

Nazwa projektu Uchwała Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych” Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Maciej Miłkowski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Katarzyna Przybylska, Zastępca Dyrektora Departamentu Oceny Inwestycji, tel. 668 77 87 27, adres e-mail: k.przybylska@mz.gov.pl	Data sporządzenia 10.02.2022 Źródło: Upoważnienie ustawowe art. 5 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875). Nr w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: ID 203
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

„Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych”, zwany dalej „Programem”, stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875). Wprowadzenie Programu umożliwi realizację celu określonego w ww. ustawie, tj. modernizacji, przebudowy lub doposażenia podmiotów leczniczych w ramach Subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych oraz finasowanie działań w następujących obszarach:

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

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

Głównym problem podmiotów prowadzących działalność leczniczą jest niespełnianie przez nie wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595, z późn. zm.). Większość budynków, w których są zlokalizowane placówki medyczne, powstała w latach 50-60 XX wieku lub wcześniej, a przeprowadzane dotychczas prace w zakresie modernizacji pozwalały jedynie na fragmentaryczne odtwarzanie infrastruktury. Stare budynki i wyeksploatowana infrastruktura nie spełniają standardów i wymaga modernizacji, w tym także dostosowania do potrzeb osób o różnym stopniu niepełnosprawności. Nie bez znaczenia pozostaje kwestia coraz większych nakładów potrzebnych na utrzymanie, naprawy i remonty wyeksploatowanych budynków. Rosnące koszty ograniczają możliwość rozwoju podmiotów leczniczych i ograniczają dostępność świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów. Konieczne są bieżące inwestycje w zakresie dostosowywania szpitali do wymogów przestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych, ponieważ w dalszym ciągu, mimo realizacji wieloletnich projektów, Najwyższa Izba Kontroli zidentyfikowała problemy w tym zakresie.

Zły stan infrastruktury budowlanej i sprzętowej, powoduje również ryzyko występowania zakażeń szpitalnych, które zagrażają bezpieczeństwu pacjentów i pociągają za sobą wysokie koszty leczenia.

Jednocześnie zmieniająca się sytuacja epidemiologiczno-demograficzna kraju oraz dynamiczny postęp wiedzy technologicznej i medycznej wymaga wprowadzania określonych zmian mających na celu zoptymalizowanie alokacji zasobów ochrony zdrowia, polegających przede wszystkim na dostosowaniu potencjału infrastruktury diagnostyczno-leczniczej do obowiązujących wymogów i potrzeb społeczeństwa. Infrastruktura, zarówno budowlana jak i sprzętu medycznego, jest jednym z elementów absolutnie niezbędnych do zapewniania dostępności wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej.

Brak wsparcia infrastruktury podmiotów leczniczych wpływa na:

- 1) pogorszenie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) spadek lub brak dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów;
- 3) wydłużenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) spadek bezpieczeństwa i komfortu, zarówno pacjentów i ich rodzin, jak i kadry podmiotów leczniczych;

- 5) ryzyko niespełnienia wymogów sanitarnych i technicznych oraz współczesnych standardów opieki szpitalnej;
- 6) rosnące koszty coraz częstszych napraw i remontów poszczególnych części infrastruktury szpitali;
- 7) rosnące koszty eksploatacyjne;
- 8) problemy z dostosowaniem się do zmieniających się technologii leczenia;
- 9) problemy z dostosowaniem potencjału infrastruktury diagnostyczno-leczniczej do potrzeb społeczeństwa.

Ad. 1. Wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych.

Prognoza demograficzna dla Rzeczypospolitej Polskiej wskazuje, iż odsetek osób w wieku powyżej 65 lat wzrośnie do 2060 r. ponad dwukrotnie – do 34,5% i będzie należał do jednego z najwyższych w Europie. Podobnie dla populacji powyżej 80 lat, odsetek tej grupy wiekowej wzrośnie blisko czterokrotnie z 3,3% do 12,3% w 2060 r. Tendencje te potwierdza również raport Banku Światowego w odniesieniu do stanu i perspektyw opieki długoterminowej w Rzeczypospolitej Polskiej. 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.

