

Monika Dobska

ZARZĄDZANIE  
W OPIECE  
ZDROWOTNEJ  
W CZASIE  
COVID-19

WYDAWNICTWO UEP



UNIWERSYTET  
EKONOMICZNY  
W POZNANIU



Monika Dobska

ZARZĄDZANIE  
W OPIECE  
ZDROWOTNEJ  
W CZASIE  
COVID-19

WYDAWNICTWO UEP



UNIwersytet  
EKONOMICZNY  
W POZNANIU

Poznań 2021

## Komitet Redakcyjny

*Aleksandra Gawel (przewodnicząca), Barbara Borusiak, Szymon Cyfert,  
Bazyli Czyżewski, Tadeusz Kowalski, Piotr Lis, Krzysztof Malaga,  
Marzena Remlein, Eliza Szybowicz (sekretarz), Daria Wieczorek*

## Recenzenci

*Jan Styczyński  
Jarosław Waśniewski*

## Projekt okładki

*Boobry Group  
Marta Brzóstowicz*

## Redakcja

*Deal*

## Korekta

*Anna Grześ*

## Skład

*Wydawnictwo eMPi<sup>2</sup>  
Reginaldo Cammarano*

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu  
Poznań 2021

ISBN 978-83-8211-077-7

eISBN 978-83-8211-078-4

<https://doi.org/10.18559/978-83-8211-078-4>



This textbook is available under the Creative Commons 4.0 license—  
Attribution-Noncommercial-No Derivative Works

Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu

ul. Powstańców Wielkopolskich 16, 61-895 Poznań

tel: 61 854 31 54, 61 854 31 55

[www.wydawnictwo.ue.poznan.pl](http://www.wydawnictwo.ue.poznan.pl), e-mail: [wydawnictwo@ue.poznan.pl](mailto:wydawnictwo@ue.poznan.pl)

adres do korespondencji: al. Niepodległości 10, 61-875 Poznań

Druk: Zakład Graficzny Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu

ul. Towarowa 53, 61-836 Poznań, tel. 61 854 38 06

*Jedna forma zarazy przenosi się szybciej od wirusa – strach.*  
Dan Brown, Inferno

*Dla moich Najbliższych –  
Strach kryje się w naszych głowach  
A wtedy brak wiary w siebie jest jedyną chorobą*



---

## SPIS TREŚCI

---

WPROWADZENIE .....	7
1. WPŁYW COVID-19 NA SYSTEMY OPIEKI ZDROWOTNEJ .....	11
1.1. Rozwiązania systemowe wybranych krajów UE .....	11
1.1.1. Zakres unijnej polityki społecznej i odpowiedzialność za zdrowie ....	11
1.1.2. Ramy systemu opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego .....	16
1.1.3. Transformacja epidemiologiczna .....	25
1.1.4. Polityka zdrowotna państw w reakcji na COVID-19 .....	33
1.2. Dostęp do usług medycznych w czasie pandemii na przykładzie wybranych krajów UE .....	44
1.3. Wpływ pandemii na wydatki polskiego systemu opieki zdrowotnej .....	51
Podsumowanie .....	69
Definicje .....	70
Zastosowane skróty .....	71
2. WEWNĘTRZNE BARIERY DLA ZMIAN O CHARAKTERZE TRANSFORMACYJNYM .....	73
2.1. Uwarunkowania prawne zarządzania podmiotami w czasie COVID-19 .....	73
2.2. Rola liderów w reakcji nowej kultury organizacyjnej .....	82
2.3. Problemy zarządzania w obszarze opieki ambulatoryjnej i leczenia zamkniętego .....	90
2.3.1. Utworzenie szpitali jednoimiennych .....	93
2.3.2. Organizacja szpitali tymczasowych .....	98
2.3.3. Zmiany w zarządzaniu podmiotem leczniczym w świetle własnych badań empirycznych .....	101
Podsumowanie .....	104
Definicje .....	105
Zastosowane skróty .....	105
3. ZARZĄDZANIE PODMIOTAMI LECZNICZYMI .....	106
3.1 Dostępność kadr medycznych – nowe wyzwania .....	106
3.2. Infrastruktura – analiza potrzeb zmian .....	118
3.3. Inwestycje w technologie jako wsparcie procesów zarządczych – e-zdrowie	125
3.3.1. Podstawa prawna w zakresie informatyzacji w ochronie zdrowia .....	125
3.3.2. Rozwój koncepcji e-zdrowia – zarys terminologiczny .....	130
3.3.3. Projekty wspierające e-zdrowie .....	139
3.4. Doskonalenie jakości zarządzania w opiece zdrowotnej .....	145

Podsumowanie .....	147
Definicje .....	149
Zastosowane skróty .....	150
ZAKOŃCZENIE .....	151
KWESTIONARIUSZ - ZMIANA SYSTEMU ZARZĄDZANIA W DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ .....	153
BIBLIOGRAFIA .....	156
SPIS TABEL, WYKRESÓW I RYSUNKÓW .....	165
HEALTH CARE MANAGEMENT DURING COVID-19 (Summary) .....	168



---

## WPROWADZENIE

---

Rok 2020 zostanie zapisany na kartach historii jako rok walki z wirusem SARS-CoV-2, strachem i lękiem zarówno samych przedsiębiorców, jak i klientów. W centrum wszystkich wydarzeń znalazł się system opieki zdrowotnej i jego uczestnicy: pacjenci i personel medyczny. Konieczność zabezpieczenia społecznego, przy ewidentnych brakach infrastrukturalnych, deficycie personelu, zapasów wyrobów medycznych, procedur, środków finansowych, była poważnym wyzwaniem rządzących. Polityka zdrowotna w okresie transformacji epidemiologicznej znalazła się w obszarze zainteresowania decydentów we wszystkich krajach objętych pandemią.

Zasadniczym celem niniejszej monografii jest zaprezentowanie przygotowania zarówno systemu opieki zdrowotnej, jak i samych podmiotów do zagrożenia, jakim jest pandemia, w kontekście nowej organizacji i zarządzania placówkami.

Rozpoznanie i ocena polskiego systemu opieki zdrowotnej na tle wybranych krajów Unii Europejskiej, pogłębione studiami literaturowymi, stały się podstawą sformułowania następującej tezy: **zagrożenie pandemią i obecny brak przygotowania infrastruktury oraz deficyt kadrowy powinien wymusić radykalną zmianę w polityce zdrowotnej przejawiającą się nie tylko reformą w zakresie dostępności do kształcenia kadr medycznych, zmianą dostępności do usług, wzrostem wydatków na opiekę zdrowotną, ale także zmianą metod zarządzania podmiotami leczniczymi.**

Złożoność badanych zjawisk, przesądziła o wyróżnieniu i próbie analizy czterech głównych wątków:

1. Ocena wpływu COVID-19 na politykę zdrowotną wybranych państw Unii Europejskiej ze szczególnym uwzględnieniem podejmowanych działań w zakresie strategii ograniczania i łagodzenia skutków pandemii w okresie pierwszej fali. Ocena zestawu narzędzi interwencyjnych była możliwa na tle oceny porównawczej polityk wybranych krajów w celu zwiększenia dostępności do opieki, przy racjonalizacji wydatków na opie-

kę zdrowotną. Próba zebrania danych statystycznych w odniesieniu do ogólnej pojemności zakładów, szacowanej zdolności intensywnej opieki do radzenia sobie ze wzrostem pacjentów z COVID-19 oraz wskazanie wydatków w zakresie dodatkowych środków przeznaczonych na służbę zdrowia w czasie pandemii to tylko nieliczne obszary objęte obserwacją statystyczną umożliwiającą wysunięcie pierwszych wniosków.

2. Podjęcie próby wskazania wewnętrznych barier dla zmian o charakterze transformacyjnym. Ze względu na wielość poruszanych zagadnień i zróżnicowanie poziomu szczegółowości wywód dotyczy dwóch zasadniczych poziomów – regulacji prawnych wprowadzonych w okresie pandemii i realnych problemów zarządczych w obszarze ambulatoryjnej opieki i lecznictwa zamkniętego. Z powodu szerokiego spektrum problemów uwzględnionych w pracy studia literaturowe uzupełniono wynikami własnego badania empirycznego, które miało na celu przedstawienie wpływu pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 na zmianę sposobu organizacji i zarządzania podmiotem. Ze względu na sytuację epidemiologiczną kraju badanie ma charakter pilotażowy, a wyniki mogą być wstępem do pogłębionych badań i analiz w przedmiotowym zakresie.
3. Ponieważ praca koncentruje się na wymiarze zarządzania podmiotami leczniczymi, konieczne było przedstawienie dostępności kadr medycznych oraz naświetlenie zarówno pojawiających się zagrożeń, jak i nowych wyzwań. Ze względu na wielość problemów na poziomie zarządzania analizę ograniczono do wybranych zagadnień w zakresie infrastruktury, wsparcia technologicznego oraz zasygnalizowano aspekty związane z doskonaleniem jakości w obszarze zdrowia.
4. Przedsięwzięciem nowatorskim w ramach rozpatrywanego celu badawczego jest włączenie w orbitę dociekań pacjenta jako podmiotu stanowiącego podstawę budowy nowych fundamentów opieki zdrowotnej. Wskazanie skutków społecznych i relacyjnego kryzysu stało się punktem wyjścia do dyskusji na temat cyfrowego wsparcia w zdalnej opiece, wskazania nowych platform komunikacji oraz wsparcia samych pacjentów w leczeniu i diagnozowaniu za pomocą urządzeń telemonitoringu.

W pracy dokonano wieloobszarowej analizy literatury rozważanego zagadnienia, wykorzystując nie tylko doniesienia polskich, ale przede wszystkim zagranicznych raportów i opracowań statystycznych. Posłużono się zestawieniami danych, które można usystematyzować następująco:

- źródła międzynarodowe: dane OECD, Health Data, Komisji Europejskiej;
- źródła krajowe: dane GUS, Ministerstwa Zdrowia, Najwyższej Izby Kontroli, zagregowane przez kancelarie prawne;
- własne badanie empiryczne.

Podjęte w pracy rozważania naświetlają jedynie pewne fragmenty analizowanego obszaru. Wykraczając poza jedną dyscyplinę naukową – naukę o zarządzaniu i jakości, dotyczą bowiem – zwłaszcza w fazie wstępnej – rozważań w zakresie ekonomii i polityki zdrowotnej, prawa i medycyny. Obszar opieki zdrowotnej wskazuje, jak mezoekonomiczny poziom wiąże się z problematyką zarządzania. Zależność tę można przedstawić i wyjaśnić następująco: polityka zdrowotna wynika z uwarunkowań zabezpieczenia polityki społecznej. Odpowiedzialność za zdrowie publiczne przejawia się w tworzeniu ram dla systemu, a on w swoim realizacyjnym wymiarze poprzez uwarunkowania prawne wpływa na kreacje modelu i dalej na możliwości wyboru metody zarządzania podmiotem świadczącym usługi lecznicze. Wielość problemów pojawiających się na poszczególnych etapach prowadzonej analizy spowodowała, że problematykę ograniczono do zarysowania takich zagadnień, które w rezultacie pokażą konieczność restrukturyzacji czy kierunek reformatorski.

Ze względu na zmieniające się uwarunkowania prawne i dynamiczną sytuację epidemiologiczną rozważania prowadzono w odniesieniu do okresu styczeń 2020 – marzec 2021, z uwzględnieniem aktualnych rozwiązań systemowych.

Problematyce badawczej i dążeniu do udowodnienia trafności postawionej tezy została podporządkowana wewnętrzna konstrukcja pracy. Monografia składa się z trzech rozdziałów, które są odzwierciedleniem przyjętych wątków analizy. Każdy z nich kończy się podsumowaniem o charakterze porządkującym, zawierającym: główne wnioski i spostrzeżenia z przeprowadzonej analizy, podstawowe definicje, najważniejsze akty prawne, które stały się podstawą dyskusji oraz – ze względu na interdyscyplinarność rozważań – wyjaśnienie stosowanych skrótów.

Prezentowana monografia, będąca w części obserwacją statystyczną analizowanych zjawisk, jest wsparciem dla analityków, którzy mogą przedstawić dalsze rekomendacje w zakresie pełniejszego zabezpieczenia nie tylko infrastruktury systemu, ale także potrzeb informacyjnych. Istotne jest zwrócenie uwagi na konieczność jednoczesnej analizy wielu elementów systemu. Przygotowanie ostatecznej wersji niniejszej pozycji nie było łatwe w sytuacji tak turbulentnego otoczenia.

Dziękuję moim Bliskim, którzy wspierali mnie przy pisaniu książki, a zwłaszcza córce Zofii, która jako pierwsza Czytelniczka dopytywała o kolejne doniesienia w zakresie pandemii. Ocenę ostateczną pozostawiam zainteresowanym, biorąc na siebie odpowiedzialność za wszelkie niedostatki.

*Monika Dobska*

---

# 1. WPŁYW COVID-19 NA SYSTEMY OPIEKI ZDROWOTNEJ

---

## 1.1. Rozwiązania systemowe wybranych krajów UE

### 1.1.1. Zakres unijnej polityki społecznej i odpowiedzialność za zdrowie

Koncentracja uwagi na problematyce funkcjonowania opieki zdrowotnej przybrała na sile pod wpływem transformacji epidemiologicznej. Zmiany w strukturze chorobowości i pojawienie się zagrożenia SARS-CoV-2 spowodowały straty ekonomiczne i wywołały dyskusje na temat systemów opieki zdrowotnej i zabezpieczenia obywateli.

Analiza zabezpieczenia zdrowotnego wymaga wpisania problematyki w szerszy kontekst unijnej polityki społecznej oraz problematykę zdrowia publicznego. Nadrzędnym celem Europy Społecznej jest stworzenie bowiem bardziej równego społeczeństwa w zakresie położenia kresu ubóstwu, zagwarantowanie podstawowych praw człowieka oraz podstawowych usług i dochodów, które umożliwią każdemu życie w godności. Europejski Model Społeczny (The European Social Model – ESM) kładzie nacisk na podstawowe prawa socjalne, ochronę, dialog społeczny, regulacje socjalne (w tym aspekty zdrowia i bezpieczeństwa) oraz odpowiedzialność państwa za spójność gospodarczą i społeczną ([http:// www.etuc.org](http://www.etuc.org), pobrane 22.03.2021).

Zakres i sens unijnej polityki społecznej i miejsce zdrowia są wyznaczone przede wszystkim przez normy prawne. Istotnym składnikiem normatywnej rzeczywistości UE są przepisy unijne, zwłaszcza te zawarte w traktatach, ale także ich rozwinięcie w postaci reguł prawa wtórnego. W początkowym okresie współpracy europejskiej zdrowie tylko incydentalnie stawało się przedmiotem zainteresowania. Interesowano się nim w kontekście pracy i jej bezpiecznych warunków: higieną pracy i ochroną przed wypadkami oraz chorobą zawodową (Włodarczyk, Kowalska i Mokrzycka, 2012, s 68).

G. Magnuszewska-Otulak (2013, s. 208) wskazuje, że aby poprawić i utrzymywać pożądany stan zdrowia zarówno jednostek, jak i populacji oraz skutecznie rozwiązywać zdiagnozowane problemy zdrowotne, niezbędna jest w każdym państwie odpowiednia polityka zdrowotna. Należy podkreślić, że jeżeli poziom zdrowotności jest powszechnym dążeniem społecznym, to polityka ochrony zdrowia<sup>1</sup> zyskuje szczególną rangę i miejsce w polityce społecznej, jako że zdrowie wśród wartości społecznych zajmuje jedno z naczelných miejsc (Frąckiewicz, 1991, s. 25). W.C. Włodarczyk (2010, s. 20 i 44) wskazał, że polityka zdrowotna to „**dający się wyodrębnić proces intencjonalnie wywołanych zdarzeń odnoszących się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej, w którym to procesie obecne są rozstrzygnięcia o charakterze władczym**”. Autor przyjął, że polityka zdrowotna ma następujące cechy (Włodarczyk, 2010, s. 44):

- jest dającym się wyodrębnić procesem intencjonalnie wywołanych zdarzeń odnoszących się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej, w którym to procesie obecne są rozstrzygnięcia o charakterze władczym,
- uczestnikami polityki zdrowotnej są organa władzy, podmioty polityczne, organizacje pozarządowe,
- elementami procesu mogą być decyzje o podjęciu lub zaniechaniu działań, działania podjęte i wykonane oraz niepodjęte i zarzucone,
- elementami procesu mogą być tezy ideologiczne i sądy wartościujące, które ukierunkowują i uzasadniają decyzje czy też aktywny lub bierny stosunek do problemów,
- w różnych sytuacjach na pierwszy plan wysuwają się różne składniki, ale nie ulega wątpliwości, że w procesie są one zawsze obecne.

Zabezpieczenie zdrowotne będzie więc uzależnione od procesów polityki zdrowotnej, które wpłyną na kształt systemu zdrowotnego. Strategia zdrowia zawarta na portalu Komisji Europejskiej (<http://ec.europa.eu>, pobrane 22.03.2021) wyraźnie wskazuje, że za organizowanie i zapewnienie świadczeń zdrowotnych i opieki medycznej odpowiedzialne są przede wszystkim państwa członkowskie. W związku z tym polityka Unii Europejskiej służy uzupełnieniu polityk krajowych i zapewnieniu ochrony zdrowia we wszystkich obszarach polityki UE. W odniesieniu do zdrowia publicznego polityka

---

<sup>1</sup> J. Kroszel definiuje **politykę ochrony zdrowia** jako dające się wyodrębnić działania podmiotów szeroko rozumianej polityki społeczno-ekonomicznej wpływające w sposób celowy lub niezamierzony na stan zdrowia społeczeństwa, obejmujące różnego typu poczynania, tak jak zróżnicowane są czynniki wpływające na stan zdrowia populacji (Kroszel 1997, s. 25).

i działania UE mają na celu: ochronę i poprawę zdrowia obywateli, wspieranie modernizacji infrastruktury ochrony zdrowia i poprawę skuteczności systemów opieki zdrowotnej w Europie. Rolą natomiast Komisji Europejskiej jest wspieranie państw członkowskich mających na celu ochronę oraz zapewnienie dostępności, skuteczności i odporności krajowych systemów opieki zdrowotnej. Środkami, które służą do realizacji wyznaczonych zadań, są: podejmowanie inicjatyw prawodawczych, udzielanie pomocy finansowej, koordynowanie i ułatwianie wymiany najlepszych praktyk między państwami członkowskimi oraz podejmowanie działań promujących zdrowie.

Unia Europejska nie definiuje polityki zdrowotnej, natomiast jej działania służą uzupełnieniu polityk krajowych i wspieraniu współpracy między krajami członkowskimi w zakresie zdrowia publicznego. Kraje UE zachęcane są do (*Economic crisis...*):

- poprawy dostępności do wysokiej jakości opieki zdrowotnej, w szczególności dla osób najbardziej potrzebujących,
- rozwijania polityki promocji zdrowia i profilaktyki chorób w celu zredukowania potrzeby zastosowania leczenia,
- rozważenia sposobów poprawy integracji opieki szpitalnej z szeroko pojętymi względami zdrowotnymi, takimi jak warunki środowiskowe, styl życia oraz zdrowia i wsparcia w ramach opieki społecznej, takiego jak prace społeczne i usługi świadczone przez domy opieki,
- promocji nowych rozwiązań z wykorzystaniem technologii i systemu e-zdrowia na rzecz poprawy wydajności i kontrolowania wydatków,
- stosowania oceny wydajności systemów opieki zdrowotnej do celów kształtowania polityki,
- wymiany informacji w zakresie strategii oraz usług opieki zdrowotnej, w szczególności dotyczących przystępnych cen leków i usług medycznych.

Komisja jest zachęcana, aby zbierać i wymieniać informacje na temat sprawliwego dostępu do opieki zdrowotnej, pobudzać współpracę służb opieki zdrowotnej ponad granicami poszczególnych krajów, dostarczać informacji na temat usług dostępnych w ramach systemów opieki zdrowotnej krajów UE. Na mocy artykułu 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej w części trzeciej – Polityki i działania wewnętrzne Unii – w rozdziale IX odnoszącym się do zdrowia publicznego określono ([http://data.europa.eu/eli/treaty/tfeu\\_2016/art\\_168/oj](http://data.europa.eu/eli/treaty/tfeu_2016/art_168/oj)):

- „1. Przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego. Działanie

Unii, które uzupełniają polityki krajowe, nakierowane jest na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Działanie to obejmuje zwalczanie epidemii, poprzez wspieranie badań nad ich przyczynami, sposobami ich rozprzestrzeniania się oraz zapobiegania im, jak również informacji i edukacji zdrowotnej, a także monitorowanie poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesne ostrzeżenie w przypadku takich zagrożeń oraz ich zwalczanie. Unia uzupełnia działanie Państw Członkowskich w celu zmniejszenia szkodliwych dla zdrowia skutków narkomanii, włącznie z informacją i profilaktyką.

2. (...). Unia zachęca w szczególności do współpracy między Państwami Członkowskimi w celu zwiększenia komplementarności usług zdrowotnych w regionach przygranicznych. Państwa Członkowskie, w powiązaniu z Komisją, koordynują między sobą własne polityki i programy. Komisja może podjąć, w ścisłym kontakcie z Państwami Członkowskimi, każdą użyteczną inicjatywę w celu wsparcia tej koordynacji, w szczególności inicjatywy mające na celu określenie wytycznych i wskaźników, organizowanie wymiany najlepszych praktyk i przygotowanie elementów niezbędnych dla prowadzenia okresowego nadzoru i oceny.
3. Unia i Państwa Członkowskie sprzyjają współpracy z państwami trzecimi i organizacjami międzynarodowymi właściwymi w dziedzinie zdrowia publicznego.
4. Parlament Europejski i Rada, stanowiąc zgodnie ze zwykłą procedurą ustawodawczą i po konsultacji z Komitetem Ekonomiczno-Społecznym oraz Komitetem Regionów, przyczyniają się do osiągnięcia celów określonych w niniejszym artykule, przyjmując je w celu stawienia czoła wspólnym zagadnieniom związanym z bezpieczeństwem:
  - a. środki ustanawiające wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa organów i substancji pochodzenia ludzkiego, krwi i pochodnych krwi; środki te nie stanowią przeszkody dla Państwa Członkowskiego w utrzymaniu lub ustanawianiu bardziej rygorystycznych środków ochronnych;



- b. środki w dziedzinach weterynaryjnej i fitosanitarnej, mające bezpośrednio na celu ochronę zdrowia publicznego;
  - c. środki ustanawiające wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa produktów leczniczych i wyrobów medycznych
5. Parlament Europejski i Rada, stanowiąc zgodnie ze zwykłą procedurą ustawodawczą i po konsultacji z Komitetem Ekonomiczno-Społecznym i Komitetem Regionów, mogą również ustanowić środki zachęcające, zmierzające do ochrony i poprawy zdrowia ludzkiego, w szczególności zwalczania epidemii transgranicznych, środki dotyczące monitorowania poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesnego ostrzegania w przypadku takich zagrożeń oraz ich zwalczania, jak również środki, których bezpośrednim celem jest ochrona zdrowia publicznego w związku z tytoniem i nadużywaniem alkoholu, z wyłączeniem jakiegokolwiek harmonizacji przepisów ustawowych i wykonawczych Państw Członkowskich.
6. Działania Unii są prowadzone w poszanowaniu obowiązków Państw Członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej. Obowiązki Państw Członkowskich obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, jak również podział przeznaczonych na nie zasobów”.

Warto jeszcze przypomnieć definicję WHO, w której to polityka zdrowotna definiowana jest jako formalna deklaracja przyjęta w instytucjach, szczególnie w rządzie, przyznająca priorytet sprawom zdrowia i określająca cele zdrowotne. Jak wskazuje W.C. Włodarczyk (2020, s. 126), konsekwencje tej definicji są takie, że działając w odpowiedzi na potrzeby zdrowotne i biorąc pod uwagę dostępne zasoby i wielorakie polityczne naciski (oczekiwania), podejmuje się – zgodnie z zasadami przyjętymi w danym państwie – decyzje tworzące określone zobowiązania dla różnych instytucji, a także dla instytucji rządowych. W obliczu epidemii deklaracja przyznająca priorytet zdrowiu i traktowanie zdrowia jako wartości nadrzędnej w stosunku do innych wartości, takich jak kontakty społeczne, aktywność ekonomiczna, a także obywatelskie swobody, w większości krajów została przyjęta zarówno przez władze, jak i przez obywateli jako oczywistość.

### 1.1.2. Ramy systemu opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego

Sprawy zdrowia publicznego stały się przedmiotem zainteresowań i regulacji unijnych, natomiast odpowiedzialność za systemy opieki zdrowotnej przypisano państwom członkowskim. Zadaniem zdrowia publicznego zgodnie z definicją przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia jest zapobieganie chorobom, przedłużanie życia i promocja zdrowia poprzez zorganizowany wysiłek społeczny. Działania te są przedmiotem odpowiedzialności rządu, który poprzez właściwą organizację i zabezpieczenie umożliwia korzystanie z opieki zdrowotnej.

Dokument strategiczny, jakim są *Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020* (2015, s. 158–159), zwraca uwagę, że system ochrony zdrowia w Polsce to system, który (tabela 1.1):

- gwarantuje powszechność ubezpieczenia zdrowotnego,
- zapewnia równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jest zorientowany na pacjentów,
- zapewnia bezpieczeństwo zdrowotne – jest systemem wydolnym i przejrzystym, w którym każdy pacjent otrzyma wysokiej jakości świadczenia zdrowotne bez zbędnej zwłoki i bez konieczności dokonywania nieprzewidzianych prawem opłat,
- zapewnia równowagę między uczestnikami systemu: świadczeniobiorcami, świadczeniodawcami, płatnikiem i regulatorem, gwarantuje jasne i transparentne mechanizmy rozstrzygania sporów i dochodzenia praw,
- zapewnia nie tylko utrzymanie w dotychczasowym kształcie, ale również wzmocnienie roli lekarza POZ jako kierującego (gatekeeper), jak i tworzenie większych struktur świadczeniodawców stopniowo integrujących POZ i AOS z leczeniem szpitalnym (opieka koordynowana),
- jest systemem wysokiej zdolności adaptacyjnej, elastycznie odpowiadającym na zmieniające się uwarunkowania, w tym epidemiologiczne i demograficzne,
- dysponuje dostosowaną do potrzeb systemu wysoko wykwalifikowaną kadrą zapewniającą jakość usług na najwyższym możliwym poziomie, zgodnie ze standardami praktycznymi uprawiania zawodu i aktualnym poziomem wiedzy,
- posiada nowoczesną infrastrukturę dostosowaną do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych na poziomie kraju i regionu, stosuje innowacyjne rozwiązania i technologie medyczne,

- zapewnia efektywność opieki zdrowotnej: produktywność, racjonalność, skuteczność, maksymalne wykorzystanie wszystkich zasobów finansowych, infrastrukturalnych i osobowych,
- kształtuje postawy prozdrowotne oraz zwiększa poczucie osobistej odpowiedzialności za własne zdrowie.

**Tabela 1.1. Struktura celów i kierunków interwencji systemu opieki zdrowotnej w Polsce**

<b>Cel główny: Zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce</b>			
<b>cel długoterminowy 1 do 2030<sup>a</sup></b>	<b>cel długoterminowy 2 do 2030<sup>b</sup></b>	<b>cel długoterminowy 3 do 2030<sup>c</sup></b>	<b>cel długoterminowy 4 do 2030<sup>d</sup></b>
Opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych	Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych do roku 2030 zmian demograficznych, w szczególności wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi	Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej	Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia, traumatologia, psychiatria)
<b>cel operacyjny A do 2020</b>	<b>cel operacyjny B do 2020</b>	<b>cel operacyjny C do 2020</b>	<b>cel operacyjny D do 2020</b>
Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce	Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi	Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia	Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych
<b>Kierunki interwencji do 2020 r.</b>			
<b>cel operacyjny A do 2020</b>	<b>cel operacyjny B do 2020</b>	<b>cel operacyjny C do 2020</b>	<b>cel operacyjny D do 2020</b>
Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno – stawowego i mięśniowego	Intensyfikacja zapobiegania i leczenia próchnicy zębów u dzieci i młodzieży	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych	Kształcenie edukatorów zdrowia odpowiedzialnych za realizację działań w obszarze promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w środowisku lokalnym

cd. tabeli 1.1

cel operacyjny A do 2020	cel operacyjny B do 2020	cel operacyjny C do 2020	cel operacyjny D do 2020
Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego	Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych i osób niepełnosprawnych	Poprawa zarządzania systemem opieki zdrowotnej i informacją medyczną	Zwiększenie wiedzy personelu medycznego w zakresie możliwości wykorzystania nowoczesnych technologii informacyjno – komunikacyjnych w ochronie zdrowia
Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków	Wdrożenie nowego modelu opieki nad osobami niesamodzielnymi. Rozwój opieki długoterminowej	Poprawa jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych	
Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom	Zwiększenie dostępności i jakości opieki nad osobami starszymi, w tym poprawa dostępności i jakości świadczeń geriatrycznych	Efektywna gospodarka produktami leczniczymi	
Poprawa funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego		Dostosowanie otoczenia regulacyjnego i finansowego do potrzeb działalności innowacyjnej	
Poprawa infrastruktury ochrony zdrowia, bazy dydaktycznej uczelni medycznych oraz instytutów badawczych			

<sup>a</sup> Efektem realizacji powyższego celu będzie:

- opracowana i wdrożona ustawa o zdrowiu publicznym;
- opracowany i wdrożony system mapowania potrzeb zdrowotnych, umożliwiający identyfikację grup ryzyka i określenie optymalnej struktury działań profilaktycznych, zarówno w całym kraju, jak i w poszczególnych województwach;
- opracowany i wdrożony nowy Narodowy Program Zdrowia wskazujący priorytety dotyczące działań profilaktycznych;
- wzrost rozpowszechnienia zachowań prozdrowotnych wśród społeczeństwa;
- zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób cywilizacyjnych.

<sup>b</sup> Efektem realizacji powyższego celu będzie:

- wdrożenie długofalowej polityki senioralnej w Polsce – systemowych działań ukierunkowanych na przygotowanie do starzenia się, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i całego społeczeństwa;
- poprawa stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej osób starszych;
- poprawa dostępności i jakości usług na rzecz osób starszych;
- wdrożenie holistycznych standardów opieki nad osobami w wieku geriatrycznym, m.in. poprzez rozwój nowoczesnej infrastruktury w obszarze geriatry, dostosowanie kształcenia kadr medycznych do identyfikowanych potrzeb oraz nowoczesną organizację geriatrycznych świadczeń zdrowotnych
- rozwój opieki długoterminowej;
- rozwój opieki na poziomie społeczności lokalnych (deinstytucjonalizacja opieki nad osobami zależnymi);
- zmniejszenie umieralności noworodków i niemowląt;
- poprawa stanu zdrowia kobiet, w szczególności w ciąży i w okresie połogu, oraz dzieci;
- zwiększenie dzietności;

- wdrożenie mechanizmów umożliwiających wykorzystanie map potrzeb do planowania polityki odpowiadającej na zidentyfikowane w mapach wyzwania demograficzne.

<sup>c</sup> Efektem realizacji powyższego celu będzie:

- stworzenie skutecznych mechanizmów koordynacji działań podejmowanych w różnych sektorach i instytucjach, służących poprawie stanu zdrowia społeczeństwa polskiego, zgodnie z zasadą „zdrowie we wszystkich politykach”;
- wprowadzenie zmian w zarządzaniu i finansowaniu ochrony zdrowia – stworzenie instrumentu umożliwiającego lepsze planowanie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych oraz planowanie inwestycji w postaci regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych;
- rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jako alternatywnych, obok umów z NFZ, źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych;
- udoskonalenie systemów finansowania, kwalifikowania, taryfikacji, kontraktowania, wykonywania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej;
- wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej, wczesna diagnostyka na poziomie POZ, zapewnienie ciągłości i kompleksowości świadczeń;
- wypracowanie i przetestowanie, a następnie wdrożenie nowych instrumentów działania służących zapewnieniu odpowiedniej koordynacji procesu leczenia, szczególnie w przypadku chorób przewlekłych;
- poprawa systemu gromadzenia i zarządzania informacją medyczną, m.in. poprzez realizację projektów z zakresu e-zdrowia;
- wdrożenie innowacyjnych, efektywnych kosztowo procedur i technologii medycznych;
- efektywna gospodarka produktami leczniczymi;
- zwiększenie liczby podmiotów leczniczych oferujących wysokiej jakości świadczenia zdrowotne potwierdzone certyfikatem akredytacji;
- zmniejszenie liczby zdarzeń niepożądanych, powikłań i zakażeń szpitalnych;
- poprawa satysfakcji pacjenta z udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- wprowadzenie porównywalności jednostek pod względem jakości i skuteczności oferowanej opieki oraz publicznego dostępu do tych informacji, co umożliwi pacjentom dokonanie świadomej oceny i wybranie podmiotu oferującego najwyższy poziom opieki, dostosowania do poziomów unijnych w zakresie standaryzacji opieki zdrowotnej.

<sup>d</sup> Efektem realizacji powyższego celu będzie:

- wdrożenie procesu mapowania potrzeb na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej;
- rozwój i modernizacja zasobów infrastrukturalnych ochrony zdrowia, zgodnie z zidentyfikowanymi potrzebami kraju i regionów;
- zwiększenie liczby pracujących w systemie ochrony zdrowia profesjonalistów medycznych;
- krótszy czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne.

Źródło: (*Krajowe ramy strategiczne*, 2015, s. 168–169).

Jak wskazuje W. C. Włodarczyk (Włodarczyk i in., 2012, s. 89–90), jednoczenie Europy rozpoczynało się od współpracy ekonomicznej, a mniejszą uwagę poświęcano sprawom zdrowia. Dopiero z początkiem lat dziewięćdziesiątych w postanowieniach traktatowych (artykuł 152 traktatu amsterdamskiego – dawny art. 129 traktatu z Maastricht) stwierdzono, że „zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”. Autor wskazuje, że polityka zdrowotna UE jest obciążona wynikającym z przeszłości wewnętrznym konfliktem. Ostre niegdyś rozróżnienie zdrowia publicznego i opieki medycznej wywarło ogromny wpływ na kształtowanie się systemów opieki zdrowotnej. Czynnikiem, który przyczynił się do wyraźnego dostrzegania ograniczeń wynikających z radykalnego oddzielania zdrowia publicznego od działalności medycznej, było potęgujące się przekonanie, że aktywność systemów zdrowotnych ma

znaczny udział w przedłużaniu życia i ratowaniu zdrowia ludzi. W opracowaniach unijnych działania medyczne uznano za jedną z najważniejszych grup czynników wpływających na stan zdrowia. W tym zakresie należy jednak dostrzegać zróżnicowanie skuteczności, w zależności od rodzaju problemu zdrowotnego.

Jak wskazuje J. Leowski (2011, s. 7–8 i 12), funkcjonowanie opieki medycznej stanowi niewątpliwie ważną, a w odbiorze społecznym być może najważniejszą część funkcji każdego systemu opieki zdrowia. Ważną, ale nie wystarczającą. Nie da się bowiem zapewnić dobrego, zadowolającego wszystkich poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego bez działań w zakresie zdrowia publicznego. A zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia zdrowie publiczne jako „nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia poprzez zorganizowany wysiłek społeczeństwa” obejmuje szeroki obszar działań wieloprofesjonalnych i wielodyscyplinarnych wiążących się ze wszystkimi aspektami zdrowia ludzi, jego ochroną, umacnianiem i poprawą. Jednym z pierwszych, który sformułował postulaty organizacji państwowej ochrony zdrowia, był J.P. Frank w dziele *System einer vollständigen medizinischen Polizei*. Rozpatrywał on politykę państw, doceniając wartość statystyki lekarskiej oraz kładąc nacisk na związek zdrowia z warunkami bytowania, na społeczną jego wagę oraz na odpowiedzialność administracji państwowej za ochronę zdrowia obywateli.

Odkrycia i prace naukowe w XIX i XX wieku przyczyniły się do rozwoju zdrowia publicznego i wyraźnego wskazania jego miejsca w systemie ochrony zdrowia. J. Leowski (2011, s. 12–13) wskazuje dokonania Jennera, który w 1798 roku zastosował krowiankę do szczepień przeciwko ospie, Semmelweisa, który w 1847 roku wprowadził aseptykę, pionierów bakteriologii – Pasteura, który w 1878 roku ogłosił teorię o bakteryjnym pochodzeniu niektórych chorób, a następnie wprowadził metodę szczepień ochronnych, między innymi przeciwko wąglikowi i wścieklicznie, czy Kocha – odkrywcy laseczki wąglika (1876), prątką gruźlicy (1882) i przecinkowca cholery (1883). Warto także wspomnieć o pracach Pettenkofera, który w 1862 roku założył pierwsze w świecie laboratorium higieny doświadczalnej, Lisnera, twórcy antyseptyki (1867), czy Snowa, który w 1848 roku udowodnił, że nawet nie znając swobodnie czynnika chorobotwórczego, można opanować szerzącą się epidemię, w tym cholere, przez przerwanie dróg zakażenia bądź likwidację jego źródeł.

Prekursorzy nowoczesnej epidemiologii nie tylko wywołali dyskusję na temat miejsca zdrowia w systemie. W 1848 roku w Anglii wydano pierwsze

akty prawne *Public Health Act*. Ustawa o zdrowiu publicznym była krokiem na drodze do poprawy zdrowia, a za jednego z jej architektów uważa się E. Chadwicka, który w 1842 roku opublikował raport *The Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*. Chadwick opierał swoją argumentację na wskaźniku ekonomicznym, korelując poprawę stanu zdrowia ubogich ze zmniejszeniem liczby rodzin, które otrzymywały zapomogę ze względu na śmierć mężczyzn w wyniku chorób zakaźnych. Mimo że raport nie został dobrze przyjęty, to jednak kolejny wybuch cholery spowodował, iż postulaty w nim zawarte mimo swoich niedoskonałości, znalazły odzwierciedlenie w ustawie (*The 1848 Public Health Act*, [www.parliament.uk/about/living-heritage](http://www.parliament.uk/about/living-heritage), pobrane 23.03.2021).

Jak wskazuje D. Łukasiewicz (2013, s. 7), bolączką XVIII i XIX wieku były ciągle zbierające masowe żniwo epidemie, np. ospa, odra, febra, tyfus, cholera, gruźlica, czerwonka. Poprawa w leczeniu ospy nastąpiła dopiero po wprowadzeniu obowiązkowych szczepień. W XIX wieku informacja o dżumie w Egipcie dotarła do Europy ze względu na wyprawę Napoleona, w 1812 roku głośno było o epidemii w Lewancie czy w 1816 roku w Mołdawii, w 1831 roku natomiast Europa zmagająca się z cholera, która przywędrowała z Indii. H. Heine opisywał skutki choroby w Paryżu. Tylko w samych Niemczech w 1848 roku zmarło na skutek cholery 120 tys. ludzi oraz krwawe żniwo zbierał tyfus. Charakter epidemiczny miała też przenoszona przez muchy, brudną wodę i żywność czerwonka. Mimo że Leibnitz pisał, że „prawdziwa siła państwa leży w liczbie mieszkańców”, to pogląd na temat troski o zdrowie uzyskiwał na znaczeniu dopiero od XVIII wieku.

Na wzrost roli państwa w zwalczaniu chorób epidemicznych wskazywał wyraźnie pruski lekarz R. Virchow. To dzięki niemu powstała norma mówiąca o tym że opieka lekarska nie jest związana ze stopniem zamożności, ale prawem każdego i troska o to należy do państwa. Virchow powiązał chorowanie niższych warstw z warunkami mieszkaniowymi, żywieniowymi i charakterem pracy, co doprowadziło do powstania nowej nauki: „higiena społeczna” (*Sozialhygiene*) i wzbudziło zainteresowanie państwa i samorządu tymi zagadnieniami (Łukasiewicz, 2013, s. 21).

W Polsce na przełomie XIX i XX stulecia wpływ na rozwój zdrowia publicznego mieli przedstawiciele nie tylko świata lekarskiego. J. Polak założył w 1885 roku czasopismo „Zdrowie Publiczne” i był współzałożycielem z B. Prusem Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego (1898), przekształconego następnie z Polskie Towarzystwo Higieniczne. Warte na tym

tle podkreślenia są dokonania amerykańskiego uczonego M.J. Rosenaua, który w 1909 roku został kierownikiem pierwszego utworzonego w szkole medycznej na Uniwersytecie Harvarda wydziału medycyny zapobiegawczej, przekształconego w 1913 roku w Szkołę Zdrowia Publicznego. W swoich pracach wskazał miejsce zdrowia publicznego wśród innych dyscyplin i specjalności medycznych, stwierdzając, że istotą medycyny klinicznej są relacje lekarz-pacjent, gdzie pacjentem jest osoba indywidualna, natomiast istotą zdrowia publicznego są relacje między lekarzem i przedstawicielami innych dyscyplin i dziedzin życia a społeczeństwem, jako pacjentem zbiorowym.

Powyższe rozważania wskazują, że pojęcie zdrowia publicznego ewoluowało i obejmując szeroki zakres działań, odnosi się do zdrowia społeczeństwa. W tabeli 1.2 przedstawiono ewolucję tego pojęcia.

**Tabela 1.2. Definicje zdrowia publicznego**

Autor	Rok	Definicja
C. E. A. Winslow	1920	Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, higienę środowiska, kontrolę zakażeń, nauczanie zasad higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarstwa ukierunkowaną na zapobieganie chorobom i wczesną diagnozę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społeczności warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia
Światowa Organizacja Zdrowia	1952	Zdrowie publiczne jest nauką i sztuką zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia poprzez zorganizowany wysiłek społeczeństwa
M. Lalonde	1974	Holistyczny model zdrowia publicznego, według którego na zdrowie publiczne wpływają: (1) czynniki biologiczne (genetyka, cechy wrodzone, dojrzewanie, starzenie się i złożony system regulacji wewnętrznej), (2) czynniki środowiskowe (socjalne, fizyczne, psychiczne), (3) style życia (wzór konsumpcji, zatrudnienie, czynniki ryzyka zdrowotnego i zawodowego, sposób rekreacji), (4) system organizacji opieki zdrowotnej (prewencja, promocja zdrowia, leczenie i rehabilitacja)
C.G. Sheps i raport Komisji Fundacji Milbank	1975	Zdrowie publiczne to zorganizowany wysiłek społeczeństwa w celu ochrony, promowania i przywracania zdrowia ludzi. Programy, świadczenia i instytucje z nim związane ukierunkowane są na zapobieganie chorobom oraz na potrzeby zdrowotne populacji w całości. Działania z zakresu zdrowia publicznego zmieniają się w miarę zmian technologii i wartości społecznych, lecz cele pozostają te same: zmniejszenie występowania chorób i liczby przedwczesnych zgonów oraz stanów powodujących cierpienia i niepełnosprawność

Źródło: Na podstawie: (Leowski, 2011, s. 14–15).

J. Leowski (2011, s. 15 i 16) wskazuje, że podstawowe odkrycia wiedzy, które decydowały i decydować będą o zasadniczych kierunkach działań w zdrowiu publicznym, to odkrycia nauk medycznych dotyczące etiologii



oraz szerzenia się chorób zakaźnych i możliwości zapobiegania im poprzez działania sanitarno-środowiskowe i szczepienia.

D. Byrne, jeden ze zwolenników nadawania sprawom zdrowia właściwej rangi, stwierdził, że „Europa bez Europy zdrowotnej” nie istnieje, a Unia powinna chronić obywateli przed zagrożeniami zdrowotnymi, rozwijać współpracę w sprawach zdrowia, włączyć troskę o zdrowie w przygotowanie i wdrażanie wszystkich programów i interwencji. Autor podkreśla, że zdrowie jest ważnym czynnikiem wzrostu, a nie tylko efektem dobrobytu (Byrne, 2003).

W.C. Włodarczyk (2011, s. 87) zwraca uwagę, że analizując sektor zdrowotny, należy mieć na uwadze:

- **zasoby finansowe** i inne formy zasobów przeznaczone na funkcjonowanie opieki zdrowotnej (choć trudno wskazać normatywną wartość nakładów, a między wysokością wydatków a stanem zdrowia nie ma prostej zależności, to należy pamiętać, że wystarczające finansowanie oraz dostatecznie liczna i dobrze wykształcona kadra są warunkami niezbędnymi do należytego funkcjonowania systemu);
- **zasobność infrastruktury** – rozumianą zarówno w sensie wystarczającej liczby instytucji, gdzie świadczona jest opieka podstawowa, jak i właściwej wielkości zasobów szpitalnych; jakość tych zasobów także odgrywa ważną rolę;
- **zasoby technologiczne**, a więc instrumentalizację (właściwa aparatura) i umiejętność wykorzystywania posiadanego sprzętu.

Na lata 2008–2013 UE przedstawiła strategiczne podejście w dokumencie *Biała księga – Razem na rzecz zdrowia*, które zostało przyjęte przez Komitet Regionów z zadowoleniem, ale z uwagą, że przestrzegany będzie art. 152 Traktatu WE stanowiący, że ochrona zdrowia należy do kompetencji poszczególnych państw oraz że nie zostanie naruszona w tej dziedzinie zasada pomocniczości. Podzielił on również pogląd, że zdrowie jest podstawową wartością w życiu człowieka, a jego ochrona musi być wspierana skuteczną polityką i działaniami państw członkowskich na szczeblu UE i globalnym. Dostrzeżono także pojawiające się nowe uwarunkowania uzasadniające konieczność wypracowania bardziej strategicznego podejścia na szczeblu wspólnotowym, takie jak starzenie się społeczeństwa, nowe zagrożenia dla zdrowia (pandemie, katastrofy biologiczne, bioterroryzm, wyzwania wynikające ze zmian klimatu) oraz nowe technologie (<http://sip.lex.pl/akty-prawne/dzienniki-UE/opinia-biala-ksiega-razem-na-rzecz-zdrowia-strategiczne-podejscie-dla-ue-na-67783677>, pobrane 23.03.2021).

Uzasadnienie potrzeby wprowadzenia nowej strategii w zakresie ochrony zdrowia można podzielić na trzy grupy argumentów (Kuszeński, 2009, s. 56–57):

1. Zmiany demograficzne, w tym starzenie się społeczeństwa, zmieniają strukturę chorób i zagrażają równowadze unijnych systemów zdrowotnych. Wspieranie zdrowego starzenia się oznacza zarówno promocję zdrowia przez całe życie, mającą na celu zapobieganie problemom zdrowotnym i niepełnosprawności od wczesnego dzieciństwa, jak i zajmowanie się nierównościami zdrowotnymi, związanymi z czynnikami społecznymi, gospodarczymi i środowiskowymi.
2. Potencjalnym poważnym zagrożeniem dla zdrowia są pandemie, poważne wypadki i katastrofy biologiczne oraz bioterroryzm. Zmiany klimatyczne powodują zmiany w strukturze chorób zakaźnych. Jedną z głównych ról Wspólnoty związanych ze zdrowiem jest koordynacja i szybka reakcja na zagrożenia dla zdrowia na świecie oraz zwiększenie zdolności państw Wspólnoty i państw trzecich do takich działań. Jest to związane z ogólnym strategicznym celem UE – bezpieczeństwem.
3. W ostatnich latach doszło do znacznej ewolucji systemów opieki zdrowotnej, częściowo w wyniku szybkiego rozwoju nowych technologii, które rewolucjonizują sposób, w jaki promuje się zdrowie oraz przewiduje, zapobiega i leczy choroby. Należą do nich technologie informacyjno-komunikacyjne (ICT), innowacje w dziedzinie genomiki, biotechnologii i nanotechnologii. Powyższe kwestie są związane z dobrobytem, ogólnym strategicznym celem Unii, zapewniającym konkurencyjną i trwałą przyszłość dla Europy.

Dokumentem w Polsce, który był odpowiedzią na strategię Światowej Organizacji Zdrowia *Zdrowie dla wszystkich w roku 2000* był *Narodowy program zdrowia na lata 2007–2015*. Cel główny to poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu; osiągnięty był przez: kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa, tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu, aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia. Strategiczne cele zdrowotne obejmowały ([www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_docs/zal\\_urm.npz\\_90](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_docs/zal_urm.npz_90)):

- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu,
- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych,

- zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków,
  - zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne,
  - zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego,
  - zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego,
  - zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom,
  - zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.
- Powyższe czynniki są ściśle skorelowane z celami systemu ochrony zdrowia, do których należy (Miller i Opolski, 2009, s. 282):
1. Zaspokojenie indywidualnych potrzeb zdrowotnych, z których najważniejsze są potrzeby wynikające z chorób, niedomagań, wypadków, czyli tzw. wyrażone potrzeby zdrowotne, choć system powinien brać pod uwagę istnienie również tzw. rzeczywistych potrzeb zdrowotnych, nie zawsze ujawniających się dostatecznie wcześnie, i zaspokajając je z własnej inicjatywy.
  2. Zapewnienie zbiorowych potrzeb zdrowotnych, tj. warunków życia, pracy, mieszkania, odżywiania, wypoczynku, a nawet chorowania i wszelkich innych aspektów życia zbiorowego, które minimalizują, jeśli nie eliminują, jakiegokolwiek ryzyko utraty zdrowia.

### 1.1.3. Transformacja epidemiologiczna

XIX wiek to okres, kiedy zaczęto intensywnie badać zjawiska warunkujące rozpowszechnianie chorób w określonych populacjach ludzkich. Badania te stały się początkiem epidemiologii – nauki o rozpowszechnianiu i o czynnikach warunkujących występowanie związanych ze zdrowiem stanów lub zdarzeń w określonych populacjach oraz dyscypliny służącej do kontroli problemów zdrowotnych (Last, 1988). W szeroko pojmowanym problemie zdrowia publicznego zastosowanie epidemiologii jest wielorakie. Początkowo badania epidemiologiczne zajmowały się etiologią (określanie przyczyn) chorób zakaźnych i ten rodzaj działalności dominował do czasu wykrycia metod zapobiegawczych. W tym znaczeniu epidemiologia staje się podstawą nauk medycznych, których celem jest poprawa stanu zdrowia ludzi (*Podstawy epidemiologii*, s. 7).

Zachodzące na świecie zmiany sytuacji zdrowotnej wynikają z zagrożeń zdrowotnych, jakie niesie za sobą rozwój społeczno-ekonomiczny. Efektem populacyjnym tych zmian jest struktura występujących przyczyn i zgonów, uszeregowana w formie następujących po sobie faz transformacji epidemiologicznej (Gębska-Kuczerowska i Miller, 2009, s. 240):

- choroby zakaźne,
- wypadki i urazy,
- choroby cywilizacyjne:
  - cukrzyca,
  - choroby układu krążenia,
  - nowotwory,
- nowe zagrożenia zdrowotne.

W stosunku do ostatniej grupy J. Leowski (2011, s. 47) zwraca uwagę, że transformacja epidemiologiczna była procesem biegnącym względnie wolno. Pomijając skutki wojen i kataklizmów, jako główne zagrożenie dominowały choroby zakaźne. Autor wskazuje, że ubocznym efektem procesów globalizacji, między innymi łatwego i szybkiego przemieszczania się ludzi, jest rosnące ryzyko zawleczenia chorób zakaźnych z najodleglejszych ognisk endemicznych do innych zakątków świata. Zagrożenie to wynika z faktu, że czas przemieszczania się ludzi czy transportu towarów jest krótszy niż okres wylegania większości chorób zakaźnych. Klasycznym tego przykładem jest SARS.

Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych COPERNICUS przedstawiło *Model przebiegu epidemii COVID-19 w Polsce, Stanach Zjednoczonych i we Włoszech* (2020). W raporcie tym wskazano, że skala, tempo rozposzczelniania się koronawirusa zależą od specyficznych uwarunkowań poszczególnych państw, w tym rozmiaru obszaru, mobilności ludności czy zastosowanych środków ostrożności. I tak w Chinach przyrost przypadków stał się wykładniczy w początkowej fazie od stycznia 2020 roku, aby następnie osiągnąć punkt przegięcia w połowie lutego 2020 roku i przyjąć postać funkcji logistycznej. Zdaniem autorów raportu faktyczny przebieg epidemii na poszczególnych obszarach może odbiegać od modelowego przebiegu, który można zaprezentować w postaci krzywej logistycznej, przyjmującej specyficzny kształt litery S. Ograniczenia w życiu społecznym i ekonomicznym wpływające na spowolnienie transmisji będą skutkować wypłaszczeniem krzywej. Przy prognozowaniu modelu dla Polski wzięto pod uwagę:

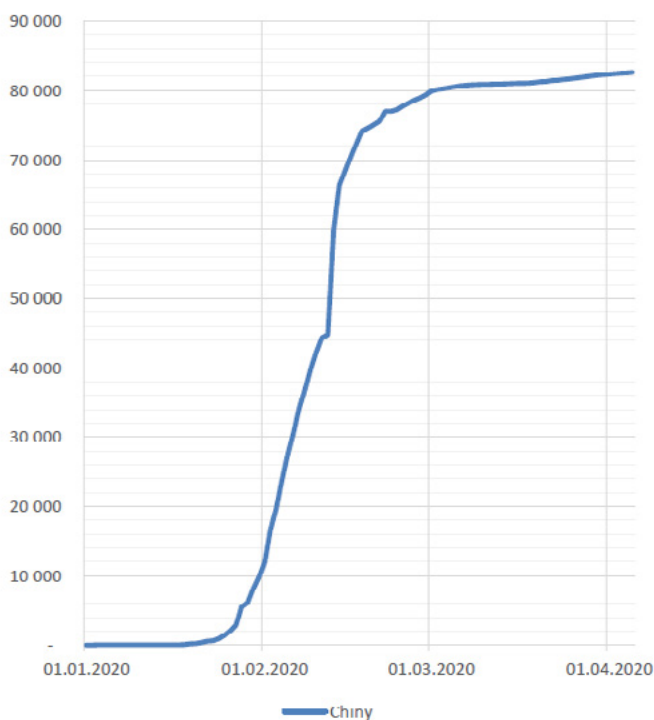
- dotychczasowy przebieg pandemii w wielu krajach,
- czynniki meteorologiczne,
- stan opieki zdrowotnej w danym kraju,
- stan kondycji zdrowotnej społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka, takich jak choroby onkologiczne, kardiologiczne, cukrzyca i otyłość,
- strukturę demograficzną społeczeństwa (szczególnie odsetek ludzi w podeszłym wieku),
- poziom restrykcji stosowanych przez władze i przestrzeganie ich przez obywateli.

W tym miejscu należałoby zdefiniować dwa pojęcia związane z rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych. Według *Słowniczka terminów epidemiologicznych* (<http://www.przeglepidemiol.pzh.gov.pl/slowniczek-terminow-epidemiologicznych>, pobrane 31.03.2021) przez pojęcie **epidemii** (*epidemic*) należy rozumieć występowanie większej od oczekiwanej liczby przypadków choroby, urazów lub innych zdarzeń związanych ze zdrowiem w określonej okolicy lub populacji w określonym przedziale czasowym. Zwykle zakłada się, że są to przypadki mające wspólną przyczynę lub w jakiś sposób powiązane ze sobą. Natomiast przez pojęcie **pandemii** (*pandemic*) należy rozumieć epidemię występującą na dużych obszarach globu (w licznych krajach i kontynentach) i zwykle charakteryzująca się wysoką zapadalnością (wykres 1.1).

Historia pandemii i epidemii jest długa – zaraza Antoninów (za czasów Marka Aureliusza w latach 165–180, pochłonęła 5 mln ofiar), czarna śmierć (przez bakterię *Yersinia pestis*, pałeczkę dżumy w latach 1347–1351 – spowodowała 25 mln zgonów), ospa prawdziwa (w latach 1520–1979, 56 mln zgonów), hiszpanka (groźna odmiana podtypu H1N1 wirusa A grypy w latach 1918–1920, 50 mln zgonów), grypa Hongkong w latach (poprzedzona grypą azjatycką w latach 1956–1958, wywołaną przez wirus AH2N2, grypa Hongkong 1968–1970, 4 mln zgonów), rosyjska grypa (w latach 1977–1978, 1 mln zgonów), świńska grypa (w latach 2009–2010, 284 tys. zgonów), HIV (wirus z rodzaju *lentiwirusów*, z rodziny *retrowirusów*, od 1981 do dzisiaj, 35 mln zgonów) i w końcu COVID-19 (do 17.12.2020 około 1,6 mln zgonów) – to tylko niektóre przyczyny wielkich kryzysów. Takie sytuacje doprowadzały nie tylko do upadków gospodarek, ale szerzyły też pandemie biedy. Jak donosi P. Strawiński (2020, s. 57–29), z opublikowanej w październiku prognozy Banku Światowego wynika, że w 2020 roku skrajne ubóstwo – definiowane jako konieczność przeżycia za mniej niż 1,90 dol. dziennie według parytetu

siły nabywczej z 2011 roku – wzrosło na świecie, poszerzając swoje granice, o liczbę 88–115 mln osób. Problem dotyczy więc łącznie grupy 9,4 proc światowej populacji, gdyż przed pandemią z krańcową biedą zmagало się około 7,9 proc ludzi. Osoby, które znalazły się w tej grupie z powodu pandemii, pochodzą w znacznej mierze z krajów, które już wcześniej nie radziły sobie z biedą: 82 proc. z nich żyje w państwach o średnich dochodach: krajach afrykańskich, azjatyckich i latynoamerykańskich. W Polsce dekadę temu w skrajnym ubóstwie żyło 5,8 proc osób, w 2019 roku odsetek ten obniżył się do 4,2 proc. Niestety przez pandemię odsetek ten wzrósł, obejmując kolejne 1,7 mln osób.

**Wykres 1.1. Skumulowana liczba chorych – Chiny, dotyczy okresu od stycznia do kwietnia 2020 roku**



Źródło: (Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych, 2020, s. 3).

Koronawirus to powszechna nazwa wirusa SARS-CoV-2 (ang. *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*), który wywołuje zespół ciężkiej niewydolności oddechowej. Jest to czynnik powodujący chorobę COVID-19

(ang. *Coronavirus Disease 2019*). Genom koronawirusa SARS-CoV-2 został szybko sekwencjonowany przez chińskich naukowców. To cząstka RNA, która zawiera ok. 30 000 zasad kodujących 15 genów, w tym gen S, który koduje białko znajdujące się na powierzchni otoczki wirusowej. Porównawcze analizy genomowe wykazały, że koronawirus SARS-CoV-2 należy do grupy betakoronawirusów i jest bardzo zbliżony do SARS-CoV, czyli koronawirusa odpowiedzialnego za zespół ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej. W przypadku SARS-CoV rezerwuarem wirusa były nietoperze z rodzaju *Rhinolophus*. Jako pośredniego gospodarza między nietoperzem a ludźmi zidentyfikowano cywety. U nietoperza z gatunku *Rhinolophus* wyizolowano wirus RaTG13, który w 96 proc. jest podobny do SARS-CoV-2. 7 lutego 2020 roku naukowcy odkryli u łuskowców wirusa, który według pierwszych badań miał 99 proc. zgodności genowej z koronawirusem SARS-CoV-2. Dalsze jednak badania pokazały, że genom koronawirusa wyizolowanego z malezyjskich łuskowców jest podobny do SARS-CoV-2 jedynie w 90 proc. Oznacza to, że wirus, który został wyizolowany z łuskowców, nie jest odpowiedzialny za obecnie panującą epidemię COVID-19. Naukowcy odkryli jednak, że koronawirus z łuskowca i SARS-CoV-2 są niemal identyczne (99 proc. zgodności) w określonym rejonie białka S, co odpowiada 74 aminokwasom zaangażowanym w domenę wiążącą receptor ACE, który pozwala wirusowi wejść do ludzkiej komórki i ją zarazić. Genom koronawirusa RaTG13 izolowany z nietoperza jest wysoce rozbieżny w tym specyficznym fragmencie (Ważna, 2020).

Choroby zakaźne występują jako wynik interakcji czynnika zakaźnego, procesu przenoszenia i gospodarza. Kontrola takich chorób może wymagać oddziaływania na jeden lub więcej z tych elementów, z których każdy pozostaje ponad oddziaływaniem środowiska. Przedstawiane spektrum objawów w chorobie zakaźnej pokazuje przejście od zakażenia bezobjawowego, przez łagodną chorobę, ciężką chorobę aż do zgonu. Proces zakaźny obejmuje dostanie się, rozwój i namnażanie się czynnika chorobotwórczego w organizmie gospodarza. Zakażenie nie jest równoznaczne z chorobą – niektóre zakażenia nie powodują klinicznej choroby. Końcowy rezultat infekcji zależy od dużej liczby czynników na wszystkich etapach łańcucha infekcji. Chorobotwórczość czynnika, to znaczy jego zdolność do wywoływania odczynu chorobotwórczego, jest mierzona proporcją liczby osób, u których rozwinęły się objawy kliniczne, do liczby osób zakażonych. Stosowane środki kontrolne mogą być skierowane przeciwko źródłu infekcji, sposobowi jej rozpowszechniania

się lub zmierzać do zabezpieczenia zagrożonych osób (Beaglehole, Bonita i Kjellstrom, 1993, s. 114).

Istotne dla wskazania wpływu COVID-19 na ogólną zdrowotność ludności będą badania przeprowadzone w ramach Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (*European Health Interview Survey – EHIS*). Jest ono kluczowym narzędziem realizacji jednego z głównych celów Unii Europejskiej w dziedzinie statystyki zdrowia publicznego, jakim jest stworzenie systemu monitoringu zdrowia ludności krajów członkowskich. Badanie realizowane jest cyklicznie w krajach UE i obejmuje takie aspekty, jak: stan zdrowia, chorobowość, zdrowie psychiczne, wypadki i urazy, korzystanie z opieki zdrowotnej, profilaktyka zdrowotna oraz determinanty zdrowia. Wyniki badania umożliwiają poznanie aktualnej sytuacji zdrowotnej ludności oraz jej uwarunkowań w powiązaniu z charakterystyką demograficzno-społeczną oraz miejscem zamieszkania (GUS, 2019b, s. 19).

Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia obejmuje obszary tematyczne zawarte w czterech modułach (GUS, 2019b, s. 19):

1. Stan zdrowia – samoocena stanu zdrowia, występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych, choroby przewlekłe, niepełnosprawność prawna i biologiczna, występowanie różnych grup schorzeń, korzystanie z urządzeń pomocniczych, sprawność narządów zmysłu i ruchu u osób dorosłych oraz poziom możliwości samoobsługi i wykonania czynności domowych, poważne trudności i kłopoty zdrowotne dzieci, odczuwanie bólu, samopoczucie psychiczne, wypadki skutkujące urazem zewnętrznym lub wewnętrznym, nieobecności w pracy spowodowane problemami zdrowotnymi.
2. Opieka zdrowotna – pobyty w szpitalach z noclegiem i dzienne, wizyty u lekarzy dentyków i ortodontów, lekarzy POZ i specjalistów, powody opóźnień w dostępie do opieki zdrowotnej, korzystanie z usług opieki świadczonej w domu, stosowanie leków przepisanych i nieprzepisanych przez lekarza, profilaktyka zdrowotna.
3. Determinanty zdrowia – waga i wzrost, spożycie warzyw i owoców, narażenie na dym tytoniowy w domu, w przypadku osób dorosłych: aktywność fizyczna, palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie marihuany, w przypadku dzieci: okres karmienia piersią, liczba godzin spędzonych przed ekranem TV czy monitorem komputera, uczestnictwo w lekcjach wychowania fizycznego oraz uprawianie sportu lub rekreacji w czasie wolnym.



4. Charakterystyka demograficzno-społeczna osób i gospodarstw domowych – wiek, płeć, kraj urodzenia i stałego zamieszkania, obywatelstwo, poziom wykształcenia, stan cywilny prawny i faktyczny, status zawodowy oraz główne źródło utrzymania gospodarstwa i jego miesięczne dochody. Ostatnie badanie mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Badania Ankietowego przeprowadzono w okresie wrzesień – grudzień 2014 roku<sup>2</sup>, a wyniki kolejnego badania zostaną opublikowane pod koniec 2021 roku. Wynikało z niego, że (GUS, 2015):

- Mimo poprawiającej się subiektywnej oceny stanu zdrowia 59% osób dorosłych zadeklarowało występowanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy dolegliwości zdrowotnych lub chorób przewlekłych. Najczęściej uskarżano się na ból dolnej części pleców (co 4–5 dorosła osoba), wysokie ciśnienie krwi, bóle szyi, zwyrodnienie stawów (co 8 dorosła osoba). Często również występuje u dorosłych migrena i choroba wieńcowa. Nieznacznie mniejsza jest natomiast populacja dzieci z alergią (15%).
- Zbyt dużą masę ciała ma już 62% dorosłych mężczyzn i 46% kobiet. Proporcja masy ciała do wzrostu kwalifikuje częściej niż co 6. mężczyznę i co 7. kobietę do kategorii osób otyłych. U dzieci natomiast nie obserwujemy wzrostu średniej wagi ciała, a nawet niewielkie obniżenie.
- Co 6. dorosły mieszkaniec Polski świadczył regularnie nieformalną długoterminową opiekę lub pomoc osobom chorującym przewlekłe, niesprawnym lub w podeszłym wieku. Ponad 3/4 pomagających otaczało opieką tylko członków własnej rodziny.

---

<sup>2</sup> Ostatnie badanie objęte było regulacją prawną UE – po raz pierwszy wszystkie kraje członkowskie miały obowiązek je przeprowadzić, zgodnie z wytycznymi Eurostatu. Zadania objęte tym badaniem określono w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy Nr 1338/2008. Badanie zostało przeprowadzone w okresie wrzesień – grudzień 2014 r. Wylosowano 24 tys. mieszkań. Wywiady przeprowadzono w 12,2 tys. gospodarstw domowych, w których zbadano 28,826 tys. osób mieszkających na obszarach miejskich i wiejskich całego kraju, w tym 24,156 tys. osób w wieku 15 lat i więcej (zwanych dalej osobami dorosłymi) oraz 4,670 tys. dzieci w wieku 0–14 lat. Uzyskane informacje statystyczne zostały uogólnione na ludność Polski zamieszkałą w gospodarstwach domowych według stanu w dniu 31 grudnia 2014 roku. Pozyskane wyniki są reprezentatywne na poziomie kraju, a wybrane informacje – również na poziomie województw (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) NR 1338/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy oraz rozporządzenie Komisji (UE) nr 141/2013 z dnia 19 lutego 2013 r. w sprawie wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy w odniesieniu do statystyk na podstawie europejskiego ankietowego badania zdrowia (EHIS)). GUS przeprowadzał reprezentacyjne ankietowe badania stanu zdrowia ludności Polski trzykrotnie – w 1996 r. i w 2004 r. były to badania HIS przygotowane z wykorzystaniem zaleceń międzynarodowych organizacji zajmujących się statystyką zdrowia, natomiast w 2009 r. po raz pierwszy przeprowadzono w Polsce EHIS, zgodnie z wytycznymi Eurostatu.

- W strukturze konsumpcji alkoholu dominuje picie piwa (blisko 70% konsumpcji), wysokoprocentowe trunki stanowią 20%, a wino tylko 10%.
- Prawie co czwarty mieszkaniec Polski potrzebujący pomocy doświadczył opóźnień w dostępie do opieki zdrowotnej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę i takie sytuacje dotyczyły głównie osób dorosłych, rzadziej dzieci (tylko co 9.). Brak środków finansowych deklarowała co 13. osoba potrzebująca opieki medycznej (sprawowanej przez lekarza) i co 9. osoba potrzebująca opieki dentystrycznej. Trudności z wykupieniem leków przepisanych na receptę deklarowała co 12. osoba.
- W strukturze leków kupowanych bez recepty lekarskiej dominowały witaminy, preparaty mineralne lub środki wzmacniające. Zażywała je więcej niż 1/4 dorosłych osób. W następnej kolejności kupowane były leki przeciwbólowe (głównie na ból głowy lub migrenę) oraz leki na przeziębienie, grypę lub ból gardła, co ma swoje uzasadnienie, bowiem termin badania zbiegł się z okresem nasilenia występowania takich dolegliwości.
- Dorosłym mieszkańcom Polski najczęściej przepisywane były leki obniżające ciśnienie krwi (przyjmuje je 23% osób w wieku 15 lat i więcej). Nieznacznie rzadziej lekarze przepisywali leki na bóle stawów, na bóle szyi czy pleców, obniżające poziom cholesterolu, kardiologiczne. Tego typu leki przepisane przez lekarza zażywało 10–11% dorosłych osób.
- Wyraźnie zwiększa się liczba kobiet wykonujących badania cytologiczne (wzrost o 6 pkt procentowych) i badania mammograficzne (wzrost o blisko 7 pkt procentowych). Blisko co 5. dorosły mieszkaniec Polski został chociaż raz przebadany w kierunku wykrywania raka jelita grubego, wykonując kolonoskopię lub badanie krwi utajonej w kale. Ponadto co 3. mężczyzna co najmniej 40-letni miał wykonane badanie lekarskie prostaty.

Jak wskazuje opracowanie GUS z 2014 roku *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku* (GUS, 2014a, s. 58), Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia jest badaniem subiektywnym, którego przedmiotem jest wiedza i odczucia społeczeństwa na temat własnego zdrowia. O ile w 2009 roku ponad 34% zbadanych osób oceniło swoje zdrowie poniżej poziomu dobrego (tj. jako takie sobie, złe lub bardzo złe), o tyle pod koniec 2014 roku takie opinie formułowało mniej niż 33% ludności Polski, tj. blisko 2 punkty procentowe mniej i o 6 punktów procentowych mniej niż w końcu 2004 roku. Zmniejszenie odsetka negatywnych ocen zdrowia dotyczyło prawie wszystkich grup wieku, z wyjątkiem dzieci najmłodszych w wieku 0–4 lat, 10–14 lat oraz osób 80-letnich i starszych.

### 1.1.4. Polityka zdrowotna państw w reakcji na COVID-19

Rok 2020 zapisze się niechlubnie na kartach historii. Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła pandemię globalną. Według danych BIQDATA.pl (<https://bigdata.wyborcza.pl>, pobrane 7.12.2020) łączna liczba wykrytych zakażeń zbliża się do 67,5 mln osób, z czego wyzdrowiało prawie 46,7 mln, a ponad 1,5 mln zakażonych zmarło. Jak wskazuje Spiteri (2020), w ciągu pierwszych dziesięciu miesięcy 2020 roku odnotowano najwyższy wskaźnik zakażeń w Belgii, Czechach, Luksemburgu i Hiszpanii, w których ponad 25 000 potwierdzonych przypadków przypadło na milion osób. Oczywiście należy wziąć pod uwagę, że na liczbę potwierdzonych przypadków COVID-19 mają wpływ różnice między granicami strategii testowania, intensywność badań i różnice w rzeczywistej transmisji wirusa (tabela 1.3).

**Tabela 1.3. Potwierdzone przypadki COVID-19, zgłoszone zgony COVID-19 i nadmierna śmiertelność w okresie marzec – październik 2020 roku**

Kraj	Potwierdzone przypadki COVID-19 (do końca października 2020)		Zgłoszone zgony COVID-19 (do końca października 2020)		Nadmierna śmiertelność (marzec – czerwiec 2020)	
	liczba przypadków	liczba przypadków na 1 mln osób	liczba zgonów	liczba zgonów na 1 mln osób	nadmiar zgonów	nadmiar zgonów na 1 mln osób
Austria	106 584	12 031	1 097	124	1 460	165
Belgia	429 134	37 461	11 625	1 015	8 388	732
Bułgaria	52 844	7 549	1 279	183	-1 346	-192
Chorwacja	49 316	12 098	546	134	-415	-102
Cypr	4 366	4 985	26	30	141	161
Czechy	335 102	31 466	3 251	305	477	45
Dania	46 351	7 983	721	124	208	36
Estonia	4 905	3 702	73	55	143	108
Finlandia	16 113	2 920	358	65	970	176
Francja	1 364 625	20 364	36 788	549	29 993	448
Niemcy	532 930	6 419	10 481	126	9 707	117
Grecja	39 251	3 660	626	58	880	82
Węgry	79 199	8 104	1 819	186	-387	-40
Islandia	4 865	13 628	12	34	-14	-40
Irlandia	61 456	12 531	1 913	390	-	-
Włochy	679 430	11 256	38 618	640	44 654	740

cd. tabeli 1.3

Kraj	Potwierdzone przypadki COVID-19 (do końca października 2020)		Zgłoszone zgony COVID-19 (do końca października 2020)		Nadmierna śmiertelność (marzec – czerwiec 2020)	
	liczba przypadków	liczba przypadków na 1 mln osób	liczba zgonów	liczba zgonów na 1 mln osób	nadmiar zgonów	nadmiar zgonów na 1 mln osób
Łotwa	5 894	3 070	71	37	-362	-188
Litwa	14 824	5 305	165	59	52.2	19
Luksemburg	17 134	27 910	152	248	135	220
Malta	6 042	12 242	62	126	93	188
Holandia	350 764	20 296	7 385	427	9 710	562
Norwegia	19 563	3 672	282	53	-24	-5
Polska	362 731	9 552	5 631	148	4 060	107
Portugalia	141 279	13 748	2 507	244	3 554	346
Rumunia	241 339	12 431	6 968	359	-1 007	-52
Słowacja	57 664	10 580	219	40	-59	-11
Słowenia	34 307	16 487	231	111	251	120
Hiszpania	1 185 678	25 261	35 878	764	47 904	1 021
Szwecja	124 355	12 156	5 938	580	5 407	528
Szwajcaria	153 728	17 991	2 035	238	1 715	201
Wielka Brytania	1 011 660	15 179	46 555	699	64 022	961
<b>UE27/26 (ogółem)</b>	<b>6 343 617</b>	<b>14 197</b>	<b>174 428</b>	<b>390</b>	<b>164 612</b>	<b>372</b>

Uwaga: Średnie UE są ważone. W sumie UE i średnie obejmują 27 krajów przypadków zgonów COVID-19 oraz 26 w przypadku nadmiernej śmiertelności. Dane odnoszą się do liczby przypadków i zgonów zgłoszonych na dzień 31 października 2020 r. Obliczanie nadmiaru zgonów – w odniesieniu do średniej z lat 2015–2019 i z danymi na 2020 r. dla tygodni od 10 do 26. Dane zostały wydrukowane 1 listopada 2020 r.

Źródło: Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób.

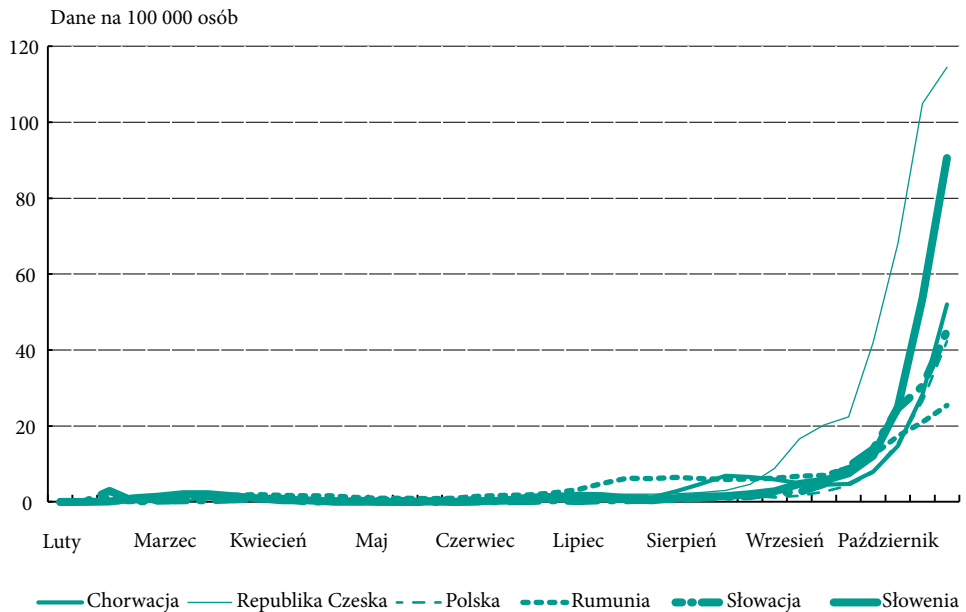
Liczba przypadków koronawirusa sięgnęła w Europie 18,4 mln osób, w wyniku czego zmarło 425 tys. osób, a wyzdrowiało 8,9 mln zakażonych. Liczba aktywnych chorych w grudniu 2020 roku wynosiła 9,8 mln (wykres 1.2).

D. Morgan z zespołem (2020) wskazuje na główne kwestie metodologiczne ograniczające porównywalność zgonów w różnych krajach, w szczególności odnosząc się do:

- rejestracji zgonów COVID-19 poza szpitalem (Belgia, Francja czy Włochy wprowadziły szybsze procedury zgłaszania zgonów mających miejsce np. w domach opieki);

- różnic w kodowaniu, zwłaszcza w odniesieniu do sytuacji podejrzanych i potwierdzonych (Belgia i Holandia kodowały zarówno potwierdzone, jak i podejrzane przypadki);
- różnic w zdolnościach badawczych w różnych krajach, zwłaszcza że wiele krajów boryka się z poważnymi ograniczeniami w zakresie zdolności badawczych na wczesnym etapie pandemii.

Wykres 1.2. Ewolucja w zgłoszonych przypadkach COVID-19, wybrane kraje Europy Środkowej i Wschodniej, od lutego do końca października 2020 roku



Źródło: Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). <https://stat.link/0rsxlt> StatLink, pobrane 7.12.2020, [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en).

Strategie ograniczania i łagodzenia skutków pandemii w poszczególnych krajach można podzielić na trzy kategorie (OECD, 2020):

- zamykanie miejsc pracy i usług innych niż podstawowe, zakaz masowych zgromadzeń, ograniczenie podróży i pełne blokady społeczne,
- poprawa higieny osobistej i środowiskowej, w tym stosowanie środków ochrony indywidualnej, takiej jak maski do twarzy, rękawiczki jednorazowe,
- sprawdzanie osób przebywających w izolacji.

**Tabela 1.4. Strategie ograniczania i łagodzenia skutków przyjęte przez kraje europejskie w celu zaradzenia pierwszej fali pandemii**

Kraj	Zalecenie pobytu w domu dla ogółu ludności (w dniach)	Zamknięcie placówek oświatowych		Zamykanie przestrzeni publicznych wszelkiego rodzaju (w dniach) <sup>a</sup>	Stosowanie masek w środkach transportu publicznego i zamkniętych pomieszczeniach (do 3 lipca 2020)	Ograniczenia dotyczące podróży
		szkoły podstawowe (w dniach)	szkoły średnie (w dniach)			
Austria	45	63	48	28	obowiązkowe	pełne zamknięcie
Belgia	53	65	65	51	obowiązkowe	selektywne zamykanie
Bułgaria	brak formalnego nakazu pobytu w domu	utrzymywane do przerwy wakacyjnej	utrzymywane do przerwy wakacyjnej	65	obowiązkowe	selektywne zamykanie
Chorwacja	brak formalnego nakazu pobytu w domu	55	55	60	obowiązkowe	selektywne zamykanie
Cypr	40	72	61	51	obowiązkowe	selektywne zamykanie
Czechy	39	88	88	59	obowiązkowe	selektywne zamykanie
Dania	brak formalnego nakazu pobytu w domu	30	63	33	zalecane	pełne zamknięcie
Estonia	brak formalnego nakazu pobytu w domu	62	62	65	zalecane	pełne zamknięcie
Finlandia	brak formalnego nakazu pobytu w domu	57	utrzymywane do przerwy wakacyjnej	74	zalecane	selektywne zamykanie
Francja	55	98	55	55	zalecane	selektywne zamykanie
Niemcy	brak formalnego nakazu pobytu w domu <sup>b</sup>	52	52	49	obowiązkowe	selektywne zamykanie
Grecja	42	82	60	50	obowiązkowe	selektywne zamykanie
Węgry	52	80	80	66	obowiązkowe	pełne zamknięcie
Irlandia	51	utrzymywane do przerwy wakacyjnej	utrzymywane do przerwy wakacyjnej	120	obowiązkowe	selektywne zamykanie
Włochy	55	utrzymywane do przerwy wakacyjnej	utrzymywane do przerwy wakacyjnej	55	obowiązkowe	pełne zamknięcie

Łotwa	brak formalnego nakazu pobytu w domu	76	utrzymywane do przerwy wakacyjnej	62	55	zalecane	pełne zamknięcie
Litwa				62	76	obowiązkowe	pełne zamknięcie
Luksemburg				48	34	obowiązkowe	selektywne zamykanie
Malta	brak formalnego nakazu pobytu w domu	32		109	64	obowiązkowe	pełne zamknięcie
Holandia	brak formalnego nakazu pobytu w domu			77	47	zalecane	selektywne zamykanie
Polska	26			73	50	obowiązkowe	selektywne zamykanie
Portugalia	brak formalnego nakazu pobytu w domu		utrzymywane do przerwy wakacyjnej	62	51	obowiązkowe	selektywne zamykanie
Rumunia	52			77	56	obowiązkowe	pełne zamknięcie
Słowacja	brak formalnego nakazu pobytu w domu			81	65	obowiązkowe	selektywne zamykanie
Słowenia	46			80	44	obowiązkowe	
Hiszpania	50		utrzymywane do przerwy wakacyjnej		50	obowiązkowe	pełne zamknięcie
Szwecja	brak formalnego nakazu pobytu w domu		brak formalnego zamknięcia	89	brak formalnego zamknięcia	niezalecane	selektywne zamykanie
Islandia	brak formalnego nakazu pobytu w domu		utrzymywane do przerwy wakacyjnej	49	48	niezalecane	selektywne zamykanie
Norwegia	brak formalnego nakazu pobytu w domu			64	64	niezalecane	pełne zamknięcie
Szwajcaria	brak formalnego nakazu pobytu w domu			75	34	zalecane	selektywne zamykanie
Wielka Brytania	46			83	54	zalecane	selektywne zamykanie

<sup>a</sup> Przestrzenie publiczne odnoszą się do wszystkich miejsc wypoczynku (parków, restauracji, barów, kin itp.) oraz wszystkich innych niż istotne sklepów i usług.

<sup>b</sup> W Niemczech niektóre państwa federalne nałożyły ogólne nakazy pobytu w domu.

Źródło: Dane Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) oraz Monitora Reagowania Europejskiego Obserwatorium Opieki Zdrowotnej, [https:// www.oecd-ilibriary.org](https://www.oecd-ilibriary.org); [https:// ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2020\\_healthatglance\\_rep\\_en.pdf](https:// ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2020_healthatglance_rep_en.pdf), pobrane 23.03.2021.

Tabela 1.5. Zestawienie rozwiązań instytucjonalnych oraz zarządzanie kryzysem pandemii COVID-19 w okresie pierwszego półrocza 2020 roku (Polska i sąsiedzi)

Informacje	Włochy	Holandia	Wielka Brytania	Norwegia	Niemcy	Czechy	Polska	Ukraina
Pierwszy zakażony	21.01 w Rzymie – turyści z Chin 21.02 – mieszkaniec Lombardii	27.02 w Noord-Brabant	ostatni tydzień stycznia	27.02	19.01 w Bari, kobieta przyjechała z Chin	1.03	4.03 w woj. lubuskim, mężczyzna powracający z Niemiec	6.03
Podstawa prawna działań w czasie pandemii	stan wyjątkowy – 31.01 na 6 miesięcy. Dekret rządu o <i>lockdownie</i> – w całym kraju 9.03	Prawo o zdrowiu publicznym z 2008 r.	<i>Coronavirus Act 2020</i> – 25.03	ustawa <i>New Corona Law</i> – 18.03 – odwołująca się do ustawy z 5.08.1994 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych	ustawa z 2001 r. o ochronie przed chorobami zakaźnymi (Infektionsschutzgesetz – IfSG) znowelizowana w marcu	stan wyjątkowy od 12.03; przedłużany co miesiąc do końca maja	specustawa koronawirusowa 2.03 – O szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych	ustawa z dnia 17.03 – O zapobieganiu, występowaniu i rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19
Zbieranie i przekazywanie informacji	od placówek i lekarzy do jednostek zdrowia i następnie do SSI	od placówek zdrowotnych i lekarzy do służby epidemiologicznej i regionalnych centrów zdrowia GGD z oznaczeniem przypadku jako A	od lekarzy i placówek zdrowotnych do Agencji Zdrowia Publicznego	od lekarza gminnego do Norweskiego Instytutu Zdrowia Publicznego	od lokalnych urzędów zdrowia do RKI	od regionalnych urzędów zdrowia publicznego do Czeskiego Instytutu Informacji Zdrowotnej i Statystyki (UZIS)	Sanepid (powiatowy i wojewódzki) oraz dalej (agregacja – PZH i kodowanie – GUS)	od inspektora sanitarnego do Centrum Zdrowia Publicznego



Plan zamykania Gospodarki ( <i>lockdown</i> )	odwołanie się do planu reagowania na epidemię grypy z 2006 r. i przygotowanie Narodowego planu reagowania na COVID-19 – bez przepisów wykonawczych	plan „inteligentnego zamykania” od 12.03 ukierunkowana blokada w kraju i weryfikacja 6.04	plan oparty na doświadczeniach związanym z epidemią grypy ogłoszony 3.03 i skorygowany 16.03 (po raporcie ze spotkania Imperial College)	na podstawie aktualizowanego planu przygotowania na wypadek epidemii i wojny (ustawa z 2000)	ogłoszenie (22.04) w sprawie podjętych działań rządu federalnego przeciwko rozprzestrzenianiu się pandemii COVID-19, wyjaśnienie celów, wskazanie odpowiedzialnych podmiotów i środków	od 9.03 co kilka dni zamykano aktywności gospodarki i społeczeństwa – plan „inteligentnej kwarantanny”	od 8.03 – <i>ad hoc</i>	od 5.03 – bez wcześniejszego planu, a od 12.03 – zamknięcie granic
Komunikacja władzy z obywatelami	codzienne wystąpienia premiera w TV oraz przeciwdziałanie <i>fake newsom</i>	Narodowa Organizacja ds. Komunikacji (NKC)	codzienne wystąpienia premiera z doradcami SAGE, list premiera do gospodarstw domowych, BBC kanał 4, strona internetowa MZ i NHS	częste briefingi przedstawicieli rządu wraz z dyrektorem Urzędu ds. Zdrowia i raportowanie ze zmienianą częstotliwością – od codziennych do raz w tygodniu	codzienne briefingi Instytutu im. Roberta Kocha (RKI)	Od 27.02 codzienne informacje i zalecenia (TV i radio) sztabu zdrowotnego, rozvijane przez strony interesów oraz komunikaty rządu	briefingi ministra zdrowia i głównego inspektora sanitarnego, początkowo z prezydentem i/lub premierem	briefingi MZ na Facebooku i w TV
Sztab kryzysowy	powołanie Narodowego Komitetu Naukowo-Technicznego	Zespół Zarządzania Epidemią (OMT)	Ministerstwo Zdrowia i Opieki wspomaganie przez Naukową Grupę Doradczą ds. Sytuacji Nadzwyczajnych – SAGE	Rządowy Sztab Korona (RCU)	12.03 – ustalenia kanclerza z premierami landów	działy dwa sztaby; jeden w sektorze zdrowia (2.03) i drugi związany ze stanem wyjątkowym (16.03)	w trakcie <i>lockdownu</i> nie powołano; działano w ramach istniejących rozwiązań administracyjnych. Powołano dopiero 20.07	w MZ powołano Komitet Operacyjny, a w rządzie – Międzyministerialny Komitet Nadzwyczajny

Informacje	Włochy	Holandia	Wielka Brytania	Norwegia	Niemcy	Czechy	Polska	Ukraina
Instytucje zdrowia Publicznego – funkcje	Włoski Narodowy Instytut Zdrowia (ISS); informacja, nadzór danych, doradztwo i edukacja; Instytut Medycyny Pracy (INAIL); sanitarna służba operacyjna – współpraca z lekarzem GP	uczestnictwo ekspertów Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego i Środowiska (RIVM) we wszystkich gremiach zarządzania kryzysem	Agencja Zdrowia Publicznego (Public Health England) – oddziałna za zdrowie publiczne oraz analogiczne agencje w Walii, Szkocji oraz Irlandii Północnej	Instytut Zdrowia Publicznego (FHI) – odpowiedzialny za wszystkie dane epidemiologiczne, modele, prognozy i doradza. Posiada własne laboratorium, które przyznaje referencje innym	zasadnicze znaczenie Instytutu Roberta Kocha (RKI) oraz operacyjne działania Urzędu Zdrowia i jego lokalnych sieci	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego (SZU) – funkcje promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej oraz badania wpływu środowiska na zdrowie	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH; organ doradczy MZ, a operacyjnie – Główny Inspektor Sanitarny	Ukraińskie Centrum Zdrowia Publicznego (Ukrainian Public Health Centre) i oddalenie sieci dawnej instytucji inspekcji sanitarniej
Koordinacja działań regionalnych i lokalnych	dekrety dotyczące działań jednolitych przyjmowane w regionach	Zespół ds. Koordynowania Działań Regionalnych (National Operational Team Corona – LOT-C)	wzrost koordynacyjnej roli rządu w ramach zarządzania kryzysowego	Współpraca FHI z głównym lekarzem gminnym	konferencje ministrów zdrowia i spotkania kanclerza z premierami landów	decyzje centralne	nie powołano specjalnej instytucji koordynacyjnej	państwowy lekarz sanitarno-epidemiologiczny
Instytucje międzyministerialne – koordynacja	koordynacja <i>via</i> Ministerstwo ds. Wewnętrznych	Ministerialna Komisja ds. Kontrolowania Kryzysu	SAGE – także funkcje koordynacyjne między departamentami rządu – COBR	koordynator: Departament Zdrowia (w Ministerstwie Zdrowia i Opieki) i FHI	Mały Gabinet Koronawirusowy (Corona Cabinet) – spotkanie cotygodniowe	ograniczona koordynacja działań w ramach koalicyjnego rządu	Zespół ds. Strategii Zwalczenia COVID-19 z udziałem MZ, NFZ oraz MSWiA	Międzysektorowa Grupa Robocza
Relacja: instytucje polityczne – instytucje profesjonalne	pozytywna; szczególnie z ekspertami ISS	współpraca i respektowanie kompetencji specjalistów	opieranie się na opiniach najpierw SAGE i BIT (Behavioral Insights Team) oraz Imperial College	dominacja władzy politycznej	opieranie się na ustaleniach specjalistów	dominacja instytucji politycznych	bez specjalnych procedur; dominacja instytucji politycznych	dominacja instytucji politycznych

Pokonywanie deficytu zasobów ochrony zdrowia	dotatkowe zatrudnienie kadr medycznych na podstawie różnicowanych form umów o pracę	powołanie Narodowego Konsorcjum ds. Zasobów Medycznych (National Consortium for Medical Resources)	mimo istnienia narodowej rezerwy sprzętu ochronnego donoszono o niedoborach. Zwiększono liczbę łóżek ostrych	zamówienia rządowe w celu rozwoju rodzimej produkcji odzieży i sprzętu ochrony osobistej	defycyt nie wystąpił, ale zatrzymano swobodny obrót sprzętem	zakaz wolnego handlu sprzętem i jego eksportu; utrzymanie importu z Chin	włączenie się do specjalnych przetargów kryzysowych UE oraz decyzje własne MZ	trudności z kontrolowaniem cen kluczowych zasobów, wprowadzenie zakazu wywozu istotnego sprzętu ochronnego
Reorganizacja w ochronie zdrowia	reorganizacja szpitali publicznych – wydzielenie „covidowych”	wprowadzenie komputerowego systemu przydziału pacjentów do szpitala (National Coordination Centre for Patient Distribution)	z udziałem Clinical Commissioning Groups (organy odpowiedzialne za planowanie i zlecanie świadczeń zdrowotnych)	tworzenie szpitali i oddziałów zakazanych na podstawie planu działań kryzysowych (ustawa z 2000 r.)	zapewnienie płynnego finansowania szpitali w warunkach zmian organizacyjnych i wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek – COVID-19 – Krankenhausleistungssatz – 25.03	przekształcenia dużych szpitali w zakazne i przerwzenie działalności poza leczeniem COVID-19 do szpitali mniejszych	tworzenie sieci szpitali zakazanych (jednoimennych) i wydzielenie oddziałów zakazanych, ograniczanie działalności pozostałych; częste zmiany	początkowa sieć wyznaczonych szpitali zakazanych była rozszerzana i wzmocniona namiotami do przeprowadzenia testów
Wychodzenie z zamknięcia	16.05 – dekret o znoszeniu <i>lockdownu</i> i ogłoszenie planu „Cura Italia”; 3.06 powrót do mobilności w całym kraju	ogłoszono 20.04 etapowe otwarcie (5 faz)	ogłoszenie otwarcia 10.05., a realnie z opóźnieniem z powodu braku przepisów wykonawczych	stopniowe, od 12.04 – powrót do normalności, od 7.05 powrót imprez, usług i mobilności	stopniowe, od 11.05 z zastosowaniem reguły ostrożnościowej	plan stopniowego wychodzenia z zamknięcia – rozpoczęcie 20.04	16.04 – cztery etapowy plan odmrążania, początek 20.04	od 12 maja: pięciostopniowy plan wyjścia z <i>lockdownu</i>

Informacje	Włochy	Holandia	Wielka Brytania	Norwegia	Niemcy	Czechy	Polska	Ukraina
Działania wywołane pandemią – inne	uznanie COVID-19 za chorobę zawodową personelu medycznego, opiekunów, ekspertów...		rządowy program naukowy na rzecz opracowania szczepionki (Vaccine Taskforce)	inicjowanie i finansowanie rozwoju naukowej współpracy globalnej w sprawie szczepionki	uchwalenie nowego budżetu państwa – z powodu kryzysu zdrowotnego – dodatkowo 156 mld euro w 2020 roku (przekroczenie prognozy zadłużenia)	wsparcie biznesu i samorządnych programów Antivirus oraz trzy programy: Blokada I, II, Blokada I, II, głównie w formie pożyczek z gwarancjami rządu	tarcze antykryzysowe – społeczne i gospodarcze	wakacje podatkowe, gwarantowane przez rząd pożyczki oraz wsparcie małego biznesu
Wsparcie gospodarki i społeczeństwa	pakiet wsparcia (55 mld euro) dla branż: turystyka, kultura, rolnictwo, opieka zdrowotna, nauka i uczenie. Świadczenia dla samozatrudnionych i małego biznesu	pakiet dopłat do wynagrodzeń w firmach ze stratami z przychodów ulżenie firmom przez obniżenie licznych opłat i podatków. Wsparcie dla samozatrudnionych i ich rodzin	pakiet wsparcia dla sektorów doświadczonych stratami z powodu zamknięcia (30 mld funtów) i program pożyczek dla MiSP – (330 mld) oraz samozatrudnionych	pakiet środków wspierających gospodarke i pracujących – Komisja Holdena (Holden Commission). Wzrost okresowych zasilków dla pracowników na urlopiach przymusowych	plan wzmocnienia służby zdrowia publicznego 130 mld euro. Podwyżki płac dla pielęgniarek w szpitalach	dotacja dla ubezpieczenia zdrowotnego na sfinansowanie usług szpitalnych; wydatki budżetowe na wyposażenie szpitali oraz PPE ze zwiększonej rezerwy budżetowej – ok. 2,2 mld euro	dotacja dla NFZ na skatalogowane wydatki w wysokości 7,5 mld PLN	dodatkowe środki budżetowe dla regionów (3.04) – ok. 45,2 mln USD na działania prewencyjne i dla szpitali; ustawy (6.05) wspierające biały personel; podwyżki płac, świadczenia społeczne i odškodowania

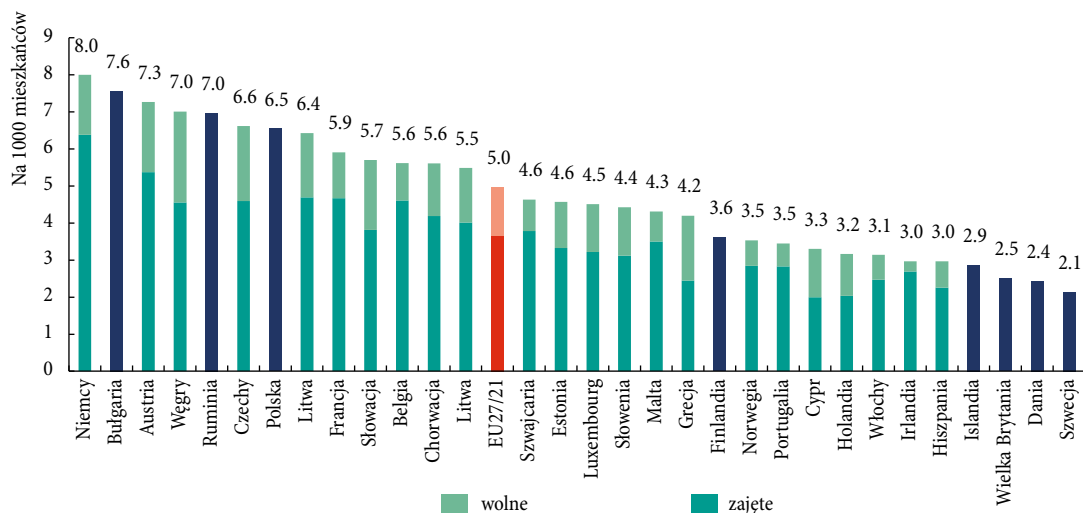
Wsparcie systemu ochrony zdrowia	dofinansowanie NHS w wysokości 3,2 mld euro (12,6% funduszu kryzysowego); opłaty za nadgodziny w pracy biatego personelu	dofinansowanie GPs	zwiększenie środków NHS – 5 mld funtów, oraz wzrost transferów do władz lokalnych – 1,6 mld funtów na potrzeby opiekuńcze	w ramach rewizji budżetu państwa (maj)			
----------------------------------	--	--------------------	---	--	--	--	--

Źródło: (Golinowska i Zabdyr-Jamroz, 2020, s. 7) na podstawie specjalnego monitorowania sytuacji przez WHO, Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC), Europejskie Obserwatorium Systemu i Polityki Zdrowotnej (System Response Monitor – HSRM), comiesięcznych komunikatów Parlamentu Europejskiego (*Public opinion monitoring in the time of COVID-19*) oraz dostępnych opinii *think tanków* (np. Fundacji Roberta Schumana, *Mapping COVID-19. A Journey through Europe*, Fundacji EdelmannTrust), krajowych stron internetowych zaangażowanych instytucji zdrowia publicznego.

## 1.2. Dostęp do usług medycznych w czasie pandemii na przykładzie wybranych krajów UE

Jak donosi raport OECD (2020), pandemia znacząco wpłynęła na możliwości realizacji usług zdrowotnych. Ogólnym wskaźnikiem zdolności szpitali do zaspokojenia wzrostu popytu jest posiadanie dużej liczby łóżek. Niemcy w okresie przed pandemią charakteryzowały się największą liczbą w 2018 roku – 8 łóżek na 1000 mieszkańców, a dalej Bułgaria i Austria. Wskaźniki obłożenia dostarczają informacji uzupełniających do analizy możliwości przyjęć szpitali, przy czym wysokie wskaźniki w tym zakresie są objawem systemu opieki zdrowotnej o ograniczonej zdolności do radzenia sobie z nieoczekiwanymi skokami u pacjentów wymagających hospitalizacji. W okresie pandemii istotniejszym wskaźnikiem była pojemność oddziałów intensywnej terapii. Liczba łóżek na oddziale intensywnej terapii jest bowiem ważnym wskaźnikiem zdolności systemu opieki zdrowotnej do reagowania na kryzys (wykresy 1.3 i 1.4).

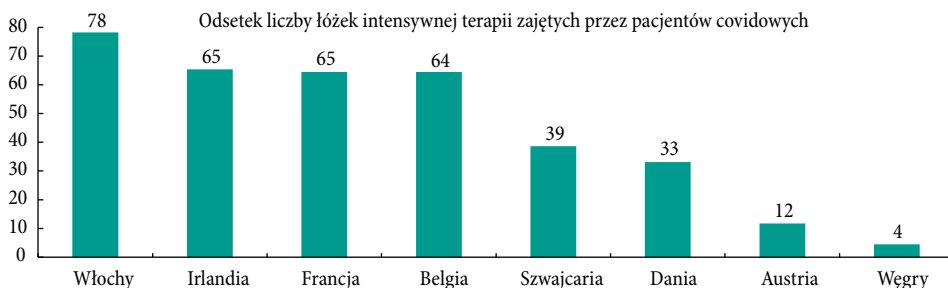
**Wykres 1.3. Ogólna pojemność szpitala – łóżka szpitalne i średni udział zajmowanych przed kryzysem COVID-19, 2018 rok**



Uwaga: Średnia UE jest nieważona. Średnia dla UE-27 odnosi się do wolnych łóżek, a UE-21 do zajmowanych łóżek. Łóżka szpitalne obejmują wszystkie łóżka regularnie utrzymywane i obsadzone w szpitalach ogólnych, szpitalach zdrowia psychicznego i uzależnień oraz innych szpitalach specjalistycznych. Łóżka w budynkach mieszkalnych opieki długoterminowej są wyłączone. Należy pamiętać, że obłożenie jest obliczane na podstawie leczniczych (ostrych) łóżek pielęgnacyjnych – w których łóżka intensywnej terapii są niewielką podkategorią.

