



Ministerstwo Zdrowia



# **PROGRAM INWESTYCYJNY MODERNIZACJI PODMIOTÓW LECZNICZYCH**

Ministerstwo Zdrowia

Warszawa, luty 2022 r.

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.....	22
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.....	29
III.5.3.	Cel interwencji w obszarze geriatryi .....	32
III.6.	Podsumowanie .....	33
III.7.	Oczekiwany rezultat.....	34
III.8.	Wskaźniki .....	35
III.9.	Budżet.....	35
IV.	Wymiana łóżek szpitalnych.....	37
IV.1.	Planowane interwencje .....	37
IV.2.	Diagnoza obecnego potencjału .....	39
IV.3.	Wyzwania .....	43
IV.4.	Cel interwencji .....	44
IV.5.	Wskaźniki.....	44
IV.6.	Budżet.....	44
V.	Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego .....	46
V.1.	Planowane interwencje .....	46
V.2.	Diagnoza obecnego potencjału .....	47
V.3.	Wyzwania .....	61
V.4.	Cel interwencji.....	63
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. Z uwagi na ciągły rozwój 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 dla 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 Modernizacji Podmiotów Leczniczych jest programem inwestycyjnym, 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), którego celem jest poprawa zdrowia i jakości życia Polaków przez zapewnienie dodatkowych źródeł finansowania dla:

- 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 zdiagnozowania potrzeb w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia. Wychodzi naprzeciw zidentyfikowanym potrzebom, pozwalając na poprawę konkretnych elementów systemu opieki zdrowotnej. Daje możliwość inwestowania w budynki, w sale operacyjne, w 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 i dostępności do opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych przez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia.*

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

Cel utworzenia Subfunduszu Modernizacji Podmiotów Lecznicznych – zapewnienie lepszego dostępu do usług medycznych, poprawa jakości i dostępności do opieki zdrowotnej oraz 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: 6 767 000 000 PLN

3

Tryb wyboru inwestycji: konkursowy. Nabór wniosków prowadzony będzie 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 obszarach:

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

---

# Wprowadzenie

## II. Wprowadzenie

---

*„Wiele oddziałów wymaga remontów, rozbudowy, doposażenia. Szpital wybudowany był w latach 50-tych. 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 szpitale powstała w latach 50-60 XX wieku lub wcześniej, a przeprowadzane dotychczasowe 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 niepełnosprawnych i niedołączonych.

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 szpitali do wymogów przestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych, ponieważ wciąż, mimo realizacji wieloletnich programów, Najwyższa Izba Kontroli zidentyfikowała braki w tym zakresie. Zgodnie z założeniami reformy z 1999 r. kasy chorych, a od 2003 r. Narodowy Fundusz Zdrowia, 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-u 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 pogłębiającym 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, 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 odbywa 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 szpitala 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 Rydzik, 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 nie tylko w kontekście kosztów (szacuje się, że obniżenie o 1% częstości występowania zakażeń szpitalnych powoduje zmniejszenie kosztów leczenia szpitalnego o 7 - 10%)<sup>1</sup>, ale także bezpieczeństwa pacjentów. Wiele z zakażeń szpitalnych, szczególnie w przypadku dzieci powoduje realne zagrożenie życia. Zakażenia szpitalne powodują powikłania choroby podstawowej prowadzące często do niepełnosprawności, są przyczyną wydłużenia pobytu w szpitalu

---

<sup>1</sup> K. Plata-Nazar, B. Kamińska, J. Jurczyk, *Profilaktyka zakażeń szpitalnych na oddziale pediatrycznym [w] Przegląd Pediatryczny 2009, vol. 39, nr 1, s. 38.*

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 niepełnosprawnych 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%.<sup>2</sup> Średni pobyt pacjenta w szpitalu, u którego nie stwierdzono zakażenia szpitalnego, wynosi 5,64 dnia, podczas gdy pobyt pacjenta z rozpoznaniem zakażenia szpitalnym jest znacznie dłuższy i wynosi 16,35 dnia. Wydłużony czas pobytu pacjenta w szpitalu jest kluczowym czynnikiem wpływającym na koszty leczenia pacjenta z rozpoznaniem zakażenia szpitalnym. Szacunkowe koszty związane z przedłużeniem hospitalizacji 11 488 pacjentów, u których rozpoznano zakażenie szpitalne, wyniosły 85 774 tys. zł.<sup>3</sup>

Rozmieszczenie oddziałów szpitalnych 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... Podkreślmy: to wszystko jedynie w ciągu miesiąca! Tak intensywna eksploatacja sprzętu nie pozostaje bez wpływu na jego zużycie. Od nieustannego włączania i wyłączenia 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 pomimo znaczącej poprawy, jedynie w części zaspokoily 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 niepełnosprawnych.

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.

<sup>2</sup> Informacja o wynikach kontroli NIK: Zakażenia w podmiotach leczniczych, Warszawa, 2018, s. 9.

<sup>3</sup> Do oszacowania tych kosztów przyjęto: wydłużony czas pobytu pacjenta z zakażeniem w dniach średni koszt osobodnia wyliczony dla hospitalizacji sfinansowanych przez NFZ oraz liczbę pacjentów hospitalizowanych z powodu zakażeń szpitalnych. Informacja o wynikach kontroli NIK: 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.

Poniższe rozdziały prezentują poszczególne obszary interwencji.

---

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



### 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 – geriatry,
- ✓ 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 leczenia szpitalnego w zakresie: geriatry;
- B. struktury opieki długoterminowej, w ramach których 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: geriatry lub
- 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: geriatry lub
- 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 geriatry 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 geriatry.

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

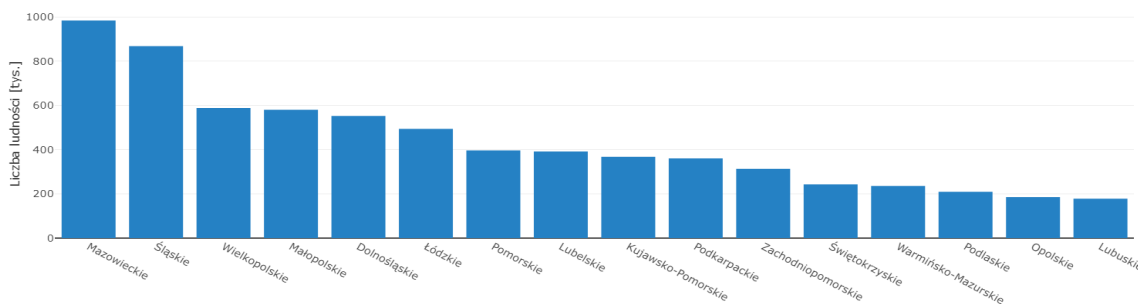
## III.2. Demografia<sup>4</sup>

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), powodując adekwatne oczekiwania w zakresie 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 więcej<sup>5</sup> (niespełna 25%). Udział osób w wieku co najmniej 60 lat w ogólnej populacji wzrósł o ponad 10 p. proc., tj. z 14,7% w 1989 r. do 24,8% w 2018 r.<sup>6</sup> 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 lata a dla mężczyzn 19,3 lata. Mając na uwadze pogarszanie się stanu zdrowia w populacji 65+, dane te wskazują średni okres czasu, 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 do hospitalizacji osób poniżej 65 roku życia.<sup>7</sup>

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



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

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 w Rzeczypospolitej Polskiej wzrośnie blisko czterokrotnie z 3,3% do 12,3% w 2060. Tendencje te potwierdza również raport Banku Światowego w odniesieniu do stanu i perspektyw opieki długoterminowej w naszym kraju.<sup>8</sup>

<sup>4</sup> Za danymi GUS i EUROSTAT zawartymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych 2020 <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3364>

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

<sup>6</sup> Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2018 r., Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2019, s. 7.

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

<sup>8</sup> Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce, Bank Światowy, 2015, s. 32-34.

*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 zawiera 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 zgodnie z rekomendacjami NICE (National Institute for Health and Care Excellence) górną granicę optymalnego obłożenia łóżek na poziomie 80% (obłożenie zapewniające właściwe wykorzystanie łóżek, zapewniając jednocześnie bufor 20% na przyjęcie nowych pacjentów na oddziale m.in. pilnych przypadków, stanów nagłych). Na bazie analizy zasymulowano możliwości przekształcenia łóżek szpitalnych, których obłożenie jest niskie (poniżej 80%) – celem optymalnego wykorzystania bazy łóżkowej i efektywnego gospodarowania środkami publicznymi przeznaczonymi na utrzymanie łóżek szpitalnych. Symulacja jest oparta o analizę obłożenia wszystkich łóżek szpitalnych w naszym kraju i wskazania obszaru możliwego do zagospodarowania na cele przekształceń.
- ✓ Poniższa tabela przedstawia bazę łóżkową w szpitalach w Rzeczypospolitej Polskiej w ramach PSZ. Do analizy zostały włączone dane o liczbie łóżek w oddziałach szpitalnych, bez uwzględnienia bazy łóżkowej Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR), Izb Przyjęć (IP) oraz tzw. oddziałów leczenia jednego dnia. Mając na uwadze specyfikę leczenia w tych komórkach szpitalnych i krótki okres hospitalizacji pacjenta przy niejednokrotnie większym obłożeniu niż liczba dostępnych miejsc dedykowanych 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**

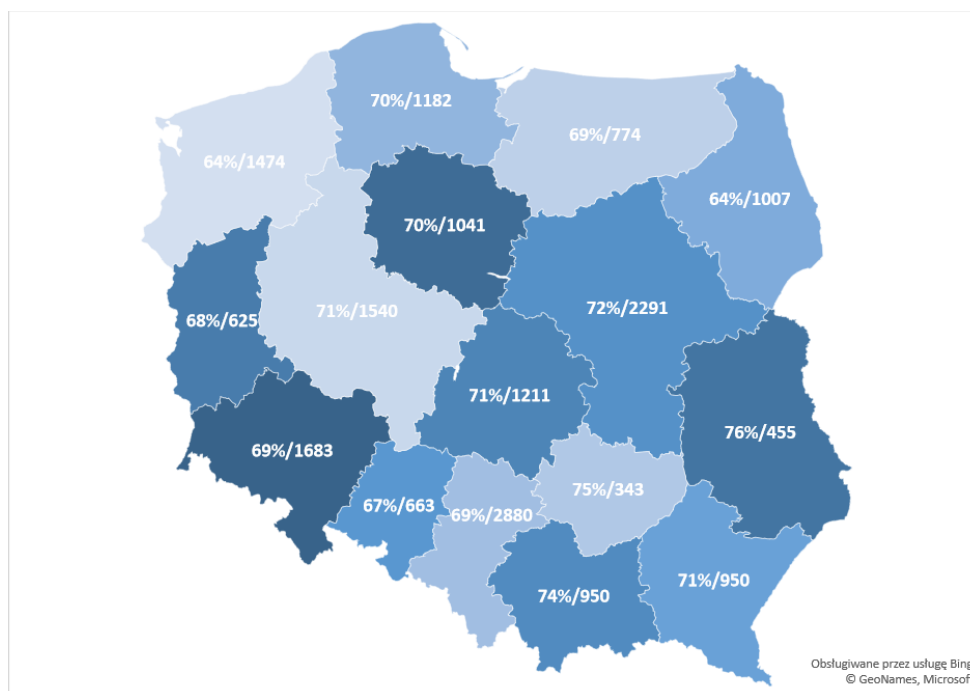
Lp.	województwo	Analiza obłożenia łóżek i możliwości przekształcenia					
		liczba łóżek	20% bufor wolnych łóżek w szpitalu	80% optymalne obłożenie łóżek w szpitalu	aktualne średnie obłożenie	liczba łóżek przy średnim obłożeniu	liczba wolnych łóżek
0	jednostka miary	szt.	szt.	szt.	%	szt.	szt.
	1	2	3	4	5	6	7
1	dolnośląskie	15 296	3 059	12 237	69%	10 554	1 683
2	kujawsko-pomorskie	10 407	2 081	8 326	70%	7 285	1 041
3	lubelskie	11 373	2 275	9 098	76%	8 643	455
4	lubuskie	5 211	1 042	4 169	68%	3 543	625
5	łódzkie	13 453	2 691	10 762	71%	9 552	1 211
6	małopolskie	15 835	3 167	12 668	74%	11 718	950
7	mazowieckie	28 636	5 727	22 909	72%	20 618	2 291
8	opolskie	5 099	1 020	4 079	67%	3 416	663
9	podkarpackie	10 559	2 112	8 447	71%	7 497	950
10	podlaskie	6 295	1 259	5 036	64%	4 029	1 007

11	pomorskie	11 823	2 365	9 458	70%	8 276	1 182
12	śląskie	26 183	5 237	20 946	69%	18 066	2 880
13	świętokrzyskie	6 860	1 372	5 488	75%	5 145	343
14	warmińsko-mazurskie	7 040	1 408	5 632	69%	4 858	774
15	wielkopolskie	17 116	3 423	13 693	71%	12 152	1 540
16	zachodniopomorskie	9 212	1 842	7 370	64%	5 896	1 474
<b>Podsumowanie</b>		<b>200 398</b>	<b>40 080</b>	<b>160 318</b>	<b>70%</b>	<b>141 249</b>	<b>19 070</b>

Źródło: Opracowanie własne MZ na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych 2020 wg. stanu na dn. 31.12.2019 r.

- ✓ Szpitale dysponują 200 398 łóżkami o średnim obłożeniu 70%. We wszystkich województwach średnie obłożenie jest faktycznie niższe niż przyjęty poziom optymalny 80%, co wskazuje skalę potencjalnych przekształceń w systemie opieki szpitalnej. Po zestawieniu obecnego średniego obłożenia łóżek i optymalnego obłożenia na poziomie 80 % jest widoczny potencjał na przybliżonym poziomie 19 070 łóżek do zagospodarowania na cele przekształceń oddziałów o zwiększonym zapotrzebowaniu na świadczenia zdrowotne w tym np. na potrzeby oddziałów geriatricznych i na łóżka opieki długoterminowej. Powyższa symulacja ma na celu zobrazowanie przybliżonej skali i ogólnej możliwości dokonywania przekształceń, celem efektywnego wykorzystania dostępnych łóżek szpitalnych.

#### WYKRES 1: Obłożenie procentowe wszystkich łóżek w kraju zestawione z potencjałem wolnych łóżek do przekształcenia (% obłożenia łóżek/wolne łóżka)



Źródło: Opracowanie własne MZ na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych 2020, wg. stanu na dn. 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 poniższa tabela.
- ✓ Z powyższych 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 geriatricznych w Rzeczypospolitej Polskiej, długi czas oczekiwania na świadczenie w nich oraz wielochorobowość pacjentów starszych można przyjąć, iż 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 (tys.)	Procentowy udział (%)
0	1	2	3
1	Szpitalny Oddział Ratunkowy	1 030	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 Ogólnej	323	6%
7	Oddział Leczenia Jednego Dnia	267	5%
8	Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii	201	3%
9	Oddział Onkologiczny	194	3%
10	Oddział Chirurgii Urazowej – 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	1 041	18%
<b>RAZEM</b>		<b>5 848</b>	<b>100%</b>

Źródło: Opracowanie własne MZ na podstawie danych z NFZ wg. stanu na dn. 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. Diagnoza obecnego potencjału

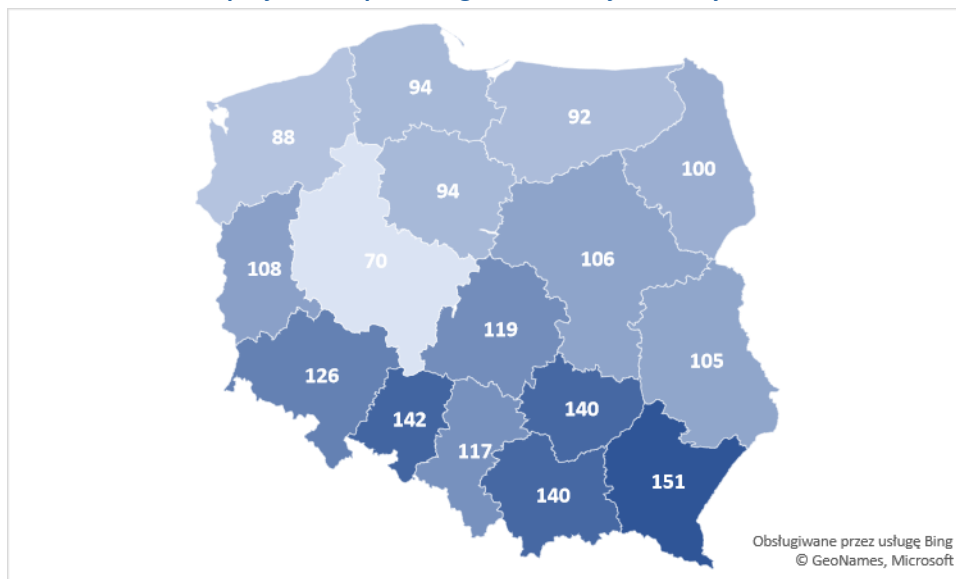
##### LICZBA PACJENTÓW W RAMACH DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI STACJONARNEJ<sup>9</sup>

- ✓ Ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych **skorzystało w 2019 r. ponad 42,6 tys. pacjentów. Liczba pacjentów korzystających z ww. świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 111.** 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 przedstawiono

<sup>9</sup> Na podstawie danych ujętych w Mapie Potrzeb Zdrowotnych 2020, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3361>, odczyt: 12.11.2020 r.