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

Niewielka liczba oddziałów geriatrycznych (62 oddziały z łączną liczbą 1 208 łóżek), długi czas oczekiwania na świadczenie (najdłuższy średni czas oczekiwania w przypadku stabilnym w 2019 r. wyniósł 105 dni w woj. dolnośląskim, przy czym średnio pacjenci czekali 41 dni) oraz wielochorobowość pacjentów starszych można założyć, iż pacjenci są alokowani w większości na inne dostępne oddziały, co oznacza, że brakuje bazy łóżkowej dla pacjentów geriatrycznych.

Skutkiem oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane seniorom jest pogłębienie się niesprawności i niesamodzielności, znaczny spadek jakości ich życia, a przede wszystkim opóźnienie diagnostyki i wdrożenia odpowiedniego leczenia skutkujące mniejszymi szansami na wyleczenie lub osiągnięcie pożądanego efektu klinicznego. Kolejka oczekujących powoduje również, iż rosną koszty leczenia pacjenta.

Z przeprowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia w 2020 r. oceny stanu infrastruktury oddziałów geriatrycznych wynika, że istnieje wysoki odsetek (16%) szpitali, które oceniły stan infrastruktury jako nieodpowiedni i niedostosowany do potrzeb społeczeństwa.

Postępujące starzenie się populacji wpływa również na dostępność do świadczeń opieki długoterminowej oraz powoduje znaczne obciążenie systemu ochrony zdrowia i brak możliwości zapewnienia wszystkim natychmiastowego dostępu, co jest istotne z punktu widzenia zachowania ciągłości leczenia pacjentów. Pobyt pacjentów w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych jest zdecydowanie dłuższy niż w oddziałach szpitalnych, a jego celem jest przywrócenie pacjentowi możliwie jak największej sprawności fizycznej oraz psychicznej. Najdłuższy przeciętny rzeczywisty czas oczekiwania w przypadku stabilnym na przyjęcie pacjenta do zakładu lub oddziału opiekuńczo-leczniczego wyniósł w lutym 2020 r. 593 dni (w woj. małopolskim), przy czym średnio pacjenci oczekiwali na przyjęcie 294 dni. Natomiast najdłuższy przeciętny rzeczywisty czas oczekiwania w przypadku stabilnym na przyjęcie pacjenta do zakładu lub oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego wynosił w lutym 2020 r. 321 dni (w woj. kujawsko-pomorskim), przy czym średnio pacjenci czekali na przyjęcie 144 dni. Wzrastająca liczba osób wymagających świadczeń w ramach opieki długoterminowej i bardzo długi czas oczekiwania na przyjęcie do ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej, wskazuje na ograniczoną liczbę dostępnych miejsc w tych ośrodkach.

Przeprowadzona przez Ministerstwo Zdrowia w 2020 r. ocena stanu infrastruktury w stacjonarnych zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych wskazała, że istnieje duży odsetek udziału powierzchni (45%), który został oceniony pod względem stanu infrastruktury jako nieodpowiedni i niedostateczny mając na uwadze 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.

Zidentyfikowane problemy:

- 1) ograniczona dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów geriatrycznych;
- 2) ograniczona dostępność do świadczeń opieki długoterminowej w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 3) długi czas oczekiwania na przyjęcie pacjenta w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-

opiekuńczych oraz na oddziałach geriatrycznych;

- 4) duży odsetek (45%) powierzchni infrastruktury w stacjonarnych zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych jest w nieodpowiednim stanie technicznym.

Ad. 2. Wymiana łóżek szpitalnych.

Łóżka szpitalne to niezbędny element wyposażenia podmiotów leczniczych, który ma duży wpływ na przebieg leczenia, rekonwalescencji oraz ogólne samopoczucie pacjenta.

