

**Stanowisko Nr 1**  
**Zespołu Konsultacyjnego**  
**dotyczącego pakietu rekomendacji**  
**w zakresie zmian w prawie**  
**ze stosowaniem zasad dostępności.**

Tytuł projektu: „Dostępność dla pacjentów - monitoring tworzonego i stanowionego prawa”.

Działanie 2.16. Usprawnienie procesu stanowienia prawa

Data spotkania: 02.06.2022

Imię i nazwisko osoby prowadzącej: Stanisław Maćkowiak

Miejsce spotkania: Hotel Groman Sękocin Stary, Al. Krakowska 76.

W spotkaniu uczestniczyło 10 osób – przedstawiciele Stowarzyszenia Osób z NTM UroConti.



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



## SPIS TREŚCI

## CZĘŚĆ PIERWSZA:

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez platformę pierwszego kontaktu oraz centra medycznej pomocy doraźnej (MZ 1266)

- |     |   |        |
|-----|---|--------|
| I.  | Diagnoza problemu oraz propozycje rozwiązań zawarte w Projekcie | Str. 3 |
| II. | Stanowisko zespołu konsultacyjnego                              | Str. 6 |

## CZĘŚĆ DRUGA:

Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych” (ID 203)

- |     |   |         |
|-----|---|---------|
| I.  | Diagnoza problemu oraz propozycje rozwiązań zawarte w Projekcie | Str. 9  |
| II. | Stanowisko zespołu konsultacyjnego                              | Str. 12 |



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



## **Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez platformę pierwszego kontaktu oraz centra medycznej pomocy doraźnej (MZ 1266)**

### **I. Diagnoza problemu oraz propozycje rozwiązań zawarte w Projekcie**

Przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) nie pełnią dyżurów całodobowych. W nocy i w dni ustawowo wolne od pracy ich rolę przejmują przychodnie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, w których możesz otrzymać pomoc w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy.

W razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjent może udać się po pomoc do dowolnego punktu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, niezależnie od tego, gdzie mieszka, i do którego lekarza/pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) złożył swoją deklarację.

Z pomocy lekarza i pielęgniarki w nocy, w dni wolne i w święta można skorzystać w razie:

- nagłego zachorowania;
- nagłego pogorszenia stanu zdrowia, gdy nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub istotny uszczerbek zdrowia, a zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy;
- gdy zachodzi obawa, że oczekiwanie na otwarcie przychodni może znacząco niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia.

Jednak obecny system nocnej opieki lekarskiej wymaga zmiany, aby odciążyć między innymi SOR-y i izby przyjęć, gdzie wciąż trafia zbyt wielu pacjentów niewymagających udzielenia pomocy w takim miejscu, ze stosunkowo lżejszymi problemami zdrowotnymi. Istnieje potrzeba ograniczenia bezpośrednich wizyt pacjentów w przychodniach NOL, gdzie często dostają jedynie informacje, że następnego dnia mają się zgłosić do swojego lekarza POZ. Ideą NOL było to, aby pacjenci wieczorem i w nocy nie wzywali pogotowia w sytuacji, gdy pojawiają się nagle takie dolegliwości jak np. gorączka czy skoki ciśnienia.

Ministerstwo Zdrowia testuje alternatywę wobec nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Chce odejść od obecnego kształtu organizacyjnego nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zamiast tego proponuje platformę pierwszego kontaktu, czyli teleporadę, którą mają obsługiwać pielęgniarki, położne i lekarze oraz centra medycznej pomocy doraźnej.

Celem projektowanego rozporządzenia jest przetestowanie nowego modelu organizacji opieki w przypadku konieczności uzyskania świadczenia w związku z nagłym zachorowaniem lub nagłym pogorszeniem stanu zdrowia, nie będącym stanem nagłym, które wystąpiło po godzinach pracy podstawowej opieki zdrowotnej, tj. w godzinach od 18.00 do 8:00 dnia następnego w dni robocze oraz w dni wolne od pracy i święta.



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Nowy model organizacji opieki w przypadku konieczności uzyskania świadczenia w związku z nagłym zachorowaniem lub nagłym pogorszeniem stanu zdrowia zakłada funkcjonowanie i współdziałanie dwóch elementów: centralnej platformy pierwszego kontaktu, zwanej dalej „Platformą”, oraz centrów medycznej pomocy doraźnej, zwanych dalej „centrami”, przy czym zakłada się, że w pierwszej kolejności świadczeniobiorca będzie korzystał z telefonicznej konsultacji lub teleporady zapewnianej przez platformę, a dopiero w przypadku, gdy pomoc udzielona przez platformę jest niewystarczająca albo stan zdrowia świadczeniobiorcy wymaga osobistego kontaktu ze świadczeniodawcą – ze świadczeń centrum.

