



PROGRAM INWESTYCYJNY MODERNIZACJI PODMIOTÓW LECZNICZYCH

Warszawa, sierpień 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	21
III.4.3.	Cel interwencji w obszarze opieki długoterminowej	24
III.5.	Geriatrya	24
III.5.1.	Diagnoza obecnego potencjału	24
III.5.2.	Wyzwania	30
III.5.3.	Cel interwencji w obszarze geriatryi	32
III.6.	Podsumowanie	33
III.7.	Oczekiwany rezultat	35
III.8.	Wskaźniki	36
III.9.	Budżet	36
IV.	Wymiana łóżek szpitalnych	38
IV.1.	Planowane interwencje	38
IV.2.	Diagnoza obecnego potencjału	40
IV.3.	Wyzwania	44
IV.4.	Cel interwencji	44
IV.5.	Wskaźniki	45
IV.6.	Budżet	45
V.	Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego	47
V.1.	Planowane interwencje	47
V.2.	Diagnoza obecnego potencjału	48
V.3.	Wyzwania	62
V.4.	Cel interwencji	64
V.5.	Wskaźniki	65
V.6.	Budżet	65
VI.	Ramy finansowe	67
VII.	Monitoring Programu i ocena stopnia osiągnięcia celów Programu	72

Informacje ogólne

4

5

6

7

17

16

8

9

10

11

12

13

15

18

19

I. Informacje ogólne

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

Program Inwestycyjny Modernizacji Podmiotów Leczniczych (dalej: „Program”) to program inwestycyjny, którego celem jest poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia. Program realizowany jest w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych wyodrębnionego w strukturze Funduszu Medycznego – mechanizmu finansowego, ustanowionego na mocy ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 889, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o Funduszu Medycznym”, którego celem jest poprawa zdrowia i jakości życia w Rzeczypospolitej Polskiej przez zapewnienie dodatkowych źródeł finansowania w zakresie:

- ✓ profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób cywilizacyjnych, w tym chorób nowotworowych, chorób zakaźnych i chorób rzadkich;
- ✓ infrastruktury ochrony zdrowia wpływającej na jakość i dostępność oraz bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- ✓ dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej;
- ✓ rozwoju systemu opieki zdrowotnej przez koncentrację działań wokół pacjenta i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia pacjentów i ich rodzin;
- ✓ świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia;
- ✓ świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju.

Subfundusz modernizacji podmiotów leczniczych to mechanizm finansowy, który został utworzony w wyniku zdiagnozowanych potrzeb w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia. Wychodzi naprzeciw zidentyfikowanym potrzebom, a dzięki temu pozwala na poprawę konkretnych elementów systemu opieki zdrowotnej. Daje możliwość realizacji inwestycji w infrastrukturę budowlaną oraz jej wyposażenie, co przekładać się będzie na podniesienie komfortu i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Celem subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych jest poprawa jakości opieki zdrowotnej i dostępności do niej oraz poprawa bezpieczeństwa udzielanych świadczeń przez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia.

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

PROGRAM MODERNIZACJI PODMIOTÓW LECZNICZYCH

1

Okres realizacji: 2022–2029.

2

Szacunkowy budżet: 5 100 mln zł.

3

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

4

Działania w następujących obszarach:

- ✓ wsparcie rozwoju infrastruktury świadczeń opiekuńczo-leczniczych, świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach stacjonarnych,
- ✓ wsparcie centrów zdrowia 75+ (dalej: CZ75+), o których mowa w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1666, z późn. zm.),
- ✓ wymiana łóżek szpitalnych,
- ✓ wsparcie procesów konsolidacyjnych podmiotów leczniczych,
- ✓ wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego.

Wprowadzenie

II. Wprowadzenie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

W poniższych rozdziałach zaprezentowano poszczególne obszary interwencji.

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

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 – geriatryczna oraz świadczenia opieki geriatrycznej udzielanej poza oddziałami geriatrycznymi,
- ✓ opieki długoterminowej – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach stacjonarnych i domowych,
- ✓ leczenia w ramach CZ75+.

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: geriatryczna;
- B. struktury opieki długoterminowej w ramach, której udzielane będą stacjonarne i domowe 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 świadczeń finansowanych ze środków publicznych w rodzaju:

- A. leczenie szpitalne w zakresie: geriatryczna oraz świadczenia opieki geriatrycznej udzielanej poza oddziałami geriatrycznymi;
- B. opieka długoterminowa w ramach stacjonarnych i domowych 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 świadczenia w rodzaju:

- A. leczenie szpitalne w zakresie: geriatryczna;
- 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 geriatryki 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 geriatryki.

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

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

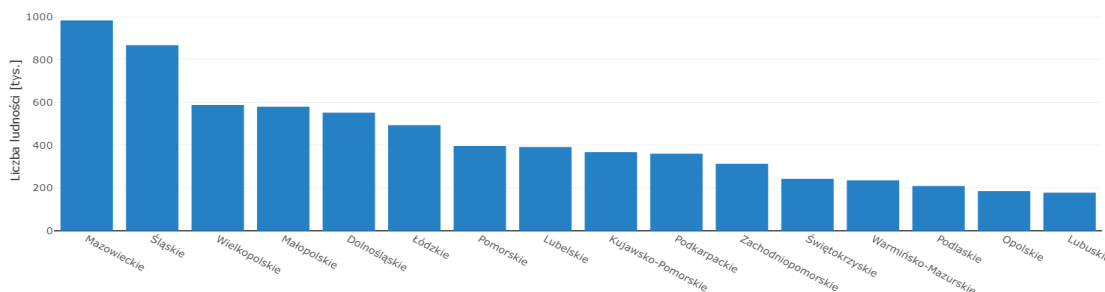
III.2. Demografia⁴⁾

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

III.3. Zasoby i możliwości

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

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

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

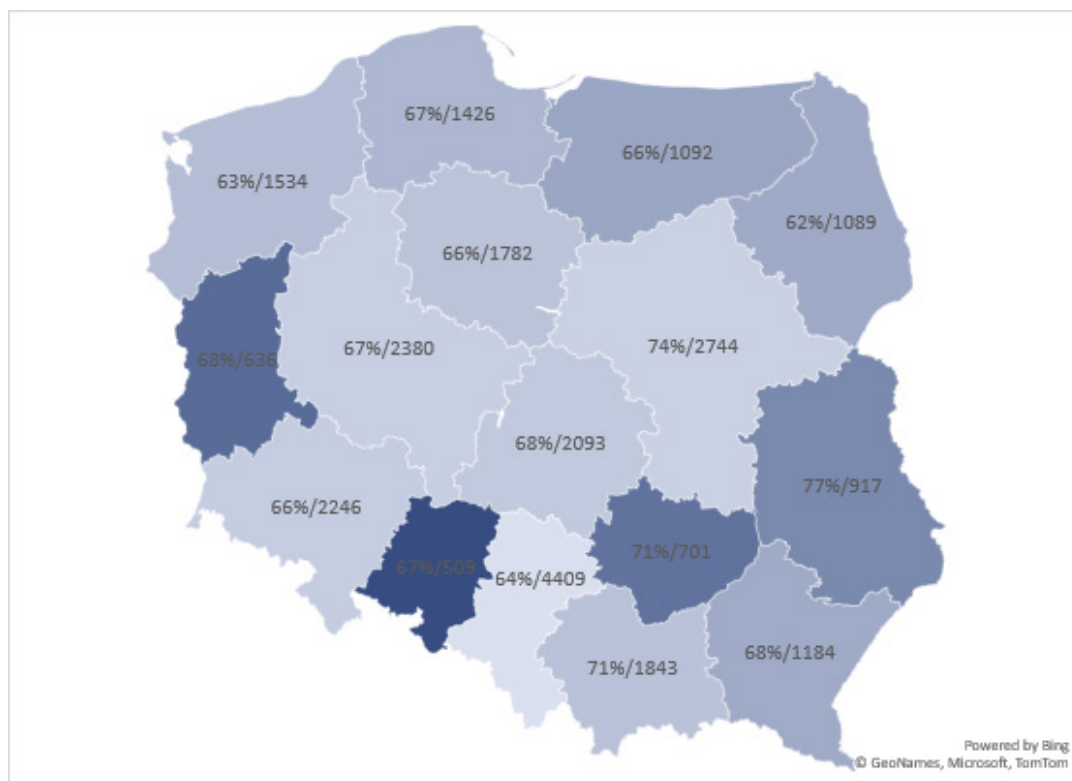
⁸⁾ Bank Światowy, *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce*. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej, 3.11.2015, s. 32–34.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

III.4. Opieka długoterminowa

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

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

III.4.1. Diagnoza obecnego potencjału

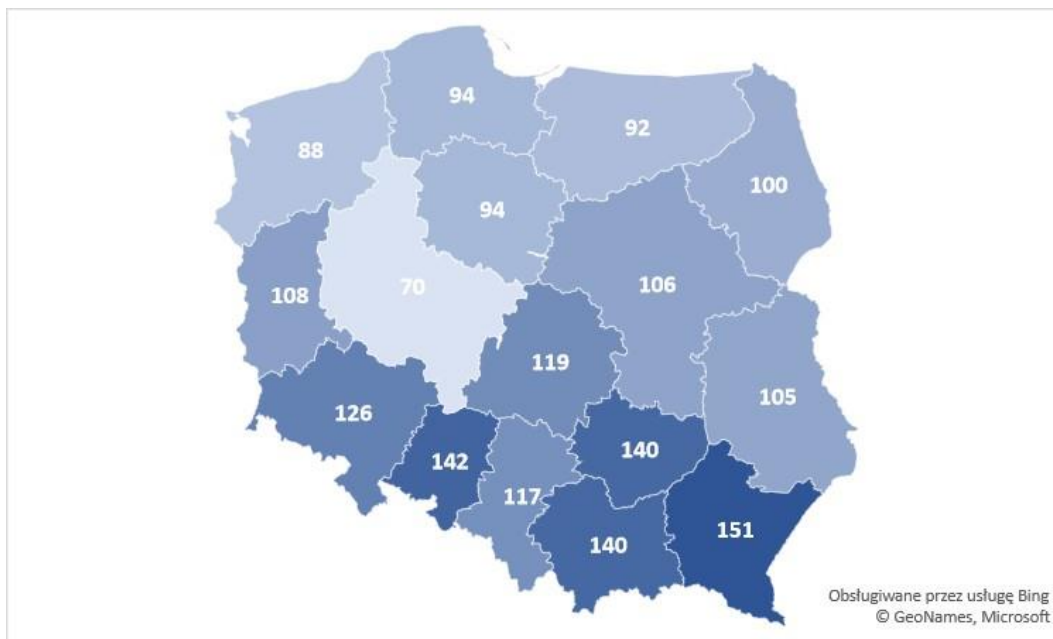
LICZBA PACJENTÓW W RAMACH DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI STACJONARNEJ⁹⁾

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

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

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

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



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

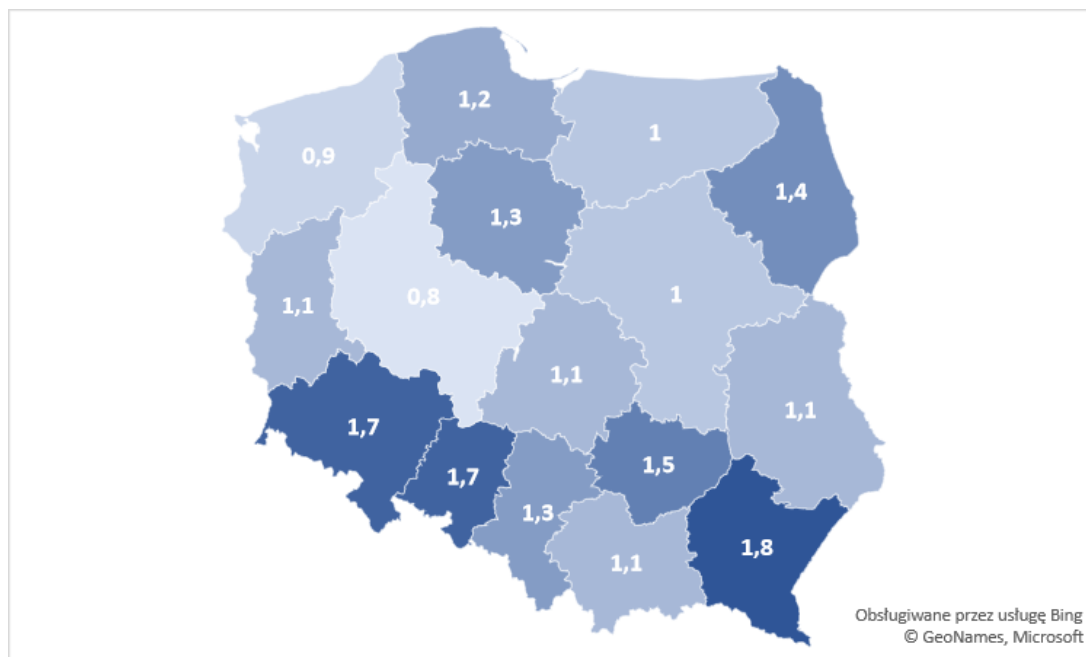
- ✓ W lutym 2020 r. liczba oczekujących do ośrodków opieki długoterminowej wyniosła 17 tys., z czego 61% osób oczekiwało na świadczenia z zakresu opieki stacjonarnej (7,7 tys. oczekiwało na świadczenia w zakładach opiekuńczo-leczniczych, a 2,7 tys. oczekiwało na świadczenia w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych).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

LICZBA ŚWIADCZENIODAWCÓW W RAMACH DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI STACJONARNEJ¹⁰⁾

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

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

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



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

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

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

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

Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych 2020.