Zdiagnozowanym problemem, jest jakość łóżek szpitalnych, które są wykorzystywane w hospitalizacji. W wyniku przeprowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia badania w 2020 r. dotyczącego oceny stanu i stopnia zużycia infrastruktury łóżek szpitalnych w podmiotach leczniczych zakwalifikowanych do Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej, stwierdzono, że okres eksploatacji 58% wszystkich wykorzystywanych łóżek przekracza 12 lat. Łóżka, ze względu na długi okres eksploatacji, są niedostosowane do aktualnych wymogów i potrzeb, a także nie spełniają funkcji, jakie powinny pełnić w procesie leczenia szpitalnego i rekonwalescencji. Ze względów sanitarnych i technologicznych powinny zostać wycofane z eksploatacji. Przeprowadzone badanie stanu infrastruktury łóżek szpitalnych wykazało, że 2 na 3 łóżka szpitalne kwalifikują się do pilnej wymiany.

Zidentyfikowane problemy:

- 1) niska jakość łóżek szpitalnych obniża bezpieczeństwo hospitalizowanych pacjentów, a także może w sposób znaczący opóźnić powrót pacjenta do zdrowia;
- 2) wyeksploatowane łóżka o ograniczonej funkcjonalności zmniejszają komfort pacjentów zwłaszcza w trakcie długotrwałych hospitalizacji, ograniczają samodzielność pacjenta w codziennym funkcjonowaniu w trakcie leczenia, a także przyczyniają się do wypadków w trakcie hospitalizacji;
- 3) stan techniczny łóżek szpitalnych, przez wyeksploatowanie materiału, z którego są wykonane oraz trudności w skutecznym czyszczeniu i dezynfekcji, generuje ryzyko występowania i dłuższego utrzymywania się zakażeń szpitalnych, które są istotnym problemem nie tylko w kontekście kosztów, ale także bezpieczeństwa pacjentów;
- 4) brak nowych łóżek o dużej funkcjonalności, które wpłynęłyby na poprawę warunków pobytu pacjentów oraz warunków pracy personelu medycznego.

Ad. 3. Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego.

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

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

Z uwagi na częste wyjazdy ZRM, odbywające się w trudnych warunkach drogowych, warunkach jazdy ekstremalnej, ambulanse uzyskują znaczny przebieg w krótkim czasie, a w konsekwencji podlegają szybkiemu zużyciu. Co do zasady, według przyjętych standardów i konsensusu opinii ekspertów w zakresie ratownictwa medycznego w systemie nie powinny być wykorzystywane pojazdy starsze niż 5 lat oraz o przebiegu większym niż 300 tys. km. Według przyjętych kryteriów pojazdy wyeksploatowane stanowią średnio ok. 40% floty dysponentów ZRM i wymagają pilnej wymiany.

Również coraz częstsze dysponowanie Zespołami Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (LPR) w miejscach zdarzeń nagłych i w ramach całodobowej gotowości do pomocy, sprzęt medyczny będący wyposażeniem śmigłowców, ale i same śmigłowce ulegają szybkiemu zużyciu w wyniku intensywnej eksploatacji w trudnych warunkach. Istnieje zatem konieczność 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.

Znaczna część SOR jest lokowana w pomieszczeniach szpitali, które są nieprzystosowane do profilu zadań tych jednostek, w tym bez lądowisk przyszpitalnych. Spośród obecnie działających 240 SOR, 32 SOR nie posiadają lądowiska, a 18 SOR posiada lądowiska, które nie są dostosowane do obecnych przepisów rozporządzenia Ministra

Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2048). Wskazane rozporządzenie nakłada na kierowników szpitali posiadających SOR obowiązek spełnienia do dnia 1 lipca 2021 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 sanitarno-higienicznych przystosowanych dla osób niepełnosprawnych. Ponadto, do dnia 1 lipca 2022 r. 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 w ww. rozporządzeniu.

