

	Podmiot zgłaszający uwagę	Nazwa dokumentu (załącznika)	Miejsce/Strona	Treść projektu dokumentu, której dotyczy uwaga	Treść uwagi
1.	„Porozumienie Zielonogorskie” Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia	Dokument główny	Strona 49	Kluczowe słabości POZ obejmują: brak wystarczającej liczby specjalistów medycyny rodzinnej (specjaliści chorób wewnętrznych i pediatrii, którzy mogą również pracować jako lekarze POZ, mają ograniczone kompetencje w dziedzinie medycyny rodzinnej), ogólny brak lekarzy POZ (również w przeliczeniu na liczbę pacjentów), niedobór pielęgniarek i położnych, starzejąca się kadra POZ, nierównomierny dostęp do POZ, nieefektywne metody finansowania POZ oraz ograniczone wykorzystanie nowoczesnych narzędzi informatycznych	Należy uzupełnić diagnozę o poniższe: Słabości POZ to również: 1. Systemowe preferowanie przez instytucje państwowe medycyny naprawczej oraz leczenia szpitalnego, wbrew powszechnej tendencji w medycynie odwracania tzw. piramidy świadczeń oraz wzmocnienia roli lekarzy i placówek POZ. 2. Brak wizji i strategii rozwoju POZ na poziomie rządu połączony z niedocenianiem roli POZ w systemie ochrony zdrowia. 3. Brak mechanizmów umożliwiających przekazywanie (sukcesję) praktyk. 4. Nadmierne obciążenie pracą personelu POZ, w tym zbyt duża ilość obowiązków administracyjnych realizowanych na potrzeby biurowe i innych instytucji (opinie, skierowania, zaświadczenia, etc.). 5. Brak ułatwień i zachęt do uzyskania specjalizacji z medycyny rodzinnej przez lekarzy posiadających inne specjalizacje. 6. Brak możliwości wykorzystywania wszystkich umiejętności nabywanych w trakcie procesu kształcenia lekarzy, pielęgniarek i położnych rodzinnych z powodu ograniczonego zakresu świadczeń refundowanych przez NFZ w POZ. 7. Brak rezydentur w pielęgniarstwie i położnictwie rodzinnym. 8. Brak systemu doskonalenia zawodowego pracowników niemedycznych POZ. 9. Zróżnicowana, często niedostosowana do dzisiejszych standardów leczenia i obsługi pacjentów, infrastruktura placówek POZ (np. niedostosowana do osób z niepełnosprawnościami).

					<p>10. Niski stopień informatyzacji placówek POZ, brak powszechnej informatyzacji systemu i precyzyjnych zasad przepływu informacji o pacjencie pomiędzy świadczeniodawcami (rozproszenie informacji medycznych dotyczących pacjentów).</p> <p>11. Niewystarczające mechanizmy finansowe promujące jakość i szeroki zakres świadczeń realizowanych w POZ.</p> <p>12. Utrudniony dostęp do świadczeń POZ w rejonach wiejskich.</p> <p>13. Ograniczony zakres badań diagnostycznych wykonywanych w POZ i refundowanych przez NFZ.</p> <p>14. Niedostateczna komunikacja pomiędzy lekarzami różnych specjalności.</p> <p>15. Nieprecyzyjne zasady współpracy pomiędzy POZ oraz innymi poziomami systemu ochrony zdrowia.</p> <p>16. Niewystarczający zakres opieki senioralnej, rehabilitacji domowej oraz opieki długoterminowej realizowanej w domu pacjenta</p> <p>17. Niewystarczające działania z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w stosunku do potrzeb i oczekiwań.</p>
2			Strona 52	<p>Pomimo wzrostu liczby przychodni oraz liczby porad, nadal istotnym problemem jest długi czas oczekiwania do specjalisty oraz nierównomierny dostęp do AOS i POZ w różnych powiatach.</p> <p>Długość oczekiwania na porady wpływa na poszukiwanie przez pacjentów opieki specjalistycznej niefinansowanej przez NFZ.</p> <p>Wzrost liczby porad prywatnych jest szczególnie obserwowany w</p>	<p>Należy uzupełnić diagnozę o poniższe:</p> <p>Na problem zmniejszającego się udziału świadczeń ambulatoryjnych w ogólnej strukturze świadczeń finansowanych ze środków publicznych zwróciła uwagę NIK w swoim Raporcie z maja 2019 r. pt. System ochrony zdrowia w Polsce– stan obecny i pożądane kierunki zmian, w którym podkreślono, iż „nadmierna liczba hospitalizacji jest przyczyną powstawania nieuzasadnionych kosztów, a nawet stanowi zagrożenie dla pacjentów z uwagi na występowanie lekoopornych szczepów bakterii w środowisku szpitalnym. Wiele procedur medycznych</p>