LICZBA ŁÓŻEK W RAMACH DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI STACJONARNEJ¹¹⁾

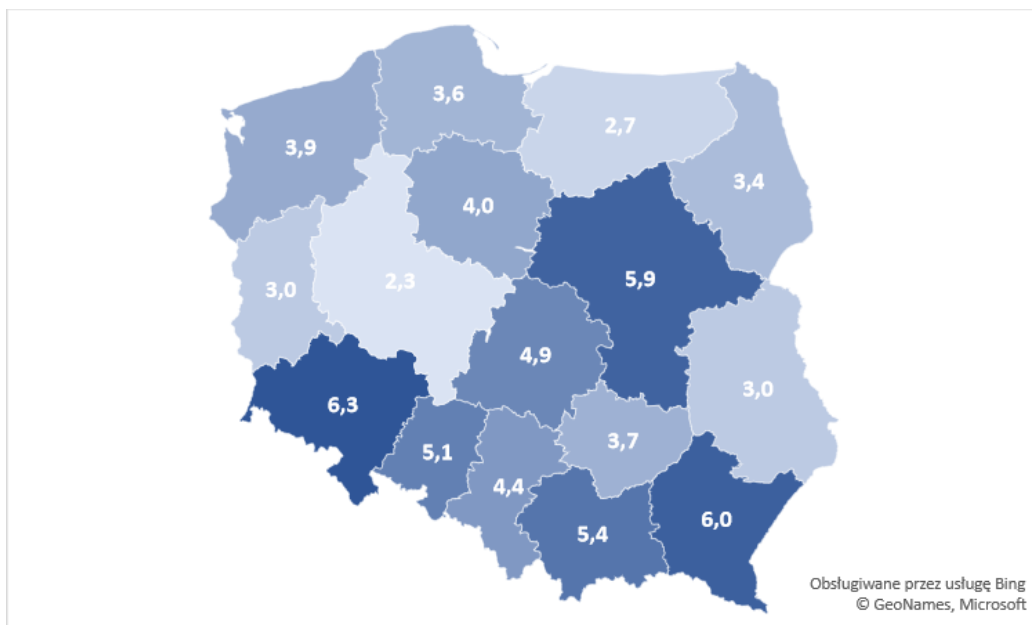
- ✓ Średnia liczba łóżek w 2019 r. w stacjonarnych ośrodkach opieki długoterminowej wynosiła 31 127. Najwięcej łóżek znajdowało się na terenie województwa mazowieckiego, śląskiego oraz dolnośląskiego, najmniej zaś na terenie województwa lubuskiego, warmińsko-mazurskiego oraz podlaskiego. Jednak danych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

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

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

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

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



Źródło: *Mapy potrzeb zdrowotnych 2020.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

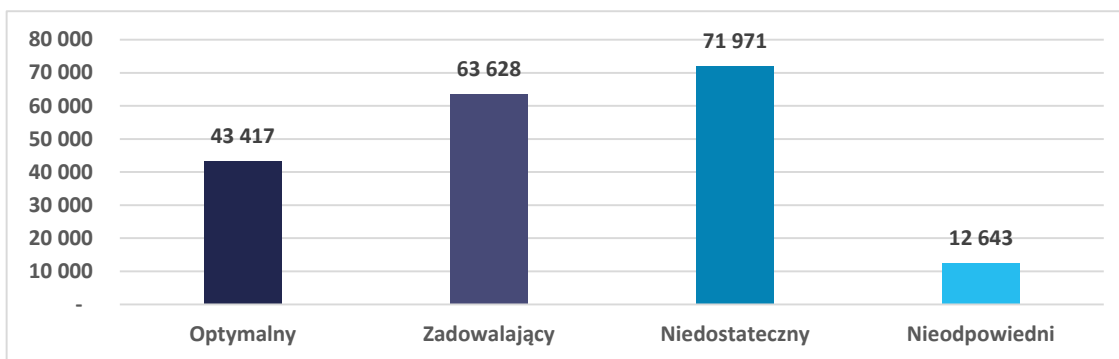
- ✓ Podkreślenia wymaga fakt, że długość pobytu pacjentów w ZOL lub ZPO jest zdecydowanie dłuższa niż w oddziałach szpitalnych, a celem tego pobytu jest przywrócenie pacjentowi możliwie jak największej sprawności fizycznej oraz psychicznej.

STAN TECHNICZNY INFRASTRUKTURY PODMIOTÓW LECZNICZYCH

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

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

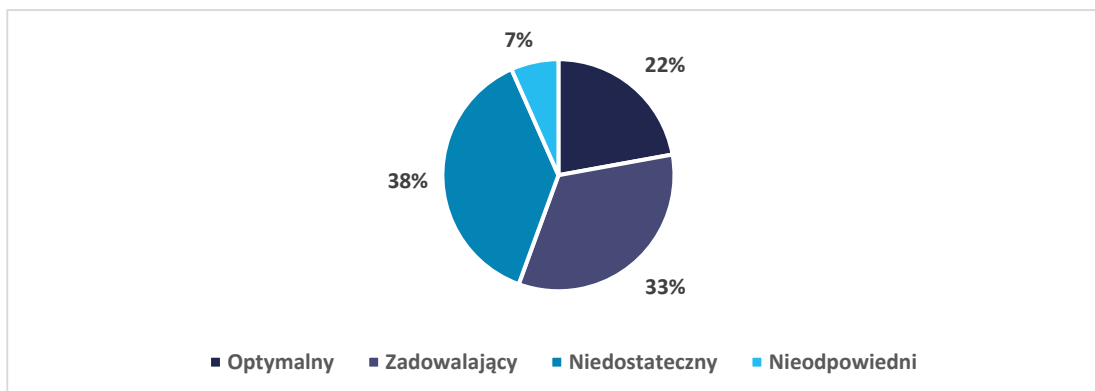
WYKRES 5. Stan infrastruktury komórek opieki długoterminowej (powierzchni w m²)



Źródło: Opracowanie własne, Ministerstwo Zdrowia, 2020.

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

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



Źródło: Opracowanie własne, Ministerstwo Zdrowia, 2020.

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

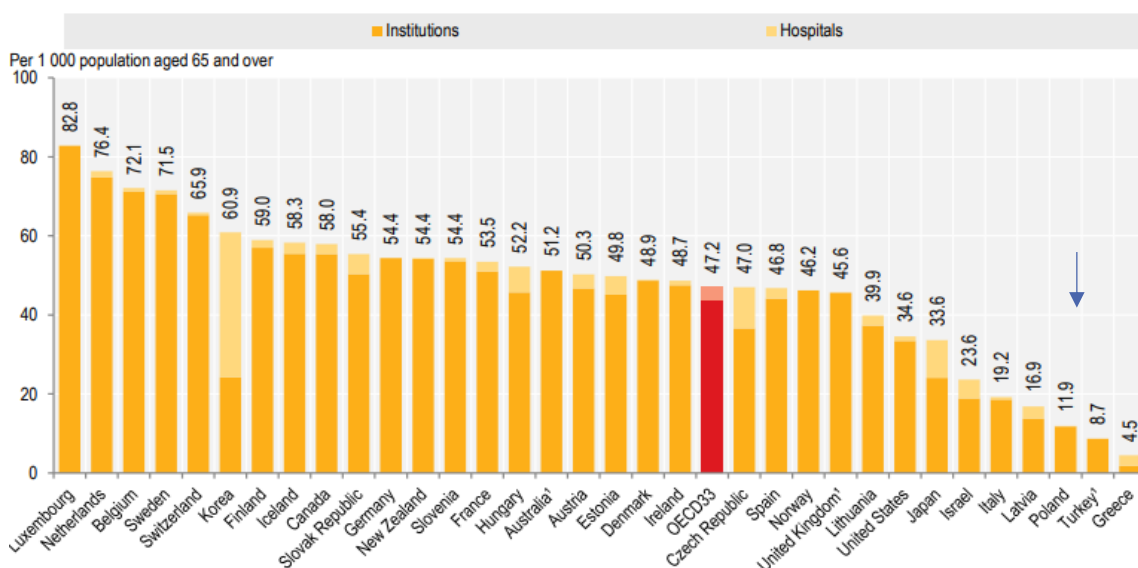
III.4.2. Wyzwania

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

POLSKA NA TLE INNYCH KRAJÓW

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

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



Źródło: OECD, 2017 r.

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

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

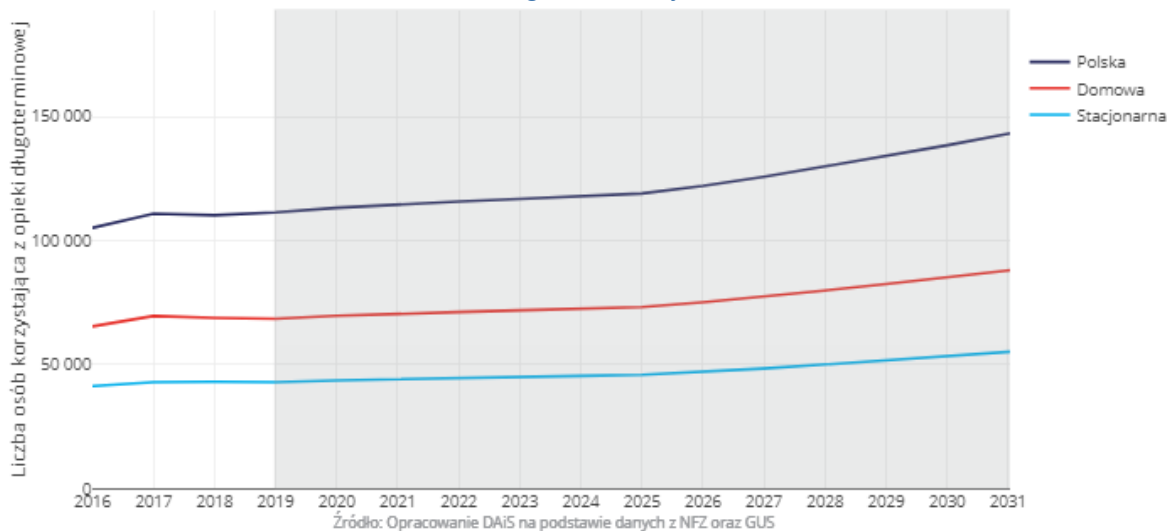
¹⁶⁾ W przypadku wartości dla Polski (0,9%) pod uwagę nie wzięto opieki długoterminowej świadczonej w warunkach domowych. Szczegółowy opis źródeł danych dla poszczególnych krajów jest dostępny pod adresem: <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=be9656b8-7f61-4a03-a1fc-bc503f459749>, dostęp: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

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

PROGNOZA

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

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



Źródło: *Mapy potrzeb zdrowotnych, 2020.*

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

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

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

III.4.3. Cel interwencji w obszarze opieki długoterminowej

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

III.5. Geriatria

III.5.1. Diagnoza obecnego potencjału

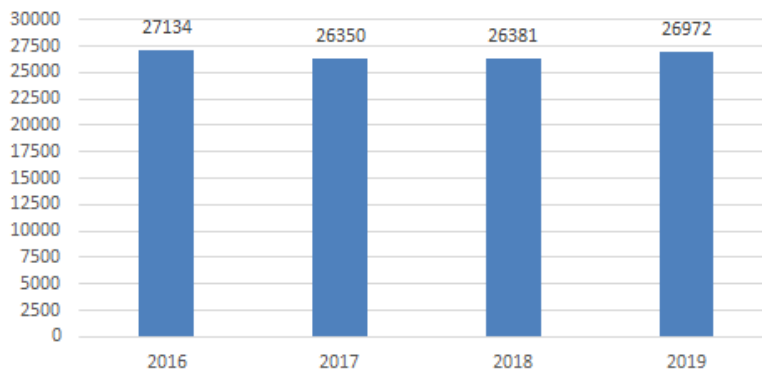
LICZBA PACJENTÓW ODDZIAŁÓW GERIATRYCZNYCH

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

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

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

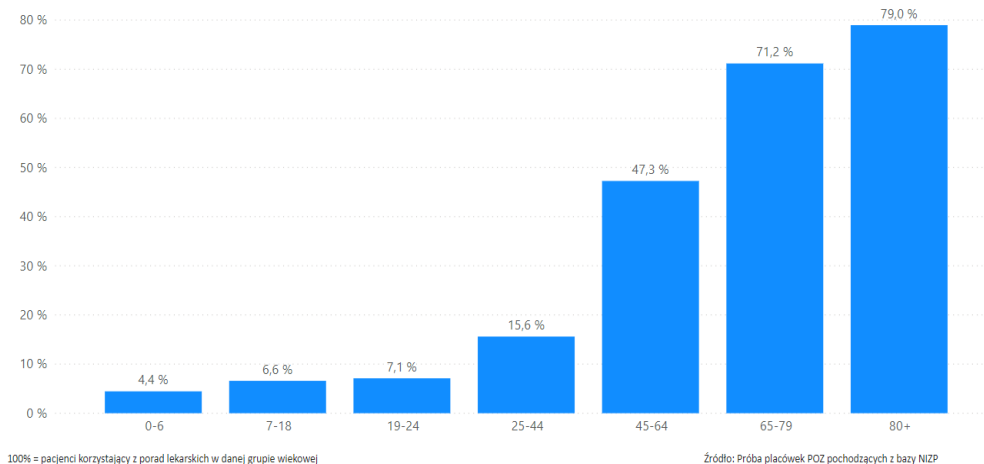
WYKRES 9. Liczba pacjentów oddziałów geriatrycznych w latach 2016–2019



Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych 2020 na podstawie danych GUS.

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

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



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

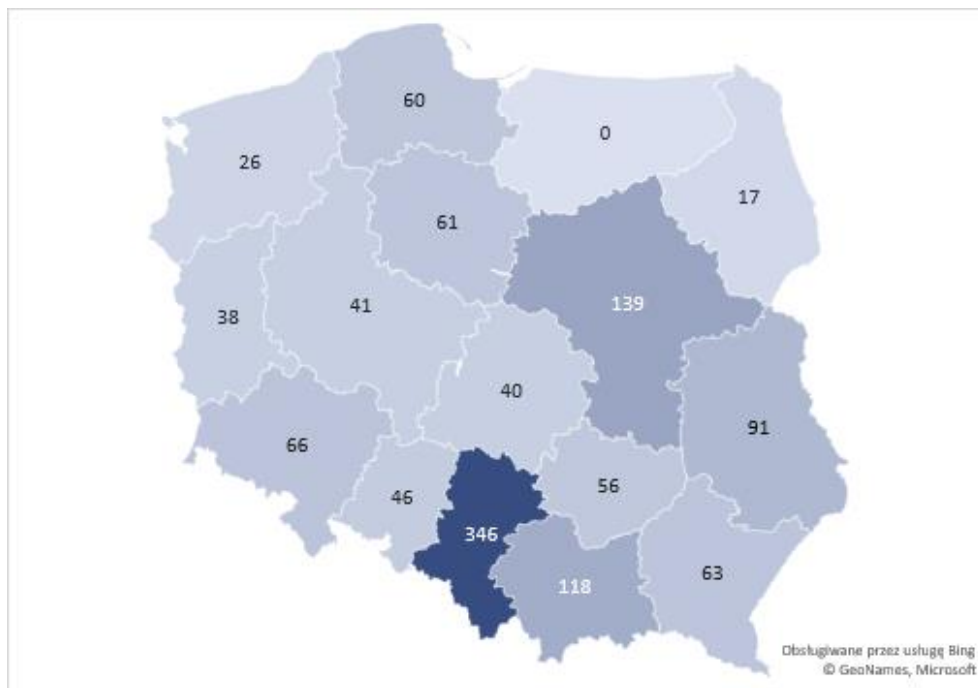
Ze względu na specyfikę stanu zdrowia pacjenta geriatrycznego, u którego najczęściej występuje kilka współistniejących chorób przewlekłych m.in. nadciśnienie, zmiany zwyrodnieniowe stawów czy cukrzyca, czas hospitalizacji na oddziałach geriatrycznych jest dłuższy niż przeciętny pobyt chorego w szpitalu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

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

LICZBA ŚWIADCZENIODAWCÓW W RAMACH OPIEKI GERIATRYCZNEJ

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

WYKRES 11. Liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych 1208



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

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

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

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

Źródło: *Mapy potrzeb zdrowotnych 2020.*

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

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

CZAS OCZEKIWANIA NA ŚWIADCZENIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* dane uśrednione, brak danych z województwa świętokrzyskiego.