Platforma jest administrowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w ramach której są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie określonym w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w formie teleporady przez pielęgniarkę, położną oraz lekarza.

Kanałem kontaktu z Platformą są: telefon kontaktowy nr 800 137 200 oraz formularz kontaktowy zamieszczony na stronie internetowej pod adresem gov.pl./dom. Następnie jest przeprowadzany wywiad ze świadczeniobiorcą w celu udzielenia w zależności od potrzeb w szczególności teleporady, skierowania do centrum lub powiadomieniu o konieczności skontaktowania się z nr 112.

Działania w ramach platformy mają charakter ogólnopolski i są realizowane od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 dnia danego do godziny 8.00 dnia następnego.

W konsekwencji w ww. zakresie czasowym każdy świadczeniobiorca korzystając z ww. kanałów komunikacji będzie mógł otrzymać nie tylko pomoc w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, nie będącego stanem nagłym, bez konieczności udania się do podmiotu leczniczego lub wezwania zespołu ratownictwa medycznego, lecz także otrzymać informację o wolnych terminach przyjęć w centrach.

Centra są obowiązane do przekazywania informacji o wolnych terminach do Platformy przy wykorzystaniu platformy Domowej Opieki Medycznej (DOM). Aktualizacja danych w tym zakresie pozwoli na usprawnienie organizacji funkcjonowania programu pilotażowego oraz poprawi komfort opieki nad świadczeniobiorcą, który otrzyma wiarygodną informację o możliwym terminie przyjęcia w centrum.

Dane z realizacji zadań Platformy wynikających z programu pilotażowego są przekazywane za pośrednictwem platformy DOM ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Następnie w związku z koniecznością dokonania ewaluacji programu pilotażowego są one przekazywane do Funduszu, w zakresie niezbędnym do dokonania tej ewaluacji. Realizując świadczenia w formie teleporady lekarz, pielęgniarka i położna korzystają z platformy DOM.

Centra będą zapewniały nie tylko świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej ale także wybrane świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, odpowiadające najczęściej zgłaszanym potrzebom zdrowotnym związanym z wystąpieniem nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia.



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



W związku z ograniczonymi zasobami kadry medycznej oraz koniecznością uwzględnienia i nie dublowania zakresu świadczeń zabezpieczanych przez funkcjonujące na terenie danego powiatu szpitale, zakres świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zabezpieczanych przez poszczególne centra może się różnić. Pełen zakres świadczeń specjalistycznych centrum będzie obowiązane zapewnić tylko w przypadku, gdy na terenie danego powiatu nie ma szpitala, który udziela tych świadczeń. Przy określeniu wykazu świadczeń, które centrum powinno zapewniać wykorzystano dotychczasowe doświadczenia dotyczące najczęściej zgłaszanych potrzeb zdrowotnych związanych z wystąpieniem nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia.

W centrach mają być realizowane świadczenia z zakresu: nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, pediatrii oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub chirurgii ogólnej. W sumie na liście świadczeń z zakresu procedur zabiegowych ambulatoryjnych jest 66 punktów.

Centra będą zapewniały świadczenia od poniedziałku do piątku w godzinach między 18.00 a 24.00 oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 24.00. Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że znacząca większość świadczeniobiorców zgłasza się do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej do godz. 24.00. Po tej godzinie świadczeniobiorca będzie mógł nadal skorzystać ze świadczeń Platformy.

Biorąc pod uwagę, że w programie pilotażowym udział wezmą podmioty, które obecnie posiadają umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, a umowa o realizację programu pilotażowego zastąpi dotychczasowe umowy w tym zakresie, dodatkowe środki finansowe, konieczne do sfinansowania świadczeń udzielanych przez centra będą związane z koniecznością poniesienia kosztów świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (zgodnie z projektem wysokość ryczałtu za świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nie ulega zmianie w porównaniu z ryczałtem obecnie otrzymywanym przez te podmioty).

## II. Stanowisko zespołu konsultacyjnego.

1. Proponowane rozwiązanie przewiduje, że w czasie, gdy nie będzie działała podstawowa opieka zdrowotna, osoby potrzebujące pomocy będą korzystać z teleporady, a jeżeli okaże się, że ta nie wystarczy, będą kierowani do lekarza w centrach medycznej pomocy doraźnej. Choć należy rozumieć potrzebę i intencje Projektodawcy takiego zorganizowania w nocy i święta opieki zdrowotnej aby karetki wyjeżdżały wyłącznie do pilnych przypadków a nie zwykłej gorączki, a także potrzebę rozwoju innych form kontaktu z pacjentem, nie da się jednak tego zrobić bez dobrego przygotowania kadr i uwzględnienia wielu szczegółów organizacyjnych i klinicznych. Pojawiają się poważne wątpliwości, czy pracownicy medyczni zatrudnieni w Platformie Pierwszego Kontakt, w szczególności pielęgniarki i położne podołają wyznaczonemu im, niezwykle

odpowiedzialnemu zadaniu, jakim jest zdiagnozowanie nagłego przypadku i wskazanie najlepszej możliwej terapii. Zespół konsultacyjny stoi na stanowisku, że osoby te zanim podejmą omawianą funkcję, powinny wcześniej przejść dodatkowe szkolenie, w szczególności z zakresu ratownictwa medycznego oraz w zakresie podstawowego diagnozowania i leczenia chorób wewnętrznych.

2. W powiatach, gdzie nie ma szpitala, w godzinach od 18.00 do 24.00 mają dyżurować centra medycznej pomocy doraźnej, oferujące też opiekę specjalistyczną. Efektywność udzielenia specjalistycznej pomocy w wielkim stopniu uzależniona jest od dobrej, szczegółowej diagnozy. Rodzi się więc pytanie – czy taka diagnostyka będzie w tych Centrach dostępna? Jeśli nie będzie – pacjenci będą te placówki ignorować i jak wcześniej - będą próbować dostać się na SOR, gdzie (po długim oczekiwaniu) otrzymają pełen zakres niezbędnej diagnozy i badań, ponieważ w nowym systemie po północy będzie można zadzwonić tylko na Platformę Pierwszego Kontaktu lub pojechać na szpitalny oddział ratunkowy.
3. System ma odciążać nocną pomoc lekarską i SOR-y, bo w tej chwili duża część pacjentów trafia tam albo z błahymi dolegliwościami, albo przeciwnie - z problemami poważnymi, ale takimi, które powinny być diagnozowane i leczone gdzie indziej, w POZ lub AOS. Jednak należy obawiać się, że tacy pacjenci i tak znajdą sposób, żeby obejść system, jeśli w tym nowym nadal będą musieli tygodniami lub miesiącami czekać na badania. Takim prostym sposobem może być odczekanie z wezwaniem pomocy do 24.00, kiedy Centra Medycznej Pomocy Doraźnej przestają działać i wtedy pacjent ma większą szansę zostać skierowany do regularnego szpitala, gdzie SOR umożliwi mu szeroką specjalistyczną diagnozę. Z doświadczenia pacjenci wiedzą, że jest to najlepszy, z ich punktu widzenia, sposób na przyspieszenia diagnostyki i badań, na które w tzw. normalnym trybie czekaliby wiele miesięcy. A nie mają tyle własnych środków, żeby takie badania diagnostyczne robić w placówkach prywatnych.
4. Inna wątpliwość dotyczy tego, czy Platforma (infolinia) dobrze spełni rolę selekcyjną - i w jakim stopniu. Czy, poza najbardziej oczywistymi przypadkami, gdy pacjent usłyszy, że ze stanem podgorączkowym czy lekką biegunką nie ma co udawać się do centrum pomocy doraźnej a tym bardziej na SOR, dyżurujący pod telefonem lekarze (można się domyślać - raczej młodszy stażem), pielęgniarki czy położne nie będą jednak rekomendować wizyty osobistej w Centrum Medycznej Pomocy Doraźnej lub SOR - na wszelki wypadek. Podobnie, jak wysłania karetki ZRM często nie odmawiają dyspozytorzy, jeśli tylko mają możliwość zadysponowania. Osoby w dyspozytorni Platformy, szczególnie te, które nie mają dużego doświadczenia w pracy z nagłymi przypadkami, będą starały się unikać nadmiernego ryzyka, którego konsekwencje dotkną nie tylko pacjenta ale możliwe, że również samego dyspozytora.

5. Pojawia się też paradoks: teleporady są uznawane za złe (co wynika z praktyki pacjentów w okresie pandemii Covid-19), jeśli lekarze POZ, mający dostęp do danych zdrowotnych pacjenta, udzielają ich swoim, a więc z reguły znanym sobie pacjentom. A obecnie są uznawane przez Projektodawcę za dobre w sytuacji, gdy będzie ich udzielać przypadkowy lekarz lub pielęgniarka nieznanego sobie osobie? Należy zwrócić uwagę na fakt, że podobna wstępna selekcja przypadków zgłaszanych telefonicznie przez pacjentów w czasie pandemii Covid-19 w większości przypadków się nie sprawdziła. Zatem zespół konsultacyjny wnioskuje, aby pacjent miał równoległą możliwość z własnej inicjatywy osobistego kontaktu z Centrami medycznej pomocy doraźnej.
6. Pojawia się tu kolejny problem do rozwiązania: nie określono jednoznacznie, kto i z jakimi kwalifikacjami będzie podczas teleporady prowadził rozmowy z pacjentem. Bardzo trudno udzielać teleporad nie znając problemów zdrowotnych i pełnej dokumentacji pacjenta. Taki dostęp do dokumentacji powinien stać się niezbędnym elementem, w oparciu o który pacjent jest diagnozowany i ordynowana jest terapia. Taki dostęp do dokumentacji pacjenta powinni mieć przynajmniej lekarze w Centrum Medycznej Pomocy Doraźnej. Bez dostępu przynajmniej do podstawowej dokumentacji medycznej pacjenta może takie świadczenie rodzić poważne ryzyka. Zespół konsultacyjny stoi na stanowisku, że przynajmniej na poziomie Centrum medycznej pomocy doraźnej, taki dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta jest niezbędny, aby zminimalizować ryzyka nietrafnej diagnozy i w konsekwencji – ordynowanej terapii. Nowy model nocnej opieki oparty w pierwszej kolejności na teleporadzie mógłby być dobrym rozwiązaniem, jednak z zastrzeżeniem właśnie dostępu do elektronicznej dokumentacji pacjenta, której obecnie jeszcze nie ma.
7. Jeżeli Projektodawca zakłada, że obecnie istniejące punkty świadczące pomoc z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zostaną zlikwidowane i zastąpione Centrami medycznej pomocy doraźnej, to centra te powinny zostać wyposażone także w urządzenia oraz leki niezbędne dla udzielenia rzeczywistej, natychmiastowej pomocy w nagłych, zgłaszanych przez pacjenta w porze wieczorowo-nocnej przypadkach.
8. Należy zwrócić uwagę na problem z zaopiekowaniem w nowym systemie osób dotkniętych bezdomnością oraz osób trudno i nie kontaktowych. Takie osoby nie zgłoszą się o teleporadę do Platformy, więc w jakimś stopniu ich dostęp do opieki medycznej w porze wieczorowo-nocnej będzie dodatkowo utrudniony w porównaniu z dostępem, jaki miałyby one przy obecnym systemie opieki nocnej i świątecznej. A bardzo często osoby te mają liczne równoległe schorzenia i wymagają kompleksowej diagnozy i leczenia.

9. Nieco podobne wygląda sytuacja z osobami wykluczonymi cyfrowo. One także nie będą mogły dodzwonić się na numer telefonu Platformy – jako jedynej ścieżki kontaktu z systemem opieki zdrowotnej, poza numerem 112.
10. Wprowadzenie efektywnej teleporady dla pacjenta za pośrednictwem Platformy wymagać będzie przeprowadzenia na odległość trafnej diagnozy. Ta będzie bardzo utrudniona lub wręcz niemożliwa bez przeprowadzenia podstawowej samo-diagnozy przez pacjenta, przy pomocy prostych urządzeń typu ciśnieniomierz czy glukometr, itp. W sytuacji nagłych przypadków urządzenia te niestety najczęściej są niedostępne lub pacjent jest zbyt zestresowany, aby je użyć we właściwy sposób. W konsekwencji dyspozytor Platformy będzie musiał opierać się na bardzo ogólnikowych, subiektywnych odczuciach i opisie samego pacjenta, co często może prowadzić do fałszywej diagnozy przyczynowej i stanu pacjenta. W szczególności może prowadzić do straty cennego czasu na udzielenie pacjentowi skutecznej pomocy.
11. Jeżeli Centra medycznej pomocy doraźnej ustanowione zostaną w powiatach przy istniejących szpitalach – to po prostu powielą funkcje SOR i staną się ich kosztownym duplikatem. Jeżeli natomiast będą zlokalizowane w innych miejscach – to wymagać będą kosztownego wyposażenia w sprzęt i materiały oraz obsadę personelu medycznego. W projekcie rozporządzenia nie ma zawartych szacunków, jakiej wielkości fundusze będą do tego niezbędne.
12. Zespół konsultacyjny wyraził także obawę czy ustanowienie jednego numeru w całym kraju do zgłaszania się pacjentów w nagłych przypadkach w godzinach wieczornonocnych i w dni świąteczne – będzie na tyle efektywne, że nie będzie powodowało kolejek w oczekiwaniu na połączenie. Należy bezwzględnie uniknąć takiej sytuacji kolejek, ponieważ podważyłoby to sens wprowadzania nowego systemu pomocy, z powodu znacznego ograniczenia dostępności oraz zniechęcenia pacjentów do korzystania z nowego systemu.
13. Pozytywnie należy ocenić zaś kierunek, aby w ramach Platformy i rozmowy telefonicznej pacjent, który zostanie skierowany na wizytę w centrum pomocy doraźnej - wcześniej miał możliwie dokładną informację, jaka jest dostępność i jaki jest obecnie czas oczekiwania we wskazanym Centrum.



## 1. Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych” (ID 203)

### I. Diagnoza problemu oraz propozycje rozwiązań zawarte w Projekcie

Zdaniem Projektodawcy „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych” umożliwi realizację celu określonego w stosownej ustawie, tj. modernizacji, przebudowy lub doposażenia podmiotów leczniczych w ramach Subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych oraz finansowanie działań w następujących obszarach:

- 1) wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) wymiana łóżek szpitalnych;
- 3) wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego.

Program ma zapewnić finansowanie pilnych działań zapewniających modernizację infrastruktury budowlanej oraz systematyczne uzupełnianie i wymianę zużytej oraz wyeksploatowanej bazy sprzętowej podmiotów leczniczych, w celu zwiększenia dostępności i podniesienia jakości świadczonych usług medycznych, poprawy komfortu pacjentów, czyli zapewni warunki do racjonalnego, nowoczesnego, kompleksowego i skutecznego leczenia.

Szpitalne w kraju dysponują 200 398 łózkami o średnim obłożeniu 70%. We wszystkich województwach średnie obłożenie faktyczne jest niższe niż przyjęty poziom optymalny 80%, co wskazuje skalę potencjalnych przekształceń w systemie opieki szpitalnej. Zestawiając obecne średnie obłożenia łóżek i optymalne obłożenie na poziomie 80% widoczny jest potencjał na przybliżonym poziomie 19 070 łóżek do zagospodarowania na cele przekształceń oddziałów o zwiększonym zapotrzebowaniu na świadczenia zdrowotne, w tym na potrzeby oddziałów geriatry i na łóżka opieki długoterminowej.

Zidentyfikowane problemy:

- 1) ograniczona dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów geriatrycznych;
- 2) ograniczona dostępność do świadczeń opieki długoterminowej w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 3) długi czas oczekiwania na przyjęcie pacjenta w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz na oddziałach geriatrycznych;
- 4) duży odsetek (45%) powierzchni infrastruktury w stacjonarnych zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych jest w nieodpowiednim stanie technicznym.

Problem starzenia się społeczeństwa jest powiązany również z nasilającą się wielochorobowością i dużą liczbą pacjentów w wieku sędziwym 80+. Powyższe wskazuje na konieczność podchodzenia do pacjenta geriatrycznego kompleksowo, obejmując go opieką koordynowaną, co pozytywnie wpływa na efekty leczenia i generuje mniejsze koszty dla

płatnika publicznego. Dlatego jest konieczne podejmowanie wielokierunkowych działań zmierzających do rozwoju zarówno stacjonarnych form leczenia w dedykowanych pacjentom geriatrycznym oddziałach, jak i zapewnienia różnych form opieki niestacjonarnej, dostępnej w pobliżu miejsca zamieszkania.

W ramach oferowanego wsparcia planowane jest dofinansowanie m.in. procesów związanych z przekształcaniem obecnych łóżek szpitalnych w łóżka geriatryczne i łóżka opieki długoterminowej, modernizacji oraz doposażenia istniejących podmiotów leczniczych posiadających struktury opieki długoterminowej oraz geriatry, a także tworzenia nowych miejsc ww. opieki.

Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego.

W ostatniej dekadzie zauważa się wzrost udziału zgonów z powodu upadków, wypadków komunikacyjnych, zatruc, utonięć, działań ognia, dymu oraz płomieni. We wszystkich wymienionych kategoriach, wg według oszacowań szacunków Eurostatu, zagrożenie życia w Rzeczypospolitej Polskiej jest wyższe niż przeciętne w krajach Unii Europejskiej. W celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w Rzeczypospolitej Polskiej działa system Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) obejmujący świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia w ramach tzw. pomocy w stanie nagłym. System ten stanowi swego rodzaju sieć naczyń połączonych, w przypadku której brak lub zaburzenie funkcjonowania któregośkolwiek z elementów wpływa na niską skuteczność działania systemu jako całości.

Pomimo znaczącej poprawy wyposażenia i funkcjonowania dotychczasowej infrastruktury ratownictwa medycznego, nadal istnieją potrzeby doposażenia, wymiany sprzętu i modernizacji infrastruktury jednostek systemu oraz jednostek z nim współpracujących w każdym jego ogniwie, na każdym etapie udzielania pomocy w stanie nagłym w ramach łańcucha przeżycia. System PRM wymaga wzmocnienia zarówno na etapie poza szpitalnym, czyli w zakresie wyposażenia Zespołów Ratownictwa Medycznego (ZRM) w środki transportu sanitarnego (ambulanse), jak i szpitalnym, czyli w odniesieniu do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR), Centrów Urazowych (CU) i Centrów Urazowych dla Dzieci (CUD).

W celu realizacji działań w ramach Programu minister właściwy do spraw zdrowia wprowadzi mechanizm finansowy umożliwiający wsparcie ze środków Programu podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w drodze procedury konkursowej określonej w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym. Interwencja będzie ukierunkowana na inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych wraz z wyposażeniem, w tym w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną najnowszej generacji.

Wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych

Działania będą ukierunkowane na podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie geriatry i opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych. Planowane interwencje obejmują swym zakresem inwestycje w:



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



- 1) zwiększanie bazy łóżkowej na oddziałach geriatrycznych;
- 2) zwiększenie bazy łóżkowej opieki długoterminowej świadczonej stacjonarnie;
- 3) modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych przez inwestycje w prace remontowo-budowlane oraz doposażenie w sprzęt medyczny.

Biorąc pod uwagę prognozowane zmiany w strukturze demograficznej, wzrost popytu na świadczenia zdrowotne dla osób starszych, coraz droższe technologie medyczne, przewidywany wzrost średniej długości życia, malejący współczynnik dzietności, zmiany modelu funkcjonowania rodziny – dedykowane wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych przyczyni się do poprawy opieki zdrowotnej w tym zakresie.

W wyniku zrealizowania działań wspierających podmioty lecznicze w ramach opieki geriatrycznej i długoterminowej:

- 1) zostanie zwiększona baza łóżkowa w oddziałach geriatrycznych i baza łóżkowa w opiece długoterminowej, co wpłynie na zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, ich jakości oraz zapewnienie kompleksowości opieki;
- 2) zostanie zwiększona baza opieki stacjonarnej, co wpłynie na zmniejszenie czasu oczekiwania na świadczenie i w konsekwencji spowoduje obniżenie kosztów interwencji medycznych;
- 3) zostanie zmniejszona dysproporcja w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych blisko miejsca zamieszkania pacjenta – zniwelowane zostaną różnice w dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej między województwami, w następstwie wzrostu liczby łóżek;
- 4) system opieki zdrowotnej zostanie w większym stopniu dostosowany do zwiększającej się liczby starszych pacjentów i udzielania im kosztochłonnych, ciągłych świadczeń opieki długoterminowej i geriatrycznej;
- 5) nastąpi zmodernizowanie infrastruktury podmiotów leczniczych, a w efekcie zwiększenie stopnia jej dostosowania do aktualnych potrzeb i wymogów, a także do potrzeb osób starszych i z niepełnosprawnościami;
- 6) zmodernizowana infrastruktura zwiększy bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta i wpłynie pozytywnie na efekty zastosowanego leczenia, a także umożliwi dalszy rozwój i specjalizację podmiotów leczniczych w kierunku kompleksowej, skoordynowanej opieki nad pacjentem;
- 7) inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych umożliwią sprawowanie opieki nad seniorami zgodnie ze standardami leczenia geriatrycznego, a także zostaną stworzone warunki do kształcenia ustawicznego i tworzenia nowych miejsc specjalizacyjnych i miejsc pracy dla przyszłych lekarzy geriatrów.

Planowane łączne nakłady z Funduszu Medycznego na realizację działań przewidzianych w ramach Programu wynoszą 6 767 mln zł, w tym:

w 2022 r. – 217 mln zł;



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



w 2023 r. – 1 211 mln zł;  
w 2024 r. – 581 mln zł;  
w 2025 r. – 844 mln zł;  
w 2026 r. – 1 366 mln zł;  
w 2027 r. – 1 141 mln zł;  
w 2028 r. – 1 198 mln zł;  
w 2029 r. – 209 mln zł.

## II. Stanowisko zespołu konsultacyjnego.

Przedmiotowy „program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych” Zespół Konsultacyjny ocenia jako ważny krok w kierunku poprawy sytuacji pacjentów. Infrastruktura, zarówno budowlana jak i sprzętu medycznego, jest jednym z elementów niezbędnych do zapewnienia dostępności wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej. Zespół konsultacyjny zgadza się z tezą prezentowaną przez ekspertów, że jednym z głównych problemów podmiotów prowadzących działalność leczniczą jest niespełnianie przez nie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Większość budynków, w których są zlokalizowane placówki medyczne, powstała już wiele lat temu, a przeprowadzane dotychczas prace w zakresie modernizacji pozwalały jedynie na fragmentaryczne odtwarzanie infrastruktury. Stare budynki i wyeksploatowana infrastruktura nie spełniają standardów i wymaga modernizacji, w tym także dostosowania do potrzeb osób o różnym stopniu niepełnosprawności. Nie bez znaczenia pozostaje kwestia coraz większych nakładów potrzebnych na utrzymanie, naprawy i remonty wyeksploatowanych budynków. Rosnące koszty utrzymania i remontów ograniczają możliwość rozwoju podmiotów leczniczych i ograniczają dostępność świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów.

1. Zmieniająca się sytuacja epidemiologiczno-demograficzna kraju oraz dynamiczny postęp wiedzy technologicznej i medycznej wymaga, Zdaniem członków Zespołu Konsultacyjnego, wprowadzania określonych zmian mających na celu dostosowanie potencjału infrastruktury diagnostyczno-leczniczej do obowiązujących wymogów i potrzeb pacjentów. Istotne problemy infrastrukturalne systemu ochrony zdrowia w Polsce wskazała m.in. w swoim raporcie Najwyższa Izba Kontroli. Zespół Konsultacyjny zgadza się z zaprezentowaną tezą, że brak wsparcia infrastruktury podmiotów leczniczych wpływa na:



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



- pogorszenie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
  - spadek lub brak dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów;
  - wydłużenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej;
  - spadek bezpieczeństwa i komfortu, zarówno pacjentów i ich rodzin, jak i kadry podmiotów leczniczych;
  - ryzyko niespełnienia wymogów sanitarnych i technicznych oraz współczesnych standardów opieki szpitalnej;
  - rosnące koszty coraz częstszych napraw i remontów poszczególnych części infrastruktury szpitali;
  - rosnące koszty eksploatacyjne;
  - problemy z dostosowaniem się do zmieniających się technologii leczenia;
  - problemy z dostosowaniem potencjału infrastruktury diagnostyczno-leczniczej do potrzeb społeczeństwa.
2. Skutkiem oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane seniorom jest pogłębienie się niesprawności i niesamodzielności, znaczny spadek jakości ich życia, a przede wszystkim opóźnienie diagnostyki i wdrożenia odpowiedniego leczenia skutkujące mniejszymi szansami na wyleczenie lub osiągnięcie pożądanego efektu klinicznego. Niewielka liczba oddziałów geriatrycznych, długi czas oczekiwania na świadczenie oraz wielochorobowość osób starszych sprawiają, iż pacjenci są alokowani w większości na inne dostępne oddziały, ponieważ brakuje bazy łóżkowej dla pacjentów geriatrycznych. Kolejka oczekujących powoduje również, iż rosną koszty leczenia pacjenta. Z oceny stanu infrastruktury oddziałów geriatrycznych wynika, że istnieje wysoki odsetek szpitali, które oceniły stan infrastruktury jako nieodpowiedni i niedostosowany do potrzeb społeczeństwa. Nowe oddziały geriatryczne powinny być tworzone w już istniejących pomieszczeniach szpitalnych, które nie są obecnie efektywnie wykorzystywane, po ich gruntownej modernizacji w ramach omawianego programu inwestycyjnego.
3. Wzrastająca liczba osób wymagających świadczeń w ramach opieki długoterminowej i bardzo długi czas oczekiwania na przyjęcie do ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej, wskazuje na ograniczoną liczbę dostępnych miejsc w tych ośrodkach. Postępujące starzenie się populacji wpływa na ograniczoną dostępność do świadczeń opieki długoterminowej oraz powoduje znaczne obciążenie systemu ochrony zdrowia i brak możliwości zapewnienia wszystkim potrzebującym natychmiastowego dostępu, co jest istotne z punktu widzenia zachowania ciągłości leczenia pacjentów. Pobyt pacjentów w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-

opiekuńczych jest zdecydowanie dłuższy niż w oddziałach szpitalnych, a jego celem powinno być przywrócenie pacjentowi możliwie jak największej sprawności fizycznej oraz psychicznej. obecna sytuacja jest krytyczna, szczególnie w kontekście długości oczekiwania na miejsce w takim zakładzie. Wg. danych statystycznych, najdłuższy przeciętny rzeczywisty czas oczekiwania w przypadku stabilnym na przyjęcie pacjenta do zakładu lub oddziału opiekuńczo-leczniczego wyniósł w lutym 2020 r. 593 dni.

4. Konieczne zatem są bieżące inwestycje w zakresie dostosowywania szpitali do wymogów przestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych. Rodzą się jednak pytania, na które Projektodawca nie dał jednoznacznej odpowiedzi w przedmiotowym projekcie, np. czy konkurs na wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych (opieka długoterminowa/geriatria) dotyczy modernizacji istniejących zakładów opiekuńczo-leczniczych, czy budowy nowych obiektów. Zdaniem członków Zespołu Konsultacyjnego – powinien obejmować oba obszary.
5. Zakładając, że Program zapewni finansowanie pilnych działań przede wszystkim w obszarze opieki długoterminowej, w tym szczególnie zapewniających modernizację infrastruktury budowlanej oraz systematyczne uzupełnianie i wymianę wyeksploatowanej bazy sprzętowej podmiotów leczniczych, Zespół Konsultacyjny proponuje szerszą strategię odnośnie obszaru opieki długoterminowej. Zespół zgadza się ze stanowiskiem ekspertów, że w długim okresie należy przeciwdziałać nadmiernej instytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi i opieka szpitalna w sytuacjach zagrożenia życia lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia starszych pacjentów była prowadzona na oddziałach wieloprofilowych, stosownie do wymaganego stopnia natężenia opieki lekarskiej i pielęgniarskiej nad pacjentem. W związku z tym należy stopniowo ograniczać rozwój modelu opieki bazującego na szpitalnych oddziałach geriatrycznych jako komórkach organizacyjnych w szpitalach tzw. ostrej terapii. Natomiast bardziej należałoby inwestować w oddziały opieki oraz rehabilitacji podostrej, których celem jest przywracanie sprawności pacjentom, w tym seniorom po okresie ostrej hospitalizacji. Wielodyscyplinarna opieka prowadzona właśnie na takich oddziałach powinna ograniczyć częstość umieszczania seniorów w zakładach opiekuńczo-leczniczych (poziom natężenia: opieka długoterminowa). Takie wieloprofilowe oddziały opieki podostrej przyczyni się do bardziej racjonalnej gospodarki zasobami szpitalnymi przeznaczonymi przede wszystkim do działania w stanach ostrych i to niezależnie od wieku pacjenta.
6. Należy również zainwestować w nowoczesne poradnie dla seniorów. W poradniach geriatrycznych lekarze powinni konstruktywnie współpracować z wielodyscyplinarnym zespołem profesjonalistów opieki senioralnej. Głównym zadaniem wzmiankowanych poradni powinno być utrzymywanie starszych pacjentów jak najdłużej poza instytucjami

lecznictwa zamkniętego. Istotny jest także aspekt medyczno-ekonomiczny, gdyż zapobieganie hospitalizacjom, czy też umieszczeniu seniorów w zakładach opieki długoterminowej cechuje się korzystnym wskaźnikiem koszt-efekt. Warto stworzyć korzystne warunki do tego, aby takie poradnie były uruchamiane przy szpitalach i stawały się częścią organizacji koordynowanej ochrony zdrowia obejmujących szpitale, poradnie specjalistyczne, podstawową opiekę zdrowotną rehabilitację i opiekę długoterminową.

7. Zespół Konsultacyjny postuluje również, aby w zakresie wyposażenia podmiotów leczniczych w aparaturę i sprzęt medyczny – co pomoże zwiększyć dostępność pacjentów do procedur diagnostycznych i leczenia, w najbliższym czasie zapewnić fundusze na inwestycje w bieżące utrzymanie sprzętu, zapewnienie mu należytej (specjalistycznej) obsługi oraz zapewnienie odnowienia sprzętu po zakończeniu jego okresu funkcjonowania.

Stanowisko Zespołu Konsultacyjnego moderował i opracował:

Stanisław Maćkowiak

Ekspert Projektu



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