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: Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2020 r. na podstawie danych NFZ i GUS

- ✓ W lutym 2020 r. liczba oczekujących do ośrodków opieki długoterminowej wyniosła 17 tys., z czego 68% osób oczekiwało na świadczenia z zakresu opieki stacjonarnej (najwięcej pacjentów – 8,7 tys. oczekiwało na świadczenia w zakładach opiekuńczo-leczniczych). Przeciętny czas oczekiwania na świadczenia w stacjonarnych zakładach opiekuńczo-leczniczych/pielęgniacyjno-opiekuńczych wyniósł **aż 244 dni**. Biorąc pod uwagę liczbę osób wymagających świadczeń w ramach opieki długoterminowej i bardzo długi czas oczekiwania na przyjęcie do ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej, zasadnym jest zwiększanie liczby dostępnych miejsc w tych ośrodkach.

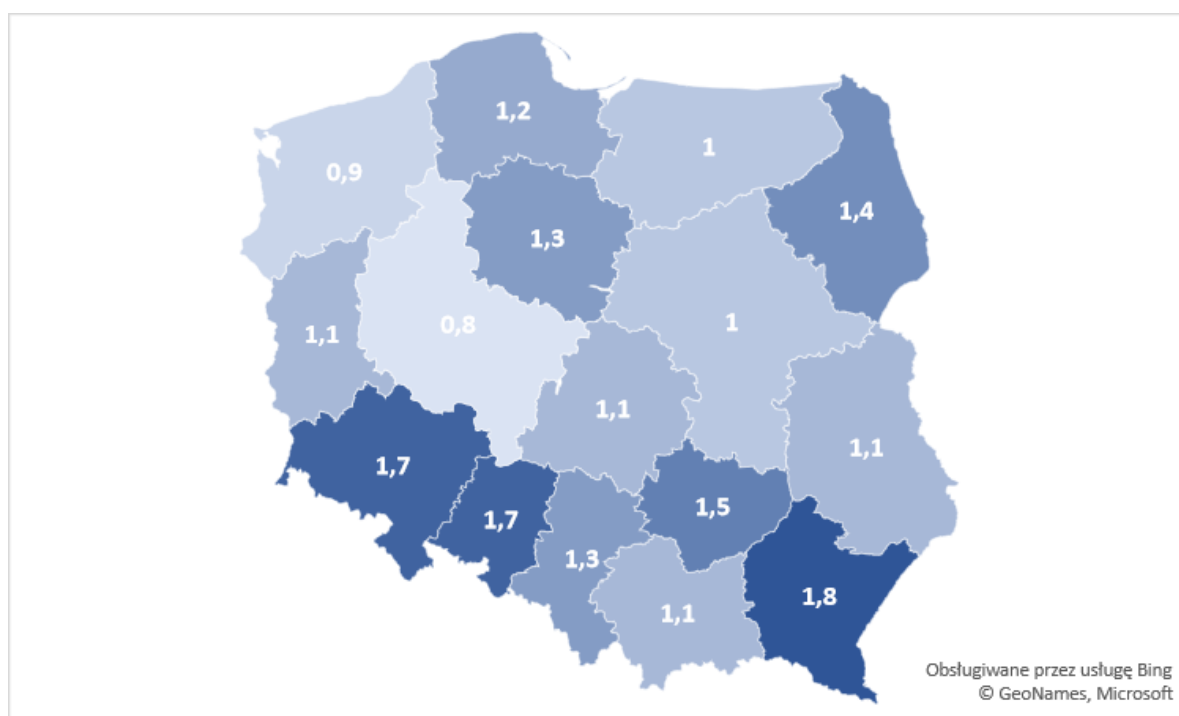
#### LICZBA ŚWIADCZENIODAWCÓW W RAMACH DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI STACJONARNEJ<sup>10</sup>

- ✓ 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.

<sup>10</sup> 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: Mapa 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. Pomimo 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 stacjonarnym i liczba łóżek w tych podmiotach w latach 2016-2019**

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

Źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2020 r.

**LICZBA ŁÓŻEK W RAMACH DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI STACJONARNEJ<sup>11</sup>**

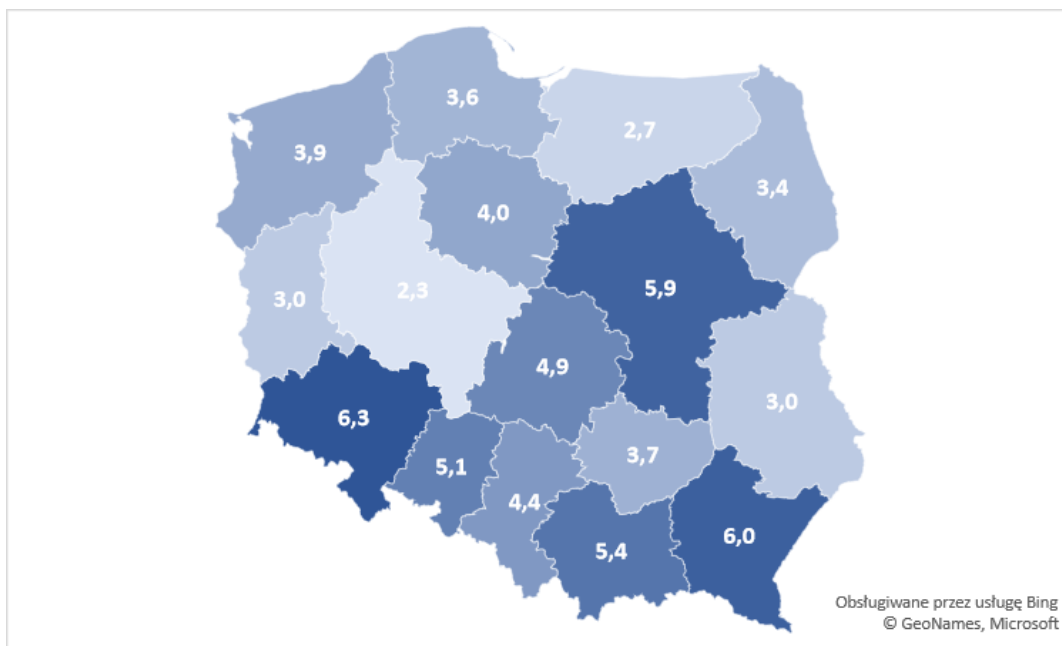
- ✓ Na koniec 2019 r. liczba łóżek w stacjonarnych ośrodkach opieki długoterminowej mających kontrakt z NFZ wynosiła 31 127. Najwięcej łóżek znajdowało się na terenie województwa mazowieckiego, śląskiego oraz dolnośląskiego, najmniej zaś na terenie województwa lubuskiego, warmińsko-mazurskiego oraz podlaskiego. Jednakże danych wojewódzkich nie można rozpatrywać jednoznacznie – należy mieć na

<sup>11</sup> Na podstawie danych ujętych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych 2020.

uwadze, iż obecnie długi czas oczekiwania na miejsce w zakładzie opieki długoterminowej powoduje, iż wielu seniorów korzysta z opieki nie w miejscu zamieszkania, lecz tam, gdzie najszybciej uzyskuje dostęp.<sup>12</sup>

- ✓ Rozkład liczby łóżek na 1 tys. 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 1 tys. 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 1 tys. ludności powyżej 65 lat w 2019 r.



Źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2020 r.

- ✓ 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 **91,5%** (334 dni);
  - dla zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych **87,4%** (319 dni);
  - w zakładach o profilu psychiatrycznym wykorzystanie łóżek w placówkach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych było podobne i wyniosło 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.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Raport z analizy statystycznej GUS „Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2018” <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat>, dostęp: 12.11.2020 r.

<sup>13</sup> Raport z analizy statystycznej GUS „Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2018” <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat>, dostęp: 12.11.2020 r.

## 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 terytorialne<sup>14</sup>:
  - najdłuższy przeciętny rzeczywisty czas oczekiwania w przypadku stabilnym na przyjęcie pacjenta do zakładu/oddziału opiekuńczo-leczniczego wynosił w lutym 2020 r. **592 dni** (w woj. 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 woj. 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

<sup>14</sup> 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	7 729	294
		zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	2 686	144
		zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci	6	8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych, dostęp z 30.12.2020 r.

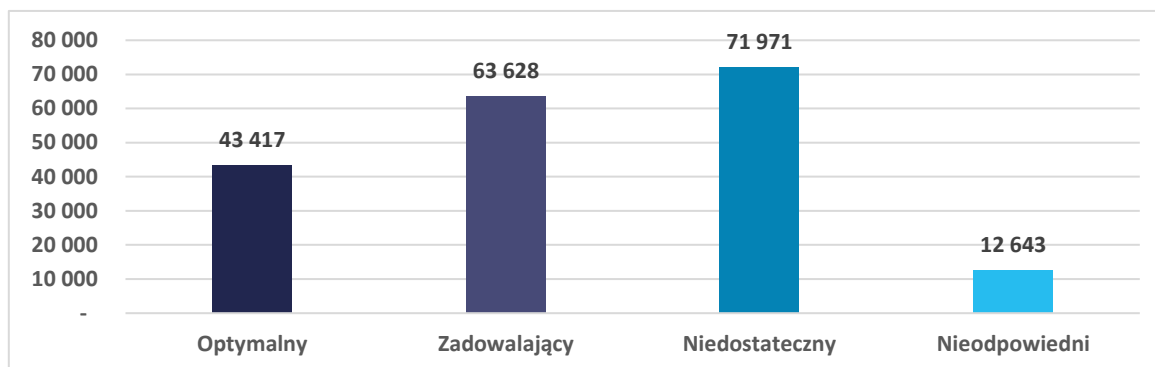
- ✓ Podkreślenia wymaga fakt, że długość pobytu pacjentów w ZOL lub ZPO jest zdecydowanie dłuższa niż w oddziałach szpitalnych, a jego celem jest przywrócenie pacjentowi możliwie jak największej sprawności fizycznej oraz psychicznej.

#### STAN TECHNICZNY INFRASTRUKTURY PODMIOTÓW LECZNICZYCH

- ✓ W pierwszej połowie 2020 r. Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło ogólnopolską analizę stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych należących do Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej (PSZ). Prośba o ocenę stanu infrastruktury została skierowana do ok. 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 należycie 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, awaryjność, 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, awaryjność, 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. m<sup>2</sup>. Poniższe wykresy przedstawiają wyniki badania.

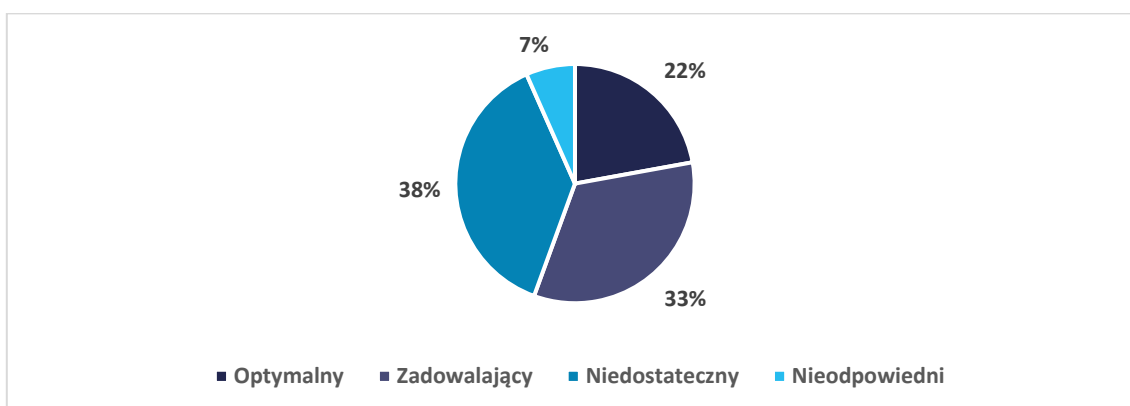
**WYKRES 5: Stan infrastruktury komórek opieki długoterminowej (powierzchni w m<sup>2</sup>)**



Źródło: Ministerstwo Zdrowia, 2020

- ✓ W ramach jednostek lub komórek 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. m<sup>2</sup>, co wiąże się z koniecznością podjęcia natychmiastowych prac modernizacyjnych. Kolejne 38% powierzchni (prawie **72 tys. m<sup>2</sup>**) 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. m<sup>2</sup>** powierzchni w przeciągu najbliższych 3 lat. Sumarycznie w ciągu 3 lat konieczność modernizacji dotyczyć będzie 78% powierzchni podmiotów udzielających świadczeń w zakresie opieki długoterminowej.

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



Źródło: 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.

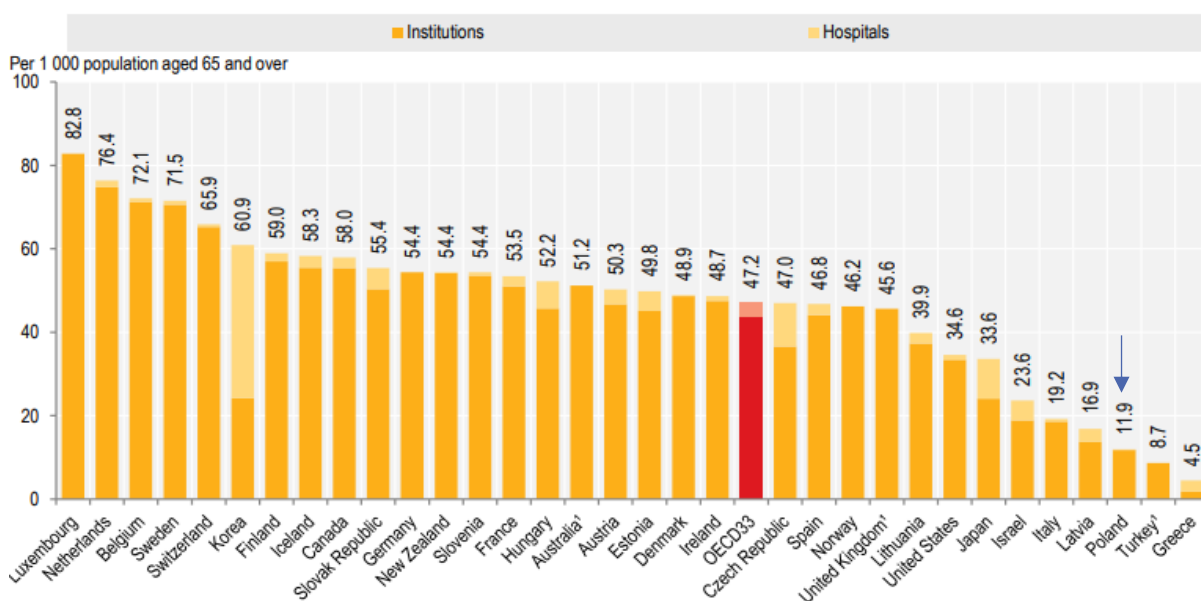
### III.4.2. Wyzwania

Analiza stanu opieki długoterminowej w Rzeczypospolitej Polskiej na tle innych krajów, jak również fakt starzejącego się społeczeństwa powoduje, że zabezpieczenie świadczeń i poprawa infrastruktury w tym obszarze jest koniecznością.

#### POLSKA NA TLE INNYCH KRAJÓW

- ✓ Zgodnie z raportem OECD (Health at a Glance, 2019)<sup>15</sup> w 2017 r. Rzeczypospolitej Polskiej **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 pomiędzy 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 długoterminowej<sup>16</sup> oraz błędów w sprawozdawczości<sup>17</sup>.
- ✓ Jak podaje OECD średnio 67,5% osób w wieku 65+ objętych opieką długoterminową otrzymuje świadczenia w warunkach domowych<sup>18</sup>. W naszym kraju niekorzystny dla pacjentów jest udział miejsc stacjonarnych opieki długoterminowej w porównaniu do innych państw europejskich.
- ✓ **W porównaniu do 33 krajów OECD Rzeczpospolita Polska ma również jeden z najniższych wskaźników liczby łóżek w opiece długoterminowej na 1 000 ludności w wieku 65 lat i więcej (11,9).** Jest to ponad 4-krotnie mniej niż średnio w 33 badanych krajach<sup>18</sup>.

