



Minister Zdrowia

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 2.08.16

nr. 3663 podpis

Warszawa, 2016 -07- 22

ZPG.070.20.2016

Pan  
Stanisław Karczewski  
Marszałek Senatu  
Rzeczypospolitej Polskiej

SEKRETARIAT  
Biura Prac Senackich  
Wpłynęło dn. 2.08.16 zał. ....  
nr. 4748 podpis

W odpowiedzi na oświadczenie złożone przez Pana Senatora Mieczysława Augustyna na 21 posiedzeniu Senatu RP w 29 czerwca 2016 r., przekazane przy piśmie z dnia 7 lipca 2016 r., dotyczące kwestii dbałości o zdrowie seniorów w kontekście nasilającej się zmiany demograficznej, uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia, mając na celu poprawę warunków opieki zdrowotnej dla osób starszych, niesamodzielnych lub przewlekle chorych, podejmuje szereg działań systemowych pozwalających na dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do zmian demograficznych oraz zwiększenie dostępności systemu ochrony zdrowia dla pacjentów i sieci wsparcia dla ich rodzin.

#### Zwiększenie dostępu do leków dla osób starszych

Na wstępie pragnę poinformować, że w dniu w dniu 4 maja 2016 r. została podpisana przez Prezydenta RP ustawa z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych (Dz. U. poz. 652), przewidująca wprowadzenie bezpłatnych leków dla świadczeniobiorców którzy ukończyli 75 rok życia.

Wyżej wskazana regulacja ma na celu zwiększenie dostępu do produktów refundowanych – leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, wymienionych w wykazie ogłaszanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia w drodze obwieszczenia, zgodnie z ustawą z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345, z późn. zm.).



Pierwszy wykaz refundowanych bezpłatnych leków dla 75-latków zostanie ogłoszony do dnia 1 września 2016 r., natomiast ustawa wejdzie w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia. W konsekwencji powyższej nowelizacji dokonano zmian w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.), w rozdziale dotyczącym szczególnych uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z ww. przepisami, do wystawiania recept będą upoważnieni: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarka albo lekarz mający prawo do wykonywania zawodu, który zaprzestał jego wykonywania (w tym przypadku dla siebie albo bliskiej rodziny). W ustawie określono zasadę finansowania – przysługujące leki (środki spożywcze specjalnego przeznaczenia, wyroby medyczne) sfinansuje budżet państwa w części stanowiącej odpłatność świadczeniobiorcy, zgodnie z uregulowaniami ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, w zakresie dotyczącym odpłatności ryczałtowej i odpłatności w wysokości 30% albo 50% limitu finansowania, obejmującej kwotę do wysokości limitu finansowania oraz dopłatę w wysokości różnicy między ceną detaliczną danego leku a wysokością limitu finansowania.

Dzięki przejęciu przez budżet państwa części ciężaru finansowania niektórych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych stosowanych przez seniorów, poprawi się stan zdrowia osób starszych. Pacjenci w wieku podeszłym stanowią populację zużywającą największą liczbę opakowań leku per capita (powyżej 40 opakowań rocznie). Jak wynika z posiadanych przez Ministerstwo Zdrowia informacji, najwięcej leków zużywają właśnie pacjenci w grupie 75+. Opisywane działania będą miały korzystny wpływ nie tylko na zdrowie fizyczne, ale również w sferę psychologiczną i emocjonalną osób w wieku powyżej 75 lat. Powinny one przynieść dodatni efekt w postaci zmiany postrzegania swojej sytuacji przez osoby starsze, przyczynić się do aktywizacji tych osób, a także zwiększenia rzeczywistej efektywności preskrypcji lekarskiej. Stosowanie leków zgodnie z preskrypcją lekarską przyczyni się do poprawy stanu zdrowia pacjentów i ograniczy koszty płatnika związane z leczeniem powikłań.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że znoszone są bariery ekonomiczne w dostępie do farmakoterapii już obecnie, poprzez ustanowienie odpowiednich, adekwatnych, racjonalnych poziomów odpłatności refundacyjnych. Lekom stosowanym w najcięższych chorobach przypisano poziom odpłatności "bezpłatne" lub "ryczałt", zaś w pozostałych przewlekłych chorobach leki dostępne są w poziomie odpłatności "ryczałt" albo 30%.

Oznacza to, że w stanach najcięższych dopłata pacjenta do leku jest najniższa, a może być dodatkowo zoptymalizowana poprzez stosowanie tańszych odpowiedników. Taki sposób leczenia jest z punktu widzenia farmakoekonomiki najbardziej korzystny, zarówno dla pacjenta, jak i publicznego płatnika, aczkolwiek realizacja takiej formuły leczenia jest zależna głównie od preferencji i woli pacjenta i lekarza, pod którego opieką pacjent pozostaje. Przy konsekwentnym i pełnym wykorzystaniu opisanych narzędzi, pacjent nie będzie narażony na nadmierne wydatki.

Mając na uwadze przedstawiony powyżej cel i przedmiot ustawy, warto wskazać, że potrzeba docenienia tej grupy społecznej jest jednym z priorytetów działań Ministra Zdrowia – w ramach realizacji polityki lekowej państwa, a także szeroko rozumianej polityki senioralnej. Rozwiązanie to oznacza spełnienie sztandarowej obietnicy złożonej przez Panią Premier Beatę Szydło w exposé.

### **Mapy potrzeb zdrowotnych**

Ponadto finalizowane jest sporządzanie map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w ustawie z dnia 22 lipca 2014 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. poz. 1138 i 1491 oraz z 2016 r. poz. 2198), obejmujące szacowanie potrzeb w lecznictwie szpitalnym na okres od 30 czerwca 2016 r. do 31 grudnia 2018 r. W mapach uwzględnione zostaną tendencje demograficzne, przeprowadzona zostanie analiza funkcjonowania oddziałów geriatrycznych, a także dokonana zostanie prognoza liczby łóżek dedykowanych osobom starszym. Natomiast w ramach projektu pn. „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, do końca 2016 r. sporządzone zostaną modele analityczne, a na ich podstawie mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (neurologicznych wieku starczego) obejmujących wszystkie główne elementy systemu opieki zdrowotnej, tj. POZ, AOS oraz lecznictwo zamknięte. Mapy te mają być uzupełnieniem map potrzeb zdrowotnych utworzonych na podstawie ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

### **Środki UE na wsparcie potrzeb zdrowotnych osób starszych w perspektywie finansowej 2014–2020**

Wsparcie osób starszych ze środków UE odbywa się zarówno z poziomu krajowego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (tzw. PO WER), jak i z poziomu regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych

(tzw. RPO), zaś wsparcie infrastruktury podmiotów leczniczych odbywa się głównie w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (PO IiŚ).