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

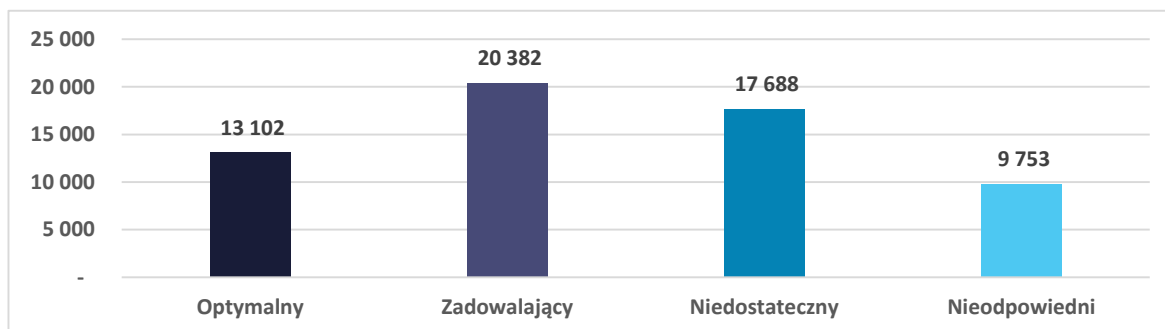
- ✓ Najdłuższy średni rzeczywisty czas oczekiwania w przypadku stabilnym na przyjęcie pacjenta do poradni geriatrycznej wynosił w grudniu 2019 r. aż **130 dni** (województwo kujawsko-pomorskie), przy czym średnio pacjenci czekali na przyjęcie **41 dni**. Sumarycznie w przypadku stabilnym oczekiwało na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

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

STAN TECHNICZNY INFRASTRUKTURY PODMIOTÓW LECZNICZYCH

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

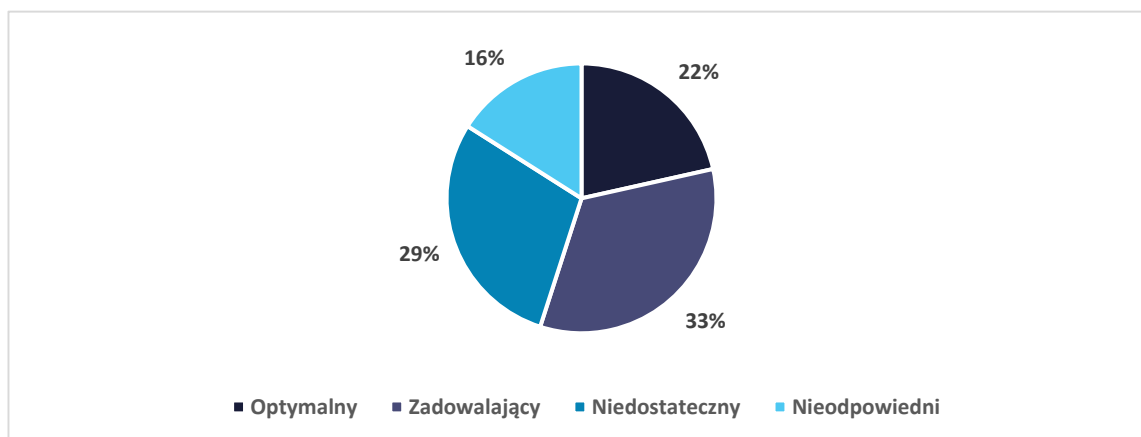
WYKRES 12. Stan infrastruktury oddziałów geriatrycznych (powierzchnia w m²)



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

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

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



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

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

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

III.5.2. Wyzwania

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

ZALECENIA NIK DLA OPIEKI GERIATRYCZNEJ

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

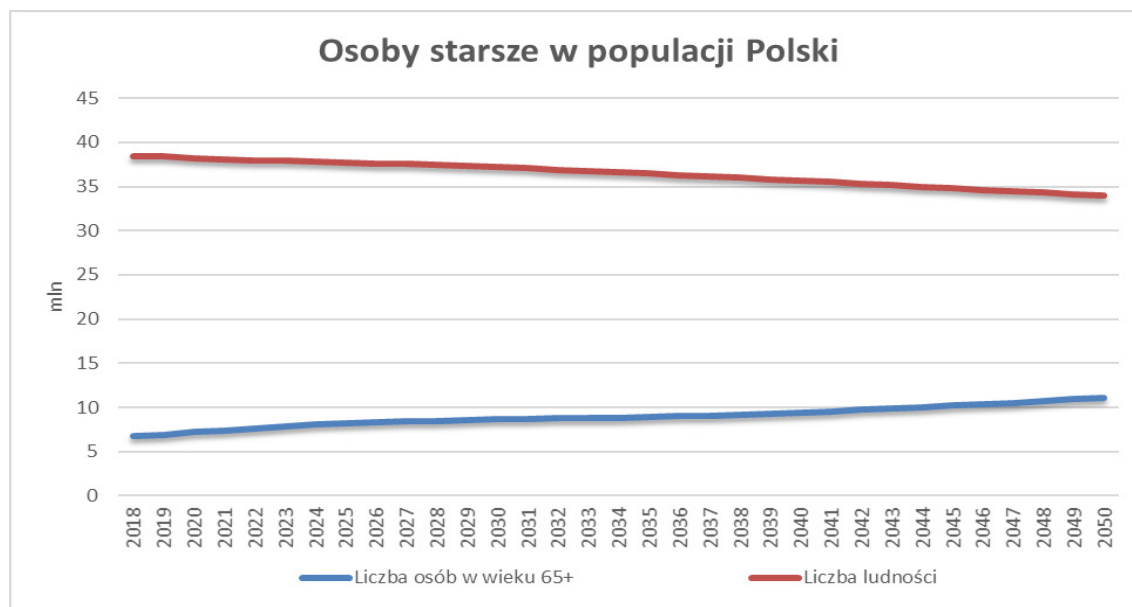
potwierdzają dane dotyczące liczby pacjentów w zestawieniu z czasem oczekiwania i liczbą dostępnych łóżek w oddziałach geriatrici.

- ✓ 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 geriatrici. Zostało wskazane, że problemy zdrowotne osób starszych muszą być rozwiązywane kompleksowo, w interdyscyplinarnej współpracy lekarza, pielęgniarki, pracownika socjalnego oraz innych specjalistów, w sposób ciągły i długofalowy.
- ✓ Liczne dane²⁴⁾ wskazują, że w czasie roku po hospitalizacji w oddziale geriatricywnym 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 geriatricywnych. Mając na uwadze szacowany wzrost liczby osób starszych w społeczeństwie polskim, ale i obecny czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w oddziale geriatricywnym, aby zapewnić wszystkim dostęp do tych świadczeń, konieczne jest dążenie do zwiększenia o około 70% obecnej liczby łóżek w oddziałach geriatricywnych, tj. zarówno utworzenie co najmniej 850 nowych łóżek w oddziałach geriatricywnych przez przekształcenie łóżek z innych oddziałów szpitalnych o niskim obciążeniu, jak i tworzenie nowych łóżek.

PROGNOZA

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

WYKRES 14. Osoby starsze w populacji Rzeczypospolitej Polskiej



Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych 2020 na podstawie danych GUS.

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

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

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

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

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

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

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

III.5.3. Cel interwencji w obszarze geriatryi

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

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

- ✓ Działania podejmowane w ramach Programu powinny odbywać się **w pierwszej kolejności przez przekształcanie obecnych łóżek szpitalnych w łóżka geriatryczne**, a w następnej przez **tworzenie nowych miejsc opieki**.
- ✓ Konieczne jest również zapewnienie wysokiej jakości świadczeń z zakresu geriatry w już działających oddziałach przez ich **modernizację oraz doposażenie w sprzęt medyczny**.
- ✓ Uzpełnieniem 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.5a. Centrum Zdrowia 75+

III.5a.1. Diagnoza obecnego potencjału

- ✓ Brakuje podmiotów leczniczych, które mogły udzielać świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniających cechy charakterystyczne dla kondycji zdrowotnej osób starszych z wielochorobowością, schorzeniami przewlekłymi i licznymi dolegliwościami. Obecnie pacjenci muszą oczekiwać na konsultacje u wielu lekarzy specjalistów. Wdrożone liczne terapie, w tym lekowe, wywołują niejednokrotnie interakcje mogące skutkować niekorzystnymi efektami, nawet zagrażającymi zdrowiu pacjenta (polipragmazja).
- ✓ Obecnie realizowany model licznych konsultacji specjalistycznych i rozproszonej diagnostyki starszego pacjenta jest mało efektywny.
- ✓ Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2024 r. udzielono łącznie 35,7 mln porad pacjentom w wieku 65 lat i więcej. Najwięcej świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowano w zakresie okulistyki (12 %), kardiologii (11 %), chirurgii urazowo-ortopedycznej (9 %), chirurgii ogólnej (7 %) oraz urologii (7 %) i neurologii (6 %). Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie geriatry stanowią 0,2 % ogółu porad specjalistycznych dla tej grupy wiekowej.
- ✓ W skali kraju brakuje poradni geriatrycznych. W 2024 r. działało 111 poradni geriatrycznych, o 10 więcej niż w 2022 r. W większości z 314 powiatów nie było dostępu do poradni geriatrycznej. Najwięcej poradni o tym profilu w 2024 r. funkcjonowało w województwach: śląskim (21), mazowieckim (15), małopolskim (11), zaś najmniej w województwach podkarpackim i podlaskim (po 3) oraz świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim (po 2).
- ✓ W Rzeczypospolitej Polskiej brakuje także geriatrów. Liczba pracujących geriatrów w 2024 r. była równa 559 (stan na ostatni kwartał roku). Statystyki zamieszczone na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej wskazują, że dnia 31 grudnia 2025 r. w kraju było 607 geriatrów, w tym 594 z nich wykonywało swój zawód. Młodzi lekarze nie wyrażają zainteresowania geriatricą, postrzegając ten kierunek jako mało atrakcyjny, nisko wyceniany i mało perspektywiczny z powodu znikomego rozwoju infrastruktury w podmiotach leczniczych.
- ✓ Ograniczona dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej powoduje, że pacjent w wieku starszym jest zbyt często hospitalizowany, a brak powszechności dokonywania oceny geriatrycznej (dokonywana jest głównie podczas hospitalizacji) uniemożliwia wcześniejsze rozpoznanie problemów zdrowotnych i zapobieganie ich pogłębianiu.
- ✓ Wsparcie zdrowotne dla osób starszych w zbyt małym stopniu opiera się na profilaktyce.
- ✓ Opieka koordynowana została wprowadzona w POZ dla pacjentów ze schorzeniami z zakresu: kardiologii, diabetologii, chorób płuc, endokrynologii, chorób nerek. Nie obejmuje kompleksowego podejścia do opieki nad starszym pacjentem zagrożonym wielochorobowością i jej skutkami.

III.5a.2. Wyzwania

- ✓ Zaspokojenie potrzeb szybko rosnącej grupy osób w wieku podeszłym wymaga przygotowania odpowiedniej infrastruktury, świadczeń opieki zdrowotnej, a przede wszystkim kadr medycznych i opiekuńczych.
- ✓ Specyfika procesu chorowania i powrotu do utraconych funkcjonalności u osób starszych wymaga wielokierunkowego podejścia i koordynacji wsparcia.

- ✓ Niezbędne jest ustalenie właściwej ścieżki leczenia i koordynacja tego procesu. Osoby starsze bywają zagubione, niektóre doświadczają chorób otępiennych i niezbędne jest udzielenie im dodatkowego wsparcia w samym dotarciu do kolejnych świadczeń opieki zdrowotnej.
- ✓ Na konieczność podjęcia polityki aktywnego wspierania zdrowia seniorów, tzw. *healthy ageing*, wyraźnie wskazuje zbyt wolne wydłużanie fazy życia, w której osoby starsze w Rzeczypospolitej Polskiej mogą cieszyć się dobrym stanem zdrowia.
- ✓ Lekarze POZ nie posiadają wystarczających narzędzi, czasu, a często również kompetencji do kompleksowej opieki nad starszym pacjentem. Regularne kierowanie pacjenta do szeregu specjalistów nie zapewnia odpowiedniej opieki (długi czas oczekiwania, segmentacja leczenia, brak koordynacji).
- ✓ Konieczność rozwoju sieci oddziałów geriatrycznych w celu zapewnienia starszym pacjentom z wielochorobowością holistycznego wsparcia i tworzenie warunków sprzyjających zwiększeniu liczby lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie geriatry (miejsca szkoleniowe i miejsca pracy).
- ✓ Brakuje kanałów komunikacji pomiędzy poszczególnymi elementami systemu wsparcia dla osób starszych z problemami zdrowotnymi, w tym komunikacji między POZ, poradniami specjalistycznymi, szpitalem i systemem pomocy społecznej. W konsekwencji koordynacja procesu leczenia spada albo na pacjenta, albo na jego rodzinę, a brak przejrzystych i łatwo dostępnych praktycznych informacji o dostępnym wsparciu proces ten bardzo komplikuje.
- ✓ Brak skoordynowanego wsparcia w środowisku dla osób starszych (szczególnie samotnych) po zakończonej hospitalizacji (w szczególności rehabilitacji, na którą oferowany byłby dowóz) powoduje, iż następuje cofnięcie efektów leczenia i starsi pacjenci często wracają na oddział szpitalny.

