



Minister Zdrowia

Warszawa, 26 lipca 2022

ZPG.6541.3.2022.JS

Pan
dr hab. Marcin Wiącek, prof. UW
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku,

W odpowiedzi na pismo z dnia 2 lipca 2022 r. (znak: V.7010.140.2019.ET) w sprawie opieki paliatywnej i hospicyjnej na obszarach wiejskich, pragnę uprzejmie podziękować za zorganizowanie kolejnej edycji konferencji poświęconej przedmiotowej tematyce oraz przekazanie wniosków ekspertów w niej uczestniczących.

Jednocześnie odnosząc się do kwestii podniesionych w przedmiotowym piśmie zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie poniższych informacji.

Nawiązując do **sytuacji zdrowotnej i zmian społecznych na obszarach wiejskich**, należy zaznaczyć, że nierówności w zdrowiu wśród populacji Polski są przede wszystkim efektem zróżnicowania warunków codziennego życia i dostępu do zasobów ekonomicznych, społecznych i kulturowych. Wszystkie te czynniki wpływają na kształtowanie się zachowań zdrowotnych, od których zależy przede wszystkim stan zdrowia ludności.

Badania obejmujące kraje europejskie pokazują, że stan zdrowia populacji ogólnie stale się poprawia, a umieralność maleje we wszystkich grupach społecznych, jednak zróżnicowanie stanu zdrowia, zwłaszcza w zależności od dochodów, pozycji zawodowej i wykształcenia, jest względnie trwałe i silnie oddziaływujące.

Jak wskazują badania¹ czynnikiem społeczno-ekonomicznym szczególnie różnicującym sytuację zdrowotną w Polsce jest poziom wykształcenia, zwłaszcza wśród mężczyzn².

Mimo, że niezmiennie najmniej korzystne środowisko zamieszkania stanowią najmniejsze miejscowości, których mieszkańcy żyją najkrócej, to jednak wyniki badań wskazują, że fakt zamieszkania w mieście albo na wsi w stosunkowo niewielkim stopniu przyczynia się do różnicowania długości życia Polaków³.

Obserwuje się natomiast wyraźne zróżnicowanie długości trwania życia ludności pomiędzy powiatami kraju – większość powiatów, w których mężczyźni żyją najdłużej skupia się w Polsce południowej oraz środkowo-zachodniej, natomiast kobiety żyją najdłużej w powiatach we wschodniej części kraju⁴.

Powyższe wyniki wskazują zatem na istniejące społeczne nierówności w zdrowiu, ale jednocześnie podkreślają rolę innych, niż samo zamieszkiwanie w mieście albo na wsi, czynników w głównej mierze wpływających na podtrzymanie tych nierówności.

Niemniej, mając na uwadze rolę czynników społeczno-ekonomicznych na zdrowie ogółu populacji, w tym również osób starszych, pragnę nadmienić, że uchwałą nr 13/2019 z dnia 23 września 2019 r. Rady do spraw Zdrowia Publicznego został powołany Zespół roboczy ds. analizy i oceny wpływu polityk na społeczne nierówności w zdrowiu.

Zespół roboczy został powołany w celu:

- wypracowania jak najlepszych rozwiązań w zakresie kształtowania i oceny polityk publicznych, sprzyjających realizacji zadania określonego w ustawie dotyczącego ograniczania nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych oraz celu strategicznego Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) wydanego na podstawie art. 9 ustawy o zdrowiu publicznym⁵;
- podejmowania działań wspierających analizę polityk w poszczególnych obszarach, w tym w politykach tradycyjnie niezwiązanych ze zdrowiem;
- rozpowszechnienia zaleceń opartych na najlepszych osiągniętych wynikach.

¹ Badania prowadzone przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy.

² 11 lat różnicy w długości życia pomiędzy mężczyznami z wykształceniem wyższym a wykształceniem gimnazjalnym i niższym (źródło: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020*, NIZP-PZH, Warszawa 2020).