				<p>ramach poradni kardiologicznej, endokrynologicznej oraz urologicznej. Wzrost liczby porad niefinansowanych przez NFZ znacznie przewyższa tam spadek liczby porad udzielanych w ramach NFZ w latach 2016-2018.</p>	<p>– wykonywanych obecnie w lecznictwie szpitalnym – można dziś wykonać również w warunkach ambulatoryjnych. Koszt takich świadczeń jest niższy w porównaniu do takich samych usług medycznych wykonywanych w ramach hospitalizacji.” Dlatego wśród jednej z kluczowych rekomendacji pojawia się wskazanie, że „powinno się rozważyć przekształcenie części dotychczasowych szpitali w zespoły opieki ambulatoryjnej (ZOA), których stałym zadaniem będzie udzielanie kompleksowych świadczeń z zakresu diagnostyki, opieki specjalistycznej, a także świadczeń usprawniających (rehabilitacja).”</p> <p>Niestety w kolejnych latach udział świadczeń ambulatoryjnych mała.</p> <p>Bariery ograniczające rozwój Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej to:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Niski poziom finansowania porad w AOS w ogólnej strukturze świadczeń finansowanych przez NFZ. 2. Niski poziom wyceny porad lekarskich, świadczeń zabiegowych oraz badań diagnostycznych w AOS. 3. Niedobory personelu medycznego realizującego świadczenia w AOS. 4. Dominacja opieki stacjonarnej w modelu opieki zdrowotnej w Polsce. 5. Niezdefiniowana relacja i brak instytucjonalnej współpracy pomiędzy POZ, Lecznictwem Szpitalnym a AOS.
3			Strona 66	<p>Niezmiennym wyzwaniem dla poprawy efektywności systemu pozostaje zwiększenie roli świadczeń ambulatoryjnych i jednostek podstawowej opieki zdrowotnej, co pozwoliłoby na częściowe zmniejszenie kolejek</p>	<p>Zespół medycyny rodzinnej powinien odgrywać kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia, stanowiąc miejsce gromadzenia najważniejszych informacji na temat pacjenta i jego problemów zdrowotnych.</p> <p>Lekarz rodzinny nie może ograniczać się wyłącznie do leczenia, diagnozowania czy drugorzędnych</p>

				<p>do świadczeń stacjonarnych. Odejście od modelu opieki stacjonarnej pozwoli na ograniczenie rosnących kosztów hospitalizacji, a także bardziej kompleksową opiekę nad pacjentem. Wskaźnik możliwych do uniknięcia hospitalizacji w Polsce (odsetek przyjęć w przypadkach chorób, które można leczyć w warunkach ambulatoryjnych) jest ponad dwukrotnie wyższy od średniej dla krajów OECD</p>	<p>czynności administracyjnych. Musi przyjąć na siebie rolę rzeczywistego przewodnika pacjenta po systemie ochrony zdrowia. Dla realizacji tej funkcji powinien posiadać skuteczne narzędzia umożliwiające kontrolę zasadności wykorzystania kosztochłonnych świadczeń specjalistycznych i optymalnie powiązane z ich finansowaniem. Sprawdzone i naturalnym rozwiązaniem jest opcja budżetu powierzonego, zarządzanego w skali pozwalającej na racjonalny rozkład ryzyka. Rozwiązanie takie umożliwi lekarzowi rodzinnemu realizację rzeczywistej roli przewodnika pacjenta w systemie i koordynatora opieki oraz zagwarantuje wpływ na całość procesu diagnostyczno--terapeutycznego i jego koszty. Zespół medycyny rodzinnej powinien posiadać narzędzia do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego oraz efektywnej współpracy w ramach społeczności lokalnej, w tym z sektorem opieki społecznej. AOS zintegrowany funkcjonalnie z POZ. Skuteczne zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych wymaga zmiany modelu współpracy zespołu POZ z AOS, w tym zdefiniowania roli i zadań zespołu POZ oraz relacji z ambulatoryjną opieką specjalistyczną. Miarą skuteczności przyjętych rozwiązań jest zmniejszenie pacjentów skierowanych do szpitali, w szczególności trafiających na SOR oraz pacjentów będących pod ciągłą opieką specjalistów. Rosnąca liczba pacjentów dotkniętych chorobami cywilizacyjnymi o charakterze przewlekłym zwiększa zapotrzebowania na udział opieki specjalistycznej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Wyłania się tym samym zapotrzebowanie na Podstawową Opiekę Specjalistyczną (POS), która realizowana jest w modelu integracji organizacyjnej lub funkcjonalnej przez POZ i AOS. Warunkiem rozwoju POS są:</p>
--	--	--	--	---	---

					elektroniczna dokumentacja medyczna udostępniająca dane pacjenta gromadzone w IKP, plan leczenia, stratyfikacja pacjentów, elastyczne formy zatrudnienia personelu w zintegrowanych zespołach POS, dalsze delegowanie uprawnień na pielęgniarki.
4			Strona 67	Od 1 marca 2020 r. dodatkowo zniesiono limity na porady pierwszorazowe w czterech specjalnościach: neurologii, ortopedii, endokrynologii i kardiologii. Wprowadzono też bezlimitowe finansowanie wszystkich świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielonych dzieciom (tj. świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia). W celu uwzględnienia rosnących kosztów świadczeniodawców i zwiększenia finansowania świadczeń zdrowotnych z tego zakresu etapowo zwiększono wycenę tych świadczeń w zakresach: endokrynologia i endokrynologia dziecięca, gastroenterologia i gastroenterologia dziecięca, kardiologia i kardiologia dziecięca, neurochirurgia i neurochirurgia dziecięca, okulistyka i okulistyka dziecięca.	Wprowadzenie bez limitu świadczeń to zdecydowanie za mało. W sytuacji kiedy AOS boryka się z niedoborem personelu medycznego należy wprowadzić jednocześnie możliwość zatrudnienia dodatkowego personelu poniżej kwalifikacji deklarowanych w momencie składania oferty. Od dłuższego czasu obserwowany jest trend przechodzenia personelu medycznego z AOS do prywatnej służby zdrowia ze względu na niski poziom finansowania AOS w systemie ochrony zdrowia finansowanym ze środków publicznych. Aby ten trend odwrócić trzeba przede wszystkim zwiększyć wycenę porady lekarskiej do poziomu porównywalnego do wyceny na rynku komercyjnym. Wprowadzenie bezlimitowego finansowania w AOS nie poprawi dostępności do przedmiotowych świadczeń. Co więcej może jeszcze wydłużyć kolejki gdyż pacjenci będą liczniej zgłaszali się do lekarzy specjalistów, co przy obecnych zasobach kadrowych pogłębi jeszcze problem.
			Strona 126	Mając na celu dalsze wsparcie usługodawców we wdrażaniu funkcjonalności związanych z procesem wymiany EDM, 1 maja 2021 r. uruchomiono kolejny	Należy zamienić na czas przeszły, gdyż pilotaż już minął.

				Pilotaż, który koncentruje się na funkcjonalnościach związanych z wymianą EDM. Pilotaż potrwa do 30 czerwca br. W jego ramach usługodawcy będą mogli skorzystać z dofinansowania nabycia i sfinansowania urządzeń informatycznych, oprogramowania, usług związanych z prowadzeniem wymiany EDM oraz z finansowania aktywnego udziału w Pilotażu. “	
5			Strona 161	<p>Działania planowane do wdrożenia do 2030 r.</p> <p>Rozwój e-zdrowia, – wykorzystanie systemów teleinformatycznych w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz zwiększenia efektywności systemu ochrony zdrowia. (...)</p> <p>Rozwój systemów informacyjnych w ochronie zdrowia (...)</p> <p>Promocja zdrowia, profilaktyka oraz zapobieganie chorobom (...)</p> <p>Ograniczanie zjawiska emigracji zarobkowej wykształconej kadry medycznej (...)</p> <p>Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii, geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej.(...)</p>	<p>Zaplanowane do 2030r. działania są absolutnie niewystarczające w kontekście postawionej w dokumencie diagnozy.</p> <p>POZ</p> <p>Postulaty/kierunki działań konieczne do uwzględnienia w dokumencie to przede wszystkim:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. podniesienie jakości zasobów infrastruktury zdrowia na poziomie POZ. 2. wzmocnienie roli POZ w dostarczaniu usług i poprawy dostępności do diagnostyki, porad, terapii. <p>Szczegółowe postulaty przedstawiamy w załączonym dokumencie wypracowanym przez ekspertów Federacji pt. Fundusze Europejskie na rzecz POZ Kluczowe postulaty zmian systemowych Podstawowej Opieki Zdrowotnej.</p> <p>W nowej perspektywie wykorzystania środków pochodzących z funduszy unijnych w latach 2021-2027, Podstawowa Opieka Zdrowotna powinna stać się jednym z głównych jego beneficjentów. Środki te powinny służyć transformacji systemowej i zwiększeniu udziału finansowania POZ w</p>

				<p>Rozwój turystyki zdrowotnej (...)</p>	<p>opiece zdrowotnej, w ślad za realizacją nowych zadań. Będzie to zgodne z zapisami Celu Priorytetowego wskazanego w dokumencie programowym Komisji Europejskiej.</p> <p>AOS Rekomendowany jest ewolucyjny model rozwoju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oparty na:</p> <ol style="list-style-type: none"> Stopniowym rozdzieleniu w poradniach przyszpitalnych świadczeń ambulatoryjnych związanych z planowaną lub zrealizowaną hospitalizacją od świadczeń na rzecz pacjentów niewymagających hospitalizacji (klasyczna AOS). AOS niezwiązana z leczeniem stacjonarnym powinna zapewniać zarówno możliwość konsultacji pacjentów pozostających pod opieką lekarza poz jak i stałą opiekę realizowaną przez lekarzy poradni AOS u pacjentów rzeczywiście tego wymagających. Funkcjonalnej integracji AOS, w określonych zakresach świadczeń, ze świadczeniami w POZ – w ramach podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego. Integracji tej powinno towarzyszyć wyodrębnienie części poradni jako referencyjnych dla opieki nad określonymi rodzajami schorzeń, wymagających świadczeń wysokospecjalistycznych (np. po transplantacji narządów, w chorobach rzadkich, monitorowanie urządzeń wszczepialnych itp.) Rozszerzaniu produktów kompleksowej diagnostyki i leczenia w AOS w oparciu o model zarządzania chorobą. Zróżnicowanie zapotrzebowania w zależności od rozpoznania np. poradnie leczenia osteoporozy, w ramach której ma pełny dostęp do badań diagnostycznych w tym badania densytometrycznego i ustalany indywidualny plan leczenia realizowany później
--	--	--	--	--	--