III.5a.3. Cel wsparcia utworzenia Centrów Zdrowia 75+

- ✓ Interwencje będą ukierunkowane na wsparcie organizacji CZ75+ przez budowę, modernizację, przebudowę i doposażenie podmiotów leczniczych.
- ✓ Organizacja CZ75+ ma na celu udostępnienie skoordynowanej opieki medycznej dla pacjentów geriatrycznych w celu ustabilizowania ich stanu zdrowia oraz umożliwienia dalszego autonomicznego funkcjonowania w dotychczasowym środowisku. Głównym celem wdrożenia koncepcji CZ75+ jest upowszechnienie opieki geriatrycznej i wsparcie procesu deinstytucjonalizacji opieki nad starszym pacjentem.
- ✓ Wprowadzenie realizacji kompleksowego wsparcia zdrowotnego dla osób starszych (przeprowadzenie diagnozy geriatrycznej, identyfikacja problemów geriatrycznych, stworzenie planu leczenia i pomoc w realizacji kolejnych kroków tego planu). Kompleksowe spojrzenie na zdrowie seniora stworzy możliwość rozwiązywania problemów medycznych wykraczających poza jedną gałąź medycyny i wydłużenie okresu życia w zdrowiu.
- ✓ Upowszechnienie realizacji oceny geriatrycznej pacjentów w podeszłym wieku w celu wsparcia procesu wczesnego diagnozowania pod kątem ryzyka wystąpienia problemów geriatrycznych.
- ✓ Zapobieganie zbędnym hospitalizacjom i oddalenie konieczności kierowania pacjenta do różnych form opieki długoterminowej przez udostępnienie dodatkowego wsparcia w ramach opieki ambulatoryjnej. Pobyt w podmiocie leczniczym całodobowym powinien być rozważany w ostateczności, jako że ta forma jest radykalną zmianą modelu funkcjonowania człowieka, a ponadto opcją bardzo kosztowną.

- ✓ Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji geriatrycznej i wzrost liczby lekarzy o tej specjalności. Nowe oddziały geriatryczne i CZ75+ będą zwiększać liczbę miejsc szkoleniowych oraz oferować realne możliwości sprawowania opieki nad pacjentami, co umożliwi zdobywanie doświadczenia opieki zdrowotnej.
- ✓ Objęcie osób starszych i osób z niepełnosprawnościami po pobycie w szpitalu (na oddziale geriatrycznym lub innym) szczególnym wsparciem i monitoringiem w celu ograniczenia ryzyka pogłębienia się problemów zdrowotnych.
- ✓ Obniżenie wskaźnika ponownych hospitalizacji oraz odciążenie oddziałów szpitalnych w zapewnianiu opieki i rehabilitacji usprawniającej w ramach CZ75+.
- ✓ Zapewnienie w szerszym zakresie rehabilitacji geriatrycznej, która pozwoli na przywrócenie sprawności funkcjonalnej osoby w podeszłym wieku i umożliwi powrót do środowiska domowego.
- ✓ Zapewnienie koncyliacji lekowej i zapobieganie skutkom polipragmazji u starszych pacjentów z wielochorobowością.
- ✓ Zapewnienie działań profilaktycznych i promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb osób uprawnionych, w tym mających na celu zapobieganie niepełnosprawności i niesamodzielności tych osób.
- ✓ Zapewnienie starszym pacjentom, którzy zostaną zakwalifikowani do CZ75+, wsparcia ze strony koordynatora opieki geriatrycznej, który powinien uczestniczyć w konsylium podsumowującym diagnozę, a następnie wspierać pacjenta, planując proces leczenia i jego realizację.
- ✓ Informowanie o zasadach korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zasadach korzystania ze świadczeń pomocy społecznej i usług społecznych realizowanych przez ośrodki pomocy społecznej i centra usług społecznych działające na obszarze działania CZ75+.
- ✓ Zapewnienie edukacji zdrowotnej pacjentom CZ75+ oraz ich opiekunom.
- ✓ Zapewnienie wsparcia psychologicznego pacjentom CZ75+.

III.6. Podsumowanie

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

Biorąc pod uwagę prognozowane zmiany w strukturze demograficznej, wzrost popytu na świadczenia zdrowotne dla osób starszych, coraz droższe technologie medyczne, przewidywany wzrost średniej długości życia, malejący współczynnik dzietności, zmiany modelu funkcjonowania rodziny – bez podjęcia rozwiązań systemowych sytuacja ta stanie się poważnym problemem społeczno-ekonomicznym oraz zdrowotnym w kolejnych dziesięcioleciach.

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

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

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

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

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

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

Warszawa 2019, s. 10, 13.

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

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

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

Wsparcie inwestycyjne kierowane będzie na:

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

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

III.7. Oczekiwany rezultat

- ✓ Dzięki dedykowanemu wsparciu, planowane jest przekształcenie części łóżek w oddziałach szpitalnych o niskim obłożeniu na łóżka w oddziałach geriatrycznych i łóżka opieki długoterminowej, w celu zwiększenia dostępności do świadczeń z ww. zakresów, poprawy ich jakości oraz zapewnienia kompleksowości opieki geriatrycznej. Zwiększenie bazy stacjonarnej wpłynie na zmniejszenie czasu oczekiwania na udzielanie świadczenia i w konsekwencji spowoduje obniżenie kosztów realizacji świadczeń opieki zdrowotnej.
- ✓ W konsekwencji zwiększenia liczby łóżek i oddziałów zmniejszą się dysproporcje w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych blisko miejsca zamieszkania pacjenta – zniwelowane zostaną różnice w dostępności do świadczeń między województwami.
- ✓ Interwencje umożliwią z wyprzedzeniem przygotowanie systemu opieki zdrowotnej do zwiększającej się liczby starszych pacjentów i udzielania im kosztochłonnych, ciągłych świadczeń opieki długoterminowej i geriatrycznej.
- ✓ Poprawa 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 wsparcie infrastrukturalne około 70 podmiotów.**
- ✓ 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 pacjentom i powyższych interwencji w zakresie geriatryki.

III.8. Wskaźniki

uchylony

III.9. Budżet

uchylony

fot. www.canva.com

Wymiana łóżek szpitalnych

IV. Wymiana łóżek szpitalnych

IV.1. Planowane interwencje

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

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

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

WPROWADZENIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

KOMFORT I BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA

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

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

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

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

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

W sytuacji, kiedy mamy do czynienia z chorym leżącym, łóżko szpitalne to jedno z podstawowych narzędzi pracy personelu medycznego, które musi być dostosowane do wymagań stawianych w dzisiejszej technice medycznej, łączące w sobie niezwykłą funkcjonalność z wygodą. Dlatego tak ważne jest odpowiednie jego wyposażenie. Regulacja elektryczna umożliwia zmianę pozycji pacjenta, co ułatwia między innymi czynności związane z codzienną pielęgnacją chorego oraz ogranicza wysiłek fizyczny personelu. Ważnym elementem łóżka jest materac, na którym leży chory. Najlepiej materac przeciwdleżynowy 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. szpitali Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

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

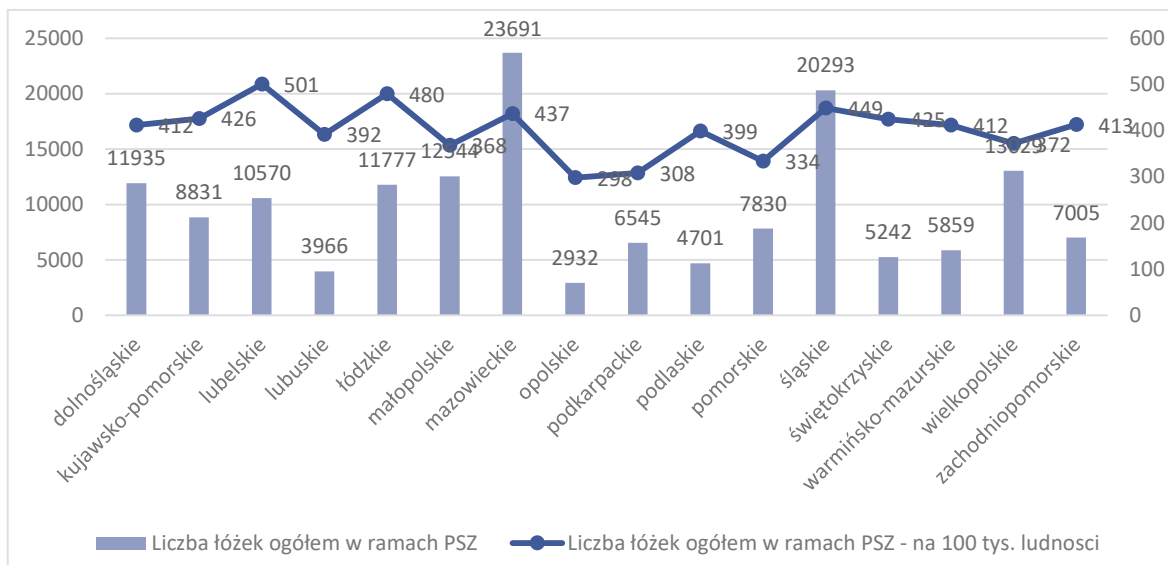
IV.2. Diagnoza obecnego potencjału²⁹⁾

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

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

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

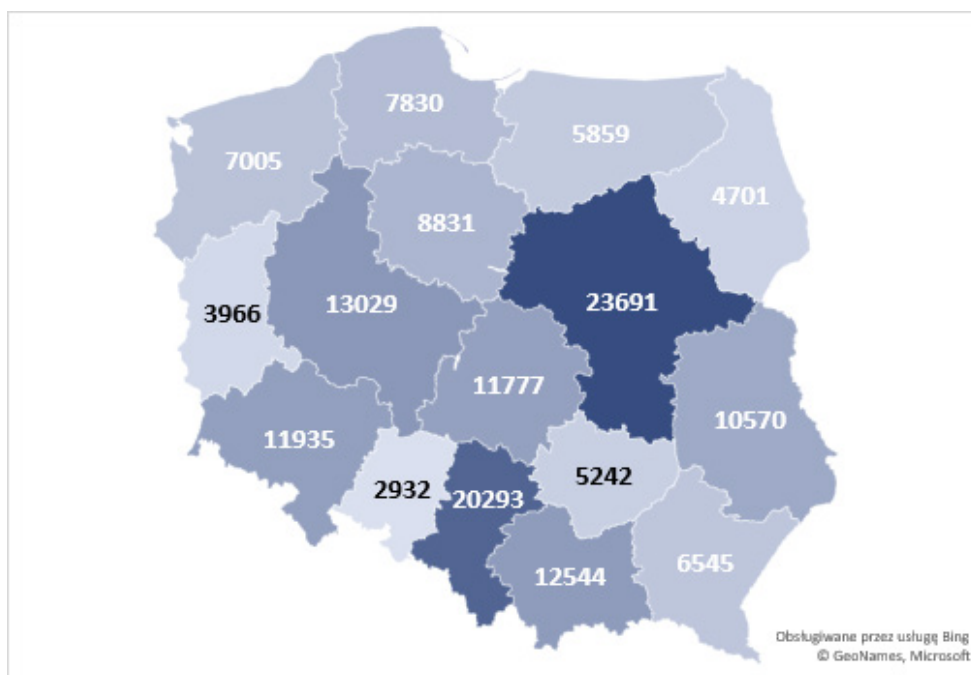
WYKRES 15. Liczba łóżek (bezwzględna) i liczba łóżek na 100 tys. ludności (stan na koniec 2019 r.)



Źródło: *Mapy potrzeb zdrowotnych 2020.*

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

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



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

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

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

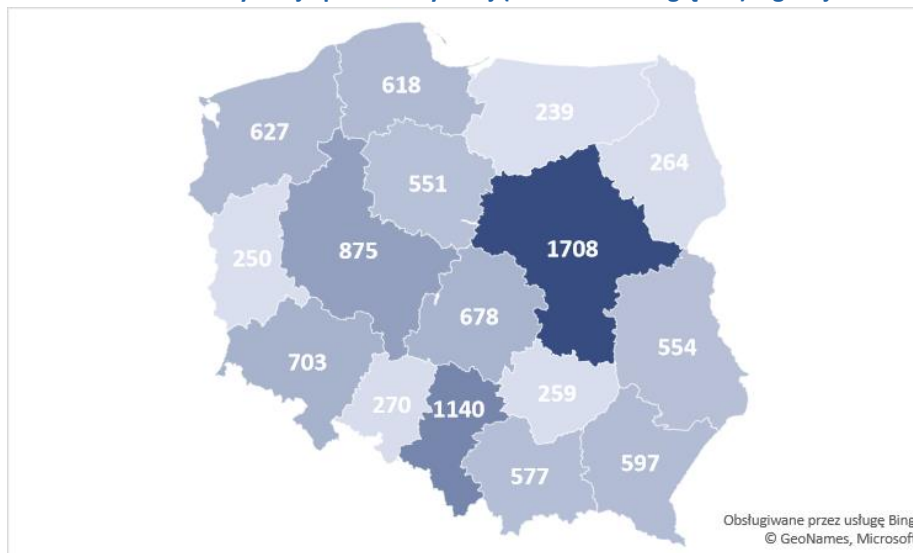
TABELA 8. Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej (wartość bezwzględna) wg województw w 2019 r.

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

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

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

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

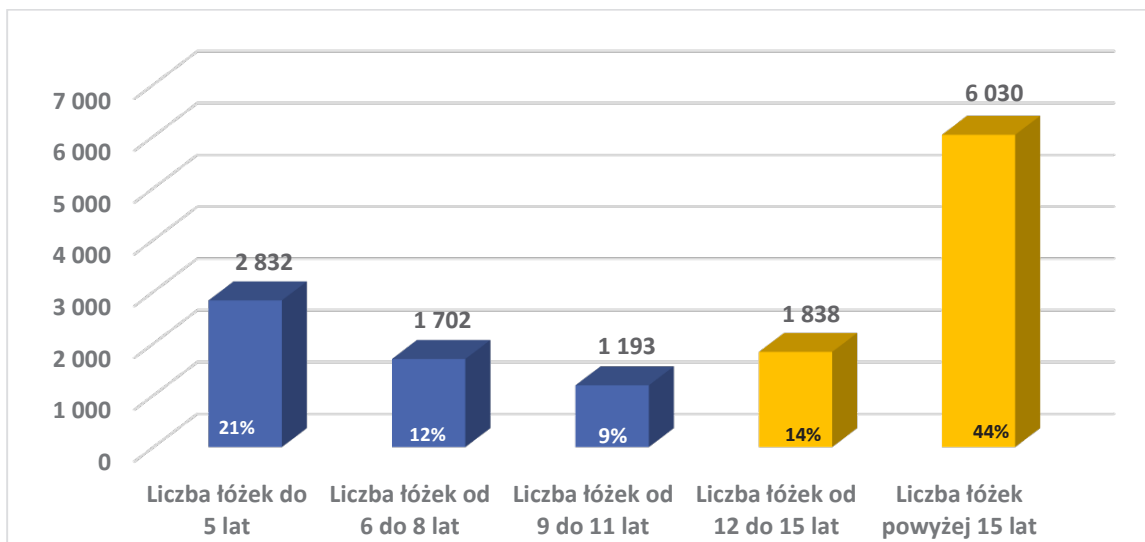


Źródło: *Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2020* na podstawie RPWDL.

