

**Opinia do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego
rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny
odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność
lecniczą (MZ 1066)**

I. Opis sytuacji problemowej

Zgodnie ze wskazaniem Projektodawcy, projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą stanowi wykonanie fakultatywnego upoważnienia dla ministra właściwego do spraw zdrowia, zawartego w art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Ze względu na szybki przyrost liczby pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2, w tym w szczególności wymagających leczenia w warunkach szpitalnych, zachodzi potrzeba tworzenia dodatkowej bazy łóżkowej na bazie obiektów, które nie pełniły dotychczas funkcji medycznej. Działanie takie ma pozwalać na koncentrację personelu w miejscu pozwalającym na przyjmowanie pacjentów wymagających hospitalizacji w sytuacji wyczerpywania się możliwości organizacji takich miejsc w istniejących podmiotach leczniczych. Jak wskazuje Projektodawca, dynamika sytuacji wymusza wykorzystanie do tego celu obiektów, które nie były budowane z myślą o funkcji leczniczej.

Organizowane w tym trybie miejsca udzielania świadczeń mają charakter tymczasowy. Ich wykorzystanie jest planowane w fazie zwiększania liczby hospitalizowanych pacjentów do wartości przekraczających możliwości istniejącej stałej bazy łóżek szpitalnych, które mogą być wykorzystane do ich leczenia. Miejsca te będą dedykowane wyłącznie pacjentom z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2.

Prowadzone działania budowlane, przy założeniu jak najkrótszego czasu dostosowania obiektów do przyjmowania pacjentów, muszą zagwarantować bezpieczeństwo leczonych. Procedowane rozporządzenie określa minimalne wymogi, które muszą zostać spełnione przy założeniu jak najkrótszego czasu uruchamiania takich obiektów.

Na obecnym etapie zapisy zawarte w projekcie rozporządzenia będą miały zastosowanie w 15-20 obecnie tworzonych podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w szpitalach (oddziałach szpitalnych) tymczasowych.

Jednocześnie Projektodawca wskazuje, że zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych w uzasadnionych przypadkach akty normatywne mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czternaście dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym. Projektowane rozporządzenie na wejść w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Wprowadzenie takiego terminu wejścia w życie rozporządzenia ma pozwolić na przygotowanie pomieszczeń i urządzeń szpitali tymczasowych, w których będą leczeni pacjenci zakażeni wirusem SARS-CoV-2.

II. Zestawienie opinii przedstawicieli organizacji pacjenckich

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań zamkniętych. Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pani/Pana zdaniem z powodu szybko wzrastającej liczby przypadków zachorowań na COVID-19 istnieje potrzeba tworzenia dodatkowej bazy łóżkowej?



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	6	
Nie	0	
Nie mam zdania		

2. Czy Pani/Pana zdaniem należy dodatkową bazę łózkową tworzyć na bazie obiektów, które nie pełniły dotychczas funkcji medycznej?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	4	
Nie	3	
Nie mam zdania	3	

3. Czy Pani/Pana zdaniem miejsca organizowane w tym trybie udzielania świadczeń powinny mieć jedynie charakter tymczasowy?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	5	
Nie	3	
Nie mam zdania	2	

4. Czy Pani/Pana zdaniem prowadzone działania budowlane, przy założeniu jak najkrótszego czasu dostosowania obiektów do przyjmowania pacjentów, muszą zagwarantować bezpieczeństwo leczonych?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	8	
Nie	0	
Nie mam zdania	2	

5. Czy Pani/Pana zdaniem organizatorzy szpitali tymczasowych powinni oferować personelowi medycznemu stawki wynagrodzeń wyższe od rynkowych?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	4	
Nie	5	
Nie mam zdania	1	

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji zostały wzięte pod uwagę przy przygotowaniu opinii Federacji Pacjentów Polskich.

III. Opinia Federacji Pacjentów Polskich



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Środowiska pacjenckie, dysponujące w przedmiotowym zakresie wiedzą zapewne bardziej opartą na doświadczeniu niż ogół obywateli, kierunkowo akceptuje decyzję rządu o budowie i uruchomieniu w miarę potrzeby tzw. szpitali tymczasowych.

Budowa szpitali tymczasowych przez podmioty nadzorowane przez MAP jest częścią rządowej strategii walki z epidemią. Premier podpisał sześć decyzji administracyjnych, zobowiązujących duże spółki skarbu państwa do budowy kolejnych szpitali tymczasowych. Koszty budowy poniesie Skarb Państwa. Do spółek należeć będzie strona organizacyjna oraz inwestycyjna. Strona medyczna oraz administracyjna, a więc zapewnienie m.in. zgód administracyjnych, odpowiedniej kadry i sprzętu – do wojewodów oraz szpitali patronackich.