**WYKRES 7: Wskaźnik liczby łóżek opieki długoterminowej na 1 tys. osób w wieku co najmniej 65 lat w Rzeczypospolitej Polskiej w 2017 r. (institutions – instytucje; hospitals – szpitale)**



Źródło: OECD, 2017

- ✓ Jak podaje OECD w porównaniu do innych sektorów opieki zdrowotnej, w zakresie opieki długoterminowej odnotowano najwyższy wzrost wydatków w ostatnich latach. **Starzenie się populacji prowadzi do potrzeby**

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

<sup>16</sup> 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.

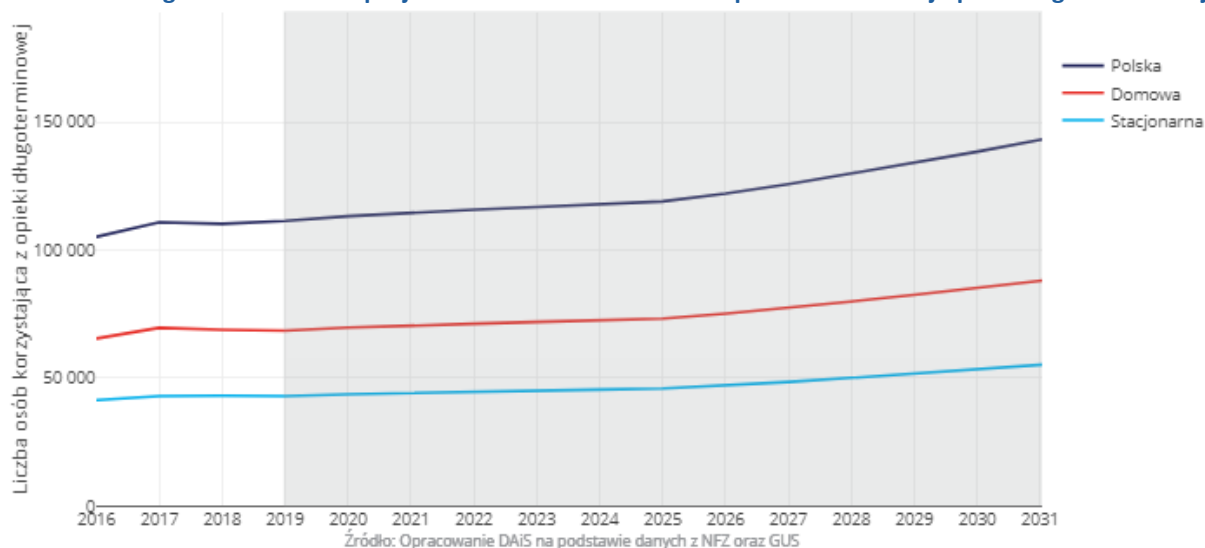
<sup>17</sup> Mapa Potrzeb Zdrowotnych, str. 361.

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)<sup>18</sup>.

## PROGNOZA

- ✓ Dane OECD wskazują, że liczba stacjonarnych miejsc opieki długoterminowej w opiece zdrowotnej znacznie odbiega od średniej OECD. Inwestycje w modernizację obecnych miejsc opieki długoterminowej jak i tworzenie nowych jest konieczne nie tylko ze względu na aktualne potrzeby, ale również ze względu na fakt starzejącego się społeczeństwa.
- ✓ 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 2019-2050 w podziale na rodzaj opieki długoterminowej



Źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych, 2020

- ✓ Analiza prognozy wskazuje, że **chcąc zapewnić ten sam poziom świadczeń na poziomie kraju w 2030 r. co w 2018 r. należałoby zwiększyć liczbę miejsc tak by opiekę otrzymało około 138,5 tys. pacjentów (czyli o 25% więcej niż obecnie)**. Utrzymując obecny udział opieki stacjonarnej do opieki domowej (38,5%) oznaczałoby to udzielenie pomocy ponad 85 tys. pacjentów w warunkach domowych oraz **ponad 53 tys. pacjentów w warunkach stacjonarnych**<sup>18</sup>.
- ✓ W ww. prognozie oparto się jedynie na obecnym poziomie zabezpieczenia świadczeń dla pacjentów w opiece długoterminowej. Sam fakt starzejącego 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 do innych państw europejskich, **inwestycje w rozwój potencjału stacjonarnej opieki długoterminowej są koniecznością**.

<sup>18</sup> Za: Mapa Potrzeb Zdrowotnych, str. 388.

- ✓ Powyższe zostało wskazane m.in. w ramach debaty „Wspólnie dla zdrowia”. W dokumencie podsumowującym zaakcentowano, iż należy zbudować wszechstronny system świadczeń zdrowotnych oraz społecznych<sup>19</sup>. **Podkreślono również, że w związku z rosnącymi potrzebami w zakresie opieki długoterminowej, należy przekształcić łóżka szpitalne o niskim obłożeniu na potrzeby nowo tworzonych oddziałów<sup>20</sup>.**

### III.4.3. Cel interwencji w obszarze opieki długoterminowej

- ✓ Rzeczpospolita Polska powinna dążyć do zwiększenia liczby łóżek przynajmniej do poziomu średniej dla krajów OECD tj. ponad 4-krotnie. Przy założeniu obecnej liczby łóżek na poziomie około 31 tys. należy dążyć do utworzenia kolejnych 93 tys. łóżek opieki długoterminowej.
- ✓ Interwencją w ramach Programu planujemy objąć 16% zapotrzebowania (utworzenie 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**.

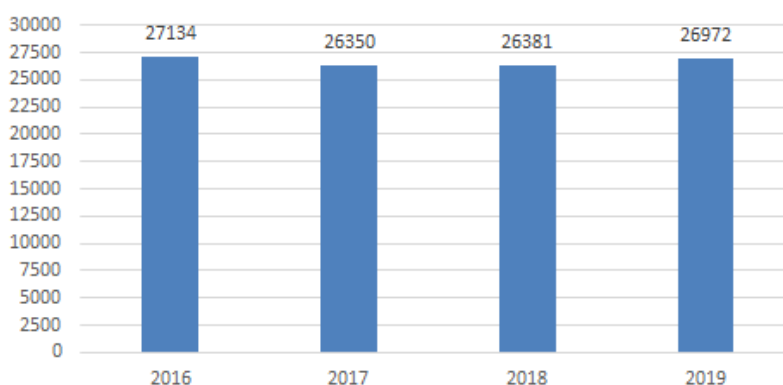
## III.5. Geriatria

### 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 ok. 129 mln zł.

WYKRES 9: Liczba pacjentów oddziałów geriatrycznych w latach 2016-2019



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

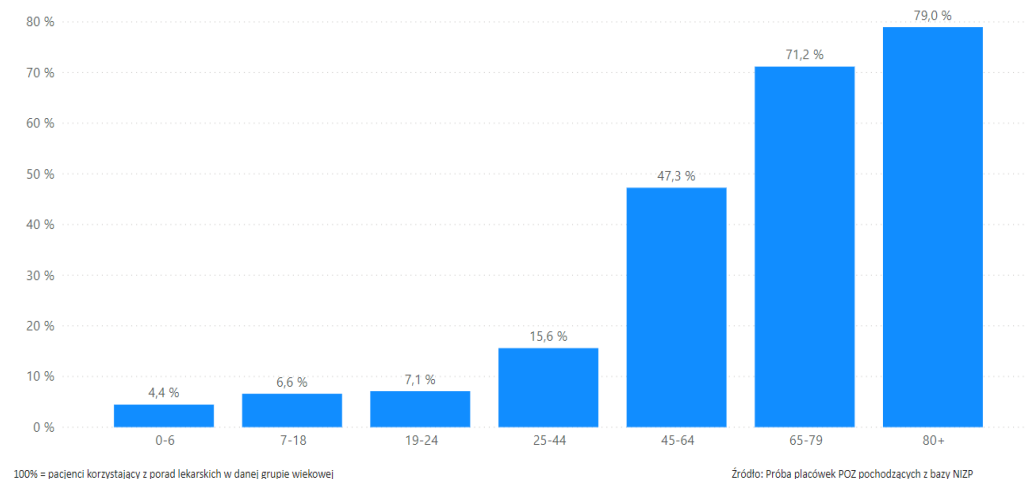
<sup>19</sup> Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia, Dokument podsumowujący, str. 12.

<sup>20</sup> Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia, Dokument podsumowujący, str. 10.



- ✓ W 2018 r. 32,5% pacjentów z list aktywnych w 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 r.ż. (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: Raport Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) „Sytuacja zdrowotna ludności w 2020 r.” [manuskrypt]*

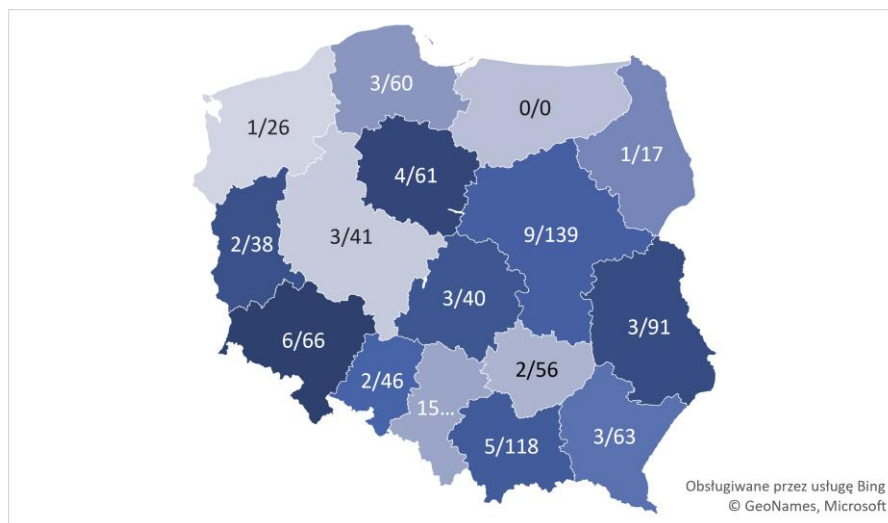
Ze względu na specyfikę stanu zdrowia pacjenta geriatrycznego, u którego najczęściej występuje kilka współistniejących chorób przewlekłych m.in. nadciśnienie, zmiany zwyrodnieniowe stawów czy cukrzyca, czas hospitalizacji na oddziałach geriatrycznych jest dłuższy niż przeciętny pobyt chorego w szpitalu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

#### **LICZBA ŚWIADCZENIODAWCÓW W RAMACH OPIEKI GERIATRYCZNEJ**

- ✓ Obecnie w Rzeczypospolitej Polskiej funkcjonują **62 oddziały geriatryczne, z łączną liczbą 1 208 łóżek**. Najwięcej oddziałów geriatrycznych znajduje się w województwie śląskim – 15 i mazowieckim – 9, najmniej – po 1 w województwie podlaskim i zachodnio-pomorskim, 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.

<sup>21</sup> Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, Biuletyn Statystyczny 2019 [https://cez.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/Biuletyn\\_informacyjny/biuletyn\\_statystyczny\\_2019\\_5db016ddd0b8d.pdf](https://cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/Biuletyn_informacyjny/biuletyn_statystyczny_2019_5db016ddd0b8d.pdf), dostęp: 10.09.2020.

### WYKRES 11: Liczba oddziałów geriatrycznych w zestawieniu z liczbą łóżek - 1208



Źródło: Opracowanie własne MZ na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych 2020, wg. stanu na dn. 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
<b>Liczba poradni geriatrycznych</b>	79	82	80	90	94
<b>Liczba udzielonych porad</b>	63 225	68 584	65 661	66 076	69 696

Źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2020 r.

- ✓ Oddziały geriatryczne cechują się jedną z najmniejszych liczb łóżek w Rzeczypospolitej Polskiej – zgodnie z mapami potrzeb w 2019 r. liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych wyniosła 1 208 łóżek. Największa liczba łóżek jest w województwie śląskim oraz mazowieckim, najmniejsza natomiast w podlaskim i zachodniopomorskim. 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 z punktu widzenia stanu zdrowia pacjenta jak i finansów publicznych. Skutkiem oczekiwania na świadczenia 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 wzrost kosztów leczenia pacjenta.

- ✓ Mimo systematycznego wzrostu wartości zakontraktowanych w umowach dotyczących świadczeń w zakresie geriatry, pogorszył się dostęp do świadczeń zdrowotnych w tym zakresie. W latach 2016-2019 wzrosła zarówno liczba oczekujących na świadczenia – w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (dalej AOS) o 56,3 % (w 2016 r. 1 064 oczekujących natomiast w 2019 r. już 1 740 osób), w lecznictwie szpitalnym (dalej LSZ) o 87% (w 2016 r. 1 337 oczekujących natomiast w 2019 r. już 2 502 osób), jak i 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).<sup>22</sup>
- ✓ Dostęp do świadczeń geriatrycznych wykazuje duże zróżnicowanie terytorialne. Różnice pomiędzy poszczególnymi województwami w wartościach zrealizowanych świadczeń z zakresu geriatry w przeliczeniu na 1 tys. 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 najniższe były w województwie warmińsko-mazurskim – wartość rozliczonych świadczeń wyniosła 677 zł na 1 tysięcy ubezpieczonych ogółem. Z kolei w województwie małopolskim była najwyższa wartość rozliczonych świadczeń z ww. zakresu – 9 886 zł na 1 tysięcy ubezpieczonych ogółem. Średnio dla całej Rzeczypospolitej Polskiej było to 5 699 zł w 2019 r.<sup>23</sup>

**TABELA 6. Liczba pacjentów oczekujących w 2019 r. na miejsce w oddziale geriatrycznym, 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	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
11	zachodniopomorskie	2	20	20
12	podkarpackie	1	0	0
Ogółem – Kraj*		<b>1 945</b>	<b>41</b>	<b>18</b>

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

*Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z dn. 10.12.2020 r.*

- ✓ Najdłuższy średni rzeczywisty czas oczekiwania w przypadku stabilnym na przyjęcie pacjenta do oddziału geriatrycznego wyniósł w grudniu 2019 r. aż **105 dni** (woj. dolnośląskie), przy czym średnio pacjenci czekali na przyjęcie **41 dni**. Sumarycznie w przypadku stabilnym oczekiwało na hospitalizację w oddziale geriatrycznym 1 945 seniorów w 12 województwach. W przeliczeniu na 1 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 2 431**

<sup>22</sup> Opracowanie własne na podstawie danych NFZ za lata 2016-2019.

<sup>23</sup> Opracowanie własne na podstawie danych NFZ za lata 2016-2019.

(bez województwa warmińsko-mazurskiego, gdzie nie ma oddziału geriatry). Zgodnie z danymi NFZ w 2019 r. zarówno w przypadku stabilnym jak i pilnym sumaryczna liczba oczekujących w 12 województwach wynosiła 2 502 (brak danych dla 3 województw).

- ✓ Przyjmując powyższe dane dążąc do zwiększenia liczby łóżek umożliwiającej pokrycie zapotrzebowania w 100% tj. dla wszystkich osób oczekujących na przyjęcie do oddziału geriatry zarówno w trybie pilnym jak i stabilnym należy sumarycznie zwiększyć liczbę łóżek na oddziałach geriatry o liczbę równą liczbie osób oczekujących – 2 502.

**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*		<b>1 663</b>	<b>41</b>	<b>12</b>

\*dane uśrednione, brak danych z województwa świętokrzyskiego.

*Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ z dn. 10.12.2020 r.*

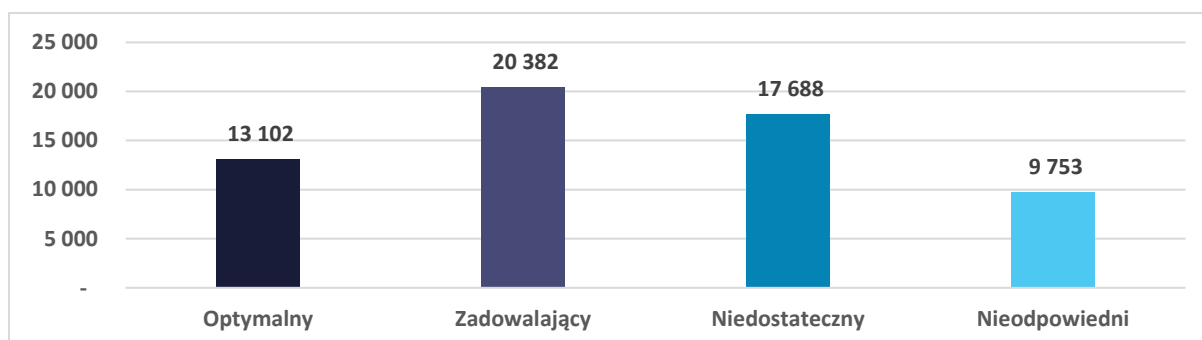
- ✓ Najdłuższy średni rzeczywisty czas oczekiwania w przypadku stabilnym na przyjęcie pacjenta do poradni geriatrycznej wynosił w grudniu 2019 r. aż **130 dni** (woj. kujawsko-pomorskie), przy czym średnio pacjenci czekali na przyjęcie **41 dni**. Sumarycznie w przypadku stabilnym oczekiwało na wizytę w poradni geriatrycznej 1 663 seniorów. W przeliczeniu na 1 województwo średnio oczekujących było 111 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, zasadnym jest by w miejsce łóżek nierentownych tworzyć 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 12, oceniała również stan infrastruktury oddziałów geriatrycznych. W badaniu oceniono oddziały geriatryczne o całkowitej powierzchni 61 tys. m<sup>2</sup>.

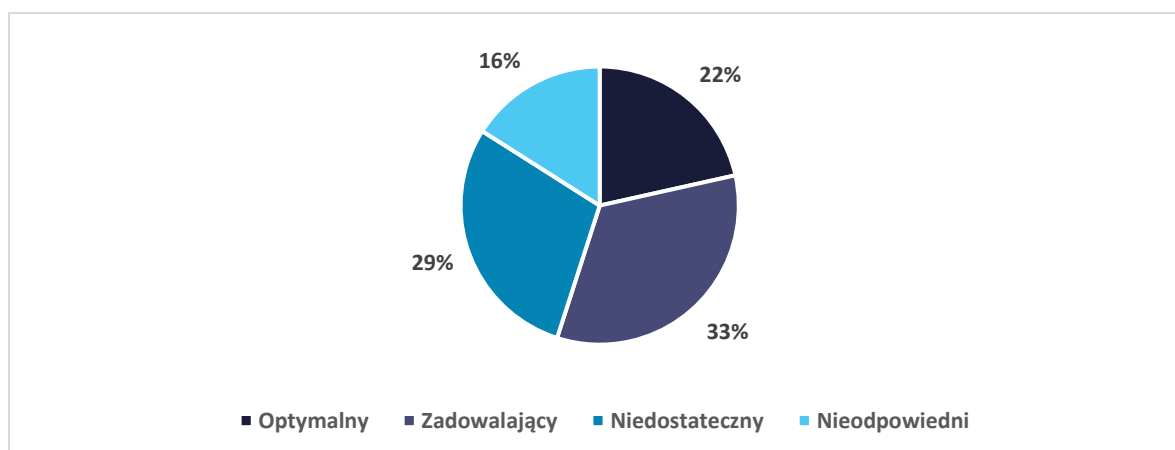
**WYKRES 12: Stan infrastruktury oddziałów geriatrycznych (powierzchni w m<sup>2</sup>)**



Źródło: Opracowanie własne MZ na podstawie ogólnopolskiej analizy stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych

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

**WYKRES 13: Stan infrastruktury oddziałów geriatrycznych (powierzchnia w %)**



Źródło: Opracowanie własne MZ na podstawie ogólnopolskiej analizy stanu technicznego infrastruktury podmiotów leczniczych

Jedynie dla 22% powierzchni oddziałów (13,1 tys. m<sup>2</sup>) 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 starzejącego się społeczeństwa wskazuje 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:

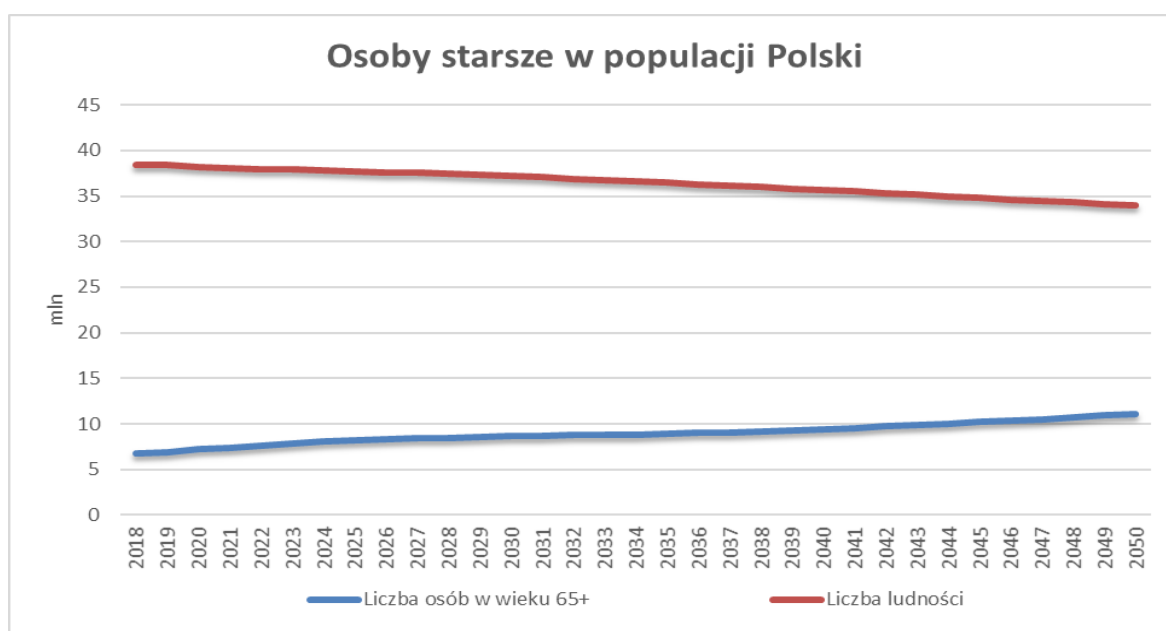
- Starzenie się społeczeństwa powoduje wzrost kosztów opieki medycznej i świadczeń socjalnych, stanowi wyzwanie organizacyjne dla całego systemu opieki zdrowotnej i konieczne jest budowanie skutecznego systemu opieki nad osobami w podeszłym wieku oraz sieci wsparcia dla ich rodzin.
- Leczenie pacjentów opuszczających oddziały geriatryczne jest dla płatnika publicznego tańsze – jednostkowo o 1 380 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 1 hospitalizację dla 12 miesięcy po wypisie pacjenta z oddziału chorób wewnętrznych była wyższa, w stosunku do średnich kosztów na 1 hospitalizację dla 12 miesięcy po wypisie pacjenta z oddziału geriatrycznego i 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 pokrywane były przez świadczeniodawców ze środków innych, korzystniej wycenionych procedur.
- Wycena świadczeń w zakresie „geriatria” powinna być tak skonstruowana, by warunki finansowe umożliwiły tworzenie nowych placówek geriatrycznych.
- W badanych grupach pacjentów występuje większy odsetek zgonów wśród pacjentów oddziałów chorób wewnętrznych w porównaniu do pacjentów oddziałów geriatrycznych. Przy czym odsetek zgonów na oddziałach chorób wewnętrznych, w grupie osób powyżej 90 r. ż. był najwyższy – miara jakości opieki medycznej nad chorym w starszym wieku jest m.in. umieralność szpitalna i poszpitalna.
- ✓ Powyższe wskazuje 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 dot. liczby pacjentów w zestawieniu z czasem oczekiwania i liczbą dostępnych łóżek w oddziałach geriatrycznych.
- ✓ 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 geriatrycznej. 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 dane<sup>24</sup> wskazują, iż w czasie roku po hospitalizacji w oddziale geriatrycznym występuje znamienna 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, by zapewnić wszystkim dostęp do tych świadczeń, konieczne jest dążenie do zwiększenia o ok. 70% obecnej liczby łóżek w oddziałach geriatrycznych, tj. utworzenie co najmniej 850 nowych łóżek w oddziałach geriatrycznych przez przekształcenie łóżek z innych oddziałów szpitalnych o niskim obłożeniu 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 miliona 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%).<sup>25</sup>

WYKRES 14: Osoby starsze w populacji Rzeczypospolitej Polskiej



Źródło: *Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2020 r. na bazie danych GUS*

- ✓ 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 osób w 2014 r. oraz 1,7 mln w 2019 r. do ponad 3,5 mln w 2050 r., zaś osób w wieku 85 lat i więcej z 664,8 tys. w 2014 r. do 812,1 tys. osób w 2018 r. oraz blisko 2,1 mln w 2050 r. Znacząco wzrosnąć zatem nie tylko populacja osób starszych, ale w ramach tej

<sup>24</sup> Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: meta-analysis of controlled trial. *Lancet* 1993; 342 (8878); 1032-6.

<sup>25</sup> *Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2020*, zakładka: Demografia, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3304>, odczyt: 11.11.2020.

grupy ludności zwiększy się liczba i udział osób w wieku 80+. Będziemy mieć zatem do czynienia z procesem podwójnego starzenia się ludności Rzeczypospolitej Polskiej<sup>26</sup>.

- ✓ Starzenie się społeczeństwa polskiego w zestawieniu z postępującą wielochorobowością powoduje, iż **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, ale i również 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 „Sytuacja zdrowotna 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.*

*Spółeczeństwo w Polsce należy do jednych z najszybciej starzejących się nacji w Europie. Przy utrzymaniu tej dynamiki prognozuje się, iż 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 zarówno w trybie pilnym jak i stabilnym. Zgodnie z danymi z Map potrzeb zdrowotnych, wg stanu na grudzień 2019 r., liczba osób oczekujących wynosi 2 502 wobec czego aby zapewnić dostęp do świadczeń wszystkim oczekującym o taką liczbę powinna zostać zwiększona baza łóżek. **Interwencją w ramach Programu planujemy objąć 40% zapotrzebowania na dodatkowe łóżka wyliczonego na bazie kolejek (40% z 2 502 osób oczekujących na przyjęcie do oddziału geriatryi zarówno w trybie pilnym jak i stabilnym).**
- ✓ Obecnie dysponujemy 1 208 łóżkami w oddziałach geriatrycznych, a więc zwiększenie liczby łóżek o 40 % z oszacowanego zapotrzebowania pozwoli na podwojenie obecnej bazy miejsc w opiece geriatrycznej, zwiększając **liczbę łóżek na oddziałach geriatryi przynajmniej o ok. 1 000 łóżek (40% z 2 502).**
- ✓ 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.**

<sup>26</sup> Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2020, zakładka: Demografia, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3304>, odczyt: 11.11.2020.



- ✓ 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 obciążenie łóżek szpitalnych na poziomie 70% oraz zróżnicowanie regionalne wskazuje, że nie wszystkie łóżka szpitalne w kraju obecnie osiągają optymalne obciążenie zgodne z rekomendacjami NICE (ok. 80%). 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 przeciągu 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 również 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 zapewniając 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, obejmując go opieką koordynowaną - co pozytywnie wpływa na efekty leczenia i generuje mniejsze koszty dla płatnika publicznego. Dlatego konieczne jest 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.

*Z tego względu 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 nowotworzonych oddziałach opieki długoterminowej i oddziałach geriatrycznych. Należy dokonać zmiany w organizacji szpitali i lecznictwa ambulatoryjnego w Polsce, dostosowując je 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).*

*Jednocześnie, jest konieczne 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.*

### III.7. Oczekiwany rezultat

- ✓ Dzięki dedykowanemu wsparciu, jest planowane przekształcenie części łóżek w oddziałach szpitalnych o niskim obłożeniu na łóżka w oddziałach geriatrycznych i łóżka opieki długoterminowej, w celu zwiększenia dostępności do świadczeń z ww. zakresów, ich jakości oraz zapewnienia kompleksowości opieki geriatrycznej. Zwiększenie bazy stacjonarnej wpłynie na zmniejszenie czasu oczekiwania na świadczenie jak i w konsekwencji spowoduje obniżenie kosztów interwencji medycznych.
- ✓ W ramach interwencji dążymy do zwiększenia bazy łóżek zarówno geriatrycznych jak i łóżek opieki długoterminowej świadczonej stacjonarnie o łącznie **ok. 15 tys. dodatkowych łóżek opieki długoterminowej** oraz **1 000 dodatkowych łóżek w oddziałach geriatrycznych**, w wyniku przekształcenia istniejących łóżek szpitalnych oraz w ramach nowotworzonych miejsc opieki.
- ✓ W konsekwencji wzrostu 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 geriatrii.

### 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 geriatrii



**15 000**  
nowoutworzonych łóżek  
w opiece długoterminowej



**1 000**  
nowoutworzonych łóżek  
w geriatrii

### III.9. Budżet

Przewidywany maksymalny budżet: 4 mld PLN

---

## Wymiana łóżek szpitalnych

## IV. Wymiana łóżek szpitalnych

---

### IV.1. Planowane interwencje

W ramach Programu planuje się **wsparcie<sup>27</sup> podmiotów leczniczych udzielających całodobowych, stacjonarnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia szpitalnego (dalej: podmiotów leczniczych) 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 stanowi nie tylko element wyposażenia podmiotu leczniczego, jest także niezbędnym w hospitalizacji sprzętem medycznym, który wspomaga proces leczenia a także odgrywa kluczową rolę w codziennej opiece nad pacjentem, zapewniając bezpieczną terapię gwarantującą szybki powrót do zdrowia, wygodny proces rekonwalescencji, a także co istotne, komfort pracy personelu medycznego.

Niska jakość łóżek szpitalnych wpływa na bezpieczeństwo hospitalizowanych pacjentów, a także może 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 samodzielność pacjenta w codziennym funkcjonowaniu w trakcie leczenia, a także być przyczyną wypadków w trakcie hospitalizacji.

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 (szacuje się, że obniżenie o 1% częstości występowania zakażeń szpitalnych powoduje zmniejszenie kosztów leczenia szpitalnego o 7-10%<sup>28</sup>), ale także bezpieczeństwa pacjentów. Wiele z zakażeń szpitalnych, szczególnie w przypadku dzieci i osób starszych z wielochorobowością powoduje 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*

---

<sup>27</sup> 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.

<sup>28</sup> K. Plata-Nazar, B. Kamińska, J. Jurczyk, Profilaktyka zakażeń szpitalnych na oddziale pediatrycznym [w] Przegląd Pediatryczny 2009, vol. 39, nr 1, s. 38.

*rozprzestrzeniania się szczepów opornych na antybiotyki. Koniecznym zatem jest wdrożenie działań, które 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, waga i wzrost pacjenta czy też specyfika oddziału szpitalnego, w którym pacjent 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:

- a) **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;
- b) **łóżka specjalistyczne** – m.in. łóżka rehabilitacyjne, łóżka porodowe;
- c) **pozostałe łóżka** – łóżka znajdujące się w podmiotach leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego niezakwalifikowane do typów opisanych w lit. a i b.

Łóżka mogą zawierać dodatkowe wyposażenie takie jak np. przyłóżkowy statyw kroplówki, wyciąg ręki podwieszany, uchwyty na kaczkę lub basen, haczyki na worek urologiczny, panel sterujący łóżka, 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 zachowana zostanie 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, znacząco wpływając 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 znacząco 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 posiadają 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 zapewniona również ciągłość opieki nad pacjentem. W przypadku pacjentów przebywających na oddziałach intensywnej opieki medycznej jest istotne 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 dokonać badania pacjenta, jak też procedur medycznych, czynności higienicznych i pielęgnacyjnych. Przede wszystkim łóżka powinny ułatwiać pielęgnację pacjenta i eliminować czynniki uciążliwe dla personelu medycznego, w szczególności 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. szpitala 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.