Źródło: Statystyki OECD dotyczące zdrowia 2020; Eurostatu. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en), pobrane 13.04.2021.

**Wykres 1.4. Szacowana zdolność intensywnej opieki do radzenia sobie ze wzrostem liczby pacjentów z COVID-19 podczas pierwszej fali pandemii w 2020 roku (wybrane kraje)**



Uwaga: Wartości są oparte na tym, kiedy liczba pacjentów COVID-19 na oddziale intensywnej terapii była najwyższa i odnoszą się do całkowitej liczby zwykłych łóżek na oddziale intensywnej terapii dla każdego kraju. W związku z tym jest to tylko oszacowanie, ponieważ dodatkowe tymczasowe łóżka OIOM nie są uwzględniane w obliczeniach.

Źródło: Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) dla liczby pacjentów z COVID-19 zajmujących łóżka na oddziale intensywnej terapii, [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en).

W związku z zaistniałym brakiem łóżek intensywnej opieki poszczególne kraje wdrożyły politykę mającą na celu zwiększenie dostępności w postaci szpitali połowych. Takie działania podjęły Estonia, Francja, Węgry, Włochy, Rumunia, Słowenia i Hiszpania – już w pierwszej fali pandemii. W innych krajach było to utworzenie dodatkowych miejsc już na istniejących oddziałach. I tak Belgia zwiększyła liczbę o dodatkowe 6,6 łóżek na 100 000 mieszkańców, Irlandia o kolejne 399 łóżek (dodatkowo 8,1 na 100 000 mieszkańców). Z kolei w Lombardii (Włochy) przekształcenie innych oddziałów w intensywną terapię zwiększyło zasoby o 376 łóżek. Działania o charakterze międzynarodowym podjęła w tym zakresie Francja, która pacjentów z przeciążonych oddziałów (w części wschodniej kraju) przewiozła do podmiotów w Austrii, Niemczech, Luksemburgu i Szwajcarii (tabela 1.6).

**Tabela 1.6. Polityka wybranych krajów UE w celu zwiększenia dostępności do opieki na oddziałach intensywnej terapii w pierwszej fali pandemii w 2020 roku**

Kraj	Wybrane przykłady polityki (np. przekształcanie oddziałów w OIOM, tworzenie szpitali połowych, przenoszenie pacjentów do miejsc o wolnych możliwościach, partnerstwo ze szpitalami prywatnymi)
Austria	Około 7500 dodatkowych łóżek z placówek innych niż szpitale (takich jak placówki rehabilitacyjne) i kolejne 1735 łóżek regularnych zostało udostępnionych na leczenie COVID-19 (od 8 kwietnia)
Belgia	Dodatkowe 759 łóżek intensywnej opieki powstało od początku kryzysu COVID-19 (od 22 marca). Redystrybucja pacjentów z prowincji Limburgii i Hainaut w kierunku Anvers

Kraj	Wybrane przykłady polityki (np. przekształcanie oddziałów w OIOM, tworzenie szpitali polowych, przenoszenie pacjentów do miejsc o wolnych możliwościach, partnerstwo ze szpitalami prywatnymi)
Bułgaria	Prywatne szpitale zapewniały sprzęt i pojemność. Siły zbrojne przygotowały łóżka obozowe i mobilne urządzenia do leczenia COVID-19
Chorwacja	Szpitale przekształcone w ośrodki oddechowe COVID-19 przy wsparciu mobilnych placówek medycznych. Niektóre placówki niemedyczne (np. kampusy studenckie, hale sportowe) zostały przebudowane na łóżka szpitalne w celu leczenia pacjentów z nieciążącymi objawami COVID-19. Inne placówki niemedyczne przekształcone w obiekty kwarantanny
Cypr	Utworzenie nowego OIOM-u w Szpitalu Ogólnym w Nikozji o pojemności 28 łóżek
Czechy	Przekształcenie standardowych łóżek w łóżka na oddziale intensywnej terapii. Na 16 kwietnia 2020 r. podczas pandemii COVID-19 udostępniono 4197 łóżek na oddziale intensywnej terapii (łóżka w działach anestezjologii i resuscytacji oraz OIOM dla dorosłych)
Dania	Dotychczasowa pojemność intensywnej terapii wzrosła o 75%. Elastyczne regulacje pojemności lokalnej pozwoliły na szybką przebudowę sprzętu. Prywatne szpitale były zobowiązane do udostępnienia swoich placówek w leczeniu pacjentów z COVID-19
Estonia	Utworzenie szpitala polowego Sił Obronnych w celu wsparcia szpitala Kuressaare, z 20 dodatkowymi łózkami intensywnej terapii i 40 łózkami na oddziale ogólnym (2 kwietnia). Możliwe przeniesienie pacjentów do placówek niemedycznych, takich jak uzdrowiska i hotele w celu zwiększenia pojemności szpitala. Restrukturyzacja sal pooperacyjnych i pomieszczeń chirurgii dziennej w OIOM wyposażonych w respiratory
Finlandia	Konwersja oddziałów operacyjnych w OIOM. Helsiński University Central Hospital poświęcił jeden ze swoich budynków pacjentom COVID-19
Francja	Pojemność łóżek reanimacyjnych wzrosła z 5000 do 8000 łóżek (stan na 24 marca 2020). Szpitale i prywatne kliniki zwiększyły swoją zdolność intensywnej opieki medycznej w całym kraju. Wojskowy Szpital Polowy również stworzony w celu zwiększenia zdolności. 644 pacjentów z przeciążonych szpitali przenoszonych pociągiem do regionów mniej dotkniętych i innych krajów UE (Austrii, Niemiec, Luksemburga i Szwajcarii)
Niemcy	W wielu szpitalach przesunięto planowane zabiegi w celu zwiększenia ogólnej i OIOM-owej pojemności łóżka. Placówki niemedyczne (np. obiekty rehabilitacyjne, hotele, sale publiczne) przekształcone w OIOM. Ogółem liczba łóżek na oddziale intensywnej terapii wzrosła o około 12 000
Grecja	Całkowita liczba łóżek na oddziale intensywnej terapii wzrosła o 305 (na 31 marca 2020). Obejmowało to 85 nowych łóżek na oddziale intensywnej terapii w szpitalach publicznych, zapewnienie 30 łóżek na oddziale intensywnej terapii przez szpitale wojskowe oraz zapewnienie 137 łóżek na oddziale intensywnej terapii przez prywatne kliniki. Szpital publiczny w Atenach przekształcił się w szpital COVID-19, wraz z prywatnym szpitalem w regionie Attiki. W wybranych szpitalach ogólnych oddziały OIOM przeznaczone są również dla pacjentów z COVID-19
Węgry	Budowa szpitala ratunkowego i 4 dużych szpitali poza Budapesztem przeznaczonych dla pacjentów COVID-19. 330-osobowy tymczasowy obiekt stworzony w Budapeszcie w budynkach wystawowych Hungexpo (do 16 marca). Wybudowano również szpital w obozie wojskowym (do 24 marca)
Islandia	Szpital Uniwersytecki Landspítali i szpital Akureyri poświęcony COVID-19, w tym specjalistyczny oddział opieki ambulatoryjnej COVID-19 w Landspítali. Przekształcenie oddziałów w oddziały intensywnej terapii. Zarezerwowano łóżka przygotowane w innych placówkach służby zdrowia w regionie stołecznym, aby w razie potrzeby przyjmować pacjentów ze szpitala Landspítali



cd. tabeli 1.6

Kraj	Wybrane przykłady polityki (np. przekształcanie oddziałów w OIOM, tworzenie szpitali polowych, przenoszenie pacjentów do miejsc o wolnych możliwościach, partnerstwo ze szpitalami prywatnymi)
Irlandia	Przygotowanie dodatkowych łóżek na istniejących oddziałach intensywnej opieki, przekształcanie oddziałów i innych pomieszczeń, takich jak teatr w OIOM, i przenoszenie pacjentów do jednostek o wolnych łóżkach lub z dodatkową wiedzą fachową (10–15% przeniesionych pacjentów z COVID). Prywatne szpitale działały jako szpitale publiczne na podstawie sekcji 38 ustawy o zdrowiu na czas trwania sytuacji nadzwyczajnej (31 marca – 30 czerwca). Ogólnie rzecz biorąc, na 1 maja 2020 r. zwiększona pojemność łóżek na oddziale intensywnej terapii wyniosła 8,1 łóżek na 100 000 mieszkańców (399 dodatkowych łóżek intensywnej terapii)
Włochy	W Lombardii pojemność OIOM wzrosła o 376 łóżek, dzięki przekształceniu innych oddziałów w oddziały OIOM (do 16 marca). Miasto Mediolan przekształciło istniejące przestrzenie przemysłowe w szpitale. W niektórych regionach Departament Ochrony Ludności utworzył szpitale obozów wojskowych z dodatkowymi łóżkami na OIOM i łóżkami opieki o niższej intensywności. Pacjenci wymagający intensywnej terapii w dotkniętych regionach zostali przeniesieni drogą powietrzną do innych regionów
Łotwa	Środki mające na celu zwiększenie zdolności produkcyjnych obejmowały przeorientowanie oddziału szpitalnego w OIOM w celu zarządzania pacjentami z grupy COVID-19 oraz korzystanie ze sprzętu medycznego z sektora prywatnego. 28 marca na Łotwie dostępnych było około 1000 łóżek szpitalnych do umieszczenia pacjentów z COVID-19
Litwa	Przeniesienie niektórych pacjentów nieobjętych COVID-19 do innych placówek w celu utworzenia większej liczby łóżek szpitalnych dla pacjentów z COVID-19. Opieka wtórna została przekształcona w sieć szpitali w celu zarządzania leczeniem pacjentów z COVID-19 na szczeblu regionalnym
Luksemburg	Wsparcie międzypaństwowe (niektórzy pacjenci z przeciążonych szpitali we wschodniej Francji przeniesieni zostali do Luksemburga), utworzenie wojskowego szpitala polowego, zwiększenie pojemności łóżek na oddziale intensywnej terapii i w placówkach szpitalnych innych niż OIOM, zwiększona liczba urządzeń wentylacyjnych i tomografii komputerowej
Malta	Dodatkowe 600 łóżek zostało udostępnionych pacjentom COVID-19 z ostrych szpitali, prywatnych placówek medycznych i innych państwowych placówek służby zdrowia. Ponadto liczba łóżek na oddziale intensywnej terapii (OIT) wzrosła pięciokrotnie (z 20 do ponad 100)
Holandia	Redystrybucja pacjentów potrzebujących opieki na oddziale intensywnej terapii do szpitali o wolnych zdolnościach. Na przykład w szpitalach Groningen (na północy kraju) 32 z 34 pacjentów COVID-19 pochodziło z prowincji Noord-Brabant i Limburg (na południu kraju)
Norwegia	Planowane zwiększenie pojemności OIOM do 1200 łóżek do 15 kwietnia 2020 r.
Polska	22 szpitale przekształciły się w szpitale w jednoimiennie. Ministerstwo Zdrowia szacuje, że w wyznaczonych szpitalach jednoimiennych dostępność wynosić będzie 10 000 łóżek
Portugalia	Środki mające na celu zwiększenie pojemności szpitali obejmowały reorganizację sieci szpitali w pełni przeznaczonych na leczenie pacjentów z COVID-19, przekształcanie oddziałów szpitalnych w OIOM (NHS dodatkowo zwiększyło liczbę łóżek na oddziale intensywnej terapii dla dorosłych o 25%), zwiększenie liczby wypisów pacjentów, zawarcie umów z sektorem prywatnym i utworzenie szpitali polowych
Rumunia	Ponowne rozmieszczenie i przekształcanie łóżek szpitalnych w łóżka na oddziale intensywnej terapii. Armia rozmieściła również mobilny szpital w pobliżu Bukaresztu, a drugi, kupiony w Holandii, znajdował się w pobliżu Konstancy. Zbudowano szpitale modułowe i utworzono 5 mobilnych oddziałów intensywnej terapii zakupionych przy wsparciu władz lokalnych, organizacji pozarządowych i innych darczyńców
Słowacja	Informacje niedostępne

cd. tabeli 1.6

Kraj	Wybrane przykłady polityki (np. przekształcanie oddziałów w OIOM, tworzenie szpitali polowych, przenoszenie pacjentów do miejsc o wolnych możliwościach, partnerstwo ze szpitalami prywatnymi)
Słowenia	Pierwszy mobilny szpital stworzony przez bazę wojskową Edvard Peperk w Lublanie, aby pomieścić do 120 pacjentów w OIOM
Hiszpania	16 dodatkowych tymczasowych szpitali utworzonych z pomocą sił zbroynych. Wszystkie łóżka na oddziale intensywnej terapii z prywatnych szpitali udostępnione w leczeniu pacjentów z COVID-19. Trzy pociągi przekształcono w celu przeniesienia 24 krytycznych pacjentów na OIOM
Szwecja	Dodatkowe 524 łóżka na OIOM stopniowo tworzone w czasie kryzysu, co podwoiło pojemność łóżek na OIOM (normalna pojemność wynosi około 500 łóżek)
Szwajcaria	Przeniesienie pacjentów z kantonu Ticino do niemieckojęzycznej części Szwajcarii. Niektóre szpitale zostały przekształcone na leczenie wyłącznie pacjentów COVID-19, inne przekształcają oddziały szpitalne w OIOM. Prywatne szpitale i kliniki również zmobilizowane do leczenia COVID-19
Wielka Brytania	Nowe tymczasowe szpitale zbudowane w siedmiu lokalizacjach, aby zapewnić dodatkową pojemność oddziału intensywnej terapii (na przykład 500 łóżek w szpitalu London Nightingale). Wprowadzono nowe kryteria wypisu ze szpitala, które uwolniły około 33 000 łóżek (Anglia)

Źródło: [www.oecd-ilibrary.org/sites/85e4b6a1-en/index.html?itemId=/content/component/85e4b6a1-en#section-d1e8546](http://www.oecd-ilibrary.org/sites/85e4b6a1-en/index.html?itemId=/content/component/85e4b6a1-en#section-d1e8546), pobrane 24.03.2021.

W celu zwiększenia dostępności do intensywnej terapii poszczególne kraje wprowadziły następujące działania (tabela 1.7):

- przekształcenie oddziałów na zakaźne lub intensywnej terapii (24 z 31 krajów),
- tworzenie szpitali polowych (14 z 31 krajów),
- transfer pacjentów do miejsc o wolnych oddziałach i możliwościach przyjęć (8 z 31 krajów),
- partnerstwo z prywatnymi szpitalami (11 z 31 krajów).

**Tabela 1.7. Przegląd polityki poszczególnych państw w celu zwiększenia reakcji na COVID-19 podczas pierwszej fali pandemii w 2020 roku**

Kraj	Przekształcenie szpitali specjalistycznych w jednoimienne	Tworzenie szpitali polowych	Transfer pacjentów do miejsc o wolnych mocach	Partnerstwo ze szpitalami prywatnymi
Austria	✓			
Belgia	✓			✓
Bułgaria		✓		✓
Chorwacja	✓	✓		
Cypr		✓		
Czechy	✓			
Dania	✓			✓

cd. tabeli 1.7

Kraj	Przekształcenie szpitali specjalistycznych w jednoimienne	Tworzenie szpitali polowych	Transfer pacjentów do miejsc o wolnych mocach	Partnerstwo ze szpitalami prywatnymi
Estonia	✓	✓	✓	
Finlandia	✓			
Francja	✓	✓	✓	✓
Niemcy	✓	✓		
Grecja	✓	✓		✓
Węgry	✓	✓		
Islandia	✓			
Irlandia	✓		✓	✓
Włochy	✓	✓	✓	
Łotwa	✓			✓
Litwa			✓	
Luksemburg	✓	✓		
Malta	✓			
Holandia			✓	
Norwegia	✓			
<b>Polska</b>	✓			
Portugalia	✓	✓		✓
Rumunia	✓	✓		
Słowacja				
Słowenia		✓		
Hiszpania		✓	✓	✓
Szwecja	✓	✓	✓	✓
Szwajcaria	✓		✓	✓
Wielka Brytania	✓	✓		✓

Źródło: Śledzenie polityki systemu opieki zdrowotnej OECD, Monitor Reagowania Na System Opieki Zdrowotnej Europejskiego Obserwatorium. <https://stat.link/kwcpfi> StatLink, dostęp 08.12.2020; [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en).

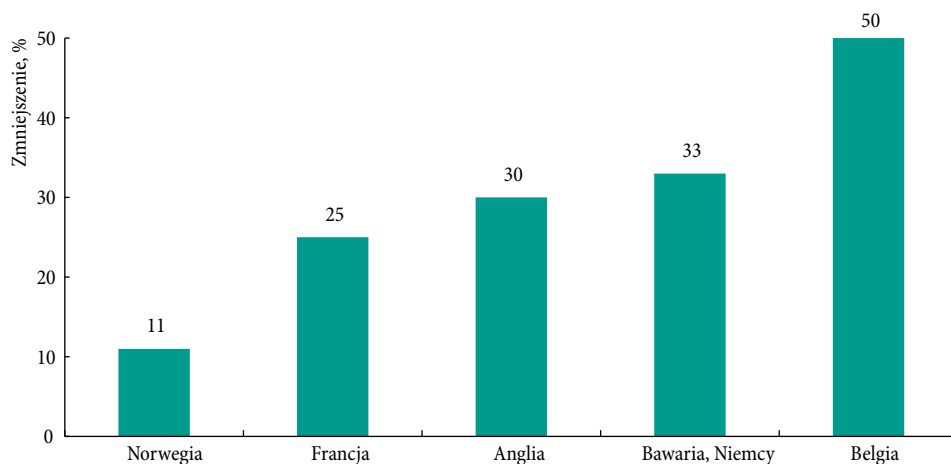
Na wczesnym etapie kryzysu podmioty zmagaly się także z zapewnieniem:

- środków ochrony indywidualnej,
- potrzebnego sprzętu medycznego: respiratory, pompy infuzyjne, sprzęt monitorujący i laboratoryjny,
- leków: antybiotyki, środki znieczulające, leki resuscytacyjne, leki moczopędne i tlen medyczny

W odpowiedzi na kryzys wywołany COVID-19 zmieniły się struktury dotychczasowych świadczeń. Jak wskazują dane OECD (2020), w okresie pierwszej fali pandemii w Niemczech i Portugalii przełożono niepilne zabiegi chirurgiczne, we Francji Académies de médecine et de chirurgie oszacowało,

że przełożono około 1,1 mln niepilnych zabiegów chirurgicznych. W marcu 2020 roku BMJ donosił, że przyjęcia na oddziałach ratunkowych spadły o 26% w stosunku do roku poprzedniego (Appleby, 2020). Było to spowodowane obawą części pacjentów o zarażenie oraz troską o nieprzeciążanie systemu, którego wysiłki były skierowane na wirus. We Francji na początku kryzysu zaobserwowano także mniejszą liczbę interwencji w stosunku do chorych kardiologicznie i potrzebujących interwencji naczyniowej. Natomiast Lazzerini (2020) donosi, że we Włoszech na oddziałach pediatrycznych w okresie od 1 do 27 marca 2020 roku zaobserwowano spadek przyjęć w granicach od 73 do 88% w porównaniu z latami 2018 i 2019. W poszczególnych krajach, takich jak: Belgia, Francja, Niemcy, Norwegia i Wielka Brytania, zaobserwowano zmniejszenie liczby konsultacji w ramach usług ambulatoryjnych, natomiast jednocześnie zwrócono uwagę na wzrost liczny telekonsultacji (wykres 1.5).

**Wykres 1.5. Zmniejszenie liczby konsultacji podstawowej opieki zdrowotnej podczas pierwszej fali COVID-19, od marca do kwietnia 2020 roku**



Uwaga: Szacunki są oparte na różnych narzędziach i nie są bezpośrednio porównywalne. W Belgii i Francji dane dotyczące konsultacji 2020 r. są porównywane z kwietniem 2019 r.; w Niemczech (Bawaria) marzec 2020 r. jest porównywany z marcem 2019 r. W Norwegii i Wielkiej Brytanii (Anglia) w marcu 2020 r. analizowane są redukcje w sposób wyjątkowy. W Niemczech (Bawaria) dane są obliczane na podstawie danych rozliczeniowych. We Francji, Norwegii i Wielkiej Brytanii (Anglia) szacunki opierają się na liczbie konsultacji. Dane z Niemiec odnoszą się wyłącznie do Bawarii.

Źródło: Norwegia (Norweska Kontrola i Wypłata Kosztów Opieki Zdrowotnej), Francja (Santé Publique France), Wielka Brytania (NHS Digital, 2020) i Niemcy (Bawaria), informacje z <https://www.aerzteblatt.de>. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en).

Niepokojące natomiast były doniesienia w zakresie obsługi pacjentów onkologicznych, gdzie poszczególne kraje odnotowywały znaczny spadek diagnoz raka. W Wielkiej Brytanii spadła w pierwszym okresie liczba skierowań z podstawowej opieki zdrowotnej na badania w kierunku diagnostyki nowotworowej aż o 76%, a zabiegi chemioterapii – spadły o 60% w porównaniu z poziomem sprzed kryzysu COVID-19.

### **1.3. Wpływ pandemii na wydatki polskiego systemu opieki zdrowotnej**

Zmiany w gospodarce i ich wpływ na reakcje społeczne spowodowały także konieczność dostosowania się przedsiębiorstw. Elastyczność w tym zakresie była bardzo duża. Po pierwszej fali paniki i przerażenia część przeszła na pracę hybrydową albo wyłącznie zdalną. Jedynie podmioty lecznicze, a zwłaszcza wieloprofilowe przekształcone w jednoimienne, zaczęły przeżywać tragedię zapewnienia. Chaos organizacyjny, problemy związane z brakiem sprzętu i personelu stały się priorytetem do rozwiązania.

Należy mieć na uwadze, że systemy opieki zdrowotnej na całym świecie ewoluują, często podlegają złożonym zmianom organizacyjnym, zmieniają się również systemy finansowania, co wymaga systematycznego dostosowywania do tych zmian rachunków zdrowia, nad którymi w skali międzynarodowej merytoryczny nadzór sprawuje zespół ekspertów złożony z przedstawicieli Eurostat, OECD i WHO – IHAT (International Health Account Team). Corocznie, jeśli zachodzi taka potrzeba, kraje dokonują zmian we wcześniej opracowanych rachunkach w celu doprowadzenia danych do jak najlepszej międzynarodowej porównywalności (GUS, 2020).

System rachunków zdrowia (SHA, 2011) jest międzynarodowym narzędziem analizy wydatków na ochronę zdrowia, które ujmuje je w sposób wszechstronny i zapewniający porównywalność między krajami. Narodowe Rachunki Zdrowia (NRZ) umożliwiają natomiast systematyczny opis przepływów finansowych związanych z konsumpcją towarów i usług w zakresie opieki zdrowotnej. Narodowy Rachunek Zdrowia jest w Polsce przygoto-

wywany od 2002 roku, a według metodologii SHA od 2013 roku<sup>3</sup>. Wydatki w Narodowym Rachunku Zdrowia są prezentowane w trzech podstawowych przekrojach:

- HF – schematy finansowania,
- HC – funkcje opieki zdrowotnej,
- HP – świadczeniodawcy,
- FS – przychody schematów finansowania.

Należy podkreślić, że kwota wydatków uwzględnionych w Narodowym Rachunku Zdrowia, zgodnie z obowiązującą metodologią, obejmuje wydatki bieżące, a więc nie uwzględnia wydatków kapitałowych, do których zalicza się np. wydatki inwestycyjne, na badania i rozwój, kształcenie pracowników sektora ochrony zdrowia (tabela 1.8).

**Tabela 1.8. Narodowy Rachunek Zdrowia za 2018 rok**

Wydatki na ochronę zdrowia	Wysokość wydatków (w mln zł)
<b>Wydatki bieżące na ochronę zdrowia razem<sup>a</sup></b>	<b>134 244,4</b>
<b>Wydatki publiczne</b>	<b>95 977,1</b>
z tego:	
schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych	13 381,8
instytucje rządowe	7 891,0
instytucje samorządowe	5 490,7
schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach	82 595,3
<b>Wydatki prywatne</b>	<b>38 267,3</b>
z tego:	
bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych	27 413,2
inne wydatki prywatne	10 854,2

<sup>a</sup> Łącznie z zagranicznymi schematami finansowania (nieznaczna różnica sumy składników od wartości „ogółem” wynika z zaokrągleń).

Źródło: Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 30 września 2020 roku w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2018 roku. <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/obwieszczenie-w-sprawie-narodowego-rachunku-zdrowia-za-2018-rok,283,7.html>.

<sup>3</sup> Wydatki na ochronę zdrowia są opracowywane przez GUS na podstawie danych pozyskiwanych z Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, Zakładów Ubezpieczenia Społecznego, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Sprawiedliwości, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Rb-28 Sprawozdanie z wykonania planu wydatków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego, SOF-1 Sprawozdanie z działalności, fundacji,

- Raport GUS (GUS, 2020, tabele 1.9 i 1.10) wskazuje, że:
- Zgodnie z Narodowym Rachunkiem Zdrowia za 2018 rok wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 134,2 mld zł i były wyższe niż w 2017 roku o około 3,7 mld zł. Nakłady te stanowiły 6,53% PKB, podczas gdy w 2017 roku ich udział wyniósł 6,56%. Struktura wydatków w ujęciu funkcjonalnym nie zmieniła się istotnie. Największą ich część stanowiły wydatki na usługi lecznicze (57,4%).
  - Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w 2019 roku osiągnęły ponad 105 168 mln zł, co oznacza wzrost o 10,2% w porównaniu z ubiegłym rokiem. 85% tej sumy stanowiły koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ. Wyniosły one prawie 89 765 mln zł, czyli o 10,7% więcej niż w 2018 roku
  - Obok NFZ dysponentami środków publicznych na ochronę zdrowia były: budżet państwa, który w 2019 roku na ochronę zdrowia przeznaczył o 4% większą kwotę niż w 2018 roku, bo 10 896,5 mln zł, i budżety jednostek samorządu terytorialnego, które na ten cel wydatkowały łącznie 4507,1 mln zł (o 17,3% więcej niż w 2018 roku). Na każdym szczeblu jednostek samorządu dostrzec można wzrost wydatków przeznaczonych na ochronę zdrowia, porównując je do roku 2018.

Podejście funkcjonalne w wydatkach na ochronę zdrowia ma na celu zaprezentowanie informacji o tym, jakie usługi są dostarczane w ramach środków wydatkowanych na ochronę zdrowia. W obrębie klasyfikacji funkcji ochrony zdrowia (ICHA – HC) największy strumień wydatków na ochronę zdrowia w 2018 roku dotyczył usług leczniczych – 57,4%, w tym głównie leczenia szpitalnego – 36,6% całości wydatków oraz leczenia ambulatoryjnego – 20,2%. Kolejne miejsce pod względem przypisanych wydatków zajmowały wydatki na artykuły medyczne – 22,9% oraz nakłady na długoterminową opiekę zdrowotną – 6,2% i usługi rehabilitacyjne 5,1%. Najmniejsze wydatki poniesiono na pomocnicze usługi opieki zdrowotnej – 3,7%, profilaktykę i zdrowie publiczne – 2,3% oraz zarządzanie i administrację finansowaniem ochrony zdrowia – 1,8% całości nakładów. Warto podkreślić, że usługi lecznicze były w 82% finansowane ze środków publicznych, a w 18% z sektora prywatnego (tabela 1.11).

---

stowarzyszeń i innych organizacji społecznych i MZ-35A Sprawozdanie lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących, wyników badań SP Roczna ankieta przedsiębiorstwa i SP-3 Sprawozdanie o działalności gospodarczej przedsiębiorstw, wyników badania budżetów gospodarstw domowych i badania modułowego, Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych.

Tabela 1.9. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2018 roku według funkcji i schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)

Funkcje ochrony zdrowia	Kategorie ICHA-HC	Ogółem Total	Schematy finansowania									
			HF.1	HF.1.1	HF.1.2	HF.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4	
w mln zł												
Usługi lecznicze	HC.1	77092,3	63340,5	1913,6	61426,9	7768,5	7408,3	220,3	140,0	5983,2	-	-
Usługi rehabilitacyjne	HC.2	6896,9	5154,3	93,2	5061,1	447,9	-	367,4	80,5	1294,7	-	-
Długoterminowa opieka (zdrowotna)	HC.3	8300,0	7852,2	4759,0	3093,2	413,3	-	343,6	69,7	34,6	-	-
Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej	HC.4	4979,2	3565,0	2179,0	1386,0	787,3	760,9	16,3	10,1	626,9	-	-
Artykuły medyczne	HC.5	30723,4	11361,8	975,7	10386,1	56,6	-	55,5	1,1	19304,9	-	-
Leki i materiały nietrawiałego użytku	HC.5.1	27914,8	10300,5	760,6	9539,9	28,8	-	28,8	-	17585,5	-	-
Sprzęt terapeutyczny i dobra trwałego użytku	HC.5.2	2808,5	1061,3	215,1	846,2	27,8	-	26,7	1,1	1719,4	-	-
Profilaktyka i zdrowie publiczne	HC.6	3065,4	1986,6	1843,5	143,1	1078,8	-	282,8	796,0	-	-	-
Zarządzanie i administracja finansowa	HC.7	2446,6	2419,3	1607,3	812,0	27,3	27,3	-	-	-	-	-
Pozostałe usługi opieki zdrowotnej	HC.0	740,6	297,3	10,4	286,9	274,5	-	274,5	0,0	168,8	-	-
<b>Razem wydatki bieżące na ochronę zdrowia</b>	<b>HC.1-HC.0</b>	<b>134244,4</b>	<b>95977,1</b>	<b>13381,8</b>	<b>82595,3</b>	<b>10854,2</b>	<b>8196,6</b>	<b>1560,3</b>	<b>1097,3</b>	<b>27413,2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

<sup>a</sup> Bez wydatków bezpośrednich z gospodarstw domowych, które według metodologii SHA2011 ujęte są w odrębnej kategorii HF.3.

Źródło: (GUS, 2020).



Tabela 1.10. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2018 roku według schematów finansowania i przychodów w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)

Schematy finansowania	Kategorie ICHA-HF	Przychody schematów finansowania															
		FS.1	FS.1.1	FS.1.1.1	FS.1.1.2	FS.1.1.3	FS.1.1.4	FS.2	FS.3	FS.3.1	FS.3.2	FS.3.2	FS.3.2	FS.3.3	FS.3.4	FS.4	FS.5
	Ogółem	przychodów instytucji rządowych i samorządowych	wewnętrzne transfery i dotacje	transfery rządowe na rzecz określonych grup	subsydia	inne transfery z krajowych przychodów instytucji rządowych i samorządowych	transfery z zagranicznych źródeł dystrybuowane przez rząd	składki na ubezpieczenia społeczne	składki na ubezpieczenia społeczne opłacane przez pracowników	składki na ubezpieczenia społeczne opłacane przez pracodawców	składki na ubezpieczenia społeczne opłacane przez samorządnych	inne składki na ubezpieczenia społeczne	obowiązkowe przedpłaty (inne niż wykazane w fs.3)	dobrowolne przedpłaty	inne przychody krajowe n.c.	bezoszczędnie transfery z zagranicy	
w mln zł																	
Wydatki publiczne	HE1	95977,1	14450,7	13293,1	1157,7	-	-	80649,6	71127,2	672,6	8849,8	-	597,5	-	279,3	-	
Schematy sektora instytucji rządowych i samorząd.	HE1.1	13381,8	13102,5	13102,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	279,3	-	
Obowiązkowe składkowe ubezpieczenia zdrowotne	HE1.2	82595,3	1348,2	190,6	1157,7	-	-	80649,6	71127,2	672,6	8849,8	-	597,5	-	-	-	
Wydatki prywatne	HE2	10854,2	329,2	-	-	-	69,9	-	-	-	-	-	-	8196,6	2250,1	8,4	
Dobrowolne programy ubezpieczenia zdrowotnego	HE2.1	8196,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8196,6	-	-	

Schematy finansowania	Kategorie ICHA-HF	Przychody schematów finansowania														
		FS.1	FS.1.1	FS.1.2	FS.1.3	FS.1.4	FS.2	FS.3	FS.3.1	FS.3.2	FS.3.3	FS.3.4	FS.4	FS.5	FS.6	FS.7
	Ogółem	przychodów instytucji rządowych i samorządowych	wewnętrzne transfery i dotacje	transfery rządowe na rzecz określonych grup	subsydia	inne transfery z krajowych przychodów instytucji rządowych i samorządowych	transfery z zagranicznych źródeł dystrybuowane przez rząd	składki na ubezpieczenia społeczne	składki na ubezpieczenia społeczne opłacane przez pracodawców	składki na ubezpieczenia społeczne opłacane przez pracodawców	składki na ubezpieczenia społeczne opłacane przez samorządnych	inne składki na ubezpieczenia społeczne	obowiązkowe przedpłaty (inne niż wykazane w fs.3)	dobrowolne przedpłaty	inne przychody krajowe n.e.c	bezpосrednie transfery z zagranicy
w mln zł																
Programy finansowania przez organizacje niekomercyjne	HF.2.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schemat fin. przez prywatne przedsiębiorstwa	HF.2.3	329,2	-	-	-	329,2	69,9	-	-	-	-	-	-	-	1152,8	8,4
Oplaty bezpośrednie z gospodarstw domowych	HF.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27413,2	-
Schematy fin. przez zagraniczne tow. ubezpieczeniowe	HF.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Razem wydatki bieżące na ochronę zdrowia	HF.1-HF.4	14780,0	13293,1	1157,7	-	329,2	69,9	80649,6	71127,2	672,6	8849,8	597,5	8196,6	29942,5	8,4	

<sup>a</sup> Bez wydatków bezpośrednich z gospodarstw domowych, które według metodologii SHA.2011 ujęte są w odrębnej kategorii HF.3.

Źródło: (GUS, 2020).

**Tabela 1.11. Wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych**

Wyszczególnienie	2018	2019	2018	2019
	w tys. zł	w %	w tys. zł	w %
<b>Budżet państwa ogółem</b>	<b>385 336 944</b>	<b>414 134 731</b>	×	×
<b>Ochrona zdrowia</b>	<b>10 479 095</b>	<b>10 896 513</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>
w tym:				
Szpital ogólny	89 754	77 235	0,86	0,71
Szpital kliniczny	549 276	454 653	5,24	4,17
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	13 248	12 292	0,13	0,11
Lecznictwo psychiatryczne	60 694	73 390	0,58	0,67
Lecznictwo ambulatoryjne	2 671	2 556	0,03	0,02
Inspekcja Sanitarna	10 857 22	1 206 915	10,36	11,08
Inspekcja Farmaceutyczna	53 241	56 485	0,51	0,52
Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	58 679	59 951	0,56	0,55
Ratownictwo medyczne	2 194 144	2 358 857	20,94	21,65
Publiczna służba krwi	106 610	111 786	1,02	1,03
Centra zdrowia publicznego	20	20	0,00	0,00
Medycyna pracy	1 078	10 62	0,01	0,01
Programy polityki zdrowotnej	874 930	927 533	8,35	8,51
Świadczenia wysokospecjalistyczne	540 989	521 338	5,16	4,78
Zapobieganie i zwalczanie AIDS	6 636	6 738	0,06	0,06
Zwalczanie narkomanii	9 517	9 513	0,09	0,09
Przeciwdziałanie alkoholizmowi	6 817	7 020	0,07	0,06
Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego	1 502 289	723 018	14,34	6,64
Staże i specjalizacje medyczne	4 994	6 471	0,05	0,06

Źródło: (GUS, 2019a; 2020).

Zakres podmiotowy wskaźnika to jednostki samorządu terytorialnego: (1) powiaty i (2) miasta na prawach powiatu (NTS 4). Zakres przedmiotowy to wydatki bieżące na ochronę zdrowia. Wydatki bieżące powiatów i miast na prawach powiatów w obszarze ochrony zdrowia wiążą się z realizacją zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz zadań zleconych ustawowo, związanych m.in. z finansowaniem świadczeń zdrowotnych, które są gwarantowane przez jednostkę samorządu terytorialnego. Na realizację zadań własnych samorządy mogą wystąpić o dotacje z budżetu państwa, natomiast zadania zlecone są ustawo-

wo finansowane przez budżet państwa. Zadania własne i zlecone ustawowo są konsekwencją przeprowadzonych w latach 1990 i 1999 reform ustrojowych, których celem była decentralizacja zadań administracji publicznej w Polsce, w tym zadań w obszarze ochrony zdrowia. Obecnie JST, w tym powiaty i miasta na prawach powiatu, pełnią w ochronie zdrowia szereg funkcji, które można pogrupować w następujący sposób: (i) funkcja inicjatora i organizatora ochrony zdrowia odpowiedzialnego za zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, (ii) funkcja organu założycielskiego dla części placówek opieki zdrowotnej na terenie JST oraz (iii) funkcja publicznego płatnika w systemie ochrony zdrowia. Funkcje te w szczegółowy sposób regulują odpowiednie ustawy i związane z nimi akty wykonawcze<sup>4</sup> (GUS, 2018, Usługi publiczne, załączniki s. 16).

W strukturze finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych funkcje publicznego płatnika w ochronie zdrowia pełnią zarówno instytucje rządowe, jak i samorządowe, a także fundusze obowiązkowego zabezpieczenia społecznego, w ramach których Narodowy Fundusz Zdrowia – biorąc pod uwagę wielkość finansowych środków przeznaczanych na ochronę zdrowia – jest najważniejszym płatnikiem. Płatnikami prywatnymi są dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne, instytucje niekomercyjne działające na rzecz gospodarstw, przedsiębiorstwa prywatne (o charakterze niefinansowym) oraz gospodarstwa domowe. Udział publicznych płatników w strukturze finansowania ochrony zdrowia kształtuje się w ostatnich latach na poziomie ok. 70% wydatków bieżących ogółem, z czego instytucje rządowe i samorządowe stanowią niecałe 10%. Udział jednostek samorządu terytorialnego stanowią mniej niż połowę (niewiele ponad 4%) łącznych wydatków rządowych i samorządowych. W ramach tych 4% wydatki samorządów powiatowych stano-

<sup>4</sup> Zob. m.in. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez powiat należy w szczególności: 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami; 2) (uchylony); 3) inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu; 4) pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia; 5) podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych. Rozdz. 2, art. 8 oraz art. 9a i 9b, Dz. U. 2018.0.1510; zob. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 listopada 1998 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejścia uprawnień organu, który je utworzył, Dz. U. 1998 nr 145 poz. 941. Zob. też Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654. (GUS, 2018, załączniki s. 16).

wiły ok. 31%, natomiast wydatki miast na prawach powiatów (realizujących także zadania nałożone na gminy) – ok. 29% łącznych bieżących wydatków JST na ochronę zdrowia (GUS, 2018. s. 16–17).

W zakresie wydatków budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia (GUS, 2020) w 2019 roku przeznaczono więcej środków niż w 2018 roku, a największy wzrost tych wydatków widać na poziomie województw – o ponad 55% – w wartościach nominalnych wydatki te wzrosły o ponad 550 mln zł. Struktura jednostek administracyjnych, jako płatników ochrony zdrowia, ze względu na wielkość wydatków poniesionych przez budżet państwa i jednostki samorządu terytorialnego wynosiła w 2019 roku w stosunku do 2018 roku: udział wydatków budżetu państwa spadł z 73,2% do 70,7%, województw wzrósł z 6,9% do nieco ponad 10%. W przypadku pozostałych szczebli administracji udział ten był zbliżony do wartości z 2018 roku w miastach na prawie powiatu 7,6% (w 2018 roku 8%), w powiatach 6,9% (rok wcześniej 7,2%) i w gminach, tak jak przed rokiem 4,7%. W 2019 roku wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia wyniosły 10 896,5 mln zł i stanowiły 2,6% łącznych wydatków z budżetu. Natomiast samorządy terytorialne przeznaczyły ze swoich budżetów na ten cel 4507,1 mln zł (łącznie ze środkami otrzymanymi z budżetu państwa), co stanowiło 1,6% ogółu wydatków samorządów terytorialnych (tabela 1.12).

**Tabela 1.12. Wydatki budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia**

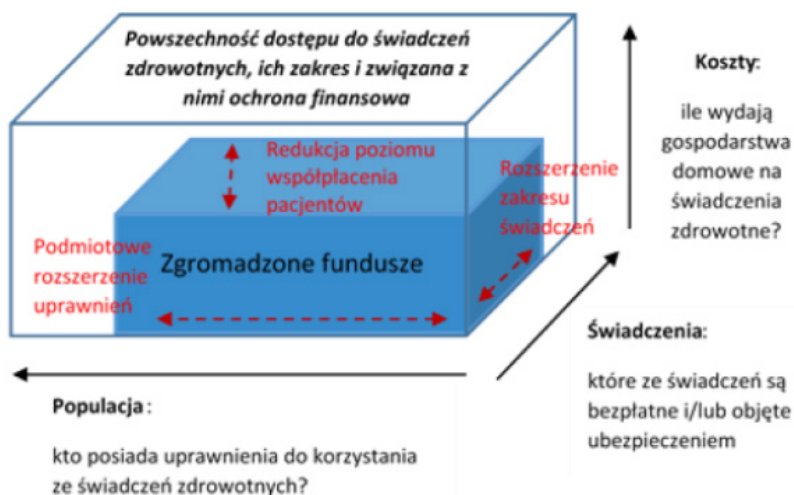
Wyszczególnienie	2017	2018	2019	2017	2018	2019	
	w mln zł			w %			2018 = 100
<b>Budżet państwa</b>							
Budżet państwa ogółem	374471,8	385336,9	414134,7	100,0	100,0	100,0	107,5
w tym ochrona zdrowia	9598,4	10479,1	10896,5	2,6	2,7	2,6	104,0
<b>Budżety samorządów terytorialnych</b>							
Województwa ogółem	14317,4	16582,3	18376,0	100,0	100,0	100,0	110,8
w tym ochrona zdrowia	863,8	990,3	1542,0	6,0	6,0	8,4	155,7
Miasta na pr. powiatu ogółem	78504,1	87014,5	96885,5	100,0	100,0	100,0	111,3
w tym ochrona zdrowia	1066,0	1149,2	1168,5	1,4	1,3	1,2	101,7
Powiaty ogółem	25360,4	58656,6	29630,7	100,0	100,0	100,0	103,4
w tym ochrona zdrowia	930,6	1033,1	1069,2	3,7	3,6	3,6	103,5
Gminy ogółem	111984,4	127132,8	135316,9	100,0	100,0	100,0	106,4
w tym ochrona zdrowia	618,1	668,2	727,3	0,6	0,5	0,5	108,9

Źródło: Na podstawie rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetu państwa (Rb-28) oraz rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego (Rb-28S).

Samorządy terytorialne przekazały na ochronę zdrowia średnio 117,41 zł w przeliczeniu na jednego mieszkańca (w 2018 roku 100,00 zł). Najwyższe wydatki na osobę w 2019 roku odnotowano w województwie mazowieckim (170,6 zł), podlaskim (157,0 zł), natomiast najmniej wydano w województwach opolskim (73,6 zł) i małopolskim (83,0 zł). We wszystkich województwach wysokość wydatków na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca w porównaniu do 2018 roku wzrosła, najwięcej w województwie lubelskim (o 86% z 64,4 zł na osobę do 119,5 zł) i łódzkim (o 47% z 69,1 zł na osobę do 101,3 zł), najmniej natomiast w województwach opolskim (o 2%) i dolnośląskim (o 3%) (GUS, 2020, s. 146).

Ochrona zdrowia zarówno w Polsce, jak i w pozostałych państwach członkowskich UE wynika z wyraźnego mandatu do zapewnienia powszechnego i równego dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych dla wszystkich obywateli żyjących w tych krajach. W literaturze przedmiotu udział wydatków na dobra i usługi zdrowotne w wydatkach konsumpcyjnych gospodarstw domowych jest postrzegany jako jeden z trzech wymiarów – zdefiniowanej przez WHO – koncepcji zabezpieczenia powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Do wymiarów tych są zaliczane odpowiednio: powszechność dostępu do świadczeń zdrowotnych, ich zakres oraz związana z nimi ochrona finansowa. W ramach tej koncepcji im większy jest odsetek populacji objętej dostępem do świadczeń publicznych oraz im większy jest przedmiotowy zakres tych świadczeń i jednocześnie mniejszy poziom wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia, zarówno tych bezpośrednich, jak i tych wynikających z konieczności współpłacenia pacjentów za świadczenia publiczne, tym wyższy jest stopień powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych (GUS, 2018, s. 23, załączniki).

W kontekście omawianego wskaźnika finansową ochronę można interpretować w następujący sposób: im niższy (wyższy) udział wydatków na dobra i usługi zdrowotne w wydatkach konsumpcyjnych gospodarstw domowych, tym wyższy (niższy) udział finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych, co przekłada się na mniejsze (większe) obciążenie gospodarstw domowych, wyższy (niższy) poziom ochrony finansowej i lepsze zabezpieczenie powszechnego dostępu do świadczeń. Relacje finansowania ochrony zdrowia ze środków prywatnych, w tym wydatków gospodarstw domowych w stosunku do jej finansowania ze środków publicznych, można monitorować dzięki narodowemu rachunkowi zdrowia, który w Polsce jest generowany od kilku lat przez GUS (GUS, 2018, s. 24) (rysunek 1.1).



Rysunek 1.1. Trzy wymiary zabezpieczenia powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych

Źródło: na podstawie: (GUS, 2018, załączniki s. 23, adaptowane za: WHO, 2010).

Wskaźnik udziału wydatków na dobra i usługi zdrowotne w wydatkach konsumpcyjnych gospodarstw domowych wykorzystywany jest również jako jedna z miar stosowanych w badaniach, które dotyczą występowania tzw. zjawiska katastrofalnych wydatków zdrowotnych. Zjawisko to pojawia się jako konsekwencja zbyt wysokiego udziału pacjentów w finansowaniu świadczeń zdrowotnych. W tym miejscu należy podkreślić, że wydatki gospodarstw domowych na dobra i usługi zdrowotne nie mają charakteru dobrowolnego i są z reguły nieprzewidywalne, a to odróżnia je od wielu innych wydatków realizowanych przez gospodarstwa domowe. Stąd wysoki udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach konsumpcyjnych gospodarstw domowych może stać się przyczyną zarówno bankructwa osobistego, jak i prowadzić do zubożenia wszystkich członków gospodarstwa domowego. Wydatki na zdrowie uznaje się za katastrofalne, kiedy prowadzą do redukcji podstawowych wydatków rodziny w określonym czasie. Nawet relatywnie niewysokie wydatki na ochronę zdrowia mogą doprowadzić do trudnej sytuacji finansowej, ponieważ choroba może wiązać się z obniżeniem dochodów lub nawet utratą ich źródła. Ryzykiem katastrofalnych wydatków zdrowotnych często obciążone są gospodarstwa domowe, w których znajdują się osoby niepełnosprawne, przewlekle chore lub starsze, ponieważ w każdym z tych przypadków zwiększa się zarówno częstotliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych, jak i stopień ich złożoności (GUS, 2018, s. 24) (tabela 1.13).