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

STAN INFRASTRUKTURY ŁÓŻEK SZPITALNYCH

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



Źródło: Opracowanie własne Ministerstwa Zdrowia.

IV.3. Wyzwania

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

IV.4. Cel interwencji

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

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

TABELA 9. Liczba łóżek w poszczególnych kategoriach wiekowych

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

Źródło: Opracowanie własne Ministerstwa Zdrowia.

- ✓ Na podstawie analizy należy przyjąć, że do wymiany w pierwszej kolejności powinny kwalifikować się najstarsze i najbardziej wyeksploatowane łóżka, tj. mające powyżej 15 lat, których liczbę szacuje się na poziomie 90 022 szt. Drugą grupą wymagającą pilnej wymiany w najbliższym czasie są łóżka mające 12–15 lat, które stanowią 14% sumarycznej liczby łóżek, tj. 28 643 szt.
- ✓ Przyjmując, że łóżka mające powyżej 12 lat należy uznać za wyeksploatowane, do wymiany zakwalifikować należy 58% wszystkich łóżek, tj. około 120 tys.
- ✓ Realizacja interwencji przyczyni się do poprawy jakości procesu hospitalizacji pacjenta oraz wzrostu komfortu i bezpieczeństwa pacjentów. Nowe, sprawne technicznie łóżka z niezbędnym wyposażeniem przełożą się na wzrost higieny i ergonomii pracy personelu medycznego.

IV.5. Wskaźniki

uchylony

IV.6. Budżet

uchylony

**Wsparcie
infrastruktury
ratownictwa
medycznego**



V. Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego

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

- ✓ jednostki systemu – Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM): zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz motocyklowe jednostki ratunkowe, wchodzące w skład podmiotu leczniczego będącego samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej albo jednostką budżetową, albo spółką kapitałową, w której co najmniej 51 % udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego oraz szpitalne oddziały ratunkowe.

Zakłada się, że cel subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych w tym obszarze będzie osiągnięty dzięki realizacji szeregu działań nakierowanych w szczególności na niżej wymienione interwencje, skierowane do jednostek systemu PRM¹.

V.1. Planowane interwencje

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

Wsparcie obejmuje:

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

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

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

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

¹ Zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2026 r. poz. 141).

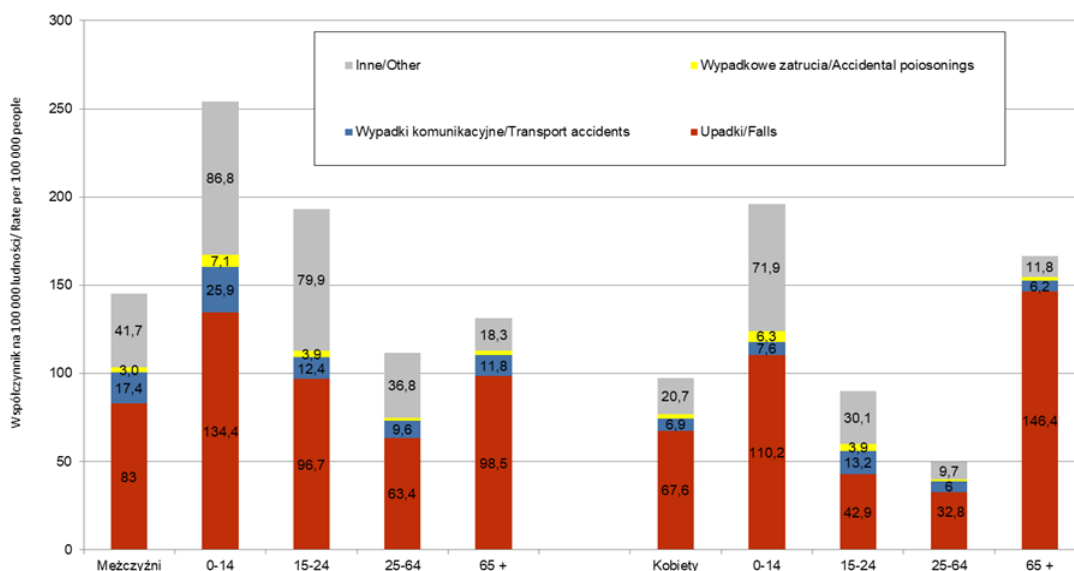
EPIDEMIOLOGIA STANÓW NAGŁYCH³²⁾

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

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

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

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



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

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

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

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

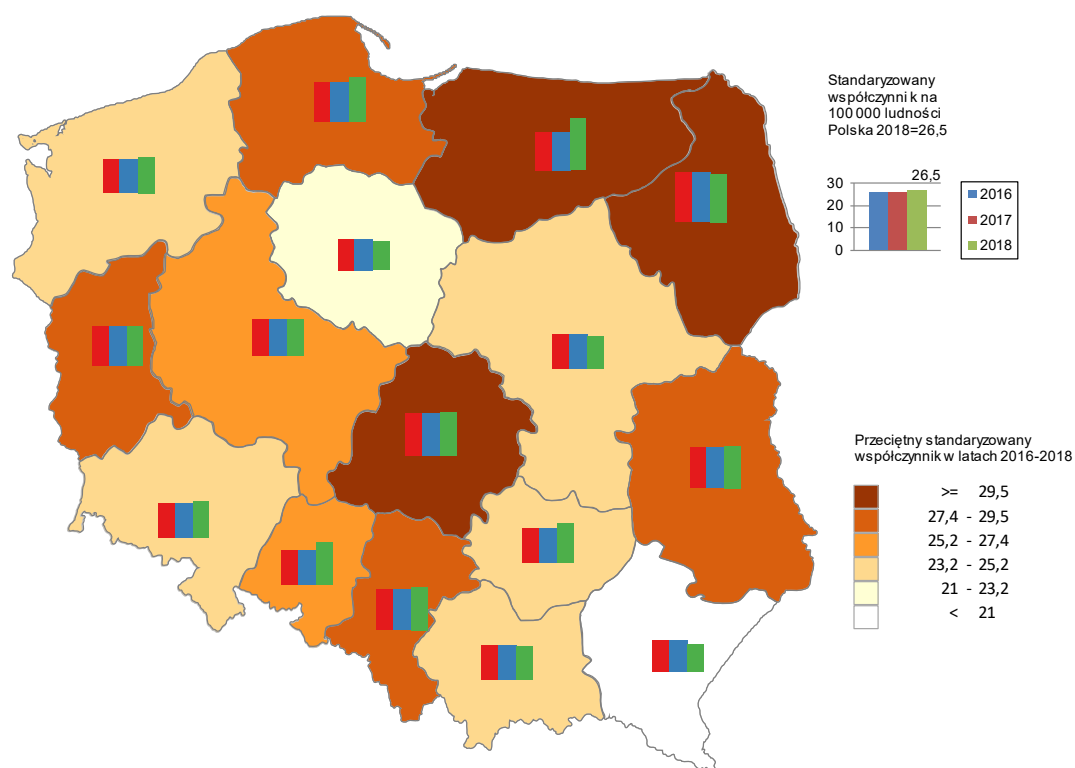
35, podczas gdy w Unii Europejskiej 31,8. Zagrożenie życia z powodu wypadków jest też silnie zróżnicowane między województwami, co pokazuje wykres 20. Województwa łódzkie, podlaskie oraz warmińsko-mazurskie charakteryzują się jednymi z najwyższych w Rzeczypospolitej Polskiej współczynników umieralności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

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

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

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

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



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

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

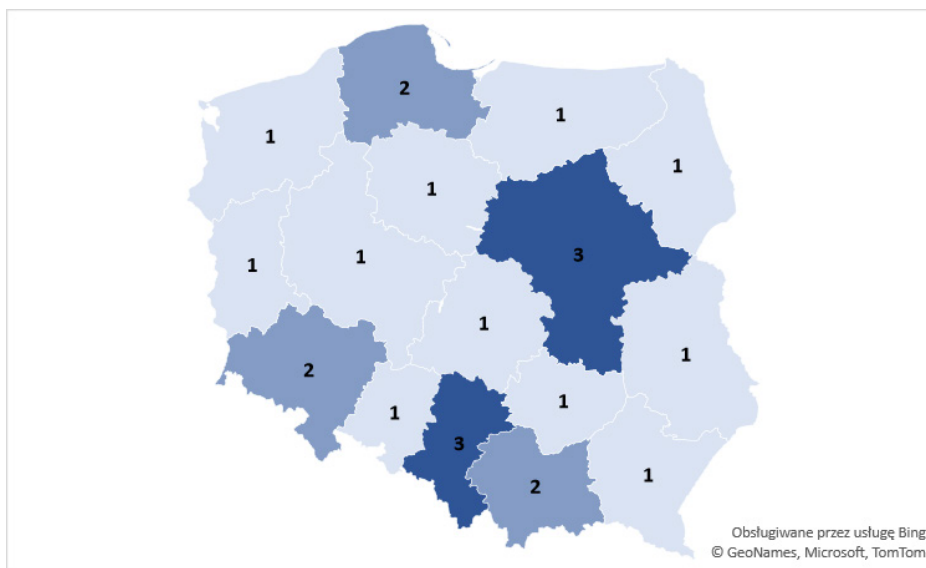
*NIK na ratunek systemowi ratownictwa medycznego, 04.04.2019,
<https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-na-ratunek-systemowi-ratownictwa-medycznego.html>, dostęp: 12.11.2020*

SYSTEM PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE³⁴⁾

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

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

WYKRES 21. Mapa rozmieszczenia dyspozytorni medycznych PRM – 23 lokalizacje



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

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

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

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

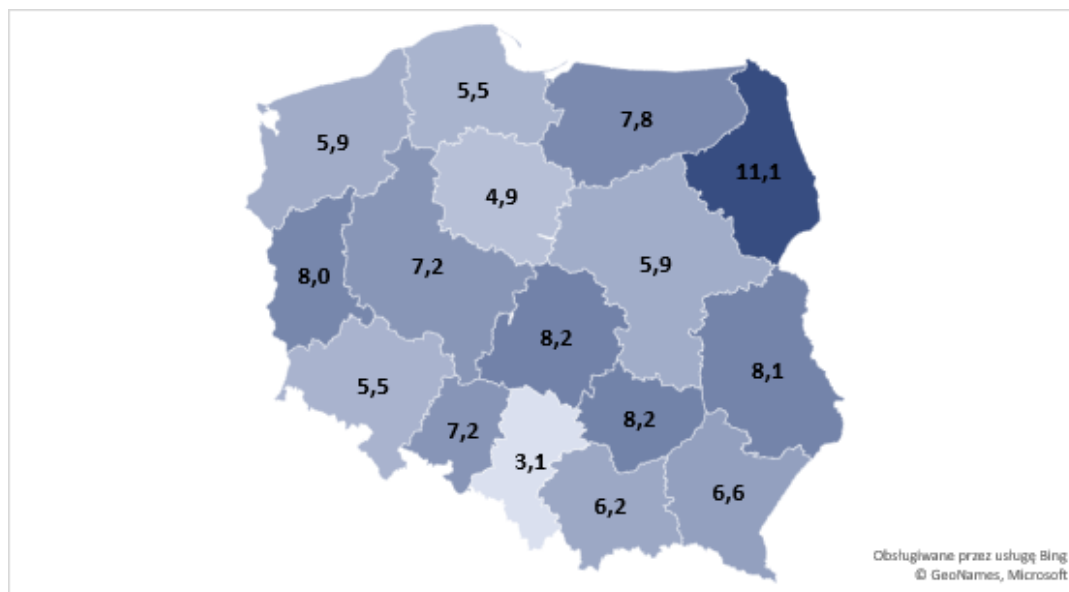
Pogotowia Ratunkowego, ratownictwa górskiego oraz inne podmioty wskazane w art. 15 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

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

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

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

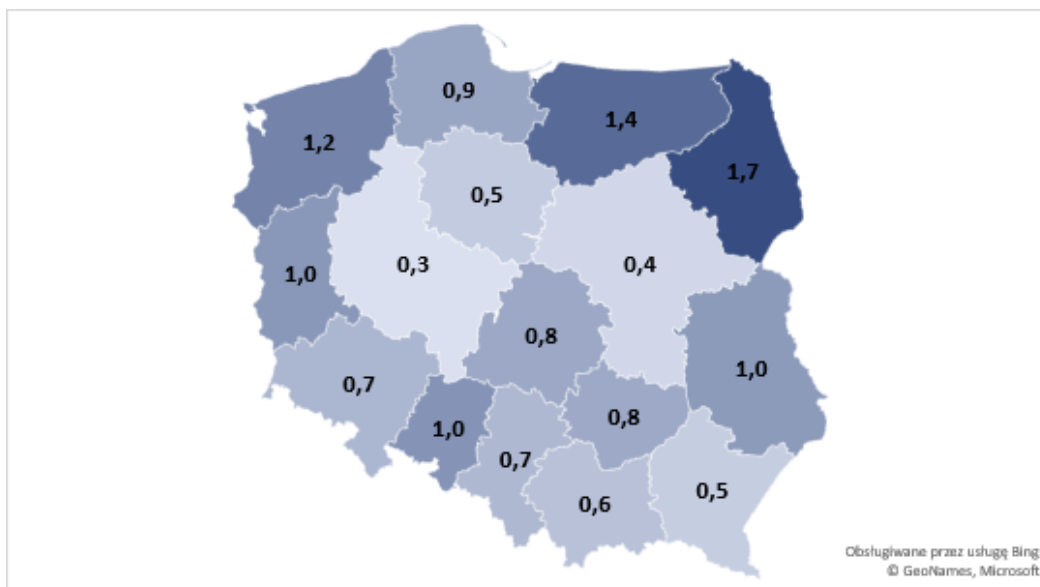
WYKRES 22. Mapa przedstawiająca liczbę SOR na 1 mln ludności – średnia wartość dla kraju wynosi 6,3 SOR/1 mln mieszkańców



Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia.