³ W 2019 r. mężczyźni mieszkający w miastach żyją przeciętnie o 1,1 roku dłużej od mężczyzn mieszkających na wsi, natomiast długość życia mieszkanki miast i wsi jest niemal taka sama (źródło: j.w.).

⁴ W okresie 2017-2019 wśród mężczyzn najdłuższego życia mogli oczekiwać mieszkańcy miasta Sopot – 78,3 lat, a najkrótszego mieszkańcy powiatu kutnowskiego – 70,7 lat (różnica wynosi ok. 7,6 lat). W przypadku kobiet zróżnicowanie było nieco mniejsze – przeciętnie najdłużej żyją również mieszkanki miasta Sopot – 84,7 lat, natomiast najkrócej mieszkanki miasta Chorzów – 78,6 lat (różnica wynosi ok. 6,1 lat. (źródło: j.w.).

⁵ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 1956, z późn. zm.).

Uprzejmie informuję, że tematem ostatniego posiedzenia Zespołu roboczego, które odbyło się w dniu 6 lipca 2022 r., była możliwość adaptacji rządowych programów profilaktycznych na potrzeby obszarów wiejskich. Posiedzenie zostało zwołane w związku z omawianiem – przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Agencją Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa – możliwości dotyczących opracowania programu profilaktycznego skierowanego do ludności zamieszkującej obszary wiejskie, w tym rolników. Główną ideą projektowanych działań ma być zachęcenie mieszkańców tych obszarów do korzystania z oferowanych lokalnie programów profilaktycznych, a przede wszystkim zwiększenie zgłaszalności na badania profilaktyczne.

Pragnę również zauważyć, że celem strategicznym NPZ na lata 2021–2025⁶ jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu.

NPZ jest dokumentem ustanawianym w celu realizacji polityki zdrowia publicznego i opiera się na współdziałaniu organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz podmiotów, o których mowa w art. 3 ust. 2 *ustawy o zdrowiu publicznym*⁷.

Istotą interwencji w obszarze zdrowia publicznego jest ich systematyczność, stałość i powtarzalność – jedynie konsekwencja działań w perspektywie wieloletniej jest bowiem gwarantem osiągnięcia zakładanych zmian zdrowotnych. Dlatego też działania realizowane w ramach NPZ na lata 2016–2020⁸ są kontynuowane w ramach obecnej edycji NPZ.

W ramach celu operacyjnego 5. Wyzwania demograficzne NPZ na lata 2021–2025 przewidziano działania na rzecz poprawy zdrowia populacji osób starszych w Polsce, z uwzględnieniem dotarcia do grup docelowych z mniejszych miejscowości na terenie kraju.

Innym dokumentem strategicznym uwzględniającym kwestie niwelowania nierówności w zdrowiu i wyrównania dostępu do świadczeń zdrowotnych pomiędzy poszczególnymi regionami kraju jest polityka publiczna pn. Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030, przyjęta przez Radę Ministrów w drodze uchwały w dniu 27 grudnia 2021 r.

Głównym celem działań przedstawionych w *Zdrowej przyszłości* jest zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej

⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz. U. poz. 642).

⁷ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 1956, z późn. zm.).

⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. poz. 1492).

jakości świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia. Kluczowym oczekiwanym efektem implementacji zmian określonych w dokumencie ma być wydłużenie trwania życia w zdrowiu i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa.

Zdrowa przyszłość obejmuje również Strategię deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej nad osobami starszymi (załącznik nr 1 do dokumentu). Celem głównym *Strategii* jest poprawa stanu zdrowia i jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów oraz wsparcie w utrzymaniu niezależności osób starszych umożliwiające im jak najdłuższe funkcjonowanie w środowisku lokalnym, niezależnie od miejsca zamieszkania.

Strategia skupia się przede wszystkim na działaniach na rzecz poprawy dostępności, jakości i kompleksowości środowiskowej opieki zdrowotnej, w szczególności opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej, dla osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym także osób z zaburzeniami otępiennymi, jak również wsparcia ich opiekunów.

Mając na uwadze specyfikę objawów i postępowanie chorób otępiennych, Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania ukierunkowane zarówno na zapewnienie tym chorym właściwej opieki, jak również na jak najwcześniejsze rozpoznanie oznak choroby. W tym celu Ministerstwo Zdrowia prowadzi prace analityczne i koncepcyjne, we współpracy z konsultantami krajowymi i innymi ekspertami w tym zakresie, w celu wypracowania rozwiązań dotyczących wczesnej diagnostyki zaburzeń otępiennych rozpoczynanej na poziomie POZ. Ma to szczególne znaczenie dla chorych i ich rodzin z obszarów poza dużymi miastami, gdzie dostęp do specjalistycznych świadczeń z zakresu diagnostyki i leczenia tych chorób jest często znacząco utrudniony.

Ponadto, odpowiedzią na rosnące zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej dla pacjentów starszym wieku, ze szczególnym uwzględnieniem grup defaworyzowanych, (zarówno społecznie, jak i geograficznie), są działania podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO).

W ramach zadań przewidzianych w KPO Ministerstwo Zdrowia opracowało Kompleksowy przegląd możliwości tworzenia w szpitalach powiatowych ośrodków opieki długoterminowej oraz oddziałów geriatrycznych w Polsce.

Przedmiotowy przegląd ma stanowić załączniki do aktu prawnego, wspierającego proces wyboru szpitali powiatowych kwalifikujących się do wsparcia w powyższym zakresie.

W następnych krokach związanych z realizacją reform i inwestycji w zakresie opieki zdrowotnej, w tym opieki nad pacjentami w starszym wieku, Ministerstwo Zdrowia m.in. przygotuje strategiczny przegląd opieki długoterminowej w Polsce, przeprowadzi proces restrukturyzacji szpitali oraz wdroży ustawę o jakości i bezpieczeństwie pacjenta.

Przywołane powyżej dokumenty strategiczne dla systemu ochrony zdrowia w Polsce stanowią podstawę dla realizacji wielokierunkowych działań Ministerstwa Zdrowia na rzecz realizacji rozwiązań systemowych mających na celu zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej osobom starszym, z uwzględnieniem mieszkańców mniejszych miejscowości, a także ich rodzin i bliskich sprawujących nad nimi codzienną opiekę.

Działania w tym zakresie mają stanowić wielokierunkową odpowiedź na zmiany społeczno-demograficzne oraz wyzwania zdrowotne związane z postępującym procesem starzenia się polskiego społeczeństwa i kurczącym się potencjałem opieki rodzinnej. Przewidują one m.in. rozwój różnego rodzaju form opieki formalnej (domowej, dziennej i stacjonarnej m.in. w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz opieki długoterminowej) blisko miejsca zamieszkania, dostosowanej do potrzeb i ograniczeń zdrowotnych osób starszych, a jednocześnie wspierających i odciążających ich opiekunów nieformalnych.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia działania w tym zakresie mają również na celu poprawę koordynacji istniejącego wsparcia i opieki dla tych osób, zarówno po stronie systemu ochrony zdrowia, jak i systemu pomocy społecznej, w szczególności w zakresie wypracowania rozwiązań koordynacyjnych na poziomie lokalnym, w tym również z uwzględnieniem terenów wiejskich, na których dostępność informacji na temat istniejących form wsparcia w ramach obu systemów jest niejednokrotnie ograniczona.

Odnosząc się natomiast do kwestii działań na rzecz ograniczenia skutków e-wykluczenia seniorów na obszarach wiejskich uprzejmie informuję, że od stycznia 2019 r. Ministerstwo Zdrowia realizuje projekt pn. Dostępność Plus dla zdrowia wdrażany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) na lata 2014–2020, przy współfinansowaniu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS)⁹.

Projekt ma na celu wdrożenie działań projakościowych w systemie ochrony zdrowia polegających na dostosowaniu wybranych w procedurze konkursowej placówek udzielających podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i szpitali do potrzeb *pacjentów ze szczególnymi potrzebami, w szczególności osób starszych oraz niepełnosprawnych* w oparciu o opracowane w projekcie *Standardy Dostępności*.