W tym miejscu należy wskazać na działania podejmowane w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. W PO WER – ze względu na diagnozę wskazującą na gwałtowny wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne w najbliższych latach, w tym na usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze związane ze wzrostem liczby osób starszych i niesamodzielnych – przewidziano m.in. działania zwiększające jakość kształcenia pielęgniarzek i położnych i ukierunkowane na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków. Zaplanowano także środki na kształcenie podyplomowe pielęgniarzek i położnych, kształcenie specjalizacyjne i podyplomowe lekarzy realizowane w innych formach niż specjalizacje, a także doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów – w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi. Dofinansowanie zostanie przeznaczone również na wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi).

#### **Dzienny Dom Opieki Medycznej**

W lipcu 2015 r. Ministerstwo Zdrowia ogłosiło konkurs na realizację projektów mających na celu pilotażowe wdrożenie i przetestowanie standardu Dziennego Domu Opieki Medycznej (DDOM). O dofinansowanie realizacji projektu mogły ubiegać się podmioty lecznicze posiadające umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Wnioski o dofinansowanie były przyjmowane do dnia 30 października 2015 r. Złożono aż 148 wniosków o dofinansowanie, a do dofinansowania zostało rekomendowanych 54 wnioski. Projekty będą realizowane przez 2 lata. Dokonano zwiększenia alokacji na konkurs do wysokości ok. 56 mln zł celem objęcia dofinansowaniem wszystkich 54 pozytywnie zweryfikowanych projektów. Oznacza to, że w wyniku konkursu zostanie utworzonych 54 DDOM. Aktualnie trwa procedura podpisywania umów z beneficjentami.

Zgodnie z założeniami, standard DDOM zostanie pilotażowo przetestowany w ramach PO WER, a następnie upowszechniony z wykorzystaniem środków Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2014 – 2020.

W DDOM wsparcie skierowane będzie do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie niewymagających całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarzkiego

realizowanego w trybie stacjonarnym. Świadczenia w dziennym domu opieki medycznej udzielane będą pacjentom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skali poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów.

Do DDOM mogą być przyjęci:

- pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej;
- pacjenci, którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.

Ze względu na charakter opieki świadczonej w DDOM, ze wsparcia wyłączone będą osoby korzystające z opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych, a także osoby, w przypadku których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).

Kierowanie do DDOM będzie odbywać się na podstawie skierowania oraz karty oceny stanu klinicznego, sporządzanej z zastosowaniem skali poziomu samodzielności (skala Barthel). Skierowanie do dziennego domu opieki medycznej będzie wydawane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu. Czas trwania pobytu w DDOM będzie ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych. Pobyt może zostać skrócony z założonych 30 dni w przypadku dobrowolnej rezygnacji pacjenta oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia, wymagającego realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne). W pierwszym miesiącu pacjenci przebywać będą w domu opieki medycznej przez 5 dni w tygodniu przez 8-10 godzin dziennie, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia, liczba i częstotliwość udzielanych świadczeń może być stopniowo zmniejszana w zależności



od indywidualnych potrzeb każdego pacjenta (jednak w czasie krótszym niż 4 godziny dziennie).

DDOM będzie funkcjonował przez cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 8 godzin dziennie, w godzinach dostosowanych do potrzeb pacjentów i ich rodzin. W wyjątkowych przypadkach liczba dni i godzin funkcjonowania Domu może zostać dostosowana do lokalnych potrzeb. Zadaniem DDOM będzie zapewnienie opieki medycznej połączonej z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach DDOM należą:

- opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji,
- doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych,
- usprawnianie ruchowe,
- stymulacja procesów poznawczych,
- terapia zajęciowa,
- przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń oraz w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania medycznego, zapewnione zostaną pacjentowi niezbędne badania diagnostyczne oraz specjalistyczne konsultacje lekarskie. Poza świadczeniami opieki zdrowotnej pacjentom przebywającym w DDOM zapewnione zostanie wyżywienie – odpowiednie do stanu zdrowia. Prowadzone będą również zajęcia dodatkowe, pozwalające na zagospodarowanie czasu wolnego pomiędzy udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi oraz, w razie potrzeby, bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do DDOM i powrót do miejsca zamieszkania.

W odniesieniu do podejmowanych działań inwestycyjnych i organizacyjnych w poszczególnych regionach kraju należy zaznaczyć, że w 2015 r. m. in. w ramach RPO dla Województwa Lubuskiego ogłoszono nabór konkursowy z alokacją w kwocie 4 mln PLN na inwestycje w infrastrukturę zdrowotną podmiotów leczniczych świadczących usługi w zakresie opieki geriatrycznej, długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej. Konkurs ogłoszony został w ramach Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych i udział mogły w nim wziąć jedynie podmioty z Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Zielonej Góry (wnioski należało składać do 31 marca 2016 r.). Procedura wyboru i oceny projektów nie została jeszcze zakończona. Warto podkreślić, że w ramach Planu działań dla sektora zdrowia na 2016 r. zaplanowano dotychczas następujące nabory

konkursowe, które mogą mieć pozytywny wpływ na system opieki zdrowotnej osób starszych:

- 1) w ramach RPO dla Województwa Lubuskiego na II kwartał 2016 r. zaplanowano konkurs dla całego województwa z alokacją w kwocie 4,7 mln PLN w obszarze inwestycji w infrastrukturę zdrowotną, podmiotów leczniczych świadczących usługi w zakresie opieki geriatrycznej, długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej;
- 2) w ramach RPO dla Województwa Świętokrzyskiego na II kwartał 2016 r. zaplanowano konkurs m. in. dla podmiotów realizujących świadczenia gwarantowane z zakresu opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej, w ramach którego wyodrębniono alokację w wysokości ponad 12 mln PLN na ww. podmioty.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że Plany działań w sektorze zdrowia na 2016 r. nie zostały jeszcze przyjęte dla wszystkich województw. W związku z powyższym, prezentowane dane mogą ulec zmianie, w szczególności poprzez wskazanie nowych lub dodatkowych działań odnoszących się do poprawy systemu opieki zdrowotnej dla osób starszych.

Z kolei, działania w ramach IX osi priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (PO IiŚ) na lata 2014 – 2020 ukierunkowane są na utrzymanie dobrego stanu zdrowia potencjalnych zasobów pracy, w celu zapewnienia odpowiedniej liczby osób aktywnych zawodowo (zarówno w kontekście czynników produkcji, jak i m.in. obciążeń dla systemu zabezpieczeń społecznych), co może w sposób pośredni przyczynić się do odwrócenia w dłuższej perspektywie czasowej negatywnych trendów demograficznych. Zgodnie z przyjętym zakresem wsparcia, interwencja IX osi priorytetowej PO IiŚ jest ukierunkowana na rozwój strategicznych elementów infrastruktury ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym (ratownictwa medycznego oraz ponadregionalnych wysokospecjalistycznych ośrodków medycznych), które będą tworzyć warunki dla zwiększenia dostępu do niej mieszkańcom, przyczyniając się tym samym do zakładanego zmniejszenia nierówności w zakresie stanu zdrowia, tj.:

- w ramach infrastruktury ratownictwa medycznego, wsparciem objęte zostaną inwestycje w zakresie poprawy wyposażenia i funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), centrów urazowych (CU) oraz infrastruktury transportu medycznego, tj. lądowisk/lotnisk przy SOR, CU i jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz infrastruktury Lotniczego Pogotowia Ratunkowego,

- co pozwoli na zwiększenie dostępności oraz skuteczności udzielania świadczeń ratowniczych,
- w ramach infrastruktury ponadregionalnych podmiotów leczniczych, głównym celem jest poprawa świadczenia usług zdrowotnych w zakresie chorób układu krążenia, nowotworowych, układu kostno – stawowo – mięśniowego, układu oddechowego oraz chorób psychicznych. Z trendów epidemiologicznych wynika bowiem, że najistotniejszymi problemami zdrowotnymi osób dorosłych jest wzmożona zachorowalność i umieralność z powodu ww. grup jednostek chorobowych.

Należy podkreślić, że z infrastruktury wytworzonej w ramach projektów będą korzystały również osoby starsze. Jednym z elementów projektów będzie dostosowanie infrastruktury do potrzeb osób niesamodzielnych, w tym niepełnosprawnych oraz starszych, co ułatwi im korzystanie z infrastruktury objętej wsparciem ze środków PO LiŚ.

### **Kształcenie kadr medycznych**

W odniesieniu do polityki kształcenia kadr medycznych, Ministerstwo Zdrowia zaplanowało w perspektywie finansowej 2014 – 2020 w ramach Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego realizację działań, których celem jest zapewnienie opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych. Przepisami ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. Nr 113, poz. 658) oraz wydanego na jej podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. *w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów* (Dz. U. z 2013 r. poz. 26), został wprowadzony nowy modułowy system specjalizacji lekarskich. Wprowadzenie ww. systemu modułowego wiąże się ze zniesieniem dotychczas obowiązującego podziału specjalizacji na specjalizacje w podstawowych oraz szczegółowych dziedzinach medycyny. Umożliwia to lekarzom uzyskanie tytułu specjalisty w krótszym niż dotychczas czasie, szczególnie w dziedzinach uznawanych za szczegółowe dziedziny medycyny (do których dotychczas zaliczała się m.in. również geriatrya). W systemie modułowym do szkolenia specjalizacyjnego w dotychczas szczegółowych dziedzinach medycyny, mogą przystępować lekarze bez specjalizacji, będący bezpośrednio po stażu podyplomowym. W związku z powyższym, droga do uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie geriatryi ulegnie skróceniu o ok. 2 lata.

Ponadto należy wskazać, że w dotychczasowym systemie szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie geriatryi mogli realizować wyłącznie lekarze posiadający odpowiednią specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty (w dziedzinie chorób wewnętrznych,



medycyny ogólnej, medycyny rodzinnej lub neurologii). Nie mogli oni zatem ubiegać się o uzyskanie rezydentur na czas szkolenia specjalizacyjnego, bowiem – zgodnie z art. 16a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* – rezydenturę może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty.

Program specjalizacji w dziedzinie geriatryi odbywanej w systemie modułowym przewiduje, że specjalizacja ta dla lekarzy bez specjalizacji trwa 5 lat i składa się z 3-letniego modułu podstawowego w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz 2-letniego modułu specjalistycznego w dziedzinie geriatryi.

Specjalizację w dziedzinie geriatryi w systemie modułowym mogą również odbywać, tak jak dotychczas, lekarze posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, medycyny ogólnej, medycyny rodzinnej lub neurologii. Wprowadzono także możliwość realizowania specjalizacji w dziedzinie geriatryi przez lekarzy posiadających jedynie specjalizację I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych. Dla lekarzy posiadających ww. specjalizacje zostały opracowane odpowiednie wersje programów 2 – letnich specjalizacji. Szkolenie w systemie modułowym po raz pierwszy rozpoczęli lekarze zakwalifikowani do ww. szkolenia specjalizacyjnego w postępowaniu kwalifikacyjnym przeprowadzanym w okresie 1-31.10.2014 r.

Według Centralnego Rejestru Lekarzy RP, prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską, zgodnie ze stanem na dzień 29.02.2016 r. liczba lekarzy specjalistów wykonujących w tej dziedzinie zawód wynosiła 351, natomiast według rejestru lekarzy w trakcie specjalizacji, prowadzonego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (stan na dzień 31.10.2015 r.), liczba lekarzy w trakcie specjalizacji wynosiła 170 (liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatryi systematycznie rośnie). Warto zaznaczyć, że – mając na celu uatrakcyjnienie dla lekarzy podejmowania szkolenia specjalizacyjnego w niektórych dziedzinach medycyny – Minister Zdrowia od 2003 r. określa wykaz specjalizacji priorytetowych. Specjalizację w dziedzinie geriatryi zaliczono do dziedzin priorytetowych zarówno na podstawie dotychczas obowiązujących rozporządzeń, tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. *w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe* (Dz. U. z 2004 r. Nr 1, poz. 7) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 maja 2009 r. *w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe* (Dz. U. Nr 84, poz. 709), jak również na mocy obecnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. *w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny* (Dz. U. z 2012 r., poz. 1489).