Dodatkowo intensywna eksploatacja całej infrastruktury i użytkowanie jej całodobowo, często bez jakiegokolwiek przerwy technicznej w działaniu sprzętów diagnostycznych i aparatury wspomagającej funkcje życiowe pacjenta, powoduje szybkie i nadmierne zużywanie się sprzętu. Równolegle, dokonujący się rokrocznie postęp technologiczny dotyczący również technologii medycznych powoduje, iż konieczna jest wymiana wyeksploatowanych, przestarzałych sprzętów na nowoczesną, łatwą w użytkowaniu i bardziej kompaktową aparaturę. Równocześnie niezadowalający jest stan infrastruktury CU i CUD. 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. CU również musi dysponować lądowiskiem lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie pacjenta urazowego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

Zidentyfikowane problemy:

- 1) pogorszenie stanu technicznego taboru samochodowego wraz z niezbędnym wyposażeniem wykorzystywanego przez ZRM, a w konsekwencji brak możliwości dojazdu do osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i udzielenia pomocy na miejscu zdarzenia;
- 2) przestarzały, niedostosowany do aktualnych wymogów i potrzeb sprzęt medyczny w śmigłowcach LPR zakupiony wraz ze śmigłowcami w latach 2009-2010;
- 3) niedostosowana infrastruktura do prowadzenia działalności udzielanych świadczeń w SOR, w większości występująca w budynkach kilkudziesięcioletnich;
- 4) brak SOR na terenach, gdzie jest utrudniony dostęp i większe zapotrzebowanie na udzielane w nich świadczeń opieki zdrowotnej wynikające z dużego zagęszczenia ludności;
- 5) brak lądowisk przyszpitalnych lub niedostosowanie lądowisk do wymaganych przepisów;
- 6) niedostosowana infrastruktura CU i CUD, w tym brak odpowiedniego sprzętu i aparatury medycznej;
- 7) niedobór w niektórych regionach CUD.

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

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

W celu realizacji działań w ramach Programu minister właściwy do spraw zdrowia wprowadzi mechanizm finansowy umożliwiający wsparcie ze środków Programu podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w drodze procedury konkursowej określonej w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym.

Interwencja będzie ukierunkowana na inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych wraz z wyposażeniem, w tym w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną najnowszej generacji.

Wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych

Działania będą ukierunkowane na podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie geriatry i opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych.

Planowane interwencje obejmują swym zakresem inwestycje w:

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

Biorąc pod uwagę prognozowane zmiany w strukturze demograficznej, wzrost popytu na świadczenia zdrowotne dla osób starszych, coraz droższe technologie medyczne, przewidywany wzrost średniej długości życia, malejący

współczynnik diety, zmiany modelu funkcjonowania rodziny – dedykowane wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych przyczyni się do poprawy opieki zdrowotnej w tym zakresie.

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

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

Problem starzenia się społeczeństwa jest powiązany również z nasilającą się wielochorobowością i dużą liczbą pacjentów w wieku sędziwym 80+. Powyższe wskazuje na konieczność podchodzenia do pacjenta geriatrycznego kompleksowo, obejmując go opieką koordynowaną, co pozytywnie wpływa na efekty leczenia i generuje mniejsze koszty dla płatnika publicznego. Dlatego jest konieczne podejmowanie wielokierunkowych działań zmierzających do rozwoju zarówno stacjonarnych form leczenia w dedykowanych pacjentom geriatrycznym oddziałach, jak i zapewnienia różnych form opieki niestacjonarnej, dostępnej w pobliżu miejsca zamieszkania.

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

Wymiana łóżek szpitalnych

Działania w tym obszarze będą skierowane do podmiotów leczniczych udzielających całodobowych, stacjonarnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia szpitalnego.

Planowane interwencje obejmują swym zakresem inwestycje w wymianę zużytych i przestarzałych łóżek, tj. eksploatowanych co najmniej 12 lat. Planuje się zakup nowych łóżek szpitalnych, w tym łóżek intensywnej opieki medycznej, wraz z materacami, szafkami przyłóżkowymi oraz niezbędnym dodatkowym wyposażeniem.

W wyniku zrealizowania działań wspierających wymianę łóżek szpitalnych:

- 1) nastąpi poprawa jakości procesu hospitalizacji pacjenta oraz wzrost komfortu i bezpieczeństwa pacjentów;
- 2) zwiększy się higiena pracy, co zminimalizuje ryzyko występowania zakażeń szpitalnych;
- 3) usprawnione zostaną warunki pracy personelu medycznego, przy jednoczesnym zoptymalizowaniu wysiłku fizycznego;
- 4) zapewnione zostanie nowoczesne wyposażenie i nastąpi minimalizacja odsetka niesprawnych zasobów szpitala.

Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego

Działania w tym obszarze skierowane będą na inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych, w skład których wchodzi:

- 1) jednostki systemu PRM: ZRM, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz SOR;
- 2) jednostki współpracujące z systemem PRM: CU i CUD.

Planowane interwencje obejmują swym zakresem inwestycje w:

- 1) zakup ambulansów wraz z wyposażeniem dla ZRM;

- 2) modernizację SOR wraz z wymianą sprzętu;
- 3) utworzenie na terenie województwa śląskiego nowych SOR lub przekształcanie istniejących struktur izb przyjęć w SOR;
- 4) budowę i dostosowanie lądowisk przyszpitalnych do obecnych wymagań;
- 5) modernizację i doposażenie w niezbędny sprzęt medyczny funkcjonujących obecnie centrów urazowych jak i planowanych do utworzenia w trakcie realizacji Programu;
- 6) zakup śmigłowców na potrzeby LPR,
- 7) modernizację i doposażenie baz LPR,
- 8) modernizację i doposażenie infrastruktury śmigłowcowej oraz zaplecza szkoleniowego lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

W wyniku zrealizowania działań wspierających infrastrukturę ratownictwa medycznego:

- 1) nastąpi zwiększenie efektywności systemu ratownictwa medycznego, przez całodobowe diagnozowanie urazów dzięki dostępowi do zaawansowanej aparatury medycznej;
- 2) poprawi się jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) wypełnią się luki w dostępie do infrastruktury ratownictwa medycznego.

Efektem dofinansowania w ramach Programu będzie zapewnienie lepszego dostępu do usług medycznych, poprawa jakości i bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych. Placówki zostaną doposażone w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną oraz zmodernizowane i dostosowane do aktualnych wymogów i potrzeb, umożliwiając wszystkim jednakowy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Projekt uchwały stanowi domenę prawa krajowego.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Minister właściwy do spraw zdrowia	1	Dane własne	Nadzór nad realizacją Programu i finansowaniem jako dysponent środków budżetowych.
Podmioty lecznicze: 1) podmioty lecznicze udzielające całodobowych, stacjonarnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia szpitalnego w ramach Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia świadczeń Opieki Zdrowotnej;	561 podmiotów mających umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) w ramach PSZ	NFZ	Poprawa funkcjonalności podmiotów medycznych przez doposażenie w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną oraz zmodernizowanie i dostosowanie infrastruktury do aktualnych wymogów i potrzeb.
2) podmioty lecznicze udzielające całodobowych, stacjonarnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	433 podmioty mające umowy z NFZ na świadczenia w ZOL lub ZPO	NFZ	

w zakresie opieki długoterminowej- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (ZOL i ZPO); 3) jednostki systemu PRM 4) jednostki współpracujące z systemem PRM: CU i CUD	240 SOR 1594 ZRM w tym: 1258 Zespołów podstawowych oraz 336 Zespołów specjalistycznych 17 – Centra Urazowe 9 – Centra Urazowe dla Dzieci	NFZ NFZ	
Odziały wojewódzkie NFZ + Centrala NFZ	17	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.)	Zwiększenie dostępności do udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.
Świadczeniobiorcy	35,7 mln	Rejestr NFZ – Centralny Wykaz Ubezpieczonych, na koniec 2019 r.	Polepszenie warunków w jakich są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej przez poprawę jakości, dostępności oraz zwiększenie bezpieczeństwa i komfortu.
Minister właściwy do spraw zdrowia	1	Dane własne	Nadzór nad realizacją Programu i finansowaniem jako dysponent środków budżetowych.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt uchwały został przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania. Program jest dokumentem wdrożeniowym postanowień ww. ustawy. Przedmiotowa ustawa podczas jej procedowania była szeroko konsultowana z organami administracji rządowej a także z podmiotami społecznymi oraz podmiotami leczniczymi.

