

Warszawa, dnia 21 września 2022 r.

Poz. 908

**UCHWAŁA NR 173
RADY MINISTRÓW**

z dnia 16 sierpnia 2022 r.

w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych”

Na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875) Rada Ministrów uchwala, co następuje:

§ 1. 1. Rada Ministrów ustanawia program inwestycyjny pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych” w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych, zwany dalej „Programem”, stanowiący załącznik do uchwały.

2. Program, o którym mowa w ust. 1, ustanawia się na lata 2022–2029.

§ 2. 1. Program jest finansowany ze środków Funduszu Medycznego.

2. Łączna kwota środków z Funduszu Medycznego w okresie realizacji Programu wyniesie 6767 mln zł.

3. Kwota środków na realizację Programu jest corocznie ujmowana w planie finansowym Funduszu Medycznego stanowiącym załącznik do ustawy budżetowej na dany rok i podawana do publicznej wiadomości na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Prezes Rady Ministrów: *M. Morawiecki*

Załącznik do uchwały nr 173 Rady Ministrów
z dnia 16 sierpnia 2022 r. (M.P. poz. 908)



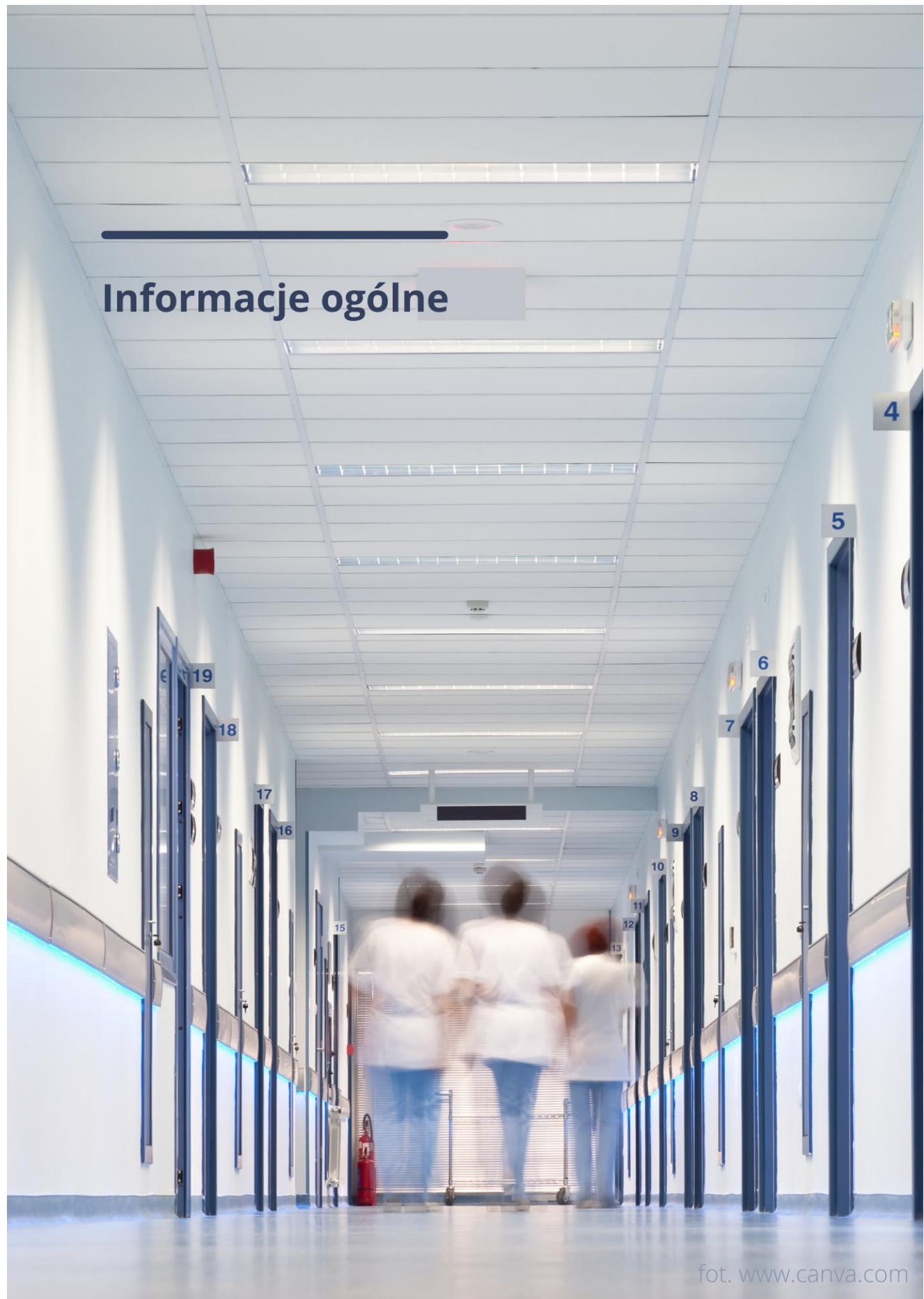
PROGRAM INWESTYCYJNY MODERNIZACJI PODMIOTÓW LECZNICZYCH

Warszawa, sierpień 2022 r.

Spis treści

I.	Informacje ogólne	4
II.	Wprowadzenie	7
III.	Wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych	11
III.1.	Planowane interwencje	11
III.2.	Demografia	12
III.3.	Zasoby i możliwości	13
III.4.	Opieka długoterminowa	15
III.4.1.	Diagnoza obecnego potencjału.....	15
III.4.2.	Wyzwania.....	21
III.4.3.	Cel interwencji w obszarze opieki długoterminowej	24
III.5.	Geriatrya	24
III.5.1.	Diagnoza obecnego potencjału.....	24
III.5.2.	Wyzwania.....	30
III.5.3.	Cel interwencji w obszarze geriatryi	32
III.6.	Podsumowanie	33
III.7.	Oczekiwany rezultat.....	35
III.8.	Wskaźniki	36
III.9.	Budżet	36
IV.	Wymiana łóżek szpitalnych	38
IV.1.	Planowane interwencje	38
IV.2.	Diagnoza obecnego potencjału	40
IV.3.	Wyzwania	44
IV.4.	Cel interwencji	44
IV.5.	Wskaźniki	45
IV.6.	Budżet.....	45
V.	Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego	47
V.1.	Planowane interwencje	47
V.2.	Diagnoza obecnego potencjału	48
V.3.	Wyzwania	62
V.4.	Cel interwencji	64
V.5.	Wskaźniki	65
V.6.	Budżet.....	65
VI.	Ramy finansowe	67
VII.	Monitoring Programu i ocena stopnia osiągnięcia celów Programu	72

Informacje ogólne



I. Informacje ogólne

Jednym z kluczowych elementów systemu ochrony zdrowia, wpływającym na jakość i dostępność udzielanych świadczeń, jest stan infrastruktury ochrony zdrowia zarówno budowlanej, jak i sprzętowej. Dzięki ciągłemu rozwojowi technologii medycznych, zakup nowoczesnej aparatury zwiększa możliwości diagnostyczne i terapeutyczne, a także pozwala na tworzenie nowych procedur i terapii przez wiodące ośrodki naukowo-badawcze. Powyższe powoduje konieczność stworzenia mechanizmów finansowych do podjęcia pilnych i skoordynowanych działań zapewniających zarówno modernizację infrastruktury budowlanej, jak i systematyczne uzupełnianie i odnawianie bazy sprzętowej podmiotów leczniczych. Aby zapewnić wzajemną spójność i komplementarność inwestycji w sektorze ochrony zdrowia, zasadne jest podejmowanie ich z poziomu centralnego.

Program Inwestycyjny Modernizacji Podmiotów Leczniczych (dalej: „Program”) to program inwestycyjny, którego celem jest poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia. Program realizowany jest w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych wyodrębnionego w strukturze Funduszu Medycznego – mechanizmu finansowego, ustanowionego na mocy ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875), zwanej dalej „ustawą o Funduszu Medycznym”, którego celem jest poprawa zdrowia i jakości życia Polaków przez zapewnienie dodatkowych źródeł finansowania w zakresie:

- ✓ poprawy stanu infrastruktury ochrony zdrowia wpływającej na jakość, dostępność i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń;
- ✓ profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób cywilizacyjnych;
- ✓ leków w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych;
- ✓ technologii lekowych o wysokiej wartości klinicznej lub technologii lekowych o wysokim poziomie innowacyjności;
- ✓ świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18 roku życia;
- ✓ świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju.

Subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych to mechanizm finansowy, który został utworzony w wyniku zdiagnozowanych potrzeb w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia. Wychodzi naprzeciw zidentyfikowanym potrzebom, a dzięki temu pozwala na poprawę konkretnych elementów systemu opieki zdrowotnej. Daje możliwość inwestowania w budynki, sale operacyjne, sale dla chorych, co przekładać się będzie na podniesienie komfortu i bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych.

Celem utworzenia subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych jest zapewnienie lepszego dostępu do usług medycznych, poprawa jakości opieki zdrowotnej i dostępności do niej oraz poprawa bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych przez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia.

Dzięki środkom finansowym gromadzonym w Funduszu Medycznym możliwa będzie w ramach subfunduszu modernizacji realizacja zadań polegających na modernizacji, przebudowie i wyposażeniu podmiotów leczniczych.

Cel utworzenia subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych – zapewnienie lepszego dostępu do usług medycznych, poprawa jakości opieki zdrowotnej i dostępności do niej oraz poprawa bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych przez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia – będzie realizowany w ramach Programu.

PROGRAM MODERNIZACJI PODMIOTÓW LECZNICZYCH

1

Okres realizacji: 2022–2029.

2

Szacunkowy budżet: 6 767 mln zł.

3

Tryb wyboru inwestycji: konkursowy. Nabór wniosków będzie prowadzony w trybie zamkniętym, tj. z określoną datą początkową i końcową składania wniosków o dofinansowanie, zgodnie z rozdziałem 4 ustawy o Funduszu Medycznym.

4

Działania w następujących obszarach:

- ✓ wsparcie rozwoju infrastruktury świadczeń opiekuńczo-leczniczych,
- ✓ wymiana łóżek szpitalnych,
- ✓ wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego.

Wprowadzenie



fot. www.canva.com

II. Wprowadzenie

Wiele oddziałów wymaga remontów, rozbudowy, doposażenia. Szpital wybudowany był w latach 50. Ze względu na zmieniające się przepisy oraz konieczność dostosowania budynków oraz oddziałów do tych przepisów szpital jest zmuszony do przeprowadzania ciągłych remontów, rozbudowy, przebudowy – wskazuje Jolanta Mazur, zastępca dyrektora do spraw administracyjno-eksploatacyjnych Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli.

Większość z budynków, w których są zlokalizowane podmioty lecznicze powstała w latach 50. i 60. XX wieku lub wcześniej, a przeprowadzane dotychczas prace w zakresie modernizacji pozwalały jedynie na fragmentaryczne odtwarzanie infrastruktury. Budynki są wyeksploatowane. Infrastruktura ta nadal w większości przypadków nie spełnia standardów efektywnego wykorzystania i wymaga modernizacji, w tym także dostosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Stałej poprawy, szczególnie w mniejszych miejscowościach, wymaga infrastruktura budowlana i techniczna podmiotów leczniczych, której pogarszający się stan może powodować istotne obniżenie jakości świadczonych usług. Kontynuacji wymagają także inwestycje w zakresie dostosowywania podmiotów leczniczych do wymogów przestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych, ponieważ wciąż, mimo realizacji wieloletnich programów, Najwyższa Izba Kontroli (NIK) zidentyfikowała braki w tym zakresie. Zgodnie z założeniami reformy z 1999 r. kasy chorych, a od 2003 r. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) miały dokonywać zakupu świadczeń bez uwzględnienia kosztów amortyzacji aktywów świadczeniodawcy. Inwestycjami w systemie ochrony zdrowia miały zajmować się podmioty założycielskie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) lub organy właścicielskie (po przekształceniu SPZOZ w spółki kapitałowe). Uwarunkowania ekonomiczne, a zwłaszcza ograniczone środki jednostek samorządu terytorialnego będących podmiotami założycielskimi SPZOZ, powodowały, że nakłady na infrastrukturę placówek ochrony zdrowia były bardzo ograniczone. Prowadziło to do dekapitalizacji majątku i zużycia sprzętu oraz aparatury medycznej. Czynnikiem pogłębiającymi ten stan były ograniczone możliwości akumulacji środków przez same placówki, narastający problem ich zadłużenia, nieregulowanie przez nie zobowiązań. Jednocześnie od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. poz. 89, z późn. zm.), tj. 15 stycznia 1992 r., podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, w tym szpitale, są obowiązane do posiadania pomieszczeń i urządzeń odpowiadających wymogom ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym. Wymogi dotyczyły usytuowania poszczególnych pomieszczeń, w których odbywają się diagnostyka i leczenie, szerokości wejść i wyjść, wyposażenia sal w urządzenia do dezynfekcji, odpowiedniego oświetlenia, wentylacji i klimatyzacji, a także zapewnienia rezerwowych źródeł zaopatrzenia w wodę i energię elektryczną.

Powyższe potwierdzają również dyrektorzy szpitali. *„W naszym szpitalu część oddziałów ostatni raz remontowana była jeszcze w latach 70. i 80., co w znaczący sposób wpływa na komfort przebywających w nich pacjentów i pracowników szpitala. Pomimo wysokiego profesjonalizmu kadry medycznej, zastosowaniu najnowocześniejszego sprzętu do diagnostyki i leczenia pacjentów, cieniem na całości kładzie się stare wyposażenie socjalno-bytowe, jak również od dawna nieremontowane sale chorych i węzły sanitarne”* – podkreśla Artur Rydzki, komendant 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Krakowie.

Należy przy tym podkreślić, że stan infrastruktury wpływa na całokształt jakości opieki medycznej nad pacjentem. Generuje również ryzyko występowania zakażeń szpitalnych, które są istotnym problemem w kontekście nie tylko kosztów (szacuje się, że obniżenie o 1% częstości występowania zakażeń szpitalnych powoduje zmniejszenie kosztów leczenia szpitalnego o 7–10%)¹⁾, lecz także bezpieczeństwa pacjentów. Wiele z zakażeń szpitalnych, szczególnie w przypadku dzieci, powoduje realne zagrożenie życia. Zakażenia szpitalne powodują powikłania

¹⁾ K. Plata-Nazar, B. Kamińska, J. Jurczyk, *Profilaktyka zakażeń szpitalnych na oddziale pediatrycznym*, „Przegląd Pediatryczny” 2009, vol. 39, nr 1, s. 38.

choroby podstawowej prowadzące często do niepełnosprawności, są przyczyną wydłużenia pobytu w szpitalu i zwiększają koszty świadczonych usług. Dodatkowym czynnikiem generującym koszty są roszczenia pacjentów, którzy ulegli zakażeniu i potrafią udokumentować, że stało się to z winy szpitala. Zmniejszenie liczby zakażeń szpitalnych wpływa na obniżenie kosztów leczenia, zmniejszenie liczby osób z niepełnosprawnościami i wskaźnika śmiertelności. Narzędziem służącym ograniczeniu szerzenia się zakażeń szpitalnych powinien być prawidłowo funkcjonujący system zapobiegania i zwalczania zakażeń, utworzony w szpitalu na podstawie obowiązujących przepisów prawa, uwzględniający ogół działań podjętych przez szpital w celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia zakażeń szpitalnych, a tym samym podniesienia jakości usług medycznych i bezpieczeństwa pacjentów. Efektywne systemy kontroli zakażeń mogą zmniejszać ryzyko ich wystąpienia od 55% do 70%.²⁾ Średni pobyt pacjenta w szpitalu, u którego nie stwierdzono zakażenia szpitalnego, wynosi 5,64 dnia, podczas gdy pobyt pacjenta z rozpoznaniem zakażeniem szpitalnym jest znacznie dłuższy i wynosi średnio 16,35 dnia. Wydłużony czas pobytu pacjenta w szpitalu jest kluczowym czynnikiem wpływającym na koszty leczenia pacjenta z rozpoznaniem zakażeniem szpitalnym. Szacunkowe koszty związane z przedłużeniem hospitalizacji 11 488 pacjentów, u których rozpoznano zakażenie szpitalne, wyniosły 85 774 tys. zł.³⁾

Rozmieszczenie oddziałów szpitalnych i oddziałów udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż świadczenia szpitalne w wielu budynkach oraz ich stan techniczny wpływają na niższą efektywność szpitali i utrudniają wprowadzanie rozwiązań zwiększających funkcjonalność techniczną i organizacyjną, a także rozwiązań poprawiających komfort pacjentów.

Najwyższy czas zdać sobie również sprawę z poziomu eksploatacji sprzętu medycznego, w tym również w zespołach ratownictwa medycznego. Ratowanie ludzkiego życia to nie tylko straż pożarna. To również, a w zasadzie głównie, sprzęt medyczny i zespoły ratownictwa medycznego.

Tylko w województwie łódzkim w ciągu doby zespoły ratownictwa medycznego wyjeżdżają około 700 razy. Jeśli przyjmiemy to jako średnią liczbę interwencji okaże się, że w ciągu miesiąca ponad 20 tysięcy razy zespoły użyły aparatu do mierzenia ciśnienia, ponad 20 tysięcy razy włączyły pulsoksymetr, ponad 20 tysięcy razy wykonały zapis elektrokardiograficzny, ponad 20 tysięcy razy użyły latarek diagnostycznych i tak dalej... Podkreślimy: to wszystko jedynie w ciągu miesiąca! Tak intensywna eksploatacja sprzętu nie pozostaje bez wpływu na jego zużycie. Od nieustannego włączania i wyłączania urządzeń zużywają się przyciski. Sprężyny manometrów ciśnieniomierzy ulegają rozregulowaniu, co wymusza ich częstą kalibrację. Od nieustannego zwijania i rozwijania przewodów EKG ulegają one mikropęknięciom, co wpływa na jakość zapisu. Wreszcie akumulatory i baterie wielu urządzeń zmniejszają swoją pojemność po ciężkiej eksploatacji w zmiennych warunkach atmosferycznych. Dodajmy do tego wypalone monitory urządzeń, czy chociażby glukometry, z których praktycznie żaden nie jest fabrycznie przeznaczony do intensywnej pracy w ciężkich warunkach – podkreśla Krzysztof Janecki, dyrektor Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi.

Dotychczasowe inwestycje w zakresie remontów budynków podmiotów leczniczych, mimo znaczącej poprawy, jedynie w części zaspokoiliły potrzeby podmiotów leczniczych w tym zakresie. Infrastruktura ta nadal w większości przypadków nie spełnia standardów i wymaga remontów, w tym także dostosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Nowoczesne podmioty lecznicze zapewnią lepszy dostęp do usług medycznych, poprawę jakości i bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych, w tym na obszarach wiejskich. Skrócenie czasu hospitalizacji będzie możliwe dzięki nowoczesnym technologiom w diagnostyce i terapii.

²⁾ NIK, *Informacja o wynikach kontroli. Zakażenia w podmiotach leczniczych*, Warszawa, 2018, s. 9.

³⁾ Do oszacowania tych kosztów przyjęto: wydłużony czas pobytu pacjenta z zakażeniem w dniach średni koszt osobodnia wliczony dla hospitalizacji sfinansowanych przez NFZ oraz liczbę pacjentów hospitalizowanych z powodu zakażeń szpitalnych. NIK, *Informacja o wynikach kontroli. Zakażenia w podmiotach leczniczych*, Warszawa, 2018, s. 58–59.

Rozbudowa, przebudowa lub modernizacja poszczególnych oddziałów podmiotu leczniczego lub ciągów komunikacyjnych zwiększy dostępność do świadczeń, poprawi ich jakość i komfort leczenia pacjentów oraz usprawni pracę personelu.

W poniższych rozdziałach zaprezentowano poszczególne obszary interwencji.

**Wsparcie rozwoju
infrastruktury
udzielania świadczeń
opiekuńczo–lecznicych**

III. Wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych

Przez wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych są rozumiane interwencje skierowane do podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie:

- ✓ leczenia szpitalnego – geriatrya oraz świadczenia opieki geriatrycznej udzielanej poza oddziałami geriatrycznymi,
- ✓ opieki długoterminowej – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze

– w warunkach stacjonarnych.

Zakłada się, że cel subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych w tym obszarze będzie osiągnięty dzięki realizacji szeregu działań nakierowanych w szczególności na niżej wymienione planowane interwencje.

III.1. Planowane interwencje

1

1. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych przekształcających oddziały szpitalne lub ich części w:

- A. oddziały geriatryczne udzielające stacjonarnych świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: geriatrya;
- B. struktury opieki długoterminowej w ramach, której udzielane będą stacjonarne świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze finansowane ze środków publicznych.

Wsparcie obejmuje: roboty budowlane, doposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz niezbędne wyposażenie.

2

2. Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych w rodzaju:

- A. leczenie szpitalne w zakresie: geriatrya oraz świadczenia opieki geriatrycznej udzielanej poza oddziałami geriatrycznymi;
- B. opieka długoterminowa w ramach stacjonarnych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

Wsparcie obejmuje: roboty budowlane, doposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz niezbędne wyposażenie.

3

3. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych tworzących nowe oddziały lub struktury, w których ze środków publicznych udzielane będą stacjonarne świadczenia w rodzaju:

- A. leczenie szpitalne w zakresie: geriatrya;
- B. opieka długoterminowa – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze.

Wsparcie obejmuje: roboty budowlane, doposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz niezbędne wyposażenie.

W ramach wsparcia w zakresie geriatryi dopuszcza się podejmowanie działań ukierunkowanych na tworzenie poradni specjalistycznych oraz oddziałów dziennej opieki – jako dopełnienie kompleksowości opieki świadczonej przez podmiot leczniczy lub samodzielną interwencję w zakresie geriatryi.

Przewidziane w Programie interwencje wpisują się w założenia i działania Krajowego Planu Transformacji poprzez realizację wsparcia w zakresie zgodnym z Działaniem 2.6.5, tj. 1. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych przekształcających oddziały szpitalne lub ich części, w których ze środków publicznych udzielane będą stacjonarne świadczenia w zakresie geriatry i opieki długoterminowej. 2. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych tworzących oddziały opieki długoterminowej.

Szczegółowy zakres każdego naboru oraz wymogi, jakie będzie musiał spełnić wnioskodawca w celu uzyskania dofinansowania, zostaną przedstawione w regulaminie poszczególnych naborów.

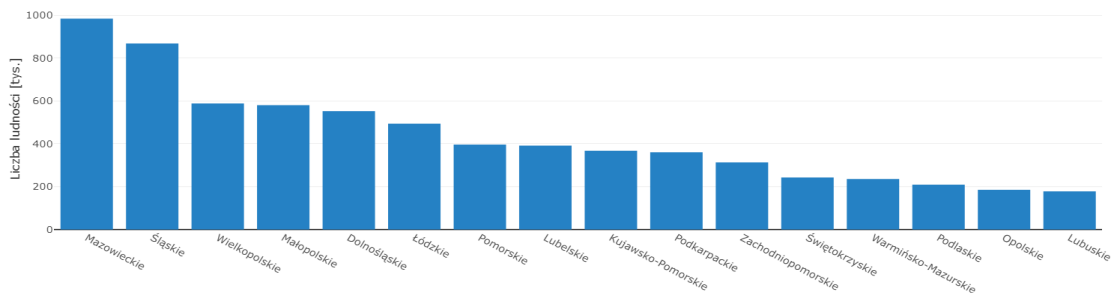
III.2. Demografia⁴⁾

W Rzeczypospolitej Polskiej obserwuje się dwa główne trendy: spadek liczby ludności wywołany spadkiem urodzeń oraz wzrost długości życia (starzenia się społeczeństwa) przy jednoczesnym spadku liczby lat przeżytych w zdrowiu. Może to doprowadzić do znaczących zmian na rynku pracy (przez zmniejszenie się liczby osób wchodzących na rynek pracy przy jednoczesnym wzroście liczby osób w podeszłym wieku). Wynikają z nich adekwatne oczekiwania co do systemu ochrony zdrowia.

W czerwcu 2019 r. liczba ludności naszego kraju wynosiła niemal 38,4 mln osób, w tym ponad 9,5 mln stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej⁵⁾ (niespełna 25%). Udział osób w wieku co najmniej 60 lat w ogólnej populacji wzrósł o ponad 10 p.p., tj. z 14,7% w 1989 r. do 24,8% w 2018 r.⁶⁾ Szacuje się, że w 2050 r. odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym w kraju wyniesie 32,5%.

Dla osoby wkraczającej w 2019 r. w wiek poprodukcyjny i rozpoczynającej okres starości – średnia dalsza oczekiwana długość życia wynosiła dla kobiet 24,2 roku, a dla mężczyzn 19,3 roku. Mając na uwadze pogarszanie się stanu zdrowia w populacji 65+, dane te wskazują średni okres, w którym system ochrony zdrowia będzie musiał zabezpieczyć odpowiednią opiekę zdrowotną i realizację świadczeń zdrowotnych dla około 6,9 mln osób (liczba osób, które w 2019 r. osiągnęły wiek 65+). Częstość hospitalizacji osób starszych w wieku powyżej 65 lat rośnie niewspółmiernie szybciej (dwukrotnie) w porównaniu z hospitalizacją osób poniżej 65 roku życia.⁷⁾

Liczba ludności ogółem 31 grudnia 2019 roku w województwach Polski w wieku 65 - 100 lat i więcej



Źródło: Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2020 r. na podstawie danych GUS.

Prognoza demograficzna dla Rzeczypospolitej Polskiej wskazuje, że odsetek osób w wieku powyżej 65 lat wzrośnie do 2060 r. ponad dwukrotnie – do 33% i będzie należał do jednego z najwyższych w Europie. Podobnie dla populacji powyżej 80 lat, odsetek tej grupy wiekowej w Rzeczypospolitej Polskiej wzrośnie blisko

⁴⁾ Za danymi GUS i EUROSTAT zawartymi w *Mapach Potrzeb Zdrowotnych 2020*, dostępnych na platformie internetowej – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3364>, dostęp 12.11.2020.

⁵⁾ Czyli osoby starsze, zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705).

⁶⁾ Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2018 r.*, Warszawa 2019, s. 7.

⁷⁾ B. Wojtyński, P. Goryński. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania* – synteza, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018, s. 17, 25, 89–90.

czterokrotnie z 3,8% w 2013 r. do 12,3% w 2060 r. Tendencje te potwierdza również raport Banku Światowego w odniesieniu do stanu i perspektyw opieki długoterminowej w naszym kraju.⁸⁾

Dane wskazują na konieczność podjęcia działań wspierających opiekę medyczną nad osobami w wieku podeszłym, ze szczególnym uwzględnieniem inwestycji w infrastrukturę udzielania świadczeń z zakresu geriatry i opieki długoterminowej.

Planowane interwencje zostały podzielone na zakresy tematyczne poświęcone opiece długoterminowej oraz geriatryi. Każdy z obszarów obejmuje diagnozę stanu obecnego, zidentyfikowane wyzwania oraz wskazany cel interwencji. Rozdział zawiera wspólne podsumowanie wyników przeprowadzonej diagnozy oraz oczekiwany rezultat w ramach planowanego wsparcia.

III.3. Zasoby i możliwości

- ✓ Na podstawie danych z map potrzeb zdrowotnych została przygotowana analiza obrazująca liczbę łóżek szpitalnych w całej Rzeczypospolitej Polskiej w odniesieniu do ich obłożenia – przyjmując górną granicę optymalnego obłożenia łóżek na poziomie 85%. Na bazie analizy zasymulowano możliwości przekształcenia łóżek szpitalnych, których obłożenie jest niskie (poniżej 85%) – w celu optymalnego wykorzystania bazy łóżkowej i efektywnego gospodarowania środkami publicznymi przeznaczonymi na utrzymanie łóżek szpitalnych. Symulacja jest oparta na analizie obłożenia wszystkich łóżek szpitalnych w naszym kraju i na wskazaniach obszaru możliwego do zagospodarowania na cele przekształceń.
- ✓ Poniższa tabela przedstawia bazę łóżkową w szpitalach w Rzeczypospolitej Polskiej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: PSZ). Do analizy zostały włączone dane o liczbie łóżek w oddziałach szpitalnych bez uwzględnienia bazy łóżkowej szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), izb przyjęć (IP), oddziałów leczenia jednego dnia, anestezjologii i intensywnej terapii, geriatrycznych, radioterapii i rehabilitacyjnych. Mając na uwadze specyfikę leczenia w tych komórkach szpitalnych i krótki okres hospitalizacji pacjenta przy niejednokrotnie większym obłożeniu niż liczba dostępnych miejsc przeznaczonych do pomocy nagłej, dane z ww. komórek mogą zaburzyć poziom rzeczywistego obłożenia łóżek w szpitalu, przez co zostały wyłączone z symulacji.

TABELA 1. Symulacja bazy łóżkowej w kraju, z obłożeniem i wskazaniem łóżek do przekształcenia

Województwo	Liczba łóżek (2019)	Bufor 15% łóżek w szpitalu	85% optymalne obłożenie łóżek w szpitalu	Średnie obłożenie za lata 2016–2019	Liczba łóżek przy średnim obłożeniu	Liczba łóżek potencjalnie do przekształcenia przy założeniu, że pozostałe łóżka będą optymalnie wykorzystane (85%)
dolnośląskie	10 063	1509	8554	66,0%	6645	2246
kujawsko-pomorskie	7929	1189	6740	65,9%	5225	1782
lubelskie	9313	1397	7916	76,6%	7137	917
lubuskie	3227	484	2743	68,3%	2202	636
łódzkie	10 260	1539	8721	67,7%	6942	2093
małopolskie	10 931	1640	9291	70,7%	7725	1843
mazowieckie	20 637	3096	17 541	73,7%	15 209	2744
opolskie	2411	362	2049	67,1%	1617	509
podkarpackie	5797	870	4927	67,6%	3921	1184
podlaskie	4100	615	3485	62,4%	2559	1089
pomorskie	6714	1007	5707	67,0%	4495	1426
śląskie	18 078	2712	15 366	64,3%	11 619	4409
świętokrzyskie	4267	640	3627	71,0%	3031	701

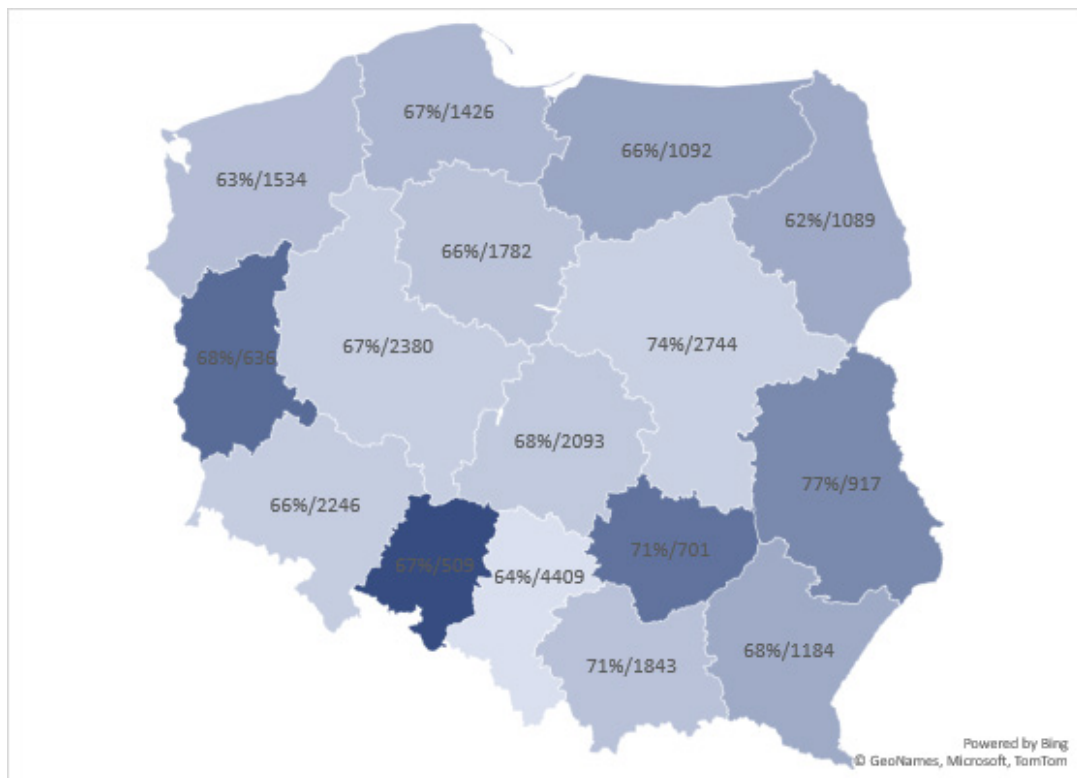
⁸⁾ Bank Światowy, *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce*. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej, 3.11.2015, s. 32–34.

warmińsko-mazurskie	4938	741	4197	66,2%	3269	1092
wielkopolskie	11 378	1707	9671	67,2%	7648	2380
zachodniopomorskie	6033	905	5128	63,4%	3824	1534
Polska	136 076	20 413	115 663	68,4%	93 068	26 585

Źródło: Opracowanie własne Ministerstwa Zdrowia na podstawie *Map potrzeb zdrowotnych 2020, wg. stanu na 31.12.2019 r.*

- ✓ Szpitale dysponują 136 076 łóżkami o średnim obłożeniu 68,4%. We wszystkich województwach średnie obłożenie jest faktycznie niższe niż przyjęty poziom optymalny 85%, co wskazuje skalę potencjalnych przekształceń w systemie opieki szpitalnej. Po zestawieniu obecnego średniego obłożenia łóżek i optymalnego obłożenia na poziomie 85% jest widoczny potencjał na przybliżonym poziomie 26 585 łóżek do zagospodarowania na cele przekształceń oddziałów o zwiększonym zapotrzebowaniu na świadczenia zdrowotne w tym np. na potrzeby oddziałów geriatry i na łóżka opieki długoterminowej. Powyższa symulacja ma na celu zobrazowanie przybliżonej skali i ogólnej możliwości dokonywania przekształceń, w celu efektywnego wykorzystania dostępnych łóżek szpitalnych.