⁹ Wartość projektu wynosi 335 mln zł. Okres realizacji projektu zaplanowano od 1 stycznia 2019 r. do 30 listopada 2023 r.

Wdrażane rozwiązania mają przyczynić się do poprawy dostępności placówek opieki zdrowotnej w obszarach: cyfrowym (w tym telemedycznym), architektonicznym, komunikacyjnym i organizacyjnym. Placówki medyczne biorące udział w projekcie otrzymują granty na realizację tych celów w określonym czasie¹⁰. Zgodnie z założeniami, w ramach projektu *Dostępność Plus dla zdrowia*, wsparcie grantowe na poprawę dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami ma otrzymać co najmniej 250 placówek POZ oraz co najmniej 67 szpitali.

Planowanymi efektami realizacji przedmiotowego projektu mają być m.in.:

- stworzenie/zoptymalizowanie systemów IT uwzględniających szczególne potrzeby pacjentów, w tym wdrożenie rozwiązań telemedycznych w placówkach POZ i szpitalach;
- podniesienie dojrzałości cyfrowej placówek w zakresie wsparcia pacjentów ze szczególnymi potrzebami;
- podniesienie jakości usług zdrowotnych dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami, w tym aspektów komunikacyjnych i organizacyjnych;
- zniwelowanie barier architektonicznych, zapewniających funkcjonowanie placówek „przyjaznych” osobom ze szczególnymi potrzebami.

Do dnia 11 lipca 2022 r. w ramach 2 naborów przeprowadzono łącznie 170 audytów wstępnych dla placówek POZ oraz 34 audyty wstępne dla szpitali w zakresie poziomu ich dostępności. W tym samym okresie zawarto 142 umowy z placówkami POZ¹¹ i 19 umów ze szpitalami.

Odnosząc się natomiast do kwestii **dostępności i organizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenach wiejskich** w kontekście przetestowanych modeli i projektów tej opieki przedstawionych w piśmie, uprzejmie informuję, że w dniu 29 czerwca 2022 r. Minister Zdrowia zatwierdził Plan Taryfikacji na 2023 r., który obejmuje również świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej, które były świadczeniami wymagającymi prac taryfikacyjnych najczęściej wskazywanymi w pismach kierowanych w tej sprawie zarówno do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), jak i do Ministerstwa Zdrowia.

¹⁰ Placówki POZ mogą otrzymać grant w wysokości max. do 720 tys. zł, natomiast szpitale – max. do 2 mln zł. Okres realizacji danego przedsięwzięcia wynosi max. do 18 miesięcy.

¹¹ Zgodnie z procedurą naboru wniosków część placówek POZ zlokalizowanych jest w gminach o dochodach niższych niż średni dochód przypadający na jednego mieszkańca w Polsce.

W Ministerstwie Zdrowia trwają także obecnie prace zmierzające do powołania Zespołu ds. przygotowania strategii długofalowej pozwalającej na rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej. W ramach prac Zespołu zostaną poruszone kwestie związane z trudnościami w dostępie do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, również w odniesieniu do osób zamieszkujących tereny wiejskie, oraz wypracowane propozycje rozwiązań w tym zakresie.

Gremium to może również stanowić forum do przedyskutowania możliwości skorzystania z doświadczeń wyniesionych z realizacji projektu pn. *Dać to, czego naprawdę potrzeba* oraz do przeanalizowania możliwości wykorzystania *Nowego modelu hospicjum domowego na terenach wiejskich* i wyskalowania innowacji społecznej *Opieka domowa na terenach wiejskich*, które zostały opisane w przedmiotowym piśmie podsumowującym wnioski z przeprowadzonej konferencji.

Pragnę wyrazić nadzieję, że przygotowana strategia wraz z procesem taryfikacji świadczeń, powinny przyczynić się do wypracowania mechanizmów pozwalających na szersze zabezpieczenie potrzeb pacjentów korzystających ze świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, w tym również zamieszkujących obszary wiejskie.

Z poważaniem

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Waldemar Kraska

Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/