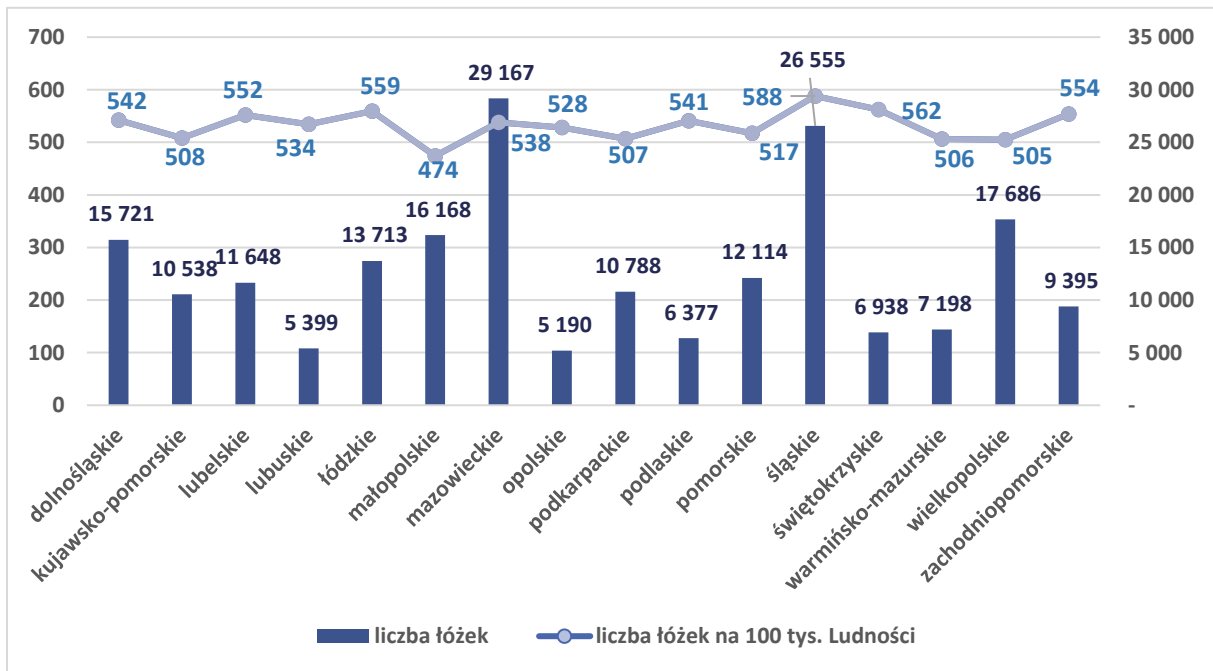
## IV.2. Diagnoza obecnego potencjału<sup>29</sup>

- ✓ Według stanu na koniec 2019 r., w polskich szpitalach było **204 595 łóżek**<sup>30</sup> (we wszystkich poziomach PSZ), co przekłada się na wskaźnik liczby łóżek na 100 tys. ludności na poziomie 533,04.
- ✓ Poniższy wykres podsumowuje liczbę łóżek w wartościach bezwzględnych oraz w przeliczeniu na 100 tys. ludności w poszczególnych województwach.

<sup>29</sup> Na podstawie danych ujętych w Mapie Potrzeb Zdrowotnych 2020, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3404>, odczyt: 20.11.2020 r.

<sup>30</sup> Liczba łóżek według stanu na koniec grudnia 2019 r. w oddziałach szpitalnych i w innych komórkach opieki szpitalnej.

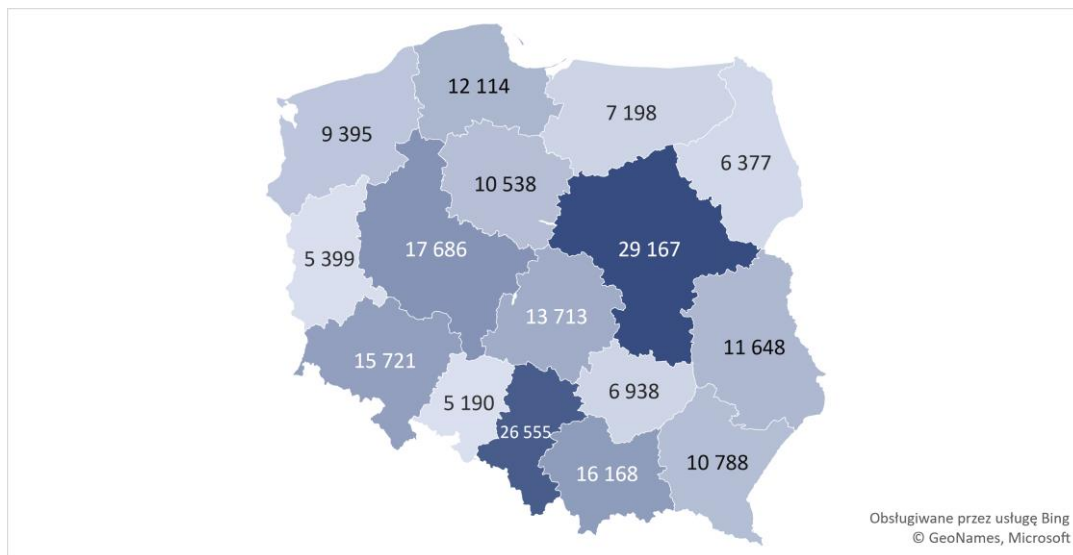
WYKRES 15: Liczba łóżek (bezwzględna) i liczba łóżek na 100 tys. ludności (stan na koniec 2019 r.)



Źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2020 r.

- Można zauważyć, że liczba łóżek na 100 tys. ludności w poszczególnych województwach jest na podobnym poziomie – ww. wskaźnik waha się między 474 (woj. małopolskie) a 588 łóżek (woj. 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: Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2020 r. na podstawie Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL)

- Liczba łóżek waha się w przedziale od 5 190 w województwie opolskim do 29 167 w województwie mazowieckim. Województwo śląskie, które posiada najwyższą liczbę łóżek na 100 tys. mieszkańców, dysponuje drugą co do wysokości bezwzględną liczbą łóżek.



- ✓ 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 1 708 w województwie mazowieckim.

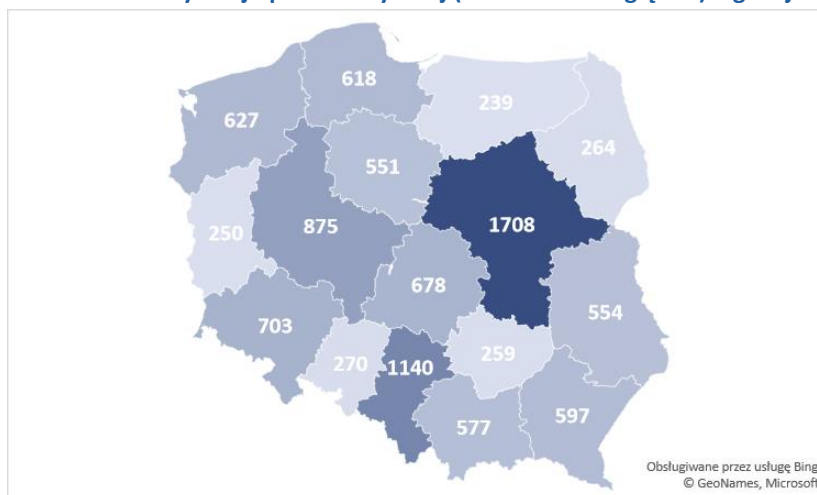
**TABELA 8: Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej (wartość bezwzględna) wg województw w 2019 r.**

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	1 708
8	opolskie	270
9	podkarpackie	597
10	podlaskie	264
11	pomorskie	618
12	śląskie	1 140
13	świętokrzyskie	259
14	warmińsko-mazurskie	239
15	wielkopolskie	875
16	zachodniopomorskie	627
<b>Suma końcowa</b>		<b>9 910</b>

Źródło: Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2020 r. 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: Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2020 r. na podstawie RPWDL

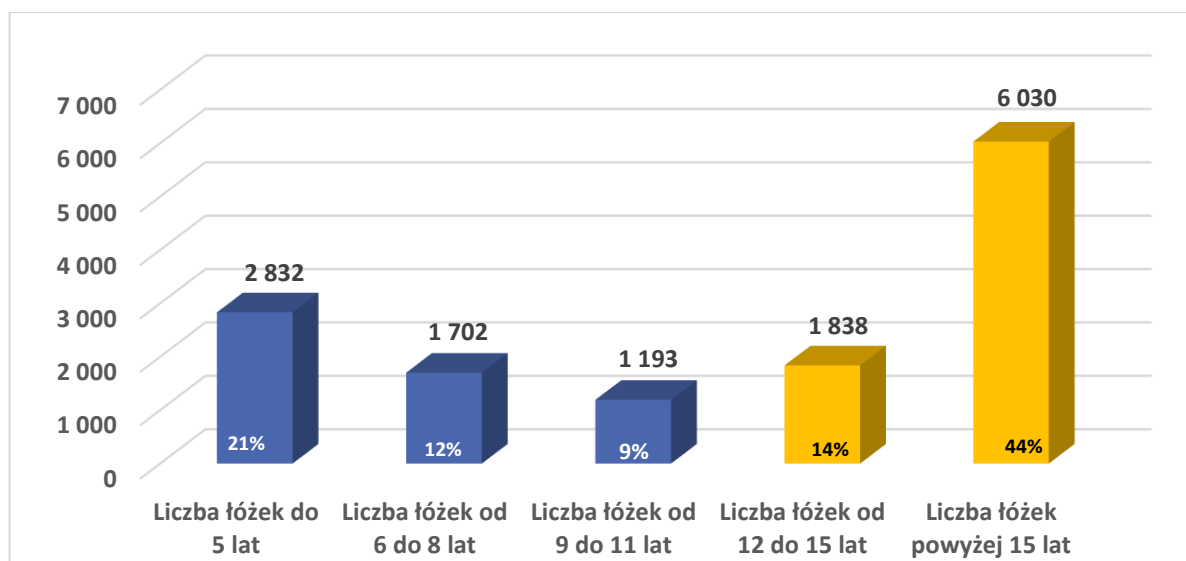
- ✓ Powyższa mapa wskazuje, że w aż pięciu województwach liczba łóżek intensywnej opieki medycznej nie przekracza 400 łóżek, tj. w województwie lubuskim, warmińsko-mazurskim, opolskim, świętokrzyskim

i podlaskim. W województwach o najwyższej liczbie ludności, wartości te przekraczają 1 tys. łóżek – 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 województw lubelskiego i warmińsko-mazurskiego (łącznie podmioty posiadały ok. 18,8 tys. łóżek wg 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, 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 we 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 w wieku 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 będzie się 58% wszystkich łóżek. Są to łóżka obecnie w wieku 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 MZ

### IV.3. Wyzwania

- ✓ Analiza responsywności przeprowadzonej ankiety na poziomie badanych województw, umożliwi przełożenie szacunkowych wyników badania na poziom ogólnopolski (centralny), celem zobrazowania ogólnej sytuacji stanu infrastruktury łóżek szpitalnych i ich wyeksploatowania.
- ✓ Jak pokazało badanie, pomimo 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 w wieku powyżej 15 lat jest 44% i powinny 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 Śmigielski – Zastępca Komendanta w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu.
- ✓ Planowana interwencja stanowić będzie 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 element 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. w wieku 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, celem zobrazowania ogólnej sytuacji stanu infrastruktury łóżek szpitalnych i ich wyeksploatowania.

TABELA 9: Liczba łóżek w poszczególnych kategoriach wiekowych

	Liczba łóżek do 5 lat	Liczba łóżek 6 - 8 lat	Liczba łóżek 9 - 11 lat	Liczba łóżek 12 - 15 lat	Liczba łóżek powyżej 15 lat
% zużycia łóżek z ankiety infrastrukturalnej	21%	12%	9%	14%	44%
szacunkowa liczba łóżek	42 965	24 551	18 414	<b>28 643</b>	<b>90 022</b>

Źródło: opracowanie własne MZ

- ✓ Na podstawie analizy należy przyjąć, że do wymiany w pierwszej kolejności powinny kwalifikować się najstarsze i najbardziej wyeksploatowane łóżka tj. w wieku powyższej 15 lat, których liczbę szacuje się na poziomie 90 022 sztuk. Drugą grupą wymagającą pilnej wymiany w najbliższym czasie są łóżka w wieku 12-15 lat, które stanowią 14% sumarycznej liczby łóżek tj. 28 643 sztuk.
- ✓ Przyjmując, że łóżka w wieku powyżej 12 lat należy uznać za wyeksploatowane, do wymiany zakwalifikować należy 58% wszystkich łóżek, tj. około 120 tys. łóżek.
- ✓ Dzięki wsparciu Funduszu Medycznego, jest planowana wymiana na nowe 75% najstarszych łóżek szpitalnych (12 lat i starszych) – tj. około 90 tys. łóżek (75% z 120 tys. łóżek). Zakłada się, że 5%, tj. 4,5 tys. wymienianych łóżek, stanowić będą 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 pracy i ergonomii pracy personelu medycznego.

#### IV.5. Wskaźniki



**90 300**

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

#### IV.6. Budżet

Przewidywany maksymalny budżet: 1,04 mld PLN

---

**Wsparcie  
infrastruktury  
ratownictwa  
medycznego**



fot. [www.canva.com](http://www.canva.com)

## V. Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego

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

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

Zakłada się, że cel Subfunduszu w tym obszarze będzie osiągnięty dzięki realizacji szeregu działań nakierowanych w szczególności na niżej wymienione interwencje, dedykowane jednostkom systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) oraz jednostkom współpracującym z systemem PRM<sup>31</sup>.

### 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. środków ochrony indywidualnej, urządzeń do kompresji klatki piersiowej;
  - B. modernizacja 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, 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 skład których 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 skład których 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.

<sup>31</sup> Zgodnie z ustawą z dn. 8 września 2016 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2020 r. poz. 882, z późn. zm.)

W ramach interwencji wymienionych w pkt 2 i 3 dopuszcza się także tworzenie całodobowych ładowisk 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.

## V.2. *Diagnoza obecnego potencjału*

### **EPIDEMIOLOGIA STANÓW NAGŁYCH<sup>32</sup>**

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

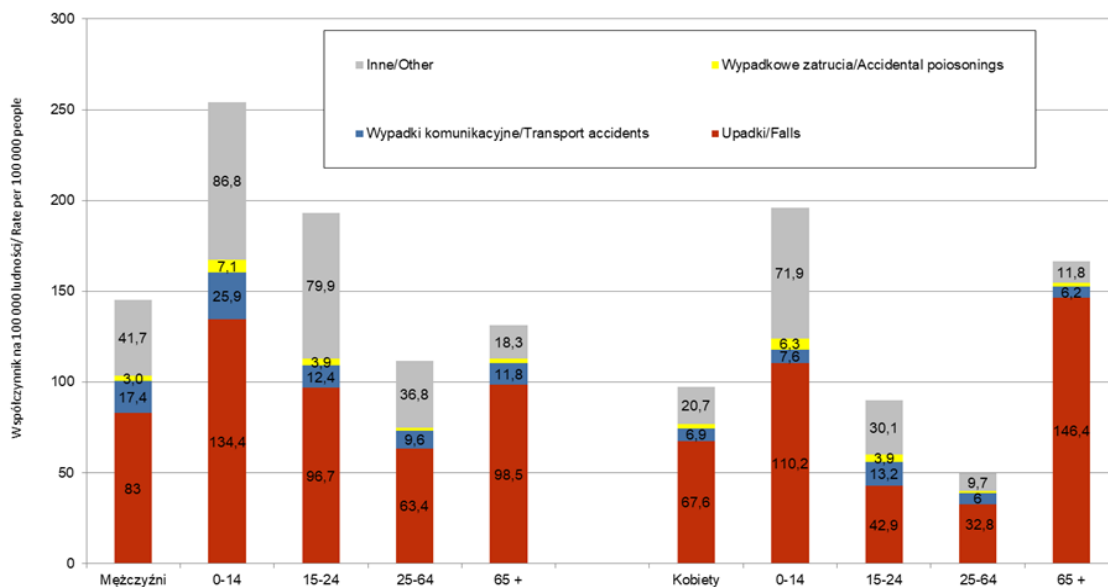
Według danych GUS w 2018 r. w wyniku obrażeń doznanych w wypadkach zginęło ponad 12 700 osób, co stanowi 63% zgonów wywołanych przyczyną zewnętrzną (upadki, samobójstwa, wypadki komunikacyjne, zatrucia, utonięcia). Według modelu przedstawionego przez Europejskie Stowarzyszenie na rzecz Prewencji Wypadków 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 śląskiego<sup>33</sup> pokazują, że najczęściej hospitalizowaną grupą z powodu wypadków są mężczyźni – współczynnik rzeczywisty hospitalizacji mężczyzn z powodu wypadków wynosi 145,1 osób 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 lat 192,9), dziewcząt w wieku 0-14 lat (196 osób) oraz kobiet w wieku powyżej 65 lat (164 osoby).

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

<sup>33</sup> 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).

**WYKRES 19: Współczynniki rzeczywiste hospitalizacji z powodu wypadków na 100 000 ludności w woj. opolskim, podkarpackim i śląskim wg grup wieku i płci w 2018 r. (Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej)**



Źródło: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH - PIB)*

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 Eurostat zagrożenie życia z powodu wypadków w naszym kraju w 2016 r. było o 9,8% wyższe niż przeciętnie w całej UE – **oszacowany przez Eurostat współczynnik standaryzowany zgonów w kraju wynosił 35** podczas gdy w UE 31,8. Zagrożenie życia z powodu wypadków jest też silnie zróżnicowane pomiędzy województwami, co pokazuje poniższy wykres. 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 woj. podkarpackim (20,2 na 100 tys. ludności).

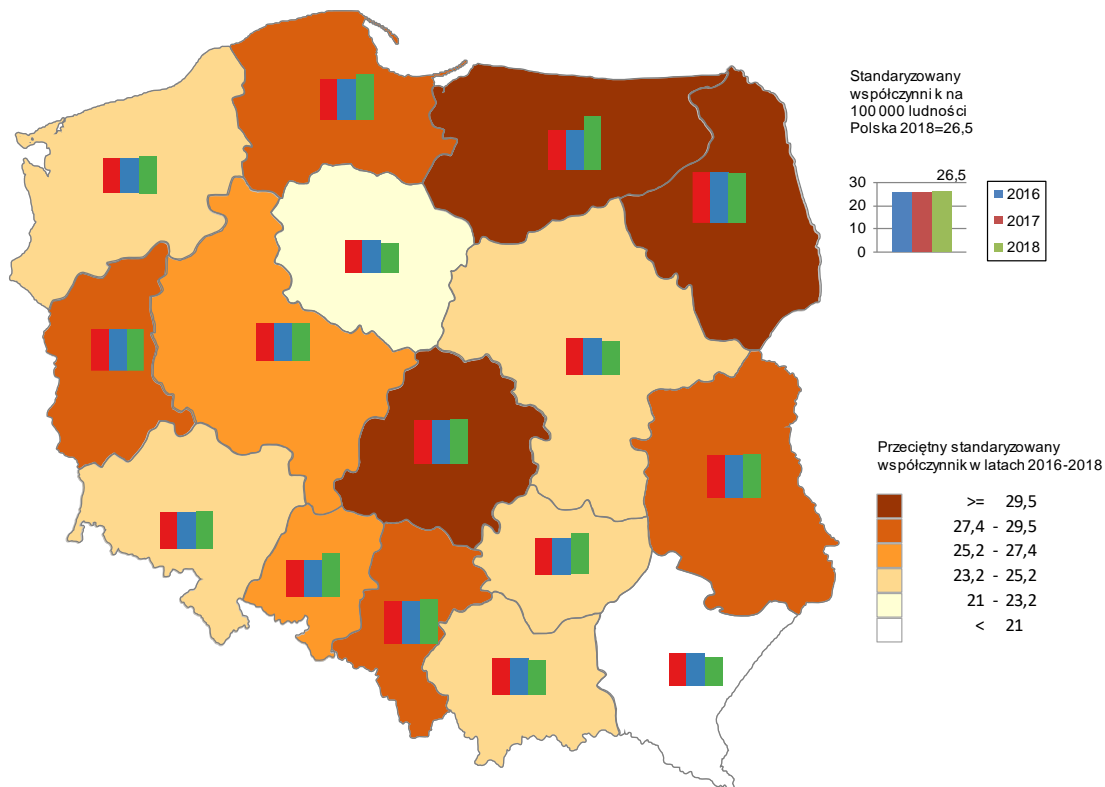
Najczęstszymi wypadkami śmiertelnymi w 2018 r. były upadki (współczynnik rzeczywisty umieralności 11,8 na 100 000 ludności) a następnie wypadki **komunikacyjne** (9,6), **zatrucia** (3,8), **utonięcia** (1,6), **działania ognia, dymu oraz płomieni** (1,3). We wszystkich wymienionych kategoriach wg oszacowań 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 również 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 (obliczenia własne na podstawie danych GUS)**



Źródło: Obliczenia NIZP-PZH na podstawie danych GUS za: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH - PIB)

*„Szybkie udzielenie pierwszej pomocy na miejscu zdarzenia oraz bezpieczny transport pacjenta urazowego pod opieką wykwalifikowanego personelu, powinien 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.” za: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-na-ratunek-systemowi-ratownictwa-medycznego.html>.*

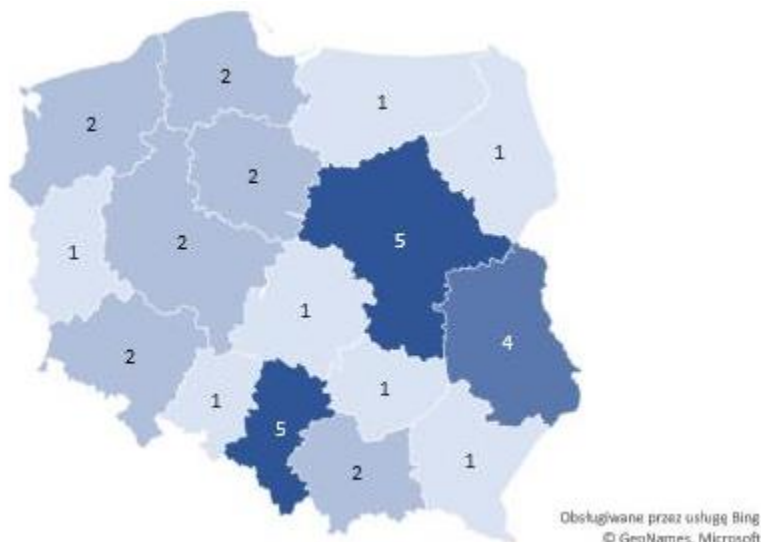
#### SYSTEM PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE<sup>34</sup>

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.

<sup>34</sup> Przygotowane w oparciu o tekst Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, dane własne Ministerstwa Zdrowia oraz dane z Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2020.

Obsługę zgłoszeń alarmowych dot. wezwania pomocy medycznej w stanie nagłym zapewniają dyspozytornie medyczne – w Rzeczypospolitej Polskiej działają **33 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 – 33 lokalizacje



Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia na bazie danych SWD PRM (stan na dzień 25.02.2021)

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 Pogotowia Ratunkowego, ratownictwa górskiego oraz inne podmioty wskazane w art. 15 ustawy o PRM.

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

Sumarycznie w Rzeczypospolitej Polskiej funkcjonuje obecnie **240 SOR**. W zakresie leczenia szpitalnego, stwierdzić należy, że liczba SOR wydaje się być 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 322 tys. mieszkańców. Na mocy ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r., poz. 882 z późn. zm.), 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 8 nowych SOR w lokalizacjach przewidzianych w ww. planie do łącznej liczby 22 SOR – obecnie w woj. śląskim działa 14 SOR.

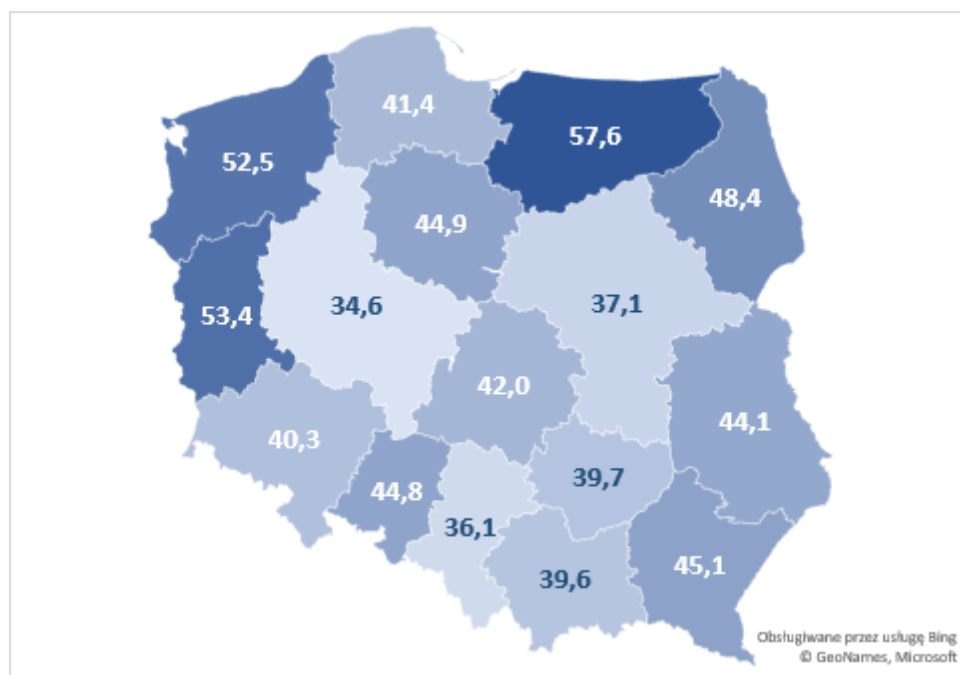
Z systemem współpracują m.in. CU będące wydzielonymi funkcjonalnie częściami szpitali, w których działa SOR, zorganizowanymi tak by szybko i kompleksowo zdiagnozować i leczyć pacjenta urazowego oraz inne jednostki organizacyjne szpitali ujęte w poszczególnych wojewódzkich planach działania systemu, które udzielają



Medyczne czynności ratunkowe na miejscu zdarzenia są udzielane przez **ZRM**. Zespoły te stanowią zarówno ZRM typu P – tzw. zespoły podstawowe, w których skład wchodzi min. 2 ratowników medycznych/pielęgniarek systemu<sup>36</sup> oraz ZRM typu S – tzw. zespoły specjalistyczne, w których pomocy poza min. 2 ratownikami medycznymi/pielęgniarkami systemu udziela również lekarz systemu<sup>37</sup>.

W Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z danymi z Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) funkcjonują obecnie **1 607 naziemne ZRM**. Najwięcej zespołów stacjonuje w województwie mazowieckim (200 ZRM), które jest również najliczniejsze pod względem liczby ludności (5,42 mln mieszkańców w 2020 r.) natomiast najmniej w województwie opolskim (48 ZRM), które jest najmniej zaludnione (ok. 982 tys. mieszkańców w 2020 r.).<sup>38</sup>

**WYKRES 24: Mapa przedstawiająca liczbę ZRM w przeliczeniu na 1 mln ludności – średnia wartość dla kraju wynosi 41,5 ZRM/1 mln mieszkańców**



Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia

<sup>36</sup> Pielęgniarka systemu to pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarkę posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadającą co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym.

<sup>37</sup> Lekarz systemu to:

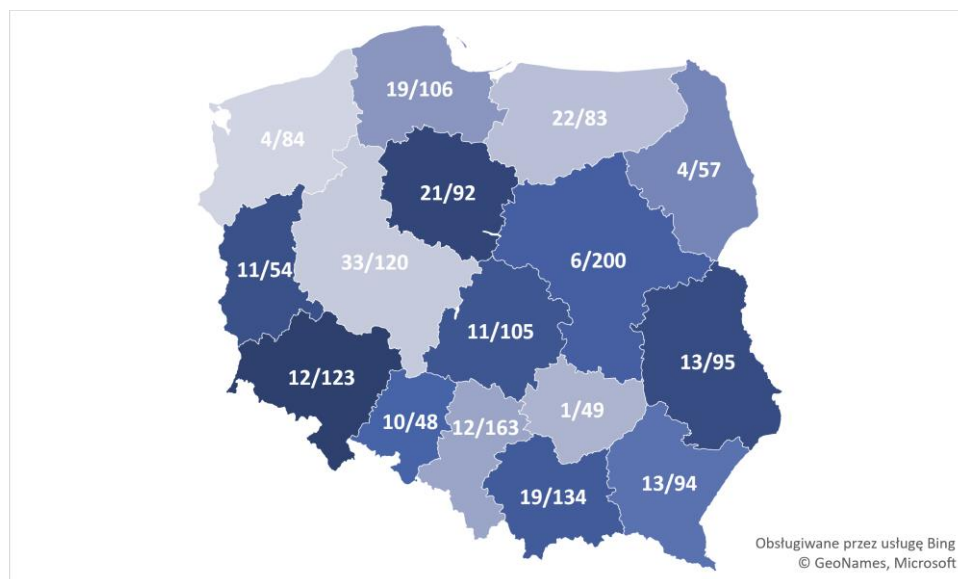
- lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii albo lekarz po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne, lub
- lekarzy posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty 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.

Lekarz spełniający ww. wymagania jest obowiązany rozpocząć szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej do dnia 1 stycznia 2018 r., inaczej przestaje być lekarzem systemu.

<sup>38</sup> <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc-i-ludnosc-w-przekroju-terytorialnym-w-2020-roku,7,17.html>

Zespoły te wchodzi w skład dysponenta ZRM – podmiotu leczniczego zapewniającego działanie przedszpitalnego ogniw systemu PRM w danym rejonie operacyjnym na terenie województwa. W Rzeczypospolitej Polskiej obecnie działa 211 dysponentów ZRM – największa ich liczba działa w województwie wielkopolskim (33 dysponentów), najmniejsza zaś w województwie świętokrzyskim (1 dysponent). **Średnio na jednego dysponenta w kraju przypada 7 zespołów – tym samym dysponent zobowiązany jest do utrzymania floty ambulansów o odpowiedniej liczbie, umożliwiającej niezakłóconą pracę ZRM.**

**WYKRES 25: Zestawienie liczby dysponentów (211 jednostki) z liczbą ZRM (1 607) w kraju w podziale na województwa**



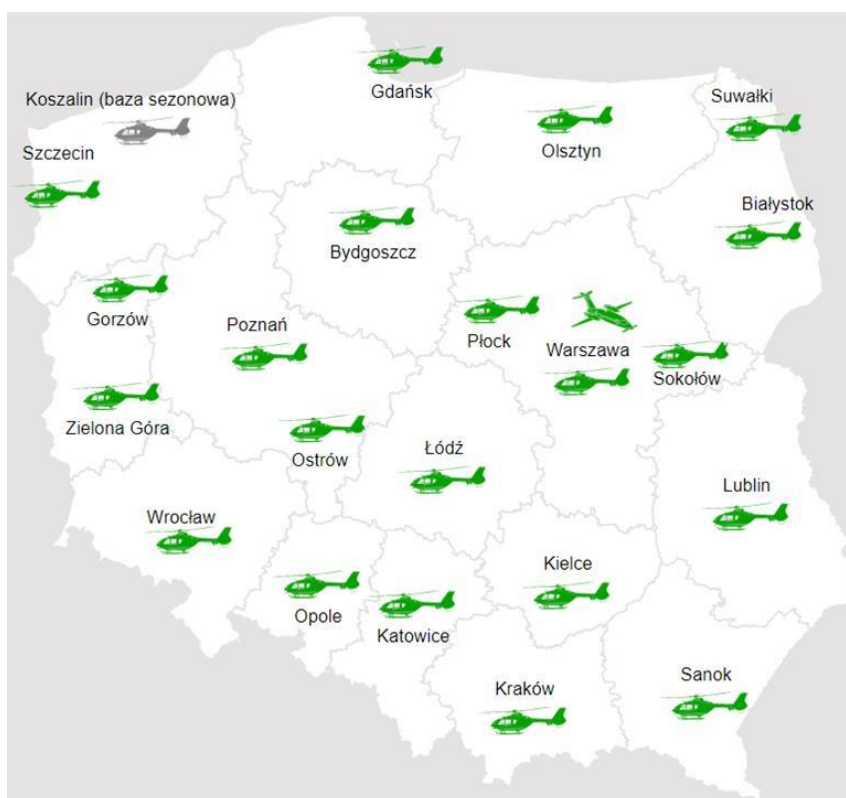
Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia

W 2019 r. wszystkie ZRM udzieliły świadczeń zdrowotnych w miejscu zdarzenia dla ponad **3,1 mln osób**, w tym 72,2% wyjazdów stanowiły wyjazdy do domu pacjenta. W Rzeczypospolitej Polskiej na 1 tys. ludności przypadało ponad 81 osób, 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 – 104 osoby, a najmniej w województwie wielkopolskim – 56 osób.<sup>39</sup> **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 **lotniczy zespół ratownictwa medycznego (LZRM)** wykorzystujący do akcji ratunkowej śmigłowiec. W Rzeczypospolitej Polskiej rolę Śmigłowiec Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS – Helicopter Emergency Medical Service) pełni Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR), będące podmiotem leczniczym, do którego zadań należy przede wszystkim wykonywanie lotów do wypadków i nagłych zachorowań i pomoc ich ofiarom oraz transport pacjentów wymagających opieki medycznej pomiędzy podmiotami leczniczymi w kraju i za granicę Polski. Obecnie śmigłowce stacjonują w **21 bazach stałych rozmieszczonych w całej Polsce oraz w 1 bazie sezonowej w Koszalinie** uruchamianej w czasie letnich wakacji – lokalizację baz przedstawia poniższy rysunek.

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

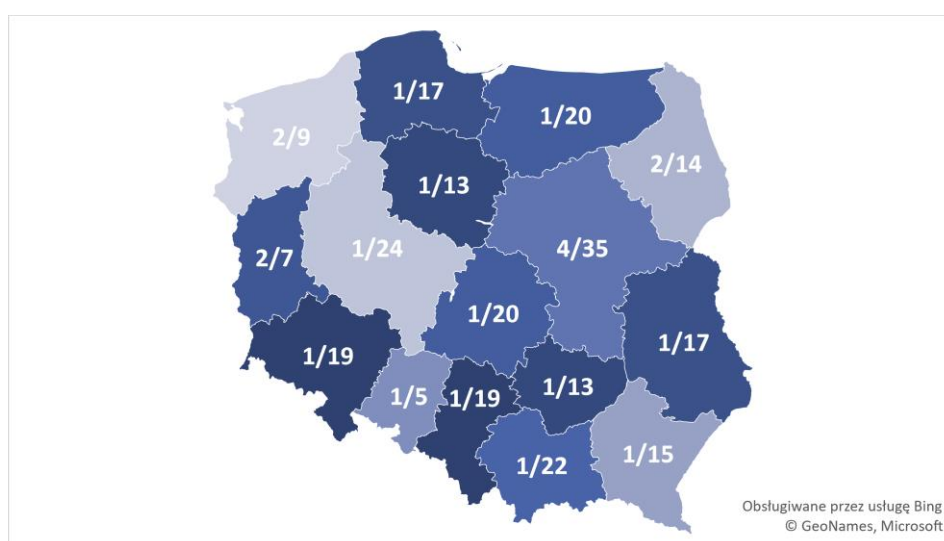
**WYKRES 26: Lokalizacja baz LPR w kraju**



Źródło: <https://www.lpr.com.pl/pl/strona-glowna/>

Gotowość załogi śmigłowca do startu do akcji ratunkowej wynosi 3 minuty od momentu przyjęcia zgłoszenia – zespół jest w stanie dzięki wykorzystaniu nowoczesnej floty składającej się ze śmigłowców EC 135/H135 w ciągu kilkunastu minut dolecieć do miejsca wypadku oddalonego o 60 kilometrów od miejsca stacjonowania. Rokrocznie śmigłowce wykonują ponad 9000 misji, spośród których 80% stanowią loty do zdarzeń nagłych (loty HEMS).

**WYKRES 27: Mapa przedstawiająca liczbę baz LPR oraz lądowisk przyszpitalnych w podziale na województwa w kraju (22 bazy - 269 lądowisk przyszpitalnych)**



Źródło: dane LPR<sup>40</sup> (stan na dzień 21.02.2021 r.)

<sup>40</sup> <https://www.lpr.com.pl/pl/ladowiska/ladowiska-przyszpitalne/>

Według danych LPR, na dzień 21.02.2021 r. w Rzeczypospolitej Polskiej funkcjonuje 269 lądowisk przyszpitalnych – z czego **210 szpitali posiada lądowiska przyszpitalne spełniające wymagania tj. funkcjonujące całodobowo**, a **59 szpitali** dysponuje lądowiskami jednak nie całodobowymi (co uniemożliwia przekazywanie pacjenta przez zespół lotniczy po godzinach funkcjonowania lądowiska przyszpitalnego). Spośród 240 SOR, 190 jednostek posiada lądowiska spełniające wymagania rozporządzenia o SOR, natomiast **18 SOR dysponuje lądowiskami niedostosowanymi do wymagań, a 32 SOR nie posiadają lądowiska przyszpitalnego w ogóle.**

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, który uważany jest za międzynarodowy standard działania).

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 (centra powiadamiania ratunkowego),
- 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 sanitarnego (naziemnego lub powietrznego),
- D. niezwłocznego przyjęcia 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 któregośkolwiek z elementów wpływa na skuteczność działania systemu jako całości.**

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

#### **STAN TECHNICZNY AMBULANSÓW ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO**

**W 2019 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), natomiast najniższą w województwie wielkopolskim (3,5 ZRM na 100 tys. mieszkańców).<sup>41</sup>

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 ich szybsze zużycie i wyeksploatowanie, czego efektem jest podwyższenie kosztów wykonywania świadczeń, z uwagi na konieczność przeprowadzenia częstych napraw. Z uwagi na częste wyjazdy ZRM, odbywające się w warunkach jazdy ekstremalnej, uzyskuje znaczny przebieg w krótkim czasie, a w konsekwencji podlega szybkiemu zużyciu. **Co do zasady, wg przyjętych standardów i konsensusu ekspertów w ratownictwie medycznym, nie powinny być wykorzystywane pojazdy starsze niż 5 lat.**

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 intensywniej 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 pojazdu – dane są przekazywane przez dysponentów w ramach SWD PRM. Spośród 1 607 działających w rejonach operacyjnych ZRM, dysponenci wykazali, iż 974 ambulansów jest w wieku < 5 lat (rok produkcji 2016-2020), dla 633 pojazdów wykazano rok produkcji 2000-2015 (pojazdy w wieku > 5 lat)<sup>42</sup>. **Tym samym, obecnie pojazdów młodszych niż 5 lat w ramach ratownictwa medycznego jest średnio 60,94% spośród wszystkich ZRM (974 z 1607), natomiast pojazdów starszych niż 5 lat i tym samym uznanych za wyeksploatowane jest średnio 39,51% spośród wszystkich ZRM (633 z 1607),** co obrazuje dokładnie poniższa tabela. Dodatkowo należy wskazać, że średni przebieg dla ambulansów w wieku powyżej 5 lat wynosi **240 873 km** – mediana przebiegu dla karetek w wieku powyżej 5 lat to 218 832 km.

**TABELA 10: Zestawienie ambulansów ZRM w kraju z uwzględnieniem wieku.**

Lp.	Województwo	Ambulanse młodsze niż 5 lat		Ambulanse 5-letnie i starsze		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	54	43,90%	69	56,10%	123
2	kujawsko-pomorskie	60	65,22%	32	34,78%	92
3	lubelskie	60	63,16%	35	36,84%	95
4	lubuskie	32	59,26%	22	40,74%	54
5	łódzkie	80	76,19%	25	23,81%	105
6	małopolskie	87	64,93%	47	35,07%	134
7	mazowieckie	147	73,50%	53	26,50%	200
8	opolskie	36	75,00%	12	25,00%	48
9	podkarpackie	69	73,40%	25	26,60%	94
10	podlaskie	39	68,42%	18	31,58%	57
11	pomorskie	42	39,62%	64	60,38%	106

<sup>41</sup> Informacja sygnalna GUS: Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2019 r., <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/pomoc-dorazna-i-ratownictwo-medyczne-w-2019-roku,14,4.html>.

<sup>42</sup> Przy dwóch pozycjach nie wykazano roku produkcji ambulansu lub wpisano go w błędnej formie.



12	śląskie	93	57,06%	70	42,94%	163
13	świętokrzyskie	29	59,18%	20	40,82%	49
14	warmińsko-mazurskie	40	48,19%	43	51,81%	83
15	wielkopolskie	71	59,17%	49	40,83%	120
16	zachodniopomorskie	35	41,67%	49	58,33%	84
Suma		974		633		1607
Średnia		60,88	60,49%	39,56	39,51%	100%

*Źródło: dane Departamentu Bezpieczeństwa Ministerstwa Zdrowia za SWD PRM (na dzień 23.02.2021 r.)*

Najwięcej ambulansów starszych niż 5 lat funkcjonuje w województwie śląskim (70 spośród 163), dolnośląskim (69 spośród 123) i pomorskim (64 spośród 106). Jednak biorąc pod uwagę odsetek pojazdów starszych niż 5 lat w liczbie pojazdów ogółem, największy procentowy udział ambulansów w wieku 5 lat i wyżej jest w województwie pomorskim (60,38%) zachodniopomorskim (58,33%) i dolnośląskim (56,10%). Sumarycznie w Rzeczypospolitej Polskiej **pojazdy wyeksploatowane stanowią średnio ok. 40% floty dysponentów ZRM** – od aż 60,38% spośród wszystkich ZRM w województwie pomorskim do 23,81% w województwie łódzkim.

**Ambulanse młodsze niż 5 lat stanowią średnio ok. 60% floty dysponentów ZRM** – od 76,19% spośród wszystkich pojazdów wykorzystywanych w ZRM w województwie łódzkim do jedynie 39,62% w województwie pomorskim. Najwięcej pojazdów młodszych operuje w województwie mazowieckim (147 spośród 200 pojazdów), śląskim (93 spośród 163), małopolskim (87 spośród 134) oraz łódzkim (80 spośród 105). Procentowo, największy udział ambulansów młodszych niż 5 lat we flocie dysponentów jest w województwie łódzkim (76,19%), opolskim (75%), mazowieckim (73,5%) i podkarpackim (73,4%).

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: pomorskim (powyżej 60% floty wyeksploatowanej), dalej zachodniopomorskim i dolnośląskim (powyżej 50% floty wyeksploatowanej).

Dodatkowo, przy wymianie ambulansów należy mieć w dalszej kolejności na uwadze również przebieg, czyli liczbę przejechanych przez dany pojazd kilometrów – zgodnie ze stanowiskiem konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej i przedstawicieli dysponentów, można przyjąć, iż 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 134 pojazdów wskazali, że przebieg wynosi >300 tys. km. Jednakże, mając na uwadze różną specyfikę rejonów operacyjnych działania ZRM (tereny wiejskie, poza obszarami zabudowanymi jak i w aglomeracjach, o lepszym stanie infrastruktury drogowej) pierwszym kryterium wymiany ambulansu winien być wiek >5 lat.

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

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

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, w dniu 1 kwietnia 2019 r. weszły w życie przepisy nowelizacji ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r., poz. 882 z późn. zm.), które ograniczyły możliwość uczestniczenia w systemie jako dysponentów ZRM wyłącznie do podmiotów publicznych, 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 podjął działania w zakresie wymiany taboru samochodowego, który z uwagi na częste wyjazdy ZRM, odbywające się w trudnych warunkach drogowych, uzyskują znaczny przebieg w krótkim czasie, a w konsekwencji podlegają szybkiemu zużyciu.

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 dokonania podziału środków zostało zakupionych 200 nowych ambulansów w celu odnowy i wzmocnienia taboru samochodowego, wykorzystywanego przez ZRM w kraju, co z pewnością przyczyni się do sprawniejszego działania systemu.

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, Działanie 9.1 pn. 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 koronawirusem SARS-CoV-2 oraz dla personelu medycznego, do którego 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 koronawirusem 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 był planowany zakup kolejnych 112 ambulansów. Łączne wsparcie ze środków POIiŚ pozwoli na zakup około 209 ambulansów z pełnym wyposażeniem co znacznie zmieni strukturę wieku ambulansów funkcjonujących w systemie. Wsparcie z POIiŚ zapewni zwiększenie udziału ambulansów młodszych niż 5 lat w ogólnej liczbie ambulansów w Rzeczypospolitej Polskiej z około 60% do 74% czyli aż o 14%. Szczegółnej poprawie ulegnie sytuacja w województwach: dolnośląskim, pomorskim

i zachodniopomorskim gdzie udział procentowy ambulansów 5-letnich i starszych w liczbie ambulansów ogółem w województwie spadnie z blisko 60% do ok. 40%. Należy również zwrócić uwagę na spodziewaną, znaczną poprawę sytuacji w województwie śląskim, które plasuje się na drugiej pozycji jeśli chodzi o bezwzględną liczbę ambulansów funkcjonujących w systemie – 163 pojazdy. Otrzymane środki pozwolą w tym województwie na wymianę aż 25 pojazdów co spowoduje spadek liczby ambulansów 5-letnich i starszych z 70 do 45.

Realizowany w latach 2020-2021 zakup ambulansów ze środków POIiŚ sprawi, że w większości województw udział procentowy ambulansów 5-letnich i starszych w liczbie ambulansów ogółem w województwie spadnie do poniżej 30%. Natomiast udział procentowy ambulansów młodszych niż 5 lat będzie wyższy niż 70% aż w 11 województwach. W żadnym z województw udział ten nie będzie niższy niż 50%.

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 MEDYCZNEGO<sup>43</sup>**

W 2005 r. uchwalono ustawę o ustanowieniu programu wieloletniego „Wymiana śmigłowców Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w latach 2005-2010”, w wyniku którego konsorcjum Eurocopter dostarczyło 23 nowoczesnych śmigłowców 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 cztery nowe śmigłowce H135, dzięki którym możliwe było utworzenie w 2016 r. na terenie kraju czterech 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 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.

Projekt pn. „Wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – etap 3” 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 27 179 586,99 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 przesuwownicy, przebudowy stacji paliw i budowy FATO. Projekty te są współfinansowane w 20 % ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i w 80 % ze środków Ministerstwa Zdrowia w ramach działania 9.1 *Infrastruktura ratownictwa medycznego* oś priorytetowa IX

---

<sup>43</sup> Za danymi LPR dostępnymi pod adresem: <https://www.lpr.com.pl/pl/o-nas/historia/>.

Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia, *Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020*.

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 inwestycji 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 ich działalności, nieprzystosowanych do profilu zadań tych jednostek. 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 których strukturach 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 powoduje szybkie zużywanie się sprzętu. Równoległe, dokonujący się rokrocznie postęp technologiczny dot. m.in. technologii medycznych powoduje, iż 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. poz. 1213, z późn. zm.) nałożyło na kierowników szpitali posiadających Szpitalne Oddziały Ratunkowe 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 ww. rozporządzeniem.

Równocześnie jest niezadowalający stan infrastruktury CU, także tych dedykowanych 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 jednym z najcięższych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego, wymagających od początku szerokiej diagnostyki i wdrożenia wielodyscyplinarnego leczenia. Utworzone w tym celu CU, posiadają nie tylko będący całodobowo w stanie gotowości zespół specjalistów medycznych tworzących zespół urazowy, lecz również wysokospecjalistyczną infrastrukturę diagnostyczno-terapeutyczną, złożoną z oddziałów szpitalnych, w tym oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, bloku operacyjnego, pracowni diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej, endoskopowej. CU dysponować musi również 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. ilość wykonywanych procedur, długość pobytu w szpitalu, długość rehabilitacji) oraz ich aktywności zawodowej, a w konsekwencji wpływa na koszty leczenia oraz wysokość wypłacanych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, związanych z niezdolnością do pracy (renty, świadczenia rehabilitacyjne, zwolnienia od pracy).

W ramach IX osi priorytetowej *Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (POIŚ)* 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 epidemiologiczną oraz dostępność infrastruktury.

Wsparte zostają także istniejące jednostki systemu (SOR) i jednostki współpracujące z systemem (CU), w celu poprawy jakości i dostępności do udzielanych świadczeń zdrowotnych 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 Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020 (POIŚ) do 31 grudnia 2020 r. Minister Zdrowia podpisał 241 umów o dofinansowanie w zakresie wsparcia istniejących oddziałów ratunkowych, których wartość całkowita wynosi ok. 703 mln zł. Do dnia 31 grudnia 2020 r. zakończono 219 projektów natomiast dalej są realizowane 22 projekty w ramach ww. umów. Ponadto w ramach POIŚ 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 506 mln zł. Do dnia 31 grudnia 2020 r. zakończono 10 projektów natomiast dalej realizowanych jest 13 projektów.

Sumarycznie ze środków POIŚ na lata 2014-2020 wsparto dotychczas modernizację i doposażenie lub utworzenie **190 SOR** co stanowi ok. **80% obecnie funkcjonujących SOR**.

W ramach POIŚ na lata 2014-2020 do 31 grudnia 2020 r. zawarto 13 umów w łącznej wysokości 38 mln zł o dofinansowanie w zakresie wsparcia istniejących centrów urazowych dla dorosłych oraz 12 umów o dofinansowanie polegających na utworzeniu nowych centrów urazowych (2 CU dla osób dorosłych, 9 CU dla dzieci oraz 1 CU dla dzieci oraz osób dorosłych) – o łącznej wartości dofinansowania wynoszącej 148 mln zł. Do dnia 31 grudnia 2020 r. zakończono realizację 21 projektów natomiast w dalszej realizacji pozostały 4 projekty.

### V.3. Wyzwania

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 pozaszpitalnym, czyli w zakresie wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego w środki transportu sanitarnego (ambulance), jak i szpitalnym, czyli w odniesieniu do SOR, CU i CU dla dzieci.

Równoległe w ślad za przepisami określającymi wymogi dla pojazdów wykorzystywanych w transporcie medycznym i normy jakościowe dla sprzętu medycznego, ambulance będące podstawową infrastrukturą użytkowaną w opiece przedszpitalnej muszą działać niezawodnie w każdym terenie i 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 nie jedno 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 wskazują 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 633** w ramach floty podstawowej, działającej w strukturach ZRM, co stanowi aż **ok. 40% liczby użytkowanych pojazdów ZRM**). Pojazdy te z racji intensywnej eksploatacji częściej podlegają rutynowej konserwacji i wymianie części, jak i są wyłączone 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. **Zasadnym jest skierowanie wsparcia również celem 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, iż to właśnie po zabezpieczeniu pacjenta na miejscu zdarzenia, w SOR i CU toczą się decydujące o dalszej sprawności i warunkujące przeżycie procedury diagnostyczne oraz nierzadko wysokospecjalistyczne świadczenia. Użytkowany sprzęt musi zapewniać wszechstronność działania, łatwość obsługi a także możliwość wdrożenia już na etapie początkowej opieki właściwego leczenia.

Równocześnie, sama struktura SOR i organizacja jego przestrzeni wpływa na jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń. Tym samym każdy szpitalny oddział ratunkowy 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 winien również dysponować odpowiednim lądowiskiem lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym bezpośrednio przy SOR celem sprawnego przekazania pacjenta – wymóg ten każdy SOR zgodnie z obecnym prawodawstwem winien spełnić do końca 2021 r. Mając na uwadze, iż zapewnienie lądowiska dla LZRM umożliwi kompleksową pomoc i znaczne skrócenie czasu dostępu pacjenta w stanie nagłym do opieki szpitalnej, jest **konieczne dalsze wsparcie SOR w dostosowywaniu obecnie funkcjonujących lądowisk do całodobowej gotowości i spełnienia wymagań technicznych, jak i tworzenie nowych w jednostkach nieposiadających lądowisk.**

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

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

Pomimo 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 jak i potrzebę i plany dot. utworzenia nowych jednostek celem zapewnienie równego dostępu do świadczeń we wszystkich regionach kraju, istnieje potrzeba ich dalszego cyklicznego doposażania i modernizacji.

Wsparcie poszczególnych jednostek systemu PRM oraz jednostek współpracujących pozwala zwiększać nie tylko jego efektywność, poprawiać jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń, lecz również umożliwiać wypełnienie luk 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 skierowanego dla infrastruktury ratownictwa medycznego ze środków Funduszu Medycznego będzie wymiana wyeksploatowanych ambulansów dla ZRM, których wiek wynosi 5 lat i więcej, mając na uwadze ich kluczowe znaczenie dla prawidłowości funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.*

*Równoległe, strategiczną interwencją do podjęcia ze środków Funduszu Medycznego, będzie tworzenie całodobowych lądowisk przy SOR lub dostosowanie obecnie funkcjonujących, celem spełnienia przez wszystkie jednostki wymagań wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. poz. 1213, z późn. zm.).*

*Wymienione poniżej pozostałe interwencje skierowane dla jednostek systemu PRM i jednostek z nim współpracujących będą podejmowane i finansowane w ramach Funduszu po bieżącej*

- ✓ Interwencją planuje się objąć szereg działań, dedykowanych jednostkom systemu PRM, którymi są szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego (w tym lotnicze zespoły ratownictwa), ze szczególnym uwzględnieniem **wymiany wyeksploatowanych ambulansów, których wiek wynosi 5 lat i więcej** oraz w dalszej kolejności o przebiegu większym niż 300 tys. km.
- ✓ W ramach Programu planuje się dokonać **zakupu 422 nowych ambulansów dla ZRM**, co pozwoli zapewnić wymianę ok. **66% odsetka floty kwalifikującej się do wymiany z uwagi na wiek** (spośród 633 pojazdów starszych niż 5 lat).

- ✓ 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 dot. nowoczesnej infrastruktury i użytkowania wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego, wsparciem winny zostać objęte **te spośród obecnie funkcjonujących 240 SOR, które wymagają dalszej modernizacji pomieszczeń i wymiany sprzętu, nieobjętych do tej pory wsparciem ze środków POIŚ tj. ok. 50 SOR oraz w dłuższej perspektywie dla ok. 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. woj. śląskie), jest zasadne wsparcie tworzenia nowych SOR lub przekształcania istniejących struktur izb przyjęć w SOR. Biorąc pod uwagę, iż jeden SOR powinien obejmować 150 tys. mieszkańców, jest zasadnym utworzenie na terenie województwa śląskiego **8 nowych SOR** i zaplanowanie wsparcia w tym zakresie **dla 5 jednostek**. Województwo śląskie zamieszkuje zgodnie z aktualnymi danymi Głównego Urzędu Statystycznego ponad 4,5 mln osób – w przeliczeniu na jeden SOR przypada tam 322 tys. mieszkańców, a więc ponad dwukrotnie więcej niż przyjęte założenia sprawnego funkcjonowania systemu PRM. Przy planowanym zwiększeniu liczby SOR o 8 nowych jednostek (z 14 do 22 na Śląsku), jeden SOR obejmie zasięgiem ok. 205 tys. mieszkańców, co pozwoli znacznie zredukować deficyt w tym zakresie i zapewnić bezpieczne i efektywne funkcjonowanie systemu PRM w woj. śląskim.
- ✓ Z uwagi na zmieniające się przepisy prawa w zakresie wymagań jakie winny spełniać SOR jest zasadnym objęcie wsparciem podmiotów leczniczych, które w swoich strukturach mają SOR, celem budowy i dostosowania lądowisk przyszpitalnych do obecnych wymagań – spośród obecnie działających 240 SOR, **32 SOR nie posiadają lądowisk wcale a 18 SOR posiadają 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 p/pożarowego i windy. **Tym samym należy dążyć do zapewnienia wsparcia inwestycji polegających na budowie lądowisk lub ich dostosowaniu do wymagań dla łącznie 50 SOR<sup>44</sup>**.
- ✓ W celu zapewnienia najwyższych standardów opieki nad pacjentem i umożliwienia dalszego rozwoju obecnie funkcjonujących 17 centrów urazowych dla dorosłych i sumarycznie utworzonych i planowanych 13 centrów urazowych dla dzieci, jest zasadne objęcie wsparciem w zakresie modernizacji istniejących zasobów lub doposażenia w sprzęt medyczny tych centrów, które nie zostały dotychczas objęte wsparciem z POIŚ na lata 2014-2020 oraz dla których kończy się okres trwałości zrealizowanych inwestycji jak i tych planowanych do utworzenia jednostek dedykowanych dzieciom. **Szacuje się, iż w ramach Programu, wsparcie zostanie skierowane do ok. 65% obecnie funkcjonujących jak i planowanych do utworzenia w trakcie realizacji Programu centrów tj. łącznie 20 CU i CUD**.
- ✓ Ponadto, mając na uwadze częste wypadki komunikacyjne i zdarzenia nagłe, w których występują urazy wielonarządowe, należy wskazać, że obszarem niezbędnym do dalszego wsparcia w uzupełnieniu interwencji dot. 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,**

---

<sup>44</sup> 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.



**zakupionego wraz ze śmigłowcami w latach 2009- 2010** – jest zasadnym wsparciem w zakresie zakupu około **30 kompletów sprzętu medycznego stanowiącego wyposażenie śmigłowców** (objęcie wsparciem wszystkich załóg LPR wraz z zapasowym sprzętem). Ponadto, jest zasadnym 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 wymiany 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**

zakupionych ambulansów



**387**

zmodernizowanych  
i doposażonych jednostek  
systemu PRM i jednostek  
współpracujących z nim



**22**

doposażone bazy LPR

## V.6 Budżet

Przewidywany maksymalny budżet: 1,72 mld PLN

---

# Ramy finansowe



fot. [www.canva.com](http://www.canva.com)

## VI. Ramy finansowe

---

Ramy finansowe Programu Modernizacji Podmiotów Leczniczych określające zasady wieloletniego finansowania realizacji polityki rozwoju są ujęte w przepisach o finansach publicznych. Ustawa z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym wskazuje źródła oraz zasady gromadzenia środków Funduszu, a także wytyczne udzielania finansowania i dofinansowania z ww. środków. Zgodnie z przepisami ustawy 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, finansowany będzie ze środków publicznych a dofinansowanie zaplanowanych w nim zadań następuje w formie dotacji celowej ze środków subfunduszu.

**Planowane nakłady z budżetu państwa 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 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 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 przeznaczone będą na inwestycje w rozwój infrastruktury w zakresie opieki długoterminowej i geriatrii w tym m.in. tworzenie nowych oddziałów i struktur w podmiotach leczniczych oraz rozwój istniejących przez zwiększenie liczby łóżek na istniejących oddziałach.

Ze wsparcia będą mogły skorzystać podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w warunkach stacjonarnych w zakresie leczenia szpitalnego – geriatry, 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, dostosowane do specyfiki działalności danego oddziału, w tym łóżka intensywnej opieki medycznej i specjalistyczne. Środki finansowe na realizację zadań w ww. obszarze będą przeznaczone 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 zarówno na etapie 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 lotniczych zespołów ratownictwa medycznego (LZRM) jak i szpitalnym, czyli w odniesieniu do SOR i CU, w tym budowy i dostosowania lądowisk przyszpitalnych w miejscu działalności SOR.

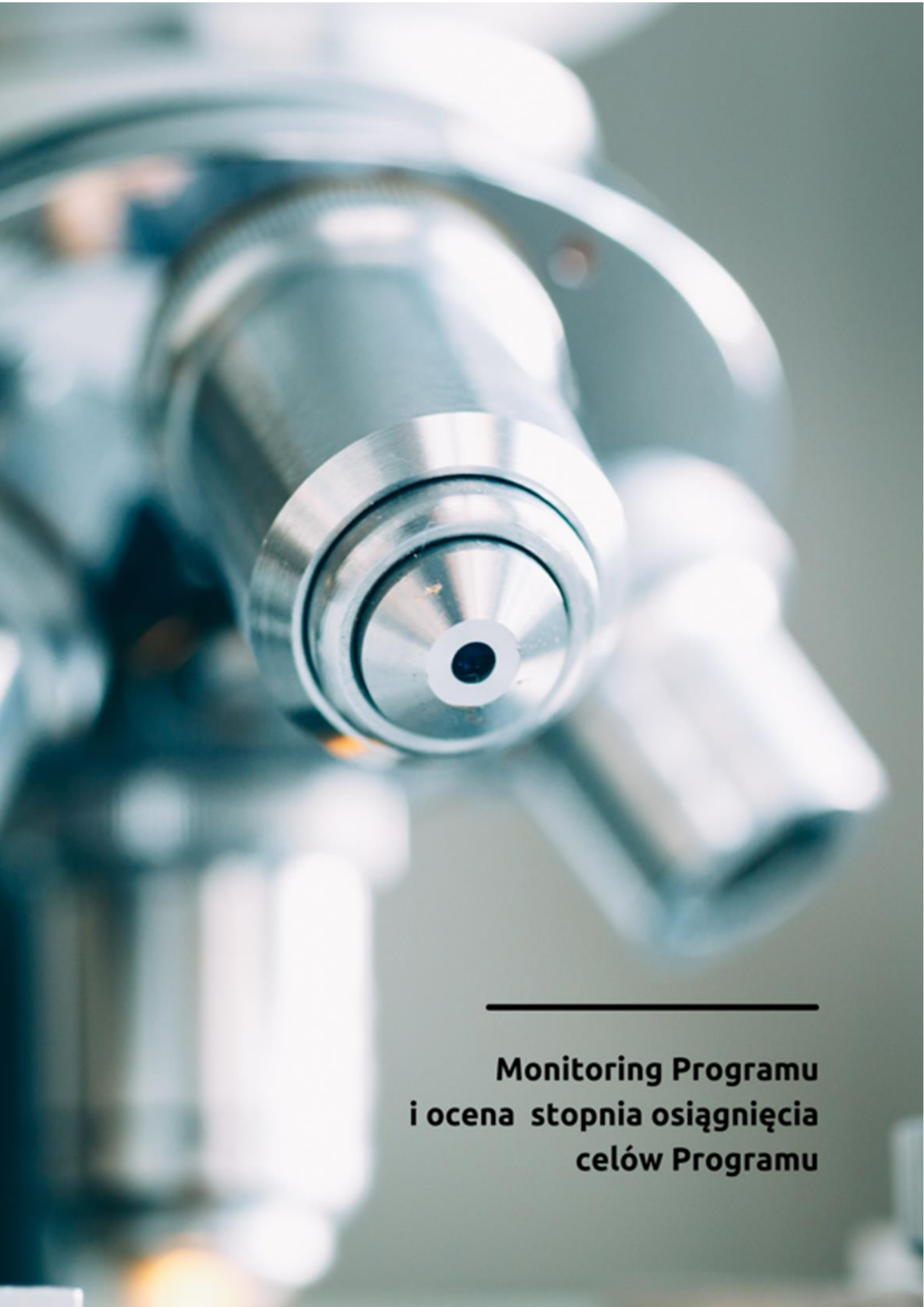
Jako jeden z pierwszych konkursów planowany jest nabór wniosków w zakresie budowy i modernizacji lądowisk przy Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych, co wynika z konieczności wypełnienia przez kierowników szpitali posiadających Szpitalne Oddziały Ratunkowe zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. poz. 1213, z późn. zm.). Planowane są również nabory w zakresie modernizacji i doposażenia SOR, wsparcia naziemnych zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) i lotniczych zespołów ratownictwa medycznego (LZRM) oraz wsparcia centrów urazowych (CU) oraz centrów urazowych dla dzieci (CUD).

Ze wsparcia będą mogły skorzystać podmioty lecznicze, w skład których wchodzi jednostki systemu PRM (zespoły ratownictwa medycznego w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz szpitalne oddziały ratunkowe), jednostki współpracujące z systemem PRM (centra urazowe dla dorosłych i dla dzieci). 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
<b>1.</b>	<b>Wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo – leczniczych</b>	<b>4 mld zł</b>
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 geriatry oraz struktury opieki długoterminowej, w ramach których udzielane będą stacjonarne świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze finansowane ze środków publicznych.	1,4 mld zł
1.2.	Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie geriatry lub opieka długoterminowa w ramach stacjonarnych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.	0,7 mld zł
1.3.	Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych tworzących nowe oddziały lub struktury, w których ze środków publicznych udzielane będą 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).	1,9 mld zł
<b>2.</b>	<b>Wymiana łóżek szpitalnych</b>	<b>1 mld zł</b>
2.1.	Wymiana zużytych i przestarzałych łóżek szpitalnych wraz z materacami, szafkami przyłóżkowymi oraz niezbędnym dodatkowym wyposażeniem.	1 mld zł
<b>3.</b>	<b>Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego</b>	<b>1,7 mld zł</b>
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).	0,8 mld zł
3.2.	Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych z zakresu leczenia szpitalnego, w skład których wchodzi jednostki systemu PRM – szpitalne oddziały ratunkowe (SOR).	0,7 mld zł
3.3.	Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych z zakresu leczenia szpitalnego, w skład których wchodzi jednostki współpracujące z systemem PRM – centra urazowe (CU) oraz centra urazowe dla dzieci (CUD).	0,2 mld zł

Minister właściwy do spraw zdrowia, przy realizacji działań Programu Inwestycyjnego Modernizacji Podmiotów Leczniczych, 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, 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 <sup>45</sup>
1.	<i>Liczba zmodernizowanych i doposażonych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie opieki długoterminowej</i>	177
2.	<i>Liczba zmodernizowanych i doposażonych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie geriatry</i>	60
3.	<i>Liczba nowoutworzonych łóżek w opiece długoterminowej</i>	15 000
4.	<i>Liczba nowoutworzonych łóżek w geriatry</i>	1000
5.	<i>Liczba wymienionych łóżek, w tym intensywnej opieki medycznej</i>	90 300
6.	Liczba zakupionych ambulansów	422
7.	Liczba zmodernizowanych i doposażonych jednostek systemu PRM i jednostek współpracujących z nim	387
8.	Liczba doposażonych 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.

<sup>45</sup> Przedstawiona wartość wskaźników wynika ze zmapowanych potrzeb w ramach obszarów wsparcia objętych programem i przedstawionych w poszczególnych rozdziałach. Ostateczny stopień realizacji zakładanych wskaźników będzie uzależnionych 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%.