Eksperti medyczni, dysponujący międzynarodowym doświadczeniem w przedmiotowym obszarze, wskazują kilka głównych powodów decydujących o konieczności tworzenia takich szpitali. Pierwszym jest to, że chorym na COVID-19 brakuje miejsca w tradycyjnych placówkach medycznych. Można zwiększyć liczbę łóżek szpitalnych dla tej grupy chorych, ale to by oznaczało mniejsze możliwości pomocy medycznej tym, którzy mają inne schorzenia lub na przykład potrzebują zabiegów chirurgicznych. Pogłębiłoby tylko kryzys w ochronie zdrowia.

Po drugie: istniejące szpitale znajdują się w budynkach, które konstrukcyjnie i pod względem układu pomieszczeń nie są dobrze przystosowane do wydzielenia w nich strefy skażonej. Oczywiście można wydzielić tę strefę, ale jest to zawsze ogromny problem logistyczny. A jest ona niezbędna, by zabezpieczyć i personel szpitala, i innych pacjentów przed zakażeniem. W tradycyjnych szpitalach dużym wyzwaniem jest transport chorych na COVID-19 do pracowni rentgenowskich - a zdjęcia płuc niektórzy pacjenci powinni mieć robione codziennie. W wielu szpitalach aparaty rentgenowskie znajdują się na parterze lub w piwnicach, poza częścią wydzieloną jako strefa czerwona (skażona).

Po trzecie, podstawą leczenia koronawirusa jest tlenoterapia. Sieci przesyłowe tlenu i jego generatory w tradycyjnych szpitalach mają ograniczoną przepustowość. W normalnych warunkach są wystarczające, ale w sytuacji epidemii wirusa COVID-19 pacjentów

potrzebujących tlenu jest więcej. Jeśli podłącza się do nich wielu pacjentów, to tego tlenu otrzymują zbyt mało by leczenie było skuteczne. Jest to powszechny problem w szpitalach na całym świecie.

Hale wystawowe i stadiony to paradoksalnie dobry kierunek zainteresowania decydentów – lepszy niż inna alternatywa. Cała instalacja wodna, kanalizacyjna czy elektryczna takich hal czy stadionów jest przystosowana do dużych obciążeń – ponieważ odbywają się w nich duże imprezy czy targi. Nie ma ryzyka, że zawiedzie przy większej liczbie pacjentów. Jest to też przestrzeń na jednym poziomie, która pozwala na podzielenie jej tymczasowymi ściankami na różnego rodzaju oddziały. Jeśli w jednym takim oddziale osób jest 20 czy 30, położonych tak, że można tych pacjentów dobrze widzieć, wówczas personel medyczny nie musi być tak liczny, jak w przypadku pacjentów podzielonych na mniejsze pokoje w tradycyjnym szpitalu.

Tego typu hale czy stadiony można też dobrze przystosować do procedur zabezpieczenia przed zakażeniem. Wydziela się miejsce, przez które personel wchodzi i zakłada ubrania ochronne, oraz miejsce, przez które personel wychodzi ze strefy skażonej i te ubrania kontrolowany sposób z siebie zdejmuje. Bardzo ważne jest to, że tak zwane śluzy muszą być jednokierunkowe – powinno być jedno miejsce do wejścia i zupełnie inne do wyjścia.

Są jednak dziesiątki mało zauważalnych, ale bardzo ważnych innych elementów działalności szpitala. Należy zwrócić uwagę na przykład na odbiór śmieci, lokalizację magazynu leków, wydzielenie miejsca do podjazdu karetek i oddzielnego ich dezynfekcji, sposób przekazywania próbek do laboratorium czy odbiór pościeli do prania. To są drobne rzeczy, ale niezwykle istotne, gdyż każda z nich albo zakłóci działanie szpitala tymczasowego, albo narazi personel na zakażenie. Ale jak pokazują przykłady szpitali tymczasowych we Włoszech, Hiszpanii czy innych krajach, jest coraz więcej sprawdzonych rozwiązań i tą wiedzą doświadczeni pracownicy medyczni dzielą się w swoich macierzystych szpitalach.