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

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



Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia.

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

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

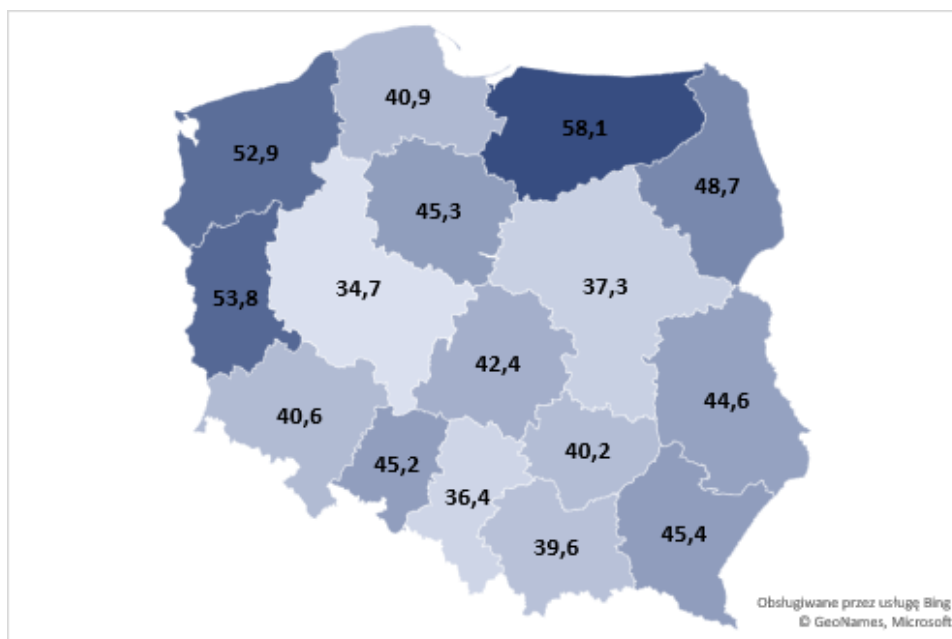
³⁶⁾ Pielęgniarka systemu to pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego,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

³⁷⁾ Lekarz systemu to:

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

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

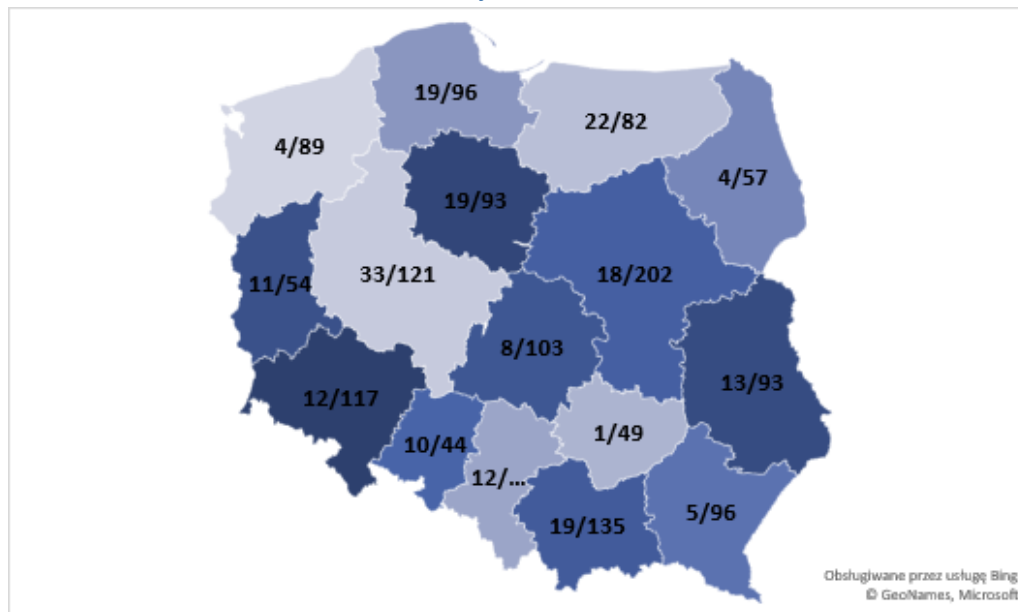
WYKRES 24. Mapa przedstawiająca liczbę ZRM w przeliczeniu na 1 mln ludności – średnia wartość dla kraju wynosi 41,8 ZRM/1 mln mieszkańców



Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia.

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

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

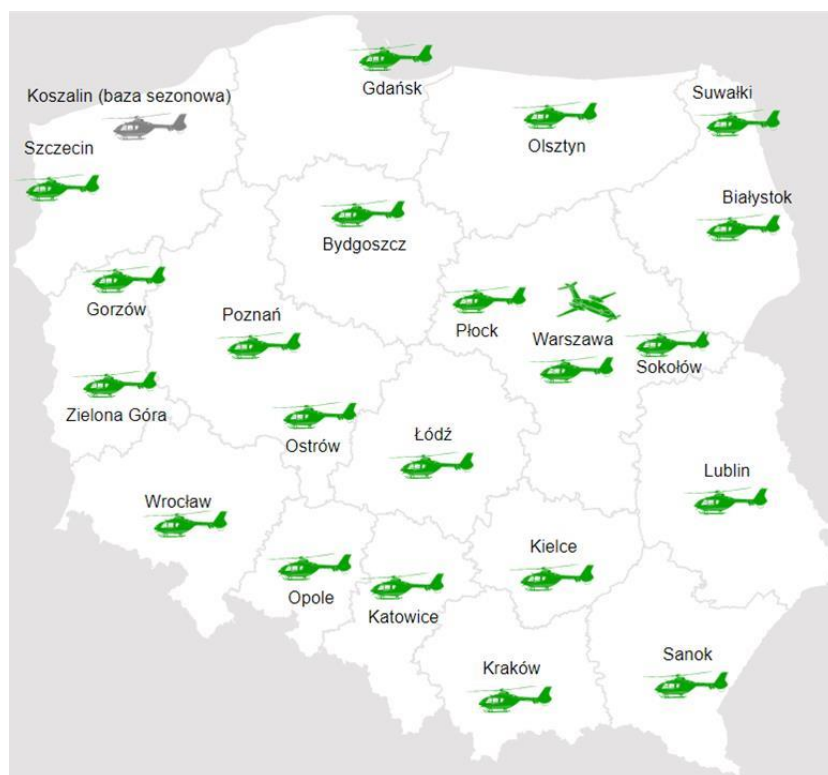


Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia.

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

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

WYKRES 26. Lokalizacja baz LPR w kraju

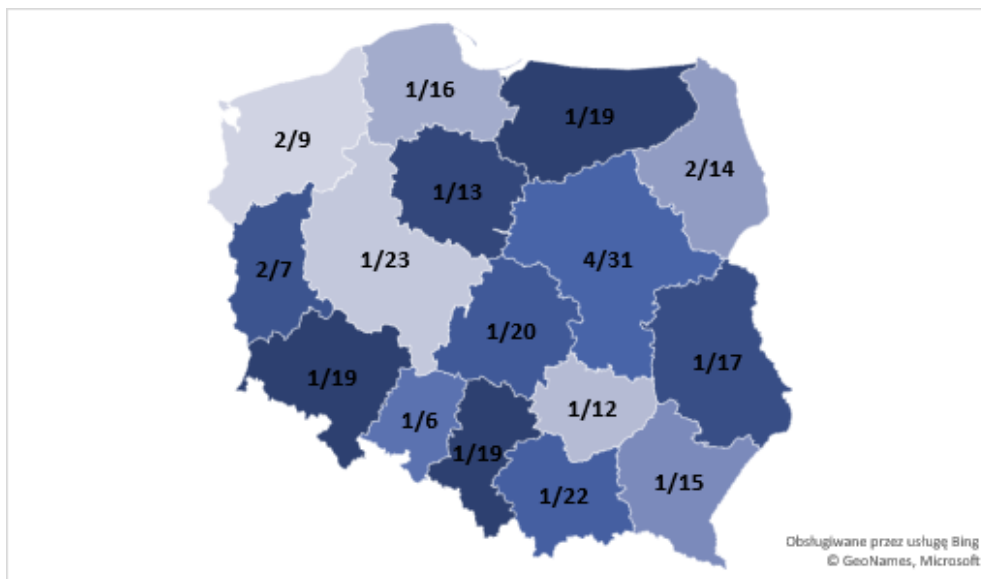


Źródło: Dane LPR, <https://www.lpr.com.pl/pl/strona-glowna/>, dostęp: 12.11.2020.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

- A. natychmiastowe wezwanie pomocy (dyspozytornie medyczne);

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

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

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

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

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

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

STAN TECHNICZNY AMBULANSÓW ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

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

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

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

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

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

TABELA 10. Zestawienie ambulansów ZRM w kraju z uwzględnieniem wieku

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

STAN INFRASTRUKTURY LOTNICZYCH ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO⁴²⁾

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

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

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

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

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

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

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

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

STAN INFRASTRUKTURY SZPITALNYCH ODDZIAŁÓW RATUNKOWYCH I CENTRÓW URAZOWYCH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V.3. Wyzwania

Mimo znaczącej poprawy wyposażenia i funkcjonowania dotychczasowej infrastruktury ratownictwa medycznego, nadal istnieją potrzeby doposażenia, wymiany sprzętu i modernizacji infrastruktury jednostek systemu, na każdym etapie udzielania pomocy w stanie nagłym w ramach łańcucha przeżycia.

Jednostki systemu – PRM wymagają wzmocnienia na etapie zarówno pozaszpitalnym, czyli w zakresie wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego w środki transportu sanitarnego (ambulanse, śmigłowce), jak i szpitalnym, czyli w odniesieniu do SOR.

Ambulanse są specjalistycznym środkiem transportu sanitarnego, spełniającym cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane. Są podstawową infrastrukturą użytkowaną w opiece przedszpitalnej, muszą działać niezawodnie w każdym terenie i w każdych warunkach atmosferycznych, zapewniając jednocześnie komfort użytkownika zarówno dla ZRM, jak i dla pacjenta.

Jak pokazują powyższe dane techniczne dotyczące eksploatacji ambulansu jako pojazdu oraz zużycia sprzętu, zasadna jest wymiana ambulansu po 5 latach użytkowania z uwagi na zwiększającą się znacznie po tym okresie awaryjność infrastruktury. Pojazdy te z racji intensywnej eksploatacji częściej podlegają rutynowej konserwacji i wymianie części, a także są wyłączane czasowo z użytkowania w przypadku konieczności przeprowadzenia gruntownej dezynfekcji po zdarzeniach z udziałem czynnika zakaźnego. Powyższe jasno wskazuje na konieczność wymiany wyeksploatowanej i przestarzałej floty ambulansów, co umożliwi zapewnienie ciągłości i niezawodności działania opieki przedszpitalnej w ramach systemu PRM.

Wyroby medyczne będące na wyposażeniu jednostek systemu PRM, w tym LPR, również wymagają wymiany na nowsze modele. Powszechnie przyjęta żywotność wyrobów 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 systemu PRM.

Zakup nowoczesnych śmigłowców LPR zwiększa możliwości w zakresie konieczności szybkiej pomocy i diagnostyki w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego na pokładzie śmigłowca. Z uwagi na coraz częstsze dysponowanie zespołów LPR w miejsca zdarzeń nagłych i całodobową gotowość do pomocy, sprzęt ten ulega szybkiemu zużyciu w wyniku intensywnej eksploatacji w trudnych warunkach. **Zasadne jest skierowanie wsparcia również celem zakupu nowych śmigłowców dla LZRM, wraz z dostosowaniem infrastruktury do warunków częstych lotów i całodobowej służby.**

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

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

Warunki określone dla SOR jasno wskazują, że każdy SOR powinien również dysponować bezpośrednio przy nim zlokalizowanym odpowiednim lądowiskiem lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego, celem sprawnego przekazania pacjenta – zgodnie z obecnym prawodawstwem każdy SOR powinien spełnić ten wymóg do końca 2026 r. Mając na uwadze, że zapewnienie lądowiska umożliwia udzielenie kompleksowej pomocy i znacznie skraca czas dostępu pacjenta w stanie nagłym do opieki szpitalnej, jest **konieczne dalsze wspieranie SOR w dostosowywaniu obecnie funkcjonujących lądowisk do całodobowej gotowości i w dążeniu do spełnienia wymagań technicznych, a także tworzenie nowych lądowisk w jednostkach ich nieposiadających.**

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

Wsparcie poszczególnych jednostek systemu PRM pozwala nie tylko zwiększać jego efektywność, poprawiać jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń, lecz także wypełniać luki w dostępie do infrastruktury ratownictwa medycznego. Obecne działania dofinansowywane ze środków unijnych oraz z Funduszu Medycznego wzajemnie się uzupełniają.

V.4. Cel interwencji

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

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

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

- ✓ Interwencją planuje się objąć szereg działań skierowanych do jednostek systemu PRM, którymi są SOR oraz ZRM (w tym LZRM), ze szczególnym uwzględnieniem wymiany wyeksploatowanych ambulansów, których wiek wynosi 5 lat i więcej oraz w dalszej kolejności ambulansów o przebiegu większym niż 300 tys. km.
- ✓ W ramach Programu planuje się **zakupić 120 nowych ambulansów dla ZRM**, co pozwoli zapewnić wymianę części floty kwalifikującej się obecnie do wymiany z uwagi na wiek.
- ✓ Planuje się również skierowanie **interwencji do pozostałych jednostek systemu PRM w ramach dalszego rozwoju systemu ratownictwa**. Mając na uwadze potrzebę spełnienia wymagań jakościowych dotyczących nowoczesnej infrastruktury i użytkowania wysokospecjalistycznych wyrobów medycznych, wsparciem powinny zostać objęte **te spośród obecnie funkcjonujących 2451 SOR, które wymagają dalszej budowy, modernizacji, przebudowy pomieszczeń i doposażenia i nie zostały objęte do tej pory wsparciem ze środków POIŚ, tj. około 50 SOR oraz w dłuższej perspektywie około 25 % jednostek spośród 190 dotychczas wspartych, czyli 50 SOR**. Tym samym w ramach Programu przewiduje się wsparcie sumarycznie dla **100 istniejących SOR**.