Tabela 1.13. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD

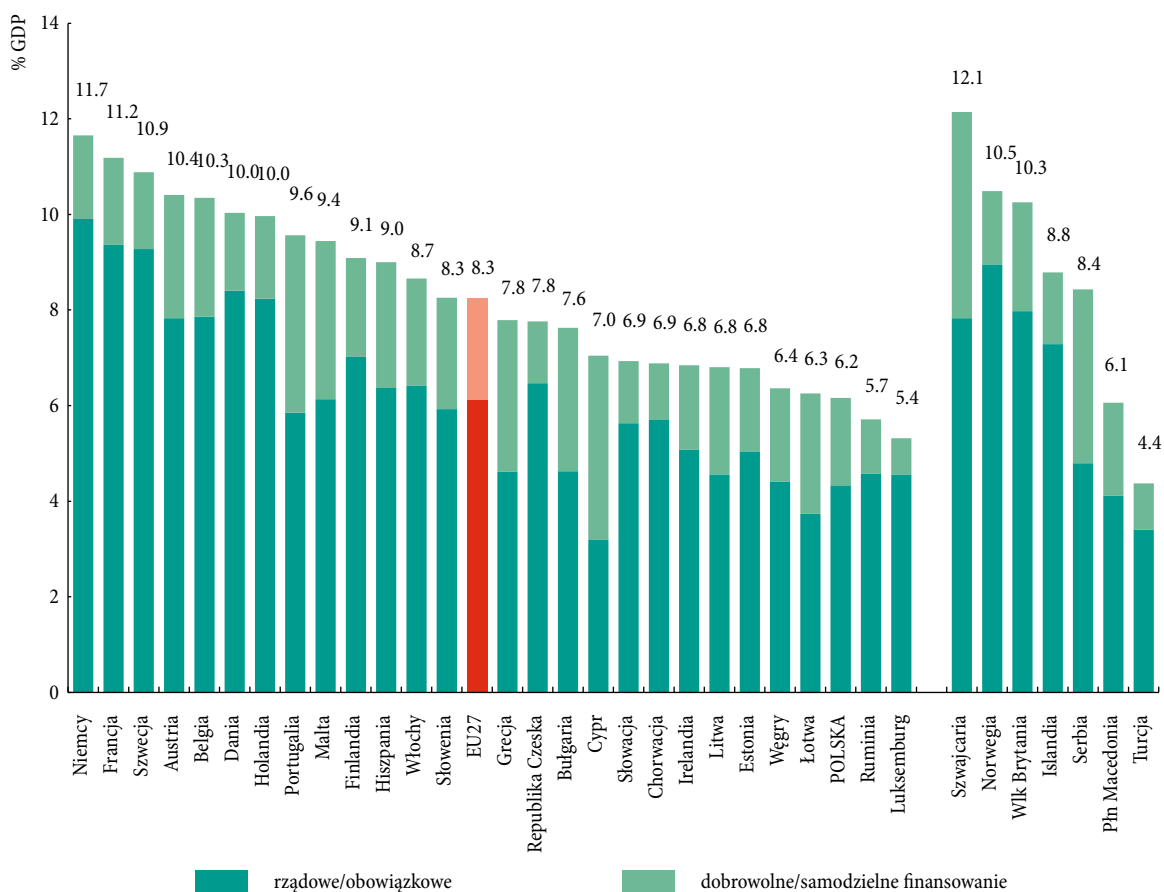
Państwo	Ceny bieżące w dolarach amerykańskich według parytetu siły nabywczej na 1 mieszkańca (PPP)			W procentach PKB			Udział wydatków publicznych/obowiązkowych w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Austria	4 381,23	4 565,87	4 790,51	9,2	9,2	9,3	66,1	66,5	66,7
Austria	4 944,77	5 139,92	5 270,24	10,4	10,4	10,3	74,0	74,0	74,7
Belgia	4 526,60	4 666,23	4 832,27	10,3	10,4	10,3	76,1	76,0	75,8
Kanada	4 550,83	4 698,02	4 811,79	11,0	10,8	10,8	69,9	70,1	70,4
Chile	1 837,69	1 897,80	2 095,28	8,5	9,1	9,1	58,5	60,1	60,3
Czechy	4 674,50	4 774,27	5 024,52	7,2	7,2	7,6	82,0	82,1	83,0
Dania	4 849,60	5 107,21	5 294,51	10,1	10,1	10,1	84,1	84,0	83,9
Estonia	1 868,24	2 012,96	2 120,49	6,5	6,6	6,7	75,7	73,6	73,7
Finlandia	3 990,64	4 023,44	4 126,72	9,4	9,2	9,0	76,2	76,4	76,9
Francja	4 675,80	4 844,02	4 930,78	11,5	11,4	11,3	83,1	83,3	83,6
Niemcy	5 291,28	5 550,18	5 847,68	11,2	11,4	11,5	84,3	84,5	84,6
Grecja	2 100,34	2 198,04	2 207,06	8,2	8,0	7,7	60,7	60,5	58,7
Węgry	1 891,73	1 965,02	1 996,45	7,0	6,8	6,7	68,1	69,1	69,5
Islandia	3 735,25	3 916,23	4 153,87	8,2	8,3	8,5	84,5	81,9	82,4
Irlandia	4 301,85	4 470,75	4 631,12	7,4	7,2	6,9	72,4	72,8	73,9
Izrael	2 309,13	2 551,40	2 666,40	7,2	7,5	7,5	63,5	63,8	64,7
Włochy	3 129,27	3 264,37	3 376,32	8,7	8,7	8,7	74,4	73,7	73,9
Japonia	4 516,86	4 512,85	4 629,56	10,8	10,8	11,0	84,0	84,2	84,1
Korea	2 488,02	2 678,23	2 870,25	6,9	7,1	7,6	59,0	59,4	59,9
Łotwa	1 405,02	1 582,96	1 649,28	6,2	6,0	6,2	55,9	57,3	59,9
Litwa	1 917,59	2 057,83	2 182,47	6,6	6,5	6,6	66,6	66,1	67,0
Luksemburg	4 820,83	4 873,86	4 940,67	5,2	5,3	5,3	83,6	84,0	84,1
Meksyk	1 075,43	1 065,88	1 104,97	5,5	5,5	5,5	52,3	51,5	50,8
Niderlandy	4 928,37	5 018,41	5 155,04	10,3	10,1	10,1	81,1	81,7	82,1
Nowa Zelandia	3 513,38	3 662,22	3 742,23	9,3	9,0	9,2	78,7	78,6	79,2
Norwegia	5 728,33	5 803,70	6 063,61	10,6	10,3	10,0	85,4	85,1	84,3
<b>Polska</b>	<b>1 803,00</b>	<b>1 915,05</b>	<b>2 047,73</b>	<b>6,5</b>	<b>6,5</b>	<b>6,3</b>	<b>69,3</b>	<b>69,5</b>	<b>71,5</b>
Portugalia	2 540,07	2 667,69	2 758,53	9,4	9,3	9,4	61,5	61,1	61,5
Słowacja	2 574,16	2 682,92	2 801,23	7,0	6,8	6,7	72,7	72,7	72,9
Słowenia	2 059,65	2 187,37	2 187,76	8,5	8,2	8,3	80,4	79,9	80,1
Hiszpania	3 024,65	3 105,65	3 224,09	9,0	8,9	9,0	71,6	70,7	70,4
Szwecja	5 027,33	5 048,88	5 264,40	10,8	10,8	10,9	84,4	84,8	85,1
Szwajcaria	6 760,51	6 942,19	7 146,84	11,7	11,9	11,9	65,5	65,9	64,4
Turcja	1 040,37	1 126,76	1 185,60	4,3	4,2	4,2	78,4	77,7	77,4
Wielka Brytania	3 703,08	3 833,25	3 942,90	9,9	9,8	10,0	79,7	78,7	77,8
Stany Zjednoczone	9 505,07	9 903,65	10 206,51	17,0	17,0	16,9	84,4	84,4	84,7

Źródło: (GUS, 2020).



Obecna sytuacja uzmysłowiła także, jaki jest stan opieki zdrowotnej. OECD (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju) w listopadzie 2020 roku ogłosiła raport o stanie zdrowia Europejczyków i o stanie służby zdrowia w Europie (<https://bigdata.wyborcza.pl>, pobrane 07.12.2020). Z raportu wynika, że średnio unijne kraje na służbę zdrowia przeznaczają około 8,5 proc. PKB, a w Polsce 6,2 proc. Mamy w naszym kraju trzy razy mniej łóżek na intensywną terapię w przeliczeniu na mieszkańca niż w Niemczech czy Austrii. Polscy seniorzy są najbardziej schorowani w całej Europie (wykres 1.6).

Wykres 1.6. Wydatki na zdrowie, jako udział w PKB, 2019 rok



Źródło: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; [www.oecd-library.org](http://www.oecd-library.org), pobrane 7.12.2020.

Chiński mur zatrzymał nie tylko gospodarki światowe, ale także zmienił metody zarządzania przedsiębiorstwami. Te z krajów, które mimo ostrze-

zeń epidemiologów nie wprowadziły działań profilaktycznych – Czechy, Irlandia, Izrael – przywróciły pełen *lockdown*, inne, takie jak Francja, Holandia, czy Polska – częściowy. Chaos w działaniach zaczyna się odbijać nie tylko na przedsiębiorstwach, ale także na społeczeństwie jako takim. Rada Gospodarcza Forbesa w październiku 2020 roku przygotowała raport (Forbes, listopad 2020, s. 23–25) z dwoma scenariuszami. W pierwszym, optymistycznym, zakłada, że naszą gospodarkę czekają 2–3 kwartały PKB niższe o 2–3 proc. w stosunku do zeszłego roku. To oznaczałoby 4-procentową recesję. W przyszłym roku wraz z pojawieniem się szczepionki poprawiłyby się nastroje przedsiębiorców i nastąpiłaby odbudowa gospodarki. W wariantcie pesymistycznym, w wyniku częściowego *lockdownu* Polski lub też naszych partnerów handlowych, spadek PKB o 5–6 proc. miałby odzwierciedlenie w spadku o 2–3 proc. w kolejnym. Można by to uznać za katastrofę gospodarczą. Deficyt finansów publicznych poprzez pakiet pomocowy sięga w tym roku 12 proc. PKB według unijnej metody liczenia, według krajowej tylko 4,3 proc.

Sektor zdrowia był oczywiście jednym z pierwszych beneficjentów dodatkowych środków finansowych. Wśród krajów europejskich o porównywalnych danych zobowiązania budżetowe rządu centralnego w zakresie reakcji systemu opieki zdrowotnej na COVID-19 wahały się od prawie 450 EUR na osobę w Zjednoczonym Królestwie i około 300 EUR na osobę w Niemczech i Irlandii, do poniżej 50 EUR na osobę na Łotwie, Islandii i w Holandii, skorygowanych o parytet siły nabywczej ([www.oecd-ilibrary.org](http://www.oecd-ilibrary.org), pobrane 8.12.2020).

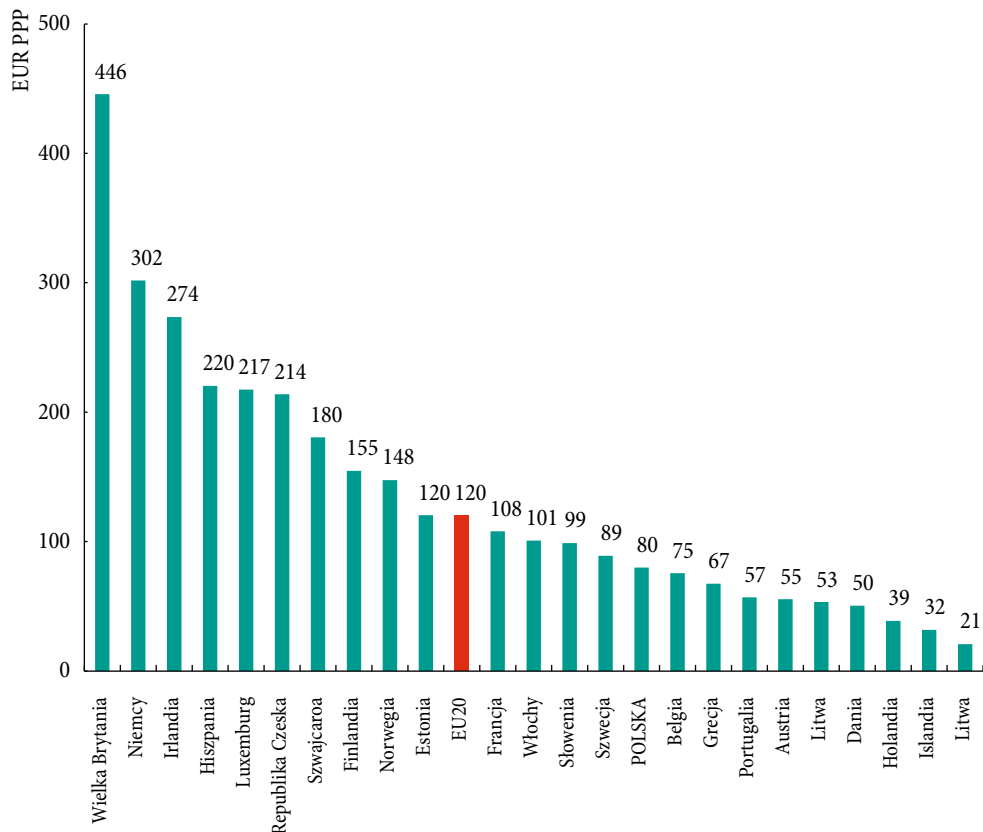
Podstawowym zadaniem systemów opieki zdrowotnej jest przede wszystkim:

- przerwać transmisję wirusa,
- chronić personel medyczny – aby mógł nieść pomoc pacjentom,
- utrzymywać istniejące świadczenia, tak aby nie przerywać leczenia innych jednostek chorobowych.

Analiza dostępności do świadczeń zdrowotnych ma charakter wielowymiarowy. Nie tylko liczba świadczeniodawców czy liczba korzystających ze świadczeń jest istotna przy ocenie dostępności, ale również takie elementy, jak: zakres świadczonych usług, dogodność korzystania, warunki korzystania, struktura demograficzna i z tym związana specyfika potrzeb zdrowotnych. Stąd też obserwuje się ciągły wzrost zapotrzebowania na dane statystyczne prezentowane w układach terytorialnych, które mogą być pomocne władzom

decydującym na każdym poziomie administracyjnym kraju do takiej analizy. Skłania to i niejako wymusza służby statystyki do podejmowania zadań spełniających w możliwie dużym zakresie oczekiwania (GUS, 2018, s. 112, Raport) (wykres 1.7).

**Wykres 1.7. Dodatkowe pieniądze przeznaczone na służbę zdrowia w czasie pandemii, kwoty w euro według parytetu siły nabywczej na mieszkańca**



Uwaga: Średnia UE jest nieważona. Dane te przedstawiają szacunki z oficjalnych zapowiedzi środków wydatkowania w stosunku do COVID-19. Są to raczej zobowiązania niż rzeczywiste wydatki. Dane liczbowe odzwierciedlają jedynie zobowiązania rządu centralnego do wydatkowania środków, z wyłączeniem zobowiązań ze strony rządów państw członkowskich, darczyńców zewnętrznych lub darowizn prywatnych. Porównywalność między państwami jest ograniczona z powodu różnic w dacie ostatniego dostępnego oficjalnego ogłoszenia.

Źródło: Rządy państw członkowskich OECD (zazwyczaj z ministerstw finansów lub sprawozdań parlamentarnych) <https://stat.link/3ou270> StatLink, pobrane 7.12.2020.

W zakresie finansowania świadczeń związanych z przeciwdziałaniem pandemii COVID-19 warto zwrócić uwagę na działania poszczególnych państw (tabela 1.14).

**Tabela 1.14. Finansowanie świadczeń związanych z przeciwdziałaniem pandemii COVID-19**

Rodzaj działania	Kraj								
	Belgia	Bułgaria	Dania	Francja	Niemcy	Niderlandy	Hiszpania	Wielka Brytania	Polska
Dodatkowe finansowanie świadczeń związanych z pandemią COVID-19	×	×		×	×	×	×	×	×
Środki na walkę z pandemią COVID-19 pochodzą ze środków publicznego płatnika lub płatników	×					×			×
Środki na walkę z pandemią COVID-19 pochodzą z budżetu państwa lub samorządu lokalnego (np. ze środków, których dysponentem jest Minister Zdrowia)		×	×		×		×		×
Utworzenie specjalnego funduszu, na który środki mogą przekazywać firmy i osoby prywatne	×		×	×					
Pomoc finansowa dla świadczeniodawców, którzy utracili dochody w związku z pandemią koronawirusa		×							×
Dodatkowe wynagrodzenia dla pracowników ochrony zdrowia		×			×	×			×

Źródło: na podstawie European Observatory of Health Systems and Policies, <https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx> (pobrane 30.06.2020). za: (Furman, Kowalska-Bobko i Sowada, 2020 s. 181).

### Rekomendacje w zakresie:

#### 1. Szczepień:

- a) konieczne jest zwiększenie podaży szczepionej, tak aby w krótszym czasie objąć szczepieniem jak największą liczbę osób – konieczna w tym zakresie jest nie tylko dostawa szczepionek, ale także zwiększenie zasięgu możliwości szczepienia poprzez edukacje kolejnych grup personelu medycznego;
- b) zapewnienie dobrej komunikacji na temat szczepień w zakresie bezpieczeństwa i skuteczności – konieczne jest rozwiewanie obaw, a podstawą jest budowanie zaufania.

#### 2. Gospodarki:

- a) pomoc finansowa dla przedsiębiorstw – wprowadzenie ulgi dla przedsiębiorców w zakresie podatkowym oraz możliwości zatrudniania na zasadach preferencyjnych nowych pracowników;

- b) wsparcie przedsiębiorstw w zakresie nowych inwestycji, w tym do pracy zdalnej, tak aby nie tracić stanowisk pracy.
3. Społeczeństwa:
- wsparcie w zakresie pojawiającego się kryzysu społecznego – izolacji społecznej;
  - wsparcie młodych osób, które w izolacji uczą się zdalnie;
  - wsparcie osób o niskich kwalifikacjach w uzyskaniu pracy poprzez doszkalanie w zakresie pracy zdalnej i możliwości korzystania z cyfrowych technologii (tabela 1.15).

**Tabela 1.15. Dodatkowe zobowiązania rządu centralnego COVID-19 w zakresie wydatków na ochronę zdrowia w 2020 roku (według najnowszego dostępnego oficjalnego ogłoszenia)**

Kraju	Dodatkowe zobowiązanie (miliony, waluta krajowa)	Dodatkowe zobowiązanie (na mieszkańca, Euro PPP)	Główne obszary wydatków	Data ostatniego dostępnego oficjalnego ogłoszenia
Austria	579	55	zakup ŚOI <sup>b</sup> i sprzętu medycznego, badań	6 maja
Belgia <sup>a</sup>	1 000	75	zakup sprzętu medycznego i ŚOI	20 kwietnia
Czechy	40 300	214	składki na ubezpieczenie zdrowotne, wynagrodzenia, ŚOI, wyroby medyczne, umorzenie długów szpitalnych	7 maja
Dania <sup>a</sup>	3 100	50	zamówienia ŚOI	29 maja
Estonia	213	120	transfer do Estońskiego Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych	2 kwietnia
Finlandia	1 087	155	dodatkowe koszty zdrowotne, badania, ŚOI i sprzęt medyczny, badania nad diagnostyką i szczepionkami	24 września
Francja	8 000	108	nadzwyczajne wydatki na opiekę zdrowotną, w tym sprzęt i maski, wynagrodzenie personelu	10 czerwca
Niemcy <sup>a</sup>	26 790	302	centralne zamówienia na ŚOI, rozwój szczepionek i środki leczenia	18 września
Grecja	610	67	zakup i dystrybucja ŚOI i wyrobów medycznych, zatrudnianie dodatkowych pracowników służby zdrowia, zwiększenie zdolności laboratoryjnych	21 września
Islandia	2 500	32	usługi szpitalne, możliwości testowania, usługi w zakresie zdrowia psychicznego, premie dla pracowników służby zdrowia	21 kwietnia
Irlandia	1 800	274	zwiększenie zdolności szpitali, opracowanie podstawowych i lokalnych reakcji, zakup sprzętu medycznego	12 maja

cd. tabeli 1.15

Kraju	Dodatkowe zobowiązanie (miliony, waluta krajowa)	Dodatkowe zobowiązanie (na mieszkańca, Euro PPP)	Główne obszary wydatków	Data ostatniego dostępnego oficjalnego ogłoszenia
Włochy <sup>a</sup>	6 312	101	zatrudnianie personelu medycznego i pielęgniarskiego, poszerzenie pojemności prywatnego szpitala, zakup sprzętu medycznego	17 marca
Łotwa	59	21	wydatki personelu medycznego, zaopatrzenie ŚOI, sprzęt badawczy, wentylatory, nadzór, sieć laboratoryjna	4 września
Litwa	249	53	zakup ŚOI, sprzętu, premii i gwarancji społecznych dla pracowników służby zdrowia	1 lipca
Luksemburg	194	217	sprzęt medyczny i infrastruktura medyczna, możliwości testowania	4 kwietnia
Holandia	800	39	zakup, dystrybucja i sprzedaż wyrobów medycznych, wkład w badania nad szczepionkami, szkolenie dodatkowego personelu medycznego	24 kwietnia
Norwegia	12 160	148	wydatki na leki i sprzęt medyczny, wydatki laboratoryjne, rozwój szczepień	12 maja
Polska	7 500	80	tworzenie i wyposażanie szpitali zakaźnych, transportu medycznego, dodatkowych usług opieki zdrowotnej, zakup ŚOI	1 kwietnia
Portugalia	504	57	wydatki personelu medycznego, zakup sprzętu medycznego	18 czerwca
Słowenia	247	99	zakup sprzętu medycznego, ochronnego	30 sierpnia
Hiszpania <sup>a</sup>	10 030	220	wsparcie Ministerstwa Zdrowia, transfer do regionów, badania nad lekami i rozwój szczepionek	12 lipca
Szwecja	12 366	89	Agencja Zdrowia Publicznego, Krajowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej, Szwedzka Agencja Produkcji Medycznej, transfery do gmin i regionów na koszty związane z testowaniem	21 września
Szwajcaria <sup>a</sup>	2 910	180	zamówienia ŚOI, testy, materiały medyczne, leki, fundusze na koalicję na rzecz gotowości na wypadek sytuacji nadzwyczajnych i innowacji	12 sierpnia
Wielka Brytania <sup>a</sup>	32 000	446	ŚOI; Program testowania, zawierania umów, zakup dodatkowych wentylatorów	8 lipca

<sup>a</sup> Kraje, które na szczeblu subnarodowym znacząco zareagowały na budżet.

<sup>b</sup> ŚOI – środki ochrony indywidualnej.

Źródło: Rządy państw członkowskich OECD (zazwyczaj z ministerstw finansów lub sprawozdań parlamentarnych). [www.oecd-ilibrary.org](http://www.oecd-ilibrary.org), pobrane 8.12.2020.

Pomoc poszczególnych rządów w wyposażaniu zakładów w dodatkowe środki i wyposażenie stała się niezwykle istotna, choć bardzo szybko obnażyła dalsze braki szczególnie w zakresie deficytu kadry medycznej.

## Podsumowanie

- Zdrowie, zajmując szczególne miejsce wśród wartości społecznych, jest dążeniem istotnym w kategoriach polityki społecznej, znajdując swoją realizację w polityce zdrowotnej.
- Polityka zdrowotna jest procesem intencjonalnych zdarzeń o charakterze władczym odnoszącym się do spraw zdrowia społeczeństwa i określa cele zdrowotne, nadając im priorytet.
- Zabezpieczenie zdrowotne uzależnione od procesów polityki zdrowotnej wpływa na kształt systemu opieki zdrowotnej.
- Polityka i działania UE w zakresie zdrowia odnoszą się do: ochrony i poprawy zdrowia, wspierania infrastruktury, poprawy skuteczności systemów poprzez: podejmowanie inicjatyw prawodawczych, udzielanie pomocy finansowej, koordynowanie i ułatwianie wymiany najlepszych praktyk oraz działań promujących zdrowie.
- Działanie UE, które uzupełnia polityki zdrowia krajów członkowskich, jest nakierowane na: poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Działania te obejmują zwalczanie epidemii, monitorowanie transgranicznych zagrożeń oraz wczesne ostrzeżenie.
- Analizy sektora zdrowotnego należy dokonywać, biorąc pod uwagę zasoby finansowe, infrastrukturalne i technologiczne.
- Zmiany w strategii na rzecz zdrowia powinny ewoluować ze względu na procesy demograficzne, zagrożenia ze strony pandemii, katastrof biologicznych, bioterroryzmu oraz postępu technologicznego.
- Fazy transformacji epidemiologicznej są odzwierciedleniem występujących przyczyn i zgonów.
- Wirus SARS-CoV-2 wywołujący zespół ciężkiej niewydolności oddechowej jest czynnikiem powodującym chorobę COVID-19.

- Strategie ograniczania i łagodzenia skutków pandemii można zregulować w trzech kategoriach: (1) zamykania miejsc pracy, ograniczania podróży, blokad społecznych, (2) stosowania środków ochrony osobistej, (3) sprawdzania osób w izolacji.
- Wskaźnikiem zdolności szpitali do zaspokojenia wzrostu popytu jest posiadanie dużej liczby łóżek – w okresie pandemii istotna była pojemność OIOM-u (wskaźnik zdolności systemu do reagowania na kryzys).
- Zwiększenie liczby łóżek na OIOM-ie, tworzenie szpitali polowych, transfer pacjentów do miejsc o wolnych oddziałach to niektóre z działań w celu zwiększenia dostępności do opieki w pierwszej fali pandemii.
- Do wymiarów koncepcji zabezpieczenia powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych zalicza się: powszechność dostępu, zakres, ochronę finansową.

## Definicje

- **epidemia** (*epidemic*) – występowanie większej od oczekiwanej liczby przypadków choroby, urazów lub innych zdarzeń związanych ze zdrowiem w określonej okolicy lub populacji w określonym przedziale czasowym. Zwykle zakłada się, że są to przypadki mające wspólną przyczynę lub w jakiś sposób powiązane ze sobą.
- **epidemiologia** – nauka o rozpowszechnianiu i o czynnikach warunkujących występowanie związanych ze zdrowiem stanów lub zdarzeń w określonych populacjach oraz jako dyscyplina służąca do kontroli problemów zdrowotnych.
- **Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia** (European Health Interview Survey – EHIS) – kluczowe narzędzie w zakresie monitoringu zdrowia ludności krajów członkowskich, realizowane cyklicznie i obejmuje takie aspekty, jak: stan zdrowia, chorobowość, zdrowie psychiczne, wypadki i urazy, korzystanie z opieki zdrowotnej, profilaktyka zdrowotna oraz determinanty zdrowia.
- **Narodowe Rachunki Zdrowia (NRZ)** – umożliwiają systematyczny opis przepływów finansowych związanych z konsumpcją towarów i usług w zakresie opieki zdrowotnej.



- **pandemia** (*pandemic*) – epidemia występująca na dużych obszarach globu (w licznych krajach i kontynentach) i zwykle charakteryzująca się wysoką zapadalnością.
- **polityka zdrowotna** – dający się wyodrębnić proces intencjonalnie wywołanych zdarzeń odnoszących się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej, w którym to procesie obecne są rozstrzygnięcia o charakterze władczym.
- **System Rachunków Zdrowia (SHA)** – międzynarodowe narzędzie analizy wydatków na ochronę zdrowia, które ujmuje je w sposób wszechstronny i zapewniający porównywalność między krajami.
- **zdrowie publiczne** – nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia poprzez zorganizowany wysiłek społeczeństwa, obejmuje szeroki obszar działań wieloprofesjonalnych i wielodyscyplinarnych wiążących się ze wszystkimi aspektami zdrowia ludzi, jego ochroną, umacnianiem i poprawą.

### Zastosowane skróty

AOS	– ambulatoryjna opieka specjalistyczna
COVID-19	– Coronavirus Disease 2019
ECDC	– European Centre for Disease Prevention and Control – Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli
EHIS	– European Health Interview Survey – Europejskie Badanie Wywiadu Zdrowotnego
ESM	– The European Social Model – Europejski Model Społeczny
FHI	– Instytut Zdrowia Publicznego (Norwegia) – The Fridtjof Nansen Institute
HSRM	– System Response Monitor – Europejskie Obserwatorium Systemu i Polityki Zdrowotnej
IHAT	– International Health Account Team – Międzynarodowy Zespół ds. Rachunku Zdrowia
ISS	– Włoski Narodowy Instytut Zdrowia – Istituto Superiore di Sanita
JST	– jednostka samorządu terytorialnego

NRZ	– Narodowy Rachunek Zdrowia
OIOM	– oddział intensywnej opieki medycznej
POZ	– podstawowa opieka zdrowotna
RKI	– Instytut Roberta Kocha (Niemcy)
SARS-CoV-2	– severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
SHA	– System of Health Accounts
ŚOI	– środki ochrony indywidualnej
WHO	– Światowa Organizacja Zdrowia

---

## 2. WEWNĘTRZNE BARIERY DLA ZMIAN O CHARAKTERZE TRANSFORMACYJNYM

---

### 2.1. Uwarunkowania prawne zarządzania podmiotami w czasie COVID-19

Szybko rozwijający się stan zagrożenia zdrowia publicznego już 2 marca 2020 roku doprowadził do uchwalenia ustawy *o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych* (Dz. U. z 2020, poz. 374 ze zm.). Ustawa określiła:

1. Zasady i tryb zapobiegania zakażeniom wirusem SARS-CoV-2 oraz zwalczania i rozpowszechniania się choroby zakaźnej u ludzi wywołanej tym wirusem, w tym zasady i tryb podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia i przecięcia dróg szerzenia się tej choroby zakaźnej.
2. Zadania organów administracji publicznej w zakresie zapobiegania zakażeniu oraz zwalczania zakażenia lub choroby zakaźnej.
3. Usprawnienia i obowiązki świadczeniodawców oraz świadczeniobiorców i innych osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie zapobiegania zakażeniu oraz zwalczania zakażenia lub choroby zakaźnej.
4. Zasady pokrywania kosztów realizacji zadań, o których mowa w pkt 1–3, w szczególności tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla osób z podejrzeniem zakażenia lub choroby zakaźnej, o których mowa w pkt 1, w celu zapewnienia tym osobom właściwego dostępu do diagnostyki i leczenia.

Przepisy ustawy wprowadziły praktyczne rozwiązania w zakresie (Dz. U. z 2020, poz. 374 ze zm.):

1. Możliwości wprowadzenia przez pracodawcę pracy zdalnej w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19 oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu. Praca zdalna może być wykonywana przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość lub dotyczyć wykonywania części wytwórczych lub usług materialnych. Narzędzia do pracy zdalnej i materiały potrzebne do wykonywania pracy zdalnej zapewni pracodawca. Pracodawca może w każdym czasie cofnąć polecenie wykonywania pracy w trybie zdalnym.
2. Wójt, burmistrz, prezydent miasta, w tym prezydent miasta na prawach powiatu, starosta oraz marszałek województwa może polecić pracownikowi podległego mu urzędu tymczasowe przeniesienie lub kierownikowi podległej jednostki organizacyjnej tymczasowe przeniesienie pracownika tej jednostki – do wykonywania innej pracy niż określona w umowie o pracę, zgodnej z jego kwalifikacjami, w innej jednostce.
3. Przyznania dodatkowego zasiłku opiekuńczego w sytuacji zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola, szkoły lub innej placówki, do której uczęszcza dziecko, albo niemożności sprawowania opieki przez nianię lub dziennego opiekuna z powodu COVID-19 ubezpieczonemu zwolnionemu od wykonywania pracy oraz funkcjonariuszowi zwolnionemu od pełnienia służby z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności do ukończenia 18 lat albo dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego.
4. Osobom zatrudnionym w podmiotach leczniczych w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym przysługuje zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

5. W przypadku towarów lub usług, które są bezpośrednio związane z przeciwdziałaniem COVID-19, zwalnia się zamówienia z obowiązku stosowania przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku – Prawo zamówień publicznych.
6. Świadczenia opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, są udzielane przez podmioty wpisane do wykazu, zwanego dalej „wykazem”, opracowanego przez właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w porozumieniu z wojewodą. W wykazie zostają umieszczone podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz lekarze i lekarze dentyści. Wykaz podlega ogłoszeniu w wojewódzkim dzienniku urzędowym w drodze obwieszczenia wojewody oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Narodowego Funduszu Zdrowia. Lekarz i lekarz dentyista może udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, zwanych dalej „teleporadą”, z pominięciem obowiązków wynikających z art.10 ust 1 tej ustawy oraz obowiązków dotyczących dokumentacji medycznej wynikających z przepisów o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Działalność ta nie podlega wpisowi do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
7. Finansowania świadczeń zdrowotnych, w tym transportu sanitarnego, wykonywanych w związku z COVID-19 przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie sprawozdań i rachunków składanych do właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczenia te są finansowane w formie opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do udzielania tych świadczeń oraz ceny odpowiadającej liczbie i rodzajowi świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przyjętym okresie rozliczeniowym. Do sprawozdania i rozliczania takich świadczeń nie stosuje się przepisów o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych.
8. Nadania uprawnień ministrowi właściwemu do spraw gospodarki w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia oraz ministrem właściwym do spraw rolnictwa i rozwoju wsi, w drodze rozporządzenia

ustalenia maksymalnych cen lub maksymalnych marży hurtowych i detalicznych stosowanych w sprzedaży towarów lub usług mających istotne znaczenie dla ochrony zdrowia lub bezpieczeństwa ludzi lub kosztów utrzymania gospodarstw domowych.

9. W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu, Prezes Rady Ministrów może, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, nałożyć na jednostkę samorządu terytorialnego obowiązek wykonania określonego zadania w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Zadanie może dotyczyć w szczególności zmian w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego lub przekazania produktów leczniczych, wyrobów medycznych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz aparatury i sprzętu medycznego, w celu zapewnienia kontynuacji udzielania świadczeń zdrowotnych w innym podmiocie leczniczym. Zmiany w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego nie wymagają podjęcia aktów, w tym uchwał, właściwych organów administracji publicznej.

Ustawa specjalna była zmieniona i uzupełniona między innymi:

1. Ustawą z dnia 31 marca 2020 roku *o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw*. (Dz. U. z 2020, poz. 568).
2. Ustawą z dnia 16 kwietnia 2020 r. *o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2*, (Dz. U. z 2020, poz. 695) – w zakresie wszelkich form oferowania przedsiębiorcom na warunkach rynkowych instrumentów finansowego wsparcia zwrotnego udzielanego przez Instytucję na rzecz przedsiębiorców, w tym w szczególności pożyczki, gwarancje, poręczenia oraz inne instrumenty, których przedmiotem jest finansowanie działalności gospodarczej, z wyłączeniem instrumentów zastrzeżonych dla podmiotów wykonujących działalność bankową oraz ubezpieczeniową.
3. Ustawą z dnia 14 maja 2020 roku *o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2* (Dz. U. z 2020, poz. 875).
4. Ustawą z dnia 19 czerwca 2020 *o dodatku solidarnościowym przyznawanym w celu przeciwdziałania negatywnym skutkom COVID-19* (Dz. U. z 2020, poz. 1068).

5. Ustawą z dnia 19 czerwca 2020 o *dopłatach do oprocentowanych kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19* (Dz. U. z 2020, poz. 1086, 1423).
6. Ustawą z dnia 14 sierpnia 2020 o *zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu* (Dz. U. z 2020, poz. 1493).
7. Ustawą z dnia 21 stycznia 2021 roku o *zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych ustaw* (Dz. U. z 2021, poz. 159).
8. Ustawą z dnia 7 października 2020 r. o *zmianie niektórych ustaw w celu przeciwdziałania społeczno-gospodarczym skutkom COVID-19* (Dz. U. z 2020, poz. 1747).

Dnia 13 marca 2020 roku Minister Zdrowia wprowadził *Rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego* (Dz. U. z 2020, poz. 433).

Istotnym aspektem dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej są rozporządzenia Ministra Zdrowia:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2020 r. w *sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach* (Dz. U. z 2020, poz. 539, ze zmianami)
  - a. Opieka w izolatorium polega na zapewnieniu pobytu w obiekcie i opieki zdrowotnej personelu medycznego w zakresie określonym w niniejszym standardzie osobom, u których stwierdzono zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2, zwaną dalej „COVID-19”, lub podejrzenie zachorowania, jeżeli zostały przez lekarza skierowane do leczenia lub diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2 w ramach izolacji odbywanej poza szpitalem, lub którym lekarz zlecił izolację w warunkach domowych, które nie powinny, ze względu na możliwość zakażenia mieszkających z nimi osób z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na COVID-19 lub z innych przyczyn, poddać się izolacji w miejscu zamieszkania.
  - b. Opiekę zdrowotną w izolatorium zapewnia podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne.
  - c. Do objęcia opieką w izolatorium kwalifikują się osoby, o których mowa w części I ust. 1, od których pobrano materiał biologiczny w celu wy-

konania testu na obecność wirusa SARS-CoV-2, skierowane do izolatorium przez lekarza szpitala zakaźnego lub szpitala z oddziałem zakaźnym:

- i. do otrzymania ujemnego wyniku testu na obecność wirusa SARS-CoV-2;
  - ii. z dodatnim wynikiem testu na obecność wirusa SARS-CoV-2, do ustąpienia objawów i uzyskania ujemnego wyniku testu kontrolnego i ujemnego wyniku ponownego testu kontrolnego na obecność wirusa SARS-CoV-2;
  - iii. z dodatnim wynikiem testu na obecność wirusa SARS-CoV-2, do podjęcia przez personel medyczny izolatorium decyzji o przeniesieniu do szpitala zakaźnego z powodu pogorszenia stanu zdrowia; personel medyczny izolatorium uzgadnia decyzję tę z lekarzem szpitala zakaźnego lub szpitala z oddziałem zakaźnym;
  - iv. hospitalizowani z powodu COVID-19, niewymagający dalszego leczenia w warunkach szpitalnych, do uzyskania ujemnego wyniku testu kontrolnego i ujemnego wyniku ponownego testu kontrolnego na obecność wirusa SARS-Co.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. *w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego* (Dz. U. z 2020, poz. 607) – rozporządzenie określa choroby zakaźne powodujące powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych; obowiązki lekarza lub felczera w przypadku podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych; organ, któremu jest przekazywana informacja o obowiązkowej hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych danej osoby; obowiązki szpitala w przypadku samowolnego opuszczenia zakładu przez osobę podlegającą obowiązkowej hospitalizacji; choroby zakaźne powodujące powstanie obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2020 r. *zmieniające Rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi* (Dz. U. z 2020, poz. 585) – zmiany wprowadzone do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. *w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi* (Dz. U. poz. 1783 oraz z 2007, poz. 10),



- w odniesieniu do dezynfekcji zwłok, ubierania, zabezpieczania, transportu.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2020 r. w sprawie *Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19* (Dz. U. z 2020, poz. 625) – rozporządzenie powstało na podstawie ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019, poz. 408, 730, 1590 i 1905) i określa podmiot prowadzący rejestr (Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie), okres, na jaki utworzono rejestr, usługodawców obowiązanych do przekazania danych do rejestru oraz sposób i termin przekazywania przez nich danych, sposób prowadzenia rejestru, zakres i rodzaj danych przetwarzanych w rejestrze, rodzaje identyfikatorów przetwarzanych w rejestrze.
  5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie *standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2020, poz. 1395) – standard obejmuje informowanie przez świadczeniodawcę POZ pacjentów o sposobach nawiązywania kontaktów, sposobach realizacji zleceń i badań, możliwości założenia przez pacjenta Internetowego Konta Pacjenta oraz poufności przy takiej formie kontaktu, zwłaszcza w zakresie braku dostępu osób nieuprawnionych do informacji przekazywanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.
  6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2020 r. w sprawie *standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2* (Dz. U. z 2020, poz. 1749, 1873, 2043).
  7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2020 r. w sprawie *metody zapobiegania COVID-19* (Dz. U. z 2021, poz. 10) – wprowadzona została metoda zapobiegania szczepień polegająca na wykonaniu szczepień ochronnych przeciwko COVID-19.

W zakresie wyżej wymienionych przepisów prawnych pojawiły się liczne głosy sprzeciwu i petycje w sprawie ograniczania praw pacjenta. Odnosiły się one do możliwości zlecenia podmiotowi leczniczemu w drodze umowy realizacji zadań dotyczących ochrony zdrowia publicznego przez Ministra Zdrowia, który dodatkowo w sytuacji zagrożenia epidemią lub epidemii na obszarze większym niż jedno województwo może ustawowo ograniczyć funkcjonowanie zakładów pracy. Ponadto premier na wniosek Ministra Zdro-

wia może nałożyć na jednostkę samorządu terytorialnego obowiązek zmian w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego w związku ze zwalczaniem COVID-19; taki obowiązek zwalnia przekształcanie szpitala z uzyskiwania wymaganych ustawą aktów prawnych (np. uchwały rady powiatu w sprawie zmian, a jedynie zwalnia tę czynność z opłat). Ponadto w świetle przytoczonych przepisów wojewoda może wydawać polecenia określone w art. 11 ust 1 (Ustawy z dnia 2 marca 2020 Dz. U. z 2020, poz. 374 ze zm.), mimo że podmioty wymienione w tym przepisie mają określone zakresy działania w odrębnych przepisach<sup>1</sup>. W zakresie przedstawionych przepisów należy

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 7 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu przeciwdziałania społeczno-gospodarczym skutkom COVID-19 „Art. 10d. (1). W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu, Prezes Rady Ministrów może, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, nałożyć na jednostkę samorządu terytorialnego obowiązek wykonania określonego zadania w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.(2). Minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć obowiązek, o którym mowa w ust. 1, na podmiot leczniczy będący: 1) spółką kapitałową, w której jedynym albo większościowym udziałowcem albo akcjonariuszem jest: a) Skarb Państwa lub b) jednostka samorządu terytorialnego, lub c) uczelnia medyczna w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; 2) samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej lub jednostką budżetową; 3) instytutem badawczym, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2020, poz. 1383). (3). Zadanie, o którym mowa w ust. 1 lub 2, może dotyczyć w szczególności zmian w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego lub przekazania produktów leczniczych, wyrobów medycznych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz aparatury i sprzętu medycznego, w celu zapewnienia kontynuacji udzielenia świadczeń zdrowotnych w innym podmiocie leczniczym. Zmiany w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego nie wymagają podjęcia aktów, w tym uchwał, właściwych organów administracji publicznej. W przypadku poniesienia przez podmiot leczniczy szkody przy wykonywaniu zadania nałożonego w trybie ust. 2 minister właściwy do spraw zdrowia jest obowiązany do jej naprawienia. Art. 11h. 1. W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu wojewoda może wydawać polecenia obowiązujące wszystkie organy administracji rządowej działające w województwie, państwowe osoby prawne, organy samorządu terytorialnego, samorządowe osoby prawne oraz samorządowe jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej. O wydanych poleceniach wojewoda niezwłocznie informuje właściwego ministra. 2. W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu minister właściwy do spraw zdrowia może, z własnej inicjatywy lub na wniosek wojewody, wydawać polecenia obowiązujące podmioty inne, niż wymienione w ust. 1, w szczególności osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej oraz przedsiębiorców. 3. W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu Prezes Rady Ministrów może, z własnej inicjatywy, wydawać polecenia obowiązujące podmioty, o których mowa w ust. 1 i 2. Wydając polecenie wobec przedsiębiorcy, Prezes Rady Ministrów może wyznaczyć organ odpowiedzialny za zawarcie umowy. 4. Polecenia, o których mowa w ust. 1–3, są wydawane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, w drodze decyzji administracyjnej i podlegają natychmiastowemu wykonaniu z chwilą ich doręczenia lub ogłoszenia oraz nie wymagają uzasadnienia. 5. Polecenia, o których mowa w ust. 1–3, mogą być uchylane lub zmieniane, jeżeli przemawia za tym interes społeczny lub słuszny interes strony. Ich uchylenie lub zmiana nie wymaga zgody stron. 6. Zadania Prezesa Rady Ministrów wynikające z ust. 3 wykonuje Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów z jego upoważnienia. Art. 17 pkt 5), Art. 14hb. 1. W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu

tym samym podkreślić, że wojewoda nie ma ustawowych kompetencji do wydawania poleceń ani szpitalom, ani organom samorządu terytorialnego. W pierwszym okresie pandemii sytuacja prawna spowodowała, że z powodu zawieszenia dotychczasowej działalności szpitali i leczenia ambulatoryjnego pacjenci stracili terminy dotychczasowych planowanych wizyt i hospitalizacji, a jednocześnie nie zagwarantowano im kontynuacji leczenia czy też ustalenia hospitalizacji w innych szpitalach i przychodniach specjalistycznych.

Warto podkreślić, że wszelkie instrumenty ograniczające prawa pacjenta (a szerzej obywateli) muszą być nakładane w zgodzie z art. 31 Konstytucji RP (art. 31 Wolność i przesłanki jej ograniczenia, Dz. U. z 1997 – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku), który stanowi:

1. Wolność człowieka podlega ochronie prawnej.
2. Każdy jest obowiązany szanować wolność i prawa innych. Nikogo nie wolno zmuszać do czynienia tego, czego prawo mu nie nakazuje.
3. Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności praw w formie przepisów prawa.

A. Fałek, R. Janiszewski i K. Jakubiak (2020, s. 14–15) podkreślają, że ustawa z 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ustawa specjalna z 2 marca 2020 roku nie ograniczają prawa pacjentów do pozostałych świadczeń. Tymczasem w przypadku wielu chorób niepodjęcie lub zaprzestanie leczenia może mieć nieodwracalne konsekwencje dla zdrowia pacjenta. Zgodnie z par. 9 ust 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń,

---

COVID-19, kolegiálne organy samorządów zawodowych, a także ich organy wykonawcze oraz inne organy wewnętrzne mogą podejmować uchwały przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość lub w trybie obiegowym. 2. Uchwała podjęta w trybie, o którym mowa w ust. 1, jest ważna, gdy wszyscy członkowie danego organu zostali powiadomieni o treści projektu uchwały i terminie oddania głosu oraz w głosowaniu wzięła udział co najmniej połowa członków tego organu. W przypadku projektu uchwały dotyczącej wyborów dokonywanych przez organy samorządów zawodowych członków danego organu powiadamia się o imieniu i nazwisku kandydatów oraz o liczbie mandatów w danych wyborach. 3. W przypadku gdy przepisy szczególne dotyczące podejmowania uchwał przez organy samorządów zawodowych wymagają podjęcia uchwały w głosowaniu tajnym, organy, o których mowa w ust. 1, mogą w trybie, o którym mowa w ust. 1, znieść wymóg tajności głosowania w określonej sprawie. 4. Uchwałę podjętą w trybie, o którym mowa w ust. 1, podpisuje przewodniczący organu kolegiálnego albo inny upoważniony przez niego członek tego organu biorący udział w głosowaniu. Art. 28. Ustawa wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia (...).”

którego nie można było wcześniej przewidzieć, Minister Zdrowia powinien niezwłocznie podjąć czynności w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń. Powinien jednocześnie powiadomić oddział wojewódzki Funduszu o tym zdarzeniu i podjętych czynnościach. Zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem. Obowiązujące przed epidemią umowy nie zostały zakończone, rozwiązane, zawieszane ani aneksowane w sposób, który by wskazywał na zaprzestanie czy ograniczenie udzielania świadczeń. Wobec powyższego działania wojewodów należy uznać za naruszające prawa pacjenta i pozbawione podstawy prawnej.

## 2.2. Rola liderów w kreacji nowej kultury organizacyjnej

Głębokie przemiany zachodzące w służbie zdrowia skupiły się nie tylko na sferze finansowania, ale także na sferze zarządzania. Zrodziło to potrzebę dokładnego przeanalizowania i opracowania nowych modeli funkcjonowania szpitali, tak aby zaczęły funkcjonować w nowych warunkach.

Podmiot leczniczy jest przecież organizacją, czyli uporządkowanym systemem<sup>2</sup>. Stanowi wewnętrznie zintegrowaną całość złożoną z trzech podstawowych elementów:

- celów i funkcji realizowanych przez organizację i wynikających stąd konkretnych zadań;
- zasobów – ludzkich z określonymi kwalifikacjami, motywacjami, zasadami, sposobem myślenia i działania; rzeczowych np. wyposażenia; finansowych;
- przyjętych zasad podziału zadań; odpowiedzialności (usprawnień i władzy).

Postęp w dziedzinie nauk medycznych oraz dynamiczny rozwój stosunków społeczno-ekonomicznych doprowadził w ostatnich latach do zmian organizacyjnych w zakresie ochrony zdrowia w Polsce. Celem tych zmian jest między innymi szeroka dostępność do świadczeń medycznych, doskonalenie funkcjonowania służby zdrowia, wprowadzenie takiego modelu

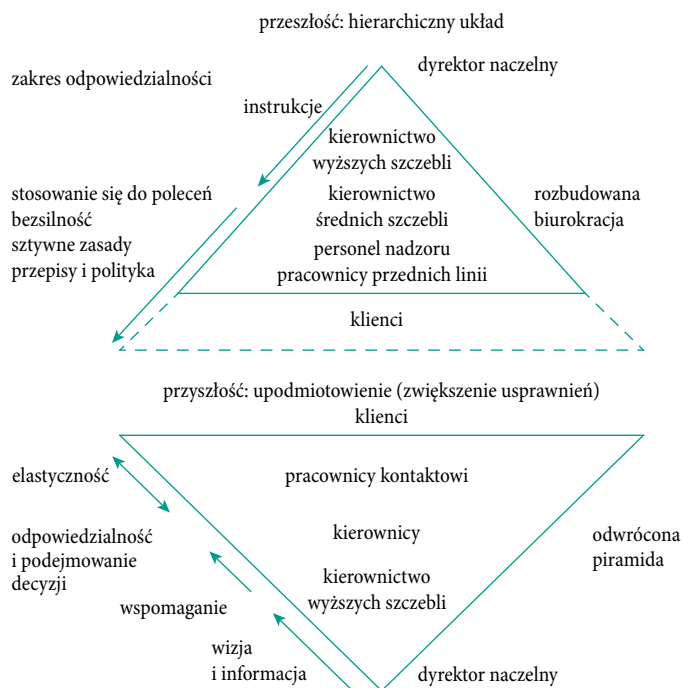
<sup>2</sup> Analiza szpitala jako organizacji zostanie dokonana przedmiotowo, a nie czynnościowo.

opieki zdrowotnej, który będzie wyrazem potrzeb i oczekiwań współczesnych pacjentów, oraz zmiana zasad zarządzania szpitalami. Należy pamiętać także o tym, że skoro szpital stał się przedsiębiorstwem usługowym, to będąc wbudowanym w sieć relacji rynkowych, tak jak inne przedsiębiorstwa ulega przeobrażeniom strukturalnym.

Z powyższego osądu, zdaniem K. Rogozińskiego (2000, s. 181–183), wynikają następujące implikacje:

- Topmenedżment nie zawsze musi być umieszczony na wierzchołku piramidy i tym samym przesądzać o tym, czy przyjęta i realizowana przez firmę strategia zakończy się sukcesem, czy klęską. To personel kontaktowy, wchodząc w interakcje z klientami, tworzy szczyt organizacyjnej hierarchii, a takie umiejscawianie określa jego znaczenie. To sposób wykonywania usług przez personel pierwszej linii decyduje o tym, czy organizacja wypracuje dochód. Natomiast pozostały personel i sprawowane przez menedżment funkcje wspierające są jedynie warunkiem wstępnym osiągnięcia założonego poziomu (jakości) wykonania.
- Odpowiedzialność za klientów i za bieżące decyzje wykonawcze zostaje przeniesiona z personelu zarządzającego na tych pracowników, którzy są bezpośrednio włączeni w odpowiedzialne tworzenie momentów prawdy.
- Nowy sposób myślenia oznacza, że struktura organizacyjna tworząca piramidę musi być spłaszczona, czyli konieczne jest wyeliminowanie pośrednich szczebli zarządzania.
- Klienci zostają włączeni w strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa usługowego.
- Skutki takich zmian dla szpitali są rzeczywiście znaczące, a wdrożenie tej koncepcji jest możliwe jedynie dzięki zmianie kultury organizacji.

Nowa kultura organizacji wynika z samej transformacji struktur organizacyjnych (rysunek 2.1). Dotychczasowe próby zmodyfikowania struktur i procedur zarządzania szpitalami były podejmowane bez większych sukcesów, ponieważ rozbiły się o bierność i brak akceptacji ze strony środowiska lekarskiego. Nawet jeśli były wprowadzane zmiany służące zasadniczej transformacji organizacji, to często ich rezultat ograniczał się do kosmetycznych przesunięć w istniejącej strukturze zakładu. Pola na schemacie organizacyjnym przesuwane były na prawo i lewo, tworzone wielofunkcyjne zespoły robocze, redukowano szczeble hierarchii organizacyjnej i konsolidowano działania systemów wspierających bądź poszerzających ich zakres oddziaływania. Tymczasem zasadniczo działanie szpitala pozostawało niezmienione.



**Rysunek 2.1. Kierunek kreacji struktur organizacyjnych w przedsiębiorstwie usługowym**

Źródło: (Carlzon, 1987, s. 41).

Dokonując przeglądu struktur organizacyjnych pod kątem specyfiki ich przydatności w pracy podmiotu, za najbardziej adekwatną uznać można strukturę sieciową. Sieć (Strategor, 1995, s. 390–406) nie jest jeszcze w literaturze pojęciem w pełni określonym. Oznacza ono w równym stopniu nowoczesną formę organizacji, system więzi zbudowanych przez uczestników relacji, a także nowy styl zarządzania oraz nową formę zorganizowania stosunków między firmami. Stan ten świadczy głównie o zerwaniu z klasyczną teorią organizacji i zarządzania. Paradygmat inspirujący formy sieciowe jest oparty na pierwszoplanowej roli stosunków nawiązywanych między częściami składowymi organizacji (w odróżnieniu od koncentracji na częściach jako takich), elastyczności ról powierzanych uczestnikom należącym jednocześnie do wielu części oraz uprzywilejowaniu dynamiki organizacyjnej w stosunku do form strukturalnych. Projektowanie organizacji sieciowej nie ma na celu wypracowania jednej, optymalnej kombinacji elementów, lecz przeciwnie, jest próbą zdefiniowania podstaw kombinatoryki, gwarantujących szybkie przystosowanie sposobów działania. Sieć jest zbudowana z wierzchołków („wę-

złów” sieci) oraz połączeń (powiązań między wierzchołkami). Wierzchołki są elementami wyłaniającymi się, właściwymi dla konkretnej organizacji. Mogą przybierać różne formy organizacyjne i rozmiary. Istnieje tyle różnych połączeń, ile jest sposobów powiązań między wierzchołkami. Mogą one mieć charakter biurokratyczny (polecenia, obowiązujące standardy, procedury), ekonomiczny (transakcje materialne, finansowe), operacyjny (wspólne działanie, zbiorowe podejmowanie decyzji, wykorzystanie tych samych środków), kulturowy (podzielanie wartości, wspólnota szans i zagrożeń), informacyjny (dostępność źródeł informacji, wymiana i dzielenie się informacjami) itd. W tej samej sieci połączenia mogą być mniej lub bardziej jednorodne oraz mniej lub bardziej sformalizowane. W przypadku szpitala mamy do czynienia ze szczególnie wyrazistą adekwatnością podejścia sieciowego. Podejście takie umożliwia zapewnienie współistnienia jednostek strategicznych (np. leczenie ludzi starych, przeszczepy, onkologia), stanowiących płaszczyzny działania, w które mogą się włączać w różnej formie pozostałe jednostki, z rozproszonymi służbami specjalistycznymi. Powstała w ten sposób sieć strategiczna jest silnym narzędziem integracji, które mobilizuje wszystkich specjalistów i skupia ich wokół opracowywania strategii oraz tworzenia powiązań między służbami specjalistycznymi. Sieć operacyjna powstaje w wyniku procesów samoorganizowania się w ramach każdej jednostki i przepływu pacjentów przez wypracowane powiązania (rysunek 2.2).

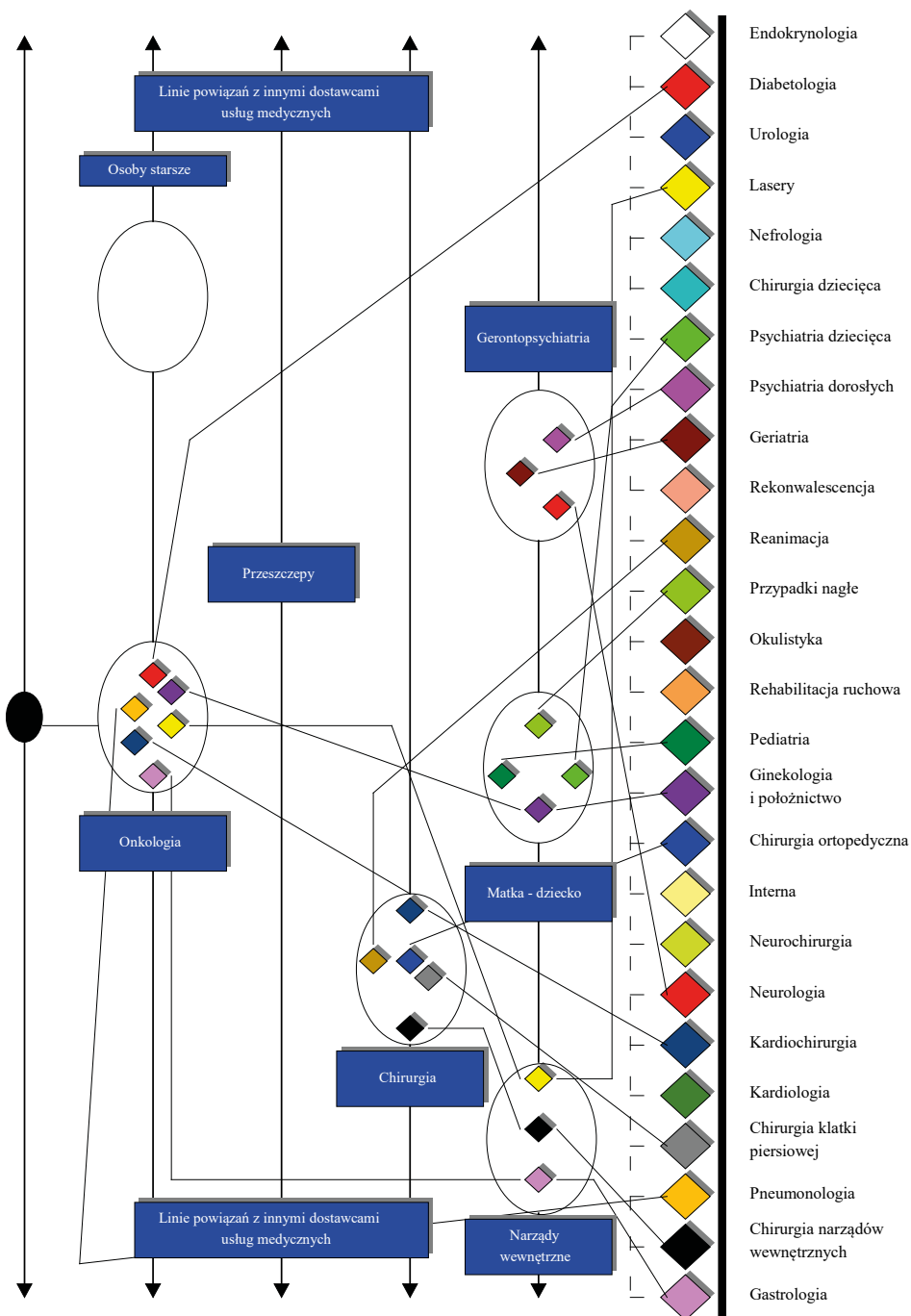
W zarządzaniu siecią ważną rolę odgrywają wierzchołek strategiczny, którym jest kadra zarządcza.

G. Tallar (1998, s. 25) proponuje, aby każdy menedżer określił normy postępowania poprzez następujące działania:

- zwracanie uwagi na wysokie kompetencje, kwalifikacje i kulturę kadry zarządzającej,
- szczegółowe określenie pracownikowi zakresu jego obowiązków oraz zakresu odpowiedzialności,
- stosowanie różnych rodzajów motywacji – nie tylko materialnej,
- zrozumiałe i szczegółowe zapoznanie pracowników z celami organizacji,
- pielęgnowanie wartości firmy.

Do powyższego zestawu elementów warto dodać jeszcze konieczność wprowadzenia zmian:

- zwrócenie uwagi nie tylko na wewnętrzne standardy, ale przede wszystkim na jakość z punktu widzenia pacjenta,



Rysunek 2.2. Sieciowa struktura szpitala (prezentacja fragmentaryczna)

Źródło: (Strategor, 1995, s. 406).

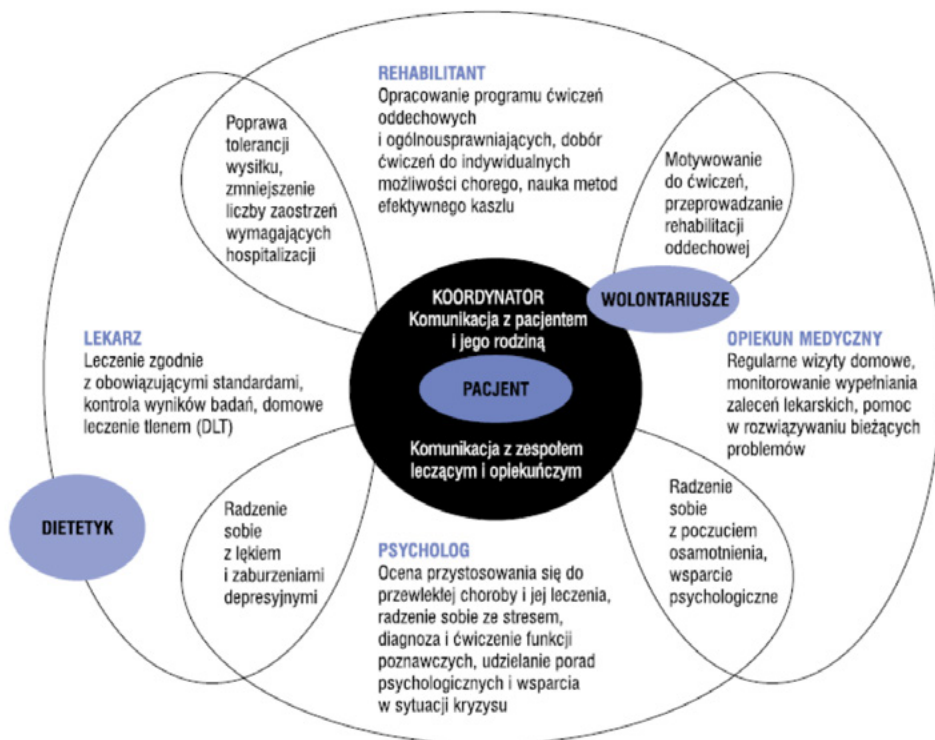


- uczestniczenie w działaniach na rzecz ekonomizacji i poprawy jakości świadczeń,
- stałe podnoszenie kwalifikacji,
- wprowadzenie zmian, które będą oznaczały wzrost dochodów, poprawę warunków pracy, sprecyzowanie zakresu pracy i podporządkowanie się standardom,
- zwiększenie obciążenia pracą pod warunkiem rozszerzenia samodzielności i odpowiedzialności za jej wykonanie,
- lepsza kontrola połączona ze sprawiedliwą oceną i odpowiednią motywacją.

Wart zauważenia w zakresie efektywności stosowanych struktur sieciowych jest zwycięski w 2021 roku w ramach konkursu *Wartość w medycynie Dragon's Grant & Endorsement* projekt „Pomorski model zintegrowanej opieki nad chorymi na zaawansowaną POChP” (PMOZ), prowadzony przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych oraz Centrum Rozwoju Kompetencji Zintegrowanej Opieki i E-Zdrowia, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku. W ramach projektu do opieki nad pacjentami z POChP zostali włączeni lekarze, pielęgniarki, koordynator, asystent chorych, psycholog, fizjoterapeuta, dietetyk oraz wolontariusze. Innowacyjnym rozwiązaniem było wprowadzenie do zespołu koordynatora, asystentów chorych oraz wolontariuszy. W wyniku zastosowania takiego modelu już po sześciu miesiącach od włączeniach chorych w program nastąpiło istotne zmniejszenie wartości kosztów leczenia POChP i innych chorób układu oddechowego. Zaobserwowano także istotne zmniejszenie wartości kosztów leczenia zaostrzeń POChP. Prowadzone analizy wykazały ponadto, że istotnie zmniejszył się popyt na usługi ambulatoryjne (rysunek 2.3).

Okres pandemii stał się okresem narodzin nowego modelu przywództwa. Od menedżerów zaczęto wymagać z jednej strony jasnej i przejrzystej komunikacji, a z drugiej otwartości i wdrożenia nowoczesnych technologii. Ciekawe wyniki badań w tym zakresie zostały przedstawione w raporcie *Pomiar pulsu przedsiębiorstw. Badanie COVID-19 Business Pulse Survey (COV-BPS) – Polska*<sup>3</sup>. W pierwszym okresie pandemii, jak wynika z badań dostosowania w zakresie zatrudnienia, zmiany dotyczyły najczęściej redukcji godzin pracy, udzielania urlopu lub obniżenia wysokości wynagrodzenia (tabela 2.1).

<sup>3</sup> W badaniu wzięło udział 1394 firm (1005 w CATI i 389 w CAWI) w okresie od 25 maja do 1 lipca 2020 roku.



Rysunek 2.3. Kompetencje członków zespołu zintegrowanej opieki nad chorymi na zaawansowaną POChP

Źródło: [www.journals.viamedica.pl/medycyna\\_paliatywna\\_w\\_praktyce](http://www.journals.viamedica.pl/medycyna_paliatywna_w_praktyce), pobrane 4.04.2021.

Tabela 2.1. Szacowany odsetek pracowników dotkniętych przez dostosowanie zatrudnienia

Wyszczególnienie	Firmy otwarte lub tymczasowo zamknięte					
	pracownicy zatrudnieni	pracownicy zwolnieni	pracownicy, którym udzielono bezpłatnego urlopu	pracownicy, którym udzielono płatnego urlopu	pracownicy, którym obniżono pensje	pracownicy, którym zmniejszono l. godzin pracy
Razem	2	2	1	12	18	19
Przemysł	2	1	1	14	39	28
Handel	2	2	1	17	9	14
Usługi	2	3	1	9	10	17

Źródło: (Pomiar pulsu, 2020, s. 10).

Badania przedstawione w Raporcie *Pomiar pulsu przedsiębiorstw* wyraźnie wskazały, że 32% firm zaczęło używać lub zwiększyło użycie platform cyfrowych.

Niepewność pracowników oraz stres związany z zakażeniem przełożyły się na zarządzanie zasobami ludzkimi we wszystkich sektorach. Dyrektorzy/właściciele podmiotów leczniczych nie tylko musieli sprostać zadaniom zapewnienia obłożenia personelu, ale także powinni zwrócić uwagę na zapewnienie wsparcia psychologicznego dla pracowników. Interwencje kryzysowe w zespole stały się podstawą działania i tak przemęczonej kadry medycznej. Początkowy okres pandemii w grupie zawodowej lekarzy oraz pielęgniarek i położnych pokazał ogromną mobilizację, a społeczeństwo w pełni uznania odbierało ich pracę w ciężkich warunkach. Pracownicy służby zdrowia stali się wizerunkowymi bohaterami, a wyrazy wdzięczności przychodziły w każdej postaci.

Z tego też powodu rok 2021, uchwałą Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, został ustanowiony Rokiem Pracowników Ochrony Zdrowia (Monitor Polski 2020.1186, z dnia 2 grudnia 2020 r.):

Od początku pandemii pracownicy ochrony zdrowia nie czekali na wytyczne. Od pierwszego dnia, nie zważając na wielkie zagrożenie, wypowiedzieli jej walkę. Nawet nie dysponując wystarczającą ilością środków ochrony indywidualnej, ratowali życie i zdrowie pacjentów. Dla nas wszystkich stali się wielkimi, choć często bezimiennymi, bohaterami. Średnia wieku lekarza czy pielęgniarki w Polsce przekracza 50 lat, a więc ludzie, którzy walczą z chorobą, często należą do grup podwyższonego ryzyka i sami są zagrożeni. Narażając własne zdrowie i życie, pozostawili rodziny, musieli odizolować się od swoich bliskich, by nie być dla nich dodatkowym zagrożeniem. Dzięki mediom poznawaliśmy historie ratowników medycznych, którzy, by ograniczyć ryzyko, zamieszkali w hotelach czy szpitalach. Wielokrotnie słyszeliśmy o lekarzach i pielęgniarkach, którzy pracując w tzw. szpitalach jednoimiennych, nie odchodzili od łóżek pacjentów, lecz heroicznie pomagali wszystkim potrzebującym. (...) Społeczeństwo, którego życie i zdrowie dziś tak bardzo zależy od wysiłków pracowników ochrony zdrowia, musi o nich pamiętać, zabezpieczając odpowiednio zarówno płace, jak i warunki pracy dla nich wszystkich. Rządzący powinni o nich dbać, zapewniając właściwe finansowanie całej ochrony zdrowia oraz odpowiednie nagradzanie i docenianie. Wszyscy oni to cisi bohaterowie wielu ostatnich miesięcy i zapewne wielu następnych lat, zasługujący na szacunek. Senat Rzeczypospolitej Polskiej, ustanawiając rok 2021 Rokiem Pracowników Ochrony Zdrowia, oddaje im hołd oraz wyraża szacunek i uznanie dla ich wielkiej pracy.

### 2.3. Problemy zarządzania w obszarze opieki ambulatoryjnej i lecznictwa zamkniętego

Ograniczone środki publiczne, wzrost świadomości zdrowotnej pacjentów przy jednoczesnym wzroście kosztów opieki zdrowotnej skutkują tym, że system publicznej opieki zdrowotnej funkcjonuje w gospodarce stałego niedoboru. W konsekwencji władze rządowe i samorządowe poszukują coraz doskonalszych metod analizy i oceny potrzeb zdrowotnych, tak aby ograniczone strumienie środków publicznych skierować do tych obszarów ochrony zdrowia, gdzie występują największe niedomagania, oraz do tych, które mogą się przyczynić do maksymalizacji efektów zdrowotnych. Od wielu lat instytucje państwowe prowadzą badania i analizy dotyczące oceny stanu dostępności do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej. W latach 2003–2004 podjęto po raz pierwszy próbę formalizacji tych działań. Podstawą kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej przez regionalne kasy chorych, a następnie Narodowy Fundusz Zdrowia stały się wojewódzkie plany zdrowotne (*Usługi publiczne*, 2018, s. 54).

Plany zawierały ocenę stanu zdrowotnego obywateli wyrażoną liczbą świadczeń zdrowotnych według rodzajów na 10 tys. ubezpieczonych, a także określały priorytetowe kierunki działań, których celem było zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych obywateli oraz poprawa stanu ich zdrowia. Proces tworzenia planów koordynowały regionalne komitety sterujące, w skład których wchodził przedstawiciele wojewodów, samorządu województwa, regionalnych kas chorych. Komitety w założeniu miały być miejscem wypracowywania konsensusu na szczeblu regionalnym, jednak rozbieżności pomiędzy płatnikiem świadczeń a oczekiwaniami władz samorządowych były zbyt duże. Ostatecznie nie zdały one egzaminu i z początkiem 2005 roku zarzucono ich sporządzanie. Odtąd za zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej odpowiadał Narodowy Fundusz Zdrowia (*Usługi publiczne*, 2018, s. 54).

Lista wskaźników do udostępniania:

1. Liczba osób, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. mieszkańców.
2. Liczba osób, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego finansowanych przez NFZ, na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, na 1 tys. mieszkańców.

3. Liczba osób, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego finansowanych przez NFZ, na terenie innego powiatu niż powiat miejsca zamieszkania, na 1 tys. mieszkańców.
4. Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego.
5. Odsetek przychodni realizujących świadczenia wyłącznie ze środków prywatnych w ogólnej liczbie przychodni.
6. Odsetek praktyk lekarskich, które podpisały umowę bezpośrednio z NFZ na świadczenie usług zdrowotnych w ramach środków publicznych, w ogólnej liczbie praktyk lekarskich.
7. Odsetek kobiet w ciąży objętych opieką poradni, które zgłosiły się po raz pierwszy do lekarza do 10. tygodnia ciąży.
8. Odsetek osób w wieku 19 lat i więcej objętych opieką czynną przez lekarza POZ.
9. Odsetek dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat objętych opieką czynną przez lekarza POZ.
10. Odsetek pacjentów mieszkających poza miejscem udzielania porad POZ wśród pacjentów korzystających z porad POZ w placówkach danego powiatu.
11. Przeciętna liczba pacjentów przypadająca na jednego świadczeniodawcę POZ.
12. Liczba ludności przypadająca na 1 placówkę POZ.
13. Liczba ludności przypadająca na 1 placówkę POZ w gminie.
14. Liczba porad udzielonych w poradniach kardiologicznych na 1 tys. mieszkańców.
15. Odsetek wizyt w poradniach kardiologicznych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanych w ramach NFZ w całkowitej liczbie wizyt w poradniach kardiologicznych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, według powiatów.
16. Liczba porad udzielonych w poradniach onkologicznych na 1 tys. mieszkańców.
17. Odsetek wizyt w poradniach onkologicznych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanych w ramach NFZ w całkowitej liczbie wizyt

- w poradniach onkologicznych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, według powiatów.
18. Liczba porad udzielonych w poradniach stomatologicznych na 1 tys. mieszkańców.
  19. Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków NFZ w innym powiecie niż powiat zamieszkania.
  20. Odsetek pacjentów z innych powiatów przyjętych w placówkach AOS danego powiatu.
  21. Liczba mieszkańców przypadająca na 1 podmiot ambulatoryjny realizujący świadczenia w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
  22. Osoby, którym udzielono świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, na 1 tys. mieszkańców.
  23. Średnia liczba porad udzielonych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez podmiot ambulatoryjny [tys.].
  24. Liczba pacjentów nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przypadająca na 1 podmiot ambulatoryjny [tys.].
  25. Odsetek pacjentów nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej spoza terenu powiatu lokalizacji placówki POZ w ogólnej liczbie pacjentów POZ.
  26. Liczba świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielonych w trybie wyjazdowym na 1 tys. mieszkańców.
  27. Liczba mieszkańców przypadająca na 1 zespół ratownictwa medycznego [tys.].
  28. Liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego na 1 tys. mieszkańców.
  29. Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców [minuty].
  30. Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców [minuty].
  31. Wyjazdy, w których czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego przekroczył maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców.
  32. Wyjazdy, w których czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego przekroczył maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców.
  33. Liczba mieszkańców przypadająca na izbę przyjęć/szpitalny oddział ratunkowy [tys.].

34. Liczba świadczeń zdrowotnych udzielonych w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym na 1 tys. mieszkańców.
35. Liczba mieszkańców przypadająca na 1 aptekę/punkt apteczny.
36. Liczba zrealizowanych recept na 1 mieszkańca.
37. Wartość refundacji leków na 1 mieszkańca [zł].
38. Liczba lekarzy wystawiających recepty na 1 tys. mieszkańców.
39. Liczba zrealizowanych recept przypadająca na 1 lekarza wystawiającego recepty.
40. Proporcja wydatków na leczenie poza szpitalne i wydatków na leczenie szpitalne.
41. Proporcja wydatków na leczenie jednodniowe w wydatkach na leczenie szpitalne.
42. Odsetek wydatków bieżących na zdrowie w wydatkach bieżących samorządów powiatów i miast na prawach powiatów.

### 2.3.1. Utworzenie szpitali jednoimiennych

Na podstawie ustawy specjalnej z dnia 2 marca 2020 r. *o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych* (Dz. U. z 2020, poz. 374 ze zm.) art. 10 ust. 1 ustawy w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu, Prezes Rady Ministrów może, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, nałożyć na jednostkę samorządu terytorialnego obowiązek wykonania określonego zadania w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. W świetle art. 10 ust. 3 zadanie może dotyczyć zmian w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego lub przekazania produktów leczniczych, wyrobów medycznych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz aparatury i sprzętu medycznego w celu zapewnienia kontynuacji udzielania świadczeń zdrowotnych w innym podmiocie leczniczym. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia, Departamentu Dialogu Społecznego<sup>4</sup> okoliczność ta nie przesądza o niemożliwości wydania polecenia dotyczącego przekształcenia

---

<sup>4</sup> Pismo Departamentu Dialogu Społecznego, Ministerstwa Zdrowia w odpowiedzi na petycję Marka Labusa, specjalisty w dziedzinie zdrowia publicznego, z dnia 10 lipca 2020 roku w sprawie naruszenia praw pacjentów w związku z działalnością szpitali jednoimiennych, [www.gov.pl](http://www.gov.pl), pobrane 2.04.0221.

szpitala w jednoimienny przez właściwego miejscowo wojewodę. Polecenie takie bowiem obowiązuje wszystkie organy administracji rządowej działające w województwie, państwowe osoby prawne oraz samorządowe jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, a więc w szczególności SPZOZ, których podmiotami tworzącymi są jednostki samorządu terytorialnego. Departament Dialogu Społecznego uzasadnia, że zgodnie z art. 11 ust 4 ustawy COVID-19 polecenia są wydawane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, a w przypadku przekształcenia szpitala w jednoimienny szpital zakaźny związek ten istnieje.

Zmiany w zakresie profili wojewodowie podejmowali na podstawie art. 11 ust 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020, poz. 374) w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się choroby zakaźnej COVID-19 wywołanej wirusem SARS-CoV-2. Polecenie wojewody odnosi się do podjęcia działania organizacyjnego mającego na celu zmianę profilu działalności na jednoprofilowy szpital zakaźny, dedykowany dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia i zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2 w województwie i podlega natychmiastowemu wykonaniu (tabela 2.2).

**Tabela 2.2. Szpitale jednoimienne – marzec 2020 roku**

Szpital	Województwo
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław	dolnośląskie
Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu, ul. Jeleniogórska 4, 59-700 Bolesławiec	dolnośląskie
Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Wł. Biegańskiego w Grudziądzu, ul. Rydygiera 15/17, 86-300 Grudziądz	kujawsko-pomorskie
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, ul. Józefa Bema 1, 24-100 Puławy	lubelskie
Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. Zespół Szpitalny, ul. Walczaka 42, 66-418 Gorzów Wielkopolski	lubuskie
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu, ul. Parzęczewska 35, 95-100 Zgierz	łódzkie
Nowa Siedziba Szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim, ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków	małopolskie
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie, ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa	mazowieckie
Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego, ul. Lekarska 4, 26-610 Radom	mazowieckie



cd. tabeli 2.2

Szpital	Województwo
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu, ul. 24 Kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn-Koźle	opolskie
Centrum Medyczne w Łańcucie Sp. z o.o., ul. Ignacego Paderewskiego 5, 37-100 Łańcut	podkarpackie
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego w Białymstoku ul. Fabryczna 27, 15-471 Białystok	podlaskie
Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, Aleja Józefa Piłsudskiego 11, 18-404 Łomża	podlaskie
7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią SPZOZ im. W. Łasińskiego w Gdańsku, ul. Polanki 117, 80-305 Gdańsk	pomorskie
MEGREZ Sp. z o.o. w Tychach ul. Edukacji 102, 43-100 Tychy	śląskie
Szpital Rejonowy im. dr Józefa Rostka w Raciborzu, ul. Gamowska 3, 47-400 Racibórz	śląskie
Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, ul. Radomska 70; 27-200 Starachowice	świętokrzyskie
Szpital w Ostródzie Spółka Akcyjna, ul. Władysława Jagiełły 1, 14-100 Ostróda	warmińsko-mazurskie
Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy, Wolica 113, 62-872 Godziesze Małe	wielkopolskie
Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym, SPZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3, ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań	wielkopolskie
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie, ul. Arkońska 4, 71-455 Szczecin	zachodniopomorskie

Źródło: [www.gov.pl/web/koronawirus/od-dzis-wprowadzimy-stan-zagrozenia-epidemicznego](http://www.gov.pl/web/koronawirus/od-dzis-wprowadzimy-stan-zagrozenia-epidemicznego), pobrane 1.04.2021.

W zakresie finansowania świadczeń podstawa prawną jest art. 9 ust 1. Ustawy COVID-19, który wyraźnie wskazuje, że świadczenia opieki zdrowotnej wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie sprawozdań i rachunków składanych do właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczenia te są finansowane w formie opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do udzielania tych świadczeń oraz ceny odpowiadającej liczbie i rodzajowi świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przyjętym okresie rozliczeniowym. Zasady sprawozdawania i warunki rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem CPVID-19 zostały zawarte w zarządzeniu nr 32/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 marca 2020 roku. Wartość opłaty

ryczałtowej za gotowość do udzielania świadczeń jest określana indywidualnie dla każdego podmiotu, przy uwzględnieniu realizacji świadczeń w poprzednich okresach rozliczeniowych<sup>5</sup>. Opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy COVID, obejmuje: w przypadku transportu sanitarnego – pozostawanie w dyspozycji obsady kadrowej oraz środka transportu sanitarnego spełniającego cechy techniczne i jakościowe określone w obowiązującej Polskiej Normie PN-EN 1789 dla środka transportu drogowego; w przypadku świadczeń innych – pozostawanie w dyspozycji obsady kadrowej oraz wolnych łóżek. Wartości opłat ryczałtowych oraz cen świadczeń opieki zdrowotnej są określone w załączniku do zarządzenia (tabela 2.3).

**Tabela 2.3. Katalog produktów rozliczeniowych**

Kod produktu	Nazwa produktu	Wartość w zł	Uwagi
99.01.0001	opłata ryczałtowa za gotowość do transportu sanitarnego	720	za dobę
99.02.0001	opłata za transport	150	za wyjazd
99.01.0002	opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń	nd	za dobę – wartość ustalona i przekazana podmiotowi przez OW NFZ na podstawie realizacji świadczeń w poprzednim okresie rozliczeniowym jako ilorz wy-nagrodzenia z tytułu udzielonych świadczeń i liczby dni okresu rozliczeniowego
99.03.0001	pobyt związany z zapobieganiem i przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem SARS-CoV-2	185	za osobodzień (dzień przyjęcia i wypisu jest rozliczany jako jeden dzień)
99.03.0002	hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19	430	za osobodzień (dzień przyjęcia i wypisu jest rozliczany jako jeden dzień)

<sup>5</sup> Wskazać należy, że w odniesieniu do produktu rozliczeniowego: opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń (kod produktu 99.01.0002) poz. nr 2 tabeli w załączniku nr 1 do zarządzenia, z uwagi na jego zindywidualizowany charakter nie określono wartości w złotych. Wartość tego produktu będzie określana indywidualnie dla każdego podmiotu wpisanego do wykazu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ww. ustawy przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, przy uwzględnieniu realizacji świadczeń w poprzednich okresach rozliczeniowych. Powyższa konstrukcja ma zagwarantować możliwość zapewnienia podmiotowi leczniczemu środków finansowych na poziomie porównywalnym do uzyskiwanych aktualnie na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, poprzez utworzony w ten sposób mechanizm kompensacji utraconych przychodów w związku z wykonywaniem zadań powierzonych w celu zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID-19. Załącznik do zarządzenia nr 32/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 marca 2020 roku, pobrane z [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl) 2.04.2021 r.

cd. tabeli 2.3

Kod produktu	Nazwa produktu	Wartość w zł	Uwagi
99.04.0001	hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 w OAiIT	ilość wartości punktowej zgodnej z wartością określoną w załącznikach nr 1ts oraz nr 1c do obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne i świadczenia wysokospecjalistyczne i ceny za punkt 1 zł	– za osobodzień – produkty z katalogu zawartego w załączniku nr 1ts do obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne i świadczenia wysokospecjalistyczne – za świadczenie możliwe do realizacji w zakresie OAiIT – produkty z katalogu zawartego w załączniku nr 1c do obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne i świadczenia wysokospecjalistyczne

Źródło: Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 32/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 marca 2020 roku, pobrane 2.04.2021 z [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl).

1 grudnia 2020 roku Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydał zarządzenie zmieniające poprzednie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Zarządzenie definiuje pojęcie gotowości do udzielania świadczeń w szpitalu tymczasowym oraz gotowości do udzielania świadczeń pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej. Wprowadzona zmiana dotyczy także warunków finansowania. I tak w przypadku produktu 99.01.0017<sup>6</sup> opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń jest naliczana za moduł obejmujący nie więcej niż 56 łóżek, a gdy co najmniej 49 z tych łóżek jest już zajętych, za moduł kolejnych nie więcej niż 28 łóżek, a gdy co najmniej 21 łóżek w module 28 łóżkowym jest już zajętych, to opłata ryczałtowa jest naliczana za moduł kolejnych nie więcej niż 28 łóżek, o ile tyle jest dostępnych. Natomiast w przypadku produktu rozliczeniowego: 99.01.0018<sup>7</sup> opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej jest naliczana za moduł obejmujący

<sup>6</sup> 99.01.0017 – opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń w szpitalu tymczasowym – 822,42 zł za dobową dostępność jednego łóżka, gotowość zgodna z definicją § 2 ust. 1 pkt 9 ppkt a zarządzenia personel pozostający w gotowości do udzielania świadczeń nie może jednocześnie udzielać świadczeń w podmiocie leczniczym tworzącym szpital tymczasowy lub innym podmiocie leczniczym.

<sup>7</sup> 99.01.0018 – Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej w szpitalu tymczasowym – 3773,70 zł za dobową dostępność jednego stanowiska umożliwiającego prowadzenie wentylacji mechanicznej pacjenta, gotowość zgodna z definicją § 2 ust. 1 pkt 9 ppkt b zarządzenia, personel pozostający w gotowości do udzielania świadczeń nie może jednocześnie udzielać świadczeń w podmiocie leczniczym tworzącym szpital tymczasowy lub innym podmiocie leczniczym.

nie więcej niż 10 łóżek dla pacjentów wymagających wentylacji mechanicznej, a gdy co najmniej 7 z tych łóżek jest już zajętych, opłata ryczałtowa obejmuje moduł kolejnych nie więcej niż 10 łóżek, o ile tyle jest dostępnych – razem maksymalnie 13 łóżek dla pacjentów wymagających wentylacji mechanicznej. Dodatkowo zarządzenie wprowadza przepis uszczegóławiający, zgodnie z którym personel pozostający w gotowości do udzielania świadczeń w szpitalu tymczasowym nie może jednocześnie udzielać świadczeń w podmiocie leczniczym go tworzącym lub innym podmiocie leczniczym (Zarządzenie nr 189/2020/DSOZ z dnia 1 grudnia 2020 r.). Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń jest wyliczana na podstawie wynagrodzenia odpowiadającego świadczeniom udzielonym w tej komórce organizacyjnej w okresie I-II 2020 r. (w przypadku braku wynagrodzenia odpowiadającego świadczeniom udzielonym w tej komórce organizacyjnej w okresie I-II 2020 r., opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń wyliczana jest na podstawie wynagrodzenia odpowiadającego świadczeniom udzielonym w tej komórce organizacyjnej w okresie dwóch pierwszych miesięcy obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2020 r.) z wyłączeniem:

- leków stosowanych w chemioterapii oraz leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowanych w ramach programów lekowych,
- środków finansowych przekazywanych na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy,
- świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne oraz ratowników medycznych na podstawie OWU.

W ramach nadzoru nad szpitalami jednoimiennymi podmiot tworzący dokonuje kontroli i oceny działalności zakładu. Z kolei zgodnie z przepisami ustawy o samorządzie powiatowym organem kontrolnym powiatu jest rada powiatu, która kontroluje działalność zarządu oraz powiatowych jednostek organizacyjnych. W zakresie przewidzianym w przepisach ww. ustawy nadzór nad działalnością powiatu sprawują Prezes Rady Ministrów oraz wojewoda, a w zakresie spraw finansowych – regionalna izba obrachunkowa.

### 2.3.2. Organizacja szpitali tymczasowych

Ze względu na braki łóżek dla pacjentów COVID-owych zaczęto przygotowywać szpitale tymczasowe. Kryterium przyjmowania pacjentów do takich placówek jest rozpoznanie COVID-19 na podstawie dodatniego wyniku PCR lub

testu antygenowego rekomendowanego przez MZ i GIS, uzgodnienie przyjęcia z koordynatorem szpitala tymczasowego oraz wymóg hospitalizacji ze wskazań klinicznych<sup>8</sup>. Organizacja tych podmiotów odbywa się poprzez działanie:

1. Wojewodów – planowanych docelowo 20 podmiotów. Rząd założył, że w każdym województwie powstanie przynajmniej jeden taki zakład, który zwiększy dostępność o ponad 5 tys. miejsc. Przyjęto, że koszty adaptacji centrów kongresowo – wystawienniczych oraz hal sportowych – wynoszą około 130 mln zł (<https://www.gov.pl/web/koronawirus/szpital-tymczasowe-w-caly-m-kraju>, pobrane 3.04.2021).
2. Kancelarii Prezesa Rady Ministrów – szpital na stadionie PGE Narodowym w Warszawie. Placówkę wyposażono w 160 kardiomonitorów, 3 wytwornice tlenu, 45 respiratorów, 2 USG i 4 mobilne RTG. Dostępność została zaplanowana na 1200 łóżek.
3. Wojsko – Szpital przy ul. Szaserów w Warszawie.
4. Przy współudziale Spółek Skarbu Państwa – spółki przygotowują szpitale na mocy umowy z Ministerstwem Aktywów Państwowych: PKN Orlen, Węgłokoks, Polska Grupa Zbrojeniowa Totalizator Sportowy, PKO Bank Polski, Bank Gospodarstwa Krajowego, Tauron, Grupa Azoty, KGHM. Koszty, które zostaną poniesione, mają zostać docelowo zrefinansowane przez rząd. I tak przykładowo, jak donosi Dziennik Gazeta Prawna (<https://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/8051158,spolki-skarbu-panstwa-tworza-szpital-tymczasowe.html>, pobrane 3.04.2021):
  - Na Mazowszu tworzenie szpitali przypadło w udziale spółkom: PKN Orlen, Totalizator Sportowy i Bank Gospodarstwa Krajowego. Jeden ze szpitali został uruchomiony w Płocku, z bazą 190 łóżek i 20 respiratorów. Szpital powstał przy Centrum Badawczo-Rozwojowym PKN Orlen, na terenie Płockiego Parku Przemysłowo-Technologicznego. Do budowy placówki wykorzystano 194 kontenery, placówka dzięki Grupie Orlen powstała w trzy tygodnie.

<sup>8</sup> Do kryteriów wykluczających przyjęcie do szpitala tymczasowego należą: ([https://spsk2-szczecin.pl/asset/main/files/szpital-tymczasowy/kryteria-przyjecia/Kryteria Przyjęcia Pacjentów z COVID-19 do Szpitala Tymczasowego w Szczecinie.pdf](https://spsk2-szczecin.pl/asset/main/files/szpital-tymczasowy/kryteria-przyjecia/Kryteria%20Przyjecia%20Pacjentow%20z%20COVID-19%20do%20Szpitala%20Tymczasowego%20w%20Szczecinie.pdf), pobrane 6.04.2021) ostre i przewlekłe stany kliniczne i choroby współistniejące, wymagające postępowania specjalistycznego, interwencji zabiegowych i (lub) diagnostycznych, wykraczających poza zakres działania szpitala tymczasowego (do oceny przez koordynatora szpitala); niestabilność krążeniowo-oddechowa uniemożliwiająca transport pacjenta; aktywna, niekontrolowana, przewlekła choroba psychiczna i psychozy; stany upojenia alkoholowego, nadużycia substancji odurzających, zatrucia innymi substancjami; współistniejące wybrane choroby zakaźne i patogeny alarmowe; nabyte i wrodzone zespoły obniżonej odporności; ciężarne bez względu na stan zaawansowania ciąży; aktualna hospitalizacja z powodu COVID-19 w innych podmiotach leczniczych posiadających łóżka dla pacjentów z podejrzeniem/zakażeniem koronawirusem z wydanymi decyzjami Wojewody.

- Trzy szpitale na Dolnym Śląsku wybuduje KGHM Polska Miedź (niezależnie od budowy KGHM udostępnił specjalny oddział w 50 miejscami dla pacjentów z koronawirusem w Miedziowym Centrum Zdrowia). Szpital rezerwowy w Wałbrzychu powstał w kompleksie Specjalistycznego Szpitala im dr Alfreda Sokołowskiego.
- Łącznie w szpitalach tymczasowych w marcu 2021 roku przebywało 1280 pacjentów, w tym 165 pod respiratorami.

Lista szpitali rezerwowych tworzona decyzjami wojewodów (na podstawie: <https://www.gov.pl/web/koronawirus/szpitaly-tymczasowe-w-calym-kraju>, pobrane 3.04.2021):

- województwo dolnośląskie: Terminal Hotel Centrum Konferencyjne, ul. Rakietowa 33, Wrocław,
- województwo kujawsko-pomorskie: 22. Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny SPZOZ w Ciechocinku, ul. Wojska Polskiego 5, Ciechocinek,
- województwo lubelskie: Targi Lublin S.A., ul. Dworcowa 11, Lublin,
- województwo lubuskie: Centrum Zdrowia Matki i Dziecka, ul. Żyty 26, Zielona Góra,
- województwo łódzkie: EXPO-ŁÓDŹ, aleja Politechniki 4, Łódź,
- województwo małopolskie: Centrum Urazowe Medycyny Ratunkowej i Katastrof, ul. Mikołaja Kopernika 50, Kraków oraz EXPO Kraków, ul. Galicyjska 9, Kraków,
- województwo mazowieckie: 1 Baza Lotnicza Okęcie, Warszawa,
- województwo opolskie: Centrum Wystawienniczo-Kongresowe w Opolu, ul. Wrocławska 158, Opole,
- województwo podkarpackie: SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie, ul. Krakowska 16, Rzeszów,
- województwo podlaskie: Hala sportowa Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (UMB), ul. Michała Wołodyjowskiego 1, Białystok oraz Budynek E1 Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku (USK), ul. Żurawia 14, Białystok,
- województwo pomorskie: Sanatorium MSWiA, Bitwy pod Płowcami 63–65, Sopot,
- województwo śląskie: Międzynarodowe Centrum Kongresowe, plac Sławika i Antalla 1, Katowice,

- województwo świętokrzyskie: Targi Kielce SA, ul. Zakładowa 1, Kielce,
- województwo warmińsko-mazurskie: Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy, ul. Mickiewicza 25, Nidzica oraz Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczytnie, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 12, Szczytno,
- województwo wielkopolskie: Międzynarodowe Targi Poznańskie ul. Głogowska 14, Poznań,
- województwo zachodniopomorskie: NETTO ARENA, Władysława Szafra 3/5/7, Szczecin oraz Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2, al. Powstańców Wielkopolskich 72, Szczecin.

### **2.3.3. Zmiany w zarządzaniu podmiotem leczniczym w świetle własnych badań empirycznych**

Ze względu na ciągłe zmiany w zakresie procedur stosowanych w podmiotach leczniczych na terenie województwa wielkopolskiego przeprowadzono badanie pilotażowe mające na celu udzielenie odpowiedzi na pytanie badawcze, w jaki sposób sytuacja związana z koronawirusem wpłynęła na zarządzanie podmiotem. Badanie metodą ankietową oparto na próbie podmiotów leczniczych działających na terenie wielkopolski. Instrumentem badawczym był autorski kwestionariusz. Jego konstrukcja odzwierciedlała założenia dotyczące istoty badania przeprowadzonego w okresie od 15 listopada do 7 grudnia 2020 roku. Ze względu na sytuację epidemiologiczną badaniem zostało objętych 10 podmiotów, które odpowiedzi wysłały drogą e-mailową lub też udzieliły odpowiedzi w ramach wywiadu telefonicznego. Próba badawcza nie jest reprezentatywna, w związku z czym wyniki dają jedynie ogólny pogląd na sytuację związaną z zarządzaniem podmiotem. Kwestionariusz składa się z pytań odnoszących się do obszarów:

- pracy zdalnej,
- absencji pracowników,
- zakupu nowego wyposażenia,
- zmiany organizacji pracy w zakresie formy zatrudnienia i zmiany zakresu zadań,
- struktury zatrudnienia, otrzymanej pomocy publicznej,
- korzystania z nowych kanałów komunikacyjnych,
- wprowadzenia nowych procedur,
- podejmowania nowych inwestycji w zakresie przeciwdziałania pandemii,

- odczuć w zakresie atmosfery pracy,
- przewidywanych stałych konsekwencji organizacyjnych pandemii,
- oceny pracowników w zakresie atmosfery pracy i stosowania się do nowych procedur/wytycznych postępowania,
- stałej konsekwencji pandemii,
- zarządzania lękiem/strachem,
- zarządzania zmianą.

W celu zagwarantowania właściwego przebiegu i wiarygodności wyników badania został opracowany plan<sup>9</sup>. Biorąc pod uwagę fakt, że jakość każdej informacji uzyskanej za pomocą kwestionariusza zależy od treści pytań i sposobu ich stawiania oraz od skali pomiarowej wykorzystanej w pytaniach, starano się opracować instrument w taki sposób, aby był w pełni zrozumiały dla osoby udzielającej odpowiedzi. Zdecydowano, że osobami, które będą mogły udzielić odpowiedzi dotyczących poruszanych zagadnień, będą jedynie kierownicy<sup>10</sup> poszczególnych podmiotów. W opracowanym kwestionariuszu, w większości pytań, zapis kafeterii odpowiedzi był kategoryzujący, to znaczy uwzględniono możliwe warianty odpowiedzi, aby respondentom łatwiej było ustosunkować się do danego zagadnienia, przy czym zastosowano także pytania otwarte, pozostawiające osobie udzielającej odpowiedzi swobodę wyrażenia opinii. Istotną kwestią był wybór metody i techniki zbierania danych. Jako podstawową metodę doboru jednostek do badania wybrano dobór losowy. Z uwagi na to, że badaniem objęto podmioty lecznicze na terenie jedynie Wielkopolski, a osobami udzielającymi odpowiedzi byli kierownicy, podjęto decyzję o dostarczeniu kwestionariusza drogą e-mailową (po wcześniejszym uzyskaniu zgody na udział w badaniu). Decyzję taką podjęto z pełną świadomością, że inna forma dostarczenia kwestionariusza w okresie pandemii mogłaby nieść za sobą ryzyko braku odpowiedzi.

Ze względu na potraktowanie badania pilotażowo wyniki zostaną przedstawione w sposób zagregowany – opisowo. W zakresie pracy zdalnej respondenci udzielili odpowiedzi, że jedynie personel administracyjny mógł

<sup>9</sup> Plan badań zakładał: (1) określenie celu zakresu i charakteru badań, (2) ustalenie liczby i kryteriów doboru respondentów, (3) opracowanie planu analizy wyników, (4) opracowanie kwestionariusza, (5) badania terenowe, (6) weryfikację uzyskanych informacji, (7) obliczanie wyników, (8) sporządzenie raportu z badań, za: (Mazurek-Łopacińska, 1999, s. 92).

<sup>10</sup> Ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 roku wskazuje, że podmiotem zarządza kierownik. W praktyce, w zależności od formy własnościowej, stanowisko to zwykle się nazywać dyrektorem zakładu lub właścicielem (w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie przedsiębiorców).



podjąć pracę w systemie zdalnym. Częstym rozwiązaniem było wprowadzanie pracy hybrydowej z zastosowaniem zamiennie pracy stacjonarnej i zdalnej. Zgłaszanymi powodami niezadowolenia był brak sprzętu i dostępu do danych pozostawionych w pracy. Również respondenci wskazywali, że w mniejszych aglomeracjach dużym utrudnieniem był niewystarczający przesył danych internetowych, a zakłócenia w tym obszarze powodowały brak możliwości właściwej pracy.

Zgłaszanymi powodami absencji były zwolnienia L4 w sytuacji zachorowania pracownika lub też odbywanie kwarantanny. W badaniu nie pojawiły się odpowiedzi w zakresie zwolnień na żądanie i lęku przed podjęciem pracy i ewentualnym zagrożeniem wynikającym z zarażenia wirusem.

Wszystkie badane podmioty zgłaszały nowe inwestycje i zakupy w odniesieniu do takiego wyposażenia, jak: maski ochronne, płyny dezynfekcyjne (większe zamówienia niż to wynika z uwarunkowań środowiska pracy), respiratory, pompy infuzyjne, workiambu, laryngoskopy jednorazowe, dozowniki do tlenu, pulsoksymetry, łóżka.

Zmiana organizacji pracy w znacznej części odnosiła się do pracy administracji oraz częściowo do personelu medycznego, który w zależności od zapotrzebowań wynikających z większego obłożenia i sporej absencji przesuwany był na różne obszary (oddziały). W związku z zaistniałą sytuacją nowe zadania dotyczyły przechodzenia na inne oddziały niż pierwotne oraz podejmowania dodatkowych czynności w zakresie pomiaru temperatury wypełniania dodatkowej dokumentacji medycznej, weryfikowania stosowania procedur u pacjentów i osób towarzyszących.

W badanej grupie nie zaobserwowano zatrudnienia nowych osób ani też nie dokonano zwolnień, tak typowych dla innych przedsiębiorstw. W zakresie otrzymanej pomocy publicznej badane podmioty wskazywały na pomoc społeczną w zakresie przekazywanych środków finansowych, ale także na darowizny sprzętowe (wyposażenie do pomieszczeń socjalnych).

W odniesieniu do stosowanych procedur wszystkie były związane z przeciwdziałaniem COVID-19, a więc: zachowanie bezpiecznej odległości, stosowanie środków ochrony indywidualnej, takich jak maseczki do twarzy, rękawiczki jednorazowe, postępowanie z pacjentem zdrowym i pacjentem chorym na koronawirus. Wśród zgłaszanych problemów respondenci szczególnie zwracali uwagę na braki kadrowe i braki sprzętowe, a w odniesieniu do atmosfery pracy – często na lęk i strach przed możliwością zarażenia. Tylko jeden z badanych podmiotów zgłosił, że pracownicy, mając moż-

liwość, zgłaszają się do wskazanego psychologa zakładowego, natomiast nie wprowadzono w żadnych z badanych podmiotów strategii związanej z przeciwdziałaniem stresowi i lękowi. Działania operacyjne podejmowane w sytuacji kryzysowej przysłoniły takie problemy. Również nie było dostrzegalne zarządzanie zmianą. Odnoszono ją jedynie do zmian organizacyjnych, takich jak tworzenie nowego oddziału czy też zmiany proceduralne i związane z przemieszczaniem personelu.

Przy pytaniu o stałą konsekwencję pandemii udzielono ciekawych odpowiedzi związanych z możliwością zmiany pracy administracji – umożliwieniem niektórym osobom elastycznych godzin związanych z pracą zdalną, ale także zwrócono uwagę na wypalenie zawodowe i utrzymujący się stres wynikający nie tylko z obciążenia nowymi obowiązkami, ale też z utraty osób bliskich, co wpływa na kondycję w pracy.

## Podsumowanie

- Stan zagrożenia zdrowia publicznego doprowadził do uchwalenia 2 marca 2020 roku ustawy *o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych* (Dz. U. z 2020, poz. 374 ze zm.) określającej zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażeniom wirusem SARS-CoV-2.
- Przepisy ustawy specjalnej wprowadziły praktyczne rozwiązania w zakresie pracy zdalnej, dodatkowego zasiłku opiekuńczego, ale przede wszystkim systemu teleinformatycznego, za pośrednictwem którego można udzielać świadczeń opieki zdrowotnej.
- Struktura sieciowa – oznacza nowoczesną formę organizacji, system więzi zbudowanych przez uczestników relacji, a także nowy styl zarządzania oraz nową formę zorganizowania stosunków wewnętrznych.
- Na podstawie art. 11 ust 1 ustawy specjalnej wojewodowie dokonali zmian w zakresie profili zakładów, przekształcając je w jednoprofilowe szpitale zakaźne.
- Na podstawie pilotażowego badania empirycznego można postawić hipotezę, że podmioty lecznicze nie były przygotowane na sytuacje kryzysowe.

Ujawnił się zarówno deficyt kadrowy, jak i sprzętowy. Brak nawyku przestrzegania procedur oraz wsparcie nowej organizacji pracy były jednym z powodów nieumiejętnej organizacji pracy.

## Definicje

- RT-PCR – test przeprowadzany w celu wykrycia materiału genetycznego z określonego organizmu, takiego jak wirus; wykrywa obecność materiału genetycznego, a konkretnie RNA wirusa SARS-CoV-2, a polega na ilościowej reakcji łańcuchowej polimerazy z odwrotną transkryptazą w czasie rzeczywistym.

## Zastosowane skróty

- GIS – Główny Inspektorat Sanitarny  
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia  
OAIIT – oddział anestezjologii i intensywnej terapii  
PCR – polymerase chain reaction – test reakcji łańcuchowej polimerazy  
POChP – przewlekła obturacyjna choroba płuc  
PMZO – Pomorski Model Zintegrowanej Opieki

---

## 3. ZARZĄDZANIE PODMIOTAMI LECZNICZYMI

---

### 3.1. Dostępność kadr medycznych – nowe wyzwania

Zasoby kadrowe są ważnym elementem, który wpływa na skuteczność opieki zdrowotnej. Efektywność systemu i jakość realizowanych świadczeń medycznych jest uzależniona od wiedzy, umiejętności i motywacji pracowników opieki zdrowotnej.

W 2019 roku utrzymały się niepokojące tendencje dotyczące nie tylko brak specjalistów, ale także powiększającej się starszej grupy wiekowej pielęgniarek i położnych. W raporcie Głównego Urzędu Statystycznego *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 roku* wskazano, że zgodnie z rejestrami prowadzonymi przez izby lekarskie, izby pielęgniarek i położnych, izby aptekarskie oraz izby diagnostów laboratoryjnych w 2019 roku prawo wykonywania zawodu miało 150 914 lekarzy, 42 761 lekarzy dentyistów, 299 629 pielęgniarek, 39 029 położnych, 36 117 farmaceutów i 16 697 diagnostów laboratoryjnych. W porównaniu z rokiem poprzednim we wszystkich wymienionych zawodach medycznych odnotowany został wzrost liczby uprawnionych do wykonywania zawodu, przy czym największy przyrost w 2019 roku zarejestrowano w grupie diagnostów laboratoryjnych (wzrost o 2,2 %) i położnych (wzrost o 1,9 %) (GUS, 2019a) (tabela 3.1).

**Tabela 3.1. Pracownicy medyczni posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego według województw, stan w dniu 31.12.2019**

Województwa		Lekarze	Lekarze dentyści	Pielęgniarki <sup>a)</sup>	Położne <sup>b)</sup>	Farmaceuci	Diagności
POLSKA	2018	149 134	42 282	295 464	38 312	35 553	16 340
POLSKA	2019	150 914	42 761	299 629	39 029	36 117	16 697
Dolnośląskie		12 543	3 705	24 184	2 730	3 013	1 144
Kujawsko-pomorskie		6 699	1 453	14 747	2 025	1 623	1 049

cd. tabeli 3.1

Województwa	Lekarze	Lekarze dentyści	Pielęgniarki <sup>a)</sup>	Położne <sup>b)</sup>	Farmaceuci	Diagności
Lubelskie	8 862	2 371	18 223	2 435	2 079	1 165
Lubuskie	2 564	881	6 795	877	654	245
Łódzkie	11 847	3 311	18 292	2 728	2 784	1 137
Małopolskie	13 165	3 726	26 288	3 347	3 527	1 579
Mazowieckie	27 375	7 662	43 308	5 064	5 894	2 536
Opolskie	2 620	761	7 781	911	570	280
Podkarpackie	6 002	1 880	18 945	2 755	1 340	798
Podlaskie	5 511	1 514	10 125	1 412	1 129	709
Pomorskie	9 386	2 783	15 544	2 016	2 641	990
Śląskie	18 211	4 721	38 993	4 758	4 516	1 784
Świętokrzyskie	3 853	1 098	11 337	1 440	863	635
Warmińsko-mazurskie	3 937	1 071	10 172	1 128	683	476
Wielkopolskie	11 873	3 656	23 375	3 880	3 479	1 442
Zachodniopomorskie	6 466	2 168	11 520	1 523	1 322	728

<sup>a)</sup> W tym pielęgniarki z wyższym wykształceniem oraz magistrowie pielęgniarstwa.

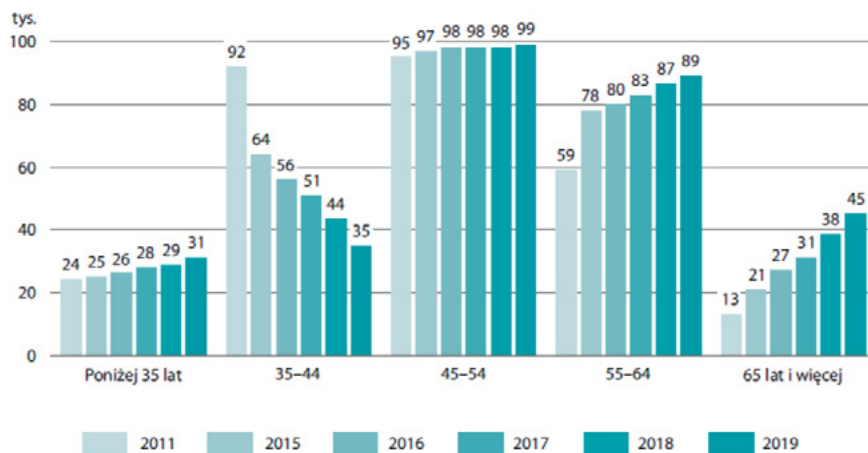
<sup>b)</sup> W tym położne z wyższym wykształceniem oraz magistrzy położnictwa.

Źródło: Rejestry posiadających prawo wykonywania zawodu – dane Ministerstwa Zdrowia otrzymane z izb lekarskich, pielęgniarskich i farmaceutycznych oraz diagnostów laboratoryjnych, za: (GUS, 2019a).

Na dynamikę liczby osób mających prawo wykonywania zawodu ma wpływ przyrost nowych osób z wykształceniem medycznym oraz naturalny ubytek spowodowany odchodzeniem starszych. Analiza wieku w 2019 roku pokazała niepokojące tendencje w strukturze lekarzy i lekarzy dentyistów, ponieważ nastąpił wzrost osób należących do najstarszej grupy 65 lat i więcej. Udział lekarzy w tej grupie wynosił 24,5%, a lekarzy dentyistów 22,7% w odniesieniu do badanego okresu.

Ogromny deficyt personelu medycznego wynika nie tylko ze struktury wiekowej pielęgniarek i położnych, ale także z wymogów spełnienia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami (Dz. U. z 2012, poz. 1545). Jak wynika z danych GUS, w 2019 roku najwięcej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu było w wieku 45–54 lat (99 tys.). Najmniejszą liczbę stanowiły natomiast pielęgniarki w wieku poniżej 35. roku życia – było ich zaledwie 31 tys., co stanowiło tylko 10,4% ogólnej liczby osób z uprawnieniami do zawodu (wykres 3.1 i tabela 3.2).

Wykres 3.1. Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu według wieku



Źródło: (GUS, 2019a).

W sytuacji takiego rozkładu wiekowego trudnością dla podmiotów było zapewnienie właściwego obłożenia. Zgodnie z §1.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2012, poz. 1545) przy ustalaniu norm uwzględnia się:

- zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych,
- liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku,
- wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności,
- harmonogram czasu pracy,
- średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich i średni czas dyspozycyjny,
- właściwą kategorię opieki ustaloną dla pacjenta,
- liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki,
- stan zatrudnienia i organizacji pracy w jednostkach lub komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

Brak wystarczającej liczby pielęgniarek i położnych może doprowadzić do niższej jakości opieki, a co za tym idzie, wydłużonej hospitalizacji, zwiększenia liczby powikłań, zwiększenia liczby zakażeń wewnątrzszpitalnych, zwiększenia liczby błędów, a dalej – ponownej hospitalizacji (mimo wprowadzenia nowych procedur związanych z kwalifikacjami personelu – przykładowo na

**Tabela 3.2. Dane o liczbie pracowników medycznych bezpośrednio z pacjentem dotyczące pracujących w placówkach opieki zdrowotnej, a także w żłobkach, klubach dziecięcych i domach pomocy społecznej, dla których jednostka sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy**

<b>Wyszczególnienie</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego	134 292	136 208	137 109	139 595	141 390	142 962	144 982	146 037	149 134	150 914
Lekarze dentyści posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego	37 616	38 335	38 848	39 529	40 110	40 455	41 194	41 281	42 282	42 761
Pielęgniarki posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego	282 420	282 483	285 339	279 979	282 472	285 431	288 446	291 864	295 464	299 629
Farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego	28 330	29 291	29 869	30 533	31 417	33 111	33 914	34 797	35 553	36 117
Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem	79 337	80 358	85 025	85 246	87 687	88 437	91 730	90 284	89 532	90 884
Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności	20,6	20,9	22,1	22,1	22,7	23,0	23,9	23,5	23,3	23,7
Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem	12 326	12 797	12 491	12 322	13 088	12 603	13 308	13 331	12 927	13 509
Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności	3,2	3,3	3,2	3,2	3,4	3,3	3,5	3,5	3,4	3,5
Pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentem	184 748	186 566	211 628	200 587	199 188	197 381	195 838	193 700	192 964	193 132
Pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności	47,9	48,4	54,9	52,1	51,7	51,4	51,0	50,4	50,2	50,3
Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem	25 120	26 215	26 843	27 446	27 747	28 121	29 268	29 330	28 873	28 195
Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności	6,5	6,8	7,0	7,1	7,2	7,3	7,6	7,6	7,5	7,3
Lekarze specjalści: ogółem	52 715	54 230	58 408	57 847	59 542	60 031	60 888	60 123	60 458	60 953
Lekarze specjalści: anestezjologii i intensywnej terapii	2 989	3 044	3 414	3 550	3 718	3 710	3 706	3 704	3 860	3 874
Lekarze specjalści: chirurgii	7 401	7 556	8 407	8 203	8 473	8 498	8 623	8 380	8 531	8 736
Lekarze specjalści: chorób płuc	1 271	1 295	1 384	1 349	1 365	1 387	1 327	1 286	1 278	1 283
Lekarze specjalści: chorób wewnętrznych	7 031	7 145	7 477	7 183	6 977	6 707	6 601	6 372	6 322	6 318
Lekarze specjalści: dermatologii i wenerologii	881	891	948	916	898	905	942	899	853	900
Lekarze specjalści: kardiologii	1 723	1 794	2 030	2 132	2 418	2 719	2 908	2 905	3 006	3 091
Lekarze specjalści: medycyny rodzinnej	5 984	6 201	6 509	6 421	6 675	6 655	6 734	6 744	6 751	6 803
Lekarze specjalści: medycyny pracy	818	826	797	776	628	742	791	815	804	819
Lekarze specjalści: neurologii	2 072	2 211	2 396	2 328	2 092	2 398	2 450	2 406	2 393	2 414
Lekarze specjalści: okulistyki	1 753	1 799	1 956	1 900	2 012	2 021	2 018	2 017	1 958	1 990
Lekarze specjalści: onkologii	341	388	472	519	497	683	712	740	791	859
Lekarze specjalści: otolaryngologii	1 252	1 268	1 328	1 312	1 236	1 303	1 331	1 328	1 329	1 350

cd. tabeli 3.2

<b>Wyszczególnienie</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Lekarze specjaliści: pediatrii	3 216	3 224	3 228	3 236	3 321	3 378	3 624	3 584	3 586	3 541
Lekarze specjaliści: położnictwa i ginekologii	3 872	3 869	3 936	3 814	3 841	3 827	3 911	3 738	3 661	3 591
Lekarze specjaliści: psychiatrii	2 002	2 234	2 313	2 408	2 265	2 498	2 442	2 469	2 368	2 445
Lekarze specjaliści: radiodiagnostyki	1 950	1 979	2 268	2 292	2 259	2 320	2 238	2 277	2 404	2 384
Lekarze dentyści ze specjalizacją: ogółem	2 611	2 652	2 531	2 631	2 741	2 720	2 783	2 860	2 735	3 034
Lekarze dentyści ze specjalizacją: chirurgii stomatologicznej	343	364	362	381	410	395	438	445	386	429
Lekarze dentyści ze specjalizacją: chirurgii szczękowo-twarzowej	117	112	124	155	146	138	154	160	178	191
Lekarze dentyści ze specjalizacją: ortodoncji	535	555	507	512	559	566	562	578	569	630
Lekarze dentyści ze specjalizacją: periodontologii (paradontologii)	170	166	163	177	192	205	146	174	183	225
Lekarze dentyści ze specjalizacją: protetyki stomatologicznej	581	608	582	611	637	629	609	605	585	635
Lekarze dentyści ze specjalizacją: stomatologii dziecięcej	194	209	194	201	214	209	211	228	195	238
Lekarze dentyści ze specjalizacją: stomatologii zachowawczej	616	608	569	571	562	557	654	663	632	678
Praktyki zarejestrowane w izbach lekarskich i pielęgniarskich: lekarskie [liczba]	86 718	89 112	88 501	79 911	-	-	-	-	-	-
Praktyki zarejestrowane w izbach lekarskich i pielęgniarskich: stomatologiczne [liczba]	23 998	25 377	24 213	19 998	-	-	-	-	-	-
Praktyki zarejestrowane w izbach lekarskich i pielęgniarskich: pielęgniarskie i położnych [liczba]	18 004	18 921	16 259	18 056	-	-	-	-	-	-

Uwaga: Od 2012 roku łącznie z danymi o placówkach podległych resortom obrony narodowej i spraw wewnętrznych

Źródło: [www.Swaiaid.stat.gov.pl/ZdrowieOchronaZdrowia\\_dashboards/Raporty\\_predefiniowane/RAP\\_DBD\\_ZDR\\_5.aspx](http://www.Swaiaid.stat.gov.pl/ZdrowieOchronaZdrowia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_ZDR_5.aspx), pobrane 27.03.2021.



bloku operacyjnym obowiązuje wymóg zatrudnienia dwóch pielęgniarek na każdy stół operacyjny, zgodnie z czasem udzielania świadczeń określonych w harmonogramie). W celu zwiększenia liczby pielęgniarek i położnych przyjęto uchwałą Rady Ministrów z dnia 15 października 2019 roku *Politykę wieloletnią państwa na rzecz pielęgniarek i położnych w Polsce*, która jest dokumentem wykonawczym do *Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce*. Celem polityki jest: zwiększenie liczby studentów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, poprawa jakości kształcenia, zmiana w systemie kształcenia, poprawa warunków pracy, rozwój badań naukowych.

W ramach projektu *Rozwój kompetencji pielęgniarstkich* Ministerstwo Zdrowia przygotowało dokument *Analiza w zakresie stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych przez podmioty lecznicze w 2020 roku*, w którym zawarto wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych z uwzględnieniem profilu lub rodzaju komórki organizacyjnej.

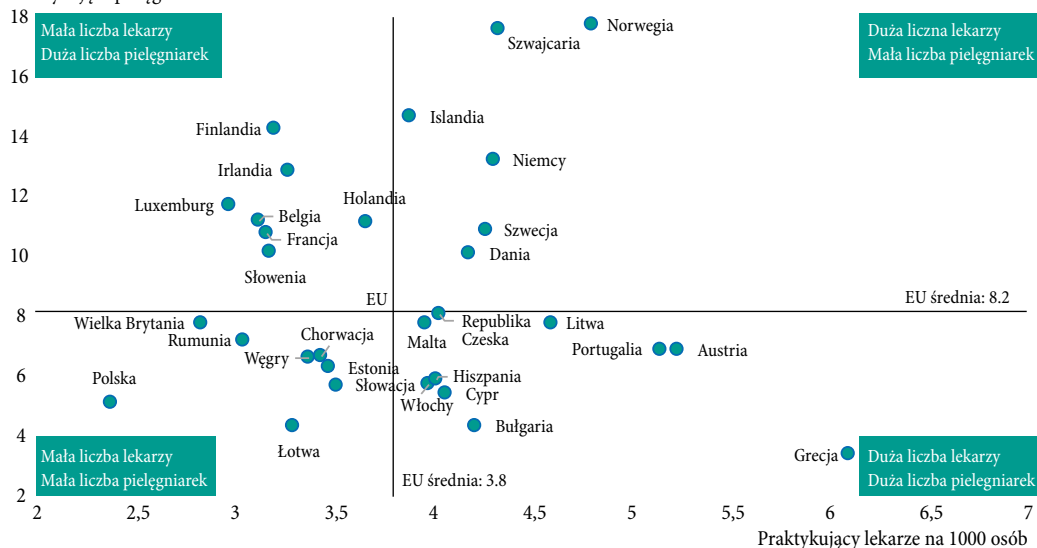
W *Analizie* (2020, s 24–25) Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło diagnozę na podstawie kontroli przekazanych przez Terenowe Wydziały Kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazanych przez wojewodów w zakresie stosowania zgodnie z ustawą norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Wyniki kontroli w 165 podmiotach wykazały nieprawidłowości, w sześciu wydano zalecenia pokontrolne. W dokumencie stwierdzono, że ustalenie i przestrzeganie minimalnych norm ma na celu zabezpieczenie odpowiedniej jakości opieki nad pacjentem oraz służy zapewnieniu bezpiecznych warunków pracy (wykres 3.2).

Nie najlepiej wyglądają wskaźniki dotyczące liczby lekarzy (wykres 3.3).

Problemy kadrowe są spowodowane również nierównomiernym rozmieszczeniem kadr medycznych pod względem geograficznym. Największa koncentracja lekarzy jest obserwowana w regionach, w których znajdują się uczelnie i wysokospecjalistyczne ośrodki medyczne. Dostęp do wykwalifikowanej kadry medycznej ma szczególne znaczenie w obliczu zjawiska starzejącego się społeczeństwa oraz nierówności w dostępie do usług zdrowotnych zarówno w kontekście geograficznym, jak i socjoekonomicznym. Dodatkową przyczyną niedostatecznej liczby personelu medycznego jest zjawisko emigracji. W Polsce problem ten był szczególnie istotny po 2004 roku, bezpośrednio po rozszerzeniu UE. Obecnie wpływ mobilności zawodowej pracowników ochrony zdrowia, choć nadal istotny, przestaje być głównym czynnikiem powodującym niedobory kadrowe w tym sektorze. Szczególnie istotną kwestią dotyczącą zasobów kadro-

**Wykres 3.2. Liczba lekarzy i pielęgniarek praktykujących na 1000 mieszkańców, 2018 rok**

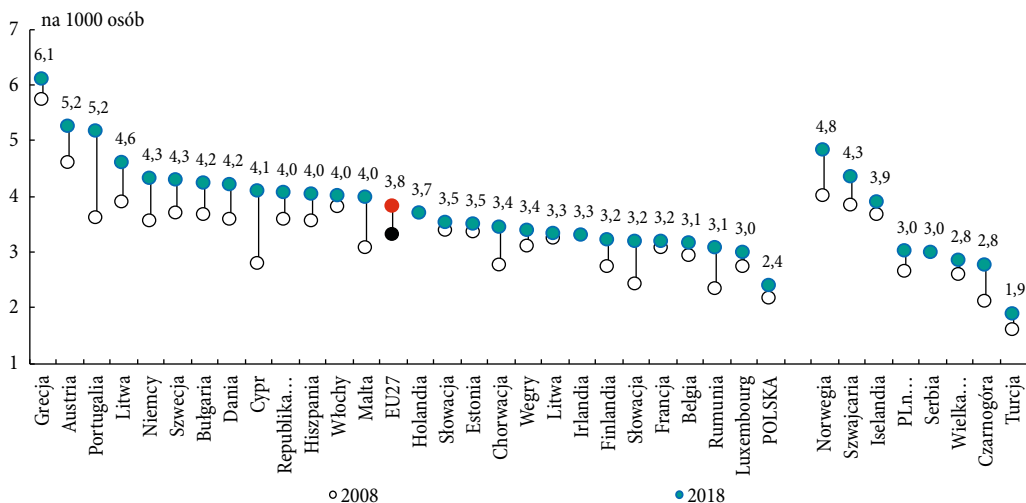
Praktykujące pielęgniarki na 1000 osób



Uwaga: Średnia UE jest nieważona. W Portugalii i Grecji dane odnoszą się do wszystkich lekarzy posiadających licencję na wykonywanie zawodu, co prowadzi do znacznego przeszacowania liczby lekarzy praktykujących (np. około 30% w Portugalii). W Austrii i Grecji liczba pielęgniarek jest niedoszacowana, ponieważ obejmują tylko pielęgniarki pracujące w szpitalu.

Źródło: Statystyki OECD dotyczące zdrowia 2020; Eurostatu, [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en), pobrane 14.04.2021 r.

**Wykres 3.3. Liczba praktykujących lekarzy na 1000 osób, 2008 i 2018 rok**



Źródło: Statystyki OECD dotyczące zdrowia 2020; Eurostatu, <https://stat.link/kwcpfi> StatLink, [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en), pobrane 14.04.2021 r.

wych jest zapewnienie odpowiedniej do potrzeb pacjentów liczby lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej tak, aby względy kadrowe nie stanowiły bariery dla pacjentów w dostępie do POZ (*Krajowe Ramy Strategiczne*, 2015, s. 67).

W związku jednak z ogłoszonym stanem zagrożenia epidemiologicznego w okresie od 20 października 2020 roku do 31 grudnia 2020 roku świadczeniodawcy udzielający świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowanej zostali zwolnieni z obowiązku ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych na podstawie wskaźników zatrudnienia. Zapewnienie ciągłości procesu leczniczego i bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniodawców pozostawiono kierownikowi podmiotu leczniczego.

Problemy z brakiem dostępności kadry medycznej wystąpiły nie tylko w samych podmiotach, ale także w całym systemie. Wynikały one z deficytu kadr oraz ze wzrostu zachorowań w tej grupie zawodowej. W celu maksymalizacji dostępności poszczególne kraje rozpoczęły mobilizację dodatkowego personelu (tabele 3.3 i 3.4).

**Tabela 3.3. Działania rządowe w celu zwiększenia dostępności do opieki medycznej w czasie pierwszej fali pandemii w 2020 roku**

Kraj	Wybrane przykłady polityki (np. mobilizowanie studentów służby zdrowia, emerytowanych i niepracujących pracowników służby zdrowia, zagranicznych pracowników służby zdrowia, przygotowanie listy rezerwowej, przeniesienie personelu do miejscowości o większych potrzebach)
Austria	Młodzi urzędnicy służby cywilnej zmobilizowani do wspierania pracowników opieki długoterminowej jako sanitariusze – rząd szacuje, że w ten sposób można zmobilizować około 14 600 dodatkowych pracowników. Inne polityki obejmowały umożliwienie zagranicznym pracownikom służby zdrowia z krajów Europy Środkowej i Wschodniej wjazdu do Austrii. Zaangażowano także studentów medycyny
Belgia	Studenci medycyny, studenci pielęgniarstwa zostali zmobilizowani w celu złagodzenia ewentualnego niedoboru pracowników służby zdrowia. Na poziomie podmiotów federalnych zorganizowano również wykazy rezerw w celu zapewnienia pomocy w zakresie usług zdrowotnych
Bułgaria	Ogłoszono apel, aby zmobilizować studentów medycyny i emerytowanych pracowników służby zdrowia do walki z COVID-19
Chorwacja	Informacje niedostępne
Cypr	Pracownicy sektora prywatnego zmobilizowani do wspierania szpitali publicznych. Studentów medycyny i pielęgniarstwa ostatniego roku zatrudniono na zasadzie dobrowolności
Czechy	Personel medyczny spoza UE bez w pełni zatwierdzonych stopni naukowych (tak również przed pandemią). Około 3800 studentów zaangażowanych, głównie jako pielęgniarki, pomocnicy lub w publicznych urzędach opieki telefonicznej (z prawie 5500 studentów zarejestrowanych do zwalczania COVID-19 do połowy kwietnia)

Kraj	<b>Wybrane przykłady polityki (np. mobilizowanie studentów służby zdrowia, emerytowanych i niepracujących pracowników służby zdrowia, zagranicznych pracowników służby zdrowia, przygotowanie listy rezerwowej, przeniesienie personelu do miejscowości o większych potrzebach)</b>
Dania	Studenci kierunków lekarskich, pielęgniarzkich i innych w zakresie edukacji zdrowotnej oraz emerytowani pracownicy służby zdrowia zostali zaproszeni do pracy poprzez utworzenie „banku pracy”. W celu ułatwienia pracy w placówkach wprowadzono szybkie przeszkolenie pracowników służby zdrowia. Pielęgniarki z oddziałów chirurgicznych zostały przesunięte na inne w zależności od potrzeb
Estonia	Armia wysłała (w pierwszym okresie pandemii) zespół medyczny składający się z 18 członków i zespół wsparcia – 20 członków, aby pomóc w utworzeniu szpitala polowego. Od 5 kwietnia 11 lekarzy i pielęgniarek z estońskich szpitali, karettek pogotowia i sektora prywatnego zostało również zmobilizowanych do pracy szpitala polowego. Ponadto studenci medycyny i pielęgniarstwa zmobilizowali się do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej
Finlandia	Niektórzy pracownicy służby zdrowia przeszkolili się i (lub) ponownie zostali skierowani do pracy na oddziały wymagające wsparcia. Od 26 marca do 13 kwietnia 2020 roku osoby pracujące zarówno w publicznych, jak i prywatnych placówkach służby zdrowia otrzymały nakaz pracy w sytuacji istnienia zagrożenia
Francja	Przed kryzysem w rezerwie sanitarnej zarejestrowano około 3000 pracowników służby zdrowia. Dodatkowe 40 000 wyraziło chęć podjęcia pracy do kwietnia 2020 roku
Niemcy	Ponad 20 000 studentów medycyny zarejestrowanych zostało jako siły rezerwowe do zwalczania COVID-19 (stan na 26 marca 2020 r.). Potencjalna pula około 14 000 lekarzy przeszkolonych za granicą i oczekujących na nostryfikację dyplomu została także skierowana do pracy
Grecja	Nowe przepisy pozwoliły na zatrudnianie lekarzy prywatnych w szpitalach publicznych. Od 4 marca zatwierdzono 4200 miejsc pracy (personel medyczny, pielęgniarzki i pomocniczy). Od 23 marca ponad 8000 wolontariuszy (lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, psychologów, studentów medycyny i emerytów) złożyło wnioski za pośrednictwem platformy cyfrowej w celu zwalczania COVID-19
Węgry	Ponad 900 wolontariuszy zarejestrowanych na stronie internetowej NHS w celu zwalczania COVID-19 (studenci, pracownicy służby zdrowia z sektora prywatnego, emerytowani pracownicy służby zdrowia)
Islandia	Ministerstwo Zdrowia utworzyło rezerwę służby zdrowia obejmującą lekarzy, pielęgniarki, personel wspierający, emerytowanych pracowników służby zdrowia oraz studentów medycyny i pielęgniarstwa. 1000 pracowników służby zdrowia zarejestrowano w rezerwie
Irlandia	W sumie 4858 pracowników zatrudniono w sektorze publicznej opieki zdrowotnej. W tym 1399 studentów pielęgniarstwa, położnictwa i nauk ścisłych, 992 stażystów medycznych i 156 emerytowanych pracowników służby zdrowia. Ogólnopolska kampania rekrutacyjna „Bądź na wezwanie dla Irlandii” rozpoczęła się w połowie marca 2020 r. (197 zatrudnionych kandydatów). Ponadto 2114 pracowników służby zdrowia zrekrutowano za pośrednictwem zwykłych kanałów. Przeniesiono 558 pracowników służby zdrowia do obszarów, w których byli najbardziej potrzebni
Włochy	NHS zatrudnił 29 433 dodatkowych pracowników służby zdrowia od marca 2020 r. do zwalczania COVID-19 (we wszystkich rodzajach umów i placówkach), w tym 6330 lekarzy (z czego 22% w regionie Lombardii i 11% w Regionie Emilia-Romania) i 13 607 pielęgniarek (z czego 14% w regionie Lombardii i 17% w Regionie Emilia-Romania)
Łotwa	Wielu studentów wolontariuszy z kilku łotewskich uniwersytetów odpowiedziało na wezwanie do walki z COVID-19. Ponadto znacząco wzrosła liczba nadgodzin dla lekarzy i epidemiologów

cd. tabeli 3.3

Kraj	<b>Wybrane przykłady polityki (np. mobilizowanie studentów służby zdrowia, emerytowanych i niepracujących pracowników służby zdrowia, zagranicznych pracowników służby zdrowia, przygotowanie listy rezerwowej, przeniesienie personelu do miejscowości o większych potrzebach)</b>
Litwa	Pracownicy służby zdrowia zostali przydzieleni w zależności od potrzeb. 19 marca 2020 r. Narodowe Centrum Zdrowia Publicznego wystosowało zaproszenie dla wolontariuszy
Luksemburg	23 marca uruchomiono krajową platformę rekrutacyjną dla wolontariuszy. Była skierowana do pracowników służby zdrowia, studentów, emerytowanych pracowników służby zdrowia i osób na urlopie bez wynagrodzenia. Ponadto lekarze, pielęgniarki i studenci medycyny zostali przeszkoleni, aby wspierać personel szpitala podczas kryzysu COVID-19
Malta	Niektórzy pracownicy służby zdrowia i studenci medycyny przekwalifikowali się, aby móc pracować w jednostkach intensywnej terapii lub OIOM, podczas gdy inni wolontariusze zostali przeszkoleni w zakresie obsługi infolinii. Ogłoszono również apel do lekarzy, dentyistów, pielęgniarek i pracowników służby zdrowia w celu zgłaszania się do pracy w zakresie zwalczania COVID-19
Holandia	Dodatkowa siła robocza została zmobilizowana w szpitalach poprzez reaktywację byłych pracowników służby zdrowia (emerytowanych pracowników lub innych osób, które nie pracują już w szpitalach). Inne środki obejmowały mobilizację dodatkowej siły roboczej ze służby wojskowej
Norwegia	Personel szpitali został przeniesiony, po otrzymaniu niezbędnego szkolenia. Dyrekcja Zdrowia poradziła gminom zatrudnianie studentów medycyny i pielęgniarstwa oraz emerytowanych pracowników służby zdrowia. W dniu 24 marca 2020 r. ogłoszono oficjalny apel do wszystkich pracowników służby zdrowia z prośbą o rejestrację. 18 maja w krajowym rejestrze chęć pracy wyraziło 6492 pracowników służby zdrowia, w tym 1453 pielęgniarki i 754 lekarzy
Polska	Niektórzy lekarze zostali przydzieleni do pracy innych placówek w zależności od potrzeb. Studenci ostatniego roku medycyny, farmacji, analityki medycznej, pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego otrzymali możliwość podjęcia funkcji pomocniczych w szpitalach i domach opieki. Uchwalono przepisy ułatwiające zatrudnianie emerytowanych pracowników służby zdrowia i niepracujących pielęgniarek w szpitalu
Portugalia	Ministerstwo Zdrowia wdrożyło szereg środków, w tym: przesunięcia pracowników służby zdrowia; zawieszenie przydziału pracy w godzinach nadliczbowych; szkolenia dla lekarzy rodzinnych; oraz uproszczono procedury zatrudniania studentów, emerytowanych pracowników służby zdrowia lub pielęgniarek. Według nowych przepisów na 15 maja 2628 pracowników służby zdrowia zostało zatrudnionych (w tym 118 lekarzy i 855 pielęgniarek)
Rumunia	Utworzono około 2000 tymczasowych miejsc pracy (1000 miejsc pracy w powiatowych publicznych placówkach i 1000 miejsc pracy dla powiatowych służb ratowniczych). Wprowadzono również podstawę prawną umożliwiającą obowiązkowe przeniesienie lekarzy, pielęgniarek i studentów, w obszary najbardziej wymagające
Słowacja	Informacje niedostępne
Słowenia	Studenci medycyny i stażyści zostali zmobilizowani w celu zwiększenia dostępności pracowników służby zdrowia
Hiszpania	Ministerstwo Zdrowia wdrożyło szereg działań, w tym: zatrudnianie emerytowanych pracowników służby zdrowia, lekarzy rezydentów, stażystów kierunku pielęgniarstwa lub innych pracowników służby zdrowia do placówek i regionów o większych potrzebach
Szwecja	Ogłoszono apel o mobilizację studentów, emerytowanych pracowników służby zdrowia i pracowników z innych sektorów z wykształceniem medycznym w celu zwalczania COVID-19

cd. tabeli 3.3

Kraj	Wybrane przykłady polityki (np. mobilizowanie studentów służby zdrowia, emerytowanych i niepracujących pracowników służby zdrowia, zagranicznych pracowników służby zdrowia, przygotowanie listy rezerwowej, przeniesienie personelu do miejscowości o większych potrzebach)
Szwajcaria	Kantony i szpitale wystosowały zaproszenia dla wolontariuszy służby zdrowia (w tym studentów medycyny). Od czerwca 2020 roku armia zmobilizowała 8000 osób do wspierania różnych służb cywilnych
Wielka Brytania	Brytyjskie organy regulacyjne dla wszystkich zawodów opieki zdrowotnej wprowadziły szybką ponowną rejestrację praw wykonywania zawodu dla emerytowanych lekarzy, a ponad 50 000 z nich złożyło wstępną ofertę powrotu do wsparcia NHS. Wraz ze studentami medycyny ponad 60 000 dodatkowych pracowników stało się dostępnych do pracy. Ponadto zaproszenie wolontariuszy do pracy zaowocowało zgłoszeniem ponad 750 000 wniosków

Źródło: Statystyka OECD, Monitor reagowania na system opieki zdrowotnej europejskiego obserwatorium oraz sprawozdania rządów krajowych, [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en), pobrane 14.04.2021 r.

**Tabela 3.4. Przegląd polityk w celu zwiększenia podaży pracowników służby zdrowia w odpowiedzi na COVID-19 podczas pierwszej fali pandemii**

Kraj	Mobilizowanie studentów opieki zdrowotnej (kierunki lekarskie, pielęgniarskie, inne)	Mobilizowanie emerytowanych i niepracujących pracowników służby zdrowia	Mobilizowanie zagranicznych pracowników służby zdrowia (już w kraju lub pochodzących z zagranicy)	Istnienie oficjalnej listy rezerwowej (przed COVID-19 lub nowej listy w czasie epidemii)	Transfer pracowników służby zdrowia do miejscowości o większych potrzebach
Austria	✓		✓		✓
Belgia	✓			✓	
Bułgaria	✓	✓			
Chorwacja					
Cypr	✓				✓
Czechy	✓	✓	✓		✓
Dania	✓	✓			
Estonia	✓				✓
Finlandia	✓				✓
Francja	✓	✓	✓	✓	✓
Niemcy	✓		✓		
Grecja	✓	✓			✓
Węgry	✓	✓			✓
Islandia				✓	
Irlandia	✓	✓		✓	✓

cd. tabeli 3.4

Kraj	Mobilizowanie studentów opieki zdrowotnej (kierunki lekarskie, pielęgniarские, inne)	Mobilizowanie emerytowanych i niepracujących pracowników służby zdrowia	Mobilizowanie zagranicznych pracowników służby zdrowia (już w kraju lub pochodzących z zagranicy)	Istnienie oficjalnej listy rezerwowej (przed COVID-19 lub nowej listy w czasie epidemii)	Transfer pracowników służby zdrowia do miejscowości o większych potrzebach
Włochy	✓	✓	✓		✓
Łotwa	✓				
Litwa	✓	✓			
Luksemburg	✓	✓	✓	✓	✓
Malta	✓	✓			✓
Holandia		✓			✓
Norwegia	✓			✓	✓
Polska	✓	✓			✓
Portugalia	✓	✓			✓
Rumunia	✓				✓
Słowacja					
Słowenia	✓	✓			
Hiszpania	✓	✓			✓
Szwecja	✓	✓			✓
Szwajcaria	✓				✓
Wielka Brytania	✓	✓	✓		✓

Źródło: Statystyki OECD, Monitor reagowania na system opieki zdrowotnej europejskiego obserwatorium COVID-19. <https://stat.link/kwcpfi> StatLink, pobrane 8.12.2020; [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en), pobrane 14.04.2021.

### Mobilizacja nowych grup zawodowych

Braki personelu medycznego były zauważane już przed pandemią – odnosiło się to nie tylko do lekarzy specjalistów, ale także do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i personelu pielęgniarского. W Belgii, Anglii, Finlandii, Włoszech i Szwajcarii farmaceuci odgrywali coraz większą rolę w promocji i profilaktyce zdrowotnej. W celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentami nieobjętymi COVID-19 w Austrii, Francji, Irlandii, Portugalii i Hiszpanii farmaceuci otrzymali uprawnienie przepisywania leków dla osób przewlekle chorych (OECD, 2020b).

Polityka zatrudnienia służb medycznych w zakresie wykorzystywania zasobów ludzkich w poszczególnych krajach kształtowała się odmiennie (tabela 3.5).

**Tabela 3.5. Wykorzystanie zasobów ludzkich związanych z przeciwdziałaniem pandemii COVID-19**

Rodzaj działania	Kraj								
	Belgia	Bulgaria	Dania	Francja	Niemcy	Niderlandy	Hiszpania	Wielka Brytania	Polska
Zaangażowanie studentów kierunków medycznych	×		×	×				×	×
Zaangażowanie emerytowanych lekarzy		×			×		×	×	
Uzyskanie prawa wykonywania zawodu dla lekarzy imigrantów					×		×	×	×
Wsparcie wojska w działalności niektórych placówek ochrony zdrowia					×				×
Wsparcie psychologiczne dla pracowników ochrony zdrowia	×	×	×		×	×	×	×	×
Kursy doszkalające dla pracowników ochrony zdrowia			×		×	×	×		
Wsparcie kadrowe ze strony organizacji pozarządowych	×			×		×			
Zapewnienie opieki nad dziećmi pracowników ochrony zdrowia		×		×					

Źródło: Na podstawie *European observatory of health systems and policies*, <https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx> (pobrane: 30.06.2020), za: (Furman, Kowalska-Bobko, Sowada, 2020 s. 180).

Ze względu na stan zdrowotny 1 kwietnia 2021 roku Minister Zdrowia w Polsce dopuścił studentów VI roku medycyny do wsparcia w leczeniu pacjentów z koronawirusem, natomiast w zakresie szczepień w połowie kwietnia 2021 roku planuje się, aby pierwsi farmaceuci prowadzili szczepienia w aptekach.

### 3.2. Infrastruktura – analiza potrzeb zmian

Zgodnie z danymi resortowymi zawartymi w raporcie *Zdrowie i ochrona zdrowia 2019* w ramach leczenia szpitalnego<sup>1</sup> na terenie kraju funkcjonowało (GUS, 2019a):

<sup>1</sup> Leczenie szpitalne jest formą opieki, na którą pacjent decyduje się, gdy inne możliwe rodzaje opieki medycznej nie są wystarczające w celu zachowania zdrowia na pożądanym poziomie. Jest więc to najbardziej



- 890 stacjonarnych ogólnodostępnych szpitali ogólnych dysponujących 166,8 tys. łóżek. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców było to 2,3 szpitala na 100 tys. mieszkańców i 43,5 łóżek na 10 tys. mieszkańców, co oznacza, że na jedno łóżko przypadało przeciętnie 230 mieszkańców (o 19 mieszkańców więcej niż w 2018 roku). Hospitalizowanych było 7464,4 tys. pacjentów (o 2,9% mniej niż w roku poprzednim), a w ramach opieki dziennej w szpitalach stacjonarnych oraz w tzw. szpitalach dziennych leczonych było łącznie 3867,2 tys. pacjentów, o 13,1% więcej niż w 2018 roku.
- 115 hospicjów<sup>2</sup> i 77 oddziałów opieki paliatywno-hospicyjnej działających niezależnie poza strukturą szpitalu lub funkcjonujących w strukturze szpitalu ogólnych. Łącznie placówki te dysponowały strukturą 3,6 tys. łóżek, zapewniając opiekę 40,6 tys. pacjentów.
- 599 zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjnych o profilu psychiatrycznym<sup>3</sup>. Baza łóżkowa wyniosła 34,7 tys. łóżek w 2019, o 1,6% więcej niż w 2018 roku. Opieką stacjonarną objęto 62,6 tys. osób, przy czym 12,4% stanowili pacjenci opieki psychiatrycznej.
- 61 szpitali psychiatrycznych<sup>4</sup>, dysponujących 17,8 tys. łóżek, w których przebywało 195,1 tys. pacjentów. Ponadto 55 placówek opieki całodobowej przeznaczonych dla osób uzależnionych (ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz zakłady MONAR). Dysponowały one łącznie 2,4 tys. łóżek i skorzystało z nich 8,4 tys. osób uzależnionych.
- W zakresie leczenia uzdrowiskowego szpitale i sanatoria dysponowały łącznie 45,3 tys. łóżek, z których skorzystało 782,1 tys. osób.
- W 2019 roku w ramach podstawowej opieki zdrowotnej udzielono 331 mln porad, z czego 53,3% udzielono w ramach POZ, 36,1% dotyczyło specjalistycznej opieki zdrowotnej, a 10,6%, lekarzy dentyków.

---

złożona forma opieki stacjonarnej, której celem jest zdiagnozowanie pacjenta, podjęcie działań ratujących zdrowie lub życie i wdrożenie odpowiedniego leczenia.

<sup>2</sup> Opieka paliatywna ma na celu łagodzenie bólu i cierpienia w schyłkowym okresie życia pacjenta.

<sup>3</sup> Stacjonarna opieka długoterminowa jest sprawowana nad pacjentem zdiagnozowanym o stabilnym stanie zdrowia i ustalonym leczeniu, jest świadczona w ramach zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu psychiatrycznym.

<sup>4</sup> W ramach lecznictwa psychiatrycznego do zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej zalicza się szpitale psychiatryczne, ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zakłady MONAR, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze typu psychiatrycznego oraz krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej.

- W zakresie Państwowego Ratownictwa Medycznego 1577 zespołów wyjazdowych, zrealizowało 3,01 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia. Przeciętnie w przeliczeniu na 1000 ludności przypadło 80 wyjazdów.
- 23 regionalne centra krwiodawstwa ( w tym 2 resortowe) oraz 137 oddziałów terenowych (w tym 7 w gestii MON) – zbiorowość 614,9 tys. krwiodawców przekazało 564,2 tys. litrów krwi. W 2019 roku pobrano 1341 tys. donacji krwi i jej składników.
- 12,3 tys. aptek ogólnodostępnych, 24 apteki zakładowe i 1,2 tys. punktów aptecznych. Niemal wszystkie (99,9%) należały do prywatnych właścicieli, a na jedną aptekę ogólnodostępną przypadało przeciętnie 3,1 tys. osób, w tym 2,3 tys. osób w miastach.

W 2019 roku największą liczbę pacjentów w przeliczeniu na łóżko szpitalne odnotowano na oddziałach okulistycznych, urologicznych, chirurgii dziecięcej oraz onkologicznych. Natomiast najmniej pacjentów przypadło na łóżko na oddziałach psychiatrycznych i rehabilitacyjnych, opieki paliatywnej czy terapii uzależnień. Średni czas pobytu chorego na oddziale szpitalnym, w skali kraju w 2019 roku, wyniósł 5,3 dnia i nie zmienił się w porównaniu do 2018 roku, natomiast w odniesieniu do 2010 roku był krótszy o 0,4 dnia (GUS, 2020, s. 63).

W zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w końcu 2019 roku funkcjonowało prawie 22 tys. przychodni. Ogółem w ciągu 2019 roku w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 331 mln porad. Spośród wszystkich porad w zakresie POZ udzielono 53,3%, a 36,1% w opiece specjalistycznej. Porady udzielone w przychodniach stanowiły 97% wszystkich porad ambulatoryjnych (o 0,2 proc więcej niż przed rokiem) (tabele 3.6–3.8 i wykres 3.4).

Niewystarczająca infrastruktura w okresie pandemii wymusiła:

- konieczność zwiększenia bazy łóżkowej, zwłaszcza o sferę intensywnej opieki,
- dokonanie zakupu środków ochrony osobistej: maski ochronne, płyny dezynfekcyjne,
- przygotowanie rozwiązań organizacyjnych – zakup aparatów do pomiaru temperatury,
- wyposażenie oddziałów w respiratory, pompy infuzyjne, dozowniki do tlenu, pulsoksymetry.

Tabela 3.6. Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w miastach według województw

Województwa	Ogółem			W miastach						
	razem	lekarskie	stomatologiczne	razem		stomatologiczne	w tym w przychodniach			
				razem	lekarskie		razem	lekarskie	stomatologiczne	
	w tys.									
<b>Polska</b>	2018	32 8097,9	293 711,2	34386,7	279788,5	250374,9	29413,6	270963,9	246445,4	24518,6
	<b>2019</b>	<b>331 433,7</b>	<b>297 088,4</b>	<b>34345,3</b>	<b>282750,9</b>	<b>253320,6</b>	<b>29430,3</b>	<b>274570,6</b>	<b>249657,6</b>	<b>24913,0</b>
Dolnośląskie		25 365,5	22 559,7	2 805,8	22 779,2	20 223,9	2 555,3	21 945,6	19 885,5	2 060,1
Kujawsko-pomorskie		17 650,4	16 102,2	1 548,2	14 874,7	13 581,2	1 293,5	14 388,3	13 448,3	940,0
Lubelskie		18 879,8	16 623,5	2 256,3	14 944,4	13 122,1	1 822,4	14 473,9	12 943,9	1 530,0
Lubuskie		7 518,7	6 855,5	663,2	6 873,3	6 264,8	608,5	6 530,2	6 073,3	456,9
Łódzkie		22 412,6	20 039,9	2 372,7	19 327,6	17 266,8	2 060,8	19 078,7	17 187,9	1 890,8
Małopolskie		29 570,9	26 048,2	3 522,6	23 538,9	20 708,5	2 830,4	23 339,0	20 646,8	2 692,3
Mazowieckie		50 705,4	45 031,7	5 673,7	43 848,5	38 839,6	5 008,9	43 501,2	38 691,8	4 809,4
Opolskie		7 392,3	6 731,6	660,8	6 229,1	5 668,7	560,3	5 779,9	5 440,3	339,6
Podkarpackie		16 796,0	14 900,1	1 896,0	12 650,3	11 193,5	1 456,8	11 851,9	10 809,5	1 042,4
Podlaskie		10 144,2	9 096,3	1 047,9	9 001,0	8 082,7	918,4	8 688,9	7 962,6	726,3
Pomorskie		20 045,6	18 192,1	1 853,4	17 402,8	15 835,1	1 567,7	16 852,9	15 535,9	1 317,0
Śląskie		40 552,2	36 345,5	4 206,7	35 839,5	32 065,0	3 774,5	35 463,6	32 009,4	3 454,2
Świętokrzyskie		9 895,3	9 034,3	861,0	7 715,9	7 039,2	676,7	7 364,3	6 861,2	503,1
Warmińsko-mazurskie		11 157,7	10 103,2	1 054,5	9 792,1	8 892,0	900,1	9 236,9	8 681,9	555,0
Wielkopolskie		28 808,1	26 364,4	2 443,7	24 312,4	22 302,1	2 010,3	23 011,5	21 520,3	1 491,2
Zachodniopomorskie		14 539,0	13 060,2	1 478,8	13 621,2	12 235,5	1 385,7	13 063,7	11 958,9	1 104,8

Porady udzielone przez lekarzy i lekarzy dentyстів podano łącznie z badaniami profilaktycznymi oraz z poradami lekarskimi udzielonymi w izbach przyjęć szpitali ogólnych i orzeczeniami wojskowych komisji lekarskich.

Źródło: (GUS, 2020, s. 99).

Tabela 3.7. Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na wsi według województw

Województwa		Na wsi						Porady ogółem		
		razem		stomato-logiczne		w tym w przychodniach		razem	lekarskie	stomato-logiczne
		razem	lekarskie	razem	lekarskie	razem	lekarskie			
		w tys.		w tys.		na 1 mieszkańca				
Polska	2018	4 8309,4	4 3336,3	4 973,1	4 5883,7	4 2795,5	3 088,2	8,5	7,6	0,9
	2019	4 8682,8	4 3767,8	4 915,0	4 6392,1	4 3263,6	3 128,5	8,6	7,7	0,9
Dolnośląskie		2 586,3	2 335,7	250,5	2 491,6	2 328,0	163,6	8,7	7,8	1,0
Kujawsko-pomorskie		2 775,8	2 521,1	254,7	2 670,7	2 516,5	154,2	8,5	7,8	0,7
Lubelskie		3 935,4	3 501,5	433,9	3 698,6	3 501,5	197,1	8,9	7,9	1,1
Lubuskie		645,5	590,7	54,7	600,0	582,5	17,5	7,4	6,8	0,7
Łódzkie		3 085,0	2 773,1	311,9	2 968,5	2 773,1	195,4	9,1	8,1	1,0
Małopolskie		6 032,0	5 339,7	692,2	5 880,9	5 327,0	553,9	8,7	7,7	1,0
Mazowieckie		6 856,9	6 192,0	664,8	6 672,7	6 180,7	492,0	9,4	8,3	1,0
Opolskie		1 163,3	1 062,8	100,4	1 048,5	1 000,2	48,3	7,5	6,8	0,7
Podkarpackie		4 145,7	3 706,6	439,1	3 838,6	3 624,1	214,5	7,9	7,0	0,9
Podlaskie		1 143,2	1 013,6	129,6	1 085,4	1 006,5	78,9	8,6	7,7	0,9
Pomorskie		2 642,8	2 357,1	285,7	2 494,9	2 292,1	202,8	8,6	7,8	0,8
Śląskie		4 712,7	4 280,5	432,2	4 576,8	4 273,7	303,2	9,0	8,1	0,9
Świętokrzyskie		2 179,3	1 995,1	184,2	2 106,7	1 986,3	120,4	8,0	7,3	0,7
Warmińsko-mazurskie		1 365,7	1 211,2	154,5	1 285,8	1 211,2	74,6	7,8	7,1	0,7
Wielkopolskie		4 495,7	4 062,3	433,4	4 157,9	3 897,1	260,8	8,2	7,5	0,7
Zachodniopomorskie		917,8	824,7	93,1	814,6	763,1	51,5	8,6	7,7	0,9

Porady udzielone przez lekarzy i lekarzy dentyстів podano łącznie z badaniami profilaktycznymi oraz z poradami lekarskimi udzielonymi w izbach przyjęć szpitali ogólnych i orzeczeniami wojskowych komisji lekarskich.

Źródło: (GUS, 2020, s. 99).

**Tabela 3.8. Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w miastach<sup>a</sup> według województw**

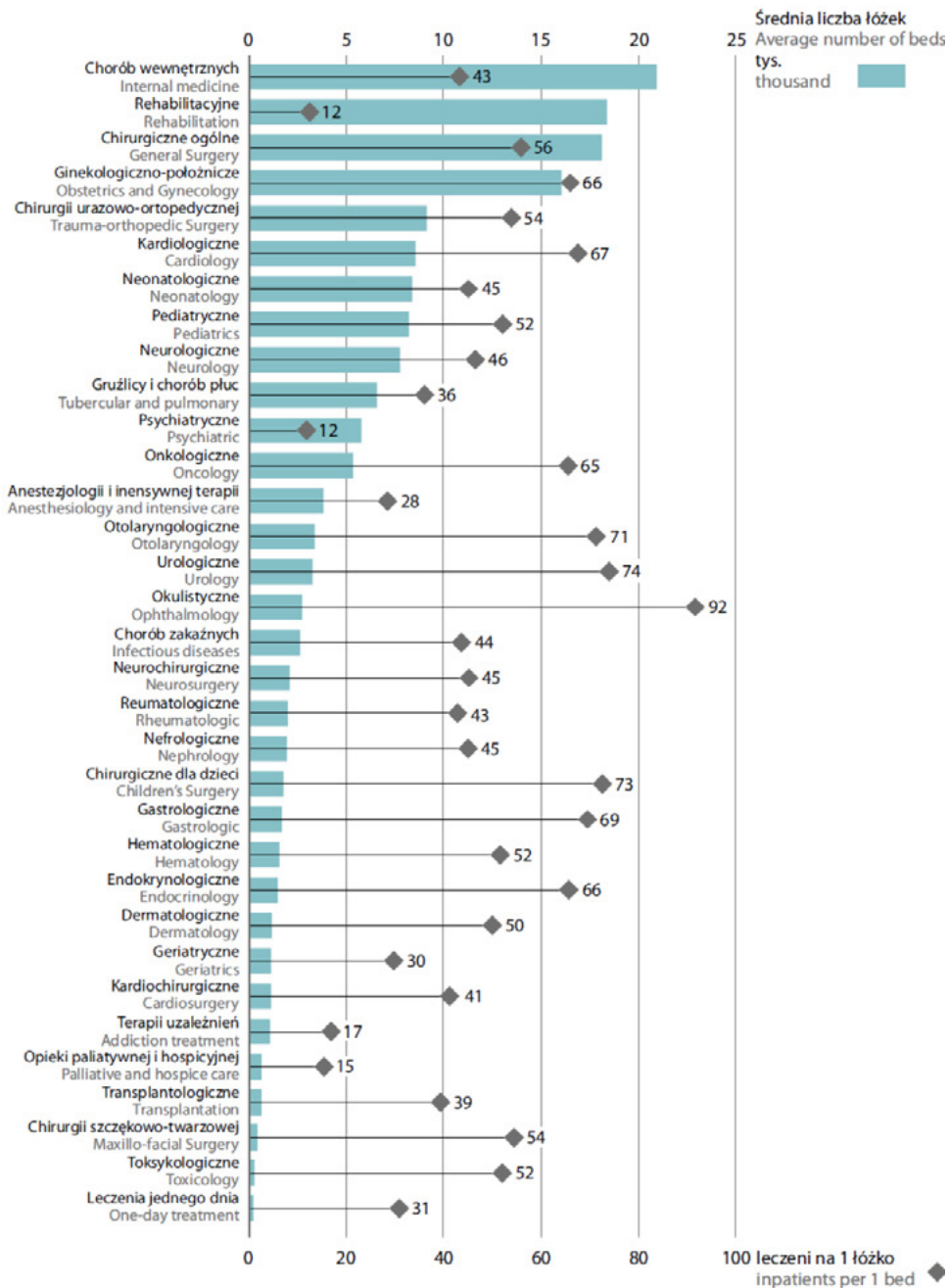
Województwa		Udzielone porady <sup>b</sup>				
		ogółem	dzieciom i młodzieży do lat 18	z liczby ogółem		
				osobom w wieku 65 lat i więcej	razem	w tym kobietom w ciąży w zakresie opieki profilaktycznej
		w tys.				
Polska	2018	131 646,0	28 955,7	43 191,1	74 370,6	15,3
	2019	133 098,6	28 130,4	45 074,7	75 163,8	15,7
Dolnośląskie		11 016,9	2 207,7	3 897,8	6 197,4	0,0
Kujawsko-pomorskie		7 511,7	1 573,4	2 526,7	4 269,8	0,8
Lubelskie		6 868,4	1 464,3	2 322,5	3 897,1	0,7
Lubuskie		3 917,3	782,3	1 332,6	2 178,5	0,0
Łódzkie		9 474,5	1 922,3	3 323,8	5 469,5	0,1
Małopolskie		9 404,0	2 283,8	3 063,8	5 290,6	0,9
Mazowieckie		16 438,9	3 922,7	5 419,8	9 482,5	1,7
Opolskie		3 265,2	678,0	1 178,3	1 851,1	0,1
Podkarpackie		5 735,3	1 259,2	1 807,7	3 153,5	1,0
Podlaskie		4 374,5	955,5	1 414,4	2 480,8	1,6
Pomorskie		8 295,9	1 887,6	2 699,4	4 689,2	1,3
Śląskie		16 943,5	3 533,2	5 638,1	9 372,9	5,7
Świętokrzyskie		3 838,8	721,7	1 448,3	2 190,9	0,0
Warmińsko-mazurskie		5 357,4	1 016,8	1 837,1	3 053,0	0,1
Wielkopolskie		13 186,6	2 632,9	4 392,6	7 354,8	0,1
Zachodniopomorskie		7 469,7	1 289,1	2 771,8	4 232,1	1,6

<sup>a</sup> Łącznie z poradami udzielonymi w ramach praktyk lekarskich w miastach.

<sup>b</sup> Łącznie z poradami udzielonymi w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Źródło: (GUS, 2020, s. 99).

Wykres 3.4. Liczba łóżek i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2019 roku



Źródło: (GUS, 2020, s. 60).

### 3.3. Inwestycje w technologii jako wsparcie procesów zarządczych – e-zdrowie

#### 3.3.1. Podstawa prawna w zakresie informatyzacji w ochronie zdrowia

W zakresie informatyzacji w ochronie zdrowia należy zwrócić uwagę na podstawy prawne i dokumenty strategiczne. Do najważniejszych dokumentów należą:

1. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2011 nr 113, poz. 657, Dz. U. z 2020, poz. 702, 1493, 1875, 2345, 2401, Dz. U. z 2021, poz. 97, 159)
  - a) zgodnie z art. 1 ust 1. i 2 ustawa określa organizację i zasady działania systemu informacji w ochronie zdrowia, zwanego dalej „systemem informacji”. W systemie informacji przetwarzane są dane niezbędne do prowadzenia polityki zdrowotnej państwa, podnoszenia jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia;
  - b) zgodnie z art. 3 ust 1 system informacji obejmuje bazy danych tworzone przez podmioty obowiązane do ich prowadzenia, zawierają dane o: udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej, usługach i pracownikach medycznych;
  - c) bazy danych są prowadzone w odniesieniu do:
    - i) usługodawców,
    - ii) płatników – na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do sfinansowania lub współfinansowania świadczenia opieki zdrowotnej,
    - iii) ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wojewody – na podstawie art. 10 i art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie zadań związanych z zapewnieniem równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019, poz. 993 i 1590 oraz Dz. U. z 2020 poz. 374),

- iv) organu prowadzącego rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą na podstawie przepisów o działalności leczniczej, w odniesieniu do podmiotów wykonujących działalność leczniczej,
- v) Naczelnej Rady Lekarskiej – na podstawie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019, poz. 965), w zakresie danych przetwarzanych w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej oraz na podstawie ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. z 2018, poz. 2150), w zakresie danych przetwarzanych w rejestrze felczerów,
- vi) Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, na podstawie ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2019, poz. 576, 577, 1490 i 1590), w zakresie danych przetwarzanych w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych,
- vii) Krajowej Rady Fizjoterapeutów, na podstawie ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2019, poz. 952), w zakresie danych przetwarzanych w Krajowym Rejestrze Fizjoterapeutów oraz rejestrze osób uprawnionych do wykonywania zawodu fizjoterapeuty tymczasowo i okazjonalnie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- viii) Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego – na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, w odniesieniu do aptek oraz aptek szpitalnych i zakładowych,
- ix) okręgowych izb aptekarskich, na podstawie ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2019, poz. 1419), w odniesieniu do danych zawartych w rejestrze farmaceutów,
- x) Naczelnej Rady Aptekarskiej, na podstawie ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, w zakresie danych przetwarzanych w Centralnym Rejestrze Farmaceutów Rzeczypospolitej Polskie,
- xi) Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, na podstawie ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2019, poz. 849), w odniesieniu do danych objętych listą diagnostów laboratoryjnych i ewidencją laboratoriów,
- xii) Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, na podstawie przepisów o: zawodach lekarza i lekarza dentystry, zawodzie



- fizjoterapeuty, zawodach pielęgniarstwa i położnej, diagnostyce laboratoryjnej, Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021, poz. 97), w odniesieniu do danych określonych tymi przepisami,
- xiii) Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarstwa i położnej, w odniesieniu do danych określonych tymi przepisami;
- d) zgodnie z art. 5 system informacji obejmuje bazy:
- i) System Informacji Medycznej<sup>5</sup>,
  - ii) Dziedzinowe Systemy Informatyczne:
    - System Rejestru Usług Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany „Systemem RUM – NFZ”,
    - System Statystyki w Ochronie Zdrowia,
    - System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia,
    - System Monitorowania Zagrożeń,
    - System Monitorowania Dostępności do Świadczeń Opieki Zdrowotnej,
    - System Monitorowania Kosztów Leczenia,
    - Zintegrowany System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi,
    - System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych
    - System Obsługi List Refundacyjnych,
    - Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia,
    - Rejestru Asystentów Medycznych (RAM),
    - Systemu Obsługi Importu Docelowego,
  - iii) system informacji obsługiwany przez Platformę Udostępniania On-Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych oraz Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, natomiast systemy teleinformatyczne obsługujące system informacji w zakresie przypisanych im zadań korzystają z usług dostarczanych przez Elektroniczną Platformę Usług Administracji Publicznej.

---

<sup>5</sup> System Informacji Medycznej jest systemem teleinformatycznym służącym gromadzeniu, analizie i udostępnianiu zasobów cyfrowych zawierających dane i informacje związane z udzielonymi lub planowanymi świadczeniami opieki zdrowotnej.

2. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 roku o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. z 23 sierpnia 2019, poz. 1590)<sup>6</sup>.
3. Program Zintegrowanej Informatyzacji Państwa (<https://www.gov.pl/web/ia/program-zintegrowanej-cyfryzacji-panstwa>, pobrane 8.04.2021) – **Program Zintegrowanej Informatyzacji Państwa (PZIP)** jest strategicznym dokumentem określającym **działania Rady Ministrów** w latach 2019–2022 zmierzające do **rozwój polskiej administracji publicznej** przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii cyfrowych. Celem tych działań jest realna, pozytywna zmiana w sposobie funkcjonowania państwa w odniesieniu do obywateli:
  - a) Zwiększenie jakości oraz zakresu komunikacji między obywatelami i innymi interesariuszami a państwem;
  - b) Wzmocnienie dojrzałości organizacyjnej jednostek administracji publicznej oraz usprawnienie zaplecza elektronicznej administracji (*back office*),
  - c) Podniesienie poziomu kompetencji cyfrowych obywateli, specjalistów TIK oraz pracowników administracji publicznej.
4. Strategia na rzecz odpowiedzialnego rozwoju do 2020 roku – jednym z projektów strategicznych jest efektywna służba zdrowia, w ramach którego będą podejmowane działania na rzecz budowania systemów informacyjnych w ochronie zdrowia.
5. *Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020* – zawierają analizę i diagnozę w zakresie uwarunkowań zdrowia

---

<sup>6</sup> Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: Ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Ustawę z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, Ustawę z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Ustawę z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, Ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, Ustawę z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Ustawę z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Ustawę z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności, Ustawę z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, Ustawę z dnia 20 maja 2016 r. o zmianie ustawy o publicznej służbie krwi oraz niektórych innych ustaw, Ustawę z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej, Ustawę z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, Ustawę z dnia 1 marca 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty oraz Ustawę z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

w Polsce, diagnozę demograficzno-epidemiologiczną oraz założenie uwarunkowań strategicznych dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce, koordynacji monitoringu i ewaluacji działań opisanych w *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020* (tabela 3.9).

**Tabela 3.9. Wykaz rejestrów podmiotowych**

Nazwa rejestru	Gestor rejestru
Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów	Naczelna Izba Lekarska
Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych 3.	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
Centralny Rejestr Sprzeciwów na Pobranie Komórek, Tkanki i Narządów ze Zwłok Ludzkich Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant”	Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant”
Centralny Wykaz Ubezpieczonych Narodowy Fundusz Zdrowia	Narodowy Fundusz Zdrowia
Ewidencja Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych i Mikrobiologicznych Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych	Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych
Rejestr Diagnostów Laboratoryjnych Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych	Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych
Rejestr Farmaceutów Okręgowe Izby Aptekarskie, Naczelna Izba Aptekarska	Okręgowe Izby Aptekarskie, Naczelna Izba Aptekarska
Rejestr Jednostek Współpracujących z Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne Urzędy Wojewódzkie	Urzędy Wojewódzkie
Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Urzędy Wojewódzkie, Ministerstwo Zdrowia, Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych, Okręgowe Izby Lekarskie	Urzędy Wojewódzkie, Ministerstwo Zdrowia, Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych, Okręgowe Izby Lekarskie
Rejestr Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na Terytorium Rzeczypospolitej Polskiej Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
Rejestr Systemów Kodowania i Klasyfikacji Statystyki Resortowej Ministerstwo Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Ministerstwo Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
Rejestr Wytwórców/Importerów Farmaceutycznych	Główny Inspektorat Farmaceutyczny
Rejestr Zezwoleń Na Prowadzenie Aptek Ogólnodostępnych, Punktów Aptecznych oraz Rejestr Udzielonych Zgód Na Prowadzenie Aptek Szpitalnych, Zakładowych i Działów Farmacji Szpitalnej	Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny
Rejestr Zezwoleń na Prowadzenie Hurtowni Farmaceutyczne	Główny Inspektorat Farmaceutyczny
Wykaz Refundowanych Produktów Leczniczych i Wyrobów Medycznych	Ministerstwo Zdrowia

Źródło: (*Krajowe ramy* 2015, s. 136–137).

6. Strategia Europa 2020 – przedstawiona w komunikacie Komisji Europejskiej do Parlamentu Europejskiego, Rady Europejskiej Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów, w którym przedstawiono obszary działań Europejskiej Agendy Cyfrowej, dynamiczny jednolity rynek cyfrowy, interoperacyjność i normy, zaufanie i bezpieczeństwo, dostęp do internetu, zwiększenie umiejętności wykorzystania technologii cyfrowych i włączenia społecznego. W ramach projektu państwa członkowskie mają propagować stosowanie i korzystanie z nowoczesnych usług on-line (takich jak e-zdrowie).
7. Strategia jednolitego rynku cyfrowego przyjęta przez Komisję Europejską – podkreśla znaczenie jednolitego rynku cyfrowego, w tym zasadniczej interoperacyjności sektorowej i norm w takich obszarach jak zdrowie (telemedycyna, m-zdrowie).

### 3.3.2. Rozwój koncepcji e-zdrowia – zarys terminologiczny

Według definicji WHO e-zdrowie to wykorzystanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych (ICT) w ochronie zdrowia. *National eHealth Strategy Toolkit* przygotowany przez World Health Organization and International Telecommunication Union 2012 jest praktycznym przewodnikiem, zestawem narzędzi do strategii w zakresie e-zdrowia, z którego mogą korzystać poszczególne rządy. Dokument ten definiuje e-zdrowie (eHealth) jako środek zapewniający dostarczenie właściwych informacji zdrowotnych do osoby we właściwym miejscu i czasie w celu optymalizacji jakości i efektywności świadczenia opieki zdrowotnej, badań, edukacji i wiedzy. Wymiana informacji za pośrednictwem dokumentacji medycznej, rejestrów pacjenta ma kluczowe znaczenie w zakresie systemu opieki zdrowotnej (leczenia i profilaktyki) oraz dostawy leków i wyrobów medycznych.

Jak wskazują autorzy opracowania z kancelarii prawniczej DZP sp. k. oraz Heart Team sp. z o.o., konieczne jest uporządkowanie pojęć. I tak najszerszym jest TEC (ang. *technology – enabled care*), które obejmuje wykorzystanie technologii elektronicznej w szeroko pojętej opiece nad pacjentem, a więc zarówno telemedycynę, jak i teleopiekę oraz m-zdrowie (mHealth), które z kolei jest postrzegane jako wykorzystanie urządzeń i aplikacji mobilnych do celów związanych z ochroną zdrowia. Rozwiązania w ramach TEC oraz m-zdrowia mogą uwzględniać rozwiązania telemedyczne, jak również takie,

których do telemedycyny zaliczyć nie można (np. aplikacja służąca kontroli diety, krokomierz).

Zgodnie z opinią przedstawioną na łamach Kardiologii Polskiej – *Cardiology Telemedicine solutions – Opinion of the Committee of Informatics and Telemedicine, Section of Non-invasive Electrocardiology and Telemedicine of Polish Society of Cardiology and Clinical Sciences Committee of the Polish Academy of Sciences* – autorzy dokumentu uzgodnili rekomendacje dotyczące poszczególnych procedur telemedycznych na podstawie zasad opracowywania wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, European Society of Cardiology). Wskazali także na istotne pojęcia (2017, s. 5):

- Teleopieka – oznacza różne formy opieki nad pacjentami w miejscu ich przebywania z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych. Uzupełnia ona bezpośrednią opiekę medyczną. Jej podstawowymi elementami są telekonsultacje i zdalny nadzór terapeutyczny. Formy teleopieki powinny być dostosowane do stanu pacjenta, jego podstawowych schorzeń (kardiologicznych i współistniających), zakresu koniecznych interwencji oraz zdolności obsługi narzędzi telemedycznych. Dostępne narzędzia telemedyczne umożliwiają ocenę przestrzegania zaleceń dotyczących przyjmowania leków oraz modyfikacji stylu życia. Możliwe jest monitorowanie stanu zasobów leku/ów, wskaźników skuteczności leczenia (np. parametrów życiowych, takich jak ciśnienie tętnicze, częstotliwość rytmu serca czy też masa ciała) oraz aktywności fizycznej. Może to mieć kluczowe znaczenie dla zwiększenia skuteczności prewencji pierwotnej i wtórnej (tabela 3.10).

**Tabela 3.10. Podsumowanie wskazań do zastosowania teleopieki w zakresie kardiologii**

Grupa wskazań	Klasa <sup>a</sup>
Teleopieka w wybranych przypadkach i w zakresie, w którym będzie ona stanowiła istotne uzupełnienie standardowej opieki, np. u chorych z niewydolnością serca czy u chorych przygotowywanych do zabiegów interwencyjnych (w celu optymalizacji przygotowania do planowanej procedury)	I
Zdalna modyfikacja farmakoterapii, jeśli są spełnione określone warunki bezpieczeństwa: lek był już wcześniej stosowany przez pacjenta i nie powodował objawów niepożądanych w zalecanej dawce lub ryzyko wystąpienia takich objawów pozostaje niskie, istnieje możliwość przekazania zalecenia pacjentowi w sposób jednoznaczny i dla niego zrozumiały, istnieje możliwość oceny efektów zmiany leczenia, np. poprzez ocenę parametrów życiowych	IIb
Teledukacja jako jedna z form edukacji u wszystkich pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego	I

<sup>a</sup> Klasy zaleceń: „zaleca się” (I), „należy rozważyć” (IIa), „można rozważyć” (IIb), „nie zaleca się” (III).

- Teleedukacja – stanowi odpowiedź na przekraczające możliwości obecnego systemu zapotrzebowanie pacjentów na wiedzę z zakresu ich problemów zdrowotnych, co jest istotnym elementem współdziałania pacjentów w procesie prewencji, rehabilitacji, diagnostyki, terapii. Przykładowo pacjenci po przebytych zawałach serca, edukowani w sposób powtarzany drogą telefoniczną po wypisaniu ze szpitala, istotnie częściej przejawiają zachowania prozdrowotne, takie jak zwiększenie aktywności fizycznej i zaprzestanie palenia tytoniu. Teleedukacja jest doskonałym narzędziem edukacji chorych z HF w zakresie przyczyn i przebiegu tej choroby, jej objawów klinicznych (zwłaszcza wskazujących na zaostrzenie), wskazań do stosowania poszczególnych grup leków, implantacji urządzeń do elektroterapii oraz przeprowadzania zabiegów inwazyjnych. Szczególnie miejsce teleedukacji w procesie leczenia chorych z HF wynika z kluczowego znaczenia samoopieki dla ich rokowania. Możliwość powtarzalnego korzystania z narzędzi teleedukacyjnych daje pacjentowi komfort przyswojenia wiedzy od ekspertów w warunkach dla niego najdogodniejszych.
- Telekonsultacje – forma zdalnej konsultacji medycznej między osobami wykonującymi zawody medyczne lub między osobami wykonującymi zawody medyczne i pacjentem znajdującymi się w różnych lokalizacjach. Są one realizowane dzięki wykorzystaniu nowoczesnych technologii teletransmisji danych tekstowych, werbalnych i obrazowych w celu diagnostyki, terapii, rehabilitacji, edukacji oraz oceny skuteczności postępowania. Telekonsultacje, w formie przekazu tekstowego, głosowego lub obrazowego, mogą się odbywać przez system telefonii komórkowej lub internet. Podstawowym wskazaniem dla tego sposobu świadczenia medycznego jest brak możliwości bezpośredniego kontaktu między stronami w momencie, w którym świadczenie to jest niezbędne lub pozwala na ograniczenie ryzyka dla zdrowia pacjenta. Telekonsultacje specjalistyczne mogą być realizowane jako:
  - pilne telekonsultacje specjalistyczne, np. z wykorzystaniem systemów telemedycznych instalowanych w jednostkach pogotowia ratunkowego (transmisja zapisu elektrokardiograficznego [EKG]);
  - planowe telekonsultacje specjalistyczne, np. między specjalistami z ośrodków o wyższym stopniu referencyjności a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), kardiologami z ośrodków o niższym stopniu referencyjności i specjalistycznej opieki ambulatoryjnej oraz

- specjalistami innych dziedzin medycyny (telekonsultacje tekstowe, audiotelekonsultacje, wideotelekonsultacje);
- planowe telekonsultacje badań obrazowych (elektrokardiograficznych, echokardiograficznych, ultrasonograficznych, radiologicznych, tomograficznych, rezonansu magnetycznego, koronarograficznych, histologicznych, etc.);
  - telekonsultacje w ramach edukacji personelu medycznego (tabela 3.11).

**Tabela 3.11. Wskazania do zastosowania telekonsultacji w kardiologii**

Grupa wskazań	Klasa <sup>a</sup>
Telekonsultacje specjalistyczne (telekonsultacje tekstowe, wideotelekonsultacje, wideotelekonsultacja z przesyłaniem danych medycznych) między pracownikami służby zdrowia zaleca się w sytuacjach budzących wątpliwości terapeutycznodiagnostyczne	I
Telekonsultacje specjalistyczne między pracownikami służby zdrowia a pacjentem można rozważyć w celu optymalizacji opieki nad chorym w sytuacji, gdy takie postępowanie pozwoli ograniczyć ryzyko dla zdrowia pacjenta związane z ograniczeniem dostępu do bezpośredniej konsultacji	Iib

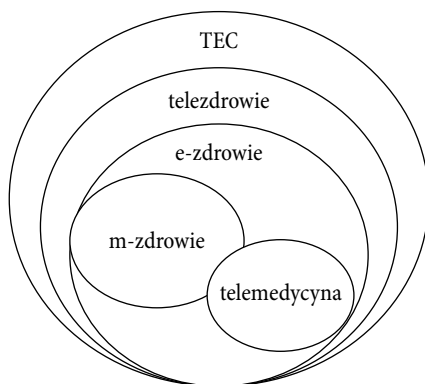
<sup>a</sup> Klasy zaleceń: „zaleca się” (I), „należy rozważyć” (IIa), „można rozważyć” (IIb), „nie zaleca się” (III).

Źródło: *Cardiology Telemedicine solutions*, [https://senit.pl/sites/senit.pl/files/Cardiology%20Telemedicine%20solutions\\_0.pdf](https://senit.pl/sites/senit.pl/files/Cardiology%20Telemedicine%20solutions_0.pdf).

Autorzy Raportu *Otoczenie regulacyjne telemedycyny w Polsce* wskazują na trzy zasadnicze trendy w zakresie telemedycyny (Czarnucha, Grabowski, Najbuka i Kotłowski, 2015, s. 12):

- Trendy makro:
  - rozmiar i wartość rynku – zgodnie z przewidywaniami Komisji Europejskiej w zakresie e-zdrowia do końca 2017 roku blisko 3,4 mld ludzi było w posiadaniu smartfonów, z czego połowa korzysta z aplikacji związanych ze zdrowiem;
  - rozszerzenie finansowania świadczeń telemedycznych ze środków publicznych – mimo korzyści bariera finansowa jest jedną z głównych, krajowe systemy powinny zdecydować się na finansowanie niektórych usług;
  - konkurencja – na rynku jest coraz więcej firm, które chcą świadczyć usługi w zakresie szeroko pojętego e-zdrowia; inwestują w nią zarówno małe przedsiębiorstwa na zasadzie start-umów, jak i potentaci na rynku oprogramowania: Microsoft, IBM, Apple;
  - ograniczenie kosztów leczenia pacjentów w zakresie chorób przewlekłych;
  - zmiany w otoczeniu prawnym na korzyść rozwoju telemedycyny.

- Trendy technologiczne:
  - możliwie najpełniejsze wykorzystanie stabilnych łączy internetowych, zwłaszcza łączy szerokopasmowych, stanowi o sprawnej i niezakłóconej komunikacji między stronami;
  - zwiększenie bezpieczeństwa przesyłu i przechowywania danych – wzrost ilości przetwarzanych danych za pośrednictwem sieci internetowych pociąga za sobą zagrożenie typowe dla cyberprzestrzeni, między innymi wycieku czy utraty danych, wprowadzenie odpowiednich systemów zabezpieczeń jest również istotne z ekonomicznego punktu widzenia, według szacunków PwC koszt naruszenia bezpieczeństwa danych pacjenta szacuje się na 200 dolarów, podczas gdy koszt zabezpieczeń wynosi zaledwie 8 dolarów w przeliczeniu na 1 pacjenta;
  - wykorzystanie „chmury” do przechowywania danych, w tym dokumentacji medycznej, co umożliwi lekarzom dostęp do kartotek pacjentów, zwłaszcza wyników badań, bez konieczności ich przesyłania, w tym dokumentacji medycznej, w USA przestrzega się w tym zakresie wymogów Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA);
  - wykorzystanie technologii, np. Google Glass, która cieszy się dużą popularnością wśród chirurgów amerykańskich
- Trendy konsumenckie:
  - zwiększa się tempo życia i mobilność społeczeństw;
  - budowanie zaufania pacjentów do rozwiązań telemedycznych;
  - ograniczenie kosztów związanych z procesem diagnostyki i leczenia;
  - poprawa satysfakcji klienta.



Rysunek 3.1. Pojęcia związane z zastosowaniem narzędzi informatycznych w obszarze zdrowia

Źródło: (World Health Organization, 2012).



**Tabela 3.12. Przykładowy wpływ e-zdrowia**

Interesariusze	Wpływ e-zdrowia
Obywatele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• umożliwia spersonalizowaną opiekę w systemie opieki zdrowotnej</li> <li>• zapewnia opiekę w domu, pracy, szkole</li> <li>• koncentruje się na profilaktyce, edukacji i samzarządzaniu</li> <li>• ułatwia kontaktowanie się w celu porady i wsparcia</li> </ul>
Nauka – dla profesjonalistów w zakresie pogłębiania wiedzy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zapewnia dostęp do aktualnej wiedzy specjalistycznej, wiedzy, wyników badań, publikacji, baz danych</li> <li>• umożliwia komunikację między pacjentami a dostawcami usług medycznych</li> <li>• zapewnia wyższą jakość nauczania na odległość</li> <li>• umożliwia zdalne konsultacje z pacjentami</li> </ul>
Szpitale, środowisko akademickie, zdrowie publiczne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• łączy wszystkie podmioty w system – sieć opieki zdrowotnej</li> <li>• monitoruje jakość i bezpieczeństwo, usprawniając procesy i ograniczając możliwości pojawienia się błędów</li> <li>• wspomaga mobilność obywateli i dokumentacji medycznej – umożliwiając jej przesłanie do kolejnego ośrodka konsultacyjnego</li> <li>• otwiera nowe możliwości w badaniach, dostarczając zasobów do ustanawiania polityki zdrowotnej</li> <li>• umożliwia świadczenie usług mimo odległości i barier czasowych</li> <li>• umożliwia zamówienia leków i wyrobów medycznych poprzez wystandaryzowane procesy</li> </ul>
Otoczenie biznesowe związane z opieką zdrowotną	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ułatwia wprowadzenie nowych produktów i usług</li> <li>• umożliwia szeroki i kosztowo efektywny marketing usług medycznych</li> </ul>
Rządy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dostarcza bardziej wiarygodnych sprawozdań dotyczących zdrowia publicznego, zdrowie jako ważny element gospodarki, bezpieczeństwa i stosunków międzynarodowych</li> <li>• tworzy sprzyjające środowisko dla rozwoju nowych technologii</li> <li>• analizuje dane demograficzne, społeczne, zdrowotne, identyfikuje trendy w zachowaniach</li> </ul>

Źródło: [http://www.itu.int/dms\\_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E\\_HEALTH.05-2012-P0-PDF-E.pdf](http://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E_HEALTH.05-2012-P0-PDF-E.pdf), pobrane 6.04.2021.

WHO w swoim opracowaniu pokazuje e-zdrowie jako ekosystem. Warto zatem zwrócić uwagę na kompetencje e-zdrowia w zakresie przywództwa i zarządzania. Jest to szczególnie istotne z punktu widzenia potencjalnego wpływu na zapewnienie wsparcia politycznego (tabela 3.13).

Tabela 3.13. Komponenty e-zdrowia

<b>Przywództwo i zarządzanie:</b> kierowanie i koordynacja e-zdrowia na poziomie krajowym, zapewnienie wsparcia politycznego			
<b>Strategia i inwestycje:</b> zapewnienie elastycznej strategii działania, dostosowanie poziomu finansowania do potrzeb	<b>Usługi i aplikacje:</b> zapewnienie środków do świadczenia usług wymiany i zarządzania informacjami	<b>Legislacja, Polityki,</b> <b>Zgodność:</b> przyjęcie krajowych polityk i ustawodawstwa w zakresie systemu e-zdrowia oraz zagwarantowania ochrony konsumentów	<b>Zasoby ludzkie:</b> udostępnienie wiedzy w zakresie e-zdrowia, ustanowienie programów edukacyjnych, zbudowanie wyspecjalizowanej sieci e-zdrowia
	<b>Standardy i interoperacyjność:</b> wprowadzenie standardów i baz umożliwiających gromadzenie informacji w sektorze ochrony zdrowia		
	<b>Infrastruktura:</b> stworzenie podstawy wymiany informacji ponad granicami – tworzenie infrastruktury fizycznej (sieci) oraz usługowej i aplikacji		

Źródło: opracowanie na podstawie [http://www.itu.int/dms\\_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E\\_HEALTH.05-2012-P-0-PDF-E.pdf](http://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E_HEALTH.05-2012-P-0-PDF-E.pdf), pobrane 6.04.2021.

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie planu działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012–2020: innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku wprowadziła *Plan działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012–2020*. (2016/C 482/03). Dokument podkreśla między innymi, że: równy dostęp do powszechnej, wysokiej jakości opieki zdrowotnej jest podstawowym prawem uznanym na arenie międzynarodowej, a w szczególności w UE. Mając na uwadze, że dostęp do systemu opieki zdrowotnej jest w wielu przypadkach ograniczony ze względu na restrykcje finansowe lub regionalne (np. na obszarach słabo zaludnionych) oraz że systemy e-zdrowia mogą odegrać ważną rolę w niwelowaniu tych nierówności w zakresie opieki zdrowotnej, stwierdza, że:

- aplikacje w zakresie e-zdrowia muszą być powszechnie dostępne; podczas opracowywania jakiegokolwiek produktu lub oprogramowania informatycznego dostępność powinna być obowiązkowym wymogiem, aby zapobiec wystąpieniu nierówności w dostępie;
- rozwój aplikacji w zakresie e-zdrowia, w tym wykorzystywanie i ponowne wykorzystywanie danych dotyczących zdrowia, wymaga środków w zakresie poufności, ochrony danych, odpowiedzialności i zwrotu kosztów, aby zapewnić ochronę wrażliwych danych przed działaniami hakerów,

- nielegalną sprzedażą danych i innymi nadużyciami; wyraża w związku z powyższym zadowolenie, że Komisja ma zamiar przeprowadzić badanie dotyczące aspektów prawnych usług e-zdrowia;
- lekarze i inni pracownicy służby zdrowia, pacjenci i nieformalni opiekunowie powinni korzystać ze stałej specjalistycznej pomocy i szkoleń w zakresie e-zdrowia, które pomogłyby im rozwijać umiejętności informatyczne, a w konsekwencji pozwoliłyby skorzystać w jak największym stopniu z usług e-zdrowia, bez pogłębiania nierówności społecznych i terytorialnych;
  - należy promować przestrzeganie standardów w całej UE przy projektowaniu systemów e-zdrowia oraz zadbać o ich współdziałanie w różnych państwach członkowskich, tak by zapewnić ich skuteczność w wymiarze europejskim i ponadgranicznym, upewniając się jednocześnie, że celem działań standaryzacyjnych jest jedynie zapewnienie interoperacyjności i że ich wynikiem nie będzie stworzenie jednego podmiotu zajmującego pozycję monopolisty;
  - państwa członkowskie i Komisje powinny przeprowadzić kampanie szerzące znajomość usług z zakresu e-zdrowia oraz kampanii szkoleniowych w zakresie technologii informatycznych (z uwzględnieniem nierówności społecznych i terytorialnych) w celu uzupełnienia braków w wiedzy i zwiększenia stopnia zaufania wśród pacjentów, obywateli i pracowników służby zdrowia; uważa, że kampanie te powinny być dostosowane do profilu każdej grupy społecznej, do której są skierowane, gdyż informowanie obywateli i ich czynny udział są kluczowe dla skutecznego rozwoju nowych modeli świadczeń zdrowotnych;
  - dla pacjentów zasadnicze znaczenie ma możliwość dostępu do własnych danych osobowych dotyczących ich zdrowia; podkreśla, że pacjenci, którzy uprzednio wyrazili zgodę na wykorzystywanie tych danych, powinni być każdorazowo informowani w jasny i przejrzysty sposób o tym, jak są one wykorzystywane.

Komisja Europejska opublikowała trzy priorytety w zakresie cyfrowej transformacji zdrowia i opieki: (<http://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/ehealth>, pobrane 8.04.2021):

1. Bezpieczny dostęp obywateli do ich danych zdrowotnych, w tym transgranicznych w całej UE.
2. Medycyna spersonalizowana za pośrednictwem wspólnej europejskiej infrastruktury danych, umożliwiająca naukowcom i innym specjalistom

łączenie zasobów (danych, wiedzy fachowej, przetwarzania danych i pojemności pamięci masowej) w całej UE.

3. Wzmocnienie pozycji obywateli dzięki cyfrowym narzędziom do przekazywania informacji zwrotnych przez użytkowników i opiece skoncentrowanej na osobach.

Jak wskazuje Minister Zdrowia (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/informatyzacja-w-ochronie-zdrowia>), rozwój e-zdrowia w Polsce to między innymi: wykorzystanie technologii informacyjnych i telekomunikacyjnych do wspomagania działań związanych z ochroną zdrowia, wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), wdrożenie e-recepty, wdrożenie e-skierowania, rozwój telemedycyny.

Minister Zdrowia w zakresie informatyzacji powołał jednostkę budżetową, jaką jest Centrum e-Zdrowia (CeZ). Swoją działalność rozpoczęła 1 sierpnia 2000 roku. Głównym przedmiotem jej działalności jest realizacja zadań z zakresu budowy społeczeństwa informacyjnego, obejmujących organizację i ochronę zdrowia oraz wspomaganie decyzji zarządczych ministra właściwego do spraw zdrowia. Do głównych zadań Centrum należą:

- realizacja zadań wspierających rozwój systemów teleinformatycznych, w tym prowadzenie analiz i projektów, które umożliwiają podejmowanie działań prowadzących do poprawy jakości usług medycznych,
- odpowiedzialność za procesy wdrażania i monitorowania projektów oraz funkcjonowania systemów informacyjnych w ochronie zdrowia,
- prowadzenie badań statystycznych, koordynacja, zbieranie oraz analiza danych na użytek polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia,
- odpowiedzialność za monitorowanie rozwoju e-zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej oraz innych państwach.

W 2019 roku Ministerstwo Zdrowia przygotowało raport *E-zdrowie. Korzyści, wyzwania, strategia informatyzacji* (E-zdrowie. 2019, <https://indd.adobe.com/view/8fc7c5a7-31e2-4bfe-ace8-92efcb05491e>, pobrane 08.04.2021). W raporcie wskazano wyniki badania *Internet w życiu Polaków*<sup>7</sup>, przeprowadzone na zlecenie Ministerstwa Cyfryzacji w czerwcu 2019 roku, z którego wynika, że:

---

<sup>7</sup> *E\_Polacy*, badanie zrealizowane na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 15+, n = 1024, przez Kantar Polska w czerwcu 2019 r. na zlecenie Ministerstwa Cyfryzacji, <https://www.gov.pl/web/cyfryzacja/internet-ulatwia-zycie-polakom>, pobrane 8.04.2021.

- Ponad 80 proc. ankietowanych korzysta z internetu, a niemal 90 proc. ocenia, że dostęp do sieci ułatwia życie. Grupą zawodową najchętniej korzystającą z internetu i e-usług są lekarze. Coraz więcej osób zakłada też profil zaufany, dzięki któremu może podpisywać online pisma i wnioski do wielu urzędów, a także logować się na swoje Internetowe Konto Pacjenta.
- Pacjenci wiążą duże nadzieje z informatyzacją służby zdrowia. Oczekują, że dzięki temu przez internet dostępne będą takie usługi medyczne, jak: umawianie wizyt, odbieranie wyników badań, uzyskiwanie informacji o jakości opieki u wybranego świadczeniodawcy, uzyskiwanie informacji o dostępności leku w aptece.
- 64 proc. badanych zadeklarowało, że chce uzyskiwać przez internet informacje o dostępności leku w aptece – główną z perspektywy pacjenta funkcjonalnością e-recepty, jaką wymieniają ankietowani, jest możliwość otrzymania recepty bez konieczności wizyty u lekarza. Dostęp do listy przepisanych leków i możliwość sprawdzenia w każdym miejscu i czasie, jak przyjmować lek, to kolejne wygodne rozwiązania, które jest pozytywnie oceniane przez pacjentów.

### 3.3.3. Projekty wspierające e-zdrowie

Procesy informatyzacji w ochronie zdrowia są bardzo złożone i wymagają wielu rozwiązań, a tym samym zaangażowania wszystkich jednostek ochrony zdrowia. Ponadto państwo w zakresie cyfryzacji wprowadza nie tylko nowe rozwiązania, ale co za tym idzie, nowe przepisy prawne ustanawiające możliwość stosowania funkcji nowo tworzonych platform.

Warte podkreślenia jest stworzenie elektronicznej platformy usług publicznych w zakresie umożliwiającym organom administracji publicznej i obywatelom gromadzenie, analizę i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych. Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych oraz Platforma udostępniania online przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych będą obsługiwały system informacji medycznej w ochronie zdrowia. System ten obejmuje bazy danych funkcjonujące w ramach: Systemu Informacji Medycznej, dziedzinowych systemów teleinformatycznych (Systemu Rejestru Usług Medycznych Narodowego Fundu-

szu Zdrowia, Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia, Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, Systemu Monitorowania Zagrożeń, Systemu Monitorowania Dostępności do Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi, Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych) oraz rejestrów medyczny (Krajowe Ramy Strategiczne, 2015, s. 134).

W styczniu 2013 roku została uruchomiona „Platforma udostępniania on-line usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych” (Platforma P2). Wdrożenie Platformy P2 przyczynia się do upowszechnienia elektronicznej komunikacji w obszarze sektora ochrony zdrowia pomiędzy przedsiębiorcami i podmiotami publicznymi oraz umożliwia elektroniczną rejestrację i aktualizację danych rejestrowych (np. można tą drogą złożyć wnioszek o zezwolenie na prowadzenie apteki), daje przedsiębiorcom możliwości składania drogą elektroniczną wniosków do rejestru, elektronicznego przechowywania dokumentów oraz popularyzuje wykorzystanie podpisu elektronicznego i pomaga w pobieraniu danych rejestrowych przez administrację publiczną. Platforma Rejestrów Medycznych (P2) jest uniwersalnym narzędziem informatycznym służącym do utrzymywania rejestrów oraz świadczenia usług elektronicznych, zapewniającym optymalny poziom bezpieczeństwa. Podczas integracji z Platformą P2 rejestry są przebudowywane do postaci zgodnej z architekturą referencyjną rejestru medycznego (Krajowe Ramy Strategiczne, 2015, s. 134).

Ministerstwo Zdrowia zrealizowało także projekt „Dziedziczne systemy teleinformatyczne systemu informacji w ochronie zdrowia” (2007–2013), który usprawnił procesy biznesowe związane z zarządzaniem i dostępem do informacji w systemie ochrony zdrowia, co przyczyniło się do efektywniejszego planowania opieki zdrowotnej z uwzględnieniem bieżącego stanu zasobów kadrowych, sprzętowych, dostępności leków. Produktami, które powstały w wyniku tego projektu, są (<https://www.cez.gov.pl/projekty/zrealizowane/projekt-p4/>, pobrane 8.04.2021):

- System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia – system umożliwia podmiotom leczniczym zgłoszenie posiadanych zasobów w drodze elektronicznej. W szczególności do zasobów tych należy sprzęt medyczny i wyroby medyczne. Każdy podmiot leczniczy po założeniu w SEZOZ konta ma możliwość zgłoszenia za pomocą elektronicznego formularza informacji o posiadanych zasobach. Zebrane w systemie dane pozwalają na ich analizę i są pomocne w procesie decyzyjnym dotyczącym zakupu sprzętu medycznego i jego optymalnego rozmieszczenia na terytorium całego kraju.

- System Monitorowania Zagrożeń – jego zadaniem jest gromadzenie informacji o zdarzeniach, których wystąpienie lub których skala zjawiska może rodzić zagrożenie mające wpływ na zdrowie i życie ludzi (np. zagrożenie epidemiologiczne czy zagrożenie stosowania wadliwego produktu leczniczego). System zapewnia usługodawcom, pacjentom i innym podmiotom zobowiązanym do składania informacji i zgłoszeń o zagrożeniach do rejestrów możliwość przekazywania tych zgłoszeń w postaci dokumentu elektronicznego. Dodatkowo w odniesieniu do zgłoszeń niepożądanych działań produktów leczniczych oraz zgłoszeń niepożądanych działań produktów leczniczych weterynaryjnych również pacjenci mają możliwość przesyłania wniosków. W systemie katalogowane są dane dotyczące podejrzenia lub rozpoznania zakażeń oraz zachorowań na choroby zakaźne (ZLK), dodatnich wyników badań laboratoryjnych (ZLB), niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP), MZ-55 tygodniowego/dziennego meldunku o zachorowaniach i podejrzeniach zachorowań na gripę, niepożądanych działań produktów leczniczych, niepożądanych działań produktów leczniczych weterynaryjnych. System zawiera moduł Resortowego Systemu Wczesnego Ostrzegania (RSWO).
- Zintegrowany System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi – głównym jego zadaniem jest wsparcie organów administracji publicznej, w tym ministra właściwego ds. zdrowia, Głównego Inspektora Farmaceutycznego oraz Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w prowadzeniu polityki lekowej państwa. W systemie przetwarzane są dane dotyczące obrotu produktami monitorowanymi, dane o obrocie produktami dla obrotu hurtowego oraz detalicznego w trybie dziennym. Na podstawie komunikatów elektronicznych z hurtowni farmaceutycznych i aptek (punktów aptecznych) zbierana jest informacja o wielkości planowanych dostaw, na podstawie komunikatów elektronicznych od podmiotów odpowiedzialnych o brakach produktów leczniczych.
- System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych – celem budowy tego systemu jest uzyskanie spójnego zintegrowanego systemu gromadzącego i przetwarzającego dane na temat organizacji i przebiegu szkolenia personelu medycznego umożliwiającego efektywny przepływ informacji o procesie kształcenia pomiędzy jednostkami. System umożliwia bieżące monitorowanie przebiegu szkolenia, dostarczenie informacji do planowania kształcenia podyplomowego dla interesariuszy projektu,

wsparcie procesów składania i oceny wniosków na specjalizację, gromadzenie informacji na temat procesu kształcenia podyplomowego oraz wsparcie procesów przeprowadzenia egzaminów.

Polskie Towarzystwo Telemedycyny i eZdrowia, wspierając działania na rzecz szerzenia informacji o wiedzy i doświadczeniach związanych z zaimplementowanymi usługami telemedycznymi, zwraca uwagę na Projekt MOMENTUM, który jest projektem europejskim *European Momentum for Mainstreaming Telemedicine Deployment in Daily Practice*. MOMENTUM jest siecią otwartą, w której uczestniczy 28 organizacji i firm partnerskich. Prace zmierzają do wypracowania metod wspierających proces wdrażania usług telemedycznych. Z ramienia Polski w pracach uczestniczy Polskie Towarzystwo Telemedyczne powstałe w 1997 roku w Warszawie. Jego celem jest prowadzenie badań stymulujących rozwój telemedycyny oraz eZdrowia. Koordynatorem prac jest EHTEL (European Health Telematics Association) założone w 1999 roku jako platforma dla europejskich podmiotów zajmujących się doskonaleniem świadczenia opieki zdrowotnej, za pomocą e-zdrowia. W prace włączona jest także Continua Health Alliance jako organizacja nienastawiona na zysk, skupiająca 25 firm członkowskich na całym świecie – służąca ustanowieniu systemu interoperacyjnych rozwiązań zdrowia. Celem projektu były:

- pomoc w implementacji usług telemedycznych,
- powstanie trwałej sieci interesariuszy telemedycznych,
- proponowanie rozwiązań dla poszczególnych polityk zdrowotnych,
- identyfikacja zagrożeń wynikających z wdrażania rozwiązań telemedycyny.

Mimo że projekt zakończył się w 2015 roku, to w dalszym ciągu platforma oferuje wskazówki dla osób, które wdrażają usługi w zakresie telemedycyny (<http://telemedicine-momentum.eu>, pobrane 7.04.2021).

Obecnie Ministerstwo Zdrowia realizuje projekt: **„Wprowadzenie Nowoczesnych e-Usług w Podmiotach Leczniczych Nadzorowanych przez Ministra Zdrowia”**<sup>8</sup>. Celem projektu jest wdrożenie rozwiązań informatycznych zakładających poprawę dostępności, jakości i efektywności realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz wzmocnienie potencjału organizacyjnego podmiotów leczniczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, a także

<sup>8</sup> Współfinansowany przez Unię Europejską ze środków EFRR w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014–2020, Oś Priorytetowa nr 2 „E-administracja i otwarty rząd”, Działanie nr 2.1 „Wysoka dostępność i jakość e-usług publicznych”, nr POPC.02.01.00–00–0092/18.



integracja wdrażanych rozwiązań z innymi systemami IT wykorzystywanymi wewnątrz podmiotów. W wyniku realizacji projektu w podmiocie leczniczym zostaną wdrożone następujące e-usługi: przetwarzanie EDM, e-zlecenie, e-rejestracja. Odbiorcami projektu będą pacjenci korzystający z usług medycznych, a także partnerzy projektu i instytucje je nadzorujące. Projekt jest realizowany przez Ministerstwo Zdrowia w partnerstwie z 52 podmiotami leczniczymi oraz partnerem technicznym Centrum e-Zdrowia (CeZ).

W trakcie realizacji jest także projekt *e-Krew*, odpowiadający na potrzeby:

- dawców i kandydatów na dawców krwi,
- podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które wykorzystują krew i jej składniki w celach leczniczych,
- centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, które bezpośrednio realizują działania związane z publiczną służbą krwi – pobranie, badanie, preparatyka oraz dystrybucja krwi i jej składników,
- instytucji nadzorujących system publicznej służby krwi: Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Centrum Krwi, Instytutu Hematologii i Transfuzjologii.

W ramach projektu powstaną następujące e-usługi, które dają wymierne korzyści (<https://cez.gov.pl/projekty/realizowane/projekt-e-krew/>, pobrane 8.04.2021):

- dla dawców i kandydatów na dawców krwi:
  - umówienie wizyty w punkcie pobierania krwi,
  - profilowana informacja, czyli dostęp do wybranych informacji, takich jak: wyniki bezpłatnych badań; zapotrzebowanie na określoną grupę krwi; kalkulator donacji (ile donacji wykonano i ile brakuje do złożenia wniosku o przyznanie odznaki Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi), w tym przeliczanie donacji składników krwi na krew pełną; czas do kolejnej możliwej donacji lub do upływu okresu dyskwalifikacji,
  - uzyskanie zaświadczenia: dla urzędu skarbowego w celu odliczenia darowizny, dla pracodawcy w celu potwierdzenia uprawnienia do dnia wolnego od pracy, zwolnienia na czas badań lekarskich oraz dla PCK w celu wystąpienia o odznakę Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi,
  - złożenie deklaracji o wycofaniu donacji po oddaniu krwi lub jej składników;
- dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą:
  - zamówienie krwi i jej składników,
  - informowanie o niepożądanych zdarzeniach i reakcjach poprzetoczeniowych,

- uzyskanie informacji w ramach procedury „look back”,
- zlecenie wykonania badań immunohematologicznych oraz uzyskania dostępu do ich wyników.

W zakresie kształtowania cyfrowej przyszłości Europy UE finansowała także wiele projektów dotyczących e-zdrowia. Do przykładowych należą ([www://ec.europa.eu/digital-single-market/en/programme-and-projects/eu-funded-projects-ehealth](http://www://ec.europa.eu/digital-single-market/en/programme-and-projects/eu-funded-projects-ehealth), pobrane 7.04.2021):

1. MyHealthAvatar – projekt zakończył się w 2016 roku i dotyczył zebrania danych na temat stanu zdrowia obywateli, aby przyczynić się do zapobiegania chorobom i wspierania zdrowego stylu życia. Przygotowanie danych „cyfrowego pacjenta” było odpowiedzią na procesy starzenia się społeczeństw Europy. Ma to ogromny wpływ na społeczny i gospodarczy aspekt gospodarki.
2. Projekt eHealth HUB – celem projektu było wspieranie europejskich MŚP zorientowanych na świadczenie usług w zakresie e-zdrowia. W zakresie firm, które skorzystały z projektu była polska firma COMARCH. Firma przygotowała platformę Comarch e-Care, która pozwala na stały monitoring pacjenta. Platforma przetwarza dane medyczne pochodzące z systemów, aplikacji i urządzeń pomiarowych. Sztuczna inteligencja wykorzystywana jest do analizy dużej ilości informacji, wskazywania korelacji między nimi oraz nieprawidłowości.
3. Transgraniczny projekt epsOS (<https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/news/cross-border-health-project-epsos-what-has-it-achieved>) trwał sześć lat (2008–2014), zapewniając inteligentne transgraniczne usługi e-zdrowia. Głównym celem było otwarcie usług dla pacjentów europejskich. W inicjatywę zaangażowało się 25 krajów i około 50 beneficjentów. Projekt wspierał inne inicjatywy w tym zakresie, także *Expand Project* ([www.expandproject.eu/multi-stakeholder-engagement-workshop](http://www.expandproject.eu/multi-stakeholder-engagement-workshop)), oraz inne w zakresie prac nad Rezolucją Parlamentu Europejskiego z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie planu działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012–2020: innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku.

Komisja Europejska powołała dwie grupy (<https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/ehealth-experts>, pobrane 8.04.2021) ekspertów zajmujących się e-zdrowiem:

1. The EHealth Stakeholder Group – członkami tej grupy są reprezentanci następujących sektorów i grup: przemysłu medycznego, pacjentów,

pracowników służby zdrowia i społeczności. Grupa ta ma być organem doradczym – wznowienie od lipca 2020 roku prac w zakresie następujących obszarów:

- danych dotyczących zdrowia a zwłaszcza elektronicznej wymiany dokumentacji medycznej,
  - cyfrowych usług zdrowotnych,
  - kwestii dotyczących ochrony zdrowia i prywatności,
  - cyberbezpieczeństwa w zakresie danych dotyczących zdrowia i opieki,
  - cyfrowych narzędzi na rzecz wzmocnienia pozycji obywateli,
  - aspektów przekrojowych związanych z transformacją opieki zdrowotnej – takich jak propozycji finansowania i inwestycji.
2. eHealth Task Force – w jej skład wchodzi pracownicy służby zdrowia, przedstawiciele pacjentów, eksperci prawni i decydenci polityczni.

### **3.4. Doskonalenie jakości zarządzania w opiece zdrowotnej**

Ocena jakości systemu opieki zdrowotnej może być oparta zarówno na jakości postrzeganej przez pacjentów (*perceived quality*), jak i na ocenie jakości medycznej, rozumianej jako zgodność postępowania z ustalonymi zasadami i wytycznymi, a ocenianej za pomocą obiektywnych mierników odwołujących się najczęściej do danych epidemiologicznych. Jak wynika z badań społecznych, kwestie jakości w systemie ochrony zdrowia odgrywają coraz większą rolę. Społeczeństwo polskie charakteryzuje się specyficznym podejściem do oceny jakości świadczonych usług medycznych. Z jednej strony Polacy mają stosunkowo duży poziom zaufania do lekarzy i podejmowanych przez nich działań, z drugiej negatywnie oceniają system opieki zdrowotnej jako pewną całość (*Krajowe ramy strategiczne*, 2015, s. 128).

W ostatniej dekadzie podjęto w Polsce serię inicjatyw na rzecz poprawy jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej. Coraz większa liczba podmiotów prowadzących działalność leczniczą wdraża systemy zarządzania jakością. Istotnym wsparciem tego procesu było rozpoczęcie projektu systemowego: Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał

Ludzki (PO KL)<sup>9</sup>. Nadal jednak problemy związane z jakością świadczeń przejawiają się m.in. w utrzymującym się znacznym poziomie zobowiązań finansowych sektora ochrony zdrowia oraz wysokim poziomie występowania zdarzeń niepożądanych. Problem zdarzeń niepożądanych, np. zakażeń szpitalnych, został uznany w Europie za istotny czynnik niepowodzeń w opiece zdrowotnej i wzrostu kosztów. Ponadto dzięki stopniowemu przejściu na administracyjny tryb gromadzenia danych możliwe będzie dostarczanie danych faktycznych – nieobarczonych błędem statystycznym oraz skrócenie okresu retencji danych w związku z zapewnieniem dostępu do źródeł w P1, takich jak rejestr pracowników medycznych i rejestr zdarzeń medycznych oraz w systemach dziedzinowych, jak np. monitorowanie obrotu produktami leczniczymi oraz kształcenie kadry medycznej. Dzięki dostarczeniu w ramach projektu P1 oraz Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia modułów hurtowni danych możliwe będzie wszechstronne analizowanie zasobów, które będą ustrukturyzowane poprzez zastosowanie w dokumentacji medycznej klasyfikacji i standardów w ramach interoperacyjności semantycznej (ICD-10, ICD-9, Snomed, HL7) (*Krajowe ramy strategiczne*, 2015, s. 128).

W zakresie zarządzania podmiotem leczniczym przygotowywane są programy, które mają na celu ułatwić sprawną organizację. Funkcjonalność oprogramowania można wskazać na poziomie:

- pacjenta – zdalna rejestracja wizyt, dostęp do wyników badań i zleceń lekarskich, możliwość zdalnego uzupełnienia wymaganej dokumentacji, pobrania listy wymaganej dokumentacji przed wizytą, możliwość zamówienia recepty czy też jej przedłużenia, zadawania pytań z zakresie leczenia czy też pielęgnacji (porady udzielane online);
- świadczeniodawcy – umożliwienie profilowania pacjentów w zakresie przygotowania szerszej oferty usługowej, śledzenia ich właściwej obsługi, zarządzania personelem, zarządzania placówką w zakresie wizerunku, przygotowywania dokumentów oraz przygotowywanie check listy w razie kontroli, zarządzanie podstawowymi procesami i integracja w systemami zewnętrznymi:
  - eWUŚ,
  - elektroniczne zwolnienia lekarskie,
  - wystawianie e-recept,
  - katalog leków,

---

<sup>9</sup> Działanie 2.3. Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, Poddziałanie 2.3.3. Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia

- prowadzenie elektronicznej dokumentacji pacjenta,
- wystawianie skierowań.

Podejmowanie i wspieranie działań projakościowych, zwiększających efektywność systemu opieki zdrowotnej jest niezbędne w celu zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej. Podniesienie jakości w systemie ochrony zdrowia będzie zmierzało do poprawy kondycji finansowej podmiotów leczniczych (poprawa jakości zarządzania, a tym samym efektywności systemu, akredytacja w ochronie zdrowia, proces przekształceń, restrukturyzacji oraz modernizacji infrastruktury medycznej), a przede wszystkim do poprawy jakości w sensie medycznym (standardy postępowania medycznego, efektywna gospodarka produktami leczniczymi) (*Krajowe ramy strategiczne*, 2015, s. 128).

## Podsumowanie

- Zasoby kadrowe, a zwłaszcza personel medyczny, są personelem strategicznym wpływającym na skuteczność opieki zdrowotnej. Jakość realizowanych świadczeń jest uzależniona od wiedzy, umiejętności i motywacji pracowników.
- Zwiększenie liczby studentów na kierunkach pielęgniarstwa i na wydziałach lekarskich powinno być priorytetowym celem polityki zdrowotnej. Zmiany w systemie kształcenia, rozwój badań naukowych, poprawa jakości kształcenia są niezbędne do zabezpieczenia odpowiedniej jakości opieki nad pacjentem.
- Kraje członkowskie UE podejmowały działania w zakresie mobilizacji dodatkowego personelu medycznego, aby przeciwdziałać pandemii: angażowanie studentów służby zdrowia, emerytowanych i niepracujących pracowników, pracowników medycznych spoza granic danego kraju, przemieszczanie personelu do miejscowości/obszarów o większych potrzebach.
- Mobilizacja nowych kadr miała na celu zapewnienie ciągłości opieki nie tylko nad pacjentami z COVID-19, ale także wsparcie wojska, psychologów, zapewnienie opieki nad dziećmi pracowników ochrony zdrowia.
- Niewystarczająca infrastruktura spowodowała konieczność szybkiego doposażenia oddziałów i przygotowania nowych procedur w celu zagwarantowania obsługi pacjentów spoza COVID.

- Budowanie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia jest priorytetem zapisanym w dokumentach strategicznych. Działania, które powinny zostać podjęte, to: (1) zwiększenie jakości w zakresie komunikacji między pacjentami a podmiotem świadczącym usługi lecznicze, (2) wzmocnienie organizacyjne jednostek administracji podmiotów, (3) podniesienie kompetencji cyfrowych zarówno pacjentów, jak i personelu oraz pracowników administracji.
- Technologia informacyjna i komunikacyjna w ochronie zdrowia zapewnia: (1) dostarczenie i wymianę informacji, (2) optymalizację jakości i efektywności niektórych świadczeń, (3) możliwość prowadzenia badań, wymianę wiedzy między ośrodkami o różnym stopniu referencyjności, (4) monitorowanie wskaźników skuteczności leczenia (parametrów życiowych) oraz aktywności fizycznej, (5) zdalną modyfikację farmakoterapii, (6) uzupełnienie standardowej opieki poprzez edukację pacjentów w warunkach najdogodniejszych dla odbiorców.
- Trendy konsumenckie oraz uwarunkowania po stronie otoczenia wynikające z postępu technologicznego, zwiększona konkurencja, rozszerzenie finansowania świadczeń telemedycznych, zapewnienie zwiększenia bezpieczeństwa przesyłu oraz możliwości przechowywania danych to tylko niektóre z czynników sprzyjających rozwojowi e-zdrowia.
- E-zdrowie wpływa na obywateli, zdrowie publiczne, środowisko akademickie, otoczenie biznesowe związane z opieką zdrowotną oraz rządy.
- Istotnym problemem pojawiającym się w zakresie e-zdrowia jest brak dostępu do systemu ze względu na restrykcje finansowe, technologiczne i brak umiejętności informatycznych, co pogłębia nierówności społeczne – powinno się im przeciwdziałać, zapewniając w przyszłości interoperacyjność systemu.
- Rozwój e-zdrowia to nie tylko wykorzystanie technologii informacyjnych i telekomunikacyjnych, ale także wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej, wdrożenie e-recept i e-skierowań oraz telemedycyny.
- Procesy informatyzacji w ochronie zdrowia wymagają wielu rozwiązań w zakresie cyfryzacji, przepisów prawnych, ewidencji zasobów ochrony zdrowia w formie elektronicznej. Celem końcowym powinna być poprawa dostępności, jakości i efektywności realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz wzmocnienie potencjału organizacyjnego podmiotów

lecniczych. Odbiorcami powinni być zarówno pacjenci, jak i świadczeniodawcy, płatnik oraz organizator systemu.

- Ocena jakości systemu opieki zdrowotnej jest oparta na weryfikacji jakości mierzonej za pomocą obiektywnych mierników oraz na ocenie jakości postrzeganej przez pacjenta.

## Definicje

- **e-zdrowie** – wykorzystanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych (ICT) w ochronie zdrowia. Środek zapewniający dostarczenie właściwych informacji zdrowotnych do osoby we właściwym miejscu i czasie w celu optymalizacji jakości i efektywności świadczenia opieki zdrowotnej, badań, edukacji i wiedzy.
- **TEC (ang. *technology - enabled care*)** – wykorzystanie technologii elektronicznej w szeroko pojętej opiece nad pacjentem, a więc zarówno telemedycyny, jak i teleopieki oraz m-zdrowia (mHealth), które z kolei jest postrzegane jako wykorzystanie urządzeń i aplikacji mobilnych do celów związanych z ochroną zdrowia. Rozwiązania w ramach TEC oraz m-zdrowia mogą uwzględniać rozwiązania telemedyczne, jak również takie, których do telemedycyny zaliczyć nie można (np. aplikacja służąca kontroli diety, krokomierz).
- **Teleopieka** – oznacza różne formy opieki nad pacjentami w miejscu ich przebywania z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych. Uzupełnia ona bezpośrednią opiekę medyczną. Jej podstawowymi elementami są telekonsultacje i zdalny nadzór terapeutyczny.
- **Telekonsultacje** – forma zdalnej konsultacji medycznej między osobami wykonującymi zawody medyczne lub między osobami wykonującymi zawody medyczne i pacjentami znajdującymi się w różnych lokalizacjach. Są one realizowane dzięki wykorzystaniu nowoczesnych technologii teletransmisji danych tekstowych, werbalnych i obrazowych w celu diagnostyki, terapii, rehabilitacji, edukacji oraz oceny skuteczności postępowania.

## Zastosowane skróty

- CeZ – Centrum e-Zdrowia
- EDM – elektroniczna dokumentacja medyczna
- EHTEL – European Health Telematics Association – Europejskie Stowarzyszenie Telematyki Zdrowia
- eWUŚ – elektroniczna weryfikacja uprawnień świadczeniobiorców
- HIPAA – Health Insurance Portability and Accountability Act (USA) – Ustawa o przenoszeniu i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych
- NOP – niepożądane odczyny poszczepienne
- OAIiT – oddział anestezjologii i intensywnej terapii
- PO KL – program operacyjny Kapitał Ludzki
- RSWO – resortowy system wczesnego ostrzegania
- SEZOZ – system ewidencji zasobów ochrony zdrowia
- TEC – *technology enabled care* – świadczenie usługi zgodnie z technologią
- ZLK – dodatnie wyniki badań laboratoryjnych
- ZLK – zachorowania na choroby zakaźne



---

## ZAKOŃCZENIE

---

Ocena wpływu COVID-19 na sytuacje gospodarek światowych oraz kondycje poszczególnych branży będzie mogła być dokonana dopiero za dwa do trzech lat, kiedy to agregacja danych pozwoli nie tylko na dokonanie porównań, ale też wyciągnięcie właściwych wniosków na przyszłość. Z całą pewnością bieżąca obserwacja wskazuje wyraźnie na brak przygotowania i możliwości finansowania sektorów szczególnie narażonych na skutki pandemii. W wyniku wirusa odkrytego dzięki transmisyjnemu mikroskopowi elektronowemu skutki społeczne będą także brzemiennie w zakresie kondycji funkcjonowania przedsiębiorstw. Jeszcze nie w pełni zdajemy sobie sprawę z konieczności pilnego planowania działań w celu poprawy zdrowia publicznego: opieka psychologiczna, rehabilitacyjna, albowiem naprawa i budowanie na zgłiszczach potrwa latami. COVID pokazał równocześnie stan naszych podmiotów leczniczych i działania wprowadzane w zakresie nowych warunków funkcjonowania. Procedury nie odbiegają znacząco od innych wprowadzanych w pozostałych sektorach usługowych, a wynikają z przedmiotu udzielanych świadczeń. Obecna sytuacja zwróciła uwagę społeczeństwa nie tylko polskiego na konieczność lepszej organizacji systemu w zakresie nie tylko poprawy finansowania. Rekomendacje końcowe, oprócz próby wprowadzenia komentarza w poszczególne części, można podzielić na trzy grupy:

- systemowe: wzmocnienie trendów konsumeryzmu, nurt pomysłów/ działań w okresie SARS powinien przeniesiony zostać na planowanie strategiczne w kierunku zmiany/ reformy modelu opieki zdrowotnej;
- branżowe: akredytacja podmiotów, walka z deficytem pracowników: pielęgniarek, lekarzy, ekonomistów kształconych w zakresie zarządzania w opiece zdrowotnej, rozwiązania informatyczne powinny zwiększyć dostępność do usług a nie pogłębiać sferę nierówności;
- w zakresie samego podmiotu leczniczego: ukształtowanie nowych kompetencji personelu medycznego, wypracowanie modelu „konsylium” z włączeniem pacjenta w proces podejmowania decyzji i świadczenia usługi.

Kończąc pracę wyrażam jednak obawę, czy obecne zaawansowanie technologiczne (nieuniknione) nie doprowadzi do większej dehumanizacji w opiece zdrowotnej? Czy wypracowane standardy, procedury oraz procesy komunikacyjne nie koncentrują się wyłącznie na chorobie, a nie na samym chorym? W jaki sposób w systemie (niedookreślonym, bezosobowym z brakiem personalnej odpowiedzialności) znaleźć symetryczność i równowagę między stronami: usługodawcą i usługobiorcą? Czy można przywrócić właściwą komunikację między stronami, zaburzoną z obiektywnych względów przez COVID? Pytania i wątpliwości formułowane w końcowej części pracy, można potraktować jako wyjściowe do projektów i badań w przedmiotowym zakresie. Prawdziwym jednak wyzwaniem staje się nie samo diagnozowanie sytuacji (ono wymaga nakładów czasowych i finansowych), lecz implementacja zaprojektowanych zmian z korektą wynikającą z ciągłych zmian w otoczeniu.

Pandemia skłoniła społeczeństwa i rządzących do zwrócenia uwagi na problematykę zdrowia. Nie zaprzepaszczając tej szansy, należałoby dokonać przemodelowania systemu opieki zdrowotnej. Zdaję sobie sprawę, że analiza wskaźników systemu, leczenia, dostępności, kosztów procesów staje się punktem wyjścia czy też podstawą dalszego etapu – dyskusji nad zarysowaniem ram koniecznego przebudowywania systemu i upodmiotowienia pacjenta. Powstałe dylematy mogą stać się inspiracją do tworzenia nowego początku. Bo przecież *aegroto dum anima est, spes esse dicitur*.

---

## KWESTIONARIUSZ – ZMIANA SYSTEMU ZARZĄDZANIA W DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

---

Badanie jest objęte tajemnicą statystyczną, a wyniki  
zostaną wykorzystane do pracy naukowej

Monika Dobska  
Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu  
Katedra Badań Rynku i Usług

### Kwestionariusz *Zmiana systemu zarządzania w działalności leczniczej*

Szanowni Państwo,  
zwracam się z prośbą o wypełnienie poniższego kwestionariusza, którego celem jest weryfikacja, na ile pandemia zmieniła system zarządzania w podmiotach realizujących świadczenia zdrowotne. Proszę o zaznaczenie: X wariantu odpowiedzi, a poniżej w miejscu wolnym uzasadnić swoją wypowiedź. Pozostaję do Państwa dyspozycji w przedmiotowym zakresie: 501 23 26 23.

Z życzeniami zdrowia, Monika Dobska

Podmiot jako pracodawca:			
1	Praca zdalna	TAK:	NIE:
	Odpowiedź: Jeśli TAK, to jaka grupa		
	Jeśli tak, to jakie problemy zgłaszali pracownicy		
2	Absencja pracowników	TAK:	Niezauważona większa niż zwykle
	Odpowiedź: Jeśli TAK, to czym była spowodowana		
3	Zakup nowego wyposażenia	TAK:	NIE:
	Odpowiedź: Jeśli TAK, to jaki		

4	Zmiana organizacji pracy	TAK:	NIE:
	zmiana czasowa (godziny pracy)		
		TAK:	NIE:
	zmiana formy zatrudnienia (struktura etatu, zmiana umowy)		
		TAK:	NIE:
	zmiana zadaniowa (nowe dodatkowe zadania)		
		TAK; Inna	
5	Struktura zatrudnienia	Zatrudnienie nowych osób:	Zwolnienia: Ile osób, w jakich strukturach
	Odpowiedź: Jeśli TAK, to jakich grup to dotyczyło (proszę o podanie szacunkowej ilości i grupy zawodowej)		
6	Otrzymana pomoc publiczna	TAK:	NIE:
	Odpowiedź: Jeśli TAK, to w jakiej formie		
7	Korzystanie z nowych kanałów komunikacji:	TAK:	NIE:
	Odpowiedź: Jeśli TAK, to jakich		
8	Wprowadzenie nowych procedur	TAK:	NIE:
	Odpowiedź: Jeśli TAK, to jakich		
9	Nowe inwestycje (zakupy sprzętu, środków dezynfekcyjnych)	TAK:	NIE:
	Odpowiedź: Jeśli TAK, to jakie grupy zakupowe		

10	Odczucia co do atmosfery pracy	POZYTYWNE NASTAWIENIE	POJAWIAJĄCE SIĘ PROBLEMY
11	Przewidywane stałe konsekwencje organizacyjne pandemii		
	Odpowiedź:		
12	Ocena pracowników		
	Stosowanie się do nowych procedur	TAK:	NIE:
	Odpowiedź:		
	Atmosfera pracy	Taka sama lub lepsza	Gorsza
	Odpowiedź:		
13	Stać konsekwencja pandemii		
	Odpowiedź:		
14	Zarządzanie lękiem/ strachem		
	Odpowiedź:		
15	Zarządzanie zmianą		
	Odpowiedź: Na czym polegało		
16	Inne uwagi		

*Dziękuję za wypełnienie kwestionariusza*

---

## BIBLIOGRAFIA

---

- Analiza w zakresie stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych przez podmioty lecznicze w 2020 roku.* (2020). MZ Dokument opracowany w ramach projektu *Rozwój kompetencji pielęgniarskich* współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia. Pobrane z [www.akademiiapp.mz.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/analizy\\_i\\_raporty/analiza\\_w\\_zakresie\\_stosowania\\_minimalnych\\_norm\\_zatrudnienia\\_pip\\_w\\_2020r.pdf](http://www.akademiiapp.mz.gov.pl/fileadmin/user_upload/analizy_i_raporty/analiza_w_zakresie_stosowania_minimalnych_norm_zatrudnienia_pip_w_2020r.pdf)
- Appleby, J. (2020). *Co się dzieje z zgonami nie-covid?*. *BMJ*. Pobrane z <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1607>. (2020)
- Baglehole, R., Bonita, R. i Kjellstrom, T. (1993). *Basic epidemiology*. World Health Organization Geneva.
- Bashshur, R. L., Shannon, G. W. i Smith B. R. (2014). *The empirical foundations of telemedicine interventions for chronic disease management*. *Telemedicine Journal and E-Health*, 20, 9.
- Byrne, D. (2003). *Health equals Wealth*. Pobrane 23 marca 2021 z [https://www.europa-nu.nl/id/vgk6fb0c6ky9/nieuws/david\\_byrne\\_health\\_equals\\_wealth](https://www.europa-nu.nl/id/vgk6fb0c6ky9/nieuws/david_byrne_health_equals_wealth)
- Bielski, I. (2020). *Organizacja marketingu w przedsiębiorstwie, Vademecum zarządzania przedsiębiorstwem w gospodarce rynkowej*. Bydgoszcz: Ośrodek Postępu Organizacyjnej w Bydgoszczy.
- Colucci, M. (2015). Communication technologies through an etymological lens: looking for a classification, reflections about health, medicine and care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 18, 4.
- Czarnucha, M., Grabowski, M., Najbuk, P., Kołtowski, Ł., Balsam, P., Pachocki, J., ..., Luba, A. (2015). *Otoczenie regulacyjne telemedycyny w Polsce*. Warszawa: kancelaria prawnicza DZP oraz Heart Team. Pobrane z [https://www.dzp.pl/files/shares/Publikacje/Otoczenie\\_Regulacyjne\\_Telemedycyny\\_w\\_Polsce.pdf](https://www.dzp.pl/files/shares/Publikacje/Otoczenie_Regulacyjne_Telemedycyny_w_Polsce.pdf)
- Docteur, E. i Oxley, H. (2003). *Health-care systems: Lessons from the reform experience*. Paryż: OECD Health Working Paper.
- Economic crisis and healthcare: European health strategy*. Pobrane 22 marca 2021 z [www.eur-lex.europa.eu](http://www.eur-lex.europa.eu)
- Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). *Office for National Statistics, National Records of Scotland, Northern Ireland Statistics and Research Agency for excess mortality in the United Kingdom*. Pobrane z <https://stat.link/kwcpfi> StatLink. Pobrane 8 grudnia 2020; [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en)
- Fałek, A., Janiszewki, R. i Jakubiak, K. (2020). *Wpływ epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 na system opieki zdrowotnej w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Kancelaria Doradcza Janiszewki, R. P.

- Frąckiewicz, L. (1991). *Polityka ochrony zdrowia*. Katowice: Wydawnictwo Synteza.
- Furman, M., Kowalska-Bobko, I., Sowada, Ch. (2020). Działania władz publicznych w zakresie zwalczania pandemii COVID-19 w wybranych krajach europejskich. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18 (2). Pobrane z [www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zarządzanie](http://www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zarządzanie). <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.20.017.12770>
- Gębska-Kuczerowska, A. i Miller, M. (2009). Analiza sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie głównych problemów zdrowotnych. *Postępy Nauk Medycznych*, 4.
- Golinowska, S. i Zabdyr-Jamroz, M. (2020). Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(1), 1–31. <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.20.013.12766>
- GUS. (2014a). Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. Pobrane z <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-,6,6.html>
- GUS. (2014b). *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.* Pobrane z [www.gus.gov.pl](http://www.gus.gov.pl)
- GUS. (2015). *Narodowy rachunek zdrowia*. Pobrane z <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/narodowy-rachunek-zdrowia-2015,4,8.html>
- GUS. (2018). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.* Pobrane z <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2018-roku,1,9.html#>
- GUS. (2019a). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 r.* Pobrane z <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2018-roku,1,9.html#>
- GUS. (2019b). Zeszyt metodologiczny. *Statystyka zdrowia i ochrony zdrowia – sprawozdawczość*, Duda, S., Jurek, J., Jasiówka A., Kowal, I., Penpeska, M. i Sańka, A. Urząd Statystyczny w Krakowie.
- GUS. (2020). *Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 30 września 2020 r. w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2018 r. Na podstawie art. 25 ust. 1 pkt 3a ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2020 r., poz. 443 i 1486).*
- GUS. (2021). *Analizy statystyczne. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019*. Warszawa, Kraków.
- Hao, F., Tan, W. i Jiang, L. (2020). *Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry*. Paryż: Brain Behav Immun.
- Kuszeński, K. (2009). Narodowy program zdrowia jako narzędzie polityki zdrowotnej państwa. W: G. Ciura (red.), *Zdrowie Polaków. Studia BAS*, 4(20).
- Last, J. M. (1988). *A dictionary of epidemiology* (2 nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L. i Xu, M. (2020). Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in southwestern China. *Med Sci Monit*, 26, e924609.
- Leowski, L. (2011). *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*. Warszawa: CeDeWu.
- Łukasiewicz, D. (2013). Choroba i zdrowie w Królestwie Prus w XIX wieku (1806–1871). *Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych*, 2.
- Magnuszeńska-Otulak, G. (2013). Ochrona zdrowia w polityce społecznej. W: G. Firlit-Fesnak, M., Szyłko-Skoczny (red.), *Polityka społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Mazurek-Łopacińska, K. (red.). (1999). *Badania marketingowe. Podstawowe metody i obszary zastosowań*. Wrocław: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu.
- Miller, M. i Opolski, J. (2009). Zdrowie Publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia. *Postępy Nauk Medycznych*, 4.
- Ministerstwo Zdrowia. (2015). *Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*. Warszawa
- Moreno, C. (2020). Jak powinna zmienić się opieka psychiatryczna w wyniku pandemii COVID-19. *The Lancet Psychiatry*, 7/9. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30307-2](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30307-2)
- Morgan, D. (2020). Nadmierna śmiertelność: pomiar bezpośredniego i pośredniego wpływu COVID-19. *Dokumenty robocze OECD w sprawie zdrowia*, 122. <http://dx.doi.org/10.1787/c5dc0c50-en>.
- Nutbeam, D. (2021). *Health promotion glossary*. World Health Organization, 1998. Pobrane 31 marca 2021 z <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- OECD. (2020a). *Splaszczanie szczytu COVID-19: polityka ograniczania i łagodzenia skutków, reakcje polityczne OECD na coronavirus (COVID-19)*. Paryż: Wydawnictwo OECD. Pobrane z <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/flattening-the-covid-19-peak-containment-and-mitigation-policies-e96a4226/>
- OECD. (2020b). *Wykorzystanie potencjału podstawowej opieki zdrowotnej*. Paryż: Wydawnictwo OECD. Pobrane z <https://doi.org/10.1787/a92ade4-en>.
- Piotrowicz, R., Krześciński, P., Balsam, P., Kempa, M., Głównczyńska, R., Grabowski, ..., Opolski, G. (2018). Cardiology telemedicine solutions – Opinion of the Committee of Informatics and Telemedicine, Section of Non-invasive Electrocardiology and Telemedicine of Polish Society of Cardiology and Clinical Sciences Committee of the Polish Academy of Sciences. *Kardiologia Polska*, 1.
- Podstawy epidemiologii*. (1996). Tłum. N. Szeszeni – Dąbrowskiej, N.. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Pomiar pulsu przedsiębiorstw. Badanie COVID-19*. (2020) Warszawa: Business Pulse Survey (COV-BPS) – Polska, World Bank Group i PARP. Pobrane z [https://www.parp.gov.pl/storage/publications/pdf/08-COV-BPS-Survey\\_Poland\\_results\\_FINAL\\_PL\\_plus\\_author\\_info.pdf](https://www.parp.gov.pl/storage/publications/pdf/08-COV-BPS-Survey_Poland_results_FINAL_PL_plus_author_info.pdf)
- Rogoziński, K. (2000). *Nowy marketing usług*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.
- Rogoziński, K. (2009). *Zarządzanie profesjonalną praktyką medyczną*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
- Rogoziński, K. (2012a). Jedna kultura organizacji usługowej i cztery podstawowe kultury organizacyjne. W: K. Rogoziński i A. Panasiuk (red.), *Zarządzanie organizacjami usługowymi*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.
- Rogoziński, K. (2012b). *Zarządzanie wartością z klientem*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
- Spiteri, G. (2020). *Pierwsze przypadki choroby koronawirusowej 2019 r. (COVID-19) w regionie europejskim WHO, od 24 stycznia do 21 lutego 2020 r.* Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). Pobrane z <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.9.2000178>
- Strategor. (1995). *Zarządzanie firmą*. Warszawa: PWE.



- Strawiński, P. (2020). Gospodarka w czasach zarazy. *Forbes*, 4.
- Tallar, G. (1998). *Kultura. Personel*, 7/8, 25.
- Telemedycyna w służbie pacjenta. (2001). W: Szpital w pigułce. *Magazyn Informacyjny Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie*, 10, 1–2 i 4.
- Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych COPERNICUS. (2020). *Model przebiegu epidemii CONID-19 w Polsce, Stanach Zjednoczonych i we Włoszech*. Warszawa. Pobrane z <https://copernicustfi.pl/model-przebiegu-epidemii-covid-19-w-polsce-stanach-zjednoczonych-i-we-wloszech/>
- Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia. (2018). Warszawa: GUS. Pobrane z [www.stat.gov.pl/statystyki-eksperymentalne/uslugi-publiczne/uslugi-publiczne-w-zakresie-ochrony-zdrowia,3,1.html](http://www.stat.gov.pl/statystyki-eksperymentalne/uslugi-publiczne/uslugi-publiczne-w-zakresie-ochrony-zdrowia,3,1.html)
- Ważna, M. (2020). *Koronawirus SARS-CoV-2 jest chimerą dwóch wirusów? Naukowcy mają nową teorię*. Pobrane z [www.medonet.pl/koronawirus/to-musisz-wiedziec,koronawirus-sars-cov-2-jest-chimera-dwoch-wirusow--naukowcy-maja-nowa-teorie,artykul,48259822.html](http://www.medonet.pl/koronawirus/to-musisz-wiedziec,koronawirus-sars-cov-2-jest-chimera-dwoch-wirusow--naukowcy-maja-nowa-teorie,artykul,48259822.html)
- WHO. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. Pobrane z [who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af\\_2](http://who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2)
- Włodarczyk, W. C. (2010). *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
- Włodarczyk, W. C. (2011). Problemy nierówności w zdrowiu. Perspektywa Unii Europejskiej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 9, 2. <http://di.org/10.4467/20842627OZ.11.013.0550>
- Włodarczyk, W. C. (2020). Uwagi o pandemii COVID-19 w Polsce. Perspektywa polityki zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18, 2. <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.20.013.12766>
- Włodarczyk, W. C., Kowalska, O. i Mokrzycka, A. (2012). *Szkice z polityki zdrowotnej Unii Europejskiej*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
- World Health Organization and International Telecommunication Union. (2012). *National eHealth strategy toolkit*. Pobrane z [http://www.itu.int/dms\\_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E\\_HEALTH.05-2012-P0-PDF-E.pdf](http://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E_HEALTH.05-2012-P0-PDF-E.pdf)
- Wpływ pandemii COVID-19 na gospodarkę Chin. (2020). Pobrane 10 lipca 2020 z [https://www.pism.pl/publikacje/Wplyw\\_pandemii\\_COVID19\\_na\\_gospodarke\\_Chin](https://www.pism.pl/publikacje/Wplyw_pandemii_COVID19_na_gospodarke_Chin)

## Akty prawne i pozostałe źródła

- Informacja NFZ z 24.03.2020 r. – dotycząca zamieszczania informacji o kwarantannie w eWUŚ.
- Instrukcja Nr 4/84 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1984 r. – w sprawie norm zatrudnienia lekarzy w oddziałach szpitalnych (Dz. Urz. MZiOS.1984.11.60).
- Kodeks etyki lekarskiej – Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r., w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej.

- Komunikat Głównego Inspektora Farmaceutycznego z 3 kwietnia 2020 r. – dotyczący dostaw produktów leczniczych do Pacjenta w ramach Leczenie szpitalne programu lekowego oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii.
- Komunikat Ministra Zdrowia z 13.03.2020 r. – dla podmiotów leczniczych realizujących umowy w rodzaju Komunikat NFZ dla świadczeniodawców z 12.03.2020 r. – wskazujący na możliwość wykonywania i rozliczania porad specjalistycznych w AOS z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.
- Komunikat NFZ z 15.03.2020 r. – dla świadczeniodawców z zaleceniem ograniczenia do niezbędnego minimum lub czasowego zawieszenia udzielania świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym planem postępowania leczniczego.
- Komunikat NFZ z 24.03.2020 r. – dotyczący realizacji i rozliczania świadczeń w rodzaju Leczenie szpitalne – programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.
- Komunikat NFZ z 24 marca 2020 r. – do świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna i ambulatoryjna opieka specjalistyczna o niedopuszczalności bezpodstawnego całkowitego zamykania miejsc udzielania świadczeń, a tym samym pozbawianie pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
- Komunikat NFZ z 2 kwietnia 2020 r. – dotyczący realizacji i rozliczania świadczeń w rodzaju Leczenie szpitalne – programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. – w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012r., poz. 1545).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. – w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 357).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. – zmieniające Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2020 r., poz. 612).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. – w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2013 r., poz. 1520).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. – w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1275).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2020 r. – w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji (Dz. U. z 2020 r., poz. 409).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2020 r. – zmieniające Rozporządzenie w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji (Dz. U. z 2020 r., poz. 409).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. – w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemiologicznego (Dz. U. z 2020 r., poz. 409).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r. – w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji (Dz. U. z 2020 r., poz. 438).

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. – zmieniające Rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemiologicznego (Dz. U. z 2020 r., poz. 461).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. – zmieniające Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2020 r., poz. 456).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. – w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemiologicznego (Dz. U. z 2020 r., poz. 490).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. – w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 491).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2020 r. – zmieniające Rozporządzenie w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji (Dz. U. z 2020 r., poz. 510).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2020 r. – zmieniające Rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 522).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2020 r. – zmieniające Rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 531).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2020 r. – w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz. U. z 2020 r., poz. 539 ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 2020 r. – zmieniające Rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 565).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2020 r. – zmieniające Rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. z 2020 r., poz. 585).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. – w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz. U. z 2020 r., poz. 607).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2020 r. – w sprawie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 (Dz. U. z 2020 r., poz. 625).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. – w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem (Dz. U. z 2020 r., poz. 775).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2020 r. – zmieniające Rozporządzenie w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem (Dz. U. z 2020 r., poz. 1275).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. – w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1395).

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2020 r. – w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. z 2020 r., poz. 1749, 1873, 2043).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2020 r. – w sprawie metody zapobiegania COVID-19 (Dz. U. z 2021 r., poz. 10).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. – w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. – w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 566).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 kwietnia 2020 r. – w zmieniające Rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 577).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 kwietnia 2020 r. – w zmieniające Rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 624).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 kwietnia 2020 r. – w zmieniające Rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 658).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 czerwca 2020 r. – w zmieniające Rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 1031).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 kwietnia 2020 r. – w zmieniające Rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 673).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 16 kwietnia 2020 r. – w zmieniające Rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 674).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 kwietnia 2020 r. – w zmieniające Rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 750).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 maja 2020 r. – w zmieniające Rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 792).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 maja 2020 r. – w zmieniające Rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 820).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 16 maja 2020 r. w zmieniające Rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 878).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 maja 2020 r. – w zmieniające Rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 904).

- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 maja 2020 r. – w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń (Dz. U. z 2020 r., poz. 964).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 maja 2020 r. – w zmieniające Rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 966).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 czerwca 2020 r. – w zmieniające Rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 991).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 5 czerwca 2020 r. – w zmieniające Rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 1006).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 czerwca 2020 r. – w zmieniające Rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 1066).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2020 r. – w zmieniające Rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 1161).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 lipca 2020 r. – w zmieniające Rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 1182).
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 380 ze zm.).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. – o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152).
- Ustawa z dnia 18 lipca 2002 r. – o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 1422 ze zm.).
- Ustawa z dnia 16 lipca 2004 r. – Prawo telekomunikacyjne (tj. Dz. U. z 2014 r., poz. 243 ze zm.).
- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. – o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. – o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 186 ze zm.).
- Ustawa z dnia 29 października 2010 r. – o rezerwach strategicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1846).
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. – o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 657; Dz. U. z 2020 r., poz. 702, 1493, 1875, 2345, 2401; Dz. U. z 2021 r., poz. 97, 159).
- Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. – o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r., poz. 374 ze zm.).
- Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. – o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r., poz. 567).
- Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. – o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw. (Dz. U. z 2020 r., poz. 568).

- Ustawa z dnia 16 kwietnia 2020 r. – o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz. U. z 2020 r., poz. 695).
- Ustawa z dnia 14 maja 2020 r. – o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz. U. z 2020 r., poz. 875).
- Ustawa z dnia 28 maja 2020 r. – o zmianie ustawy i podatku dochodowym od osób prawnych, ustawy o podatku od towarów i usług, ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r., poz. 1106).
- Ustawa z dnia 19 czerwca 2020 r. – o dodatku solidarnościowym przyznawanym w celu przeciwdziałania negatywnym skutkom COVID-19 (Dz. U. z 2020 r., poz. 1068).
- Ustawa z dnia 19 czerwca 2020 r. – o dopłatach do oprocentowanych kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r., poz. 1086, 1423).
- Ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. – o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. z 2020 r., poz. 1493).
- Ustawa z dnia 7 października 2020 r. – o zmianie niektórych ustaw w celu przeciwdziałania społeczno – gospodarczym skutkom COVID-19 (Dz. U. z 2020 r., poz. 1747).
- Ustawa z dnia 21 stycznia 2021 r. – o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych ustaw (Dz. U. z 2021 r., poz. 159).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. – o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.).
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. – o zawodach pielęgniarki i położnej, (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 i Dz. U. z 2021 r., poz. 479).
- Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. – o bezpieczeństwie morskim (Dz. U. z 2011 r. Nr 228, poz. 1368).
- Zarządzenie Nr 28/2020/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 marca 2020 r. – w sprawie powołania Zespołu do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2.
- Zarządzenie Nr 32/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 marca 2020 r. – w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.
- Zarządzenie Nr 34/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 marca 2020 r. – zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.
- Zarządzenie Nr 40/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 marca 2020 r. – zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.
- Zarządzenie Nr 43/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. – zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.
- Leczenie szpitalne realizujących umowy w rodzaju Leczenie szpitalne programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia, a także dla pacjentów objętych tym leczeniem.

---

## SPIS TABEL, WYKRESÓW I RYSUNKÓW

---

### Tabele

1.1. Struktura celów i kierunków interwencji systemu opieki zdrowotnej w Polsce .....	17
1.2. Definicje zdrowia publicznego .....	22
1.3. Potwierdzone przypadki COVID-19, zgłoszone zgony COVID-19 i nadmierna śmiertelność w okresie marzec – październik 2020 roku .....	33
1.4. Strategie ograniczania i łagodzenia skutków przyjęte przez kraje europejskie w celu zaradzenia pierwszej fali pandemii .....	36
1.5. Zestawienie rozwiązań instytucjonalnych oraz zarządzanie kryzysem pandemii COVID-19 w okresie pierwszego półrocza 2020 roku (Polska i sąsiedzi) .....	38
1.6. Polityka wybranych krajów UE w celu zwiększenia dostępności do opieki na oddziałach intensywnej terapii w pierwszej fali pandemii w 2020 roku .....	45
1.7. Przegląd polityki poszczególnych państw w celu zwiększenia reakcji na COVID-19 podczas pierwszej fali pandemii w 2020 roku .....	48
1.8. Narodowy Rachunek Zdrowia za 2018 rok .....	52
1.9. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2018 roku według funkcji i schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia) .....	54
1.10. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2018 roku według schematów finansowania i przychodów – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia) .....	55
1.11. Wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych .....	57
1.12. Wydatki budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia .....	59
1.13. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD .....	62
1.14. Finansowanie świadczeń związanych z przeciwdziałaniem pandemii COVID-19 .....	66
1.15. Dodatkowe zobowiązania rządu centralnego COVID-19 w zakresie wydatków na ochronę zdrowia w 2020 roku (według najnowszego dostępnego oficjalnego ogłoszenia) .....	67
2.1. Szacowany odsetek pracowników dotkniętych przez dostosowanie zatrudnienia .....	88
2.2. Szpitale jednoimienne – marzec 2020 roku .....	94
2.3. Katalog produktów rozliczeniowych .....	96

3.1. Pracownicy medyczni posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego według województw stan w dniu 31.12.2019 .....	106
3.2. Dane o liczbie pracowników medycznych pracujących bezpośrednio z pacjentem dotyczące pracujących w placówkach opieki zdrowotnej, a także w żłobkach, klubach dziecięcych i domach pomocy społecznej dla których jednostka sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy .....	109
3.3. Działania rządowe w celu zwiększenia dostępności do opieki medycznej w czasie pierwszej fali pandemii w 2020 roku .....	113
3.4. Przegląd polityk w celu zwiększenia podaży pracowników służby zdrowia w odpowiedzi na COVID-19 podczas pierwszej fali pandemii .....	116
3.5. Wykorzystanie zasobów ludzkich związanych z przeciwdziałaniem pandemii COVID-19 .....	118
3.6. Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w miastach według województw .....	121
3.7. Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na wsi według województw .....	122
3.8. Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w miastach według województw .....	123
3.9. Wykaz rejestrów podmiotowych .....	129
3.10. Podsumowanie wskazań do zastosowania teleopieki w zakresie kardiologii ...	131
3.11. Wskazania do zastosowania telekonsultacji w kardiologii .....	133
3.12. Przykładowy wpływ e-zdrowia .....	135
3.13. Komponenty e-zdrowia .....	136

## Wykresy

1.1. Skumulowana liczba chorych – Chiny, dotyczy okresu od stycznia do kwietnia 2020 roku .....	28
1.2. Ewolucja w zgłoszonych przypadkach COVID-19, wybrane kraje Europy Środkowej i Wschodniej, od lutego do końca października 2020 roku .....	35
1.3. Ogólna pojemność szpitala – łóżka szpitalne i średni udział zajmowanych przed kryzysem COVID-19, 2018 rok .....	44
1.5. Zmniejszenie liczby konsultacji podstawowej opieki zdrowotnej podczas pierwszej fali COVID-19, od marca do kwietnia, 2020 rok .....	50
1.6. Wydatki na zdrowie, jako udział w PKB, 2019 rok .....	63
1.7. Dodatkowe pieniądze przeznaczone na służbę zdrowia w czasie pandemii, kwoty w euro według parytetu siły nabywczej na mieszkańca .....	65
3.1. Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu według wieku .....	108
3.2. Liczba lekarzy i pielęgniarek praktykujących na 1000 mieszkańców, 2018 rok	112
3.3. Liczba praktykujących lekarzy na 1000 osób, 2008 i 2018 rok .....	112
3.4. Liczba łóżek i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2019 roku .....	124



---

## Rysunki

1.1. Trzy wymiary zabezpieczenia powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych .....	61
2.1. Kierunek kreacji struktur organizacyjnych w przedsiębiorstwie usługowym ..	84
2.2. Sieciowa struktura szpitala (prezentacja fragmentaryczna) .....	86
2.3. Kompetencje członków zespołu zintegrowanej opieki nad chorymi na zaawansowaną POChP .....	88
3.1. Pojęcia związane z zastosowaniem narzędzi informatycznych w obszarze zdrowia .....	134

---

## HEALTH CARE MANAGEMENT DURING COVID-19

---

### Summary

The monography presents the preparation of both the health care management system and entities to the treat of a pandemic. The study identifies and evaluates the Polish system against the background of selected European Union countries. The impact of the pandemic on health policy and actions taken by individual governments to mitigate the effects of COVID-19, especially during the first wave, were critically assessed. Attempting to collect statistical data on the overall capacity of the facility, the estimated capacity of intensive care to cope with patient growth and the identification of expenditure in terms of additional resources allocated to healthcare during a pandemic are just a few areas of statistical observation that allow for the first conclusions to be drawn. Due to the multiplicity of issues discussed and the different level of detail, the presentation in this area was conducted on two main levels. Legal regulations introduced during the pandemic and real management problems in the area of outpatient care and inpatient treatment. Due to the multiplicity of problems that arise at individual stages of the conducted analysis, the work was limited only to outline issues, showing the need for changes.

**Keywords:** patient, management, health care, COVID-19.



**Dr hab. Monika Dobska**, prof. nadzw. UEP – pracownik badawczo-dydaktyczny Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu oraz konsultant ds. marketingu i zarządzania przez jakość w usługach medycznych. Autorka i współautorka ponad 200 publikacji, w tym kilkudziesięciu monografii z zakresu zarządzania w podmiotach leczniczych, między innymi: *Marketing usług medycznych*, *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, *Zarządzanie przez jakość w podmiotach leczniczych*, *Reorientacja w zarządzaniu przekształconym podmiotem leczniczym*, *Adherencja. Współodpowiedzialność i współkreacja procesu leczenia*. Wykładowca studiów podyplomowych i MBA z zakresu systemu zarządzania

przez jakość w zakładach opieki zdrowotnej. Kierownik studiów podyplomowych: *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, *Menadżer w opiece zdrowotnej*. Konsultant z zakresu zarządzania, audytor wiodący systemu zarządzania jakością, autorka, kierownik i wykładowca w szeregu programach szkoleniowych.

*W książce podjęto próbę przedstawienia sytuacji w Polsce na tle możliwości i rozwiązań w innych krajach. Takie „globalne” podejście obiektywizuje różne dane i pokazuje wiarygodność opracowanego tematu. Książka stanowi przydatne narzędzie zarówno dla osób początkujących, jak i dla doświadczonych zespołów. Jednak wyciągnięcie z niej praktycznych wniosków i wdrażanie ich w życie wymaga wiedzy i pewnego doświadczenia w zarządzaniu ochroną zdrowia.*

Z recenzji prof. dr. hab. Jana Styczyńskiego

*Monografia jest ze wszech miar rzetelnym, wartościowym i interesującym opracowaniem odnoszącym się do aktualnego problemu w sposób bardzo szeroki. Autorka nie ograniczyła się tylko do sytuacji panującej w Polsce, przeciwnie, przywołuje różne zestawienia międzynarodowe. Zaprezentowany materiał stanowi kreatywne, sugestywne, aczkolwiek nienachalne ujęcie problemu warunkującego system zarządzania w Polsce. Pomimo naukowego charakteru cechuje się ponadprzeciętną przystępnością. Na kartach książki nie ma gotowych recept na rozwiązanie różnych problemów zarządzania, szczególnie w okresie pandemii, ale uważny czytelnik znajdzie wskazówki kierunkowe, chociażby dzięki obnażeniu niedoskonałości organizacyjnych i zarządczych w systemie ochrony zdrowia. Monografia stanowi pozytywny i kompleksowy konstrukt pod względem merytorycznym, metodycznym i formalnym.*

Z recenzji dr. hab. Jarosława Waśniewskiego, prof. UG

ISBN 978-83-8211-077-7



9 788382 110777