Są jednak także istotne wady jakie mają budynki, w których organizuje się szpitale tymczasowe w Polsce. Przede wszystkim nie są to obiekty, które kiedykolwiek miały być szpitalami. Potrzebny jest szereg działań i prac dostosowawczych. Minusem jest też to, że to zazwyczaj ogromne, jednorodne przestrzenie. Trzeba bardzo dokładnie przeanalizować systemy wentylacji aby upewnić się, że powietrze z pomieszczeń, w których znajdują się pacjenci covidowi, nie trafia tam, gdzie np. ludzie się przebiegają. Poza tym w warunkach obecnej pandemii taki "tymczasowy" szpital może być potrzebny przez wiele miesięcy a być może nawet dłużej niż rok – więc pewne tymczasowe rozwiązania przygotowane na szybko mogą okazać się niewystarczające. Ubocznym efektem jest, że działalność takiego tymczasowego szpitala skutecznie wyłącza dany obiekt z użytkowania zgodnego z celem pierwotnym.

Pomimo wszystkich wyzwań technicznych, największym wyzwaniem jest personel. W każdym kraju są ogromne braki personelu. Dotyczy to USA, Wielkiej Brytanii i praktycznie każdego innego kraju. Chodzi o działania, które nie skończą się w ciągu kilku tygodni. Osoby zarządzające szpitalami muszą wziąć pod uwagę, żeby personel opiekujący się pacjentami chorymi na COVID-19 był w ciągu nadchodzących miesięcy w pełni sił witalnych i działał jak najdłużej. W idealnym rozwiązaniu większość personelu tymczasowego szpitala zna się dobrze, bo pochodzi z jednego szpitala i pracowała już wcześniej razem. W polskich realiach te zespoły mają ogrom pracy już w swoich szpitalach i nie można całego zespołu z danej placówki wyjąć i przenieść gdzieś indziej. W szpitalach tymczasowych kadra będzie więc pochodzić z różnych miejsc i różnych szpitali. Część być może po raz pierwszy będzie mieć do czynienia z pracą przy zakażonym koronawirusem pacjencie. Takie zespoły trzeba odpowiednio zgrać, przeszkolić i podzielić na dyżury.

W tego typu szpitalach są różne rodzaje łóżek. Są pacjenci covidowi, którzy nie wymagają tlenoterapii i nie są tak wymagający, albo tacy, którzy dostają tlen, ale w niewielkich ilościach. Są też pacjenci na intensywnej tlenoterapii, a także podłączeni pod respiratory. Każda z tych osób wymaga innej relacji personelu do pacjenta. Więc ta liczba będzie zależała od tego, jak

będzie wyglądał podział łóżek, który ponad to będzie też zmieniał się w czasie. W przypadku szpitala np. na 500 łóżek samego personelu medycznego będzie potrzeba nawet 250 osób.

Trudności w pozyskaniu personelu medycznego mogą jednak stanowić największe wyzwanie przy tworzeniu tzw. szpitali tymczasowych. I tak np. w woj. lubelskim pilnie poszukuje się osób gotowych do podjęcia pracy w szpitalu tymczasowym dla pacjentów chorych na covid-19, przede wszystkim z wykształceniem medycznym i doświadczeniem zawodowym w podmiotach leczniczych systemu ochrony zdrowia.

W szczególności poszukuje się następujących lekarzy specjalistów lub lekarzy kończących szkolenie specjalistyczne w zakresie:

- anestezyjologii i intensywnej terapii,
- chorób wewnętrznych ze szczególnym uwzględnieniem pneumonologii,
- medycyny ratunkowej,
- wszystkich dziedzin chirurgicznych – szczególnie pożądani są lekarze chirurdzy posiadający podstawowe umiejętności obsługi respiratora,
- neonatologii posiadający umiejętności obsługi respiratora,
- neurologii,
- medycyny rodzinnej.

Ponadto poszukuje się personelu pielęgniarskiego celem udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu:

- anestezyjologii i intensywnej opieki medycznej,
- chorób wewnętrznych ze szczególnym uwzględnieniem pneumonologii,
- neurologii,
- medycyny ratunkowej.