Projekt uchwały został skierowany do konsultacji publicznych i opiniowania, z 10-dniowym terminem na zgłaszanie uwag, do następujących podmiotów:

- 1) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 3) Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
- 4) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
- 5) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych;
- 6) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 7) Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych;
- 8) Forum Związków Zawodowych;
- 9) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 10) Konfederacji „Lewiatan”;
- 11) Business Centre Club – Związek Pracodawców;
- 12) Związku Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 13) Federacji Przedsiębiorców Polskich;
- 14) Związku Rzemiosła Polskiego;

- 15) Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 16) Federacji Pacjentów Polskich;
- 17) Stowarzyszenia „Dla Dobra Pacjenta”;
- 18) Sekretariatu Ochrony Zdrowia KK–NSZZ „Solidarność”;
- 19) KK NSZZ „Solidarność 80”;
- 20) Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP-ZOZ;
- 21) Polskiej Unia Szpitali Klinicznych;
- 22) Stowarzyszenia Menedżerów Ochrony Zdrowia;
- 23) Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych;
- 24) Polskiej Federacji Szpitali;
- 25) Rzecznika Praw Pacjenta;
- 26) Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 27) Porozumienia Łódzkiego – Łódzki Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 28) Polskiej Federacji Pracodawców Prywatnych Ochrony Zdrowia;
- 29) Wielkopolskiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 30) Konsorcjum Dolnośląskich Szpitali Powiatowych;
- 31) Prokuraturii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej;
- 32) Prezesa Urzędu Danych Osobowych;
- 33) Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

Źródła finansowania	Źródłem finansowania Programu jest państwowy fundusz celowy utworzony na podstawie art. 6 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym. Dysponentem Funduszu jest minister właściwy do spraw zdrowia.
---------------------	--

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Kwota środków na realizację Programu jest corocznie ujmowana w planie finansowym Funduszu stanowiącym załącznik do ustawy budżetowej na dany rok i podawana do publicznej wiadomości na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia. Planowane łączne nakłady z Funduszu Medycznego na realizację działań przewidzianych w ramach Programu wynoszą 6 767 mln zł, w tym: - w 2022 r. – 217 mln zł; - w 2023 r. – 1 211 mln zł; - w 2024 r. – 581 mln zł; - w 2025 r. – 844 mln zł; - w 2026 r. – 1 366 mln zł; - w 2027 r. – 1 141 mln zł; - w 2028 r. – 1 198 mln zł; - w 2029 r. – 209 mln zł. Rozkład ww. kwoty pomiędzy latami jest uzależniony od wielu trudnych lub wręcz niemożliwych do przewidzenia czynników (liczba złożonych w naborach wniosków, liczba wniosków pozytywnie ocenionych, harmonogramy realizacji inwestycji w poszczególnych latach, ewentualne opóźnienia w realizacji inwestycji, itp). Wartość planowanych nakładów w poszczególnych latach jest zróżnicowana i jest pochodną zakładanego harmonogramu ogłaszania konkursów. Najwięcej naborów wniosków jest planowane na 2023 r. oraz 2024 r. Proces wdrażania Programu przebiega zgodnie z zasadami konkursowymi. Beneficjenci mogą rozpocząć realizację inwestycji dopiero po zawarciu umowy na udzielenie dotacji, co w praktyce oznacza, że wydatkowanie środków pojawia się de facto w roku kolejnym po podpisaniu ww. umowy (po przeprowadzeniu stosownych procedur przetargowych). W związku z planowanym podpisaniem pierwszych umów z inwestorami w 2022 r., istotny wzrost wydatkowania nastąpi dopiero w roku kolejnym. 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 całodobowych 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 śmigłowcowej 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,
2. Wymiana łóżek szpitalnych – planowana łączna kwota wsparcia to 1 039 mln zł,
3. Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego – planowana łączna kwota wsparcia to 1 721 mln zł.