- ✓ Z uwagi na zmieniające się przepisy prawa w zakresie wymagań, jakie powinny spełniać SOR jest zasadne objęcie wsparciem podmiotów leczniczych, które w swoich strukturach mają SOR, celem budowy i dostosowania lądowisk przyszpitalnych do obecnych wymagań – spośród obecnie działających 251 SOR, **23 SOR nie mają lądowisk wcale, a 18 SOR ma lądowiska, ale niedostosowane do obecnych przepisów.** W zależności od zabudowy podmiotów leczniczych należy różnicować planowane do utworzenia lądowiska na naziemne, które wymagają zapewnienia odpowiedniej powierzchni na terenie przyszpitalnym i lądowiska wyniesione, utworzone w obrębie obecnej infrastruktury, wymagające wzmocnienia struktury budowlanej lub powodujące konieczność budowy niezależnej konstrukcji, systemu przeciwpożarowego i windy. Tym samym należy dążyć do zapewnienia wsparcia inwestycji polegających na budowie lądowisk lub ich dostosowaniu do wymagań dla łącznie 41 SOR¹.
- ✓ Ponadto, mając na uwadze częste wypadki komunikacyjne i inne zdarzenia nagłe, w których występują urazy wielonarządowe, należy wskazać, że obszarem wymagającym niezbędnego dalszego wsparcia w uzupełnianiu interwencji odnoszących się do floty naziemnych zespołów ratownictwa medycznego jest lotnictwo sanitarne i funkcjonowanie lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, które gwarantują szybkie dotarcie do odległego miejsca zdarzenia i sprawny transport pacjenta do ośrodka zapewniającego kompleksowe jego zaopatrzenie. Zasadne jest dalsze wsparcie Śmigłowej Służby Ratownictwa Medycznego w zakresie budowy, modernizacji, przebudowy i doposażenia infrastruktury śmigłowej oraz zaplecza naziemnego przez budowę bazy HEMS i zakup nowych śmigłowców, wyposażenia lub doposażenia w systemy bezpieczeństwa, komunikacyjne i teleinformatyczne.
- ✓ Realizacja planowanych działań, w tym przede wszystkim wymiana wyeksploatowanych ambulansów, pozwoli na zwiększenie efektywności systemu ratownictwa medycznego. Zwiększą się zasoby zaawansowanych technicznie wyrobów medycznych, pozwalające na szybkie i całodobowe udzielanie pomocy medycznej.

¹ Wsparcie możliwe do zrealizowania w ramach Programu w przypadku zmiany terminów obowiązywania wymagań dla SOR (przepisów rozporządzenia o SOR). Przed rozpoczęciem interwencji zostanie przeprowadzona ponowna analiza potrzeb.

V.5. Wskaźniki

uchylony

V.6. Budżet

uchylony

Va. Opieka paliatywna i hospicyjna

Va.1. Planowane interwencje

Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262). Zgodnie z ww. rozporządzeniem świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej są realizowane w warunkach:

- ✓ stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej,
- ✓ domowych – w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia,
- ✓ ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej,
- ✓ perinatalnej opieki paliatywnej – w ośrodku diagnostyki prenatalnej, w ośrodku kardiologii prenatalnej, w zakładzie genetyki, w poradni medycyny paliatywnej, w hospicjum domowym dla dzieci lub w hospicjum stacjonarnym.

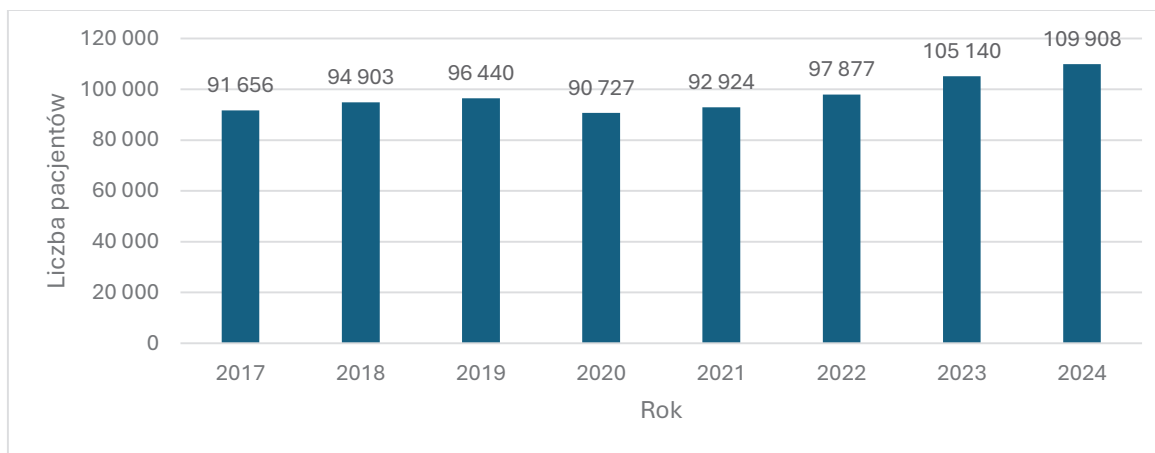
Planowane interwencje będą dotyczyć wsparcia rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych realizujących świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych przez ich modernizację i doposażenie.

Va.2. Diagnoza obecnego potencjału

LICZBA PACJENTÓW W OPIECE PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ

Ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2024 r. łącznie skorzystało 109 908 pacjentów. W porównaniu do 2023 r. liczba pacjentów wzrosła o 4,5 %.

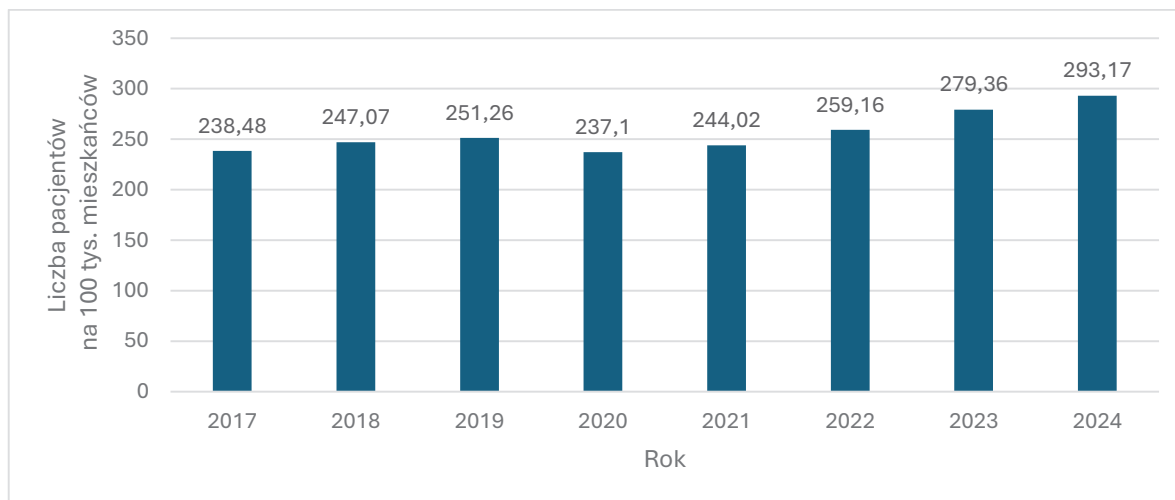
WYKRES 28. Liczba pacjentów korzystających z opieki paliatywnej i hospicyjnej w Rzeczypospolitej Polskiej w latach 2017–2024



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W 2024 r. opieką paliatywną i hospicyjną było objętych średnio 293 pacjentów na 100 tys. mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej.

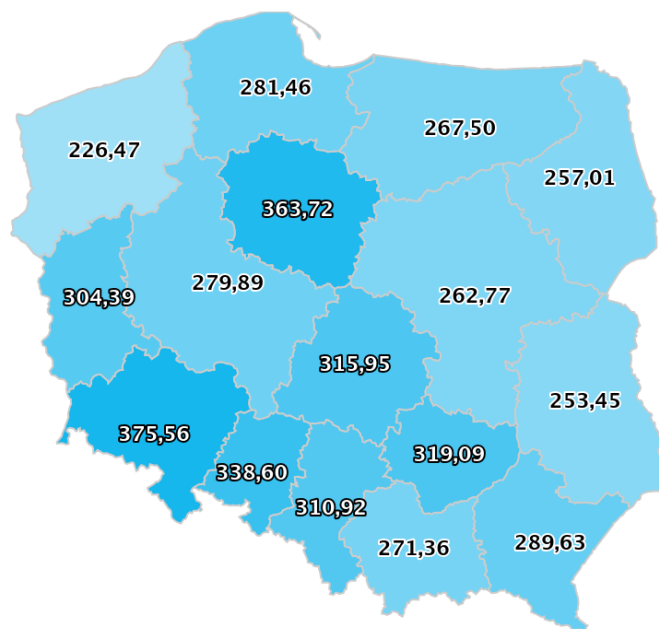
WYKRES 29. Liczba pacjentów korzystających z opieki paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej w latach 2017–2024



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

W 2024 r. największą liczbę pacjentów na 100 tys. mieszkańców odnotowano w województwach dolnośląskim (375,56), kujawsko-pomorskim (363,72) oraz opolskim (338,60), a najmniejszą w województwach zachodniopomorskim (226,47), lubelskim (253,45) oraz podlaskim (257,01).

WYKRES 30. Liczba pacjentów korzystających z opieki paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej w 2024 r.



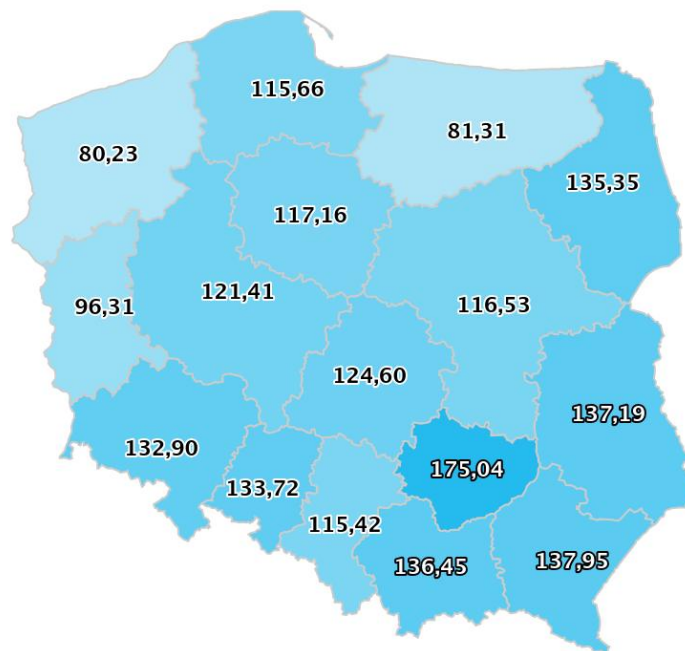
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

Spośród pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2024 r. 84,5 % chorowało na nowotwory, z czego najczęściej występującym nowotworem był nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc (14,4 % pacjentów).

Ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych skorzystało 45,8 tys., domowych 69,9 tys., a ambulatoryjnych – 11,7 tys. pacjentów. W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców opieką w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej stacjonarnych było objętych średnio 122, a w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej domowych 186, w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej ambulatoryjnych 31 pacjentów.

Największą liczbę pacjentów stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej na 100 tys. mieszkańców odnotowano w województwach świętokrzyskim (175,04), podkarpackim (137,95) i lubelskim (137,19), a najmniejszą w zachodniopomorskim (80,23), warmińsko-mazurskim (81,31) i lubuskim (96,31).

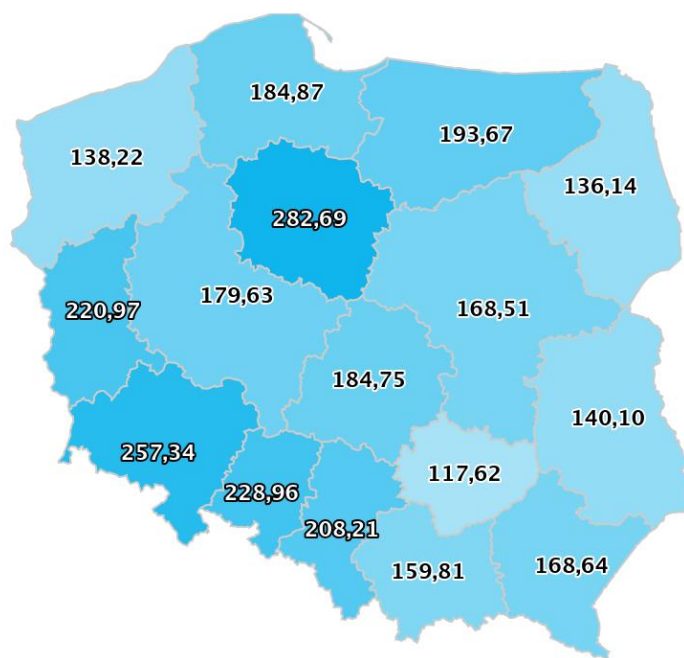
WYKRES 31. Liczba pacjentów stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej na 100 tys. mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej w 2024 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

Aż w 10 województwach liczba pacjentów domowej opieki paliatywnej i hospicyjnej na 100 tys. mieszkańców była poniżej średniej wartości dla kraju. Największą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwach kujawsko-pomorskim (282,69), dolnośląskim (257,34) i opolskim (228,96), a najmniejszą w świętokrzyskim (117,62), podlaskim (136,14) i zachodniopomorskim (138,22).

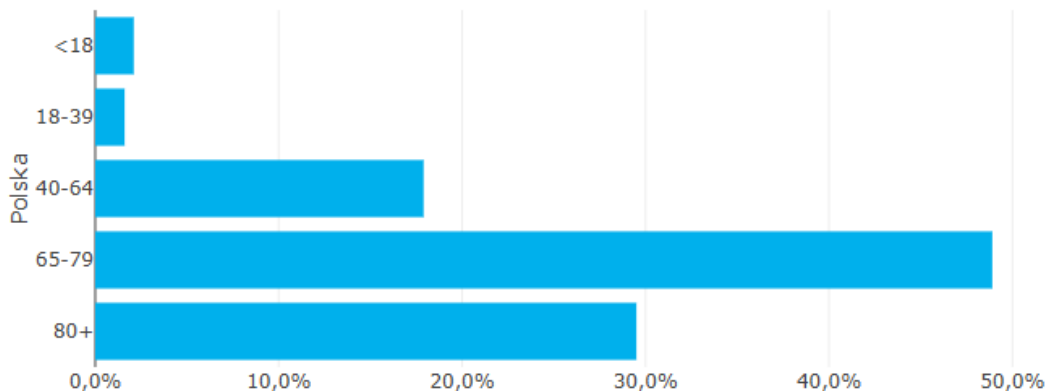
WYKRES 32. Liczba pacjentów domowej opieki paliatywnej i hospicyjnej na 100 tys. mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej w 2024 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

Struktura pacjentów ze względu na płeć była zbliżona, z niewielką przewagą kobiet (51,6 %). W przeważającej większości ze świadczeń opieki zdrowotnej korzystały osoby w wieku 65 lat i więcej (78,4 %), przy czym osoby w wieku 65–79 lat stanowiły 48,9 % pacjentów, a osoby w wieku 80 lat i więcej – 29,5 % pacjentów.