Ponieważ „na rynku” trudno o wolnych, niezatrudnionych przedstawicieli tych licznych, wymienionych powyżej specjalności medycznych, powstają nowe problemy prowadzące do wielu sytuacji konfliktogennych w systemie ochrony zdrowia. Intensywne poszukiwanie specjalistów może spowodować jeszcze większy chaos ze względu na podbieranie kadry np. ze

szpitali miejskich. Placówki tymczasowe tworzone w trybie alarmowym z inicjatywy rządu mają do dyspozycji znaczne fundusze, w przeciwieństwie na przykład do szpitali miejskich. W związku z tym mogą podkupywać lekarzy i pielęgniarki. Na takie praktyki zwracają uwagę przedstawiciele władz samorządowych. Docierają do nich informacje z miejskich szpitali o nieuczciwych praktykach w zakresie pozyskiwania personelu medycznego np. do szpitala na PGE Narodowym. Wg. ich relacji, odpowiedzialni za rekrutację do szpitala na stadionie oferują ewentualnym pracownikom poziom wynagrodzenia, który znacząco przekracza stawki obecne na rynku.

W Polsce liczba ludności w województwach jest różna. Te gęściej zaludnione (mazowieckie, śląskie) na pewno będą potrzebowały więcej łóżek szpitalnych niż te, w których ludności jest mniej (np. podlaskie czy opolskie). Czy jeden szpital tymczasowy na województwo jest im to w stanie zapewnić zależy m.in. od tego, ile mają jeszcze miejsc w szpitalach tradycyjnych. Powinny być przygotowane plany na organizację co najmniej jeszcze jednego dodatkowego tego typu szpitala w każdym województwie.

Decyzje administracyjne prezesa Rady Ministrów wskazują w większości wypadków na województwa i konkretne miasta, takie jak Płock (PKN Orlen) i Ostrołęka (Energa). Szpital budować będzie również PKO BP oraz Tauron. Decyzja dotyczy też KGHM - o powstaniu szpitala poinformował prezes koncernu. Szpitale mają powstać także na Pomorzu, Śląsku i w Małopolsce, dzięki czemu ma powstać ponad 3 tys. nowych łóżek. Na pewno jest to najwyższy czas, nie powinniśmy z tym już dłużej czekać i mimo kosztów zorganizować jak najwięcej takich placówek w miastach, w których spodziewamy się dużej liczby zakażonych. Koszty budowy poniesie Skarb Państwa. Do spółek należeć będzie strona organizacyjna oraz inwestycyjna. Strona medyczna oraz administracyjna, a więc zapewnienie m.in. zgód administracyjnych, odpowiedniej kadry i sprzętu – do wojewodów oraz szpitali patronackich.

Choć zestaw łóżek lub instalację tlenową wstawić można do nowego obiektu w ciągu kilkunastu dni, to dopracowanie istotnych szczegółów zajmuje dłuższy czas. Im szybciej szpitale

tymczasowe ruszą, tym lepiej. Powinny one być buforem bezpieczeństwa dla całego systemu ochrony zdrowia w Polsce, a ich organizatorzy w międzyczasie będą mogli dopracować różne szczegóły. Najlepiej zanim zaczną przyjmować pacjentów.

Istnieją też inne wyzwania systemowe. Mimo zaawansowanych systemów ochrony zdrowia w Europie to te zaawansowane kraje notują jedne z najwyższych śmiertelności na koronawirusa. Wynika to w dużym stopniu z ogromnej liczby chorujących osób starszych - w Europie żyje o wiele więcej osób w podeszłym wieku niż np. w krajach Afryki. Mieszkańcy Europy przez wiele dziesięcioleci żyli w przeświadczeniu, że ich epidemie chorób zakaźnych nie dotkną. M.in. dlatego w Polsce Sanepid od wielu lat był niedoinwestowany.

Paradoksalnie w lepszej sytuacji są teraz kraje, które mają doświadczenia z SARS w Azji, MERS na Bliskim Wschodzie czy z Ebolą w Afryce. Mają one lepiej rozbudowane systemy śledzenia zakażeń, które w Europie się zapadły, szczególnie podczas obecnej fali zachorowań. W Europie są też duże wyzwania związane z podejściem społecznym do pandemii. Wiele osób wciąż nie traktuje jej poważnie. Społeczeństwa, które mają za sobą duże epidemie, rozumieją, że trzeba dostosować swoje życie do pewnych wymogów.

Eksperti medyczni z międzynarodowym doświadczeniem wyrażają przekonanie, że jeżeli polskie społeczeństwo podejrze do sprawy poważnie i swoim własnym zachowaniem ograniczy liczbę zakażeń, to ta fala przejdzie - możliwe że jeszcze w bieżącym roku. Wszystko zależy od indywidualnych decyzji obywateli. Jedna osoba chora na COVID-19 może zarazić 3-5 innych osób, co w ciągu dziesięciu dni może doprowadzić do nawet kilkunastu tysięcy zakażonych. Tylko stosowanie się do zasad może to powstrzymać.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