Minister właściwy do spraw zdrowia, przy realizacji działań Programu, będzie miał na względzie potrzeby zdrowotne w poszczególnych regionach Rzeczypospolitej Polskiej, 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 tak, aby w miarę możliwości stopniowo zmniejszać nierówności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach.						
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe								
Skutki								
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Program, przez zapewnienie dodatkowych środków finansowych na realizację działań inwestycyjnych, korzystnie wpłynie na rozwój infrastruktury podmiotów leczniczych działających w formie dużych przedsiębiorstw, a tym samym na ich działalność. Ponadto, w związku z planowanymi pracami modernizacyjnymi podmiotów leczniczych, przewiduje się wpływ na przedsiębiorstwa zajmujące się produkcją, sprzedażą sprzętu medycznego oraz przedsiębiorstwa z sektora budowlanego.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Program, przez zapewnienie dodatkowych środków finansowych na realizację działań inwestycyjnych, korzystnie wpłynie na rozwój infrastruktury podmiotów leczniczych działających w formie mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw, a tym samym na ich działalność. Ponadto, w związku z planowanymi pracami modernizacyjnymi podmiotów leczniczych, przewiduje się wpływ na przedsiębiorstwa zajmujące się produkcją, sprzedażą sprzętu medycznego oraz przedsiębiorstwa z sektora budowlanego.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Program wpłynie pozytywnie na rozwój systemu opieki zdrowotnej zapewniając lepszy dostęp do usług medycznych, poprawę jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.						
	osoby niepełnosprawne, osoby starsze	Program wpłynie pozytywnie na rozwój systemu opieki zdrowotnej zapewniając większą dostępność świadczeń opieki zdrowotnej oraz lepszy standard usług dla osób starszych i niepełnosprawnych.						
Niemierzalne								
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		Nie dotyczy.						
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu								
☐ nie dotyczy								
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).				☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy				
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:				☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:				
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.				☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy				

Komentarz: Uchwała nie wprowadza dodatkowych obowiązków informacyjnych.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Projektowana regulacja będzie miała wpływ na rynek pracy przez inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie geriatry i opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych w zakresie tworzenia nowych miejsc opieki, tym samym tworzenia nowych miejsc pracy dla przyszłych lekarzy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☒ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Realizacja Programu stworzy warunki do rozwoju nowoczesnego, racjonalnego, kompleksowego leczenia kształtowanego zmieniającymi się potrzebami epidemiologicznymi i demograficznymi.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
I kwartał 2022 r. – planowane wejście w życie uchwały – dzień następujący po dniu ogłoszeniu. 2029 r. – planowane zakończenie realizacji Programu		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Przewidywanym efektem rzeczowym Programu będzie stworzenie odpowiedniej bazy szpitalnej przez: 1) budowę, rozbudowę, modernizację oraz doposażenie zasobów infrastrukturalnych podmiotów leczniczych celem ich unowocześnienia a także dostosowania do aktualnych potrzeb zdrowotnych oraz wymagań służących udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej; 2) dostosowanie do obowiązujących norm i standardów w medycynie, w tym przede wszystkim norm zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Nowoczesna infrastruktura medyczna zapewni lepszą jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i zwiększy dostęp do nowoczesnych metod leczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Monitorowanie prawidłowej realizacji Programu będzie prowadzone przez właściwe komórki organizacyjne 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. w cyklu trzyletnim będzie publikowany raport z wdrażania Programu opisujący poziom osiągnięcia poszczególnych wskaźników oraz analizujący stopień osiągnięcia celów Programu. Realizatorzy zadań będą obowiązani 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. Założonym miernikiem stopnia realizacji Programu jest liczba: 1) zmodernizowanych i doposażonych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej; 2) zmodernizowanych i doposażonych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie geriatry; 3) nowoutworzonych łóżek w opiece długoterminowej; 4) nowoutworzonych łóżek w geriatry; 5) wymienionych łóżek, w tym intensywnej opieki medycznej; 6) zakupionych ambulanсів; 7) zmodernizowanych i doposażonych jednostek systemu PRM i jednostek współpracujących z nim udzielających		

świadczeń opieki zdrowotnej;

8) doposażonych baz LPR.

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

Docelowym beneficjentem realizacji zadań w ramach Programu będą pacjenci, którzy zostaną objęci odpowiednią opieką medyczną dostosowaną do ich potrzeb zdrowotnych, w komfortowych i nowoczesnych warunkach, z wykorzystaniem nowoczesnych technologii medycznych.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak.