).
Integracja podsystemów ochrony zdrowia, np. zdrowia publicznego z opieką zdrowotną i długoterminową; POZ z AOS i LSZ na rzecz wzrostu wartości zdrowotnej.	System rządzenia/zarządzania urządzony jest w taki sposób, że integruje procesy decyzyjne i koordynuje świadczenia usług w sposób efektywny kosztowo i sprawiedliwy. Unika się zjawiska wielowładztwa i niepotrzebnej konkurencji między podmiotami, które powinny raczej zgodnie współpracować. Unika się duplikowania działań, silosowości planowania i marnotrawstwa zasobów.
Wzmacnianie kompetencji zarządzania strategicznego, w tym zarządzania kryzysowego.	Istnieją systemy prawidłowego i rzetelnego podejmowania decyzji i działania w sytuacjach kryzysowych. Przygotowane są odpowiednie protokoły/procedury z adekwatnym rozpisaniem działań. Podmioty uczestniczące w systemie są przygotowane do pilnego przejścia w tryb awaryjny i sprawnego reagowania. Zarządzanie strategiczne nie jest zorientowane tylko na zrównoważenie w idealnym stanie normalnym, ale tworzy też rezerwy kryzysowe.

Racjonalizacja procesu decyzyjnego w oparciu o dane.	Praktyka i istnienie mechanizmów systematycznego brania pod uwagę gromadzonych danych i dowodów naukowych (stanu literatury przedmiotu) w tworzeniu polityk publicznych. Działania, reformy i plany strategiczne są poprawnie umotywowane merytorycznie. Dane gromadzone przez instytucje monitorowania i wyniki badań instytucji badawczych są brane pod uwagę, a nie jedynie gromadzone.
FINASOWANIE	
Zwiększenie ogólnego finansowania systemu (szczególnie na opiekę długoterminową).	Zapewniony jest adekwatny całościowy system finansowania ochrony zdrowia, który zapewnia realizację idei dostępu do świadczeń dla każdego w całym cyklu życia niezależnie od sytuacji finansowej. Mechanizmy finansowe danin publicznych są skonstruowane tak, że nie dopuszczają regresywności danin publicznych.
Ograniczenie indywidualnych wydatków z kieszeni obywateli poprzez np. ulgi podatkowe, dodatkowe ubezpieczenia.	Ograniczenie wydatków z prywatnej kieszeni pacjentów to zagadnienie kluczowe dla redukcji nierówności zdrowotnych (szczególnie w dostępie do opieki) i jest rdzeniem legitymizacji systemu zdrowotnego, jako spełniającego założenia solidaryzmu społecznego, sprawiedliwości i prawa do ochrony zdrowia.
Wprowadzenie systemu bodźców, który zachęca do akumulacji rezerw finansowych na sytuacje kryzysowe.	Strukturalne zasady systemu premiuja budowanie rezerw kryzysowych, a na pewno nie są skonstruowane tak, że zmuszają do „chudego zarządzania” i oszczędności. Zrównoważenie finansowe nie jest realizowane kosztem odporności systemu.
Instrumenty finansowe premiuje jakość i innowacyjność w ochronie zdrowia (orientacja na wartości, integracja opieki i prewencji, zniechęcanie do nadkonsumpcji) oraz uwzględniania perspektywy długoterminowej.	Strukturalne zasady systemu nie są skonstruowane tak, że prowadzą do krótkookresowego planowania finansowego, do marnotrawstwa. Zasady systemu wspierają planowanie i inwestycje długoterminowe. Bierze się pod uwagę szersze systemowe i długofalowe konsekwencje inwestycji, w tym koszty eksploatacyjne, serwisowania itp.
Utworzenie mechanizmów skoordynowanego zarządzania kapitałem i kompensacji ryzyk inwestycyjnych. Ograniczenie silosowości budżetów.	Strukturalne zasady systemu nie przymuszają do niepotrzebnej konkurencji, dublowania inwestycji w regionie itp. Istnieją mechanizmy skoordynowanego, zintegrowanego racjonowania.
ZASOBY LUDZKIE	
Strategiczne planowanie rozwoju kadr sektora ochrony zdrowia w ujęciu ilościowym i jakościowym (podejście kompetencyjne).	Zasady planowania kadr w systemie ochrony zdrowia zarówno co do ich liczby, zasad alokacji, jak i posiadanych kompetencji, co związane jest z tokiem całego kształcenia i doskonalenia zawodowego.

Racjonalizacja wykorzystania kadr poprzez np. ograniczanie obciążeń biurokratycznych, delegowanie uprawnień, współdzielenie kompetencji – skill mix.	Zasady racjonalnego wykorzystania ograniczonych zasobów ludzkich, głównie poprzez delegowanie i współdzielenie kompetencji na przedstawicieli innych niż lekarze profesji medycznych, np. pielęgniarki, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci etc. Ważne jest także tworzenie nowych zawodów wspomagających pracę profesjonalistów medycznych, np. koordynator medyczny, analityk danych, promotor zdrowia czy asystent lekarza.
Zabezpieczenie dobrostanu fizycznego i psychicznego personelu medycznego i opieki społecznej (poprawa warunków pracy, zmniejszenie stresu).	Personel systemu ma zapewnione takie warunki pracy, że zapobiega się wypaleniu zawodowemu i innym problemom wynikającym ze stresu. System skonstruowany jest tak, że zapewnia higienę i bezpieczeństwo pracy. Zapewnia się też odpoczynek, odpowiednie wsparcie psychologiczne i inne w przypadku konieczności kryzysowej mobilizacji wysiłków personelu.
Zbudowanie strategii płacowej i rozwoju kariery zawodowej.	Personel ma poczucie progresji w rozwoju zawodowym oraz perspektywy rozwoju kariery i awansu. Unika się sytuacji, w której personel danego typu „utknął” na drabinie awansu społecznego.
Polityka migracyjna kadr sektora ochrony zdrowia nakierowana na równoważenie zapotrzebowania na zasoby ludzkie.	Istnieje świadoma polityka biorąca pod uwagę zapewnienie odnawialności i odpowiednich zasobów kryzysowych w przypadku migracji kadr: z jednej strony emigracji personelu, z drugiej imigracji.
LEKI I TECHNOLOGIE	
Tworzenie i wspieranie krajowej oceny technologii medycznych, niwelujących różnice regionalne, np. w zakresie wprowadzania leków, szczepionek, sprzętu, innowacyjnych terapii.	Istnienie centralnych mechanizmów oceny technologii umożliwiających ograniczanie nieuzasadnionych różnic regionalnych (w tym nierówności w dostępie do świadczeń). Jest to możliwe w związku z istnieniem Agencji Rozwoju Technologii Medycznych i Taryfikacji i podejmowanych przez nią działań w zakresie oceny technologii lekowych, nielekowych oraz samorządowych programów polityki zdrowotnej.
Rozwój mechanizmów ułatwiających tworzenie, wdrażanie innowacji w ochronie zdrowia.	Wdrożenie mechanizmów ułatwiających zarówno tworzenie, jak i efektywną implementację oraz ewaluację innowacyjnych technologii medycznych zarówno na poziomie całego kraju, jak i szpitala (szpitalna ocena technologii medycznych – HB-HTA).
Opracowanie strategii rozwoju e-Zdrowia, w tym rozwiązań zwiększających cyberbezpieczeństwo jako determinanty jakości udzielanych usług.	Integracja narzędzi telemedycyny, które wspierają poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych, a przede wszystkim ich jakość.
Wprowadzanie mechanizmów zachęcających do wdrażania innowacyjnych, telemedycznych rozwiązań w celu poprawy opieki nad pacjentem.	Systemowe wsparcie i wytwarzanie mechanizmów skłaniających świadczeniodawców do wdrażania innowacji telemedycznych, ale jedynie w celu poprawy opieki nad pacjentem i podnoszenia jakości udzielanych świadczeń.

Wspieranie krajowej produkcji technologii o znaczeniu „krytycznym”. Regularne monitorowanie, zapewnienie bezpieczeństwa dostaw.	Czasy kryzysu epidemiologicznego wykazały znaczenie krajowych produkcji o znaczeniu szczególnym, tak aby osiągnąć bezpieczeństwo dostaw i dystrybucji niezbędnych towarów i usług (uniknąć przerw w dostępie np. do leków czy substancji aktywnych).
ŚWIADCZENIE USŁUG	
Wdrożenie systemów informacyjnych na rzecz dostarczania świadczeń wysokiej jakości, ograniczających nierówności w dostępie do opieki poprzez wzmacnianie współpracy świadczeniodawców.	Współpraca świadczeniodawców jako gwarant ograniczenia nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych głównie poprzez podnoszenie jakości udzielanych usług poprzez wdrożenie systemów informacyjnych (jak e-recepta, e-skierowanie, e-zwolnienie, Internetowe Konto Pacjenta, elektroniczne rejestracje, teleporady).
Strategiczne planowanie zakupu świadczeń uwzględniające potrzeby zdrowotne.	Planowanie zakupu świadczeń adekwatnie do zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych (np. zniesienie limitów na świadczenia, na które jest długa kolejka oczekujących, czy zabezpieczenie odpowiedniej ilości produktu – szczepionka przeciwko grypie).
Promowanie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych, w tym w zarządzaniu chorobami.	Wdrażanie innowacji organizacyjnych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych (np. elektroniczna dokumentacja).
Rozwój programów kompleksowej, zintegrowanej i koordynowanej opieki zdrowotnej.	Promowanie i wdrażanie programów koordynowanej opieki nad pacjentem, integrującej świadczeniodawców w danej ścieżce opieki. Chodzi np. o programy kompleksowej opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, które uwzględniają diagnostykę, leczenie i rehabilitację oraz premiuje wyniki zdrowotne, a także zapewniają zaplecze do współpracy pomiędzy wieloosobowym zespołem sprawującym opiekę nad pacjentem.
Wzmocnienie opieki domowej dla osób starszych (lepiej integracja pomiędzy dedykowaną opieką senioralną a opieką zdrowotną).	Dezynstytucjonalizacja opieki nad osobami starszymi oraz integracja polityki senioralnej i zdrowotnej (wzmocnienie roli i kompetencji nieformalnych opiekunów).



7. Propozycja umiejscowienia matrycy w systemie ochrony zdrowia

Rekomendowane systemowe umocowanie Matrycy to wykorzystanie jej jako narzędzia regularnej eksperckiej analizy kluczowych polskich dokumentów strategicznych oraz prowadzonych reform na poziomie centralnym, ale też regionalnym i lokalnym.

Wypracowana matryca stanowi narzędzie, które ma ogromny potencjał opisowy i rekomendacyjny. Opracowana została na podstawie najnowszego stanu literatury przedmiotu w kwestii opartych na dowodach dobrych praktyk i szerszych koncepcji (np. rządzenia deliberatywnego czy skill-mix). Należy podkreślić jednak, że stanowi ona owoc prac w konkretnym kontekście terytorialnym i czasowym – wypracowana została do konkretnego kontekstu. Nie jest to narzędzie, które bez odpowiedniej adaptacji można traktować jako uniwersalne.

Sama matryca wymaga okresowej rewizji adekwatnie do zmieniających się realiów systemowych, ale także (jako że ma charakter rekomendacyjny) do zmian w stanie literatury przedmiotu nt. dobrych praktyk w poszczególnych domenach (żeby była oparta na całokształcie dostępnych dowodów). Ponadto istnieje jeszcze pole manewru w uzupełnianiu całego schematu matrycy choćby w liczbie analizowanych domen (wytypowane domeny zostały zawężone jeszcze na etapie pilotażu). Potencjalnie dalsze prace nad Matrycą – poszerzenie badań – pozwoliłoby ją zuniwersalizować do kontekstów innych niż polski czy europejski. Wymagałoby to jednak dodatkowych pogłębionych badań zarówno krajowych, jak i międzynarodowych.

Na tym etapie Matryca służyć może i powinna do oceny zrównoważenia i odporności systemu dla krajowych dokumentów strategicznych, kolejnych propozycji reform i planów regionalnych – także do oceny kompatybilności reform między sobą. Matryca mogłaby stanowić obowiązkowy element OSR przedstawianych w obszarze ochrony zdrowia. Dzięki matrycy w łatwy sposób można wskazać, czy proponowane zmiany będą odzwierciedlać każdy z deskryptorów oraz weryfikować stopień, w jakim planowane działania wzmocnią zrównoważenie i elastyczność systemu ochrony zdrowia. Ocena ważona da informację zwrotną, na które działania powinno zwrócić się szczególną uwagę (np. na które przeznaczyć większy budżet i skoncentrować działania

Matryca jest także doskonałym narzędziem oceny okresowej implementacji celów strategicznych zawartych w kluczowych dokumentach czy aktach prawnych i ich potencjalnej modyfikacji zwiększającej zrównoważenie i odporność systemową. W tym celu należy współpracować z decydentami, przekonując ich do niezbędnych zmian zapewniających efektywną realizację zaplanowanej polityki.

Matryca jest jednym z pierwszych kompleksowych narzędzi pomiaru zrównoważenia i odporności w polskim systemie ochrony zdrowia. Pracę nad nią należy kontynuować, realizując następujące cele:

- a) ocena następnych strategicznych dokumentów, aktów prawnych
- b) doskonalenie metodyki opomiarowania deskryptorów i domen
- c) permanentny przegląd literatury przedmiotu
- d) współpraca z ekspertami, decydentami w celu wypracowywania modyfikacji matrycy w nawiązaniu do charakterystyki kolejnego kryzysu.

Matryca jest bardzo mocno zakorzeniona w polityce zdrowotnej i trudno uznać ją za uniwersalne narzędzie ewaluacji polityk publicznych. Można jednak przyjąć, że jest to narzędzie oceny jednej z istotnych polityk publicznych – polityki zdrowotnej, początkiem pracy nad matrycą uniwersalną.



Załączniki

Załącznik nr 1:

Lista instytucji respondentów uczestniczących w badaniach 17 listopada 2021 roku oraz 27 listopada 2021.

1. Ministerstwo Zdrowia
2. Rzecznik Praw Pacjenta
3. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Instytut Badawczy
4. Narodowy Instytut Kardiologii
5. Agencja Badań Medycznych
6. Fundacja Urszuli Jaworskiej
7. Naczelna Izba Lekarska
8. Izba Pielęgniarek i Położnych
9. SUM w Katowicach
10. Lloyd's Register
11. Piekarskie Centrum Medyczne
12. Szpital Specjalistyczny w Zabrze Sp. z o.o.
13. SP Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Wiśniczu
14. Zendesk
15. Radca Prawny Jolanta Charchuła
16. Medtronic Poland Sp z o.o.

1) Dokument „Zdrowa przyszłość”. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.

Dokument strategiczny „Zdrowa przyszłość”. *Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.* identyfikuje główne wyzwania w systemie ochrony zdrowia oraz wskazuje kierunki zmian. Jest kontynuacją dokumentu strategicznego *Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne (Policy Paper)*, który przedstawiał długofalową wizję rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce, a także cele strategiczne oraz narzędzia ich realizacji w latach 2014-2020.

Zdrowa przyszłość określa działania mające na celu poprawę sytuacji w polskim systemie ochrony zdrowia, które dotyczą sześciu głównych obszarów, tj.:

1. Profilaktyka i promocja zdrowia
2. Jakość, przyjazność i efektywność świadczonych usług zdrowotnych, w tym opieka koordynowana i usługi środowiskowe
3. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej
4. Rozwój usług cyfrowych w systemie ochrony zdrowia
5. Kadry systemu ochrony zdrowia
6. Nowoczesne technologie w sektorze zdrowia.

W dokumencie zostały wskazane najistotniejsze uwarunkowania strategiczne realizacji polityki w ochronie zdrowia. Zdefiniowano wizję oraz cele pogrupowane w obszary: pacjent, procesy, rozwój i finanse. Dla zrealizowania wizji wskazano 15 celów, które będą realizowane poprzez 6 kierunków interwencji, podzielonych na 18 narzędzi.

Główny dokument został uzupełniony strategiami deinstytucjonalizacji – opieka zdrowotna dla osób starszych i opieka zdrowotna dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Dokument określa ramy strategiczne koniecznych działań na lata 2021-2027. Jego uzupełnieniem na poziomie operacyjnym są m.in. plany transformacji – krajowy i wojewódzkie, które zastąpią regionalne priorytety polityki zdrowotnej i stanowić będą istotny element operacjonalizacji wniosków z mapy potrzeb zdrowotnych²⁰.

2) Dokument Krajowy Planu Transformacji

Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadziła obowiązek sporządzenia krajowego oraz wojewódzkich planów transformacji, uwzględniających rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia. Krajowy Plan Transformacji, który ma obowiązywać od 1 stycznia 2022 r. do końca 2026 r.

KPT jest dokumentem wdrożeniowym, który określa konkretne działania, jakie należy podjąć, aby zapewnić dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Działania te wynikają z rekomendacji zawartych m.in. w raporcie Komisji Europejskiej²¹ czy mapach potrzeb zdrowotnych, jako dokumentów o charakterze diagnostycznym, zawierających informacje o dostępności do świadczeń w całym kraju oraz diagnozę systemu ochrony zdrowia.

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

Główne obszary działań KPT:

1. Demografia
2. Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna
3. Czynniki ryzyka i profilaktyka
4. Podstawowa opieka zdrowotna
5. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
6. Leczenie szpitalne
7. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
8. Rehabilitacja medyczna
9. Opieka długoterminowa
10. Opieka paliatywna i hospicyjna
11. Kadry
12. Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Krajowy Plan Transformacji dostępny jest na stronie <http://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/>.

20 OSR dla Projektu uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”, 24.06.2021.

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

Tabela 5. Zestawienie rekomendacji w pięciu domenach i odpowiadającymi im celami, kierunkami interwencji, narzędziami i wskaźnikami (znajdującymi się w dokumencie „Zdrowa przyszłość”) oraz działaniami (Krajowy Plan Transformacji)

RZĄDZENIE (GOVERNANCE)	„Zdrowa Przyszłość”. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	Krajowy Plan Transformacji
<p>Reorganizacja, wzmocnienie i usprawnienie systemu zdrowia publicznego</p>	<p>CEL 1.4. [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych.</p> <p>Wskazane są zawody i instytucje, których wsparcie jest niezbędne, jak Państwowa Inspekcja Sanitarna (Sanepid) czy Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy.</p> <p>Brak odniesienia do zagadnień zdrowia we wszystkich politykach czy metody HIA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Działanie 2.3.1. ...wzmocnienie rozwoju badań i projektowanie nowych rozwiązań w zakresie zdrowia publicznego, szczególnie w zakresie zmiany nawyków i postaw zdrowotnych Polaków (2021-2025). ■ Działanie 2.3.6. ...opracowanie założeń zmian systemowych w zdrowiu publicznym, powołanie zespołu ds. zmian systemowych w zdrowiu publicznym (2022-2027). ■ Identyfikuje się w KPT także szereg działań edukacyjnych, profilaktycznych i kampanii społecznych nakierowanych na: szkoły, mężczyzn, ogół społeczeństwa (kategoria: usprawnienie zdrowia publicznego). ■ W szczególności zwraca się uwagę na: <ul style="list-style-type: none"> ■ choroby sercowo-naczyniowe (działanie 2.3.7.) (wejście w życie NPCChUK); ■ wzmocnienie działań profilaktycznych w POZ (bilanse zdrowia – działanie 2.4.6.).
<p>Wzmocnienie udziału partnerów społecznych i gospodarczych w procesie tworzenia prawa</p>	<p>Szereg mechanizmów partycypacji obywatelskiej istnieje w formie konsultacji społecznych (np. na etapie ministerialnych prac nad projektami ustaw).</p> <p>CEL 1.3. [Przyjazność] Zwiększenie zadowolenia i satysfakcji pacjenta z systemu opieki zdrowotnej: Zwiększenie roli pacjentów w kształtowaniu systemu, organizacji pacjentów i Rzecznika Praw Pacjenta.</p> <p>Brak wskaźników.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Działanie 2.13.3. Rozwój innowacyjnych technologii lekowych (2021-2027). ■ Zwiększenie dostępu pacjentów do innowacyjnych rozwiązań terapeutycznych np. w ramach badań klinicznych wczesnych faz. ■ Działania poboczne – poza Krajowym Planem Transformacji: <ul style="list-style-type: none"> ■ powołanie Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta; ■ powołanie zespołu do spraw opracowania projektu strategii współpracy Ministerstwa Zdrowia z organizacjami pacjentów.
<p>Koordynacja planowania, monitorowania i ewaluacji</p>	<p>CEL 2.1. [Przejrzystość] Zapewnienie przejrzystości procedur</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Uporządkowanie standardów prowadzenia dokumentacji i sprawozdawczości... ■ Ustalenie przejrzystych zasad wykorzystywania i wymiany danych... <p>CEL 3.4. [e-Zdrowie] Rozwój i upowszechnianie usług cyfrowych e-Zdrowia.</p> <p>Brak wskaźników.</p> <p>Kierunek interwencji 2: Utworzenie systemu monitorowania i porównywania jakości...; Przegląd obowiązków sprawozdawczych – eliminacja duplikacji i nadmiaru sprawozdawczości...</p> <p>Kierunek interwencji 5: Standaryzacja w systemach informatycznych...; Wdrożenie narzędzi komunikacji i wymiany informacji.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Działanie 2.3.6. Koordynacja działań prozdrowotnych realizowanych na poziomie gmin i powiatów publicznym (2022-2027). ■ Działanie 2.11.2. Stworzenie funkcjonalności centralnego Systemu Monitorowania Kształcenia (SMK). ■ Monitorowanie wdrażania i ewaluacja KPT – minister zdrowia będzie przygotowywał: <ul style="list-style-type: none"> ■ coroczną informację z realizacji KPT (w terminie do dnia 30 kwietnia roku następującego po roku, którego informacja dotyczy); ■ sprawozdanie śródkresowe (w terminie do dnia 30 czerwca trzeciego roku kalendarzowego obowiązywania KPT); ■ końcowe sprawozdanie (do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, w którym zakończył się okres obowiązywania KPT). ■ Działanie 2.13.7. Dalszy rozwój centralnych usług cyfrowych ochrony zdrowia stanowiący odpowiedź na oczekiwania środowisk medycznych i pacjencich (2021-2026) poprzez: <ul style="list-style-type: none"> ■ wdrożenie trzech centralnych usług cyfrowych (narzędzia wspomagające analizę stanu zdrowia pacjenta, rozwój algorytmów sztucznej inteligencji, budowa centralnego repozytorium danych medycznych); ■ cyfryzację dokumentacji medycznej i dalszy rozwój usługi jej wymiany; ■ wzmocnienie cyberbezpieczeństwa w ochronie zdrowia.
<p>Integracja podsystemów ochrony zdrowia, tj. np. zdrowia publicznego z opieką zdrowotną i długoterminową; POZ z AOS i LSZ na rzecz wzrostu wartości zdrowotnej</p>	<p>Cel 2.4. Optymalizacja piramidy świadczeń (zwiększenie roli opieki otwartej POZ i AOS).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Wprowadzenie nielimitowania świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). <p>CEL 3.4. [e-Zdrowie] Rozwój i upowszechnianie usług cyfrowych e-Zdrowia.</p> <p>Brak wskaźników.</p> <p>CEL 4.2. [Efektywność wydatkowania] Racjonalizacja mechanizmów wydatkowania, redefinicji struktury właścicielskiej, wyeliminowanie konkurencji o ograniczone zasoby.</p> <p>Kierunek interwencji 2: Zmiana struktury właścicielskiej szpitali publicznych...; Utworzenie profesjonalnego, scentralizowanego systemu nadzoru poprzez powołanie Agencji Rozwoju Szpitali (ARS), której zasadniczym celem będzie zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa oraz wspieranie procesów restrukturyzacji szpitali.</p> <p>Brak wskaźników.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Działanie 2.5.3. Realizacja projektu Odwrócona Piramida Świadczeń (2021-2027), dotyczącego opracowania założeń i wdrożenia rozwiązań systemowych mających na celu: <ul style="list-style-type: none"> ■ odciążenie systemu szpitalnego (kosztochonnego) od konieczności realizacji świadczeń diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym i przeniesienie ich realizacji w ramach AOS i POZ; ■ opracowanie schematów współpracy/komunikacji pomiędzy AOS, POZ w ramach diagnostyki i leczenia. ■ Działanie 2.6.1. Wejście w życie rozwiązań prawnych umożliwiających i wspierających modernizację i poprawę efektywności podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (podmiotów szpitalnych) (2022 r.) – w tym: <ul style="list-style-type: none"> ■ utworzenie systemu ewaluacji podmiotów; ■ dostosowanie działalności do potrzeb regionalnych; ■ utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi;

RZĄDZENIE (GOVERNANCE)	„Zdrowa Przyszłość”. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	Krajowy Plan Transformacji
Wzmocnienie kompetencji zarządzania strategicznego, w tym zarządzania kryzysowego	<p>Regulacje w tej materii istniały już w Polsce, jednak z powodu zaniedbania systemu zdrowia publicznego i braku doświadczeń wiele z systemów reagowania pozostało tylko na papierze.</p> <p>Poza tym realizowane są:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dokument „System Zarządzania Rozwojem Polski” przyjęty przez Radę Ministrów 29 października 2018 r. – ustanowienie procedur wypracowywania dokumentów strategicznych. <p>Dokument „Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju” przyjęty przez Radę Ministrów 14 lutego 2017 r. – w jej ramach: CEL 3. „skuteczne państwo i instytucje służące wzrostowi oraz włączeniu społecznemu i gospodarstwu”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ podnoszenie jakości zarządzania przez certyfikację; ■ aktualizacja sieci szpitali (systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – PSZ), oparta m.in. na utrzymaniu trybu bezkonkursowego zawierania umów w ramach PSZ i tworzenie lokalnych konsorcjów konsolidujących zasoby. ■ Działanie 2.6.2. i 2.6.3. Tworzenie warunków do rozwoju centrów specjalistycznych oraz wprowadzanie działań mających na celu poprawę koncentracji świadczeń: Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne na lata 2019-2023, Plan Chorób Rzadkich (2021-2023). ■ Działanie 2.6.5. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych przekształcających oddziały szpitalne lub ich części, w których ze środków publicznych udzielane będą stacjonarne świadczenia w zakresie geriatry i opieki długoterminowej (2021-2029).
Racjonalizacja procesu decyzyjnego w oparciu o dane	<p>CEL 4.2. [Efektywność wydatkowania] Racjonalizacja mechanizmów wydatkowania, redefinicji struktury właściwościelskiej, wyeliminowanie konkurowania o ograniczone zasoby.</p> <p>CEL 3.3. [Innowacje] M.in. skoordynowany rozwój rejestrów medycznych oraz zwiększenie jakości i otwartości danych w nich zawartych.</p> <p>CEL 1.2. [Jakość] Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych: tzw. klauzula no-fault; utworzenie rejestru zdarzeń niepożądanych; oraz funduszu odszkodowań dla pacjentów z tytułu wystąpienia zdarzenia niepożądanego”.</p> <p>Kierunek interwencji 2.</p> <p>Wskaźnik docelowo (1.3.4.): spadek liczby orzeczeń o zdarzeniu medycznym wydanych przez wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Krajowy Plan Transformacji. ■ Działanie 2.13.2. Tworzenie innowacyjnych rozwiązań medycznych, technologicznych i prawnych o znaczeniu systemowym na rzecz poprawy zdrowia pacjentów oraz zwiększenie wydajności polskiego systemu ochrony zdrowia (od 2022 r.). ■ Działanie 2.5.3. Realizacja projektu Odwrocona Piramida Świadczeń: „... wdrożenie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych nieopartego na winie, a także nadanie większej wagi wskaźnikowi jakościowemu w algorytmie obliczającym kwoty umów, a w konsekwencji zwiększenie roli placenia za jakość świadczeń” (2021-2027). ■ Działanie 2.6.4. Realizacja założeń ustawy o jakości (2022-2030): 1) wzmocnienie roli akredytacji; 2) zapewnienie aktualizacji standardów; 3) wprowadzenie autoryzacji do szpitali; 4) utworzenie rejestru zdarzeń niepożądanych; 5) rejestry i jakość jako składowe finansowania podmiotów. ■ Działanie 2.13.7. Dalszy rozwój centralnych usług cyfrowych... [patrz wyżej].
FINANSOWANIE		
Zwiększenie ogólnego finansowania systemu (szczególnie na opiekę długoterminową)	<p>CEL 4.1. [Wzrost i dywersyfikacja finansowania] Zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia do „co najmniej 6% PKB do roku 2023, oraz 7% do 2027 roku”</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ „Opłata cukrowa od napojów”; opłaty ograniczające użycie leków OTC, suplementów diety czy produktów zawierających szkodliwe izomery trans kwasów tłuszczowych; ■ Udział kierowców pod wpływem alkoholu i środków odurzających w kosztach leczenia ofiar; ■ Propozycje współpłacenia tylko w wariancie dodatkowych ubezpieczeń (np. opiekuńczych). <p>Wskaźniki:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 4.1.1. Udział publicznych wydatków na zdrowie (2019 – 4,9% PKB) – docelowo: wzrost. ■ 4.1.2. Udział wydatków instytucji rządowych w publicznych wydatkach na ochronę zdrowia (2018 – 8,22%) – docelowo: spadek. ■ 4.2.1. Wartość zadłużenia szpitali – docelowo: spadek. <p>Brak wzmianki o ulgach podatkowych.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Działanie 2.6.4. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych przekształcających oddziały szpitalne lub ich części w: 1) zakresie: geriatrya. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych poprzez modernizację lub tworzenie nowych oddziałów i/lub struktur, w których ze środków publicznych udzielane będą stacjonarne świadczenia w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie geriatryi; 3) zakresie tworzenia oddziałów opieki długoterminowej. ■ Działanie 2.9.5. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych przekształcających oddziały szpitalne lub ich części w struktury opieki długoterminowej, w ramach których udzielane będą stacjonarne świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze finansowane ze środków publicznych. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych poprzez modernizację lub tworzenie nowych oddziałów lub struktur, w których ze środków publicznych udzielane będą stacjonarne świadczenia w rodzaju opieka długoterminowa – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. ■ Działanie 2.9.2. Wsparcie działalności lub tworzenia nowych miejsc dziennej opieki medycznej w ramach DDOM zgodnie z opracowanym standardem oraz włączenie tych usług do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej (2022-2030).

RZĄDZENIE (GOVERNANCE)	„Zdrowa Przyszłość”. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	Krajowy Plan Transformacji
Ograniczenie indywidualnych wydatków z kieszeni obywateli poprzez np. ulgi podatkowe, dodatkowe ubezpieczenia	<p>CEL 1.1. [Dostępność] Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnych: „zniesienie limitów w wybranych grupach świadczeń”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Włączenie do finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w DDOM do koszyka świadczeń gwarantowanych.
Wprowadzenie systemu bodźców, który zachęca do akumulacji rezerw finansowych na sytuacje kryzysowe	<p>Zasadniczo brak, poza już istniejącymi rozwiązaniami, np. Baza Rezerw Sanitaro-Przeciwepidemicznych w Porębach.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Działanie 2.6.1. Wejście w życie rozwiązań prawnych umożliwiających i wspierających modernizację i poprawę efektywności podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (podmiotów szpitalnych), od 2022 r.
Instrumenty finansowe premiujące jakość i innowacyjność w ochronie zdrowia (orientacja na wartości, integracja opieki i prewencji, zniechęcanie do nadkonsumpcji) oraz uwzględnianie perspektywy długoterminowej	<p>CEL 1.1. [Dostępność] Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnych do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa: „inwestycje infrastrukturalne oraz system zachęt do relokacji dla kadr”; „mechanizmy preferencyjnego finansowania rozwoju podmiotów [...] w celu likwidowania tzw. białych plam i niedoborów dostępności”.</p> <p>CEL 1.2. [Jakość] Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych: Obowiązkowym systemem monitorowania i informowania o jakości umożliwiający porównywanie oceny poszczególnych świadczeniodawców w oparciu o obiektywne kryteria (benchmarking).</p> <p>CEL 4.2. [Efektywność wydatkowania] Racjonalizacja mechanizmów wydatkowania: „rozwój mechanizmów płatności za jakość i/lub efekty”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Działanie 2.4.2. (2021-2025) Modyfikacja modelu finansowania świadczeń w POZ poprzez wprowadzenie opłaty zadaniowej. Premiowanie ustawicznego szkolenia i podnoszenia kwalifikacji. ■ Działanie 2.6.4. Realizacja założeń ustawy o jakości (2022-2030): <ul style="list-style-type: none"> ■ wzmocnienie roli akredytacji; ■ zapewnienie aktualizacji standardów; ■ wprowadzenie autoryzacji do szpitali; ■ utworzenie rejestru zdarzeń niepożądanych; ■ rejestry i jakość jako składowe finansowania podmiotów. ■ Działanie 2.6.5. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych przekształcających oddziały szpitalne lub ich części, w których ze środków publicznych udzielane będą stacjonarne świadczenia w zakresie geriatry i opieki długoterminowej. Wsparcie w ramach Subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych wyodrębnionego z Funduszu Medycznego (2021-2029).
Utworzenie mechanizmów skoordynowanego zarządzania kapitałem i kompensacji ryzyk inwestycyjnych. Ograniczenie silosowości budżetów	<p>Kierunek interwencji 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ „Wprowadzenie ustawy o jakości, która pozwoli na każdym poziomie systemu ochrony zdrowia zaimplementować mechanizmy akredytacji i monitorowania jakości”. ■ „Wsparcie i rozwój akredytacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą”. ■ „Wprowadzenie „mechanizmów płatności za jakość i efekty zdrowotne”. <p>Brak wskaźników.</p> <p>Narzędzie 6.3. Zwiększenie potencjału naukowego i badawczo-rozwojowego sektora ochrony zdrowia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Działanie 2.4.6. Wzmocnienie medycyny wiejskiej w celu zabezpieczenia obszarów nieobjętych POZ. Badania potrzeb podmiotów świadczących usługi na obszarach wiejskich, w tym identyfikacja przyczyn braku zabezpieczenia POZ. Opracowanie systemu wsparcia podmiotów na obszarach wiejskich. Rozwinięcie modelu dotatkowego finansowania dla POZ z obszarów o niskiej gęstości zaludnienia. ■ Działanie 2.6.1. Wejście w życie rozwiązań prawnych umożliwiających i wspierających modernizację i poprawę efektywności podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (podmiotów szpitalnych), od 2022 r., w tym: <ul style="list-style-type: none"> ■ poprawa efektywności ekonomicznej podmiotów szpitalnych przez dokonywanie ich ewaluacji i przypisanie do odpowiedniej kategorii, która będzie warunkowała działania rozwojowe i naprawcze, jakie zostaną podjęte w poszczególnych podmiotach; ■ dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia.
Strategiczne planowanie rozwoju kadr sektora ochrony zdrowia w ujęciu ilościowym i jakościowym (podejście kompetencyjne)	<p>CEL 4.2. [Efektywność wydatkowania] Racjonalizacja mechanizmów wydatkowania</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ „[...] weryfikacja koszyka świadczeń gwarantowanych, listy leków refundowanych, wyrobów medycznych i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego pod kątem ich efektywności zdrowotnej oraz stworzenie mechanizmów oceny interwencji w systemie ochrony zdrowia pod kątem wnoszonej przez nie innowacyjności i wartości zdrowotnej”. <p>Brak wskaźników.</p> <p>CEL 3.1. [Kadry] Wsparcie rozwoju systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniających się potrzeb zdrowotnych</p> <p>Kierunek interwencji 4: Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Działanie 2.11.1. Realizacja celów i działań określonych w dokumencie pn. „Polityka Wieletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”, w tym m.in. promocja zawodów pielęgniarstwa i położnej (2021-2031).

RZĄDZENIE (GOVERNANCE)	„Zdrowa Przyszłość”. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	Krajowy Plan Transformacji
	<p>Narzędzie 4.1. Rozwój i wsparcie kształcenia lekarzy.</p> <p>Narzędzie 4.2. Rozwój i wsparcie kształcenia pielęgniarek i położnych.</p> <p>Narzędzie 4.3. Rozwój i wsparcie kształcenia innych zawodów związanych z ochroną zdrowia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Zwiększenie liczby osób kształcących się na kierunkach medycznych, systematyczne zwiększenie limitów przyjęć oraz miejsc na studia medyczne i liczby miejsc szkoleniowych szczególnie w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych Polski. ■ Wprowadzenie kredytów dla studentów kierunków medycznych. ■ Stworzenie skutecznego mechanizmu planowania rozmieszczenia kadr medycznych i likwidacji dysproporcji pomiędzy województwami oraz mechanizmów zachęcających do podjęcia zatrudnienia w lokalizacjach z deficytami kadrowymi. ■ Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych zgodnie z zapotrzebowaniem epidemiologiczno-demograficznym oraz uwzględniając m.in. możliwe braki lekarzy specjalistów wynikające z odchodzenia z rynku pracy lekarzy specjalistów. <p>Wskaźniki: 3.1.1. Liczba absolwentów kierunków medycznych.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Działanie 2.11.2. Wdrożenie działań umożliwiających zwiększenie wykorzystania wolnych miejsc specjalizacyjnych w całym kraju, w szczególności w dziedzinach deficytowych, na które jest największe zapotrzebowanie systemu opieki zdrowotnej. Stworzenie funkcjonalności centralnego Systemu Monitorowania Kształcenia (2021-2027).
Racjonalizacja wykorzystania kadr poprzez np. ograniczanie obciążeń biurokratycznych, delegowanie uprawnień, współdzielenie kompetencji – skill mix	<p>CEL 3.1. [Kadry] Wsparcie rozwoju systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniających się potrzeb zdrowotnych</p> <p>Kierunek interwencji 4: Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa.</p> <p>Narzędzie 4.4. Rozwój i wsparcie kształcenia kadr organizacyjnych/administracyjnych/zarządzających systemu ochrony zdrowia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Zwiększenie elastyczności procesu kształcenia w zawodach medycznych, np. poprzez ograniczenie liczby specjalizacji oraz rozszerzenie kompetencji innych niż lekarskich zawodów medycznych. ■ Wsparcie rozwoju zawodowego obecnych, medycznych pracowników systemu ochrony zdrowia oraz innych zawodów związanych z ochroną zdrowia i kadry administracyjno-organizacyjnej. <p>Brak wskaźników.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Działanie 2.4.9. Podniesienie kompetencji pielęgniarek i położnych POZ w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept oraz skierowań na badania (2022-2029). Działania będą realizowane w ramach subfunduszu rozwoju profilaktyki (wzmocnienie roli pielęgniarki POZ). ■ Działanie 2.4.2. Zwiększenie zakresu kompetencji lekarza i pielęgniarki POZ (2021-2025) przez: <ul style="list-style-type: none"> ■ podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń diagnostycznych realizowanych w POZ. ■ Działanie 2.4.4. Wzmocnienie opieki domowej nad pacjentem z wykorzystaniem nowoczesnych technologii oraz zwiększeniem roli pielęgniarki (2021-2025): <ul style="list-style-type: none"> ■ wdrożenie rozwiązań premiujących rozszerzenie kompetencji – pielęgniarka zaawansowanej praktyki domowej. ■ Działanie 2.8.2. Prace nad wyodrębnieniem podstawowej opieki fizjoterapeutycznej, w tym wczesnodziecięcej oraz dla osób starszych (2022-2023). ■ Działanie 2.9.1. Włączenie opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej udzielanych w warunkach domowych (2023 r.). ■ Działanie 2.9.4. Opracowanie ramowego programu szkoleń dla opiekunów nieformalnych osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2022 r.
Zabezpieczenie dobrostanu fizycznego i psychicznego personelu medycznego i opieki społecznej (poprawa warunków pracy, zmniejszenie stresu)	Brak celu i działań nakierowanych na kształtowanie efektywnego zabezpieczenia dobrostanu psychicznego personelu medycznego w związku z całokształtem podejmowanych działań medycznych.	Brak odniesienia.
Zbudowanie strategii płacowej i rozwoju kariery zawodowej	<p>CEL 3.1. [Kadry] Wsparcie rozwoju systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniających się potrzeb zdrowotnych</p> <p>CEL 2.5. [Opieka społeczna] Wykorzystanie potencjału synergii systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Poprawa warunków pracy, wprowadzenie polityki wynagradzania oraz ułatwienie dalszego rozwoju po ukończeniu studiów w celu zachęcenia absolwentów do podejmowania pracy w Polsce. <p>Brak wskaźników.</p>	Brak odniesienia.
Polityka migracyjna kadr sektora ochrony zdrowia nakierowana na równoważenie zapotrzebowania na zasoby ludzkie	<p>Brak działań nakierowanych na politykę migracyjną kadr sektora ochrony zdrowia.</p> <p>CEL 3.1. [Kadry] Wsparcie rozwoju systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniających się potrzeb zdrowotnych.</p>	Brak odniesienia.

RZĄDZENIE (GOVERNANCE)	„Zdrowa Przyszłość”. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	Krajowy Plan Transformacji
	<p>Wprowadzenie kredytów dla studentów kierunków medycznych (jako mechanizm ograniczania migracji zawodowej z Polski).</p> <p>Brak wskaźników.</p>	
LEKI I TECHNOLOGIE	<p>Brak celu i działań dotyczących wsparcia krajowej oceny technologii medycznych, np. w odniesieniu do dalszego rozwoju zadań związanych z taryfikacją świadczeń, oceną technologii lekowych i nielekowych (wyroby medyczne oraz HB-HTA), a także rozwoju realnego wpływu na tworzenie koszyka świadczeń gwarantowanych.</p> <p>Cel 1.2. [Jakość] Poprawa bezpieczeństwa i skuteczności klinicznej świadczeń zdrowotnych</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Utworzenie systemu monitorowania i porównywania jakości świadczonych usług (wraz z serwisami informowania pacjentów), efektywności operacyjnej i finansowej podmiotów leczniczych funkcjonujących w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. ■ Wprowadzenie ustawy o jakości, która pozwoli na każdym poziomie systemu ochrony zdrowia zaimplementować mechanizmy akredytacji i monitorowania jakości. ■ Wsparcie i rozwój akredytacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą. <p>Wskaźniki:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.2.1. Liczba szpitali posiadających akredytację MZ. 1.2.2. Współczynnik zakażeń szpitalnych (% hospitalizacji). <p>Kierunek interwencji 6: Rozwój i upowszechnienie wykorzystania nowoczesnych i nowatorskich technologii w sektorze zdrowia.</p> <p>Narzędzie 6.3. Zwiększenie potencjału naukowego i badawczo-rozwojowego sektora ochrony zdrowia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Działanie 2.13.2. Tworzenie innowacyjnych rozwiązań medycznych, technologicznych i prawnych o znaczeniu systemowym na rzecz poprawy zdrowia pacjentów oraz zwiększenia wydajności polskiego systemu ochrony zdrowia (od 2022 r.): <ul style="list-style-type: none"> ■ tworzenie innowacji medycznych i technologicznych w obszarze sektora biotechnologicznego, farmaceutycznego i medycznego; ■ realizacja programów i projektów ogłaszanych przez partnerów WHH, tworzonych we współpracy z instytucjami publicznymi. ■ Działanie 2.13.4. Stworzenie Programu Rozwoju Badań Epidemiologicznych (2021-2026).
Rozwój mechanizmów ułatwiających tworzenie, wdrażanie innowacji w ochronie zdrowia	<p>Cel 3.3. [Innowacje] Rozwój i upowszechnianie stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Rozwój publicznych usług cyfrowych w ochronie zdrowia, m.in. wprowadzenie centralnej rejestracji na wizyty lekarские (e-rejestracja, elektroniczna karta szczepień, karta pacjenta, wymiana Elektronicznej Dokumentacji Medycznej) oraz rozwój istniejących rozwiązań (IKP, e-wizyty, e-skierowania), a także cyfryzacja procesów back office. <p>Kierunek interwencji 6: Rozwój i upowszechnienie wykorzystania nowoczesnych i nowatorskich technologii w sektorze zdrowia.</p> <p>Narzędzie 6.1. Rozwój i upowszechnienie rozwiązań telemedycznych.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Poprawa dostępności do innowacji w ochronie zdrowia, w tym do nowoczesnych terapii. <p>Wskaźniki:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.3.1. Odsetek pacjentów korzystających z rozwiązań telemedycznych. 3.3.2. Odsetek świadczeń realizowanych w ramach telemedycyny. 3.3.3. Liczba leków krwiopochodnych wytworzonych w Polsce na bazie osocza pozyskanego w stacjach krwiodawstwa. <p>CEL 3.4. [e-Zdrowie] Rozwój i upowszechnianie usług cyfrowych e-Zdrowia</p> <p>Kierunek interwencji 6: Rozwój i upowszechnienie wykorzystania nowoczesnych i nowatorskich technologii w sektorze zdrowia.</p> <p>Narzędzie 6.1. Rozwój i upowszechnienie rozwiązań telemedycznych.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Działanie 2.13.1. Opracowanie i wdrożenie nowych regulacji prawnych w obszarze badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi prowadzących do zwiększenia atrakcyjności prowadzenia badań klinicznych w Polsce (od 2022 r.). ■ Działanie 2.13.3. Rozwój innowacyjnych technologii lekowych. Opracowanie i doprowadzenie do co najmniej I fazy badań klinicznych szczepionki opartej o RNA lub innowacyjnego leku przeciw wirusom RNA lub osiągnięcia możliwości produkcyjnych szczepionek opartych o RNA (2021-2027). ■ Działanie 2.13.5. Analiza potrzeb sektora biomedycznego, określenie kluczowych kierunków rozwoju sektora w Polsce, zwiększenie alokacji na rozwój sektora B+R w obszarze rozwoju produktów leczniczych, wyrobów medycznych, usług e-Zdrowia oraz wypracowanie nowego, efektywnego modelu zarządzania innowacjami (do 2030 r.).
Opracowanie strategii rozwoju e-Zdrowia, w tym rozwiązań zwiększających cyberbezpieczeństwo jako determinanty lepszej dostępności i jakości udzielanych usług		<ul style="list-style-type: none"> ■ Działanie 2.4.7. Rozwój telemedycyny (2021-2022) poprzez: <ul style="list-style-type: none"> ■ rozwijanie centralnej platformy DOM, agregującej dane z urzędzeń telemedycznych przekazanych do POZ; ■ rozwijanie funkcjonalności w platformie DOM ułatwiającej prowadzenie „telekonsylium”, dzięki któremu specjaliści mogą wymieniać się informacjami i zaleceniami w zakresie potrzeb danego pacjenta, zmniejszając konieczność jego podróży. ■ Działanie 2.4.8. Rozwijanie i upowszechnianie nowoczesnych form świadczenia usług medycznych i opieki zdrowotnej, łączących elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny (telemedycyna) na poziomie POZ (2021-2027).

RZĄDZENIE (GOVERNANCE)	„Zdrowa Przyszłość”. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	Krajowy Plan Transformacji
	<p>Kierunek interwencji 5: Rozwój usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony zdrowia.</p> <p>Narzędzie 5.1. Rozwój publicznych usług cyfrowych e-Zdrowia.</p> <ul style="list-style-type: none"> Rozwijanie i upowszechnianie nowoczesnych form świadczenia usług medycznych i opieki zdrowotnej, łączących elementy telekomunikacji, informatyki oraz medycyny (telemedycyna). Rozwój narzędzi teleinformatycznych wspierających proces nawigowania pacjenta w systemie, w tym udzielania informacji o dostępnych świadczeniach, powiadamiania o zaplanowanych wizytach. Rozwój infrastruktury IT w ochronie zdrowia. <p>Wskaźniki:</p> <p>3.4.1. Liczba wdrożonych e-usług w publicznym systemie ochrony zdrowia.</p> <p>3.4.2. Liczba pacjentów korzystających z e-usług w publicznym systemie ochrony zdrowia (dot. e-recepty).</p> <p>3.4.3. Liczba kont w ramach IKP.</p> <p>CEL 3.3. [Innowacje] Rozwój i upowszechnianie stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia</p> <p>Kierunek interwencji 5: Rozwój usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony zdrowia</p> <ul style="list-style-type: none"> Poprawa cyberbezpieczeństwa w systemie ochrony zdrowia. <p>Brak wskaźników.</p>	<ul style="list-style-type: none"> wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, wsparcie lekarza w podejmowaniu decyzji. Działanie 2.5.2. Rozbudowa centralnego systemu e-rejestracji, który umożliwi pacjentom dokonanie rejestracji na wybrane świadczenie medyczne (2021-2027). Działanie 2.13.6. Wdrożenie Elektronicznej Karty Zgonu (e-KZ) i Elektronicznej Karty Urodzeń (e-KU) (2022 r.). Działanie 2.13.7. Dalszy rozwój centralnych usług cyfrowych ochrony zdrowia stanowiący odpowiedź na oczekiwania środowisk medycznych i pacjenckich poprzez (2021-2026): <ul style="list-style-type: none"> wdrożenie trzech centralnych usług cyfrowych (narzędzia wspomagające analizę stanu zdrowia pacjenta, rozwój algorytmów sztucznej inteligencji, budowa centralnego repozytorium danych medycznych); cyfryzację dokumentacji medycznej i dalszy rozwój usługi jej wymiany; Działanie 2.13.9. Poprawa dojrzałości cyfrowej placówek POZ pod kątem gotowości do funkcjonowania w warunkach zagrożenia epidemiologicznego, zwiększenie dostępności usług zdrowotnych, w szczególności dla osób starszych i innych osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (2021-2027). Działanie 2.13.10. Zwiększenie dostępności usług z zakresu telemedycyny, w szczególności dla osób starszych i innych osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (2021-2027). Działanie 2.13.11. Rozwój e-usług dla pacjentów i poprawa cyberbezpieczeństwa w sektorze ochrony zdrowia poprzez (2021-2027): <ul style="list-style-type: none"> rozszerzenie centralnego systemu e-rejestracji; rozwój e-usług w ramach IKP (np. dostęp do profilowanych informacji o dostępnych programach profilaktycznych); rozwój narzędzi m-Zdrowia; zwiększenie poziomu korzystania ze sztucznej inteligencji (AI) w systemie ochrony zdrowia; wzmocnienie potencjału podmiotów leczniczych. Działanie 2.13.12. Zwiększenie dostępności do świadczeń (m.in. poprzez dalszy rozwój telemedycyny) (2021-2023): <ul style="list-style-type: none"> pobudzenie rozwoju innowacyjnych rozwiązań w obszarze technologii medycznych i rozwiązań teleinformatycznych wspierających proces leczenia;
<p>Wprowadzanie mechanizmów zachęcających do wdrażania innowacyjnych telemedycznych rozwiązań w celu poprawy opieki nad pacjentem</p>	<p>Cel 3.3. [Innowacje] Rozwój i upowszechnianie stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia</p> <p>CEL 3.4. [e-Zdrowie] Rozwój i upowszechnianie usług cyfrowych e-Zdrowia</p> <p>Kierunek interwencji 5: Rozwój usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony zdrowia.</p> <p>Narzędzie 5.1. Rozwój publicznych usług cyfrowych e-Zdrowia.</p> <p>Kierunek interwencji 6: Rozwój i upowszechnienie wykorzystania nowoczesnych i nowatorskich technologii w sektorze zdrowia.</p> <p>Narzędzie 6.1. Rozwój i upowszechnienie rozwiązań telemedycznych.</p> <ul style="list-style-type: none"> Wdrażanie technologii informatycznych optymalizujących czas i pracę lekarza i w ten sposób zwiększających wydajność całego systemu. Rozwój cyfrowych narzędzi wspomagania pracy personelu medycznego, takich jak rozpoznawanie mowy i obrazu, czy systemy wspomaganie decyzji klinicznych. Intensyfikacja działań w zakresie zastosowania sztucznej inteligencji, w szczególności w zakresie wykorzystania AI w procesach predykcyjnych, diagnostycznych i leczniczych (w tym wykorzystanie sieci neuronowych) oraz procesach obsługi pacjenta. Utworzenie hubu biomedycznego oraz rozwój produkcji substancji aktywnych i produktów krwiopochodnych. <p>Wskaźniki:</p> <p>3.3.1. Odsetek pacjentów korzystających z rozwiązań telemedycznych.</p> <p>3.3.2. Odsetek świadczeń realizowanych w ramach telemedycyny.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Działanie 2.4.4. Wzmocnienie opieki domowej nad pacjentem z wykorzystaniem nowoczesnych technologii oraz zwiększeniem roli pielęgniarki (2022-2027). Rekomendacja wdrożenia rozwiązań zdalnych (m.in. obecne pilotaże e-stetoskop, e-opaska). Działanie 2.13.13 Zwiększenie dostępności do świadczeń (m.in. poprzez dalszy rozwój telemedycyny). <p>Pobudzenie rozwoju innowacyjnych rozwiązań w obszarze technologii medycznych i rozwiązań teleinformatycznych wspierających proces leczenia.</p> <p>Wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, wsparcie lekarza w podejmowaniu decyzji.</p>

RZĄDZENIE (GOVERNANCE)	»Zdrowa Przyszłość». Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	Krajowy Plan Transformacji
<p>Wspieranie krajowej produkcji technologii o znaczeniu „krytycznym”. Regularne monitorowanie, zapewnienie bezpieczeństwa dostaw</p>	<p>CEL 3.3. [Innowacje] Rozwój i upowszechnianie stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia</p> <p>Kierunek interwencji 5: Rozwój usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony zdrowia</p> <p>Utworzenie systemu informowania personelu medycznego, farmaceutów i pacjentów o dostępności i możliwych brakach leków, monitorowanie dystrybucji leków.</p> <p>Brak wskaźników.</p>	<p>■ Działanie 2.13.3. Rozwój innowacyjnych technologii lekowych. Opracowanie i doprowadzenie do co najmniej I fazy badań klinicznych szczepionki opartej o RNA lub innowacyjnego leku przeciw wirusom RNA lub osiągnięcia możliwości produkcyjnych szczepionek opartych o RNA (2021-2027).</p>
<p>ŚWIADCZENIE USŁUG</p> <p>Wdrożenie systemów informacyjnych na rzecz dostarczenia świadczeń wysokiej jakości, ograniczających nierówności w dostępie do opieki poprzez wzmocnienie współpracy świadczeniodawców</p>	<p>CEL 3.3. [Innowacje] Rozwój i upowszechnianie stosowania nowoczesnych i nowatorskich rozwiązań w ochronie zdrowia</p> <ul style="list-style-type: none"> Rozwój publicznych usług cyfrowych w ochronie zdrowia, m.in. wprowadzenie centralnej rejestracji na wizyty lekar- skie (e-rejestracja, elektroniczna karta szczepień, karta pacjenta, wymiana Elektronicznej Dokumentacji Medycznej) oraz rozwój istniejących rozwiązań (IKP, e-wizyty, e-skierowania), a także cyfryzacja procesów back office. <p>Wskaźniki:</p> <p>3.3.1. Odsetek pacjentów korzystających z rozwiązań tele- medycznych.</p> <p>3.3.2. Odsetek świadczeń realizowanych w ramach tele- medycyny.</p> <p>3.3.3. Liczba leków krwiopochodnych wytworzonych w Pol- sce na bazie osocza pozyskanego w stacjach krwiodawstwa.</p>	<p>■ Działanie 2.13.14. Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych, obsługa pacjentów oraz dostępu do danych medycznych poprzez: wdrożenie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej i raportowania zda- rzeń medycznych w skali systemowej oraz wdrożenie e-Rejestracji i Platformy Teleporad (2021-2023).</p> <p>■ Działanie 2.4.8. Rozwijanie i upowszechnianie nowoczesnych form świadczenia usług medycznych i opieki zdrowotnej, łączących ele- menty telekomunikacji, informatyki oraz medycyny (telemedycyna) na poziomie POZ (2021-2027).</p> <p>■ Działanie 2.13.13. Wytworzenie narzędzi informatycznych umożliwiają- cych wprowadzanie korzyści dla obywateli z niskim poziomem ryzy- ka przenoszenia wirusa COVID-19 z wykorzystaniem zaświadczeń cyfrowych wydawanych w ramach systemu w celu realizacji swobody przemieszczania i obejmujących trzy obszary użycia (zaświadczenie z tytułu szczepienia, negatywnego wyniku testu, pozytywnego wyniku testu) (2021-2022).</p>
<p>Strategiczne planowanie zakupu świadczeń uwzględniające potrzeby zdrowotne</p>	<p>Cel 1.1. [Dostępność] Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnych do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa</p> <p>Wskaźnik:</p> <p>1.1.1. Mediana czasu oczekiwania na zabieg endoprotezo- plastyki stawu kolanowego.</p> <p>1.1.2. Mediana czasu oczekiwania na zabieg w zakresie soczewki (zaćma).</p> <p>1.1.3. Liczba substancji czynnych wytwarzanych w Polsce.</p> <p>Cel 1.4. [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skutecz- na promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych</p> <p>Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych.</p> <p>Narzędzie 1.1. Realizacja programów profilaktycznych.</p> <p>Narzędzie 1.2. Wdrożenie i realizacja działań służących wsparciu zdrowia osób pracujących.</p> <p>Narzędzie 1.3. Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć pro- mujących zdrowy styl życia.</p> <ul style="list-style-type: none"> Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych, np.: <ul style="list-style-type: none"> opracowanie i rozpropagowanie okresowych profilak- tycznych bilansów zdrowotnych dla osób dorosłych realizowanych w POZ; powszechnie objęcie świadczeniobiorców pomiędzy 40. a 65. r.ż. profilaktyczną diagnostyką laboratoryjną, w ramach programu „Profilaktyka 40 plus” w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych. <p>Wskaźniki:</p> <p>1.4.1. Zgłaszalność na badania mammograficzne w ra- mach programu profilaktycznego (% uprawnień).</p> <p>1.4.2. Zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktycznego (% uprawnień).</p> <p>1.4.3. Odsetek zaszczepionych dzieci w 3. roku życia w od- niesieniu do wymogów „Programu szczepień ochronnych” (% objętych sprawozdaniami).</p> <p>1.4.4. Odsetek zaszczepionych przeciw grypie.</p> <p>1.4.5. Udział wydatków na profilaktykę w wydatkach bieżą- cych na zdrowie.</p> <p>Cel 2.4. Optymalizacja piramidy świadczeń (zwiększenie roli opieki otwartej POZ i AOS).</p> <ul style="list-style-type: none"> Wprowadzenie nielimitowania świadczeń w zakresie am- bulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). 	<p>■ Działanie 2.6.6. Zdefiniowanie podstawowych regionów zabezpie- czenia, uwzględniając założenia dotyczące funkcjonowania szpitali powiatowych.</p> <p>Oczekiwane rezultaty działania:</p> <ul style="list-style-type: none"> zmniejszenie nierówności w dostępie do świadczeń dla pacjentów; poprawa zaspokojenia potrzeb zdrowotnych; poprawa wskaźników (DALY) do poziomu wskaźników średnioeuropejskich; poprawa opieki w obszarach defaworyzowanych (obszary wiejskie, z utrudnionym dostępem do świadczeń oraz w obszarach zagro- żonych ubóstwem); uwzględnienie specyfiki regionalnej i obszarów/grup defaworyzowa- nych w określeniu pożądanego stanu docelowego systemu ochrony zdrowia.

RZĄDZENIE (GOVERNANCE)	„Zdrowa Przyszłość”. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	Krajowy Plan Transformacji
<p>Promowanie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych, w tym w zarządzaniu chorobami</p>	<p>Wskaźnik</p> <p>2.4.1. Wskaźnik świadczeń ambulatoryjnych.</p> <p>CEL 2.1. Zapewnienie przejrzystości procedur</p> <p>Wskaźniki:</p> <p>2.1.1. Liczba wdrożonych standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej nad pacjentem.</p> <p>2.1.2. Liczba opracowanych ścieżek terapeutyczno-diagnostycznych w publicznym systemie ochrony zdrowia.</p> <p>CEL 2.3. Rozwój opieki koordynowanej</p> <p>Narzędzie 2.2. Wsparcie i rozwój opieki koordynowanej, w tym nad osobami starszymi.</p> <ul style="list-style-type: none"> Opracowanie i implementacja standardów organizacyjnych opieki i obsługi pacjenta oraz ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla często występujących jednostek chorobowych. <p>Wskaźniki:</p> <p>2.3.1. Liczba opracowanych modeli opieki koordynowanej i kompleksowej.</p> <p>2.3.2.1. Liczba wdrożonych modeli opieki koordynowanej i kompleksowej w publicznym systemie opieki zdrowotnej.</p> <p>2.3.2.2. Liczba osób zakwalifikowanych do programów opieki koordynowanej i kompleksowej w publicznym systemie opieki zdrowotnej.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Działanie 2.6.2. Tworzenie warunków do rozwoju centrów specjalistycznych oraz wprowadzanie działań mających na celu poprawę koncentracji świadczeń, np. Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne na lata 2019-2023 czy 2.6.3. Plan dla chorób rzadkich (2021-2023). Poprawa dostępu pacjentów z chorobami rzadkimi do nowoczesnej diagnostyki i wielodyscyplinarnej, koordynowanej opieki medycznej, zgodnej z aktualnym stanem wiedzy i możliwościami technologicznymi. Działanie 2.8.2. Prace nad wyodrębnieniem podstawowej opieki fizjoterapeutycznej, w tym wczesnodziecięcej oraz dla osób starszych. Rozwój koordynowanej opieki pozabiegowej i pocovidowej (2022-2023). Działanie 2.5.1. Stworzenie trzyzmiomowego systemu udzielania nocnej pomocy lekarskiej (2021-2022): <ul style="list-style-type: none"> wypełnienie ankiety dotyczącej stanu zdrowia lub rozmowa z konsultantem; stworzenie sieci powiatowych ambulatoriów przy jednoczesnej rezygnacji z usług podmiotów świadczących obecnie nocną i świąteczną pomoc lekarską; polecenie pacjentowi wezwania ZRM, jeśli w wywiadzie zidentyfikowano podejrzenie bezpośredniego zagrożenia życia. <p>Działanie 2.4.3. Wzmocnienie koordynacji opieki (2021-2025) przez:</p> <ul style="list-style-type: none"> wprowadzenie w POZ funkcji koordynatora pacjenta po systemie ochrony zdrowia (finansowanie ze środków publicznych i monitorowanie tej funkcji); wprowadzenie szczegółowej sprawozdawczości i jej monitorowanie w zakresie badań diagnostycznych i innych zlecanych z POZ; opracowanie nowego modelu opieki nad chorymi przewlekle z uwzględnieniem m.in. rozwiązań cyfrowych i doświadczeń pilotażu POZ PLUS. <p>Działanie 2.7.1. Rozwój podmiotów świadczących skoordynowaną opiekę psychiatryczną w oparciu o założenia modelu środowiskowego (Centra Zdrowia Psychicznego) (2022-2027).</p>
<p>Rozwój programów kompleksowej, zintegrowanej i koordynowanej opieki zdrowotnej</p>	<p>CEL 2.3. Rozwój opieki koordynowanej</p> <p>Narzędzie 2.2. Wsparcie i rozwój opieki koordynowanej, w tym nad osobami starszymi.</p> <ul style="list-style-type: none"> Promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych ze szczególnym uwzględnieniem działań na rzecz dzieci, młodzieży i osób starszych oraz zdrowia psychicznego. Stworzenie nowych modeli opieki koordynowanej opartych na wartości zdrowotnej. Utworzenie Krajowej Sieci Onkologicznej oraz Krajowej Sieci Kardiologicznej umożliwiających lepszą koordynację opieki. <p>Wskaźniki:</p> <p>2.3.1. Liczba opracowanych modeli opieki koordynowanej i kompleksowej.</p> <p>2.3.2.1. Liczba wdrożonych modeli opieki koordynowanej i kompleksowej w publicznym systemie opieki zdrowotnej.</p> <p>2.3.2.2. Liczba osób zakwalifikowanych do programów opieki koordynowanej i kompleksowej w publicznym systemie opieki zdrowotnej.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Działanie 2.4.4. Wzmocnienie opieki domowej nad pacjentem z wykorzystaniem nowoczesnych technologii oraz zwiększeniem roli pielęgniarki (2022-2027). <ul style="list-style-type: none"> Opracowanie zasad opieki domowej nad pacjentem. Wdrożenie rozwiązań premiujących rozszerzenie kompetencji – pielęgniarka zaawansowanej praktyki domowej. Rekomendacja wdrożenia rozwiązań zdalnych (m.in. obecne pilotaże e-stetoskop, e-opaska). Działanie 2.9.1. Włączenie opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej udzielanych w warunkach domowych (2023 r.). Działanie 2.9.2. Wsparcie działalności lub tworzenia nowych miejsc opieki medycznej w formach zdeinstytucjonalizowanych, w tym DDOM zgodnie z opracowanym standardem (2022-2030). Działanie 2.9.3. Stworzenie systemu dziennego wsparcia dla osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci oraz dla opiekunów tych osób poprzez utworzenie sieci DCWP – Dziennych Centrów Wsparcia Pacjentów (2022-2030).
<p>Wzmocnienie opieki domowej dla osób starszych (lepsza integracja pomiędzy dedykowaną opieką senioralną a opieką zdrowotną)</p>	<p>Załącznik nr 1 Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi</p> <ul style="list-style-type: none"> Deinstytucjonalizacja – rozwój opieki dziennej i domowej, głównie dla osób starszych i osób z zaburzeniami psychicznymi. <p>Wskaźniki:</p> <ul style="list-style-type: none"> Osiągnięcie szybszego wzrostu liczby osób w wieku co najmniej 65 lat objętych środowiskową (domową i dzienną) opieką długoterminową niż wzrostu liczby osób objętych całodobową stacjonarną (instytucjonalną) opieką długoterminową; Liczba opiekunów medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej na 10 tys. osób w wieku co najmniej 65 lat; Liczba osób w wieku co najmniej 65 lat objętych świadczeniami pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi w ramach opieki długoterminowej udzielanymi w warunkach domowych; Liczba osób w wieku co najmniej 65 lat korzystających z dziennej opieki długoterminowej udzielanej w ramach DDOM; 	<ul style="list-style-type: none"> Działanie 2.4.4. Wzmocnienie opieki domowej nad pacjentem z wykorzystaniem nowoczesnych technologii oraz zwiększeniem roli pielęgniarki (2022-2027). <ul style="list-style-type: none"> Opracowanie zasad opieki domowej nad pacjentem. Wdrożenie rozwiązań premiujących rozszerzenie kompetencji – pielęgniarka zaawansowanej praktyki domowej. Rekomendacja wdrożenia rozwiązań zdalnych (m.in. obecne pilotaże e-stetoskop, e-opaska). Działanie 2.9.1. Włączenie opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej udzielanych w warunkach domowych (2023 r.). Działanie 2.9.2. Wsparcie działalności lub tworzenia nowych miejsc opieki medycznej w formach zdeinstytucjonalizowanych, w tym DDOM zgodnie z opracowanym standardem (2022-2030). Działanie 2.9.3. Stworzenie systemu dziennego wsparcia dla osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci oraz dla opiekunów tych osób poprzez utworzenie sieci DCWP – Dziennych Centrów Wsparcia Pacjentów (2022-2030).

RZĄDZENIE (GOVERNANCE)	„Zdrowa Przyszłość”. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	Krajowy Plan Transformacji
<ul style="list-style-type: none"> ■ Liczba osób w wieku co najmniej 65 lat korzystających z dziennej opieki długoterminowej udzielanej w ramach Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci; ■ Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej objętych opieką długoterminową, w tym w formach środowiskowych. 		<p>Działanie 2.9.4.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Opracowanie ramowego programu szkoleń dla opiekunów nieformalnych osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2022 r. ■ Opracowanie programu realizacji pilotażu wsparcia psychologicznego i profilaktyki zdrowia psychofizycznego dla opiekunów osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2022 r. ■ Przeprowadzenie pilotażu wsparcia psychologicznego i profilaktyki zdrowia psychofizycznego dla co najmniej 1000 opiekunów osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2025 r. <p>Ewaluacja rezultatów przeprowadzonego pilotażu i analiza możliwości włączenia przetestowanych rozwiązań do systemu świadczeń gwarantowanych – do końca 2026 r.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Włączenie pozytywnie zwalidowanych form wsparcia psychologicznego dla opiekunów nieformalnych osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu do systemu publicznej ochrony zdrowia – do końca 2030 r.



Literatura

1. Arnstein S.R., *A Ladder of Citizen Participation*, „Journal of the American Institute of Planners”, 1969, t. 35, nr 4, s. 216–224.
2. Barasa E.W., Cloete K., Gilson L. (2017), *From bouncing back, to nurturing emergence: Reframing the concept of resilience in health systems strengthening*. Health Policy and Planning. 32: 91–4.
3. Brundtland G.H., Khalid M., Agnelli S., Al-Athel S., Chidzero B. (1987), *Our common future*. New York.
4. Fridell M., Id S.E., Schreeb J. von, Saulnier D. (2020), *Health System Resilience: What Are We Talking About? A Scoping Review Mapping Characteristics and Keywords*. Int J Health Policy Manag. 9 (1): 6–16.
5. Guidotti T.L. (2015), *Health and sustainability: an introduction*. Oxford; New York: Oxford University Press.
6. Krajowy Plan Transformacji, <http://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80>
7. Liao Y., *Toward a Pragmatic Model of Public Responsiveness: Implications for Enhancing Public Administrators' Responsiveness to Citizen Demands*, „International Journal of Public Administration”, 2018, t.41, nr 2, s. 159–169.
8. Lennox L., Maher L., Reed J. (2018), *Navigating the sustainability landscape: a systematic review of sustainability approaches in healthcare*. Implementation Science. Feb 9; 13 (1): 27.
9. Młodach R., Wdrażanie Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych (EFSD) w sektorze zdrowia w Polsce, Warszawa 2019, https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/studies/pdf/implement_healthcare_pl_pl.pdf
10. OSR dla Projektu uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa przyszłość”.
11. Pluye P., Potvin L., Denis J.-L. (2004). *Making public health programs last: conceptualizing sustainability*. Evaluation and Program Planning. May; 27 (2): 121–33.
12. Shediak-Rizkallah M.C., Bone L.R. (1998), *Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy*. Health Education Research. Mar 1; 13 (1): 87–108.
13. Shigayeva A., Coker R.J. (2015), *Communicable disease control programmes and health systems: an analytical approach to sustainability*. Health Policy and Planning. Apr; 30 (3): 368–85.
14. Thomas S., Sagan A., Larkin J., Cylus J., Figueras J., Karanikolos M. (2020), *Strengthening health systems resilience: key concept and strategies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
15. Wharton G., Gocke D., McGuire A., Sturm T. (2021), *The Partnership for Health Sustainability and Resilience, Interim Report of the Pilot Phase*, July 2020 – March 2021, dostęp 10.09.2021 http://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_Interim_Report_of_the_Pilot_Phase.pdf.
16. Zabdyr-Jamróz M., *Wszechstronność. O deliberacji w polityce zdrowotnej z uwzględnieniem emocji, interesów własnych i wiedzy eksperckiej*. Kraków 2020.
17. „Zdrowa Przyszłość”. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//3/12348352/12798638/12798639/dokument509773.pdf>

Spis rysunków i tabel

Tabela 1. Matryca Ewaluacyjna Zrównoważenia i Odporności Systemu Ochrony Zdrowia. Rekomendacja PHSSR.....	16
Tabela 2. Matryca. Wyniki badania.....	25
Tabela 3. Drabina partycypacji społecznej Sherry Arnstein.....	31
Tabela 4. Kluczowe definicje	37
Tabela 5. Zastosowanie matrycy w polskim systemie ochrony zdrowia	44
Rysunek 1. Zrównoważony system ochrony zdrowia.....	9
Rysunek 2. Odporność systemu ochrony zdrowia	11
Rysunek 3. Etapy tworzenia Matrycy Ewaluacyjnej Zrównoważenia i Odporności Systemu Ochrony Zdrowia	13
Rysunek 4. Skala ocen ważonych.....	17





IZMOZ

**INSTYTUT ZARZĄDZANIA
W OCHRONIE ZDROWIA**

AstraZeneca 