					<p>przez lekarza POZ (źródło: mapy potrzeb zdrowotnych). Innym przykładem jest poradnia alergologiczna, gdzie proces odczulania wymaga od 20-30 wizyt co powinno być finansowane w formie ryczałtu obejmującego cały proces leczniczy.</p> <p>d. Rozszerzenie modeli opieki kompleksowej na pacjentem na wzór endokrynologii. W 2012 r. NFZ opracował i przedstawił w formie projektu zarządzenia ok. 40 pakietów dla różnych jednostek chorobowych.</p> <p>e. Opracowanie kryteriów przejścia pacjenta z przyszpitalnych poradni specjalistycznych do poradni AOS i POZ.</p> <p>f. Zmiana kryteriów konkursowych – dostosowanie ilości godzin w umowie do przyznanej ilości punktów a nie jak teraz konieczność utrzymania zasobów nawet przy małym kontrakcie.</p> <p>g. Delimitacja świadczeń wraz zwiększeniem wyceny porad lekarskich i zabiegowych w AOS w celu ograniczenia tendencji do nieuzasadnionego kierowania na hospitalizacje i a także pozyskania personelu medycznego przez sektor publiczny-</p> <p>h. Podwyższenie wyceny badań diagnostycznych do poziomu rynkowego</p> <p>i. Wykorzystanie potencjału medycyny pracy do badań przesiewowych np. poziomu glukozy, profilu lipidowego, kolonoskopii, cytologii, mammografii itp. finansowanych ze środków publicznych. Obligatoryjność zwiększa skuteczność interwencji. Zintegrowanie funkcjonalne działań lekarza medycyny pracy z lekarzem POZ lub AOS w oparciu o internetowy dostęp do platformy wymiany danych medycznych.</p>
--	--	--	--	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> j. Udostępnienie wszystkich badań diagnostycznych, w tym tych przesiewowych w IKP. k. Utworzenie poradni referencyjnych dla wybranych jednostek chorobowych w szpitalach wysokospecjalistycznych, klinicznych, instytutach, do których kierowani są pacjenci z określonym skierowaniem ICD 10. Skierowanie do poradni referencyjnej powinno być jednocześnie skierowaniem do szpitala (na Izbie Przyjęć lekarz decyduje czy pacjent wymaga poradni czy hospitalizacji). l. Likwidacja kryterium harmonogramu godzinowego w postępowaniach konkursach w zakresie AOS.
6			Strona 177	Piramida świadczeń	<p>Zasadniczym celem odwrócenia piramidy świadczeń jest wzmocnienie kluczowego ogniwa w opiece nad pacjentem, jakim jest podstawowa opieka zdrowotna. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien zajmować się wszystkimi problemami zdrowotnymi, niezależnie od wieku, płci i jakichkolwiek innych cech osoby. Jest odpowiedzialny za koordynację pracy podstawowej opieki zdrowotnej oraz współpracę z lekarzami reprezentującymi inne specjalności medyczne. Wprowadzenie tego modelu organizacyjnego zostanie powiązane ze zmianą sposobu finansowania POZ” Krajowy Plan odbudowy</p> <p>Biorąc pod uwagę komplementarność wsparcia zwracamy uwagę na konieczność uwzględnienia w szerszym aspekcie potrzeb Podstawowej Opieki Zdrowotnej w ramach dokumentu: RAMY STRATEGICZNE ROZWOJU SYSTEMU OCHRONY</p>

					ZDROWIA NA LATA 2021–2027, Z PERSPEKTYWĄ DO 2030 R.
7			Strona 185	Kierunek interwencji 1. Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych	<p>Planowane wsparcie ze środków UE powinno skupiać się na realizacji programów profilaktycznych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Należy zatem przygotować i wdrożyć programy profilaktyczne, których idea będzie realizacja działań promocyjnych i przesiewowych na rzecz populacji pacjentów objętych opieką przez podmioty POZ. Programy takie powinny być realizowane w formule grantowej, która ułatwi realizację projektów przez małe placówki POZ, które nie mają rozbudowanej kadry administracyjnej. Programy powinny zostać opracowane przez ekspertów wywodzących się ze środowiska POZ i znających to środowisko. Przykłady programów, które mogą być realizowane na poziomie POZ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pilotażowy program kompleksowej profilaktyki dla ok. 4-8 mln dorosłych pacjentów zadeklarowanych do lekarza POZ, mający na celu: identyfikację osób z grup ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i/lub chorób nowotworowych, indywidualne programowanie zakresu badań wynikających ze stwierdzonych ryzyk, kierowanie na badania przesiewowe do placówek realizujących określone programy, planowanie i realizacja interwencji prozdrowotnych ograniczających ryzyka zdrowotne. 2. Pilotażowy program opieki koordynowanej dla 1-2 mln dorosłych pacjentów zadeklarowanych do lekarza POZ, mający na celu proaktywne i planowane diagnostykę i leczenie chorych z najczęściej występującymi chorobami przewlekłymi, powiązane z poszerzonym zakresem badań diagnostycznych, konsultacjami innych specjalistów, edukacją w zakresie samokontroli i radzenia sobie z chorobą. 3. Pilotażowy program długoterminowej opieki