WYKRES 1. Średnie obłożenie łóżek w kraju zestawione z potencjałem wolnych łóżek do przekształcenia (% obłożenia łóżek/wolne łóżka)



Źródło: Opracowanie własne Ministerstwa Zdrowia na podstawie *Map potrzeb zdrowotnych 2020, wg. stanu na 31.12.2019 r.*

- ✓ W 2019 r. z leczenia szpitalnego skorzystało 2,4 mln pacjentów w wieku 65+. Dane o tym, gdzie trafiają pacjenci w wieku 65+ przyjęci do szpitala, obrazuje tabela 2.
- ✓ Z poniższych danych wynika, że pacjenci w wieku 65+ najczęściej trafiają na SOR, oddział okulistyczny i oddział chorób wewnętrznych – co stanowi 42% wszystkich hospitalizacji osób po 65 roku życia w 2019 r. Mając na uwadze niewielką liczbę oddziałów geriatrycznych w Rzeczypospolitej Polskiej, długi czas oczekiwania na świadczenie w nich udzielane oraz wielochorobowość pacjentów starszych, można przyjąć, że pacjenci są alokowani w większości na inne dostępne oddziały.

TABELA 2. Alokacja pacjentów w wieku 65+ w poszczególnych oddziałach szpitalnych w 2019 r.

Lp.	Nazwa oddziału	Liczba wizyt (w tys.)	Procentowy udział (%)
0	1	2	3
1	Szpitalny oddział ratunkowy	1030	18%
2	Oddział okulistyczny	814	14%
3	Oddział chorób wewnętrznych	572	10%
4	Izba przyjęć szpitala	497	8%
5	Oddział kardiologiczny	329	6%
6	Oddział chirurgii ogólny	323	6%
7	Oddział leczenia jednego dnia	267	5%
8	Oddział onkologii klinicznej/chemioterapii	201	3%
9	Oddział onkologiczny	194	3%
10	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	174	3%
11	Oddział neurologiczny	145	2%
12	Oddział urologiczny	140	2%
13	Oddział hematologiczny	91	2%
14	Oddział geriatryczny	30	1%
15	Pozostałe	1041	18%
RAZEM		5848	100%

Źródło: Opracowanie własne Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych z NFZ, wg. stanu na 31.12.2019 r.

III.4. Opieka długoterminowa

W Rzeczypospolitej Polskiej system opieki długoterminowej finansowany ze środków publicznych opiera się na dwóch niezależnych od siebie filarach, funkcjonujących w ramach systemu ochrony zdrowia i polityki społecznej. Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego jest realizowana w warunkach:

- ✓ stacjonarnych – zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO);
- ✓ domowych – w zespołach długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej.

Z uwagi na planowany zakres wsparcia w niniejszym dokumencie skupiono się na opiece długoterminowej realizowanej w warunkach stacjonarnych.

III.4.1. Diagnostyka obecnego potencjału

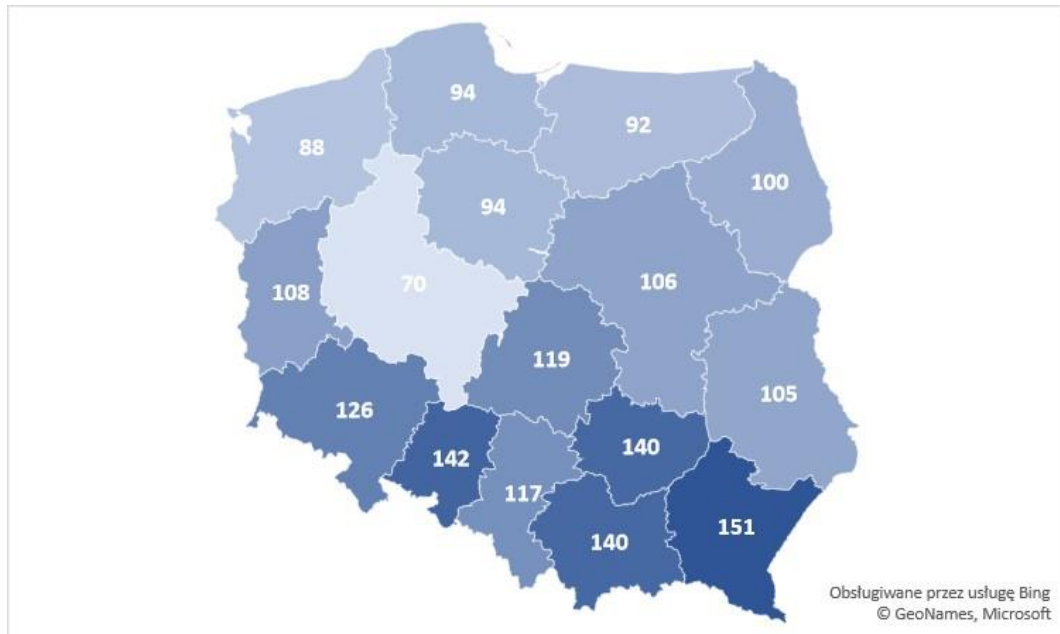
LICZBA PACJENTÓW W RAMACH DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI STACJONARNEJ⁹⁾

- ✓ Ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych w 2019 r. skorzystało ponad **42,6 tys. pacjentów**. Liczba pacjentów korzystających z ww. świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła **111 osób**. Najwięcej pacjentów odnotowano w województwie podkarpackim, opolskim, świętokrzyskim i małopolskim, najmniej zaś w województwie wielkopolskim, zachodniopomorskim oraz warmińsko-mazurskim. Wartość poniżej średniej odnotowano w 9 województwach. Na mapie poniżej

⁹⁾ Na podstawie danych ujętych w Mapach potrzeb zdrowotnych 2020, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3361>, dostęp: 12.11.2020 r.

przedstawiono rozkład pacjentów w opiece długoterminowej, którym udzielono świadczenia w ramach opieki stacjonarnej na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń.

WYKRES 2. Liczba pacjentów opieki długoterminowej na 100 tys. ludności w 2019 r.



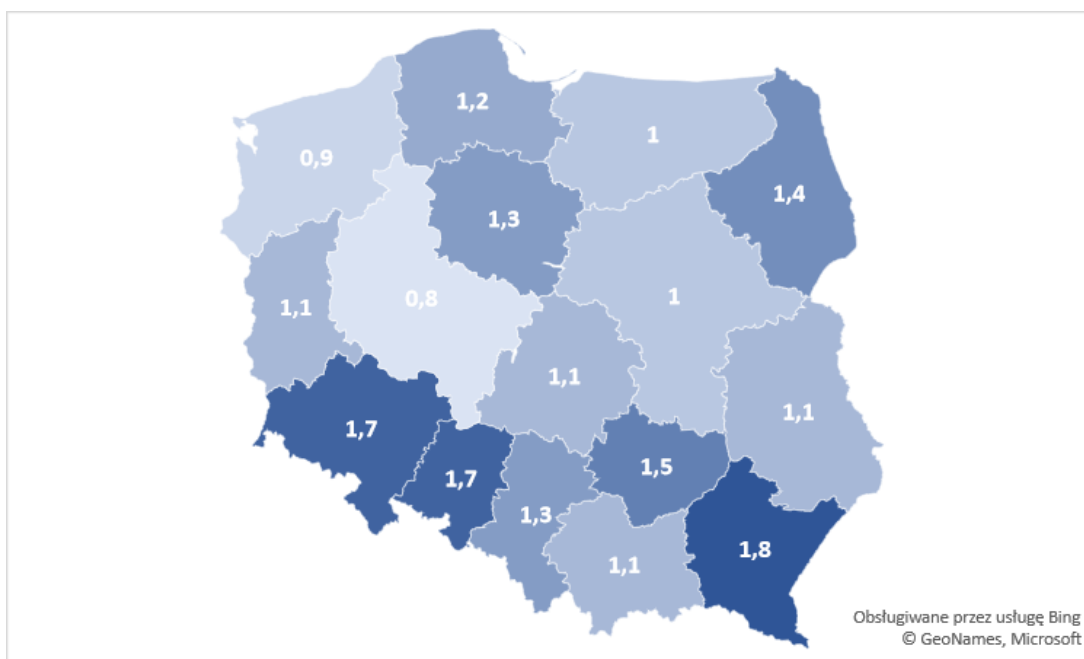
Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych 2020 na podstawie danych NFZ i GUS.

- ✓ W lutym 2020 r. liczba oczekujących do ośrodków opieki długoterminowej wyniosła 17 tys., z czego 61% osób oczekiwało na świadczenia z zakresu opieki stacjonarnej (7,7 tys. oczekiwało na świadczenia w zakładach opiekuńczo-leczniczych, a 2,7 tys. oczekiwało na świadczenia w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych). Przeciętny czas oczekiwania na świadczenia w stacjonarnych zakładach opiekuńczo-leczniczych wyniósł aż 294 dni, a w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych wyniósł aż 144 dni. Biorąc pod uwagę liczbę osób wymagających świadczeń w ramach opieki długoterminowej i długi czas oczekiwania na przyjęcie do ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej, zasadne jest zwiększanie liczby dostępnych miejsc w tych ośrodkach.

LICZBA ŚWIADCZENIODAWCÓW W RAMACH DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI STACJONARNEJ¹⁰⁾

- ✓ W 2019 r. w ramach NFZ udzielano świadczeń w 466 ośrodkach opieki stacjonarnej. Najwięcej stacjonarnych ośrodków opieki długoterminowej było zlokalizowanych w województwie śląskim, mazowieckim, dolnośląskim, najmniej zaś w lubuskim, warmińsko-mazurskim oraz zachodniopomorskim.
- ✓ Liczba ośrodków na 100 tys. ludności wyniosła 1,21, przy czym wartość poniżej średniej dla Rzeczypospolitej Polskiej odnotowano aż w 9 województwach. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podkarpackie, opolskie i dolnośląskie, najmniejszą zaś województwa: wielkopolskie, zachodniopomorskie i warmińsko-mazurskie. Liczbę ośrodków na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej w 2019 r. w poszczególnych województwach przedstawia mapa poniżej.

¹⁰⁾ Na podstawie danych ujętych w Mapie potrzeb zdrowotnych 2020, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3361>, odczyt: 12.11.2020 r.

WYKRES 3. Liczba ośrodków opieki długoterminowej na 100 tys. ludności w 2019 r.

Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych 2020 r. na podstawie danych NFZ i GUS.

- ✓ Zmiany w poszczególnych latach w liczbie podmiotów udzielających świadczeń oraz liczbie łóżek przedstawia poniższa tabela. Mimo niewielkiej tendencji wzrostowej, przy wciąż utrzymującym się długim czasie oczekiwania na świadczenie i dużej liczbie pacjentów wymagających opieki długoterminowej, **potwierdzona jest zasadność dalszych inwestycji w rozwój potencjału miejsc w zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych.**

TABELA 3. Liczba podmiotów udzielających świadczeń opieki długoterminowej w trybie stacjonarym i liczba łóżek w tych podmiotach w latach 2016–2019

	2016	2017	2018	2019
Liczba świadczeniodawców	440	463	456	466
Średnia liczba łóżek	28 568	29 942	30 681	31 127

Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych 2020.

LICZBA ŁÓŻEK W RAMACH DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI STACJONARNEJ¹¹⁾

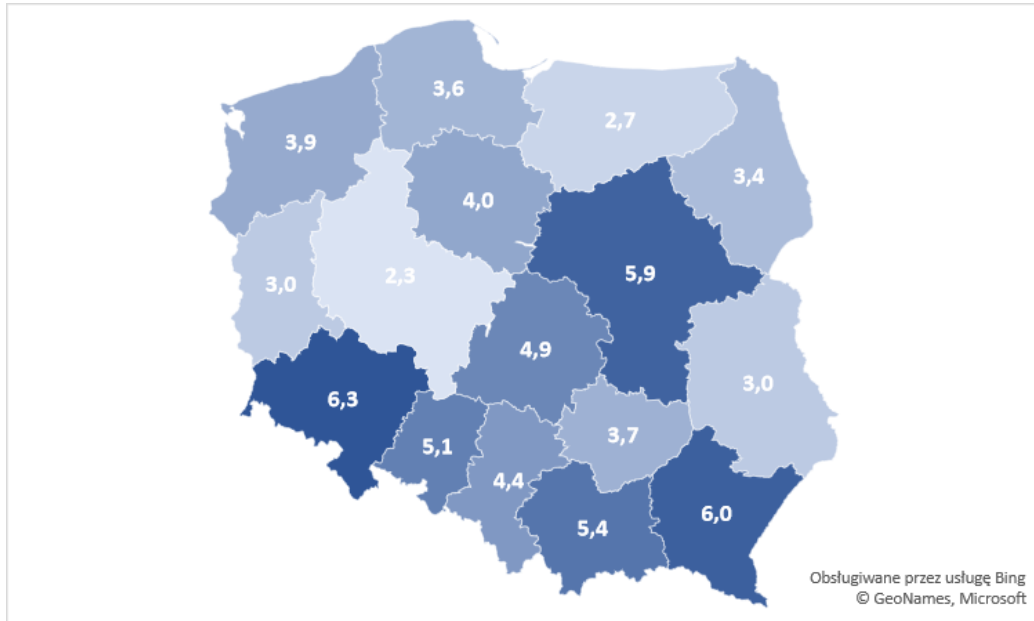
- ✓ Średnia liczba łóżek w 2019 r. w stacjonarnych ośrodkach opieki długoterminowej wynosiła 31 127. Najwięcej łóżek znajdowało się na terenie województwa mazowieckiego, śląskiego oraz dolnośląskiego, najmniej zaś na terenie województwa lubuskiego, warmińsko-mazurskiego oraz podlaskiego. Jednak danych wojewódzkich nie można rozpatrywać jednoznacznie – należy mieć na uwadze, że obecnie długi czas oczekiwania na miejsce w zakładzie opieki długoterminowej powoduje, że wielu seniorów korzysta z opieki nie w miejscu zamieszkania, lecz tam, gdzie najszybciej uzyskuje dostęp.¹²⁾

¹¹⁾ Na podstawie danych ujętych w Mapach potrzeb zdrowotnych 2020.

¹²⁾ Raport z analizy statystycznej GUS „Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2019” <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2019-roku,1,10.html>

- ✓ Rozkład liczby łóżek na 1000 ludności w wieku 65 lat lub więcej w 2019 r. nie był równomierny względem wszystkich województw. Średnia dla Rzeczypospolitej Polskiej wynosiła **4,48** a wartość poniżej średniej dla kraju odnotowano aż w 10 województwach. Największą wartością charakteryzowały się województwa dolnośląskie, podkarpackie, mazowieckie, najmniejszą zaś województwa wielkopolskie, warmińsko-mazurskie oraz lubuskie. Liczbę łóżek w ośrodkach stacjonarnych na 1000 ludności w wieku 65 lat lub więcej w 2019 r. w poszczególnych województwach przedstawiono na poniższej mapie.

WYKRES 4. Liczba łóżek w ośrodkach stacjonarnych na 1000 ludności powyżej 65 lat w 2019 r.



Źródło: *Mapy potrzeb zdrowotnych 2020.*

- ✓ Stacjonarne zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oferują rodzaj opieki, na którą jest duże zapotrzebowanie ze strony społeczeństwa, czego dowodem są m.in. wysokie wskaźniki wykorzystania łóżek:
 - dla zakładów opiekuńczo-leczniczych o profilu ogólnym wskaźnik wykorzystania łóżek w skali kraju wyniósł **91,2%** (333 dni);
 - dla zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych wskaźnik wykorzystania łóżek w skali kraju wyniósł **87,6%** (320 dni);
 - w zakładach o profilu psychiatrycznym wykorzystanie łóżek w placówkach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych było podobne i wskaźnik wykorzystania łóżek w skali kraju wyniósł nieco ponad **93%**.

Powyższe wskazuje jednoznacznie na konieczność tworzenia nowych łóżek opieki długoterminowej i systematycznego zwiększania liczby miejsc w placówkach świadczących ten rodzaj opieki w formie stacjonarnej.¹³⁾

¹³⁾ Raport z analizy statystycznej GUS, *Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2019*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2019-roku,1,10.html>

CZAS OCZEKIWANIA

- ✓ Postępujące starzenie się populacji wpływa na dostępność do świadczeń oraz powoduje znaczne obciążenie systemu ochrony zdrowia i brak możliwości zapewnienia wszystkim natychmiastowego dostępu do świadczeń opieki długoterminowej, co jest istotne z punktu widzenia zachowania ciągłości leczenia pacjentów.
- ✓ Dostęp do świadczeń opieki długoterminowej wykazuje duże zróżnicowanie terytorialne¹⁴⁾:
 - najdłuższy przeciętny rzeczywisty czas oczekiwania w przypadku stabilnym na przyjęcie pacjenta do zakładu/oddziału opiekuńczo-leczniczego wynosił w lutym 2020 r. **592 dni** (w województwie małopolskim), przy czym średnio pacjenci czekali na przyjęcie **294 dni**;
 - najdłuższy przeciętny rzeczywisty czas oczekiwania w przypadku stabilnym na przyjęcie pacjenta do zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego wynosił w lutym 2020 r. **321 dni** (w województwie kujawsko-pomorskim), przy czym średnio pacjenci czekali na przyjęcie **144 dni**. Warto zauważyć, że na terenie dwóch województw, tj. łódzkiego i opolskiego nie sprawozdano żadnego zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego.

TABELA 4. Liczba pacjentów oczekujących na przyjęcie do miejsca świadczenia stacjonarnej opieki długoterminowej, z przeciętnym czasem oczekiwania

Lp.	Województwo	Zakład/oddział	Liczba osób oczekujących	Przeciętny czas oczekiwania (w dniach)
0	1	2	3	4
1	dolnośląskie	zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	751	200
2	dolnośląskie	zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	460	9
3	dolnośląskie	zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci	1	0
4	kujawsko-pomorskie	zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	374	321
5	kujawsko-pomorskie	zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	370	92
6	lubelskie	zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	550	308
7	lubelskie	zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	234	240
8	lubuskie	zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	51	238
9	lubuskie	zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	192	20
10	łódzkie	zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	468	68
11	małopolskie	zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	2015	592
12	małopolskie	zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	12	0
13	mazowieckie	zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	636	249
14	mazowieckie	zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	217	18
15	mazowieckie	zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci	5	9
16	opolskie	zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	39	53
17	podkarpackie	zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	152	259
18	podkarpackie	zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	79	17
19	podlaskie	zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	313	153
20	podlaskie	zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	85	125
21	pomorskie	zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	335	29
22	pomorskie	zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	31	28
23	śląskie	zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	1474	238
24	śląskie	zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	668	177
25	świętokrzyskie	zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	152	386
26	świętokrzyskie	zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	48	20

¹⁴⁾ Dane w tym zakresie odnoszące się do opieki długoterminowej są zbierane od stycznia 2020 r.

27	warmińsko-mazurskie	zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	110	72
28	warmińsko-mazurskie	zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	18	28
29	wielkopolskie	zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	78	45
30	wielkopolskie	zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	223	20
31	zachodniopomorskie	zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	177	243
32	zachodniopomorskie	zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	103	168
Ogółem – kraj		zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	7729	294
		zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	2686	144
		zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci	6	8

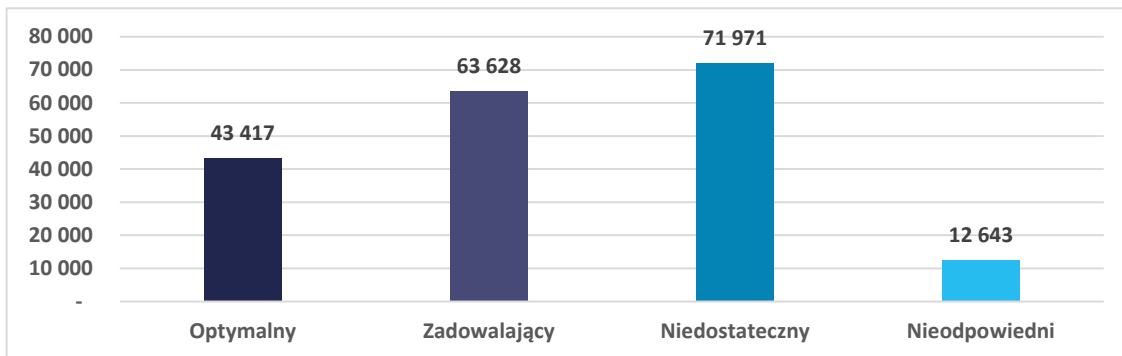
Źródło: Opracowanie własne Ministerstwa Zdrowia na podstawie *Map potrzeb zdrowotnych*, dostęp 30.12.2020 r.

- ✓ Podkreślenia wymaga fakt, że długość pobytu pacjentów w ZOL lub ZPO jest zdecydowanie dłuższa niż w oddziałach szpitalnych, a celem tego pobytu jest przywrócenie pacjentowi możliwie jak największej sprawności fizycznej oraz psychicznej.

STAN TECHNICZNY INFRASTRUKTURY PODMIOTÓW LECZNICZYCH

- ✓ W pierwszej połowie 2020 r. Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło ogólnopolską analizę stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych należących do PSZ. Prośba o ocenę stanu infrastruktury została skierowana do około 575 podmiotów (wszystkich w PSZ). Przyjęto czterostopniową skalę oceny stanu infrastruktury:
 - **stan optymalny** – sprawność techniczna jednostek, obiektów lub elementów budynku i infrastruktury terenu określona **stopniem zużycia od 0% do 15%** – główne elementy infrastruktury ocenianej placówki medycznej stanowiące o stopniu zużycia, są bardzo dobrze utrzymane, konserwowane i nie wykazują widocznego zużycia i uszkodzeń;
 - **stan zadowalający** – sprawność techniczna jednostek, obiektów lub elementów budynku i infrastruktury terenu określona **stopniem zużycia od 16% do 30%** – główne elementy infrastruktury, stanowiące o stopniu zużycia, są należyście utrzymane, konserwowane i wykazują niewielki stopień zużycia i uszkodzeń. Roboty budowlane mogą zostać odłożone na okres do 3 lat bez specjalnej szkody dla użytkowników;
 - **stan niedostateczny** – sprawność techniczna jednostek, obiektów lub elementów budynku i infrastruktury terenu określona **stopniem zużycia od 31% do 50%** – w głównych elementach infrastruktury występuje duże zużycie, stwierdzono w nich awaryjność i ubytki, głównie w wykończeniu, instalacjach i wyposażeniu, cechy i własności wbudowanych materiałów i urządzeń utraciły swoje pierwotne właściwości – ich stopień degradacji jest na wysokim poziomie. Prace z uwagi na stan techniczny powinny się odbyć w okresie do 2 lat od oceny infrastruktury;
 - **stan nieodpowiedni** – sprawność techniczna jednostek, obiektów lub elementów budynku i infrastruktury terenu określona **stopniem zużycia powyżej 51%** – w głównych elementach infrastruktury występuje bardzo duże zużycie, stwierdzono w nich awaryjność i ubytki, głównie w wykończeniu, instalacjach i wyposażeniu, cechy i własności wbudowanych materiałów i urządzeń utraciły swoje pierwotne właściwości – ich stopień degradacji jest na bardzo wysokim poziomie. Prace z uwagi na nieodpowiedni stan techniczny powinny się odbyć niezwłocznie.

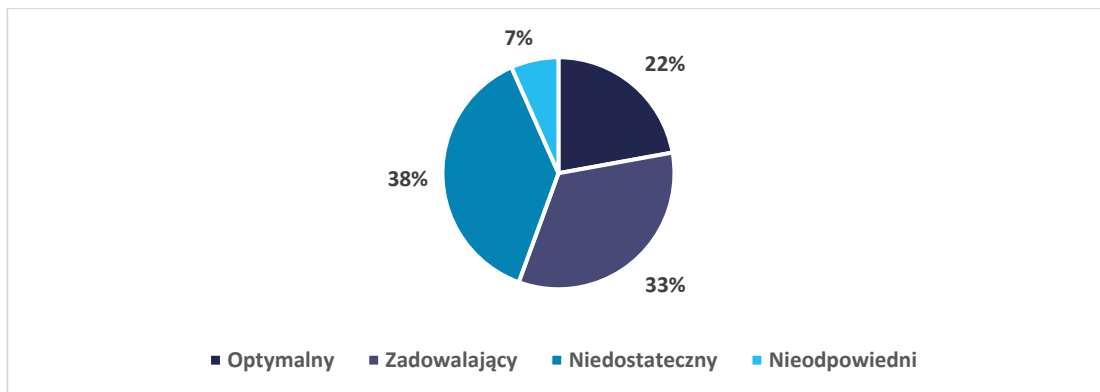
Ocenie poddano m.in. podmioty udzielające świadczeń z zakresu opieki długoterminowej o całkowitej powierzchni 191 tys. m². Poniższe wykresy przedstawiają wyniki przeprowadzonego badania.

WYKRES 5. Stan infrastruktury komórek opieki długoterminowej (powierzchni w m²)

Źródło: Opracowanie własne, Ministerstwo Zdrowia, 2020.

- ✓ W jednostkach lub komórkach organizacyjnych udzielających świadczeń w zakresie opieki długoterminowej w szpitalach należących do PSZ, zwraca uwagę dość duży odsetek udziału powierzchni (7%), dla której stopień zużycia infrastruktury przekroczył 51% – jest to ponad 12,6 tys. m², co wiąże się z koniecznością podjęcia natychmiastowych prac modernizacyjnych. Kolejne 38% powierzchni (prawie **72 tys. m²**) będzie wymagać zmodernizowania w przeciągu najbliższych 2 lat. Dla kolejnych 33% powierzchni oceniono stopień zużycia infrastruktury w przedziale od 16% do 30%, co oznacza konieczność podjęcia prac modernizacyjnych **63,6 tys. m²** powierzchni w ciągu najbliższych 3 lat. Sumarycznie w ciągu 3 lat konieczność modernizacji będzie dotyczyć 78% powierzchni podmiotów udzielających świadczeń w zakresie opieki długoterminowej.

WYKRES 6. Stan infrastruktury komórek opieki długoterminowej (powierzchnia w %)



Źródło: Opracowanie własne, Ministerstwo Zdrowia, 2020.

Powyższe dane wskazują, że w działających podmiotach leczniczych udzielających świadczeń w zakresie opieki długoterminowej niezwłocznie należy podjąć prace modernizacyjne. Modernizacja 7% powierzchni tych podmiotów powinna się rozpocząć niezwłocznie ze względu na bardzo duże zużycie, awaryjność, ubytki w wykończeniu, instalacjach i wyposażeniu – ich stopień degradacji jest na bardzo wysokim poziomie i z roku na rok może generować coraz wyższe koszty utrzymania. Dla kolejnych 38% powierzchni podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie opieki długoterminowej niezbędne jest zaplanowanie prac remontowych w ciągu najbliższych 2 lat.

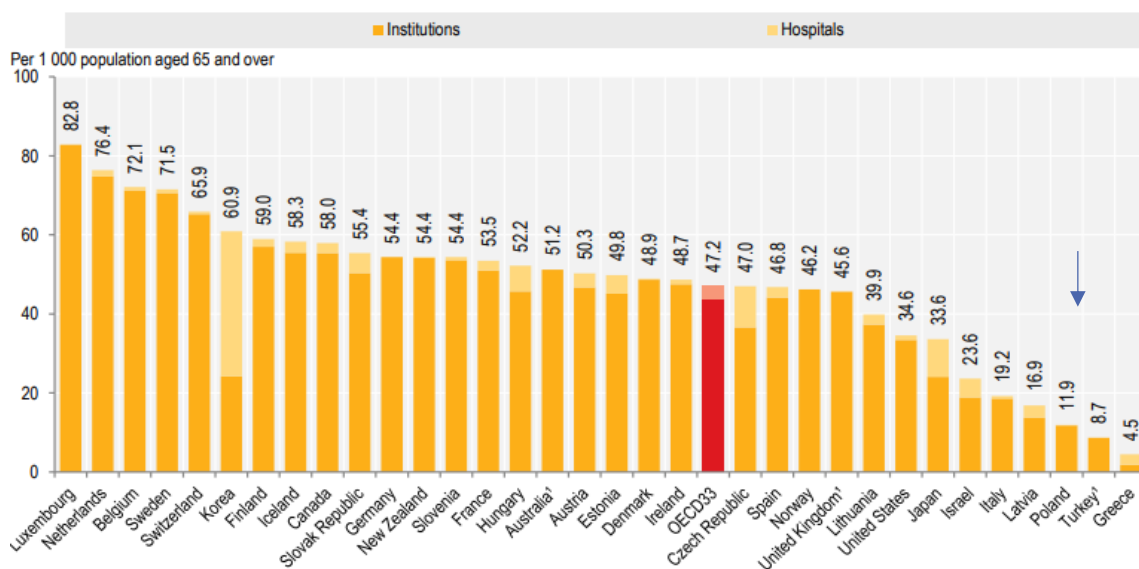
III.4.2. Wyzwania

Analiza stanu opieki długoterminowej w Rzeczypospolitej Polskiej na tle innych krajów, jak również fakt, że społeczeństwo się starzeje, powodują, że zabezpieczenie świadczeń i poprawa infrastruktury w tym obszarze są koniecznością.

POLSKA NA TLE INNYCH KRAJÓW

- ✓ Zgodnie z raportem OECD (*Health at a Glance, 2019*)¹⁵⁾ w 2017 r. Rzeczpospolita Polska **miała najniższą wśród 25 krajów OECD wartość wskaźnika „Udział osób w wieku 65+ objętych opieką długoterminową” (0,9%)**. Wartość ta jest ponad 10-krotnie mniejsza niż średnia w 25 krajach OECD (10,8%). Największa część społeczeństwa w wieku 65+ została objęta opieką długoterminową w Szwajcarii i Izraelu (odpowiednio 22,4% i 20,2%). Duże różnice w wartościach wskaźników między krajami OECD zależą od kilku aspektów, które mogą uniemożliwiać ich bezpośrednie porównywanie, tj. struktury demograficznej populacji poszczególnych krajów (odsetka osób w wieku 65+), definicji opieki długoterminowej¹⁶⁾ oraz błędów w sprawozdawczości¹⁷⁾.
- ✓ Jak podaje OECD, średnio 67,5% osób w wieku 65+ objętych opieką długoterminową otrzymuje świadczenia w warunkach domowych. W naszym kraju niekorzystny dla pacjentów jest udział miejsc stacjonarnych opieki długoterminowej w porównaniu z innymi państwami europejskimi.
- ✓ **W porównaniu z 33 krajami OECD Rzeczpospolita Polska ma relatywnie niski wskaźnik liczby łóżek w opiece długoterminowej na 1000 ludności w wieku 65 lat i więcej.**

WYKRES 7. Wskaźnik liczby łóżek opieki długoterminowej na 1000 osób w wieku co najmniej 65 lat w Rzeczypospolitej Polskiej w 2017 r. (institutions – instytucje, hospitals – szpitale)



Źródło: OECD, 2017 r.

- ✓ Jak podaje OECD, w porównaniu z innymi sektorami opieki zdrowotnej, w zakresie opieki długoterminowej odnotowano najwyższy wzrost wydatków w ostatnich latach. **Starzenie się populacji prowadzi do potrzeby zapewnienia bieżącej opieki zdrowotnej i społecznej większej liczbie osób, a rosnące dochody zwiększają również oczekiwania dotyczące jakości życia w starszym wieku.** W związku ze starzeniem się społeczeństwa również możliwości zapewnienia opieki nieformalnej będą maleć. Wszystkie te czynniki uzasadniają konieczność zwiększenia wydatków na opiekę długoterminową w krajach OECD na nadchodzące lata. W naszym kraju w 2017 r. wydatki na opiekę długoterminową (zdrowotne i społeczne) według rządowych i obowiązkowych systemów ubezpieczeń były jednymi z najniższych (0,4% PKB).

¹⁵⁾ OECD, *Health at a Glance 2019*, Paris 2019, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1604485518&id=id&accname=guest&checksum=DD9B43AF14F6695B5408BBB5073D68DD>, dostęp: 4.11.2020.

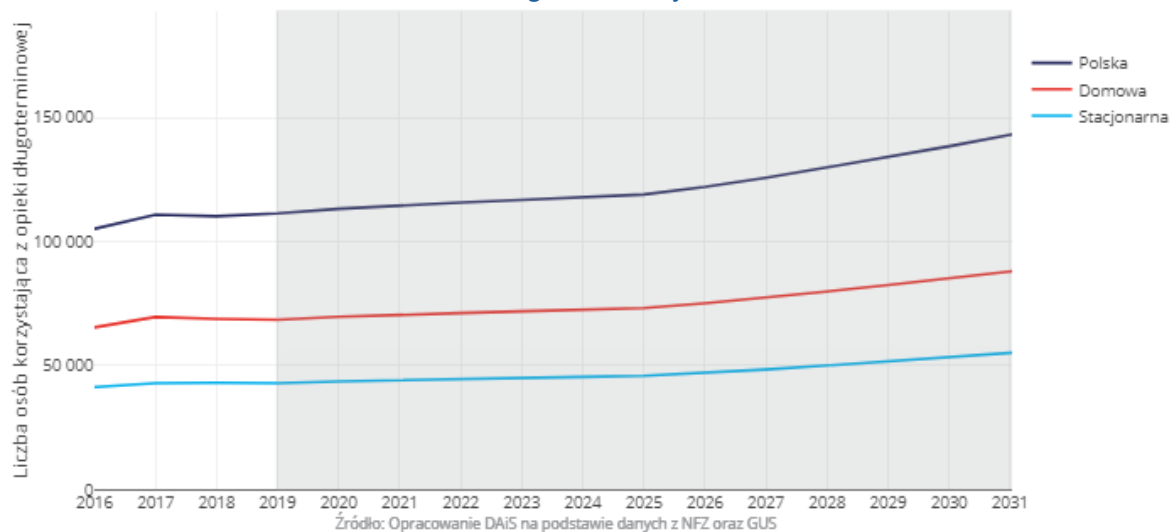
¹⁶⁾ W przypadku wartości dla Polski (0,9%) pod uwagę nie wzięto opieki długoterminowej świadczonej w warunkach domowych. Szczegółowy opis źródeł danych dla poszczególnych krajów jest dostępny pod adresem: <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=be9656b8-7f61-4a03-a1fc-bc503f459749>, dostęp: 12.11.2020.

¹⁷⁾ Na podstawie danych ujętych w mapach potrzeb zdrowotnych 2020, s. 361.

PROGNOZA

- ✓ Dane OECD wskazują, że liczba stacjonarnych miejsc opieki długoterminowej w opiece zdrowotnej znacznie odbiega od średniej OECD. Zarówno inwestowanie w modernizację obecnych miejsc opieki długoterminowej, jak i tworzenie nowych jest konieczne ze względu nie tylko na aktualne potrzeby, lecz także na fakt, że społeczeństwo się starzeje.
- ✓ W ramach map potrzeb zdrowotnych przygotowano prognozę **wzrostu liczby pacjentów w opiece długoterminowej** w podziale na opiekę domową i stacjonarną.

WYKRES 8. Prognozowana liczba pacjentów w latach 2019–2030 w podziale na rodzaj opieki długoterminowej



Źródło: *Mapy potrzeb zdrowotnych, 2020.*

- ✓ Analiza prognozy wskazuje, że **aby zapewnić ten sam poziom świadczeń na poziomie kraju w 2030 r. co w 2018 r. należałoby zwiększyć liczbę miejsc, tak aby opiekę otrzymało około 138,5 tys. pacjentów (czyli o 25% więcej niż obecnie)**. Utrzymanie obecnego udziału opieki stacjonarnej do opieki domowej (38,5%) oznaczałoby udzielenie pomocy ponad 85 tys. pacjentów w warunkach domowych oraz **ponad 53 tys. pacjentów w warunkach stacjonarnych¹⁸⁾**. Biorąc pod uwagę oszacowanie potrzeb seniorów w raporcie „Kompleksowy przegląd możliwości tworzenia w szpitalach powiatowych ośrodków opieki długoterminowej oraz oddziałów geriatrycznych w Polsce” liczba osób wymagających świadczeń w ramach opieki długoterminowej w 2030 r. może wzrosnąć do 197,6 tys. osób.
- ✓ W ww. prognozie oparto się jedynie na obecnym poziomie zabezpieczenia świadczeń dla pacjentów w opiece długoterminowej. Sam fakt starzenia się społeczeństwa wymaga zapewnienia odpowiednio wyższego udziału miejsc stacjonarnej opieki długoterminowej w ogólnej liczbie łóżek w kraju. Uwzględniając liczbę pacjentów oczekujących na świadczenie w opiece długoterminowej oraz porównując liczbę łóżek w opiece długoterminowej z innymi państwami europejskimi, trzeba uznać, że **inwestycje w rozwój potencjału stacjonarnej opieki długoterminowej są koniecznością**.
- ✓ Powyższe zostało wskazane m.in. w ramach debaty „Wspólnie dla zdrowia”. W dokumencie podsumowującym zaakcentowano, że należy zbudować wszechstronny system świadczeń

¹⁸⁾ Za: Mapa Potrzeb Zdrowotnych, str. 388.

zdrowotnych oraz społecznych¹⁹⁾. **Podkreślono również, że w związku z rosnącymi potrzebami w zakresie opieki długoterminowej, należy przekształcić łóżka szpitalne o niskim obciążeniu na potrzeby nowo tworzonych oddziałów²⁰⁾.**

III.4.3. Cel interwencji w obszarze opieki długoterminowej

- ✓ Zgodnie z dokumentem pn. „Kompleksowy przegląd możliwości tworzenia w szpitalach powiatowych ośrodków opieki długoterminowej oraz oddziałów geriatrycznych w Polsce” (Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2022 r.):
 - podaż opieki długoterminowej wymaga wzmocnionych wielokierunkowych działań, aby w pełni zabezpieczyć rosnące potrzeby oraz różnice terytorialne,
 - zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i opiekuńcze osób starszych w populacji Rzeczypospolitej Polskiej są związane głównie ze zmianami demograficznymi oraz wzorcami profilaktycznymi i kulturowymi. Potrzeby te będą w przyszłości rosnąć i potencjalnie powodować konieczność intensyfikacji wdrażania różnorodnych form rozwiązań systemowych,
 - zidentyfikowano obszary funkcjonowania placówek ochrony zdrowia, które pozwalają na przekształcenie istniejących zasobów w ośrodki opieki długoterminowej lub oddziały geriatryczne.
- ✓ Rzeczpospolita Polska powinna dążyć do zwiększenia liczby łóżek.
- ✓ Przez interwencję w ramach Programu planujemy utworzyć około 15 tys. łóżek. Pozostałe potrzeby planuje się zabezpieczyć w ramach działań finansowanych z innych środków będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.
- ✓ Działania podejmowane w ramach Programu powinny odbywać się **w pierwszej kolejności przez przekształcanie obecnych łóżek szpitalnych w miejsca opieki długoterminowej**, a w następnej przez **tworzenie nowych miejsc opieki**.
- ✓ Konieczne jest również zapewnienie wysokiej jakości świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych w już działających podmiotach przez ich **modernizację oraz doposażenie w sprzęt medyczny**.

III.5. Geriatria

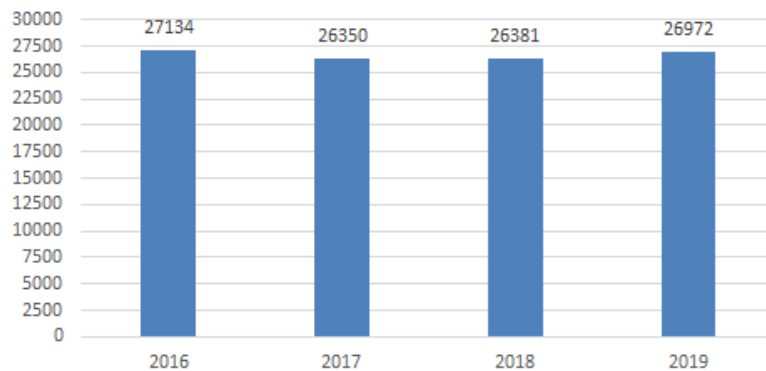
III.5.1. Diagnoza obecnego potencjału

LICZBA PACJENTÓW ODDZIAŁÓW GERIATRYCZNYCH

- ✓ W 2019 r. liczba hospitalizowanych seniorów w wieku 65+ w oddziałach geriatrycznych wyniosła dokładnie **26 972** pacjentów, przy jednoczesnych nakładach na leczenie w wysokości około 129 mln zł.

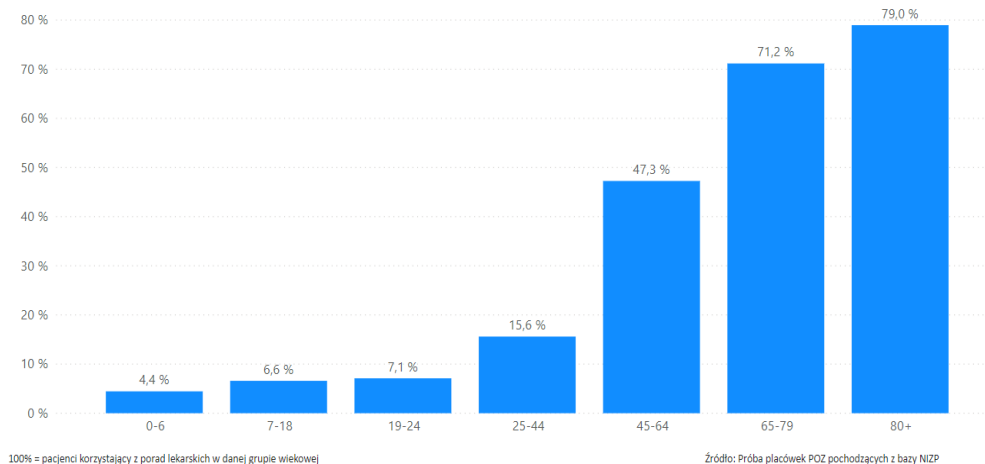
¹⁹⁾ P. Czauderna, M. Gałązka-Sobotka, P. Górski, T. Hryniewiecki (red.), *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia. Dokument podsumowujący*, Warszawa 2019, s. 12.

²⁰⁾ P. Czauderna, M. Gałązka-Sobotka, P. Górski, T. Hryniewiecki (red.), *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia. Dokument podsumowujący*, Warszawa 2019, s. 10.

WYKRES 9. Liczba pacjentów oddziałów geriatrycznych w latach 2016–2019

Źródło: *Mapy potrzeb zdrowotnych 2020* na podstawie danych GUS.

- ✓ W 2018 r. 32,5% pacjentów z list aktywnych w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) dotkniętych było wielochorobowością, a połowa wszystkich porad lekarskich została udzielona tej właśnie grupie pacjentów (50,2%).
- ✓ Wielochorobowość pacjentów jest silnie związana z wiekiem. W 2018 r. niemal 80% pacjentów w najstarszej grupie wiekowej (80+) było leczonych z powodu kilku chorób przewlekłych. Zauważa się znaczący wzrost występowania wielochorobowości u pacjentów po 44 roku życia. (kształtował się na poziomie 24 p.p. w porównaniu z pacjentami w wieku od 25 do 44 lat).

WYKRES 10. Udział pacjentów z wielochorobowością w poszczególnych grupach wiekowych w 2018 r.

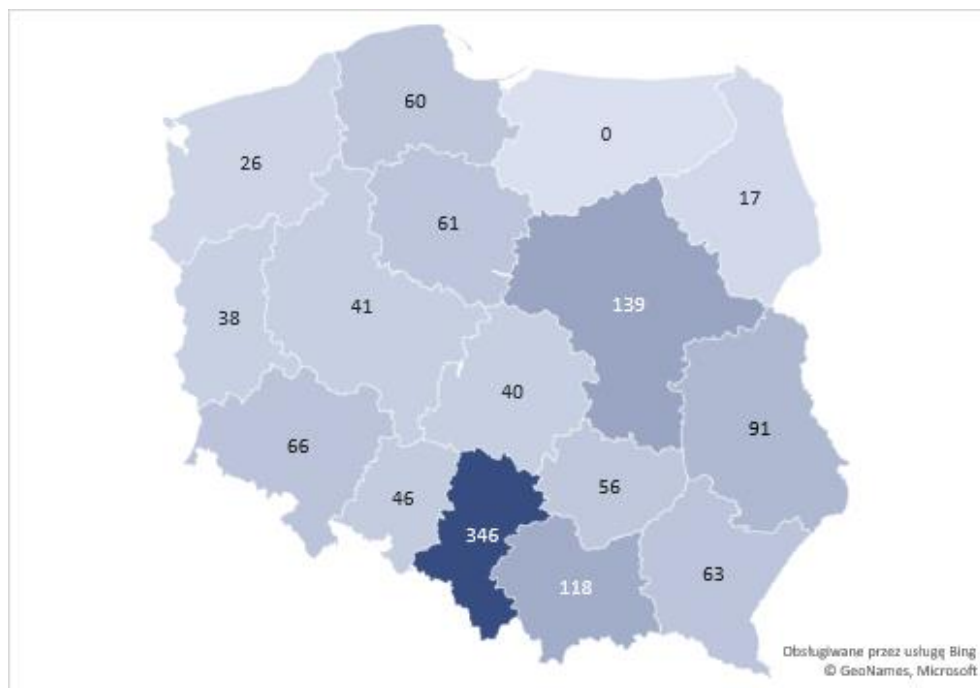
Źródło: B. Wojtyński, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020, s. 589.

Ze względu na specyfikę stanu zdrowia pacjenta geriatrycznego, u którego najczęściej występuje kilka współistniejących chorób przewlekłych m.in. nadciśnienie, zmiany zwyrodnieniowe stawów czy cukrzyca, czas hospitalizacji na oddziałach geriatrycznych jest dłuższy niż przeciętny pobyt chorego w szpitalu – w 2018 r. średni czas jednej hospitalizacji w kraju wyniósł 5,3 dnia, a na oddziałach geriatrycznych **8,4 dnia**²¹⁾. Jak wskazują prognozy i dane zebrane w *Mapach potrzeb zdrowotnych 2020*, czas pobytu seniorów w oddziałach geriatrycznych rokrocznie wydłuża się – w 2019 r. średni czas jednej hospitalizacji wyniósł już **10 dni**.

²¹⁾ Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia, Biuletyn Statystyczny 2019 https://cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/Biuletyn_informacyjny/biuletyn_statystyczny_2019_5db016ddd0b8d.pdf, dostęp: 10.09.2020.

LICZBA ŚWIADCZENIODAWCÓW W RAMACH OPIEKI GERIATRYCZNEJ

- ✓ Obecnie w Rzeczypospolitej Polskiej funkcjonują **62 oddziały geriatryczne (46 aktywnie udzielające świadczeń) z łączną liczbą 1208 łóżek**. Najwięcej oddziałów geriatrycznych znajduje się w województwie śląskim – 15 i mazowieckim – 9. Najmniej – po jednym w województwie podlaskim i zachodniopomorskim. W województwie warmińsko-mazurskim nie ma oddziału geriatrycznego w żadnym szpitalu. Rozkład oddziałów wraz z liczbą dostępnych w nich sumarycznie łóżek zobrazowano na mapie poniżej.

WYKRES 11. Liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych 1208

Źródło: Opracowanie własne Ministerstwa Zdrowia na podstawie *Map potrzeb zdrowotnych 2020., wg. stanu na 31.12.2019 r.*

- ✓ Kolejnym filarem systemu opieki nad pacjentem geriatrycznym w naszym kraju są poradnie geriatryczne działające w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). W **94 obecnie funkcjonujących poradniach geriatrycznych** w 2019 r. udzielono sumarycznie 69 696 porad specjalistycznych – z roku na rok liczba dostępnych dla pacjentów poradni geriatrycznych rośnie, co obrazuje poniższa tabela. Równocześnie porady specjalistyczne udzielone w poradni geriatrycznej w 2019 r. stanowiły zaledwie 0,09% wszystkich udzielonych porad specjalistycznych (z 81 066 246 wszystkich porad AOS).

TABELA 5. Liczba poradni geriatrycznych i liczba udzielonych porad specjalistycznych w tych poradniach w latach 2015–2019

	2015	2016	2017	2018	2019
Liczba poradni geriatrycznych	79	82	80	90	94
Liczba udzielonych porad	63 225	68 584	65 661	66 076	69 696

Źródło: *Mapy potrzeb zdrowotnych 2020.*

- ✓ Oddziały geriatryczne cechują się jedną z najmniejszych liczb łóżek w Rzeczypospolitej Polskiej – zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w 2019 r. liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych wyniosła 1208. Największa liczba łóżek jest w województwie śląskim oraz mazowieckim, najmniejsza w podlaskim

i zachodnio-pomorskim. W województwie warmińsko-mazurskim nie został otworzony żaden oddział geriatryczny.

CZAS OCZEKIWANIA NA ŚWIADCZENIA

- ✓ Postępujące starzenie się populacji wpływa na dostępność do świadczeń – wzrost liczby pacjentów w wieku 65+ powoduje znaczne obciążenie systemu ochrony zdrowia i brak możliwości zapewnienia wszystkim natychmiastowego dostępu do hospitalizacji na oddziale geriatrycznym. Długi czas oczekiwania na świadczenie jest zjawiskiem niekorzystnym zarówno dla stanu zdrowia pacjenta, jak i dla finansów publicznych. Skutkami oczekiwania na świadczenia udzielane seniorom są: pogłębienie się niesprawności i niesamodzielności, znaczny spadek jakości ich życia, a przede wszystkim opóźnienie diagnostyki i wdrożenia odpowiedniego leczenia, czego konsekwencją są mniejsze szanse na wyleczenie lub osiągnięcie pożądanego efektu klinicznego. Czas oczekiwania w kolejce na udzielenie świadczenia powoduje również wzrost kosztów leczenia pacjenta.
- ✓ Mimo systematycznego wzrostu wartości zakontraktowanych w umowach dotyczących świadczeń w zakresie geriatry, pogorszył się dostęp do świadczeń zdrowotnych w tym obszarze. W latach 2016–2019 zarówno wzrosła liczba oczekujących na świadczenia – w AOS o 56,3% (w 2016 r. 1064 oczekujących, a w 2019 r. już 1740), w lecznictwie szpitalnym (LSZ) o 87% (w 2016 r. 1337 oczekujących, a w 2019 r. już 2502 osób), jak i wzrósł czas oczekiwania – w AOS o 35% (w 2016 r. w przypadku stabilnym średni czas oczekiwania wyniósł 26 dni, a w 2019 r. 35 dni), w LSZ o 80,0% (w 2016 r. w przypadku stabilnym średni czas oczekiwania wyniósł 20 dni, a w 2019 r. już 36 dni)²²⁾.
- ✓ Dostęp do świadczeń geriatrycznych wykazuje duże zróżnicowanie terytorialne. Różnice między poszczególnymi województwami w wartościach zrealizowanych świadczeń z zakresu geriatry w przeliczeniu na 1000 mieszkańców w 2019 r. w AOS i LSZ sięgały kilku tysięcy procent. Nakłady na geriatrję ogółem (AOS, LSZ, psychiatria i świadczenia odrębnie kontraktowane) w 2019 r. były najniższe w województwie warmińsko-mazurskim – wartość rozliczonych świadczeń wyniosła 677 zł na 1000 ubezpieczonych ogółem. Z kolei w województwie małopolskim była najwyższa wartość rozliczonych świadczeń z ww. zakresu – 9886 zł na 1000 ubezpieczonych ogółem. Średnio dla całej Rzeczypospolitej Polskiej było to 5699 zł w 2019 r.²³⁾

TABELA 6. Liczba pacjentów oczekujących w 2019 r. na miejsce w oddziale geriatrycznym, z uwzględnieniem średniego rzeczywistego czasu oczekiwania i mediany

Lp.	Województwo	Liczba osób oczekujących	Średni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach)	Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania
				przypadek stabilny
0	1	2	3	4
1	dolnośląskie	273	105	105
2	kujawsko-pomorskie	94	87	87
3	lubuskie	54	13	13
4	łódzkie	27	16	16
5	małopolskie	9	9	11
6	mazowieckie	226	25	3
7	opolskie	132	46	46
8	podlaskie	185	97	97
9	pomorskie	3	12	12
10	śląskie	939	62	48

²²⁾ Opracowanie własne Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ za lata 2016–2019.

²³⁾ Opracowanie własne Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ za lata 2016–2019.

11	zachodniopomorskie	2	20	20
12	podkarpackie	1	0	0
Ogółem – kraj*		1945	41	18

* Dane uśrednione na bazie 12 województw. W województwie warmińsko-mazurskim nie ma oddziału geriatrycznego, województwa: lubelskie, świętokrzyskie i wielkopolskie – brak danych.

Źródło: Opracowanie własne Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ z 10.12.2020 r.

- ✓ Najdłuższy średni rzeczywisty czas oczekiwania w przypadku stabilnym na przyjęcie pacjenta do oddziału geriatrycznego wynosił w grudniu 2019 r. aż **105 dni** (województwo dolnośląskie), przy czym średnio pacjenci czekali na przyjęcie **41 dni**. Sumarycznie w przypadku stabilnym oczekiwało na hospitalizację w oddziale geriatrycznym 1945 seniorów w 12 województwach. W przeliczeniu na jedno województwo średnio oczekujących było 162 pacjentów. Przyjmując wyliczoną średnią dla wszystkich 15 województw, w których są oddziały geriatryczne, otrzymujemy sumaryczną liczbę oczekujących w **Rzeczypospolitej Polskiej 2431** (bez województwa warmińsko-mazurskiego, gdzie nie ma oddziału geriatrycznego). Zgodnie z danymi NFZ w 2019 r. w przypadku zarówno stabilnym, jak i pilnym sumaryczna liczba oczekujących w 12 województwach wynosiła 2 502 (brak danych dla 3 województw).
- ✓ Przyjmując powyższe dane, aby dążyć do zwiększenia liczby łóżek umożliwiającej pokrycie zapotrzebowania w 100%, tj. dla wszystkich osób oczekujących na przyjęcie do oddziału geriatrycznego w trybie zarówno pilnym, jak i stabilnym, należy sumarycznie zwiększyć liczbę łóżek na oddziałach geriatrycznych o liczbę równą liczbie osób oczekujących – 2502.

TABELA 7. Liczba pacjentów oczekujących na wizytę w poradni geriatrycznej, ze średnim rzeczywistym czasem oczekiwania i medianą

Lp.	Województwo	Liczba osób oczekujących	Średni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach)	Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania
				przypadek stabilny
0	1	2	3	4
1	dolnośląskie	68	41	4
2	kujawsko-pomorskie	221	130	101
3	lubelskie	3	4	0
4	lubuskie	6	7	5
5	łódzkie	52	33	23
6	małopolskie	296	22	12
7	mazowieckie	151	35	27
8	opolskie	162	109	37
9	podkarpackie	3	17	17
10	podlaskie	136	62	0
11	pomorskie	126	96	108
12	śląskie	334	35	28
13	warmińsko-mazurskie	51	7	3
14	wielkopolskie	37	9	0
15	zachodniopomorskie	17	10	9
Ogółem – Kraj*		1663	41	12

* dane uśrednione, brak danych z województwa świętokrzyskiego.

Źródło: Opracowanie własne Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych NFZ z 10.12.2020 r.

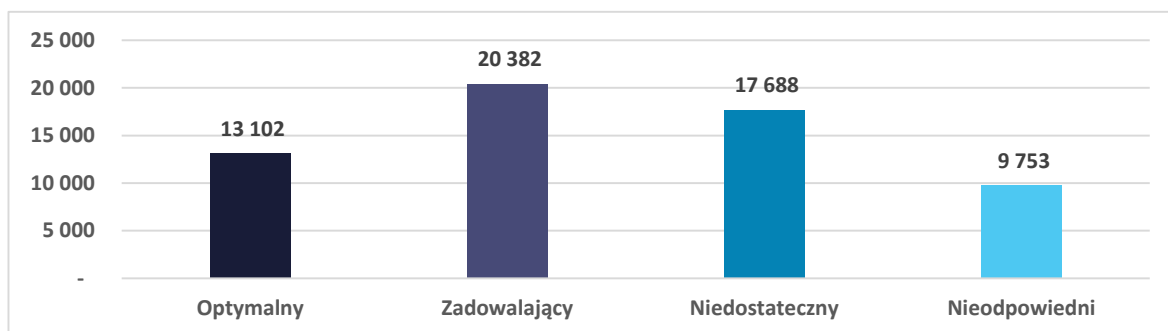
- ✓ Najdłuższy średni rzeczywisty czas oczekiwania w przypadku stabilnym na przyjęcie pacjenta do poradni geriatrycznej wynosił w grudniu 2019 r. aż **130 dni** (województwo kujawsko-pomorskie), przy czym średnio pacjenci czekali na przyjęcie **41 dni**. Sumarycznie w przypadku stabilnym oczekiwało na wizytę w poradni geriatrycznej 1663 seniorów. W przeliczeniu na jedno województwo średnio było 111 oczekujących pacjentów.

Zapewnienie odpowiedniej bazy łóżkowej i kompleksowości świadczeń z zakresu geriatry jest gwarantem dostępności do świadczeń zdrowotnych dla seniorów i utrzymania ich w dobrym zdrowiu pozwalającym zminimalizować koszty dalszej opieki długoterminowej i koszty ponoszone z tytułu wypłaty świadczeń zabezpieczenia społecznego. Tym samym istnieje potrzeba tworzenia nowych oddziałów geriatrycznych i rozszerzania bazy łóżkowej obecnie funkcjonujących – mając na uwadze ogólne niskie obciążenie łóżek szpitalnych w naszym kraju, zasadne jest, aby w miejsce łóżek nierentownych wstawić potrzebne łóżka geriatryczne.

STAN TECHNICZNY INFRASTRUKTURY PODMIOTÓW LECZNICZYCH

- ✓ Przeprowadzona przez Ministerstwo Zdrowia ogólnopolska analiza stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych należących do PSZ, o której mowa na stronie 20, oceniała również stan infrastruktury oddziałów geriatrycznych. W badaniu oceniono oddziały geriatryczne o całkowitej powierzchni 61 tys. m².

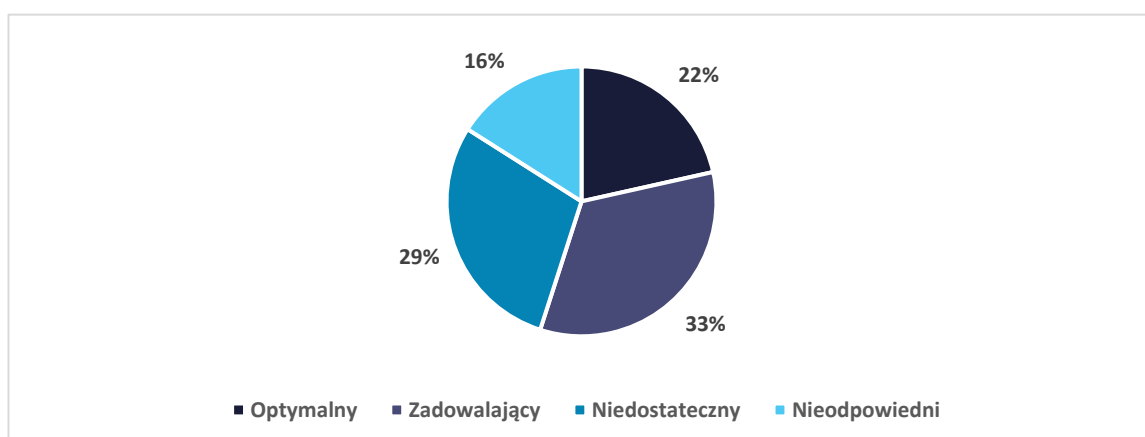
WYKRES 12. Stan infrastruktury oddziałów geriatrycznych (powierzchnia w m²)



Źródło: Opracowanie własne Ministerstwa Zdrowia na podstawie ogólnopolskiej analizy stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych.

Wyniki oceny oddziałów geriatrycznych pokazują wysoki odsetek szpitali, które oceniły stan infrastruktury jako nieodpowiedni (16%). Powyższe oznacza konieczność bezzwłocznego podjęcia prac modernizacyjnych w odniesieniu do 9,7 tys. m² powierzchni. Dalsze 17,6 tys. m² (29%) powierzchni oddziałów geriatrycznych wymaga interwencji w przeciągu najbliższych 2 lat.

WYKRES 13. Stan infrastruktury oddziałów geriatrycznych (powierzchnia w %)



Źródło: Opracowanie własne Ministerstwa Zdrowia na podstawie ogólnopolskiej analizy stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych.

Jedynie dla 22% powierzchni oddziałów (13,1 tys. m²) wskazano, że stan techniczny posiadanej infrastruktury sprzyja rozwojowi działalności podmiotu, w tym wprowadzaniu i stosowaniu nowoczesnych technologii

medycznych. **Mając na względzie trendy demograficzne, konieczne jest pilne uwzględnienie inwestycji dotyczących modernizacji infrastruktury oddziałów geriatrycznych.**

III.5.2. Wyzwania

Analiza obecnego stanu opieki geriatrycznej w Rzeczypospolitej Polskiej, jak również fakt starzenia się społeczeństwa wskazują na konieczność podjęcia działań w celu rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń w tym obszarze.

ZALECENIA NIK DLA OPIEKI GERIATRYCZNEJ

- ✓ W wynikach kontroli „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym” z 2015 r. NIK wskazuje, że:
 - starzenie się społeczeństwa powoduje wzrost kosztów opieki medycznej i świadczeń socjalnych, stanowi wyzwanie organizacyjne dla całego systemu opieki zdrowotnej, konieczne jest zatem budowanie skutecznego systemu opieki nad osobami w podeszłym wieku oraz sieci wsparcia dla ich rodzin;
 - leczenie pacjentów opuszczających oddziały geriatryczne jest dla płatnika publicznego tańsze – jednostkowo o 1380 zł na pacjenta na rok – niż leczenie pacjentów po pobycie w oddziałach chorób wewnętrznych. Ma to szczególnie duże znaczenie zwłaszcza w obliczu rosnącego udziału pacjentów w wieku podeszłym w całym systemie ochrony zdrowia;
 - wartość średnich kosztów na jedną hospitalizację dla 12 miesięcy po wypisie pacjenta z oddziału chorób wewnętrznych była wyższa, w stosunku do średnich kosztów na jedną hospitalizację dla 12 miesięcy po wypisie pacjenta z oddziału geriatrycznego wynosiła: od 11% do 25% w ciągu 3 lat podlegających analizie;
 - podobnie kształtowały się koszty leków w okresie 12 miesięcy po wypisie pacjentów geriatrycznych leczonych na oddziałach geriatrycznych w badanym okresie, w stosunku do porównywalnej grupy pacjentów leczonych w oddziałach chorób wewnętrznych – koszt leków pacjentów leczonych na oddziałach geriatrycznych, w stosunku do porównywalnej grupy pacjentów leczonych na oddziałach chorób wewnętrznych, był niższy o 12,6% w 2011 r. i o 10,6% w 2013 r.;
 - konieczne jest wprowadzenie zmian w wycenie i finansowaniu procedur geriatrycznych – wykazano, że przychody z realizacji umów zawartych z NFZ w większości przypadków nie pokrywały kosztów udzielania świadczeń. Stopień refundacji kosztów świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne wynosił od 47,5% do 133,7%, a w rodzaju AOS – od 15,4% do 185,0%. Różnice między kosztami udzielania świadczeń a refundacją NFZ były pokrywane przez świadczeniodawców ze środków innych, korzystniej wycenionych procedur;
 - wycena świadczeń w zakresie geriatryki powinna być tak skonstruowana, aby warunki finansowe umożliwiały tworzenie nowych placówek geriatrycznych;
 - w badanych grupach pacjentów występuje większy odsetek zgonów wśród pacjentów oddziałów chorób wewnętrznych w porównaniu z pacjentami oddziałów geriatrycznych. Przy czym odsetek zgonów na oddziałach chorób wewnętrznych, w grupie osób powyżej 90 roku życia był najwyższy – miarą jakości opieki medycznej nad chorym w starszym wieku jest m.in. umieralność szpitalna i poszpitalna.
- ✓ Powyższe wskazuje na potrzebę zwiększania bazy łóżkowej dostępnej dla pacjentów geriatrycznych. Duża część osób powyżej 60 roku życia ze schorzeniami geriatrycznymi jest leczona na innych oddziałach, w szczególności na oddziałach chorób wewnętrznych. Zjawisko to stanowi obciążenie dla systemu opieki zdrowotnej ze względu na niedostosowanie tych oddziałów do kompleksowego leczenia osób starszych z wielochorobowością.
- ✓ Z podsumowania kontroli NIK wynika, że w naszym kraju jest niewystarczająca dostępność do opieki geriatrycznej, a mimo wzrostu nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku, wzrosła liczba oczekujących i rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia. Powyższe

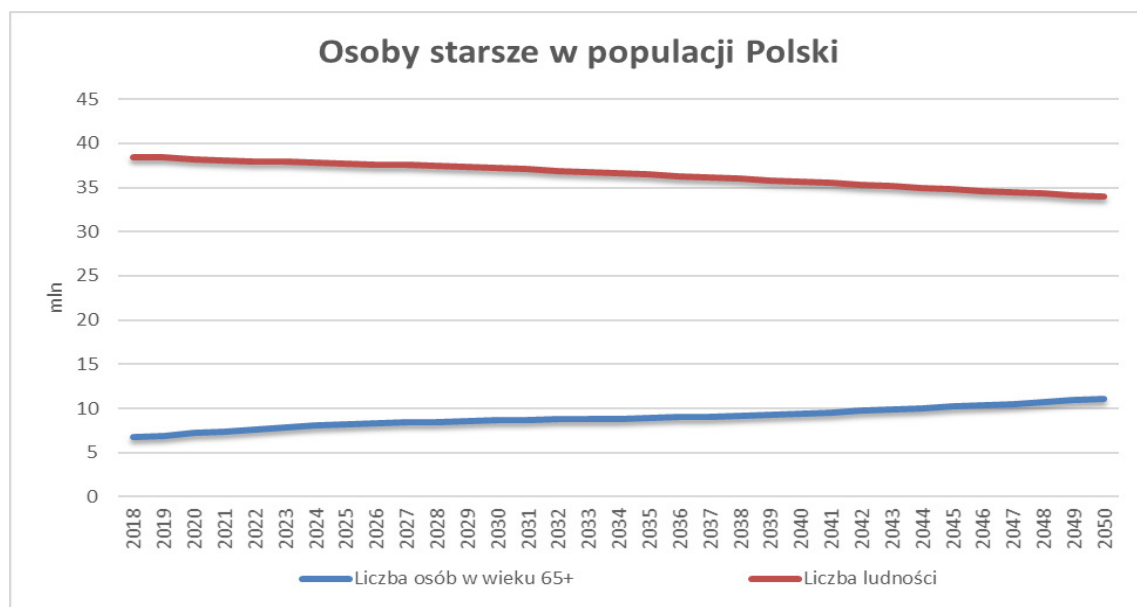
potwierdzają dane dotyczące liczby pacjentów w zestawieniu z czasem oczekiwania i liczbą dostępnych łóżek w oddziałach geriatryi.

- ✓ Wnioski z kontroli wskazują, że system opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku powinien uwzględniać bliskość placówek medycznych od miejsca zamieszkania oraz odpowiednią liczbę personelu medycznego i specjalistów z zakresu geriatryi. Zostało wskazane, że problemy zdrowotne osób starszych muszą być rozwiązywane kompleksowo, w interdyscyplinarnej współpracy lekarza, pielęgniarki, pracownika socjalnego oraz innych specjalistów, w sposób ciągły i długofalowy.
- ✓ Liczne dane²⁴⁾ wskazują, że w czasie roku po hospitalizacji w oddziale geriatrycznym występuje znamiennej redukcja ryzyka śmierci, rehospitalizacji, przekazywania pacjentów do opieki instytucjonalnej, a także poprawa sprawności funkcjonalnej pacjenta.
- ✓ Należy dążyć do zwiększenia potencjału i bazy łóżek oddziałów geriatrycznych. Mając na uwadze szacowany wzrost liczby osób starszych w społeczeństwie polskim, ale i obecny czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w oddziale geriatrycznym, aby zapewnić wszystkim dostęp do tych świadczeń, konieczne jest dążenie do zwiększenia o około 70% obecnej liczby łóżek w oddziałach geriatrycznych, tj. zarówno utworzenie co najmniej 850 nowych łóżek w oddziałach geriatrycznych przez przekształcenie łóżek z innych oddziałów szpitalnych o niskim obciążeniu, jak i tworzenie nowych łóżek.

PROGNOZA

- ✓ Spadek płodności i umieralności wpływa nie tylko na zmiany liczby ludności, ale przede wszystkim na określone przekształcenia struktury ludności według wieku – utrzymujący się w kraju trend wskazuje, że spada udział dzieci i młodzieży w ogólnej liczbie ludności, a zwiększa się liczba i udział osób w wieku starszym (60 lat i więcej). Wyraźne starzenie się populacji obserwowane jest od początku XXI w. i jak wskazują prognozy demograficzne znaczący przyrost populacji osób w starszym wieku będzie narastał wykładniczo – z 5,9 mln osób w wieku 65+ w 2014 r. (15,5% ogółu ludności) oraz nieco ponad 6,9 mln w 2019 r. (18,1%) do 8,6 mln w 2030 r. (23,2%) oraz 11 mln w 2050 r. (32,7%)²⁵⁾.

WYKRES 14. Osoby starsze w populacji Rzeczypospolitej Polskiej



Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych 2020 na podstawie danych GUS.

²⁴⁾ A.E. Stuck, A.L. Siu, G.D. Wieland, J. Adams, L.Z. Rubenstein, *Comprehensive geriatric assessment: meta-analysis of controlled trial*, „The Lancet” 1993, Vol. 342, Issue 8878, s. 1032–1036.

²⁵⁾ Mapy potrzeb zdrowotnych 2020, zakładka: Demografia, <https://basiv.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3304>, dostęp: 11.11.2020.

- ✓ Ponadto w grupie osób starszych wzrasta liczba osób sędziwych, definiowanych jako osoby w wieku 80 lat i więcej. Grupa osób w wieku 80 lat i więcej wzrasta z ponad 1,5 mln w 2014 r. oraz 1,7 mln w 2019 r. do ponad 3,5 mln w 2050 r., a osób w wieku 85 lat i więcej z 664,8 tys. w 2014 r. do 812,1 tys. w 2018 r. oraz blisko 2,1 mln w 2050 r. Nie tylko zatem znacząco wzrosnie populacja osób starszych, lecz także w ramach tej grupy ludności zwiększy się liczba i udział osób w wieku 80+. Będziemy mieć zatem do czynienia z procesem podwójnego starzenia się ludności Rzeczypospolitej Polskiej²⁶⁾.
- ✓ Starzenie się społeczeństwa polskiego w zestawieniu z postępującą wielochorobowością powoduje, że **rocznie coraz większa liczba pacjentów będzie wymagać zapewnienia kompleksowej opieki w trakcie hospitalizacji** – specyfika diagnostyki i leczenia pacjenta geriatrycznego wymaga zagwarantowania opieki w oddziale geriatrycznym, gdzie personel medyczny mający wiedzę i doświadczenie w diagnostyce i terapii seniorów oferuje najwłaściwszy model opieki geriatrycznej pacjenta hospitalizowanego. Kluczowym czynnikiem umożliwiającym zachowanie odpowiedniej jakości i efektywności opieki geriatrycznej jest zapewnienie dostępu do świadczeń nie tylko przez wzrost ich liczby, lecz także przez intensywne zwiększanie liczby świadczeniodawców z oddziałami geriatrycznymi i bazy łóżek geriatrycznych, możliwie jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta, z uwzględnieniem dostępnych zasobów kadrowych.

Zgodnie z raportem NIZP – PZH dotyczącym sytuacji zdrowotnej ludności w 2020 r. liczba oddziałów świadczących kompleksową opiekę geriatryczną systematycznie rośnie, jednak ze względu na dynamiczny proces starzenia się społeczeństwa należy stale zwiększać zasoby infrastruktury.

B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020, s. 576.

Spółeczeństwo w Polsce należy do jednej z najszybciej starzejących się nacji w Europie. Przy utrzymaniu tej dynamiki prognozuje się, że w 2050 r. osoby w wieku powyżej 60 lat będą stanowić ponad 40% społeczeństwa.

W związku z tym jednym z priorytetów systemowych powinno być dostosowywanie zasobów ochrony zdrowia do rosnących potrzeb zdrowotnych tej grupy pacjentów.

III.5.3. Cel interwencji w obszarze geriatryi

- ✓ Rzeczpospolita Polska powinna dążyć do zwiększenia liczby łóżek umożliwiającej pokrycie zapotrzebowania w 100%, tj. dla wszystkich osób oczekujących na przyjęcie do oddziału geriatryi w trybie zarówno pilnym, jak i stabilnym. Zgodnie z danymi z map potrzeb zdrowotnych, według stanu na grudzień 2019 r., liczba osób oczekujących wynosi 2502, wobec czego, aby zapewnić dostęp do świadczeń wszystkim oczekującym o taką liczbę powinna zostać zwiększona baza łóżek. **Interwencją w ramach Programu planuje się objąć 40% zapotrzebowania na dodatkowe łóżka, wyliczonego na bazie kolejek** (40% z 2502 osób oczekujących na przyjęcie do oddziału geriatryi w trybie zarówno pilnym, jak i stabilnym).

²⁶⁾ Mapy potrzeb zdrowotnych 2020, zakładka: Demografia, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3304>, dostęp: 11.11.2020.

- ✓ Obecnie placówki dysponują 1208 łózkami w oddziałach geriatrycznych, a więc zwiększenie liczby łóżek o 40% z oszacowanego zapotrzebowania pozwoli na podwojenie obecnej bazy miejsc w opiece geriatrycznej, dzięki czemu zwiększy się **liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych przynajmniej o około 1000 łóżek (40% z 2502)**.
- ✓ Działania podejmowane w ramach Programu powinny odbywać się **w pierwszej kolejności przez przekształcanie obecnych łóżek szpitalnych w łóżka geriatryczne**, a w następnej przez **tworzenie nowych miejsc opieki**.
- ✓ Konieczne jest również zapewnienie wysokiej jakości świadczeń z zakresu geriatry w już działających oddziałach przez ich **modernizację oraz doposażenie w sprzęt medyczny**.
- ✓ Uzupełnieniem wsparcia infrastruktury bazy łóżkowej dla pacjentów geriatrycznych powinny być również inwestycje w ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz oddziały opieki dziennej, które stanowią dopełnienie kompleksowości opieki świadczonej przez podmiot leczniczy dla osób i powyższych interwencji w zakresie geriatry.

III.6. Podsumowanie

Działania w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych na rzecz rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie geriatry oraz opieki długoterminowej będą odpowiedzią na wskazane wyzwania i potrzeby.

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 – bez podjęcia rozwiązań systemowych sytuacja ta stanie się poważnym problemem społeczno-ekonomicznym oraz zdrowotnym w kolejnych dziesięcioleciach.

Z ukazanej wyżej diagnozy systemu opieki geriatrycznej i długoterminowej wynika, że:

- ✓ Rzeczpospolita Polska dysponuje zdecydowanie zbyt małą liczbą łóżek stacjonarnej opieki długoterminowej i łóżek w oddziałach geriatrycznych, aby zabezpieczyć obecne zapotrzebowanie oraz być przygotowanym na zwiększającą się rokrocznie liczbę pacjentów w wieku 65+;
- ✓ konieczne jest niwelowanie różnic w regionalnym dostępie do świadczeń i zapewnienie w każdym województwie odpowiedniej liczby miejsc w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego – geriatry oraz świadczących opiekę długoterminową;
- ✓ średnie obłożenie łóżek szpitalnych na poziomie 68,4% oraz zróżnicowanie regionalne wskazują, że nie wszystkie łóżka szpitalne w kraju obecnie osiągają optymalne obłożenie zgodne z założeniami (około 85%). Dlatego celowe są działania w kierunku przekształcenia części łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych np. w łóżka opieki długoterminowej i geriatrycznej, których liczba jest obecnie niewystarczająca w stosunku do rosnącego zapotrzebowania;
- ✓ wyniki badania kwestionariuszowego przeprowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia wskazują na nagłą potrzebę inwestycji dotyczących modernizacji infrastruktury oddziałów geriatrycznych i miejsc świadczących opiekę długoterminową. Dla 45% ocenionej powierzchni, zarówno oddziałów geriatrycznych, jak i miejsc świadczących opiekę długoterminową, wskazano konieczność podjęcia prac remontowych w ciągu najbliższych 2 lat. Dla kolejnych 33% powierzchni wskazana jest modernizacja do 3 lat. Sumarycznie 78% powierzchni zarówno oddziałów geriatrycznych, jak i miejsc świadczących opiekę długoterminową wymaga kompleksowych prac remontowych w najbliższych 3 latach. Jedynie dla 22%

powierzchni zarówno oddziałów geriatrycznych, jak i miejsc świadczących opiekę długoterminową wskazano niewielkie zużycie infrastruktury;

- ✓ uzupełnieniem opieki świadczonej stacjonarnie w podmiotach leczniczych powinna być dobrze rozwinięta sieć poradni specjalistycznych, m.in. poradni geriatrycznych oraz dziennych oddziałów opieki, które umożliwiają efektywną i kompleksową opiekę nad pacjentem geriatrycznym. W ramach opieki ambulatoryjnej pacjent nie tylko ma możliwość zostać odpowiednio zabezpieczony w przypadku oczekiwania na udzielenie świadczenia w oddziale geriatrycznym, lecz także może rozpocząć dogłębną diagnostykę i leczenie, które pozwala uniknąć w wielu przypadkach nagłego pogorszenia stanu zdrowia wymagającego pilnej hospitalizacji, co wpływa sumarycznie na zmniejszenie kosztów leczenia. Ponadto poradnia geriatryczna zapewnia ciągłość opieki i kontynuację leczenia po odbytej hospitalizacji w oddziale geriatrycznym – tym samym gwarantując koordynację opieki nad pacjentem z wielochorobowością i utrzymanie dotychczasowych efektów leczenia pacjenta geriatrycznego;
- ✓ problem starzenia się społeczeństwa jest powiązany również z nasilającą się wielochorobowością i dużą liczbą pacjentów w wieku 80+. Powyższe wskazuje na konieczność podchodzenia do pacjenta geriatrycznego kompleksowo, czyli obejmowania go opieką koordynowaną – co pozytywnie wpływa na efekty leczenia i generuje mniejsze koszty dla płatnika publicznego. Dlatego konieczne jest podejmowanie wielokierunkowych działań zmierzających zarówno do rozwoju stacjonarnych form leczenia w oddziałach przeznaczonych dla pacjentów geriatrycznych, jak i do zapewnienia różnych form opieki niestacjonarnej, dostępnej w pobliżu miejsca zamieszkania.

System opieki długoterminowej i geriatrycznej w naszym kraju wymaga podjęcia zdecydowanych działań zwiększających jego dotychczasowy potencjał infrastrukturalny oraz kadrowy. W związku z rosnącymi potrzebami w zakresie opieki długoterminowej i opieki nad pacjentem geriatrycznym, należy przekształcić łóżka szpitalne o niskim obłożeniu na potrzeby łóżek w tworzonych oddziałach opieki długoterminowej i oddziałach geriatrycznych. Należy dokonać zmiany w organizacji szpitali i lecznictwa ambulatoryjnego w Polsce, przez dostosowanie jej do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych obywateli w celu zwiększenia dostępności świadczeń i poprawy opieki długoterminowej (za: Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia, Warszawa, sierpień 2019).

P. Czauderna, M. Gałzka-Sobotka, P. Górski, T. Hryniewiecki (red.), Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia. Dokument podsumowujący,

Warszawa 2019, s. 10, 13.

Jednocześnie, konieczne jest wsparcie systemu opieki zinstytucjonalizowanej, które powinno obejmować dofinansowanie rozbudowy i dostosowania infrastruktury do specyficznych potrzeb starszych odbiorców, budowę nowych obiektów, a także wyposażenie placówek w niezbędny sprzęt medyczny.

Wsparcie na rzecz podniesienia jakości i dostępności usług zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej oraz geriatрії planowane jest również w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (dalej: KPO). W ramach inwestycji *D1.2.1 Rozwój i modernizacja infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie*

powiatowym planuje się realizację projektów infrastrukturalnych na rzecz utworzenia w szpitalach powiatowych nowych miejsc opieki długoterminowej i geriatrycznej.

Wsparcie inwestycyjne kierowane będzie na:

- ✓ przebudowę, rozbudowę, modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych zapewniającą bezpieczną obsługę pacjentów lub budowę nowej infrastruktury podmiotów leczniczych (wraz z pozyskaniem niezbędnego terenu w niezbędnych przypadkach związanych z brakiem możliwości efektywnego inwestowania środków w przebudowę lub rozbudowę starych, wyeksploatowanych budynków, które nie spełniają standardów obowiązujących dla obiektów ochrony zdrowia tylko w uzasadnionych przypadkach jako integralna część inwestycji, koszty pozyskania terenu muszą być współmierne do kosztów całości inwestycji);
- ✓ doposażenie w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną z uwagi na ciągły rozwój technologii medycznych oraz utrzymujący się deficyt zarówno w jakości, jak i liczbie wykorzystywanej aparatury specjalistycznej;
- ✓ wsparcie zmian jakościowych w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych poprzez realizację niezbędnych działań infrastrukturalnych.

Przewiduje się realizację 50 projektów w tym zakresie o łącznej wartości 150 mln euro. Szacuje się, że dzięki interwencji w ramach KPO liczba miejsc opieki długoterminowej i geriatrycznej wzrośnie. Działania w zakresie opieki długoterminowej oraz geriatrycznej będą komplementarne z działaniami zaplanowanymi w ramach SMPL, jednak będą skierowane do innej grupy podmiotów – w ramach interwencji KPO jedynie do szpitali powiatowych. W celu zapewnienia pełnego wyeliminowania ryzyka podwójnego finansowania, odpowiednie mechanizmy w tym zakresie zostaną przewidziane na etapie dokumentacji naborów projektów zarówno w KPO i PMPL.

III.7. Oczekiwany rezultat

- ✓ Dzięki dedykowanemu wsparciu, planowane jest przekształcenie części łóżek w oddziałach szpitalnych o niskim obciążeniu na łóżka w oddziałach geriatrycznych i łóżka opieki długoterminowej, w celu zwiększenia dostępności do świadczeń z ww. zakresów poprawy, ich jakości oraz zapewnienia kompleksowości opieki geriatrycznej. Zwiększenie bazy stacjonarnej wpłynie na zmniejszenie czasu oczekiwania na udzielanie świadczenia i w konsekwencji spowoduje obniżenie kosztów interwencji medycznych.
- ✓ W ramach interwencji dąży się do zwiększenia bazy zarówno łóżek geriatrycznych, jak i łóżek opieki długoterminowej świadczonej stacjonarnie o łącznie **około 15 tys. dodatkowych łóżek opieki długoterminowej** oraz **1000 dodatkowych łóżek w oddziałach geriatrycznych** w wyniku przekształcenia istniejących łóżek szpitalnych oraz w ramach nowo tworzonych miejsc opieki.
- ✓ W konsekwencji zwiększenia liczby łóżek i oddziałów zmniejszą się dysproporcje w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych blisko miejsca zamieszkania pacjenta – zniwelowane zostaną różnice w dostępności do świadczeń między województwami.
- ✓ Interwencje umożliwią z wyprzedzeniem przygotowanie systemu opieki zdrowotnej do zwiększającej się liczby starszych pacjentów i udzielania im kosztochłonnych, ciągłych świadczeń opieki długoterminowej i geriatrycznej.
- ✓ Modernizacja istniejących zasobów podmiotów leczniczych zwiększy bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta i wpłynie pozytywnie na efekty zastosowanego leczenia, a także umożliwi dalszy rozwój

i specjalizację podmiotów leczniczych w kierunku kompleksowej, koordynowanej opieki nad pacjentem geriatrycznym. **W ramach wsparcia planuje się zmodernizować około 237 podmiotów (prace remontowo-budowlane oraz doposażenie w sprzęt medyczny).**

- ✓ Inwestycje w infrastrukturę umożliwią sprawowanie opieki nad seniorami zgodnie ze standardami leczenia geriatrycznego, a także stworzą warunki do kształcenia ustawicznego i tworzenia nowych miejsc specjalizacyjnych i miejsc pracy dla przyszłych lekarzy geriatrów.
- ✓ Uzupełnieniem wsparcia infrastruktury bazy łóżkowej dla pacjentów geriatrycznych są inwestycje w ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz oddziały opieki dziennej, które stanowią dopełnienie kompleksowości opieki świadczonej przez podmiot leczniczy dla osób i powyższych interwencji w zakresie geriatryi.

III.8. Wskaźniki



177 zmodernizowanych i doposażonych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie opieki długoterminowej



60 zmodernizowanych i doposażonych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie geriatryi



15 000 utworzonych łóżek w opiece długoterminowej



1000 utworzonych łóżek w geriatryi

III.9. Budżet

Przewidywany maksymalny budżet: 4 007 mln zł.



**Wymiana łóżek
szpitalnych**

IV. Wymiana łóżek szpitalnych

IV.1. Planowane interwencje

W ramach Programu planuje się **wsparcie**²⁷⁾ **podmiotów leczniczych udzielających całodobowych i stacjonarnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia szpitalnego przez wymianę zużytych i przestarzałych łóżek szpitalnych wraz z materacami, szafkami przyłóżkowymi oraz niezbędnym dodatkowym wyposażeniem.**

Wymianie będą podlegać zużyte i przestarzałe łóżka szpitalne wykorzystywane w procesie hospitalizacji pacjenta, dostosowane do specyfiki działalności danego oddziału, w tym łóżka intensywnej opieki medycznej. Zakłada się, że 5% wymienionych łóżek będą stanowić łóżka intensywnej opieki medycznej.

Szczegółowy zakres każdego naboru oraz wymogi, jakie będzie musiał spełnić wnioskodawca w celu uzyskania dofinansowania, zostaną przedstawione w regulaminie naboru.

WPROWADZENIE

Łóżka szpitalne to niezbędny element wyposażenia podmiotów leczniczych, który ma duży wpływ na przebieg leczenia, rekonwalescencji oraz ogólne samopoczucie pacjenta. Łóżko nie tylko stanowi element wyposażenia podmiotu leczniczego, lecz także jest niezbędnym w hospitalizacji sprzętem medycznym, który wspomaga proces leczenia oraz odgrywa kluczową rolę w codziennej opiece nad pacjentem, co zapewnia bezpieczną terapię gwarantującą szybki powrót do zdrowia, wygodny proces rekonwalescencji, jak również co istotne, komfort pracy personelu medycznego.

Niska jakość łóżek szpitalnych wpływa na bezpieczeństwo hospitalizowanych pacjentów, może także w sposób znaczący opóźnić powrót pacjenta do zdrowia. Przestarzałe łóżka o ograniczonej funkcjonalności i w złym stanie technicznym mogą wpływać na komfort pacjentów zwłaszcza w trakcie długotrwałych hospitalizacji, ograniczać ich samodzielność w codziennym funkcjonowaniu w trakcie leczenia, a także być przyczyną wypadków w trakcie hospitalizacji.

Stan techniczny łóżek szpitalnych, pogarszający się przez wyeksploatowanie materiału, z którego są wykonane oraz trudności ze skutecznym czyszczeniem i dezynfekcją, generuje ryzyko występowania i dłuższego utrzymywania się zakażeń szpitalnych, które są istotnym problemem w kontekście nie tylko kosztów (szacuje się, że obniżenie o 1% częstości występowania zakażeń szpitalnych powoduje zmniejszenie kosztów leczenia szpitalnego o 7–10%²⁸⁾), ale także bezpieczeństwa pacjentów. Wiele z zakażeń szpitalnych, szczególnie w przypadku dzieci i osób starszych z wielochorobowością, stwarza realne zagrożenie życia. Zakażenia szpitalne powodują powikłania choroby podstawowej, są przyczyną wydłużenia hospitalizacji i zwiększają koszty świadczonych usług.

*Przyczyna zakażeń szpitalnych ma wymiar wieloczynnikowy. Jednym z nich jest organizacja opieki nad hospitalizowanym pacjentem. Zarówno zabezpieczenie zasobów ludzkich, jak i materialnych odgrywa ogromną rolę. Właściwa infrastruktura pomieszczeń, ich wyposażenie, a także możliwości przeprowadzania skutecznych procedur higienicznych (mycia i dezynfekcji) wpływają na ograniczenie zakażeń. Istotną zatem kwestią jest stworzenie bezpiecznego środowiska opieki dla osób przebywających w szpitalu. **Brak możliwości przeprowadzenia skutecznego mycia i dezynfekcji zniszczonych i wyeksploatowanych łóżek szpitalnych prowadzi do sytuacji, kiedy mogą stać się źródłem zakażenia. To ma również istotne znaczenie w sytuacji rozprzestrzeniania się szczepów opornych na antybiotyki. Konieczne zatem jest wdrożenie działań, które***

²⁷⁾ Wsparcie obejmuje wymianę łóżek, nie zakłada się zwiększenia liczby łóżek w podmiotach leczniczych w rozumieniu zwiększenia potencjału podmiotu leczniczego w zakresie udzielania dodatkowych świadczeń zdrowotnych.

²⁸⁾ K. Plata-Nazar, B. Kamińska, J. Jurczyk, *Profilaktyka zakażeń szpitalnych na oddziale pediatrycznym*, Przegląd Pediatryczny 2009, vol. 39, nr 1, s. 38.

zminimalizują ryzyko zakażeń egzogennych – pochodzących ze środowiska, w którym przebywa pacjent” – podkreśla dr n. med. Anna Szczypta, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.

Wybór odpowiedniego łóżka jest uzależniony od wielu czynników, takich jak: stan zdrowia pacjenta oraz jego sprawność ruchowa, rodzaj schorzenia i typ zastosowanych procedur leczniczych, jego waga i wzrost czy też specyfika oddziału szpitalnego, w którym jest hospitalizowany.

Łóżka wykorzystywane w procesie hospitalizacji występują w różnych konfiguracjach konstrukcyjnych i pod różnym nazewnictwem – na potrzeby programu łóżka szpitalne, które będą stanowiły przedmiot interwencji podzielono na kilka ogólnych typów, w tym:

- ✓ **łóżka intensywnej opieki medycznej** – łóżka przeznaczone do pielęgnacji i leczenia pacjentów na oddziałach intensywnej opieki medycznej, cechujące się m.in. zwiększoną mobilnością, możliwością przystosowania do zapewnienia odpowiedniej pozycji ciała pacjenta, wykorzystaniem materacy o dodatkowych właściwościach;
- ✓ **łóżka specjalistyczne** – m.in. łóżka rehabilitacyjne, łóżka porodowe;
- ✓ **pozostałe łóżka** – łóżka znajdujące się w podmiotach leczniczych, niezakwalifikowane do typów opisanych w punktach wyżej.

Łóżka mogą zawierać dodatkowe wyposażenie, np. przyłóżkowy statyw kroplówki, wysięgnik ręki podwieszany, uchwyty na kaczkę lub basen, haczyki na worek urologiczny, panel sterujący, które umożliwiają pełne wykorzystanie dostępnych funkcjonalności danego typu łóżka.

Szafki przyłóżkowe stanowią kolejny niezbędny element wyposażenia przestrzeni szpitalnej przeznaczonej do użytku przez pacjentów. Stanowią uzupełnienie standardowego wyposażenia w pokojach pacjentów i służą jako pojemnik na rzeczy osobiste, a często również jako stolik przyłóżkowy.