Umieszczenie danej dziedziny w wykazie dziedzin priorytetowych powinno przyczyniać się do wzrostu zainteresowania lekarzy podejmowaniem szkolenia specjalizacyjnego w tym zakresie ze względu na możliwość ustalenia wyższego zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarza rezydenta odbywającego szkolenie specjalizacyjne w ww. dziedzinie (w porównaniu z innymi dziedzinami, niefigurującymi w wykazie specjalizacji priorytetowych).

Wynagrodzenie lekarzy rezydentów określają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w *sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury* (Dz. U. poz. 1498). Wysokość wynagrodzenia zasadniczego rezydentów w dziedzinach uznanych przez Ministra Zdrowia za priorytetowe w pierwszych dwóch latach rezydentury wynosi 3602 zł, po dwóch latach rezydentury – 3890 zł. Natomiast w pozostałych dziedzinach medycyny wysokość wynagrodzenia zasadniczego w pierwszych dwóch latach rezydentury wynosi 3170 zł, po dwóch latach rezydentury 3458 zł.

W opiece nad pacjentem opieki długoterminowej centralne miejsce zajmują pielęgniarki, w szczególności te posiadające przygotowanie specjalistyczne w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, pielęgniarstwa zachowawczego, rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, pediatrycznego, geriatrycznego oraz opieki paliatywnej lub legitymujące się ukończeniem kursu kwalifikacyjnego w odpowiedniej dziedzinie pielęgniarstwa.

Szczegółowe kwalifikacje wymagane od pielęgniarek realizujących świadczenia gwarantowane w ramach opieki długoterminowej zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej* (Dz.U. z 2015 r. poz. 1658), natomiast zakres wymagań stawianych pielęgniarkom opieki paliatywnej i hospicyjnej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej* (Dz.U. z 2013 r. poz. 1347). Minister Zdrowia corocznie dofinansowuje najdłuższą, a tym samym najdroższą, formę kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (18-24 miesięcy), na podstawie z art. 70 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach *pielęgniarki i położnej*.

Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2015 r. w *sprawie minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, maksymalnej kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego oraz maksymalnej kwoty*

przeznaczonej na szkolenia specjalizacyjne w 2016 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow., poz. 84), w roku bieżącym przewidziane jest uruchomienie co najmniej 2 250 miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, dofinansowanych ze środków Funduszu Pracy. Natomiast koszt dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego, za cały okres trwania specjalizacji dla pielęgniarki/położnej rozpoczynającej specjalizację w 2016 r. – wynosi 3 500 zł. Biorąc pod uwagę dane demograficzne, szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego zostało uznane za dziedzinę priorytetową w każdym województwie w 2014 r., natomiast w 2015 r. dziedzina ta także była dziedziną priorytetową i otrzymała dofinansowanie w 8 województwach.

Zgodnie z danymi przekazanymi przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w trakcie realizacji jest 39 edycji szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, w tym 24 dofinansowane, w których uczestniczy 1154 pielęgniarek, w tym 600 korzysta z miejsc dofinansowanych (wg stanu na dzień 20 kwietnia 2016 r., przekazane dane mogą ulec zmianie z uwagi na trwające prace związane z opracowaniem sprawozdania za rok 2015). Dodatkowo w 2016 r. przewiduje się dofinansowanie specjalizacji w tej dziedzinie w 6 województwach w kraju, co pozwoli na objęcie dofinansowaniem dodatkowych 150 miejsc szkoleniowych.

Liczba pielęgniarek z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego w podziale na województwa przedstawia się następująco:

Liczba pielęgniarek z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego w podziale na województwa.

Województwo Dziedzina	Szkolenie specjalizacyjne Pielęgniarstwo geriatryczne														Łącznie
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
dolnośląskie	-	-	-	-	-	12	23	-	28	-	-	-	-	14	<b>77</b>
kujawsko-pomorskie	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	32	32	29	5	<b>101</b>
lubelskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	25	27	<b>55</b>
lubuskie	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2	<b>4</b>
łódzkie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	<b>1</b>
małopolskie	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	2	27	<b>31</b>
mazowieckie	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	3	<b>5</b>
opolskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	<b>3</b>
podkarpackie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	1	<b>33</b>
podlaskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	<b>1</b>
pomorskie	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	1	<b>4</b>
śląskie	-	-	-	-	34	-	-	-	-	-	24	-	-	63	<b>121</b>
świętokrzyskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	<b>3</b>
warmińsko-mazurskie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	<b>2</b>
wielkopolskie	-	-	-	-	-	18	40	37	31	1	-	6	1	-	<b>134</b>
zachodniopomorskie	-	-	-	-	-	-	-	-	14	-	-	26	-	23	<b>63</b>
<b>Łącznie</b>	-	-	-	-	<b>35</b>	<b>31</b>	<b>64</b>	<b>38</b>	<b>78</b>	<b>1</b>	<b>58</b>	<b>69</b>	<b>91</b>	<b>173</b>	<b>638</b>

Ponadto rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. poz. 1562) wprowadziło od dnia 24 sierpnia 2015 r. możliwość kształcenia w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla pielęgniarek na poziomie kursu kwalifikacyjnego.

W procesie programowania wsparcia ze środków Unii Europejskiej, w szczególności w zakresie Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS), Ministerstwo Zdrowia we współpracy z ówczesnym Ministerstwem Infrastruktury i Rozwoju brały pod uwagę sytuację kadry pielęgniarstwa i położniczej w Polsce. Punktem wyjścia dla interwencji EFS w latach 2014 – 2020, dotyczącej wsparcia kadr systemu ochrony zdrowia, były: spodziewane wystąpienie w niedługiej perspektywie czasu znacznych niedoborów kadry pielęgniarek i położnych oraz zwiększające się zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i opiekuńcze w związku ze starzeniem się społeczeństwa.

Mając na uwadze wagę wyzwań w kontekście zarządzania kadrami medycznymi w Polsce oraz biorąc pod uwagę zakres interwencji możliwej do sfinansowania z EFS, podjęto decyzje o skoncentrowaniu działań dedykowanych rozwojowi kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych w PO WER. W osi priorytetowej *Wsparcie dla obszaru zdrowia* na kształcenie kadr medycznych przeznaczono ok. 221 mln euro. Dzięki tym środkom możliwe jest wsparcie kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych, ze szczególnym uwzględnieniem jakości kształcenia praktycznego poprzez tworzenie Centrów Symulacji Medycznej. Głównym celem podejmowanych działań jest zwiększenie liczby absolwentów studiów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo. Zaplanowano, że w 2023 r. dodatkowa liczba osób, które dzięki wsparciu Programu uzyskają uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, wyniesie 10 625 osób.

W dniu 5 listopada 2015 r. Minister Zdrowia ogłosił konkurs pn. „*Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków*”. Projekty składane w odpowiedzi na przedmiotowy konkurs zakładają przygotowanie programu rozwojowego, który przyczyni się do wzrostu o min. 25% liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwa i/lub położnictwa u Projektodawcy w stosunku do średniej liczby absolwentów tych kierunków (poziom licencjata pielęgniarstwa i/lub położnictwa) z ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku o dofinansowanie projektu. Projekty realizowane będą w formie partnerstwa uczelni z podmiotami leczniczymi lub związkami pracodawców branży ochrony zdrowia, które to podmioty – zgodnie



z założeniem konkursu – mają zapewnić zatrudnienie (na podstawie umowy o pracę) dla minimum 15% absolwentów przez okres co najmniej 12 miesięcy od chwili zakończenia udziału w projekcie. Zatrudnienie nowych pielęgniarek i położnych (absolwentów uczelni, z którą została podpisana umowa partnerska) nie może spowodować zmniejszenia wskaźnika zatrudnienia w danym podmiocie leczniczym w odniesieniu do danych z ostatnich trzech lat. Wnioskodawcą mogą być szkoły wyższe publiczne bądź niepubliczne, kształcące na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, których jednostki spełniają w dniu złożenia wniosku o dofinansowanie projektu warunki, jakie muszą spełniać jednostki organizacyjne uczelni, aby prowadzić studia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo na poziomie licencjata – zgodnie z wymogami określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365, z późn. zm.). Alokacja na konkurs wynosi 90 mln PLN. Nabór wniosków trwał do 5 lutego 2016 r., złożono 21 wniosków. Obecnie trwa ich ocena.

Dodatkowo, w ramach PO WER Ministerstwo Zdrowia w październiku 2015 r. rozpoczęło realizację projektu analitycznego (komplementarnego do projektu ukierunkowanego na zwiększenie liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo) w którym wypracowane zostaną rozwiązania mające na celu poprawę jakości kształcenia oraz warunków zatrudnienia kadry pielęgniarskiej w polskim systemie ochrony zdrowia.

Ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego wspierane będzie także, jak wyżej wspomniano, kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi kraju. Powyższe działania powinny przyczynić się do zapewnienia odpowiedniego do potrzeb zasobu wykwalifikowanych pielęgniarek i położnych jak również dostosowania opieki zdrowotnej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych.

W dniu 8 października 2015 r. Departament Funduszy Europejskich w Ministerstwie Zdrowia, pełniący funkcję Instytucji Pośredniczącej dla PO WER, ogłosił konkurs na realizację projektów w ramach V Osi priorytetowej *Wsparcie dla obszaru zdrowia*, Działania 5.4 *Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych*. Przedmiotem konkursu są projekty przewidujące wsparcie edukacyjne dla pielęgniarek i położnych w formie kursów specjalistycznych oraz kwalifikacyjnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi.

Wnioskodawcami mogły być:



- uczelnie, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz podmioty lecznicze,
- inne podmioty po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe, zwanego dalej "rejestrem", będącego rejestrem działalności regulowanej.

Alokacja na konkurs wynosiła: 30 000 000 PLN.

W projektach finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego wyłonionych do dofinansowania w ramach przedmiotowego konkursu przewiduje się wsparcie edukacyjne w następujących formach:

- kurs specjalistyczny: Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych,
- kurs specjalistyczny: Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych,
- kurs kwalifikacyjny: Pielęgniarstwo onkologiczne,
- kurs specjalistyczny: Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego,
- kurs specjalistyczny: Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów,
- kurs kwalifikacyjny: Pielęgniarstwo psychiatryczne,
- kurs specjalistyczny: Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi,
- kurs specjalistyczny: Wykonanie badania spirometrycznego,
- kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla pielęgniarek.

Uczestnik może wziąć udział w jednym kursie. Wyjątek stanowią kursy specjalistyczne pozwalające pielęgniarkom i położnym zdobyć dodatkowych uprawnień, tj. ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych oraz wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych. Zgodnie z art. 15b ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka i położna mogą ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, (w tym także wystawiają na nie recepty) po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta.

W wyniku realizacji projektów wyłonionych w przedmiotowym konkursie minimum 10 000 pielęgniarek i położnych zostanie objętych kształceniem podyplomowym w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi, w tym 4 000 pielęgniarek i położnych zdobędzie nowe uprawnienia zawodowe w wyniku ukończenia kursu specjalistycznego pn. *Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych*. Nabór wniosków o dofinansowanie został przeprowadzony do 10 grudnia

2015 r. W dniu 4 kwietnia 2016 r. na stronie internetowej [www.zdrowie.gov.pl](http://www.zdrowie.gov.pl) zamieszczono informację o rozstrzygnięciu konkursu. Wysokość środków w konkursie została zwiększona do poziomu 68,8 mln zł. Dzięki temu możliwe było zakontraktowanie 27 najlepiej ocenionych projektów. Aktualnie trwa procedura podpisywania umów o dofinansowanie z wykonawcami.

### **Projekty zrealizowane**

Ponadto, w latach 2012 – 2015 Ministerstwo Zdrowia, w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, realizowało projekt systemowy pn. *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*, współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Jego celem była poprawa opieki nad osobami w wieku podeszłym w Polsce poprzez podniesienie kompetencji (szkolenie) kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej. W okresie realizacji projektu, kursy z zakresu opieki geriatrycznej ukończyło:

- 1368 lekarzy poz,
- 2176 fizjoterapeutów,
- 4064 pielęgniarek poz,
- 467 opiekunów medycznych,
- 163 terapeutów środowiskowych.

Szkolenia poszczególnych grup zawodowych realizowane były na podstawie programów kształcenia opracowanych przez zespoły ekspertów powołane w ramach Zespołu ds. Zdrowotnej Polityki Senioralnej przy Ministrze Zdrowia. Założeniem było, aby wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej, przyczyniło się do wypracowania modelu opieki nad osobami starszymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym w środowisku zamieszkania.

W projekcie, na podstawie m.in. ankiet wypełnianych przez uczestników szkoleń oraz wywiadów z ekspertami, przeprowadzona została ewaluacja obecnego systemu opieki nad osobami starszymi w Polsce. Na jej podstawie zostały opracowane założenia kompleksowej opieki nad osobami starszymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki jej realizacji, w tym poprawy systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej. Założeniem projektu było podniesienie świadomości społeczeństwa, w tym kadr medycznych oraz osób odpowiedzialnych za realizację i finansowanie świadczeń zdrowotnych na temat potrzeby sprawowania kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki nad osobami starszymi

na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Projekt był przedsięwzięciem ogólnopolskim.

Ministerstwo Zdrowia, we współpracy z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, w latach 2013 – 2015 realizowało także projekt systemowy „*Rozwój kompetencji i umiejętności kadry pielęgniarskiej, w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa*”, którego elementem był kurs specjalistyczny pn. „*Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego*”.

Projekt skierowany był do pielęgniarek i pielęgniarzy z terenu całej Polski, posiadających prawo wykonywania zawodu i aktualne zatrudnienie w zawodzie na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej. Z uwagi na duże zainteresowanie udziałem w kursie wśród kadry pielęgniarskiej, wstępnie założony wskaźnik został znacznie zwiększony i ostatecznie od listopada 2013 r. do sierpnia 2015 wyniósł 12 876 osób, w tym 12 736 pielęgniarek i 140 pielęgniarzy. Kurs realizowany był na obszarze całej Polski (w tym na obszarze każdego województwa i każdej okręgowej izby pielęgniarek i położnych) przez uprawnionych organizatorów kształcenia, wyłanianych w trybie zamówień publicznych.

### **Opiekun medyczny**

W związku ze stale zwiększającym się zapotrzebowaniem na usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne oraz pogłębiającym się deficytem w zakresie zabezpieczenia świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych nad osobami niesamodzielnymi, rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 czerwca 2007 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. poz. 860, z późn. zm.), wprowadzono możliwość kształcenia w zawodzie opiekun medyczny. Aktualnie kształcenie w przedmiotowym zawodzie prowadzone jest w oparciu o rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. z 2012 r. poz. 7, z późn. zm.). Rozporządzenie stanowi, że kształcenie w zawodzie opiekun medyczny może być prowadzone zarówno w szkołach policealnych, jak i na kwalifikacyjnych kursach zawodowych. Kształcenie w tym zawodzie w szkołach policealnych trwa jeden rok. Według stanu na dzień 21 stycznia 2016 r. liczba szkół kształcących w zawodzie opiekun medyczny wynosi 639. Należy równocześnie podkreślić, że aktem prawnym regulującym zasady kształcenia oraz zakres wiedzy i umiejętności jakie powinien mieć absolwent kończący szkołę w zawodzie opiekun medyczny, jest rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach

(Dz. U z 2012 r. poz. 184, z późn. zm.). Zgodnie z tym rozporządzeniem ww. absolwent powinien być przygotowany do wykonywania następujących zadań zawodowych:

- 1) rozpoznawania i rozwiązywania problemów opiekuńczych osoby chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku;
- 2) pomagania osobie chorej i niesamodzielnej w zaspakajaniu potrzeb bio-psycho-społecznych;
- 3) asystowania pielęgniarce i innemu personelowi medycznemu podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych;
- 4) konserwacji, dezynfekcji przyborów i narzędzi stosowanych podczas wykonywania zabiegów;
- 5) podejmowania współpracy z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym podczas świadczenia usług z zakresu opieki medycznej nad osobą chorą i niesamodzielną.

Po ukończeniu kształcenia absolwent przystępuje do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe. Egzamin ten przeprowadza okręgowa komisja egzaminacyjna. Absolwent, który zdał ww. egzamin, otrzymuje dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe.

Kwalifikacyjny kurs zawodowy jest prowadzony według programu nauczania uwzględniającego podstawę programową kształcenia w zawodach. Podmiot prowadzący kwalifikacyjny kurs zawodowy jest obowiązany uwzględnić w realizowanym na kursie programie nauczania wszystkie, wskazane w podstawie programowej kształcenia w zawodach, komponenty właściwe dla danej kwalifikacji. Ukończenie tego kursu umożliwia przystąpienie do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zakresie danej specjalizacji, przeprowadzanego przez okręgową komisję egzaminacyjną. Osoba, która ukończy kwalifikacyjny kurs zawodowy i zda egzamin potwierdzający kwalifikacje zawodowe, otrzymuje świadectwo potwierdzające kwalifikacje zawodowe. Dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w określonym zawodzie może otrzymać osoba, która posiada poziom wykształcenia wymagany dla danego zawodu oraz zda egzaminy z zakresu wszystkich kwalifikacji wyodrębnionych w danym zawodzie, czyli posiada świadectwa potwierdzające uzyskanie kwalifikacji wyodrębnionych w danym zawodzie.

Z uwagi na specyfikę kształcenia w zawodach medycznych, zawody te nie zostały podzielone na poszczególne kwalifikacje, natomiast wyodrębniono w nich tylko jedną kwalifikację – w przypadku zawodu opiekun medyczny jest to kwalifikacja „świadczenie usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej”.

Tabela 1. Opiekunowie medyczni pracujący w placówkach ochrony zdrowia według podstawowego miejsca zatrudnienia - stan na dzień 31 grudnia danego roku:

Rok	Liczba opiekunów medycznych
2012	1923
2013	2355
2014	3084

Źródło: opracowanie na podstawie danych uzyskanych z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Ponadto od 31 lipca 2015 r. Ministerstwo Zdrowia prowadzi prace nad utworzeniem Wspólnych Ram Kształcenia, o których mowa w art. 49a dyrektywy 2005/36/WE. W ramach przedmiotowych działań powołano i wspólnie ustalono zakres kompetencji zawodu opiekuna medycznego. Wspólne ramy kształcenia oznaczają wspólny minimalny zasób wiedzy, umiejętności i kompetencji niezbędnych do wykonywania określonego zawodu. Ww. ramy kształcenia nie zastępują krajowych programów kształcenia, chyba że dane państwo członkowskie postanowi inaczej na mocy prawa krajowego. Polska wyraziła zainteresowanie udziałem w pracach nad przygotowaniem wspólnych ram kształcenia dla tego zawodu, jednakże bez zobowiązania się do wdrożenia tych ram. Łącznie z Polską obecnie w ww. pracach uczestniczy 26 państw członkowskich.

Podsumowanie dotychczasowych prac pozwala na stwierdzenie, że Wspólne Ramy Kształcenia będą bardzo zbliżone do obecnie obowiązującej podstawy programowej kształcenia dla zawodu opiekuna medycznego.

### **Fizjoterapeuci**

Z kolei, osoby wykonujące zawód fizjoterapeuty uczestniczą obecnie w realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 1522).

W świetle obowiązujących przepisów prawnych, kwalifikacje do wykonywania zawodu fizjoterapeuty w Polsce można zdobyć wyłącznie w toku studiów wyższych na kierunku fizjoterapia. Są to studia pierwszego i drugiego stopnia, na których można uzyskać tytuł licencjata lub magistra na kierunku fizjoterapia. Absolwent studiów pierwszego stopnia powinien uzyskać wykształcenie i przygotowanie zawodowe do pracy z osobami chorymi, w szczególności w zakresie stosowania czynników naturalnych (fizykalnych)



w profilaktyce i w celach leczniczych. Absolwent powinien być przygotowany do pracy w placówkach opieki zdrowotnej, ośrodkach dla osób niepełnosprawnych, ośrodkach sportowych oraz w szkolnictwie – po ukończeniu specjalności nauczycielskiej. Studia drugiego stopnia na kierunku fizjoterapia przygotowują natomiast do samodzielnej pracy z osobami chorymi, przede wszystkim w zakresie stosowania czynników fizykalnych w profilaktyce i w celach leczniczych oraz uprawnienia do podjęcia specjalizacji z zakresu fizjoterapii.

### **Narodowy Program Zdrowia na lata 2016 – 2020**

Niezależnie od powyższego należy przypomnieć, że Minister Zdrowia – dostrzegając zmiany demograficzne – opracował ustawę z dnia 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym* (Dz. U. poz. 1916). Celem regulacji jest utworzenie struktur odpowiedzialnych za koordynację i monitorowanie działalności władz publicznych wpływających na zmianę stanu zdrowia populacji, zapewnienie stabilnych mechanizmów finansowania, jak również usystematyzowanie zadań z zakresu zdrowia publicznego, zapewnienie ich ciągłości, adekwatności i kompleksowości.

Dzięki przyjęciu, wydawanego na podstawie ww. ustawy, rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020, którego jednym z celów operacyjnych jest utrzymanie i poprawa zdrowia osób starszych, będzie możliwe wzmocnienie działań polegających na zapobieganiu chorobom i problemom zdrowotnym w różnych grupach wiekowych, a także umożliwienie jak najdłuższego pozostawania w zdrowiu (które jest warunkiem pełnego uczestnictwa w pracy, życiu społecznym i rodzinnym).

Powyższy cel operacyjny będzie realizowany poprzez prowadzenie polityki senioralnej ukierunkowanej na jak najdłuższą aktywność społeczną, zawodową i rodzinną osób starszych, w tym:

- 1) tworzenie przyjaznej seniorom przestrzeni publicznej, z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych;
- 2) wspieranie aktywności osób starszych na poziomie lokalnym;
- 3) wspieranie osób starszych poprzez umożliwienie korzystania z nowoczesnych technologii przeciwdziałających e-wykluczeniu;
- 4) zbudowanie instrumentów promujących zachowania prozdrowotne w wieku przedemerytalnym w zakładach pracy, opracowanie instrumentów sprzyjających kształtowaniu profilaktyki chorób oraz niesprawności wieku okołoemerytalnego;

- 5) podejmowanie działań niwelujących skutki ubóstwa i zapobieganie wykluczeniu społecznemu i marginalizacji osób starszych;
- 6) kształtowanie polityki społecznej i rodzinnej w sposób przyczyniający się do ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu;
- 7) wspieranie i promowanie zorganizowanych zajęć adresowanych do osób starszych, z włączeniem w nie młodszych pokoleń, w celu wzmacniania więzi międzypokoleniowych;
- 8) zbudowanie instrumentów wspierających realizację programów podtrzymujących zachowanie zdolności do pracy pracowników.

Podjęcie oraz promowanie działań sprzyjających zdrowemu i aktywnemu starzeniu się będzie polegało również na dostosowaniu systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych poprzez:

- 1) przygotowanie systemu opieki zdrowotnej do udzielania świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem charakterystycznej w tej grupie wiekowej wielochorobowości i niepełnosprawności, w tym opracowanie i wdrożenie zasad koordynacji opieki nad osobami starszymi we współpracy z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej;
- 2) dostarczanie i udoskonalanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierających komponenty edukacyjne, w szczególności dotyczące poradnictwa żywieniowo-dietetycznego;
- 3) zapewnianie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej ukierunkowanych na wczesne wykrywanie schorzeń występujących powszechnie u osób starszych i zapobieganie im (zapobieganie powstawaniu tzw. wielkich zespołów geriatrycznych);
- 4) opracowanie i wdrożenie bilansu zdrowotnego 60-lątka;
- 5) rozwój usług i ośrodków geriatrycznych i wprowadzenie elementów geriatryi do praktyki lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej;
- 6) rozwijanie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacyjnych dostosowanych do potrzeb osób starszych, niesamodzielnych;
- 7) profilaktykę upadków u osób starszych.

Wyżej wskazane działania będą podejmowane we współpracy z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwem Kultury i Dziedzictwa Narodowego, Ministerstwem Cyfryzacji, Narodowym Funduszem Zdrowia, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny, Narodowym Instytutem Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. Eleonory Reicher, Centralnym Instytutem

Ochrony Pracy – Państwowym Instytutem Badawczym, instytutami badawczymi w dziedzinie medycyny pracy, a także Uniwersytetami Trzeciego Wieku oraz jednostkami samorządu terytorialnego. Wybór realizatorów poszczególnych zadań będzie się odbywał w trybie konkursowym albo wnioskowym, stosownie do postanowień projektowanego NPZ.

Odnosząc się do kwestii dostępności poradni i oddziałów geriatrycznych należy wyraźnie podkreślić, że ich liczba oraz finansowanie poszczególnych placówek z roku na rok znacząco rośnie. Z danych przekazanych przez NFZ wynika, że liczba oddziałów geriatrycznych zwiększyła się z 30 w 2010 r. do 54 w 2015 r., poradni geriatrycznych z 68 w 2010 r. do 81 w 2015 r., zaś wartość umów zawieranych ze świadczeniodawcami wzrosła z ok. 43 mln zł w 2010 r. do ok. 84 mln zł w 2015 r. Docelowo, w zależności od dostępności środków, planowany jest dalszy znaczny wzrost nakładów na rozwój opieki geriatrycznej.

Biorąc pod uwagę kwestię środowiskowej pielęgniarstwa długoterminowej, opieki pielęgniarstwa w domach pomocy społecznej oraz kwestie racjonalnego wydawania środków w przedmiotowym zakresie należy zauważyć, że resort zdrowia dostrzega zasygnalizowane trudności w dostępie do ww. świadczeń. Jak już wcześniej wspomniano, należy liczyć się z występowaniem w niedługiej perspektywie czasu zjawiska pogłębiania się deficytu kadry pielęgniarek i położnych oraz zwiększającym się zapotrzebowaniem na świadczenia medyczne i opiekuńcze w związku ze starzeniem się społeczeństwa. Dlatego też, Ministerstwo Zdrowia planuje szczególny nacisk położyć na kształcenie oraz wsparcie kadry pielęgniarstwa i położniczej w Polsce, a także na deinstytucjonalizację opieki medycznej (opiekunowie medyczni, fizjoterapeuci).

Ponadto, planowana jest również reforma finansowania systemu ochrony zdrowia. Wprowadzenie budżetowego systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej będzie pociągało za sobą konieczność wzajemnej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego i systemu ochrony zdrowia, co powinno przełożyć się na ich efektywniejsze funkcjonowanie.

Z kolei, jeśli chodzi o kwestię przyszłości hospicjów domowych i stacjonarnych należy wskazać, że mapy potrzeb zdrowotnych, o których mowa w ustawie z dnia 22 lipca 2014 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*, będą obejmowały wyłącznie główne elementy systemu opieki zdrowotnej, tj. POZ, AOS oraz lecznictwo zamknięte.

W tym miejscu należy wskazać, w dniu 29 czerwca 2016 r. zostało ogłoszone obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie

taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, zgodnie z którym zostały ustalone taryfy w odniesieniu do świadczenia bazowego, tj. osobodnia w hospicjum domowym, któremu przyporządkowano wartość taryfy równą 1 punkt, zaś koszt świadczenia bazowego oszacowano na wartość 56,19 zł. W pierwszej kolejności zaproponowano zwiększenie obowiązujących taryf w opiece paliatywnej i hospicyjnej o:

- 1) 30% - w przypadku świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarnym;
- 2) 21% - w przypadku porady w poradni medycyny paliatywnej;
- 3) 1,5% - w przypadku świadczeń w hospicjum domowym.

Z kolei, w odniesieniu do pielęgniarstwa długoterminowego AOTMiT proponuje zwiększenie obowiązujących taryf o połowę. Opublikowane taryfy będą obowiązywać od 1 stycznia 2017 r.

Natomiast wsparcie opieki paliatywnej i hospicyjnej ze środków europejskich jest przewidziane w dokumencie pn. „Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla Ochrony Zdrowia na lata 2014 – 2020”, wskazującym narzędzia służące wsparciu ww. obszaru zdrowia.

W odniesieniu do opieki paliatywnej warto wskazać narzędzie nr 17 pn. „Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej (roboty budowlane, doposażenie)”. Projekty będą polegały na przeprowadzeniu niezbędnych, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, robót budowlanych oraz wyposażeniu w sprzęt medyczny podmiotów leczniczych zajmujących się leczeniem w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej, w tym w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych, a także wyposażeniu w sprzęt medyczny oraz – jako element projektu – rozwiązaniach w zakresie ICT (oprogramowanie, sprzęt). Inwestycje polegające na dostosowaniu istniejącej infrastruktury do obowiązujących przepisów będą kwalifikowalne, pod warunkiem, że ich realizacja jest uzasadniona z punktu widzenia poprawy efektywności (w tym kosztowej) i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Wdrażanie niniejszego narzędzia zaplanowane jest w ramach właściwych Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO). Warto również wspomnieć o narzędziu nr 18 pn. „Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, w szczególności poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi)”. Celem przedmiotowego narzędzia jest stymulacja rozwoju zdeinstytucjonalizowanych form opieki nad osobami zależnymi w celu zapobiegania umieszczaniu ich w zakładach stacjonarnych

(w szczególności na oddziałach szpitalnych), poprzez rozwój różnorodnych zintegrowanych usług.

W ramach przedmiotowego narzędzia wspierane będą projekty przyczyniające się do rozwoju form opieki nad osobami zależnymi, w tym nad osobami starszymi, poprzez działania o charakterze pilotażowym, a także wdrożeniowym, m.in takie jak:

- 1) opracowanie standardu dla dziennego domu opieki oraz środowiskowych form pomocy/samopomocy i innych alternatywnych form opieki;
- 2) wsparcie tworzenia i działalności dziennych domów opieki oraz innych form opieki nad osobami zależnymi, w tym nad osobami starszymi;
- 3) szkolenia dla opiekunów (w szczególności członków rodzin) w zakresie opieki nad osobami zależnymi, w tym osobami starszymi;
- 4) przygotowanie i tworzenie wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego i wspomagającego, połączone z doradztwem w doborze sprzętu, treningami z zakresu samoobsługi wypożyczonego sprzętu oraz przygotowanie warunków do opieki domowej;
- 5) wsparcie projektów teleopieki, czyli doradztwa telefonicznego i bezpośredniej pomocy (m. in. lekarzy, pielęgniarek i opiekunów medycznych) na wezwanie w szczególnej sytuacji;
- 6) szkolenia oraz doradztwo w zakresie dostosowania podmiotów leczniczych do potrzeb osób zależnych, w tym osób starszych.

Wdrażanie niniejszego narzędzia zaplanowane jest w ramach właściwych RPO oraz PO WER.

Podsumowując pragnę zaznaczyć, że Ministerstwo Zdrowia prowadzi szereg działań o charakterze systemowym ukierunkowanych na stworzenie efektywnego modelu opieki geriatrycznej. Podejmowane wysiłki mają na celu poprawę dostępności i jakości świadczeń dedykowanych osobom starszym w Polsce.

2 

Z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
SEKRETARZ STANU

Jarosław Pinkas