					<p>dziennej (DDOM-y) i domowej dla 0,5-1 mln pacjentów ze szczególnymi potrzebami zadeklarowanych do lekarza POZ, mający na celu integrację opieki pielęgnacyjnej, pielęgniarskiej, rehabilitacyjnej (w tym rehabilitacji zajęciowej), lekarskiej i społecznej.</p> <p>Należy jednak podkreślić, że bez zatrudnienia dodatkowego personelu programy profilaktyczne nie będą mogły być należycie realizowane. Dodać trzeba, że w Polsce na 100 zatrudnionych tylko 6 pracuje w ochronie zdrowia, przy średniej w krajach OECD – 10%, a w Niemczech wskaźnik ten wynosi ponad 13%, w Holandii ponad 15%, w Danii i w Szwecji ok. 18%, a w Norwegii aż 21% - dlatego my się dziwimy, że w ogóle ktoś się dziwi, że u nas wykonuje się za mało działań profilaktycznych. Zatem podkreślamy, iż programy profilaktyczne na poziomie POZ powinny zostać właściwie przygotowane przy uwzględnieniu specyfiki i przede wszystkim znajomości środowiska.</p> <p>Działania informacyjne w tym zakresie powinny być spójne z realizowanymi programami profilaktycznymi zatem powinny się skupiać na realizacji działań promocyjnych na rzecz populacji pacjentów objętych opieką przez podmioty POZ. Ogólnopolskie kampanie edukacyjne nie mogą stanowić jedyne wsparcia w tym obszarze. Należy przewidzieć również możliwość prowadzenia działań promocyjnych przez podmioty POZ.</p>
8			Strona 190	<p>Kierunek interwencji 2. Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki</p>	<p>Należy uwzględnić programy pilotażowe na poziomie POZ np. program profilaktyki i opieki koordynowanej w małych ośrodkach wiejskich (POZ-Wieś OK), pilotażowy program długoterminowej opieki domowej (DDOM-y) i domowej dla 0,5-1 mln pacjentów ze szczególnymi potrzebami zadeklarowanych do lekarza POZ, mający na celu integrację opieki</p>

					pielęgniacyjnej, pielęgniarskiej, rehabilitacyjnej (w tym rehabilitacji zajęciowej), lekarskiej i społecznej.
9			Strona 192	Narzędzie 2.1. Poprawa jakości, przyjazności i efektywności systemu opieki zdrowotnej	<p>W kontekście postawionej w dokumencie diagnozy niezrozumiałe jest zdanie: „Celem przedmiotowego narzędzia powinno być dążenie do wyeliminowania wszelkich zagrożeń dla poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, zwiększenia przyjazności oraz efektywności operacyjnej i finansowej w podmiotach leczniczych udzielających w szczególności świadczeń szpitalnych”.</p> <p>Dlaczego narzędzie zostało ukierunkowane na świadczenia szpitalne?</p> <p>Nasze propozycje rozwiązań systemowych: 1. Stworzenie mechanizmów motywujących do poprawy jakości i poszerzania zakresu świadczeń POZ; 2. Wprowadzenie rozwiązań umożliwiających kontraktowanie dodatkowych umiejętności lekarza, pielęgniarki, położnej; 3. Opracowanie map potrzeb zdrowotnych dla POZ; 4. Stworzenie lokalnych telemedycznych centrów POZ do koordynowania konsultacji specjalistycznych i opieki medycznej w ramach zespołowej współpracy z pielęgniarką, położną oraz przedstawicielami innych zawodów i specjalności medycznych.</p>
10			Strona 194	Narzędzie 2.2. Wsparcie i rozwój opieki koordynowanej, w tym nad osobami starszym Koordynowana opieka zdrowotna powinna być jednym z podstawowych kierunków zmian planowanych w najbliższych latach w systemie zarządzania	Należy uwzględnić programy pilotażowe na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej np. program telemonitoringu 100-200 tys. pacjentów z chorobami przewlekłymi wymuszającymi pozostanie w domu, poprawiający jakość opieki a także komfort pracy opiekunów domowych (m.in.. wsparcie psychologiczne dla opiekunów, zastępstwa

				<p>opieką zdrowotną w Polsce. Działania w tym zakresie należy ukierunkować na wypracowanie, przetestowanie, a następnie wdrożenie nowych instrumentów służących zapewnieniu odpowiedniej koordynacji procesu leczenia, szczególnie w przypadku chorób przewlekłych</p>	<p>wolontariuszy dla potrzeb regeneracji sił, grupy wsparcia itp.) Utrudniony dostęp do usług medycznych mają szczególnie mieszkańcy obszarów słabiej rozwiniętych gospodarczo i terenów wiejskich. W 2019 roku na obszarach wiejskich, zamieszkiwanych przez 40% ludności, udzielono tylko 23% wszystkich porad POZ. W szczególnie trudnej sytuacji są seniorzy mieszkający na obszarach o niskiej dostępności komunikacji publicznej. W 2018 r. osobom powyżej 65. roku życia udzielono 80,8 mln porad w miastach, a tylko 14,7 mln na wsi. Podmioty lecznicze i usługi medyczne charakteryzują się też różnym poziomem dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.</p>
11			Strona 196	<p>Narzędzie 2.3. Wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki, w tym rozwój środowiskowych form opieki</p>	<p>Jak wyżej</p>
12			Strona 197	<p>Kierunek interwencji 3: Poprawa dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia</p> <p>Podejmowane w ostatnich latach działania na rzecz poprawy infrastruktury szpitalnej, w szczególności oddziałów szpitalnych, przynoszą widoczne efekty i znacząco wpływają na poprawę jakości udzielanych świadczeń. Jednocześnie jednak, dynamicznemu rozwojowi ww. obszaru nie zawsze towarzyszy jednoczesny rozwój komórek funkcjonalnych pełniących funkcję</p>	<p>Kolejny raz wsparcie ukierunkowane na rzecz szpitali.</p> <p>Postulujemy o dostosowanie infrastruktury i zasobów kadrowych POZ do realizowanych zadań, szczególnie w obszarze opieki nad osobami ze szczególnymi potrzebami oraz poprawa komunikacji pacjenta z podmiotem medycznym.</p> <p>WSPARCIE FINANSOWE DLA:</p> <p>1. Dostosowania lokalowego placówek do nowych zadań (m.in. wydzielenie izolatek, pomieszczeń dla contact center, gabinetów promocji zdrowia, dietetycznych, fizjoterapeutycznych, konsultacyjnych) oraz do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych ze szczególnymi potrzebami (m.in. z ograniczeniem sprawności ruchowej, niedowidzących i niedosłyszących).</p>

				<p>usługową względem ww. oddziałów, takich jak np. pracownie czy laboratoria. W tym kontekście w perspektywie finansowej 2021-2027 konieczne jest ukierunkowanie wsparcia również na ww. obszary.</p> <p>WYZWANIA –OBSZARY WYMAGAJĄCE WSPARCIA• Wprowadzenie nielimitowania świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).•Modernizacja infrastruktury budowlanej i technicznej szpitali, której pogarszający się stan może powodować istotne obniżenie jakości świadczonych usług zdrowotnych</p>	<p>2.Wyposażenia każdej placówki POZ w łącznie światłowodowe. 3.Zakupu sprzętu medycznego niezbędnego dla realizacji dla poszerzonego zakresu zadań oraz poprawiającego jakość obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami oraz w podeszłym wieku. 4.Opracowania i uruchomienia rozwiązań informatycznych optymalizujących organizację i koordynację opieki nad chorymi przewlekle leczonymi ambulatoryjnie i w warunkach domowych. 5.Rozwiązań dla praktyk/przychodni POZ do prowadzenia telenadzoru, w tym zakupów sprzętu diagnostycznego (m.in. wysyłające zdalnie wyniki pomiarów glukometry, aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego, akcji serca, ekg, ciężaru ciała, stetoskopy) i dedykowanego oprogramowania (zapisywanie i analiza przesyłanych danych) dla pacjentów do samodzielnych pomiarów i monitorowania pacjentów z chorobami przewlekłymi w domu. 6.Opracowania i uruchomienia aplikacji mobilnych do monitorowania stanu zdrowia pacjentów i zarządzania ich wizytami. 7.Zakupu wyrobów medycznych i wyposażenia niezbędnego do udzielania świadczeń medycznych chorym przewlekle, ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych i ze szczególnymi potrzebami.</p>
13			Strona 204	<p>Kierunek interwencji 4: Wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa</p>	<p>Należy uwzględnić doskonalenie kształcenia lekarzy POZ w zakresie technik telemedycznych i monitorowania pacjentów oraz komunikowania się z pacjentami (zwłaszcza starszymi). Należy stworzyć zespoły opieki domowej złożone z pracownika socjalnego, opiekuna domowego, fizjoterapeuty, terapeuty zajęciowego z</p>



Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia
Porozumienie Zielonogórskie www.federacjapz.pl

Al. Niepodległości 16 tel./fax 68 325-72-97
65-048 Zielona Góra mail biuro.pz@op.pl



					koordynatorem w osobie pielęgniarki środowiskowej - w ramach działań pilotażowych.
--	--	--	--	--	---

”