KOMFORT I BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA

Dobór łóżek do warunków podmiotu, przy uwzględnieniu specyfiki oddziału, rozkładu pomieszczeń i funkcjonalności, jest niezbędny do zapewnienia kompleksowej opieki nad hospitalizowanym pacjentem.

Łóżka szpitalne do leczenia i pielęgnacji chorych w ramach opieki szpitalnej powinny być wielofunkcyjne, dzięki czemu zostaną zachowane: lepsza ergonomia, komfort i bezpieczeństwo pacjentów. Ważnym elementem jest właściwie dobrana wysokość leża w łóżku szpitalnym, która pozwala pacjentowi na wygodne, łatwe i bezpieczne zajęcie pozycji. Dzięki poręczom bocznym, które opuszczają się poniżej powierzchni leża, łatwo jest także z niego zejść, a szeroki zakres regulacji wysokości w łóżku zapewnia personelowi ergonomiczną pozycję w trakcie pielęgnacji i procedur medycznych pacjenta. Dodatkowe wyposażenie łóżek szpitalnych w materace przeciwoodleżynowe przyczynia się do wyeliminowania ucisku i sztywnienia kończyn, co znacząco wpływa na komfort osoby, która ze względu na stan zdrowia jest unieruchomiona. Materace przeciwoodleżynowe zapobiegają powstawaniu odleżyn, które pogarszają stan pacjenta i tym samym negatywnie oddziałują na jego samopoczucie. Dzięki zastosowaniu materacy przeciwoodleżynowych nie jest konieczne przewracanie pacjenta z jednego boku na drugi, co zasadniczo wpływa na zmniejszenie czynników uciążliwych dla personelu medycznego. Wielofunkcyjne łóżka szpitalne umożliwiają ułożenie chorego w różnych pozycjach, podłączenie kroplówki czy sprawne przewożenie. W rezultacie zapewnienia pacjentom w ramach opieki szpitalnej nowoczesnej infrastruktury łóżkowej zmniejsza się ryzyko upadku, ryzyko powstawania odleżyn, a niezależność i łatwość użytkowania przez pacjenta są nieporównywalnie większe niż w przypadku wyeksploatowanych i wiekowych łóżek.

Łóżka przeznaczone do leczenia i pielęgnacji chorych na oddziałach intensywnej opieki medycznej muszą spełniać szereg wymogów, w tym wysoki stopień bezpieczeństwa i efektywności, ze względu na stan pacjentów,

który w większości przypadków jest krytyczny, a tym samym wymagający ciągłego monitorowania funkcji życiowych. Łóżka tego typu stanowią zaawansowane technologicznie łóżka pielęgnacyjne. Najczęściej mają konstrukcję segmentową, elektryczne regulacje, funkcje pozwalające na szybkie uzyskanie pozycji płaskiej (reanimacyjnej) czy autoregresję – funkcję zabezpieczającą przed zakleszczeniem oraz przesuwaniem pacjenta. Równie ważne jest zapewnienie ciągłości działania poszczególnych funkcji takiego łóżka w przypadku braku prądu, aby mogła być zagwarantowana również ciągłość opieki nad pacjentem. W przypadku pacjentów przebywających na oddziałach intensywnej opieki medycznej istotne jest zapewnienie kompatybilności łóżek szpitalnych ze sprzętem medycznym (np. RTG z ramieniem C), która umożliwia prześwietlanie pacjenta bez konieczności jego przenoszenia.

Niezwykle ważną funkcjonalnością jest możliwość sterowania łóżkiem. W ten sposób personel medyczny może w szybki i bezwysiłkowy sposób dostosować wysokość oraz ustawienie łóżka, aby sprawnie przeprowadzić badania pacjenta, jak też wykonać procedury medyczne oraz czynności higieniczne i pielęgnacyjne. Przed wszystkim łóżka powinny ułatwiać pielęgnację pacjenta i eliminować czynniki uciążliwe dla personelu medycznego, w szczególności powodujące obciążanie kręgosłupa.

W sytuacji, kiedy mamy do czynienia z chorym leżącym, łóżko szpitalne to jedno z podstawowych narzędzi pracy personelu medycznego, które musi być dostosowane do wymagań stawianych w dzisiejszej technice medycznej, łączące w sobie niezwykłą funkcjonalność z wygodą. Dlatego tak ważne jest odpowiednie jego wyposażenie. Regulacja elektryczna umożliwia zmianę pozycji pacjenta, co ułatwia między innymi czynności związane z codzienną pielęgnacją chorego oraz ogranicza wysiłek fizyczny personelu. Ważnym elementem łóżka jest materac, na którym leży chory. Najlepiej materac przeciwoślizgowy z pokrowcem, który powinien być wykonany z materiału, który możemy czyścić w bardzo łatwy sposób. Niezbędne jest wyposażenie w barierki uniemożliwiające wypadnięcie chorego podczas snu, koła z hamulcem, dzięki którym, pacjenta można bezpiecznie przewozić poza salę czy oddział, w którym zazwyczaj przebywa. Istotnymi częściami składowymi łóżka są drabinka oraz wysięgnik. – zauważa mgr Mariola Marchewka, pielęgniarka, pełnomocnik dyrektora i koordynator ds. szczepień Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Równie ważne jest wyposażenie podmiotów leczniczych w **specjalistyczne łóżka**, np. rehabilitacyjne, które zapewniają pacjentom komfort rekonwalescencji, bezpieczeństwo oraz umożliwiają sprawną i łatwą opiekę specjalistyczną. Są to łóżka wykorzystywane na oddziałach o konkretnej specjalności, przystosowane również do wykonywania specjalistycznych procedur medycznych, np. ćwiczeń rehabilitacyjnych kończyn górnych i dolnych, fizykoterapii, prowadzenia porodu, badania ginekologicznego pacjentek. Wśród łóżek specjalistycznych warto też wymienić łóżka dostosowane do danej grupy wiekowej, np. pediatryczne, bariatryczne dostosowane do opieki nad pacjentem ze znaczną nadwagą lub otyłością.

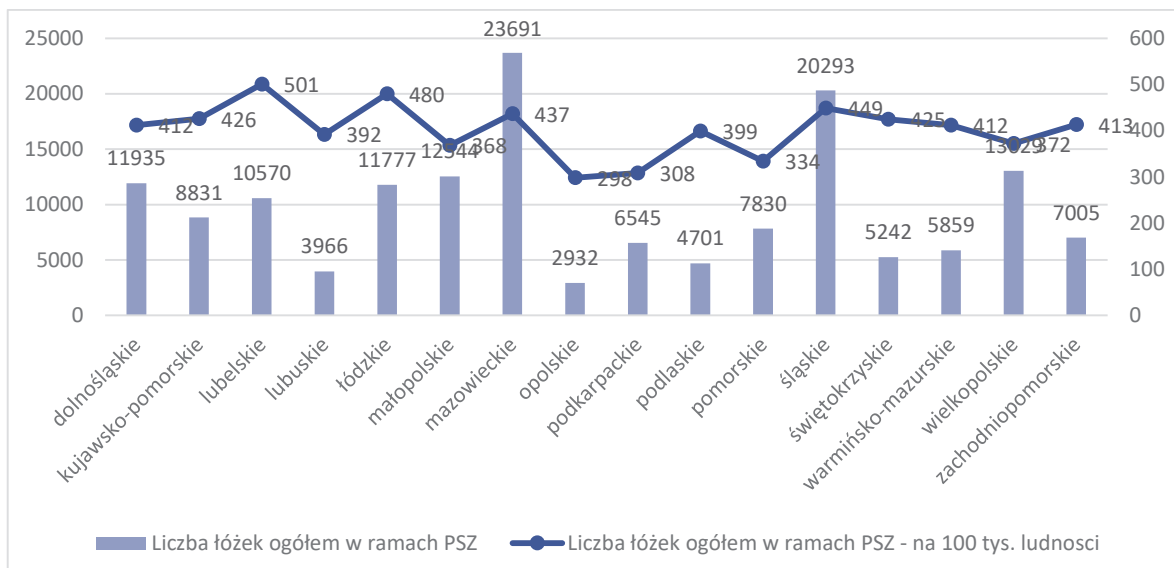
IV.2. Diagnoza obecnego potencjału²⁹⁾

- ✓ Według stanu na koniec 2019 r. w polskich szpitalach było **156 750 łóżek**³⁰⁾ (na wszystkich poziomach PSZ), co przekłada się na wskaźnik liczby łóżek na 100 tys. ludności na poziomie 408,39.
- ✓ Poniższy wykres podsumowuje liczbę łóżek w wartościach bezwzględnych oraz w przeliczeniu na 100 tys. ludności w poszczególnych województwach.

²⁹⁾ Na podstawie danych ujętych w *Mapach potrzeb zdrowotnych 2020*, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3404>, dostęp: 20.11.2020 r.

³⁰⁾ Liczba łóżek według stanu na koniec grudnia 2019 r. w oddziałach szpitalnych i w innych komórkach opieki szpitalnej.

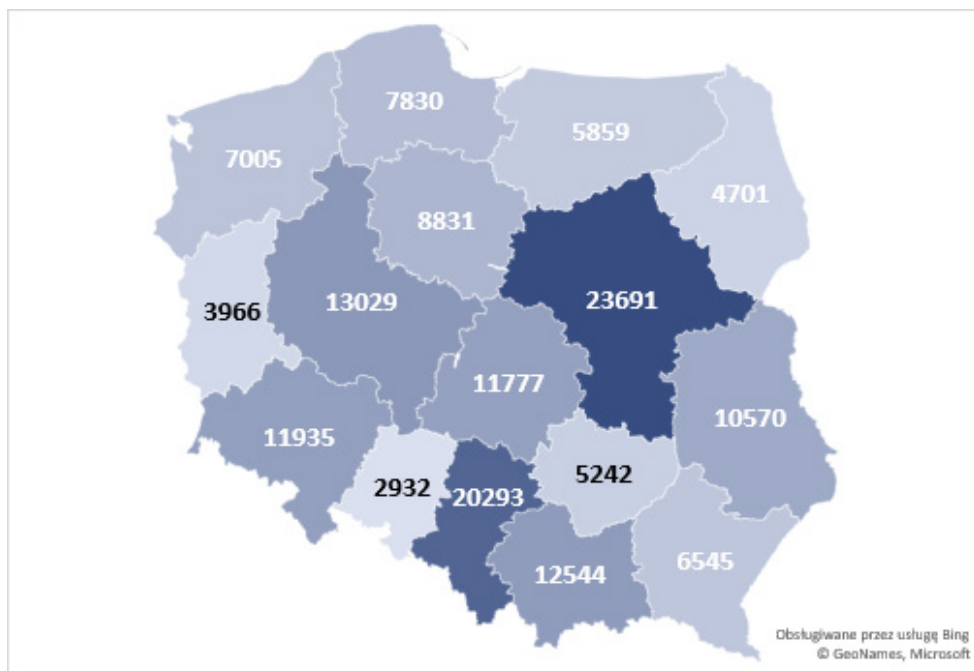
WYKRES 15. Liczba łóżek (bezwzględna) i liczba łóżek na 100 tys. ludności (stan na koniec 2019 r.)



Źródło: *Mapy potrzeb zdrowotnych 2020.*

- ✓ Można zauważyć, że liczba łóżek na 100 tys. ludności w poszczególnych województwach jest na podobnym poziomie – ww. wskaźnik waha się między 474 (województwo małopolskie) a 588 (województwo śląskie) w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Rozmieszczenie łóżek w poszczególnych województwach przedstawia również poniższa mapa.

WYKRES 16. Liczba łóżek (wartość bezwzględna) wg województw w 2019 r.



Źródło: *Mapy potrzeb zdrowotnych 2020* na podstawie Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL)

- ✓ Liczba łóżek waha się w przedziale od 2932 w województwie opolskim, gdzie również liczba łóżek w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców jest najniższa, do 23 691 w województwie mazowieckim.

- ✓ Poniżej przedstawiono **liczbę łóżek intensywnej opieki medycznej** w poszczególnych województwach. Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej waha się w przedziale od 239 w województwie warmińsko-mazurskim do 1708 w województwie mazowieckim.

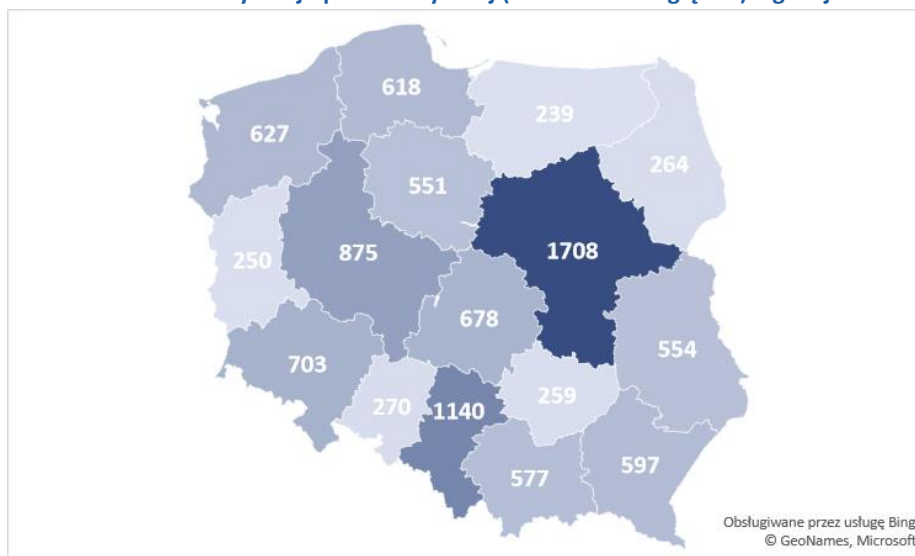
TABELA 8. Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej (wartość bezwzględna) wg województw w 2019 r.

Lp.	Województwo	Łóżka intensywnej opieki medycznej
1	dolnośląskie	703
2	kujawsko-pomorskie	551
3	lubelskie	554
4	lubuskie	250
5	łódzkie	678
6	małopolskie	577
7	mazowieckie	1708
8	opolskie	270
9	podkarpackie	597
10	podlaskie	264
11	pomorskie	618
12	śląskie	1140
13	świętokrzyskie	259
14	warmińsko-mazurskie	239
15	wielkopolskie	875
16	zachodniopomorskie	627
Suma końcowa		9910

Źródło: *Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2020* na podstawie RPWDL.

- ✓ Rozmieszczenie łóżek w poszczególnych województwach przedstawia również poniższa mapa.

WYKRES 17. Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej (wartość bezwzględna) wg województw w 2019 r.



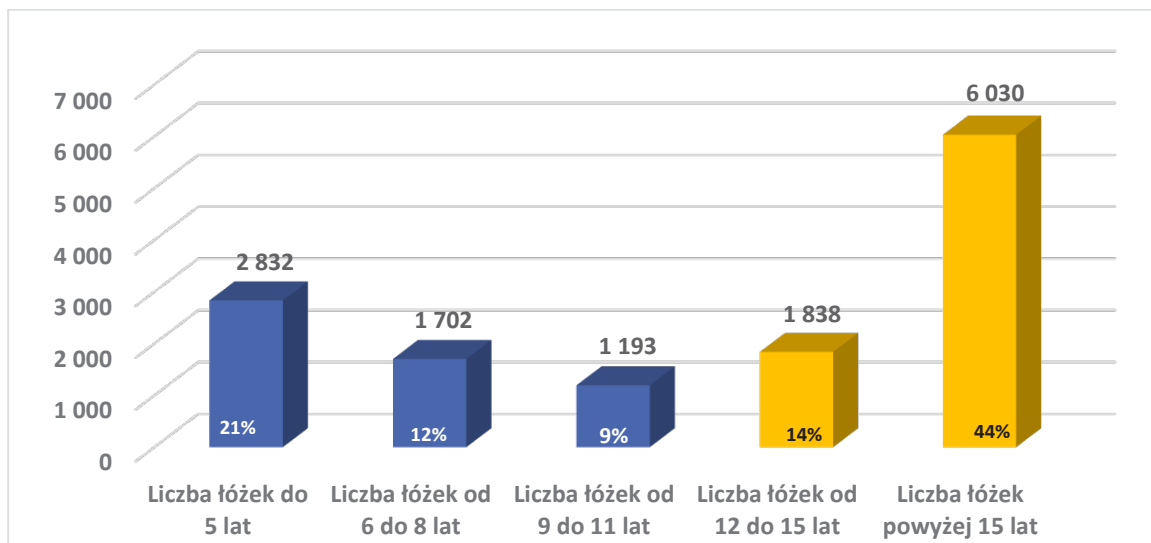
Źródło: *Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2020* na podstawie RPWDL.

- ✓ Powyższa mapa oraz tabela wskazują, że aż w 5 województwach liczba łóżek intensywnej opieki medycznej nie przekracza 400 łóżek, tj. w województwie lubuskim, warmińsko-mazurskim, opolskim, świętokrzyskim i podlaskim. W województwach o najwyższej liczbie ludności wartości te przekraczają 1000 łóżek – tj. w województwie śląskim i mazowieckim.

STAN INFRASTRUKTURY ŁÓŻEK SZPITALNYCH

- ✓ W styczniu 2020 r. Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło badanie, którego celem było zebranie danych na temat stanu i stopnia zużycia infrastruktury łóżek szpitalnych.
- ✓ Badanie zostało przeprowadzone w podmiotach leczniczych zakwalifikowanych do PSZ z terenu województwa lubelskiego i warmińsko-mazurskiego (łącznie podmioty miały około 18,8 tys. łóżek według stanu na koniec 2019 r.).
- ✓ Celem badania było przeanalizowanie stanu infrastruktury łóżek szpitalnych pod kątem stopnia zużycia, poziomu wyeksploatowania oraz oceny zasadności inwestowania środków publicznych w ich wymianę.
- ✓ Analizie, przeprowadzonej na podstawie przekazanych odpowiedzi, podlegało **13 595 łóżek w 58 podmiotach leczniczych**. Oznacza to, że w dwóch województwach oceniono stan 72% wszystkich występujących tam łóżek. Badana infrastruktura stanowiła prawie 7% łóżek znajdujących się w podmiotach na wszystkich poziomach PSZ.
- ✓ Przyjęto następujący podział łóżek szpitalnych ze względu na ich wiek:
 - do 5 lat,
 - od 6 do 8 lat,
 - od 9 do 11 lat,
 - od 12 do 15 lat,
 - powyżej 15 lat.
- ✓ Analiza wykazała, że łóżka w podmiotach leczniczych są w znacznej części mocno wyeksploatowane, w rezultacie czego nie zapewniają swoich funkcji w procesie leczenia i rekonwalescencji.
 - Łóżek mających powyżej 15 lat jest blisko 45% i kwalifikują się one do pilnej wymiany.
 - W perspektywie najbliższych lat wiek ten osiągnie kolejne 14% spośród badanych łóżek, które obecnie znajdują się w przedziale od 12 do 15 lat. Łóżka te już dziś wykazują istotne ślady zużycia i są w znacznej części mocno wyeksploatowane.
 - Łącznie w najbliższych latach w badanych województwach do wymiany kwalifikować się będzie 58% wszystkich łóżek. Są to łóżka obecnie mające powyżej 12 lat.
 - Ekstrapolując powyższe dane z badania na skalę całego kraju, należy założyć, że w kraju do wymiany kwalifikować się będzie blisko 120 tys. łóżek (58% z 204 595).

WYKRES 18. Analiza wieku łóżek ocenianych w badaniu (szt.)



Źródło: Opracowanie własne Ministerstwa Zdrowia.

IV.3. Wyzwania

- ✓ Analiza responsywności przeprowadzonej ankiety na poziomie badanych województw umożliwia przełożenie szacunkowych wyników badania na poziom ogólnopolski (centralny) w celu zobrazowania ogólnej sytuacji stanu infrastruktury łóżek szpitalnych i ich wyeksploatowania.
- ✓ Jak pokazało badanie, mimo podejmowanych przez szpitale starań mających na celu poprawę warunków hospitalizacji pacjentów, wiek zaledwie jednej piątej łóżek nie przekracza 5 lat. **Przeprowadzone przez Ministerstwo Zdrowia badanie stanu infrastruktury łóżek szpitalnych wykazało, że 2 na 3 łóżka szpitalne kwalifikują się do wymiany, z czego łóżek mających powyżej 15 lat jest 44% powinny one zostać zastąpione nowymi w trybie pilnym.**
- ✓ *Łóżka szpitalne oraz szafki to aparatura „drugiej potrzeby”, na którą zawsze brakuje środków. Łatwiej bowiem zdecydować o zakupie aparatury medycznej niż wymianie łóżek. Niedostosowana do standardów oraz potrzeb pacjentów infrastruktura wymaga natychmiastowej wymiany* – podkreśla Kazimierz Śmigieński – zastępca komendanta w 4. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu.
- ✓ Planowana interwencja będzie stanowić odpowiedź na zdiagnozowany problem, którym jest **duża liczba starych i wyeksploatowanych łóżek szpitalnych wykorzystywanych do udzielania świadczeń w podmiotach leczniczych**. Mając na uwadze, że łóżka są nieodzownym elementem udzielania świadczeń zdrowotnych i są niezbędne do zapewnienia kompleksowej opieki nad hospitalizowanym pacjentem jako część wyposażenia, powinny być w sposób bieżący wymieniane na nowsze modele.
- ✓ Należy dążyć do zapewnienia nowoczesnego wyposażenia i minimalizacji odsetka niesprawnych zasobów szpitala – realizowana interwencja zapewni środki na wymianę najstarszych łóżek. Interwencją w ramach wsparcia w Programie należy przede wszystkim objąć łóżka w najstarszych przedziałach wiekowych tj. mające 12 lat i powyżej.

IV.4. Cel interwencji

- ✓ Celem interwencji jest poprawa jakości i komfortu pobytu pacjentów w podmiotach leczniczych przez wymianę przestarzałych łóżek szpitalnych wraz z szafkami i innymi niezbędnymi elementami stanowiącymi wyposażenie dodatkowe łóżka.

- ✓ Poniższa tabela przedstawia symulację liczby łóżek w poszczególnych przedziałach wiekowych na poziomie ogólnopolskim. Do potrzeb analizy przyjęto założenie, że analiza responsywności przeprowadzonej ankiety na poziomie badanych województw umożliwi przełożenie szacunkowych wyników badania na poziom ogólnopolski w celu zobrazowania ogólnej sytuacji stanu infrastruktury łóżek szpitalnych i ich wyeksploatowania.

TABELA 9. Liczba łóżek w poszczególnych kategoriach wiekowych

	Liczba łóżek mających do 5 lat	Liczba łóżek mających 6–8 lat	Liczba łóżek mających 9–11 lat	Liczba łóżek mających 12–15 lat	Liczba łóżek mających powyżej 15 lat
% zużycia łóżek z ankiety infrastrukturalnej	21%	12%	9%	14%	44%
Szacunkowa liczba łóżek	42 965	24 551	18 414	28 643	90 022

Źródło: Opracowanie własne Ministerstwa Zdrowia.

- ✓ Na podstawie analizy należy przyjąć, że do wymiany w pierwszej kolejności powinny kwalifikować się najstarsze i najbardziej wyeksploatowane łóżka, tj. mające powyżej 15 lat, których liczbę szacuje się na poziomie 90 022 szt. Drugą grupą wymagającą pilnej wymiany w najbliższym czasie są łóżka mające 12–15 lat, które stanowią 14% sumarycznej liczby łóżek, tj. 28 643 szt.
- ✓ Przyjmując, że łóżka mające powyżej 12 lat należy uznać za wyeksploatowane, do wymiany zakwalifikować należy 58% wszystkich łóżek, tj. około 120 tys.
- ✓ Dzięki wsparciu Funduszu Medycznego, planowana jest wymiana na nowe 75% najstarszych łóżek szpitalnych (mających 12 lat i starszych) – tj. około 90 tys. łóżek (75% z 120 tys. łóżek). Zakłada się, że 5%, tj. 4,5 tys. wymienianych łóżek, będą stanowić łóżka intensywnej opieki medycznej.
- ✓ Realizacja interwencji przyczyni się do poprawy jakości procesu hospitalizacji pacjenta oraz wzrostu komfortu i bezpieczeństwa pacjentów. Nowe, sprawne technicznie łóżka z niezbędnym wyposażeniem przełożą się na wzrost higieny i ergonomii pracy personelu medycznego.

IV.5. Wskaźniki



90 000

wymienionych łóżek szpitalnych,
w tym 4,5 tys. łóżek intensywnej opieki medycznej

IV.6. Budżet

Przewidywany maksymalny budżet: 1 039 mln zł

Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego



V. Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego

Przez wsparcie rozwoju infrastruktury ratownictwa medycznego rozumiane są interwencje skierowane do podmiotów leczniczych, w których skład wchodzi:

- ✓ jednostki systemu – Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM): zespoły ratownictwa medycznego w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (wchodzące w skład Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – LPR) oraz szpitalne oddziały ratunkowe,
- ✓ jednostki współpracujące z systemem PRM, tj. centra urazowe dla dorosłych i dla dzieci.

Zakłada się, że cel subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych w tym obszarze będzie osiągnięty dzięki realizacji szeregu działań nakierowanych w szczególności na niżej wymienione interwencje, skierowane do jednostek systemu PRM oraz jednostek współpracujących z systemem PRM³¹).

V.1. Planowane interwencje

1. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych z zakresu ratownictwa medycznego.

Wsparcie obejmuje:

- A. zakup ambulansów dla **zespołów ratownictwa medycznego (ZRM)** zgodnych z normą PN:EN 1789 wraz z dodatkowym wyposażeniem – w szczególności wsparcie obejmuje zakup ambulansów wraz z podstawowym wyposażeniem wskazanym w normie PN:EN 1789 oraz dodatkowym, niezbędnym do zapewnienia wysokiej jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych, np. zakup urządzeń do kompresji klatki piersiowej, urządzeń do transportu chorych, noszy, wideolaryngoskopów itd.;
 - B. modernizację i doposażenie infrastruktury śmigłowcowej oraz zaplecza naziemnego na potrzeby działań ratowniczych i szkoleniowych **lotniczych zespołów ratownictwa medycznego (LZRM)**, tj. LPR – w szczególności wsparcie obejmuje zabezpieczenie zaplecza szkoleniowego, modernizację, doposażenie i wymianę infrastruktury śmigłowcowej oraz zaplecza naziemnego (m.in. budowę baz, miejsc startu i lądowania dla śmigłowców – FATO), wyposażenie lub doposażenie w systemy bezpieczeństwa, komunikacyjne i teleinformatyczne.
2. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych z zakresu leczenia szpitalnego, w których skład wchodzi jednostki systemu PRM – **szpitalne oddziały ratunkowe (SOR)**.

Wsparcie obejmuje: roboty budowlane, doposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz niezbędne wyposażenie.

3. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych z zakresu leczenia szpitalnego, w których skład wchodzi jednostki współpracujące z systemem PRM – **centra urazowe (CU)** oraz **centra urazowe dla dzieci (CUD)**.

Wsparcie obejmuje: roboty budowlane, doposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz niezbędne wyposażenie.

W ramach interwencji wymienionych w pkt 2 i 3 dopuszcza się także tworzenie całodobowych lądowisk przy szpitalnych oddziałach ratunkowych lub dostosowanie obecnych do funkcjonowania całodobowo – jako dopełnienie kompleksowości opieki przedszpitalnej i szpitalnej świadczonej pacjentom w stanach zagrożenia zdrowia i życia.

Szczegółowy zakres każdego naboru oraz wymogi, jakie będzie musiał spełnić wnioskodawca w celu uzyskania dofinansowania, zostaną przedstawione w regulaminie poszczególnych naborów.

³¹) Zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2016 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720, z późn. zm.).

V.2. Diagnoza obecnego potencjału

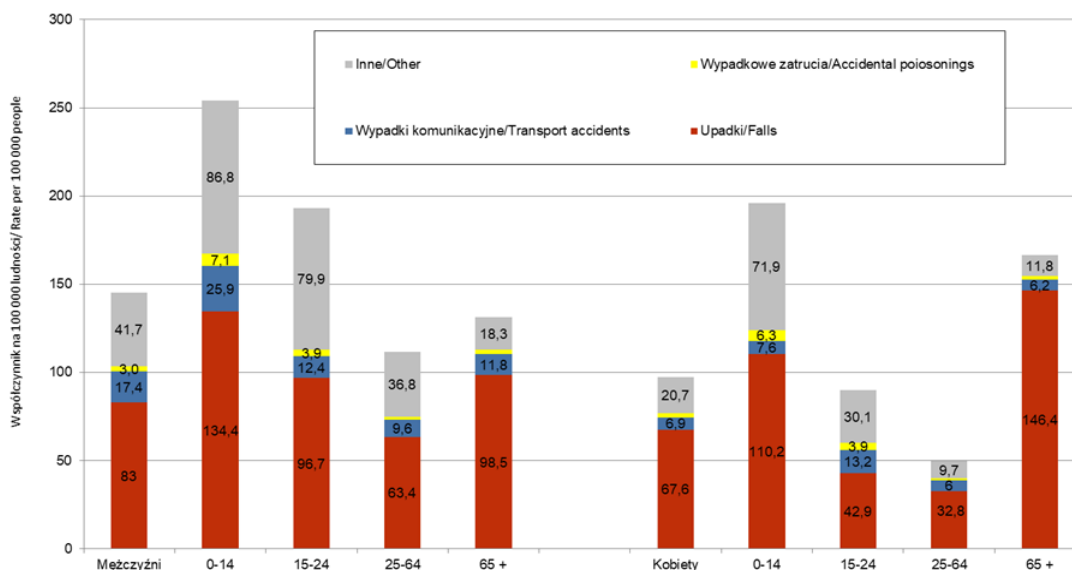
EPIDEMIOLOGIA STANÓW NAGŁYCH³²⁾

Wypadki stanowią poważny problem zdrowia publicznego z uwagi na wysokie koszty ekonomiczne i społeczne jakie generują. Przyczyniają się one również do przedwczesnej umieralności ludności są pierwszą przyczyną umieralności młodych mężczyzn (w wieku 10–39 lat) oraz kobiet (w wieku 5–24 lat).

Według danych GUS w 2018 r. w wyniku obrażeń doznanych w wypadkach zginęło ponad 12 700 osób, co stanowi 63% zgonów wywołanych przyczyną zewnętrzną (upadki, samobójstwa, wypadki komunikacyjne, zatrucia, utonięcia). Według modelu przedstawionego przez Europejskie Stowarzyszenie na rzecz Prewencji Wypadków i Promocji Bezpieczeństwa (EuroSafe) przeciętnie w krajach Unii Europejskiej na każdą ofiarę śmiertelną przypadają 22 przyjęcia do szpitali w wyniku wypadków oraz 220 osoby poszkodowane, które są zmuszone skorzystać z pomocy medycznej w trybie ambulatoryjnym.

Według badania chorobowości szpitalnej ogólnej w 2018 r. zarejestrowano w kraju około **435 tys. hospitalizacji z powodu wypadków**. Dane uzyskane z województwa opolskiego, podkarpackiego i śląskiego³³⁾ pokazują, że najczęściej hospitalizowaną grupą z powodu wypadków są mężczyźni – współczynnik rzeczywisty hospitalizacji mężczyzn z powodu wypadków wynosi 145,1 osoby na 100 tys. ludności ogółem. Najwyższe współczynniki hospitalizacji z powodu wypadków na 100 tys. ludności ogółem są notowane szczególnie dla młodych mężczyzn w wieku 0–24 lat (w grupie wiekowej 0–14 lat współczynnik wynosi 254,2, a w grupie 15–24 lata 192,9), dziewcząt w wieku 0–14 lat (196 osób) oraz kobiet w wieku powyżej 65 lat (164 osoby).

WYKRES 19. Współczynniki rzeczywiste hospitalizacji z powodu wypadków na 100 tys. ludności w województwie opolskim, podkarpackim i śląskim wg grup wieku i płci w 2018 r. (badanie chorobowości szpitalnej ogólnej)



Źródło: B. Wojtyński, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020, s.365.

Od 2000 r. w Rzeczypospolitej Polskiej utrzymywał się systematyczny spadek liczby zgonów z powodu wypadków. Spadek ten jednak wyhamował i ustabilizował się na tym samym poziomie w latach 2016–2018. Według obliczeń Eurostatu zagrożenie życia z powodu wypadków w naszym kraju w 2016 r. było o 9,8% wyższe niż przeciętnie w całej Unii Europejskiej – **oszacowany przez Eurostat współczynnik standaryzowany zgonów w kraju wyniósł**

³²⁾ Zob. B. Wojtyński, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020.

³³⁾ Badanie objęło wszystkie województwa, jednak dane uzyskane z tych 3 województw okazały się wiarygodne statystycznie i obejmowały całą populację (wszystkie grupy wiekowe oraz kody ICD-10 obejmujące kategorie wypadków).

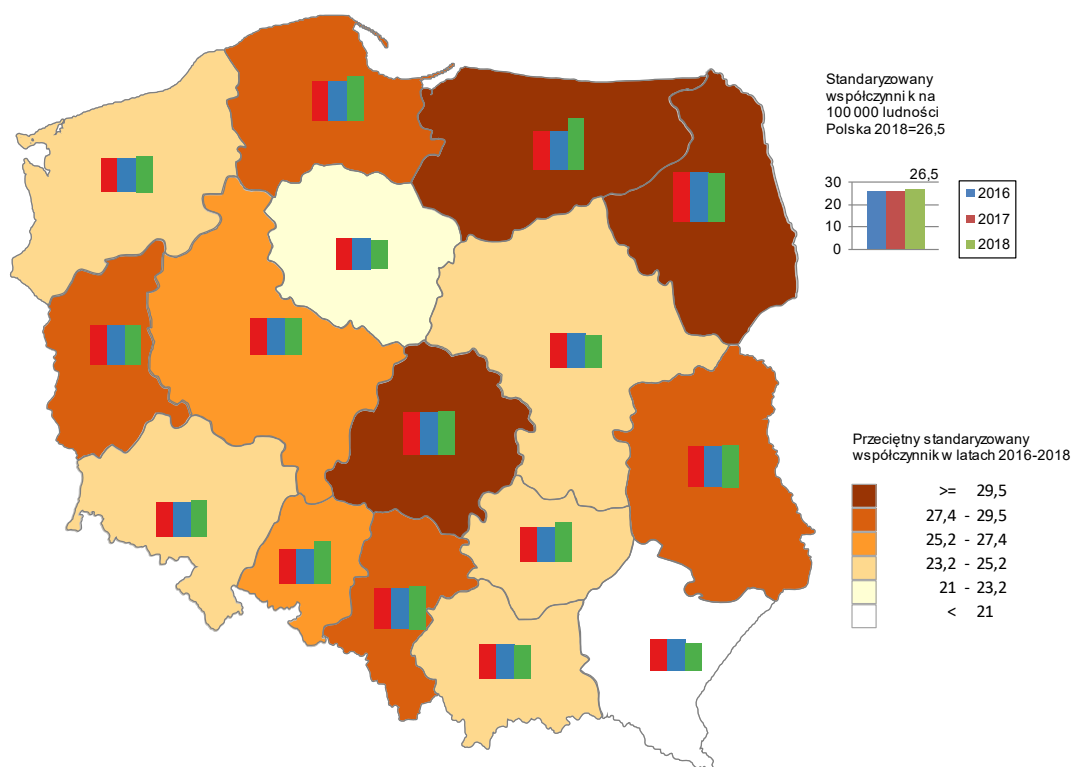
35, podczas gdy w Unii Europejskiej 31,8. Zagrożenie życia z powodu wypadków jest też silnie zróżnicowane między województwami, co pokazuje wykres 20. Województwa łódzkie, podlaskie oraz warmińsko-mazurskie charakteryzują się jednymi z najwyższych w Rzeczypospolitej Polskiej współczynników umieralności – od wielu lat najwyższe standaryzowane współczynniki umieralności obserwuje się dla województwa podlaskiego (przeciętnie 33,7 na 100 tys. ludności w latach 2016–2018). Najkorzystniejsza sytuacja pod tym względem jest obserwowana w województwie podkarpackim (20,2 na 100 tys. ludności).

Najczęstszymi wypadkami śmiertelnymi w 2018 r. były upadki (współczynnik rzeczywisty umieralności 11,8 na 100 tys. ludności) a następnie wypadki **komunikacyjne** (9,6), **zatrucia** (3,8), **utonięcia** (1,6), **działania ognia, dymu oraz płomieni** (1,3). We wszystkich wymienionych kategoriach według oszacowań Eurostatu zagrożenie życia w Rzeczypospolitej Polskiej jest wyższe niż przeciętne w krajach Unii Europejskiej.

W ostatniej dekadzie można zauważyć transformację epidemiologiczną w zakresie występowania wypadków. Wzrasta udział zgonów z powodu wypadków osób starszych a szczególnie upadków, które stanowią również najważniejszą przyczynę leczenia szpitalnego z powodu wszystkich wypadków we wszystkich grupach wiekowych.

Powyższe dane wskazują na **potrzebę utrzymywania w naszym kraju sprawnego i efektywnie działającego systemu udzielania pomocy medycznej na miejscu zdarzenia**. Konieczne jest zapewnienie działania systemu nie tylko przez kształcenie kadr medycznych, lecz także przez zagwarantowanie odpowiedniej infrastruktury ratownictwa medycznego i specjalistycznego sprzętu, który umożliwi szybkie i skuteczne udzielanie pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia.

WYKRES 20. Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu wypadków według województw w latach 2016–2018



Źródło: Obliczenia NIZP-PZH na podstawie danych GUS za: B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020, s. 366.

Szybkie udzielenie pierwszej pomocy na miejscu zdarzenia oraz bezpieczny transport pacjenta urazowego pod opieką wykwalifikowanego personelu powinny zapewnić utrzymanie i stabilizację podstawowych funkcji życiowych. Miejscem docelowym udzielania pomocy zdrowotnej jest szpitalny oddział ratunkowy, który powinien dysponować odpowiednią kadrą i być wyposażony w odpowiedni sprzęt do ratowania życia i zdrowia ludzkiego.

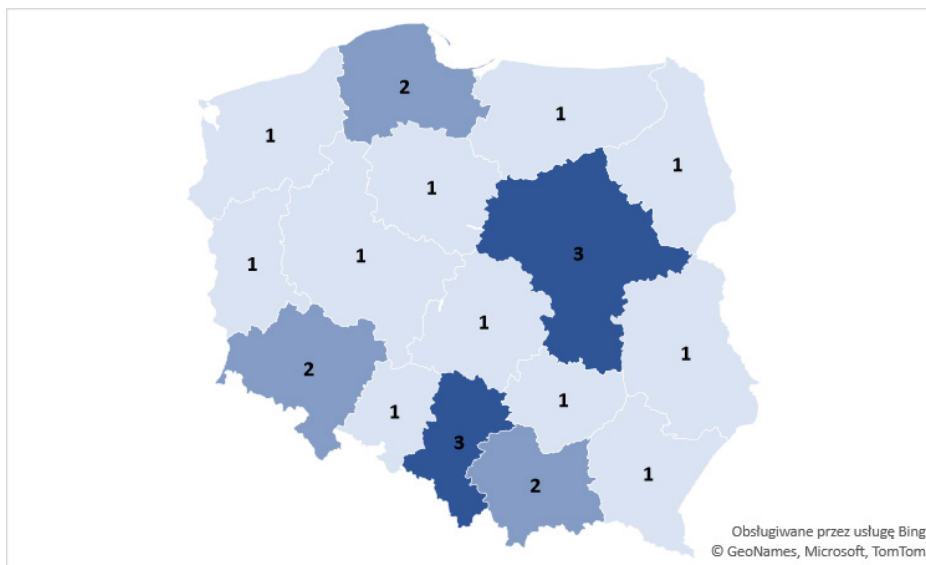
*NIK na ratunek systemowi ratownictwa medycznego, 04.04.2019,
<https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-na-ratunek-systemowi-ratownictwa-medycznego.html>, dostęp: 12.11.2020*

SYSTEM PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE³⁴⁾

W celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w Rzeczypospolitej Polskiej działa system PRM, obejmujący świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia w ramach tzw. pomocy w stanie nagłym.

Obsługę zgłoszeń alarmowych dotyczących wezwania pomocy medycznej w stanie nagłym zapewniają dyspozytornie medyczne – w Rzeczypospolitej Polskiej działają **23 dyspozytornie medyczne**, których lokalizację przedstawia poniższa mapa. Zatrudnieni w nich dyspozytorzy medyczni przyjmują powiadomienia o zdarzeniach nagłych i dysponują ZRM na miejsce zdarzenia.

WYKRES 21. Mapa rozmieszczenia dyspozytorni medycznych PRM – 23 lokalizacje



Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia na podstawie danych Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, (stan na 03.03.2022).

Jednostkami systemu PRM są **SOR** oraz **ZRM**, w tym **lotnicze zespoły ratownictwa medycznego**, sprawujące tzw. opiekę przedszpitalną.

Z systemem współpracują bezpośrednio również m.in. jednostki Państwowej Straży Pożarnej i inne włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego (KSRG), jednostki Policji, Straży Granicznej, Wodnego Ochotniczego

³⁴⁾ Przygotowane na podstawie tekstu ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, danych Ministerstwa Zdrowia oraz danych z Map potrzeb zdrowotnych 2020.

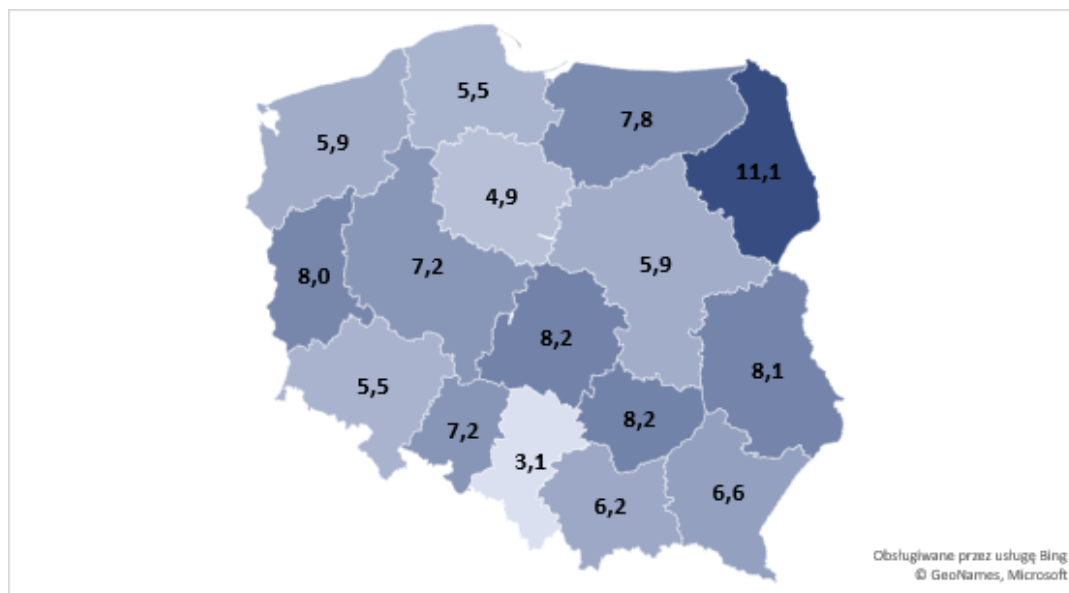
Pogotowia Ratunkowego, ratownictwa górskiego oraz inne podmioty wskazane w art. 15 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

System działa na obszarze województwa na podstawie wojewódzkiego planu działania systemu, sporządzonego i aktualizowanego co najmniej raz na rok przez wojewodę. W planie tym są wskazywane obszary działania poszczególnych jednostek systemu, ich liczba, rozmieszczenie, jak również określone zasady i sposób współpracy jednostek między sobą w celu zapewnienia nie tylko niezakłóconej łączności, lecz przede wszystkim szybkiego i sprawnego ratowania życia i zdrowia przy udziale różnych służb ratowniczych, takich jak Państwowa Straż Pożarna czy Policja.

Sumarycznie w Rzeczypospolitej Polskiej funkcjonuje obecnie **241 SOR**. W zakresie leczenia szpitalnego, stwierdzić należy, że liczba SOR wydaje się wystarczająca – jeden oddział tego typu ma zabezpieczać populację 150 tys. mieszkańców co zapewnia optymalną dostępność. Wyjątkiem jest województwo śląskie, gdzie obecnie jeden oddział tego typu przypada na blisko 319 tys. mieszkańców. Na mocy ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa jest zadaniem wojewody, który określa bieżące potrzeby w zakresie planowanych do uruchomienia szpitalnych oddziałów ratunkowych w wojewódzkim planie działania systemu PRM. Wojewoda Śląski zidentyfikował deficyt w zakresie liczby funkcjonujących SOR, który wymaga wyrównania przez stworzenie 10 nowych SOR w lokalizacjach przewidzianych w ww. planie do łącznej liczby 24 SOR – obecnie w województwie śląskim działa 14 SOR.

Z systemem współpracują m.in. CU będące wydzielonymi funkcjonalnie częściami szpitali, w których działa SOR, zorganizowanymi tak, aby szybko i kompleksowo zdiagnozować i leczyć pacjenta urazowego oraz inne jednostki organizacyjne szpitali ujęte w poszczególnych wojewódzkich planach działania systemu, które udzielają świadczeń wysokospecjalistycznych, niedostępnych w większości innych szpitali, a ważnych dla systemu i szybkiego udzielania pomocy, np. oddziały neurochirurgiczne i kardiologiczne. Obecnie w Rzeczypospolitej Polskiej funkcjonuje **17 CU** oraz **10 CUD**, wyspecjalizowanych w udzielaniu kompleksowych i wysokospecjalistycznych świadczeń dzieciom³⁵⁾.

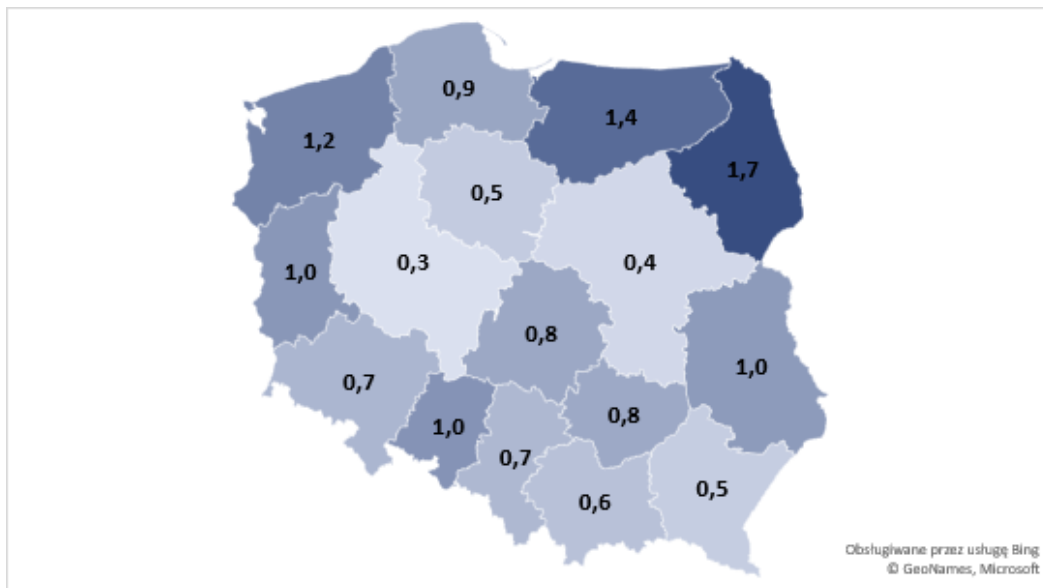
WYKRES 22. Mapa przedstawiająca liczbę SOR na 1 mln ludności – średnia wartość dla kraju wynosi 6,3 SOR/1 mln mieszkańców



Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia.

³⁵⁾ Planowane jest utworzenie dalszych 3 CUD, tym samym zakłada się funkcjonowanie 13 centrów urazowych dla dzieci w całym kraju. Celem, jaki należałoby osiągnąć jest stworzenie co najmniej 1 CUD w każdym województwie.

WYKRES 23. Mapa przedstawiająca sumarycznie liczbę CU i CUD na 1 mln ludności – średnia wartość dla kraju wynosi 0,7 centra urazowego/1 mln mieszkańców



Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia.

Medyczne czynności ratunkowe na miejscu zdarzenia są udzielane przez **ZRM**. Zespoły te stanowią zarówno ZRM typu P – tzn. zespoły podstawowe, których skład to min. 2 ratowników medycznych/pielęgniarek systemu³⁶⁾, jak i ZRM typu S – tzn. zespoły specjalistyczne, w których poza min. 2 ratownikami medycznymi/pielęgniarkami systemu pomocy udziela również lekarz systemu³⁷⁾.

W Rzeczypospolitej Polskiej w 2022 r. funkcjonuje **1594 ZRM**, w tym 6 wodnych ZRM oraz zespoły naziemne (kołowe) uruchamiane sezonowo. Najwięcej zespołów stacjonuje w województwie mazowieckim (202 ZRM), które jest również najliczniejsze pod względem liczby ludności (5,43 mln mieszkańców w 2021 r.) najmniej w województwie opolskim (44 ZRM), które jest najstąbiej zaludnione (około 977 tys. mieszkańców w 2021 r.)³⁸⁾. Przy czym w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii w skład zespołu specjalistycznego mogą wchodzić trzy osoby posiadające kwalifikacje wymagane dla ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu, bez lekarza systemu w składzie.

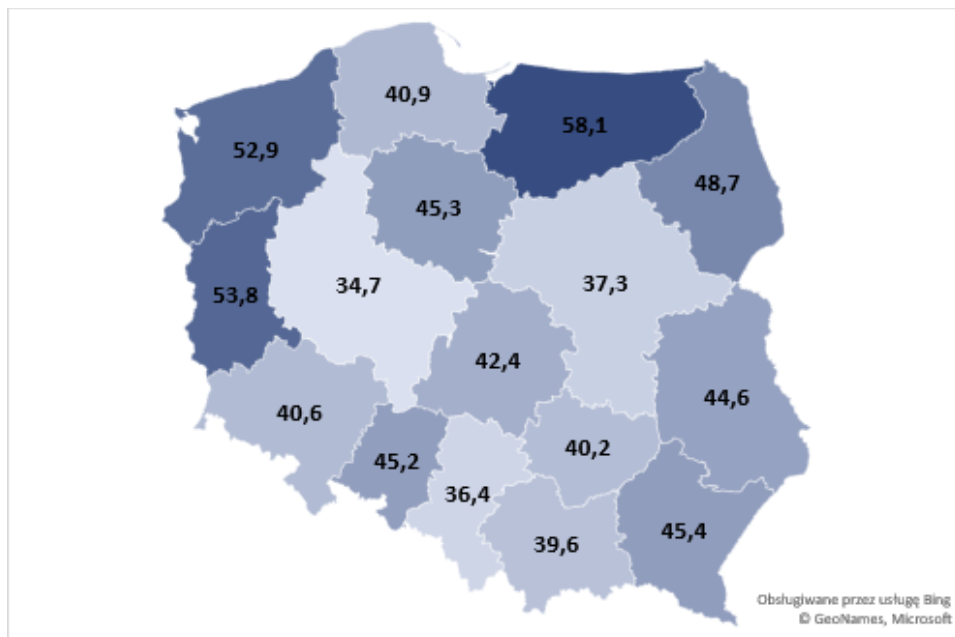
³⁶⁾ Pielęgniarka systemu to pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadająca co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym.

³⁷⁾ Lekarz systemu to:

- lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii albo lekarz po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne, lub
- lekarzy posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, lub
- lekarz, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty.

³⁸⁾ Za danymi GUS dostępnymi pod adresem: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/powierzchnia-i-ludnosc-w-przekroju-terytorialnym-w-2020-roku,7,17.html>

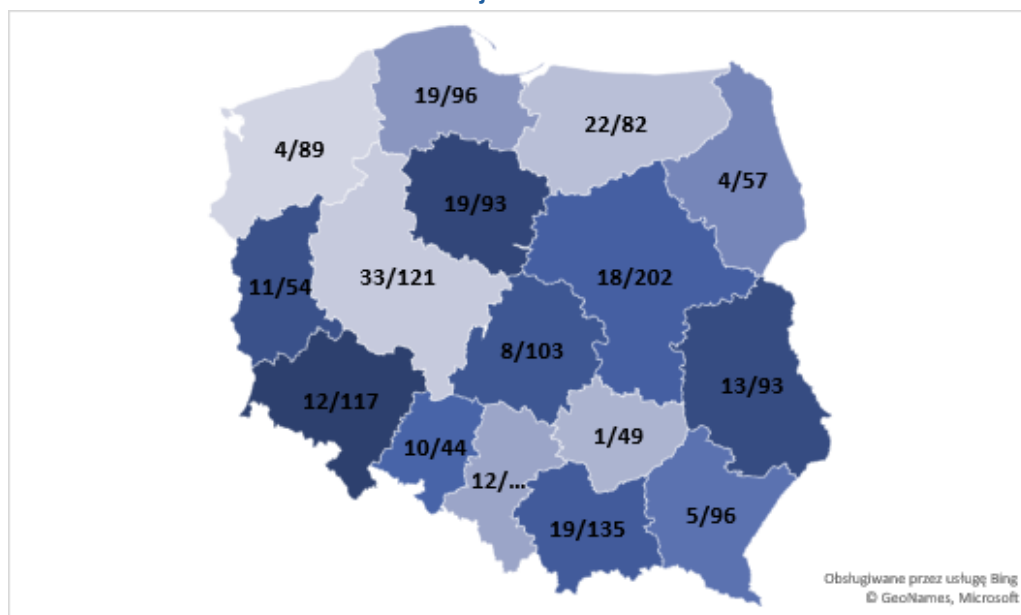
WYKRES 24. Mapa przedstawiająca liczbę ZRM w przeliczeniu na 1 mln ludności – średnia wartość dla kraju wynosi 41,8 ZRM/1 mln mieszkańców



Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia.

Zespoły te wchodzą w skład dysponenta ZRM – podmiotu leczniczego zapewniającego działanie przedszpitalnego ogniwa systemu PRM w danym rejonie operacyjnym na terenie województwa. W Rzeczypospolitej Polskiej obecnie działa 210 dysponentów ZRM – najwięcej w województwie wielkopolskim (33 dysponentów), najmniej zaś w województwie świętokrzyskim (jeden dysponent). **Średnio na jednego dysponenta w kraju przypada 7 zespołów – tym samym dysponent jest zobowiązany do utrzymania odpowiedniej liczby floty ambulansów, umożliwiającej niezakłóconą pracę ZRM.**

WYKRES 25. Zestawienie liczby dysponentów (210 jednostek) z liczbą ZRM (1594) w kraju w podziale na województwa

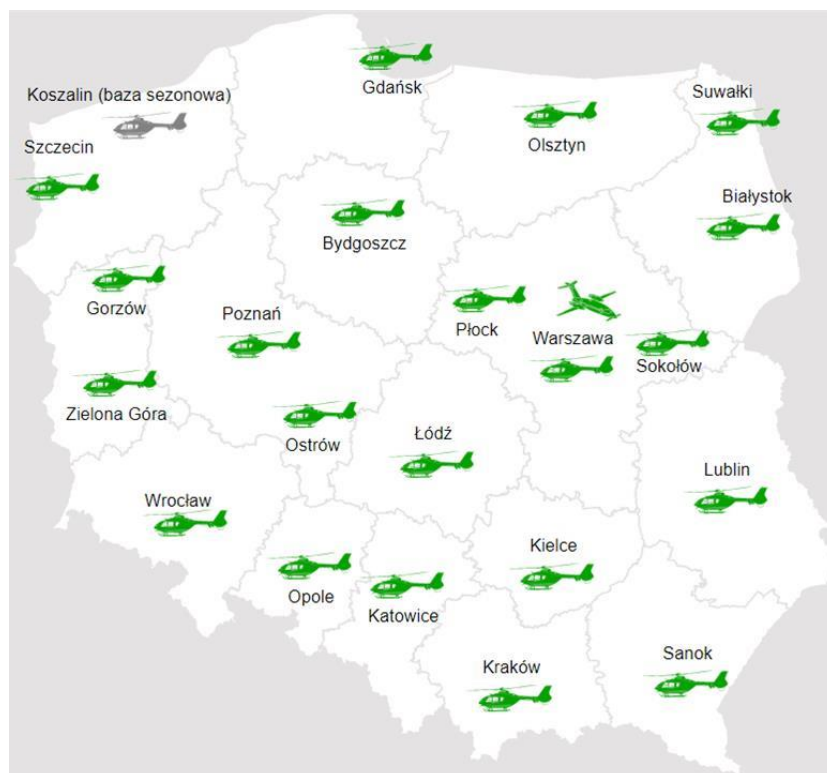


Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia.

W 2021 r. wszystkie ZRM udzieliły świadczeń zdrowotnych w miejscu zdarzenia dla ponad **3,1 mln osób**, w tym 80% wyjazdów stanowiły wyjazdy do domu pacjenta. W Rzeczypospolitej Polskiej na 1 tys. ludności przypadało ponad 82 osoby, którym zespoły udzieliły pomocy medycznej. Najwięcej osób, które skorzystały z pomocy medycznej w miejscu zdarzenia w przeliczeniu na 1 tys. ludności, odnotowano w województwie zachodniopomorskim – 103 osoby, a najmniej w województwie wielkopolskim – 61 osób.³⁹⁾ **Powyższe dane jasno potwierdzają intensywne użytkowanie ambulansów i zgromadzonego w nich sprzętu medycznego w kraju.**

Na miejsce zdarzenia nagłego oprócz naziemnych ZRM może zostać zadysponowany również **LZRM** wykorzystujący do akcji ratunkowej śmigłowiec. W Rzeczypospolitej Polskiej funkcję Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS – Helicopter Emergency Medical Service) pełni LPR, będące podmiotem leczniczym, do którego zadań należy przede wszystkim wykonywanie lotów do wypadków i nagłych zachorowań oraz pomoc ich ofiarom, a także transport pacjentów wymagających opieki medycznej między podmiotami leczniczymi w kraju i za granicę Polski. Obecnie śmigłowce stacjonują w **21 bazach stałych rozmieszczonych w całej Polsce oraz w jednej bazie sezonowej w Koszalinie** uruchamianej w czasie letnich wakacji – Lokalizację baz przedstawia poniższy wykres.

WYKRES 26. Lokalizacja baz LPR w kraju

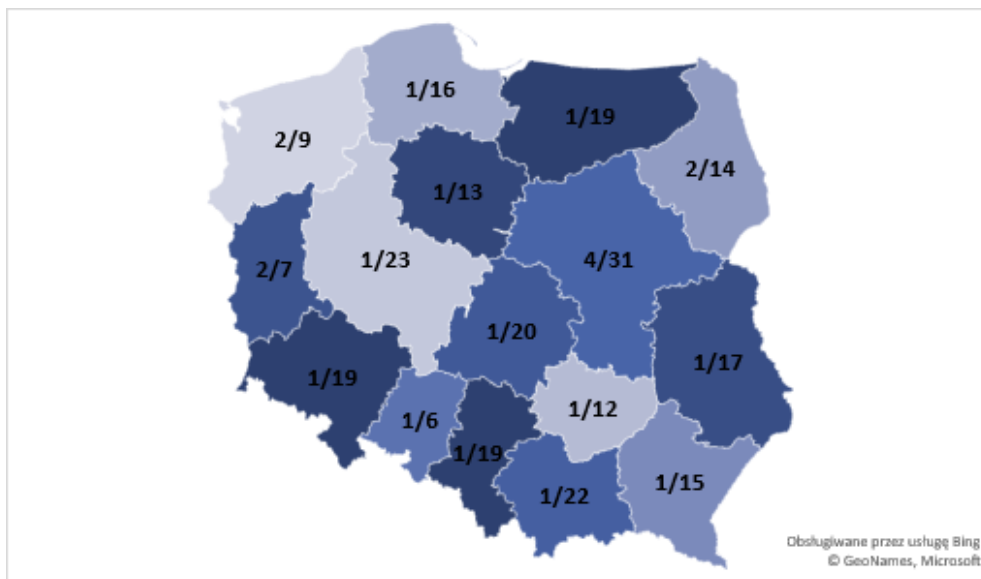


Źródło: Dane LPR, <https://www.lpr.com.pl/pl/strona-glowna/>, dostęp: 12.11.2020.

Gotowość załogi śmigłowca do startu do akcji ratunkowej wynosi 3 minuty od momentu przyjęcia zgłoszenia – dzięki wykorzystaniu nowoczesnej floty składającej się ze śmigłowców EC 135/H135 zespół jest w stanie w ciągu kilkunastu minut dolecieć do miejsca wypadku oddalonego o 60 km od miejsca stacjonowania. Około 80% wszystkich misji stanowią loty do zdarzeń nagłych (loty HEMS).

³⁹⁾ Informacja sygnalna GUS: *Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2019 r.*, 26.05.2020 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/pomoc-dorazna-i-ratownictwo-medyczne-w-2019-roku,14,4.html>, dostęp: 12.11.2020.

WYKRES 27. Mapa przedstawiająca liczbę baz LPR oraz lądowisk przyszpitalnych w podziale na województwa w kraju (22 bazy – 262 lądowiska przyszpitalne)



Źródło: Dane LPR⁴⁰⁾ wg. stanu na 04.03.2022 r.

Według danych LPR na 04.03.2022 r. w Rzeczypospolitej Polskiej funkcjonują 262 lądowiska przyszpitalne: 209 szpitali ma lądowiska przyszpitalne (lub posiada dostęp do takiego lądowiska), spełniające wymaganie funkcjonowania całodobowego, natomiast 53 szpitale posiadają lądowisko przyszpitalne dzienne/niecałodobowe (co uniemożliwia przekazywanie pacjenta przez zespół lotniczy w porze nocnej).

Spośród 241 SOR, 189 jednostek posiada lądowiska spełniające wymagania rozporządzenia o SOR (część z nich wymaga jeszcze pewnego dostosowania do wymagań rozporządzenia o SOR, po jego nowelizacji w 2019 r.), natomiast **18 SOR dysponuje lądowiskami niedostosowanymi do wymagań w sposób znaczny, a 23 SOR nie posiadają lądowiska przyszpitalnego w ogóle**. 11 SOR nie ma własnego lądowiska, lecz korzysta z lądowiska użyczonego, położonego przy innym szpitalu lub instytucji.

Zespół HEMS jest w stanie rozpocząć proces leczenia od momentu przylotu na miejsce zdarzenia, a także szybko przetransportować chorego do często odległego od miejsca zdarzenia SOR w ramach tzw. złotej godziny (czyli w czasie 60 minut od wystąpienia zdarzenia do rozpoczęcia specjalistycznego leczenia szpitalnego, co jest uważany za międzynarodowy standard działania). Załogi LPR w 2021 roku zrealizowały łącznie 12 444 misje. Śmigłowcami HEMS wykonano 12 088 misji, w tym 10 598 lotów do nagłych zdarzeń oraz 1490 transportów międzyszpitalnych. Samolotami PiaggioAvanti zrealizowano 356 transportów.⁴¹⁾

Jak pokazuje powyższy opis systemu ratownictwa medycznego w Rzeczypospolitej Polskiej, kompleksowy, zrównoważony system PRM to **spójne działanie poszczególnych jego jednostek dysponujących odpowiednią infrastrukturą, wyposażonych w nowoczesny i kompatybilny sprzęt**.

W celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (bez względu na zamożność, płeć, wiek czy narodowość) utworzono system, który umożliwia:

- A. natychmiastowe wezwanie pomocy (dyspozytornie medyczne);

⁴⁰⁾ Za danymi LPR dostępnymi pod adresem: <https://www.lpr.com.pl/pl/ladowiska/ladowiska-przyszpitalne/>

⁴¹⁾ Za danymi LPR dostępnymi pod adresem: <https://www.lpr.com.pl/pl/podsumowanie-2021-roku/#post-content>

- B. niezwłoczne przybycie na miejsce zdarzenia właściwych jednostek systemu (zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego);
- C. podjęcie na miejscu zdarzenia właściwych działań ratowniczych według określonych kompetencji, standardów postępowania oraz zapewnienie stosownego do potrzeb transportu (naziemnego lub powietrznego);
- D. niezwłoczne przyjęcie do najbliższego SOR lub CU lub oddziału szpitalnego stosownego do rodzaju nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, gdzie zostanie wykonana kompleksowa diagnostyka oraz udzielona fachowa pomoc medyczna.

Powyższe elementy tworzą tzw. łańcuch przeżycia – ciąg powiązanych ze sobą czynności, których podjęcie zapewnia skuteczną i efektywną pomoc w przypadku nagłego zagrożenia zdrowotnego i warunkuje powodzenie akcji ratunkowej.

Poszczególne ogniwa systemu muszą ze sobą ściśle współpracować, aby osoba znajdująca się w stanie nagłego zagrożenia życia miała szansę na szybkie i skuteczne udzielenie pomocy. Bardzo ważne jest zapewnienie niezbędnej infrastruktury w odniesieniu do każdego z ww. elementów, gdyż braki w chociaż jednym z nich powodują, że system nie może działać lub działa w sposób dysfunkcyjny. **System ratownictwa medycznego stanowi swego rodzaju sieć naczyń połączonych, w przypadku której brak lub zaburzenie funkcjonowania któregokolwiek z elementów wpływa na skuteczność działania systemu jako całości.**

Stworzenie zatem kompleksowego, skutecznego i efektywnego systemu ratownictwa medycznego nie tylko warunkuje dłuższe życie ludności w zdrowiu, lecz także generuje oszczędności w systemie publicznych świadczeń zdrowotnych oraz ubezpieczeń społecznych.

STAN TECHNICZNY AMBULANSÓW ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

W 2021 r. na 100 tys. ludności w Rzeczypospolitej Polskiej przypadały średnio ponad 4 zespoły ratownictwa medycznego. Najwyższą wartość wskaźnika odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (5,8 ZRM na 100 tys. mieszkańców), najniższą w województwie wielkopolskim (3,5 ZRM na 100 tys. mieszkańców).

ZRM udzielają świadczeń opieki zdrowotnej nie tylko w aglomeracjach miejskich, ale także w oddalonych miejscowościach, często pokonując podmokłe lub góryste tereny, co znacząco wpływa na szybsze zużycie i wyeksploatowanie ambulansów, czego efektem jest podwyższenie kosztów wykonywania świadczeń z powodu konieczności przeprowadzania licznych napraw. Z uwagi na częste wyjazdy odbywające się w warunkach jazdy ekstremalnej ambulanse ZRM uzyskują znaczny przebieg w krótkim czasie, a w konsekwencji ulegają szybkiemu zużyciu. **Co do zasady, według przyjętych standardów i konsensusu ekspertów w ratownictwie medycznym, nie powinny być wykorzystywane pojazdy starsze niż 5-letnie.**

Jak podkreśla Krzysztof Janecki, dyrektor Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi: *-Ambulanse ratunkowe, niosąc pomoc poszkodowanym, poruszają się często w trudnych warunkach. Sprzyja to częstym ich uszkodzeniom, otarciom, a także awariom mechanicznym. Mało kto jest świadomy, że polskie karetki powstają w wyniku przebudowy zwykłych samochodów dostawczych. Niejednokrotnie ich silniki nie są przygotowane na tak intensywną eksploatację. Trudno wyobrazić sobie sytuację, w której kierowca-ratownik medyczny po przybyciu na miejsce do pacjenta w stanie nagłego zatrzymania krążenia będzie przez dwie minuty oczekiwał w karetce na wystudzenie turbiny, co jest zalecane przez niektórych producentów po intensywnej jeździe. Nie ma na to czasu, te dwie minuty mogą oznaczać „być albo nie być” dla osoby, do której wezwano zespół ratownictwa.*

Dla wszystkich ambulansów ZRM funkcjonujących w Rzeczypospolitej Polskiej określono wiek pojazdów – dane są przekazywane przez dysponentów w ramach SWD PRM. W 1587 ZRM działających w rejonach operacyjnych, dysponenti wykazali, że 1183 ambulanse mają mniej niż 5 lat (rok produkcji 2017–2022), 404 pojazdy mają więcej

niż 5 lat (rok produkcji 2000–2016). Zatem obecnie pojazdów młodszych niż 5 lat w ratownictwie medycznym jest 74,54% spośród wszystkich ZRM (1183 z 1587), a pojazdów starszych niż 5 lat i tym samym uznanych za wyeksploatowane jest średnio 25,45% spośród wszystkich ZRM (404 z 1587), co obrazuje dokładnie poniższa tabela. Dodatkowo należy wskazać, że średni przebieg dla ambulansów mających powyżej 5 lat wynosi 247 234 km – mediana przebiegu dla karettek mających powyżej 5 lat to 222 461 km.

TABELA 10. Zestawienie ambulansów ZRM w kraju z uwzględnieniem wieku

Lp.	Województwo	Ambulanse 5-letnie i młodsze		Ambulanse starsze niż 5-letnie		Liczba ambulansów ogółem
		liczba	udział procentowy w liczbie ambulansów ogółem w danym województwie	liczba	udział procentowy w liczbie ambulansów ogółem w danym województwie	
0	1	2	3	4	5	6
1	dolnośląskie	69	58,97%	48	41,03%	117
2	kujawsko-pomorskie	69	75,00%	23	25,00%	92
3	lubelskie	77	82,80%	16	17,20%	93
4	lubuskie	40	74,07%	14	25,93%	54
5	łódzkie	84	81,55%	19	18,45%	103
6	małopolskie	95	70,37%	40	29,63%	135
7	mazowieckie	173	86,07%	28	13,93%	201
8	opolskie	41	93,18%	3	6,82%	44
9	podkarpackie	82	85,42%	14	14,58%	96
10	podlaskie	53	92,98%	4	7,02%	57
11	pomorskie	59	63,44%	34	36,56%	93
12	śląskie	122	74,39%	42	25,61%	164
13	świętokrzyskie	34	69,39%	15	30,61%	49
14	warmińsko-mazurskie	51	66,23%	26	33,77%	77
15	wielkopolskie	89	73,55%	32	26,45%	121
16	zachodniopomorskie	45	49,45%	46	50,55%	91
Suma		1183		404		1587
Średnia		74,54		25,25	25,45	100%

Źródło: Dane Departamentu Bezpieczeństwa Ministerstwa Zdrowia za SWD PRM (stan na 23.02.2021 r.).

Najwięcej ambulansów starszych niż 5 lat funkcjonuje w województwie dolnośląskim (48 spośród 117), zachodniopomorskim (46 spośród 91) i śląskim (42 spośród 164). Jednak biorąc pod uwagę odsetek pojazdów starszych niż 5 lat w liczbie pojazdów ogółem, największy procentowy udział ambulansów mających 5 lat i wyżej jest w województwie zachodniopomorskim (50,55%) dolnośląskim (41,03%) i pomorskim (36,56%). Sumarycznie w Rzeczypospolitej Polskiej **pojazdy wyeksploatowane stanowią średnio około 25% floty dysponentów ZRM** – od aż 50,55% spośród wszystkich ZRM w województwie zachodniopomorskim do 6,82% w województwie opolskim.

Ambulanse młodsze niż 5 lat stanowią średnio około 75% floty dysponentów ZRM – od 93,18% spośród wszystkich pojazdów wykorzystywanych w ZRM w województwie opolskim do jedynie 49,45% w województwie zachodniopomorskim. Najwięcej pojazdów młodszych operuje w województwie mazowieckim (173 spośród 201 pojazdów), śląskim (122 spośród 164), małopolskim (95 spośród 135) oraz wielkopolskim (89 spośród 121). Procentowo największy udział ambulansów młodszych niż 5 lat we flocie dysponentów jest w województwie opolskim (93,18%), podlaskim (92,98%), mazowieckim (86,07%) i podkarpackim (85,42%).

Mając na uwadze dane przedstawione wyżej, w tym znaczny odsetek ambulansów starszych niż 5 lat i wyeksploatowanych w całości pojazdów użytkowanych w ZRM, potrzebę wymiany pojazdów zauważa się przede wszystkim w województwach: zachodniopomorskim (powyżej 50% floty wyeksploatowanej),

dolnośląskim (powyżej 40% floty wyeksploatowanej) oraz pomorskim, warmińsko-mazurskim i świętokrzyskim (powyżej 30% floty wyeksploatowanej).

W dalszej kolejności przy wymianie ambulansów dodatkowo należy mieć na uwadze przebieg, czyli liczbę kilometrów przejechanych przez dany pojazd – zgodnie ze stanowiskiem konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej i przedstawicieli dysponentów, można przyjąć, że w wypadku starszych modeli ambulansów, wciąż użytkowanych w kraju niezależnie od wieku pojazdu, również przebieg powyżej 300 tys. km może je kwalifikować do wymiany. Spośród wszystkich ambulansów ZRM, dysponenci w SWD PRM dla 106 pojazdów wskazali, że przebieg wynosi powyżej 300 tys. km. Jednak mając na uwadze różną specyfikę rejonów operacyjnych działania ZRM (tak tereny wiejskie, poza obszarami zabudowanymi, jak aglomeracje, z lepszym stanem infrastruktury drogowej) pierwszym kryterium wymiany ambulansu powinien być wiek powyżej 5 lat.

Powyższe dane jasno wskazują, że w całym kraju są użytkowane wyeksploatowane pojazdy, co uzasadnia ich wymianę – w celu utrzymania prawidłowego i efektywnego funkcjonowania systemu PRM, w którym podstawowym elementem są ZRM, udzielające pomocy bezpośrednio na miejscu zdarzenia. Niezbędne jest zapewnienie kadrom medycznym niezawodnego, nowoczesnego sprzętu w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, zwłaszcza w przypadkach pomocy nagłej, gdy każda minuta czy zwłoka spowodowana nieprawidłowym, wadliwym działaniem lub awarią sprzętu wpływa realnie na rokowanie i stan pacjenta.

Wnętrze ambulansu ZRM jest swoistym małym oddziałem, w którym już na miejscu zdarzenia odbywają się kompleksowa diagnostyka pacjenta, wdrożenie odpowiedniego leczenia i monitorowanie czynności życiowych. Powyższe umożliwia wykorzystanie wielu zaawansowanych technologicznie sprzętów medycznych oraz leków, które muszą zarówno być zawsze łatwo i szybko dostępne dla członków zespołu, jak i działać w każdych warunkach, co zapewni ich niezawodność i wysoką jakość pomiaru.

Zakup nowych ambulansów zatem wzmocni gotowość, podniesie jakość udzielanych usług przez ZRM i poprawi warunki pracy członków zespołu. Brak dofinansowania zakupu ambulansów mógłby powodować pogłębiające się pogorszenie stanu technicznego taboru samochodowego wykorzystywanego przez ZRM, a w konsekwencji brak możliwości dojazdu do osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Tym samym niemożliwe byłoby realizowanie zadań przez pozostałe ogniwa systemu PRM, zależne od sprawnego transportu pacjenta z miejsca zdarzenia do miejsca rozpoczęcia specjalistycznej opieki szpitalnej.

Biorąc pod uwagę wysokie koszty zakupu nowoczesnych ambulansów i sprzętu stanowiącego ich wyposażenie oraz dużą ich liczbę kwalifikującą się do wymiany, ze względu na ograniczenia budżetowe, wojewodowie w ramach swoich planów nie mieli możliwości ujęcia środków na ten cel. Dodatkowo 1 kwietnia 2019 r. weszły w życie przepisy nowelizacji ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, które ograniczyły możliwość uczestniczenia w systemie jako dysponenci ZRM w ten sposób, że przyznały ją wyłącznie podmiotom publicznym, co spowodowało konieczność zastąpienia 138 karettek należących do prywatnych świadczeniodawców w ogólnej liczbie ZRM dodatkowymi ambulansami u dysponentów będących podmiotami publicznymi.

Jak alarmuje prof. Jerzy Ładny, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej: *Infrastruktura ta nadal wymaga doinwestowania, czy też zakupu dodatkowego sprzętu medycznego niezbędnego do udzielania tego typu świadczeń.*

W 2019 r. Ministerstwo Zdrowia podjęło działania w zakresie wymiany taboru samochodowego, który z uwagi na częste wyjazdy ZRM, odbywające się w trudnych warunkach drogowych, uzyskuje znaczny przebieg w krótkim czasie, a w konsekwencji podlega szybkiemu zużyciu.

W 2019 r. przeznaczono środki w łącznej wysokości 80 mln zł na zakup ambulansów spełniających wymagania normy PN:EN 1789 – Pojazdy medyczne i ich wyposażenie – Ambulanse drogowe właściwe dla ambulansów typu B i C. W wyniku podzielenia środków zakupiono 200 nowych ambulansów.

Zakup ambulansów objęto również wsparciem unijnym. W 2020 r. w związku z realizacją działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz innych chorób zakaźnych, w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014–2020 (POIiŚ), działanie 9.1. Infrastruktura ratownictwa medycznego, wprowadzono możliwość zakupu ambulansów wraz z wyposażeniem. Działania te miały na celu przede wszystkim walkę z pandemią COVID-19, ale również wzmocnienie systemu ratownictwa medycznego w dłuższej perspektywie czasowej. Zakup ambulansów przez podmioty lecznicze świadczące usługi w zakresie ratownictwa medycznego oraz transportu sanitarnego stał się niezbędny do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom będącym w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego m.in. zakażeniem SARS-CoV-2 oraz do pracy personelu medycznego, do którego zadań należy pobieranie wymazów z gardła w warunkach domowych od osób podejrzanych o zakażenie oraz przewożenie ich do laboratoriów lub przewożenie do właściwych szpitali pacjentów podejrzanych o zakażenie SARS-CoV-2. W ramach podjętych działań w 2020 r. zawarto umowy na zakup 97 ambulansów wraz z niezbędnym wyposażeniem w postaci środków ochrony indywidualnej dla ZRM (w tym m.in. rękawiczki jednorazowe, gogle ochronne, przyłbice, kombinezony ochronne, ochraniacze na buty) oraz środków do dezynfekcji. Wartość całkowita wsparcia w 2020 r. wyniosła blisko 58 mln zł.

W 2021 r. w ramach kontynuacji podjętych działań dofinansowano ze środków POIiŚ zakup kolejnych 112 ambulansów wraz ze środkami ochrony indywidualnej i środkami do dezynfekcji w łącznej kwocie 58,24 mln zł dla 82 dysponentów ZRM w całym kraju, a następnie wsparto dodatkowo województwo śląskie dofinansowaniem w kwocie 6,24 mln zł przeznaczonej na zakup kolejnych 12 ambulansów. Łączne wsparcie ze środków POIiŚ pozwoliło na zakup 221 ambulansów z pełnym wyposażeniem, co znacznie zmieniło strukturę wieku ambulansów funkcjonujących w systemie. Wsparcie z POIiŚ i środków krajowych w latach 2019–2021 pozwoliło na zakup 421 karetek i zapewniło zwiększenie udziału ambulansów młodszych niż 5 lat w ogólnej liczbie ambulansów w Rzeczypospolitej Polskiej z około 60% do 74% czyli aż o 14%.

Należy zaznaczyć, że wymiana ambulansów powinna być procesem ciągłym i systematycznym. Rokrocznie bowiem przybywać będzie ambulansów kwalifikujących się do przedziału wiekowego powyżej 5 lat. W tym miejscu należy podkreślić wagę planowanego wsparcia ze środków Funduszu Medycznego. Zabezpieczone na ten cel środki pozwolą na utrzymanie pozytywnego trendu jakim jest odmładzanie floty ambulansów funkcjonujących w systemie w dłuższej perspektywie czasowej.

STAN INFRASTRUKTURY LOTNICZYCH ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO⁴²⁾

W 2005 r. uchwalono ustawę z dnia 3 czerwca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Wymiana śmigłowców Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w latach 2005–2010” (Dz. U. poz. 1022), którego wyniku konsorcjum Eurocopter dostarczyło 23 nowoczesne śmigłowce EC 135 oraz symulator lotu. Pierwsza maszyna przyleciała do LPR 7 września 2009 r., a w grudniu 2009 r. rozpoczęła służbę w krakowskiej bazie. W 2015 r. ze środków unijnych udało się zakupić 4 nowe śmigłowce H135, dzięki którym możliwe było utworzenie w 2016 r. na terenie kraju 4 nowych baz. Spowodowało to zwiększenie pokrycia kraju zasięgiem baz HEMS. To z kolei przekłada się na wzrost dostępności śmigłowców ratunkowych i skrócenie czasu dotarcia do pacjentów.

W ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007–2013 zrealizowana została modernizacja infrastruktury 10 baz Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS) i jednej stacji obsługi technicznej (SOT) Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Inwestycje te zostały zrealizowane w ramach priorytetu XII

⁴²⁾ Za danymi LPR dostępnymi pod adresem: <https://www.lpr.com.pl/pl/o-nas/historia/>, dostęp: 12.11.2020.

Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia, działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego. Całkowita wartość projektu to 68,28 mln zł, z czego 85% stanowiły środki unijne, pozostałą część sfinansowało Ministerstwo Zdrowia.

Trwa również realizacja kolejnych inwestycji. Projekt pn. „Wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (roboty budowlane, doposażenie) – etap 2” przewiduje budowę i doposażenie baz Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS) w Bydgoszczy, Katowicach oraz przebudowę i rozbudowę baz HEMS w Białymstoku i Szczecinie/Goleniowie. Wartość projektu to 30 655 128,78 zł.

W ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020 realizowane są 3 etapy budowy i przebudowy baz, przy czym dwa z nich są zakończone i rozliczone. Etap 1 dotyczył infrastruktury baz zlokalizowanych w: Płocku, Olsztynie, Lublinie, Gdańsku i Sanoku, natomiast etap 2 baz zlokalizowanych w: Bydgoszczy, Katowicach, Białymstoku i Szczecinie/Goleniowie. Wartość etapu pierwszego projektu wyniosła 23 798 476,74 a etapu 2 – 28 079 337,28 zł. Obecnie realizowany jest ostatni etap projektu, który przewiduje budowę i doposażenie bazy HEMS i SOT (Stacja Obsługi Technicznej) w Warszawie oraz budowę FATO (miejsce startu i lądowania dla śmigłowców) w Białymstoku i Szczecinie/Goleniowie. Wartość projektu to 37 678 662,60 zł.

W ramach wspomnianych projektów powstaną nowoczesne bazy HEMS, będące kontynuacją standaryzacji funkcjonalności baz w całym kraju. W przebudowywanych bazach planowana jest modernizacja budynku HEMS w zakresie pomieszczeń medycznych, warsztatowych, pokoi wypoczynku, przebudowy płyty przedhangarowej, budowy torowiska wraz z dostawą przesuwicy, przebudowy stacji paliw i budowy FATO. Projekty te są finansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia w ramach działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego oś priorytetowa IX i ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

Na uwagę zasługuje program wieloletni ukierunkowany na wsparcie LZRM pn. „Program zapobieżenia negatywnym skutkom deficytu pilotów w Śmigłowcowej Służbie Ratownictwa Medycznego (HEMS) oraz modernizacji samolotowego zespołu transportowego w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym w Warszawie”, realizowany w latach 2018–2023 o łącznej wartości 144 mln zł. Celem tego programu oprócz inwestycji w zakup symulatorów lotu oraz śmigłowców do treningu pilotów jest również inwestycja w kadry i edukację pilotów, którzy dzięki wsparciu mogą zdobyć niezbędne doświadczenie wymagane do lotów HEMS.

STAN INFRASTRUKTURY SZPITALNYCH ODDZIAŁÓW RATUNKOWYCH I CENTRÓW URAZOWYCH

Wiele SOR w Rzeczypospolitej Polskiej jest lokowanych w pomieszczeniach szpitali, które nie zostały zaprojektowane z myślą o działalności tych jednostek, nieprzystosowanych do profilu ich zadań. Rozbudowa i modernizacja ich struktury, odbywająca się często bez zawieszenia działalności z uwagi na konieczność zabezpieczenia tych świadczeń w danym rejonie, stanowi znaczne obciążenie finansowe dla podmiotów leczniczych, w strukturach których działają oddziały ratunkowe.

Dodatkowo intensywna eksploatacja całej infrastruktury i użytkowanie jej całodobowo, często bez jakiegokolwiek przerwy technicznej w działaniu sprzętów diagnostycznych i aparatury wspomagającej funkcje życiowe pacjenta, powodują szybkie zużywanie się sprzętu. Równolegle dokonujący się rokrocznie postęp technologiczny dotyczący m.in. technologii medycznych powoduje, że konieczna jest wymiana wyeksploatowanych, przestarzałych sprzętów na nowoczesną, łatwą w użytkowaniu i bardziej kompaktową aparaturę.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2048, z późn. zm.) nałożyło na kierowników szpitali mających SOR obowiązek spełnienia do dnia 1 lipca 2022 r. wymogów w zakresie m.in. organizacji w szpitalu miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, obszaru do przeprowadzenia segregacji medycznej, miejsca izolacji w oddziale oraz pomieszczeń sanitarnohigienicznych przystosowanych dla osób z niepełnosprawnościami. Ponadto każdy SOR musi spełnić warunek posiadania dostępu do lotniska bądź lądowiska, umożliwiającego przyjęcie pacjenta z transportu lotniczego działającego w trybie całodobowym, zgodnego z wymaganiami określonymi ww.

rozporządzeniem. Jednakże biorąc pod uwagę, że w związku z realizacją inwestycji związanych z budową lądowisk przy SOR oraz organizacją miejsc udzielania świadczeń NIŚOZ, jak również opóźnieniami spowodowanymi stanem epidemii oraz wzrostem cen materiałów budowlanych i usług, znaczna część szpitalnych oddziałów ratunkowych na dzień 1 lipca 2022 r. nie byłaby w stanie sprostać wymaganiom określonym w ww. rozporządzeniu. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 czerwca 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. poz. 1305) wydłużono czas na dostosowanie SOR do wymagań w tym zakresie.

Równocześnie jest niezadowolający stan infrastruktury CU, także tych specjalizujących się w opiece nad pacjentem nieletnim. CU stanowi wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w której specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego. Wielonarządowe obrażenia powstałe wskutek urazu są jednymi z najcięższych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego, wymagających od początku szerokiej diagnostyki i wdrożenia wielodyscyplinarnego leczenia. Utworzone w tym celu CU, mają nie tylko specjalistów medycznych tworzących zespół urazowy, będący całodobowo w stanie gotowości, lecz także wysokospecjalistyczną infrastrukturę diagnostyczno-terapeutyczną, złożoną z oddziałów szpitalnych, w tym oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, bloku operacyjnego, pracowni diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej, endoskopowej. CU musi również dysponować lądowiskiem lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie pacjenta urazowego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

Skuteczne zaopatrzenie poszkodowanych oraz szybka diagnostyka warunkują możliwość uratowania życia i szybszego powrotu do zdrowia. Ma to bardzo istotne znaczenie w kontekście przebiegu dalszego leczenia pacjentów (m.in. liczba wykonywanych procedur, długość pobytu w szpitalu, długość rehabilitacji) oraz ich aktywności zawodowej, a w konsekwencji wpływa na koszty leczenia oraz wysokość świadczeń wypłacanych z ubezpieczeń społecznych, związanych z niezdolnością do pracy (renty, świadczenia rehabilitacyjne, zwolnienia od pracy).

W ramach IX osi priorytetowej POIiŚ wsparcie jest ukierunkowane na utworzenie dodatkowych jednostek systemu PRM, adekwatnie do zidentyfikowanych potrzeb, m.in. na podstawie danych demograficznych i danych z map potrzeb zdrowotnych, tak aby zapewnić równy dostęp mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej oraz przebywających na jej terenie obcokrajowców do świadczeń ratownictwa medycznego. Podejście to ma na celu realizowanie wyłącznie inwestycji zweryfikowanych zidentyfikowanymi deficytami i potrzebami, uwzględniającymi sytuację demograficzną i epidemiczną oraz dostępność infrastruktury.

Wsparte zostają także istniejące jednostki systemu (SOR) i jednostki współpracujące z systemem (CU) w celu poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych i dostępności do nich oraz efektywności systemu ratownictwa medycznego. Ponadto tworzone są dodatkowe centra urazowe, co pozwoli na zwiększenie skuteczności udzielania świadczeń ratowniczych w przedziale do jednej godziny od chwili wystąpienia obrażeń mnogich u poszkodowanych.

W ramach POIiŚ do 31 grudnia 2021 r. Minister Zdrowia podpisał 241 umów o dofinansowanie w zakresie wsparcia istniejących oddziałów ratunkowych, których wartość całkowita wynosi ponad 719,8 mln zł. Do 31 grudnia 2021 r. zakończono 233 projekty, natomiast dalej jest realizowanych 9 projektów w ramach ww. umów. Ponadto w ramach POIiŚ na lata 2014–2020 zawarto 23 umowy o dofinansowanie inwestycji polegających na utworzeniu nowych SOR, powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii. Wartość całkowita projektów dotyczących utworzenia nowych SOR wynosi ponad 510,3 mln zł. Do 31 grudnia 2021 r. zakończono 14 projektów, dalej realizowanych jest 9 projektów.

Sumarycznie ze środków POLiŚ wsparto dotychczas modernizację i wyposażenie lub utworzenie 190 SOR, co stanowi około 80% obecnie funkcjonujących SOR.

W ramach POLiŚ do 31 grudnia 2021 r. zawarto 13 umów o dofinansowanie w zakresie wsparcia istniejących centrów urazowych dla dorosłych o łącznej wartości całkowitej wynoszącej ponad 39,5 mln zł oraz 12 umów o dofinansowanie utworzenia nowych centrów (2 dla osób dorosłych, 9 dla dzieci oraz 1 dla dzieci oraz osób dorosłych) – o łącznej wartości całkowitej wynoszącej ponad 148 mln zł. Do 31 grudnia 2021 r. zakończono realizację wszystkich 25 projektów.

V.3. Wyzwania

Mimo znaczącej poprawy wyposażenia i funkcjonowania dotychczasowej infrastruktury ratownictwa medycznego nadal istnieją potrzeby wyposażenia, 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 na etapie zarówno pozaszpitalnym, czyli w zakresie wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego w środki transportu sanitarnego (ambulanse), jak i szpitalnym, czyli w odniesieniu do SOR, CU i CUD.

Równolegle – podobnie jak jest to uregulowane w przepisach określających wymogi dla pojazdów wykorzystywanych w transporcie medycznym i normy jakościowe dla sprzętu medycznego – ambulanse, będące podstawową infrastrukturą użytą w opiece przedszpitalnej, muszą działać niezawodnie w każdym terenie i w każdych warunkach atmosferycznych, zapewniając jednocześnie komfort użytkownika zarówno dla ZRM, jak i dla pacjenta.

Każdy sprzęt podczas normalnej eksploatacji ulega zużyciu. Następuje ono szczególnie szybko w przypadku sprzętu medycznego. Porównując zespoły ratownictwa medycznego ze służbami takimi jak policja czy straż pożarna, należy zwrócić uwagę, że realizują one najwięcej interwencji. Stopień zużycia sprzętu nie powinien zatem dziwić. Jeśli przeanalizowalibyśmy czas pracy części urządzeń w ambulansach zauważylibyśmy, że niejedno urządzenie pracuje 24 godziny na dobę. Przykładowo ekrany defibrylatorów elektrycznych na niejednym zespole ratownictwa medycznego niemalże nie gasną. Pacjent ma wykonywane EKG, jest monitorowany w trakcie transportu do szpitala, gdzie po przekazaniu zespół zgłasza gotowość i dysponowany jest do kolejnego pacjenta. Pętla eksploatacji wspomnianego urządzenia się ponawia – wskazuje Krzysztof Janecki, dyrektor Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi.

Jak pokazują powyższe dane techniczne dotyczące eksploatacji ambulansu jako pojazdu oraz zużycia sprzętu, zasadna jest wymiana ambulansu po 5 latach użytkowania z uwagi na zwiększającą się znacznie po tym okresie awaryjność infrastruktury (jak wskazano wyżej, ambulansów mających powyżej 5 lat jest w kraju obecnie 404 w ramach floty podstawowej, działającej w strukturach ZRM, co stanowi aż około 25% liczby użytkowanych pojazdów ZRM). Pojazdy te z racji intensywnej eksploatacji częściej podlegają rutynowej konserwacji i wymianie części, a także są wyłączane czasowo z użytkowania w przypadku konieczności przeprowadzenia gruntownej dezynfekcji po zdarzeniach z udziałem czynnika zakaźnego. Powyższe jasno wskazuje na konieczność wymiany wyeksploatowanej i przestarzałej floty ambulansów, co umożliwi zapewnienie ciągłości i niezawodności działania opieki przedszpitalnej w ramach systemu PRM.

Wyroby medyczne będące na wyposażeniu PRM, w tym LPR, również wymagają wymiany na nowsze modele. Powszechnie przyjęta żywotność urządzeń medycznych to 8–10 lat. Częściowo wyeksploatowane wyroby wymagają intensywnego i niejednokrotnie kosztownego serwisu technicznego. Nowe modele urządzeń w stosunku do poprzednich mają wprowadzone innowacyjne rozwiązania techniczne, są dostosowane do bieżących potrzeb użytkowników, co pozwala na rozszerzenie diagnostyki pacjentów w pomocy przedszpitalnej i zwiększenie bezpieczeństwa wykonywanych interwencji PRM.

Wyposażenie śmigłowców LPR w nowoczesny sprzęt medyczny i dodatkową aparaturę zwiększa możliwości w zakresie diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego na pokładzie śmigłowca. Z uwagi na coraz częstsze dysponowanie zespołów LPR w miejsca zdarzeń nagłych i całodobową gotowość do pomocy, sprzęt ten ulega szybkiemu zużyciu w wyniku intensywnej eksploatacji w trudnych warunkach. **Zasadne jest skierowanie wsparcia również w celu doposażenia i wymiany sprzętu lotniczych ZRM, wraz z dostosowaniem ich infrastruktury śmigłowcowej oraz naziemnej do warunków częstych lotów i całodobowej służby, w tym także możliwości szkolenia.**

Oprócz wsparcia opieki na miejscu zdarzenia, nacisk powinien zostać położony również na **wsparcie opieki szpitalnej** – mając na uwadze, że to właśnie po zabezpieczeniu pacjenta na miejscu zdarzenia, w SOR i CU toczą się procedury diagnostyczne decydujące o dalszej sprawności i warunkujące przeżycie oraz są udzielane nierzadko wyspospecjalistyczne świadczenia. Użytkowany sprzęt musi zapewniać wszechstronność działania, łatwość obsługi, a także możliwość wdrożenia właściwego leczenia już na etapie początkowej opieki.

Równocześnie sama struktura SOR i organizacja jego przestrzeni wpływa na jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń. Tym samym każdy SOR powinien być umiejscowiony w przestronnych, łatwych w utrzymaniu czystości pomieszczeniach, jednocześnie zapewniających dostęp do infrastruktury dostarczającej gazy medyczne oraz mieszczących niezbędny sprzęt ratunkowy – co mając na uwadze obecny stan większości infrastruktury podmiotów leczniczych, zlokalizowanych w budynkach w większości kilkudziesięcioletnich, stanowi wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia i kadry zarządzającej podmiotami.

Wymogi stawiane jednostkom systemu PRM jasno określają, że każdy SOR powinien również dysponować bezpośrednio przy nim zlokalizowanym odpowiednim lądowiskiem lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego w celu sprawnego przekazania pacjenta – zgodnie z obecnym prawodawstwem każdy SOR powinien spełnić ten wymóg do końca 2021 r. Mając na uwadze, że zapewnienie lądowiska dla LZRM umożliwia udzielenie kompleksowej pomocy i znacznie skraca czas dostępu pacjenta w stanie nagłym do opieki szpitalnej, jest **konieczne dalsze wspieranie SOR w dostosowywaniu obecnie funkcjonujących lądowisk do całodobowej gotowości i w dążeniu do spełnienia wymagań technicznych, a także tworzenie nowych lądowisk w jednostkach ich nieposiadających.**

Powyższe przepisy oraz warunki działalności oddziałów ratunkowych wskazują na potrzebę dalszych prac w zakresie modernizacji i dostosowania całości infrastruktury SOR do zwiększających się wymagań prokościowych w celu umożliwienia prawidłowego i niezakłóconego ich funkcjonowania w danym regionie, co stanowi wyzwanie pod względem zarówno organizacyjnym, jak i finansowym dla podmiotów leczniczych, w których działają SOR.

Wymagania dla funkcjonowania CU i CUD jasno wskazują na konieczność zapewnienia w podmiotach leczniczych, w których działają, nowoczesnej, niezawodnej, wyspospecjalistycznej aparatury medycznej, pozwalającej przeprowadzać skomplikowane zabiegi operacyjne, ale i prowadzić wielotorową diagnostykę. Wykorzystywane pomieszczenia muszą zapewniać również komfort pracy zespołu urazowego oraz szybkie przemieszczanie pacjenta między oddziałami. **Tym samym wsparcie powinno być nakierowane także na infrastrukturę CU i CUD, tak aby zapewnić ich niezakłócone funkcjonowanie i całodobową gotowość do zaopatrywania pacjentów w ciężkim stanie.**

Mimo podejmowanych licznych inwestycji w zakresie wsparcia infrastruktury SOR i CU, mając na uwadze ciągły stan gotowości, nieprzerwaną eksploatację sprzętu oraz rosnące wymagania w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń, a także potrzebę i plany dotyczące utworzenia nowych jednostek w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń we wszystkich regionach kraju, istnieje konieczność ich dalszego cyklicznego doposażenia i modernizacji.

Wsparcie poszczególnych jednostek systemu PRM oraz jednostek współpracujących pozwala nie tylko zwiększać jego efektywność, poprawiać jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń, lecz także wypełniać luki

w dostępie do infrastruktury ratownictwa medycznego. Obecne działania dofinansowywane ze środków unijnych oraz z Funduszu Medycznego wzajemnie się uzupełniają.

V.4. Cel interwencji

Priorytetem wsparcia dla infrastruktury ratownictwa medycznego ze środków Funduszu Medycznego będzie wymiana wyeksploatowanych ambulansów ZRM, których wiek wynosi 5 lat i więcej, mając na uwadze ich kluczowe znaczenie dla prawidłowości funkcjonowania systemu PRM.

Równoległe strategiczną interwencją do podjęcia ze środków Funduszu Medycznego będzie tworzenie całodobowych lądowisk przy SOR lub dostosowanie obecnie funkcjonujących w celu spełnienia przez wszystkie jednostki wymagań wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.

Wymienione poniżej pozostałe interwencje skierowane do jednostek systemu PRM i jednostek z nim współpracujących będą podejmowane i finansowane w ramach Funduszu po bieżącej analizie potrzeb i przy dostępności środków finansowych.

- ✓ Interwencją planuje się objąć szereg działań skierowanych do jednostek systemu PRM, którymi są SOR oraz ZRM (w tym LZRM), ze szczególnym uwzględnieniem wymiany wyeksploatowanych ambulansów, których wiek wynosi 5 lat i więcej oraz w dalszej kolejności ambulansów o przebiegu większym niż 300 tys. km.
- ✓ W ramach Programu planuje się **zakupić 241 nowych ambulansów dla ZRM**, co pozwoli zapewnić wymianę floty kwalifikującej się obecnie do wymiany z uwagi na wiek.
- ✓ Planuje się również skierowanie **interwencji do pozostałych jednostek systemu PRM i jednostek z nim współpracujących w ramach dalszego rozwoju systemu pomocy w stanach nagłych**. Mając na uwadze potrzebę spełniania wymagań jakościowych dotyczących nowoczesnej infrastruktury i użytkowania wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego, wsparciem powinny zostać objęte **te spośród obecnie funkcjonujących 240 SOR, które wymagają dalszej modernizacji pomieszczeń i wymiany sprzętu i nie zostały objęte do tej pory wsparciem ze środków POIŚ, tj. około 50 SOR oraz w dłuższej perspektywie około 25% jednostek spośród 190 dotychczas wspartych, czyli 50 SOR**. Tym samym w ramach Programu przewiduje się wsparcie sumarycznie dla **100 istniejących SOR**.
- ✓ Dodatkowo, biorąc pod uwagę plany utworzenia nowych SOR na terenach, gdzie jest utrudniony dostęp i większe zapotrzebowanie na świadczenia w nich udzielane, wynikające z dużego zagęszczenia ludności (np. województwo śląskie), jest zasadne wsparcie tworzenia nowych SOR lub przekształcania istniejących struktur izb przyjęć w SOR. Uwzględniając, że jeden SOR powinien obejmować 150 tys. mieszkańców, jest zasadne utworzenie na terenie województwa śląskiego **10 nowych SOR** i zaplanowanie wsparcia w tym zakresie **dla 5 jednostek**. Województwo śląskie zamieszkuje zgodnie z aktualnymi danymi GUS ponad 4,5 mln osób – w przeliczeniu na jeden SOR przypada tam 319 tys. mieszkańców, a więc ponad dwukrotnie więcej niż przyjęte założenia sprawnego funkcjonowania systemu PRM. Przy planowanym zwiększeniu liczby SOR o 10 nowych jednostek (z 14 do 24 na Śląsku), jeden SOR obejmie tam zasięgiem około 1865 tys. mieszkańców, co pozwoli znacznie zredukować deficyt w tym zakresie i zapewnić bezpieczne i efektywne funkcjonowanie systemu PRM w województwie śląskim.
- ✓ Z uwagi na zmieniające się przepisy prawa w zakresie wymagań, jakie powinny spełniać SOR, jest zasadne objęcie wsparciem podmiotów leczniczych, które w swoich strukturach mają SOR w celu budowy i dostosowania lądowisk przyszpitalnych do obecnych wymagań – spośród obecnie działających 241 SOR, **23 SOR nie mają lądowisk wcale, a 18 SOR ma lądowiska, ale niedostosowane do obecnych przepisów**.

W zależności od zabudowy podmiotów leczniczych należy różnicować planowane do utworzenia lądowiska na naziemne, które wymagają zapewnienia odpowiedniej powierzchni na terenie przyszpitalnym i lądowiska wyniesione, utworzone w obrębie obecnej infrastruktury, wymagające wzmocnienia struktury budowlanej lub powodujące konieczność budowy niezależnej konstrukcji, systemu przeciwpożarowego i windy. Tym samym należy dążyć do zapewnienia wsparcia inwestycji polegających na budowie lądowisk lub ich dostosowaniu do wymagań dla łącznie 41 SOR⁴³⁾.

- ✓ W celu zapewnienia najwyższych standardów opieki nad pacjentem i umożliwienia dalszego rozwoju obecnie funkcjonujących 17 CU dla dorosłych oraz sumarycznie utworzonych i planowanych 13 CUD zasadne jest objęcie wsparciem w zakresie modernizacji istniejących zasobów lub doposażenia w sprzęt medyczny tych centrów, które nie zostały dotychczas objęte wsparciem z POIiŚ oraz w stosunku do których kończy się okres trwałości zrealizowanych inwestycji, a także planowanych do utworzenia jednostek specjalizujących się w leczeniu dzieci. **Szacuje się, że w ramach Programu wsparcie zostanie skierowane do około 65% zarówno obecnie funkcjonujących centrów, jak i planowanych do utworzenia w trakcie realizacji Programu, tj. łącznie do 20 CU i CUD.**
- ✓ Ponadto, mając na uwadze częste wypadki komunikacyjne i zdarzenia nagłe, w których występują urazy wielonarządowe, należy wskazać, że obszarem wymagającym niezbędnego dalszego wsparcia w uzupełnianiu interwencji odnoszących się do floty naziemnych zespołów ratownictwa medycznego jest lotnictwo sanitarne i funkcjonowanie lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, które gwarantują szybkie dotarcie do odległego miejsca zdarzenia i sprawny transport pacjenta do ośrodka zapewniającego kompleksowe jego zaopatrzenie. Analiza wskazuje na potrzebę m.in. **wymiany sprzętu medycznego użytkowanego w śmigłowcach LPR, zakupionego wraz ze śmigłowcami w latach 2009–2010** – jest zasadne wsparcie zakupu około **30 kompletów sprzętu medycznego stanowiącego wyposażenie śmigłowców** (objęcie wsparciem wszystkich załóg LPR wraz z zapasowym sprzętem). Ponadto jest zasadne dalsze wsparcie Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego w zakresie potrzeb szkoleniowych, modernizacji i wymiany infrastruktury śmigłowcowej oraz zaplecza naziemnego (m.in. budowy baz, FATO), wyposażenia lub doposażenia w systemy bezpieczeństwa, komunikacyjne i teleinformatyczne.
- ✓ Realizacja planowanych działań, w tym przede wszystkim wymiana wyeksploatowanych ambulansów, pozwoli na zwiększenie efektywności systemu ratownictwa medycznego. Zwiększy się nasycenie zaawansowanej aparatury medycznej, pozwalającej na szybkie i całodobowe diagnozowanie urazów.

V.5. Wskaźniki



422

zakupione ambulanse



387

zmodernizowanych
i doposażonych jednostek
systemu PRM i jednostek z nim
współpracujących



22

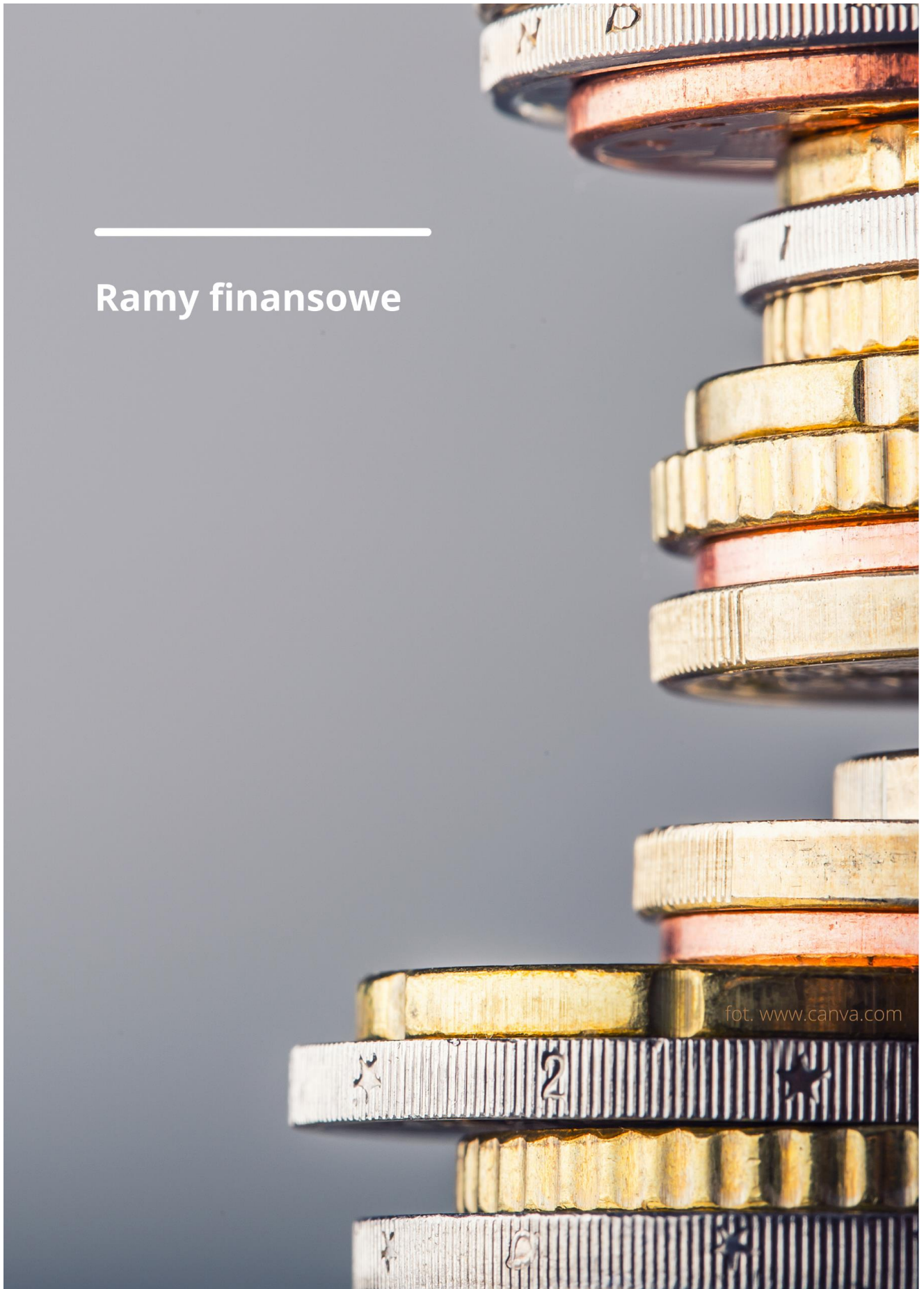
doposażone bazy LPR

V.6. Budżet

Przewidywany maksymalny budżet: 1 721 mln zł

⁴³⁾ Wsparcie możliwe do zrealizowania w ramach Programu w przypadku zmiany terminów obowiązywania wymagań dla SOR (zapisów rozporządzenia o SOR). Przed rozpoczęciem interwencji zostanie przeprowadzona ponowna analiza potrzeb.

Ramy finansowe



fot. www.canva.com

VI. Ramy finansowe

Ustawa o Funduszu Medycznym wskazuje zasady realizacji i finansowania programów inwestycyjnych, źródła oraz zasady gromadzenia środków Funduszu, a także wytyczne udzielania finansowania i dofinansowania z ww. środków. Zgodnie z jej przepisami Fundusz gromadzi środki z przeznaczeniem m.in. na dofinansowanie zadania polegającego na modernizacji, przebudowie lub doposażeniu podmiotów leczniczych w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych.

Program Modernizacji Podmiotów Leczniczych, który powstał w celu realizacji zadań subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych, będzie finansowany ze środków Funduszu Medycznego a dofinansowanie zaplanowanych w nim zadań następuje w formie dotacji celowej.

Planowane nakłady z Funduszu Medycznego na realizację wszystkich działań przewidzianych w ramach Programu wynoszą łącznie 6 767 mln zł.

Harmonogram działań w podziale na lata wraz z alokacją finansową:

1. w 2022 r. planowane jest ogłoszenie konkursów w zakresie:
 - wsparcia infrastruktury ratownictwa medycznego:
 - ✓ modernizacja i doposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 200 mln zł,
 - ✓ budowa lub modernizacja całonocnych lotnisk lub lądowisk przy SOR – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 126 mln zł,
 - wsparcia rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych (opieka długoterminowa/geriatria) – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 698 mln zł;
2. w 2023 r. planowane jest ogłoszenie konkursów w zakresie:
 - wsparcia rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych (opieka długoterminowa/geriatria) – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 59 mln zł,
 - wymiany łóżek szpitalnych – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 258 mln zł,
 - wsparcia infrastruktury ratownictwa medycznego:
 - ✓ doposażenie i wymiany sprzętu lotniczych zespołów ratownictwa medycznego (LZRM) – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 400 mln zł,
 - ✓ modernizacja i doposażenie infrastruktury śmigłowej oraz zaplecza naziemnego na potrzeby działań ratowniczych i szkoleniowych LZRM – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 100 mln zł;
3. w 2024 r. planowane jest ogłoszenie konkursów w zakresie:
 - wsparcia rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych (opieka długoterminowa/geriatria) – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 738 mln zł,
 - wymiany łóżek szpitalnych – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 129 mln zł,

- wsparcia infrastruktury ratownictwa medycznego (utworzenie nowych SOR lub przekształcenie Izb Przyjęć w SOR) – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 100 mln zł;
4. w 2025 r. planowane jest ogłoszenie konkursów w zakresie:
- wsparcia rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych (opieka długoterminowa/geriatria) – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 1 918 mln zł,
 - wsparcia infrastruktury ratownictwa medycznego (modernizacja i doposażenie SOR) – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 300 mln zł,
 - wymiany łóżek szpitalnych – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 129 mln zł;
5. w 2026 r. planowane jest ogłoszenie konkursów w zakresie:
- wsparcia rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych (opieka długoterminowa/geriatria) – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 594 mln zł,
 - wymiany łóżek szpitalnych – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 129 mln zł,
 - wsparcia infrastruktury ratownictwa medycznego (zakup ambulansów dla ZRM) – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 147 mln zł;
6. w 2027 r. planowane jest ogłoszenie konkursów w zakresie:
- wymiany łóżek szpitalnych – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 128 mln zł,
 - wsparcia infrastruktury ratownictwa medycznego (modernizacja i doposażenie istniejących centrów urazowych oraz centrów urazowych dla dzieci) – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 200 mln zł;
7. w 2028 r. planowane jest ogłoszenie konkursów w zakresie:
- wymiany łóżek szpitalnych – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 137 mln zł,
 - wsparcia infrastruktury ratownictwa medycznego (zakup ambulansów dla ZRM) – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 148 mln zł;
8. w 2029 r. planowane jest ogłoszenie konkursu w zakresie:
- wymiany łóżek szpitalnych – wartość środków przeznaczonych na konkurs to 129 mln zł.

Środki finansowe zostaną przeznaczone na działania, którym w wyniku przeprowadzonej analizy nadano status priorytetowy, a które z uwagi na znaczne potrzeby finansowe systemu ochrony zdrowia w innych obszarach były dotychczas w niewystarczającym stopniu dofinansowane., tj.:

1. wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych – planowana łączna kwota wsparcia to 4 007 mln zł.

Środki finansowe na realizację zadań w ww. obszarze będą przeznaczone na przeprowadzenie niezbędnych robót remontowo-budowlanych oraz zakup sprzętu medycznego i wyposażenia, które są niezbędne w procesie przekształcania oddziałów oraz modernizacji złego stanu infrastrukturalnego istniejących struktur. W dalszej kolejności środki będą przeznaczone na inwestycje w rozwój infrastruktury w zakresie opieki długoterminowej i geriatry w tym m.in. na tworzenie nowych oddziałów i struktur w podmiotach leczniczych oraz rozwój istniejących przez zwiększenie liczby łóżek na oddziałach.

Ze wsparcia będą mogły skorzystać podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w warunkach stacjonarnych w zakresie leczenia szpitalnego – geriatryka lub świadczenia opieki geriatrycznej udzielane poza oddziałami geriatrycznymi, opieka długoterminowa – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. Szczegółowy zakres każdego naboru oraz wymogi, jakie będzie musiał spełnić wnioskodawca w celu uzyskania dofinansowania, zostaną przedstawione w regulaminie poszczególnych naborów ogłaszanych przez Ministra Zdrowia;

2. wymiana łóżek szpitalnych – planowana łączna kwota wsparcia to 1 039 mln zł.

Wsparcie w zakresie wymiany łóżek szpitalnych będzie polegało na wymianie zużytych i przestarzałych łóżek szpitalnych, wykorzystywanych w procesie hospitalizacji pacjenta, dostosowanych do specyfiki działalności danego oddziału, w tym łóżek intensywnej opieki medycznej i łóżek specjalistycznych. Środki finansowe na realizację zadań w ww. obszarze będą przeznaczone także na zakup łóżek szpitalnych, w tym łóżek intensywnej opieki medycznej wraz z materacami, szafkami przyłóżkowymi oraz niezbędnym dodatkowym wyposażeniem.

Ze wsparcia będą mogły skorzystać podmioty lecznicze udzielające całodobowych, stacjonarnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia szpitalnego. Szczegółowy zakres każdego naboru oraz wymogi, jakie będzie musiał spełnić wnioskodawca w celu uzyskania dofinansowania, zostaną przedstawione w regulaminie poszczególnych naborów ogłaszanych przez Ministra Zdrowia;

3. wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego – planowana łączna kwota wsparcia to 1 721 mln zł. Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego będzie realizowane na etapie zarówno pozaszpitalnym, czyli w zakresie wyposażenia ZRM w środki transportu sanitarnego (ambulanse), modernizacji i doposażenia infrastruktury śmigłowcowej oraz zaplecza naziemnego na potrzeby działań ratowniczych i szkoleniowych LZRM, jak i szpitalnym, czyli w odniesieniu do SOR i CU, w tym w zakresie budowy i dostosowania lądowisk przyszpitalnych w miejscu działalności SOR.

Jako jeden z pierwszych konkursów planowany jest nabór wniosków w zakresie budowy i modernizacji lądowisk przy SOR, co wynika z konieczności wypełnienia zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego przez kierowników szpitali mających SOR. Planowane są również nabory w zakresie modernizacji i doposażenia SOR, wsparcia naziemnych ZRM i LZRM, a także wsparcia CU oraz CUD.

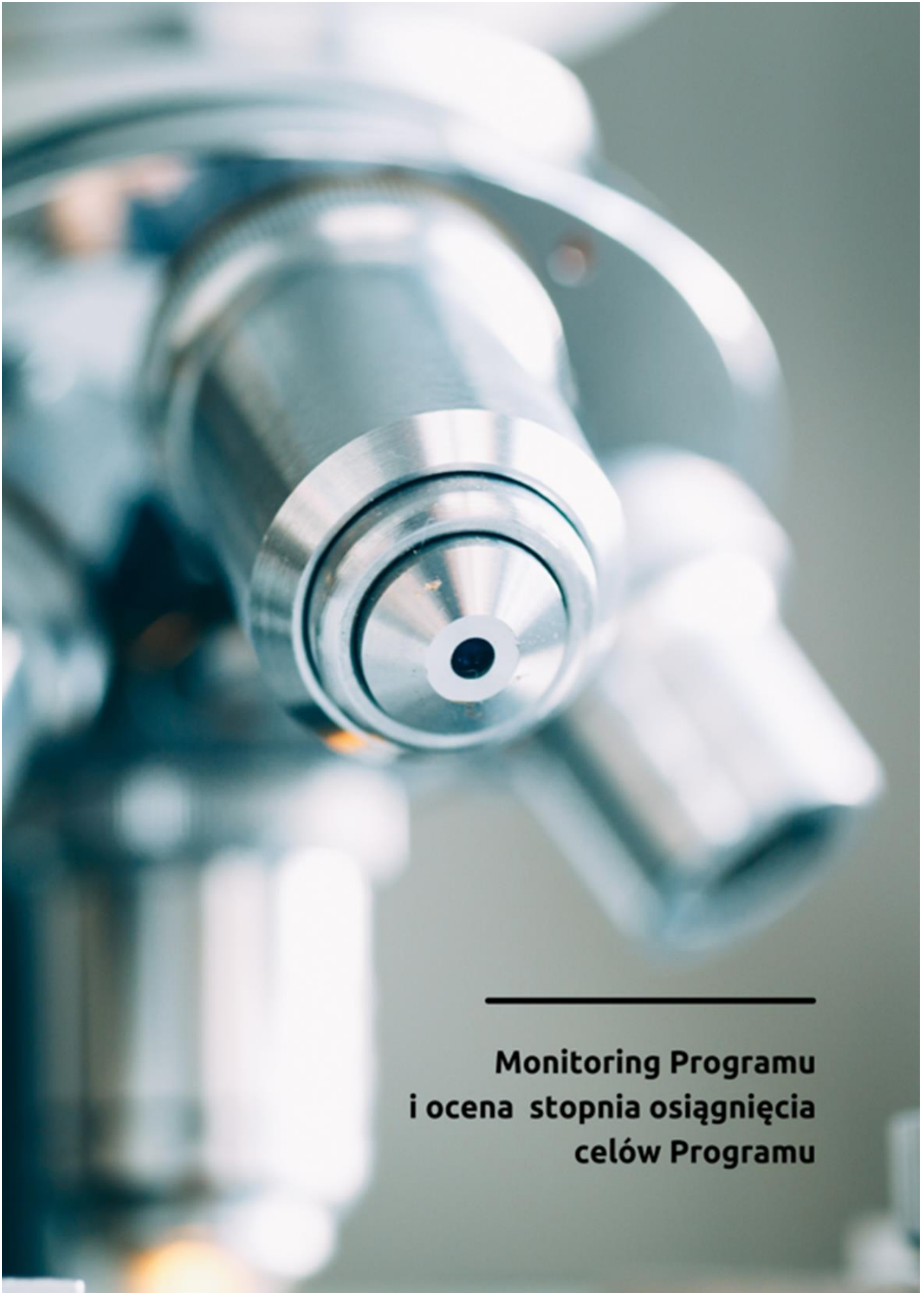
Ze wsparcia będą mogły skorzystać podmioty lecznicze, w których skład wchodzi jednostki systemu PRM (zespoły ratownictwa medycznego, w tym LZRM oraz SOR), jednostki współpracujące z systemem PRM (CU dla dorosłych i CUD). Szczegółowy zakres każdego naboru oraz wymogi, jakie będzie musiał spełnić wnioskodawca w celu uzyskania dofinansowania, zostaną przedstawione w regulaminie poszczególnych naborów ogłaszanych przez Ministra Zdrowia.

TABELA 11. Zestawienie poszczególnych działań w ramach Programu

Lp.	Planowane interwencje	Planowana kwota wsparcia
1.	Wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych	4 007 mln zł
1.1.	Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych przekształcających oddziały szpitalne lub ich części w oddziały geriatryczne udzielające stacjonarnych świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie geriatryki oraz w struktury opieki długoterminowej, w ramach których będą udzielane stacjonarne świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze finansowane ze środków publicznych	1 351 mln zł

1.2.	Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie geriatry lub świadczenia opieki geriatrycznej udzielane poza oddziałami geriatrycznymi lub opieka długoterminowa w ramach stacjonarnych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych	738 mln zł
1.3.	Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych tworzących nowe oddziały lub struktury, w których ze środków publicznych będą udzielane stacjonarne świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie geriatry lub opieka długoterminowa – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (w tym w uzupełnieniu podejmowanie działań ukierunkowanych na tworzenie poradni specjalistycznych oraz oddziałów dziennej opieki – jako dopełnienie kompleksowości opieki świadczonej przez podmiot leczniczy lub samodzielną interwencję)	1 918 mln zł
2.	Wymiana łóżek szpitalnych	1 039 mln zł
2.1.	Wymiana zużytych i przestarzałych łóżek szpitalnych wraz z materacami, szafkami przyłóżkowymi oraz niezbędnym dodatkowym wyposażeniem	1 039 mln zł
3.	Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego	1 721 mln zł
3.1.	Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych z zakresu ratownictwa medycznego – naziemne zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) i lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (LZRM)	795 mln zł
3.2.	Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych z zakresu leczenia szpitalnego, w których skład wchodzi jednostki systemu PRM – szpitalne oddziały ratunkowe (SOR)	726 mln zł
3.3.	Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych z zakresu leczenia szpitalnego, w których skład wchodzi jednostki współpracujące z systemem PRM – centra urazowe (CU) oraz centra urazowe dla dzieci (CUD)	200 mln zł

Przy realizacji działań Programu minister właściwy do spraw zdrowia będzie miał na względzie potrzeby zdrowotne w poszczególnych regionach kraju, biorąc pod uwagę m.in. mapy potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), tak aby w miarę możliwości stopniowo zmniejszać nierówności w dostępie do usług zdrowotnych w poszczególnych województwach.



**Monitoring Programu
i ocena stopnia osiągnięcia
celów Programu**

VII. Monitoring Programu i ocena stopnia osiągnięcia celów Programu

Monitorowanie prawidłowej realizacji Programu będzie prowadzone przez właściwe departamenty Ministerstwa Zdrowia, odpowiedzialne za merytoryczny nadzór nad realizacją zadań oraz za finansowanie zadań.

Monitorowanie Programu odbywać się będzie na dwóch poziomach:

- I. poszczególnych umów zawartych w ramach Programu – przez bieżący monitoring postępu rzeczowego i finansowego umów;
- II. Programu – w cyklu trzyletnim będzie publikowany raport z wdrażania Programu opisujący poziom osiągnięcia poszczególnych wskaźników oraz analizujący stopień osiągnięcia celów Programu.

Realizatorzy zadań będą zobowiązani do przedstawiania sprawozdań finansowych i merytorycznych z realizacji zadań w terminie określonym w zawartych umowach. Na podstawie przekazywanych sprawozdań Ministerstwo Zdrowia będzie monitorować prawidłową realizację zadań oraz stopień osiągnięcia poszczególnych wskaźników Programu.

W ramach Programu przyjęto następujące wskaźniki realizacji interwencji:

Lp.	Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa ⁴⁴⁾
1	Liczba zmodernizowanych i wyposażonych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie opieki długoterminowej	177
2	Liczba zmodernizowanych i wyposażonych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie geriatry	60
3	Liczba utworzonych łóżek w opiece długoterminowej	15 000
4	Liczba utworzonych łóżek w geriatry	1000
5	Liczba wymienionych łóżek, w tym intensywnej opieki medycznej	90 000
6	Liczba zakupionych ambulansów	422
7	Liczba zmodernizowanych i wyposażonych jednostek systemu PRM i jednostek z nim współpracujących	387
8	Liczba wyposażonych baz LPR	22

Na koniec II kwartału następującego po 2023 r., 2026 r. i 2029 r. zostaną opublikowane raporty z wdrażania Programu opisujące poziom osiągnięcia poszczególnych wskaźników oraz analizujące stopień osiągnięcia celów Programu.

⁴⁴⁾ Przedstawiona wartość wskaźników wynika ze zmapowanych potrzeb w ramach obszarów wsparcia objętych programem i przedstawionych w poszczególnych rozdziałach. Ostateczny stopień realizacji zakładanych wskaźników będzie uzależniony od liczby i jakości złożonych wniosków o dofinansowanie w danym naborze, a także od ostatecznych potrzeb przedstawionych przez podmioty lecznicze i możliwości finansowych funduszu. Przyjmuje się, że cele funduszu zostaną osiągnięte w stopniu zadowalającym w przypadku ostatecznego stopnia wykonania w granicach 70%.