WYKRES 33. Struktura wieku pacjentów w opiece paliatywnej i hospicyjnej ludności Rzeczypospolitej Polskiej w 2024 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

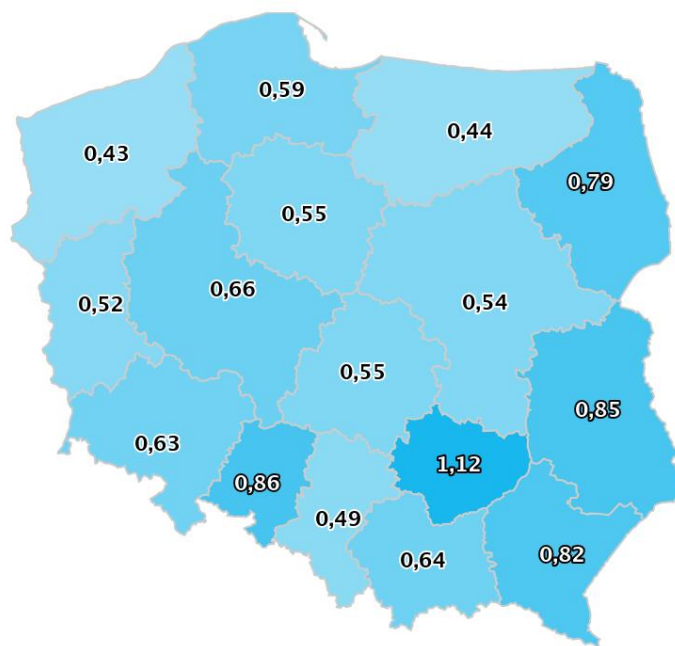
Według danych Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, 49,9 % pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej posiadało orzeczoną niepełnosprawność, z czego 74,9 % pacjentów niepełnosprawnych stanowili pacjenci ze znacznym stopniem niepełnosprawności, 17,9 % z umiarkowanym, 3,6 % z lekkim, natomiast 3,5 % stanowiły osoby niepełnosprawne do 16. roku życia.

LICZBA ŚWIADCZENIODAWCÓW W RAMACH OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ STACJONARNEJ

W 2024 r. w ramach NFZ świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielano w 234 ośrodkach opieki stacjonarnej¹. Najwięcej stacjonarnych ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej było zlokalizowanych w województwie mazowieckim (30), wielkopolskim (23) i małopolskim (22), najmniej zaś w lubuskim (5) oraz warmińsko-mazurskim (6).

Liczba ośrodków stacjonarnych na 100 tys. ludności wyniosła 0,62, przy czym wartość poniżej średniej dla Rzeczypospolitej Polskiej odnotowano w 8 województwach. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: świętokrzyskie (1,12), opolskie (0,86) i lubelskie (0,85), najmniejszą zaś województwa: zachodniopomorskie (0,43), warmińsko-mazurskie (0,44) i śląskie (0,49).

WYKRES 34. Liczba ośrodków stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej na 100 tys. ludności Rzeczypospolitej Polskiej w 2024 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

TABELA 11. Liczba ośrodków udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej w trybie stacjonarnym w Rzeczypospolitej Polskiej w latach 2019–2024

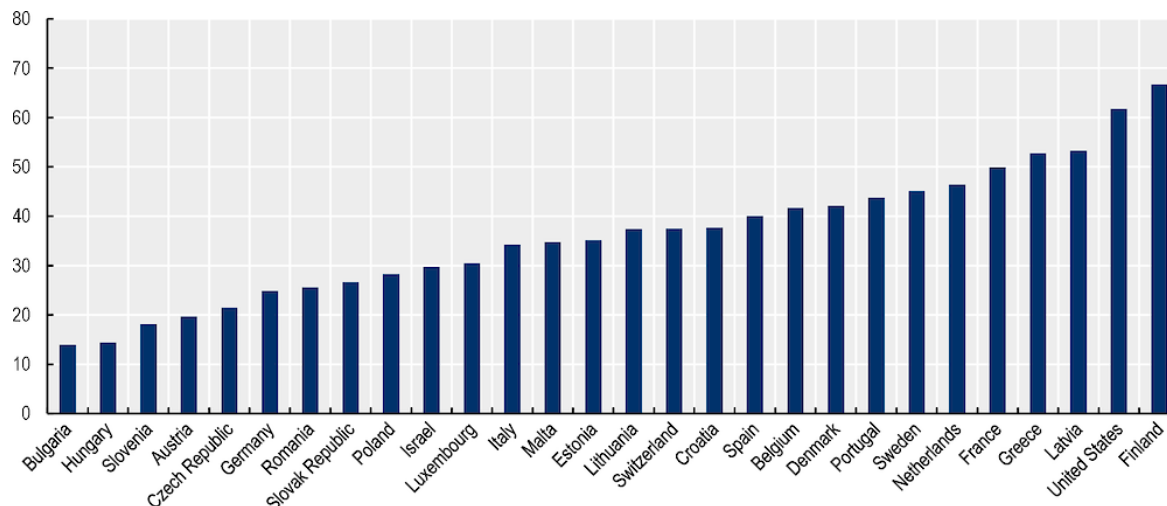
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Liczba świadczeniodawców	191	193	199	221	228	234
Liczba łóżek	3 506	3 581	3 727	4 287	4 757	5 162

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz sprawozdań MZ i MSWiA

¹ Podmiotów identyfikowanych na podstawie kodu świadczeniodawcy realizujących świadczenia na terenie danego powiatu.

skorzystali z opieki paliatywnej i hospicyjnej przed śmiercią w naszym kraju miał wartość poniżej 30 %. Najwyższą wartość wskaźnika odnotowano w Finlandii (ok. 65 %), a najniższą w Bułgarii (ok. 15 %) (Wykres 36.). Różnice w wartościach wskaźnika mogą wynikać z definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz opieki długoterminowej w danym kraju, a także od struktury demograficznej populacji.

WYKRES 36. Średni procent osób, które skorzystały z opieki paliatywnej i hospicyjnej wśród osób, które zmarły w wieku 65 lat i więcej w poszczególnych krajach OECD (2023 r.)



Źródło: raport OECD

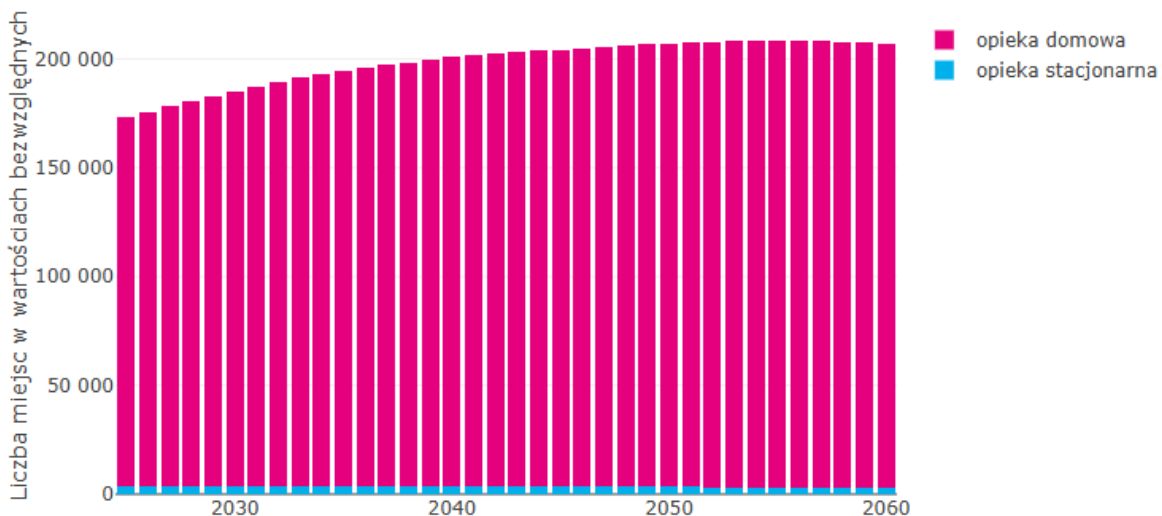
Według ekspertów Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (ang. European Association for Palliative Care, EAPC) liczba świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki paliatywnej w przeliczeniu na liczbę mieszkańców jest jednym z najlepszych wskaźników rozwoju opieki paliatywnej w danym kraju. Wskaźnik ten powinien być rozpatrywany w zakresie paliatywnej opieki domowej oraz szpitalnej opieki paliatywnej. Według raportu EAPC³ Rzeczpospolita Polska znalazła się w pierwszym kwartyle (7. miejsce) pod względem ogólnej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki paliatywnej – 1,5 na 100 000 mieszkańców. Jest to drugi najwyższy wynik wśród krajów Europy Środkowej i Wschodniej (na pierwszym miejscu znalazła się Litwa – 1,7). W zakresie domowej opieki paliatywnej nasze państwo zajęło 3. miejsce w Europie – 1,06 zespołów domowej opieki paliatywnej na 100 000 mieszkańców.

PROGNOZA

W Mapie potrzeb zdrowotnych na lata 2022–2026 przeprowadzono prognozę zapotrzebowania na miejsca w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Zgodnie z przyjętą metodyką model prognozowania liczby miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej opiera się na zapadalności i przeżywalności dla wybranej grupy nowotworów oraz na prognozie demograficznej. W prognozie uwzględniono także stosunek łącznej liczby pacjentów w opiece paliatywnej i hospicyjnej do liczby pacjentów z analizowanymi nowotworami w 2022 r. Prognozowana liczba miejsc odzwierciedla liczbę pacjentów, którzy zgodnie z założeniami będą potrzebowali opieki paliatywnej i hospicyjnej w danym roku. Wynik skorygowany jest przez współczynnik uwzględniający pacjentów pozostających pod opieką dłużej niż rok. Prognozowane zapotrzebowanie na miejsca w opiece paliatywnej i hospicyjnej wynosi 185 tys. w 2030 r. i 207 tys. w 2060 r.

³ N. Arias-Casais et. al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019, EAPC Press, Belgia, 2019

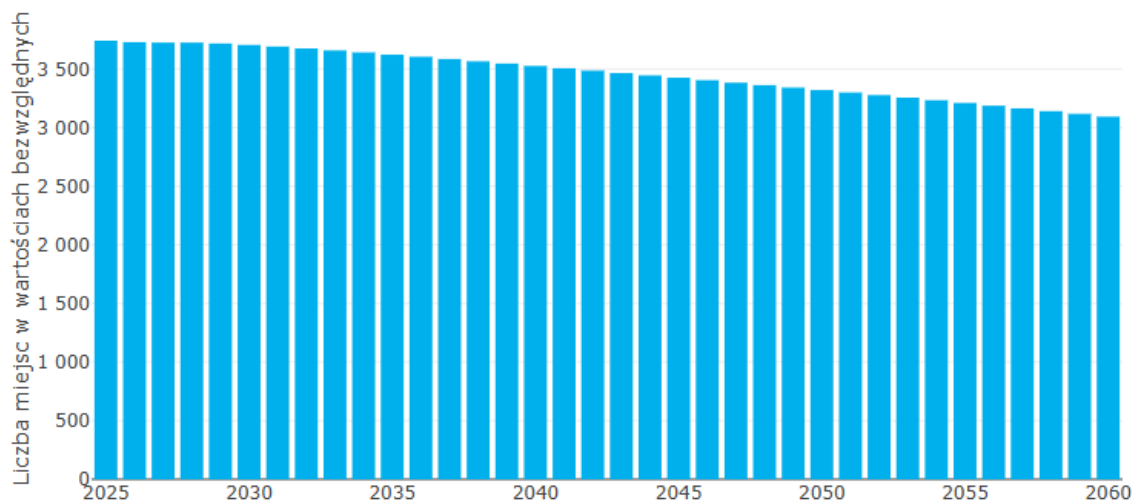
WYKRES 37. Prognoza zapotrzebowania na miejsca w opiece paliatywnej i hospicyjnej na lata 2025–2060 w Rzeczypospolitej Polskiej



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ, KRN i GUS

Prognozowana liczba miejsc w opiece stacjonarnej bazuje na wytycznych Europejskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. Wytyczne te mówią o konieczności zapewnienia co najmniej 100 łóżek na milion populacji. W związku z tym prognozowana liczba miejsc w stacjonarnej opiece paliatywnej i hospicyjnej wynosi 3,7 tys. w 2030 r. i 3,1 tys. w 2060 r.

WYKRES 38. Prognoza zapotrzebowania na miejsca w stacjonarnej opiece paliatywnej i hospicyjnej na lata 2025–2060 w Rzeczypospolitej Polskiej



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ, KRN i GUS

Zdaniem ekspertów w Rzeczypospolitej Polskiej dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej:

- 1) jest zróżnicowany terytorialnie,
- 2) zauważalne są znaczne różnice w dostępie do opieki paliatywnej w poszczególnych województwach,
- 3) w województwach o największych potrzebach wzrost liczby łóżek jest znikomy, pogłębia się więc różnica w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej między województwami⁴.

Najważniejszymi wyzwaniami dla opieki paliatywnej, w ocenie ekspertów, są m.in. wyrównanie różnic w dostępie do opieki paliatywnej, integracja opieki paliatywnej i onkologicznej czy poprawa w dostępie do pediatrycznej opieki paliatywnej. Innymi problemami są:

- 1) niewystarczająca liczba jednostek w wybranych województwach⁵,
- 2) brak bazy – wiele jednostek opieki paliatywnej znajduje się w wymagających remontu, starych budynkach,
- 3) brak funduszy na uzupełnienie bazy lokalowej, modernizacje i remonty⁶,

Biorąc pod uwagę zidentyfikowane problemy dotyczące złej kondycji infrastruktury podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, konieczne jest zapewnienie osobom u kresu życia nie tylko godnych warunków życia aż do śmierci, ale również zapewnienia wsparcia ich rodzinom.

Według danych przedstawionych powyżej w 2024 r. 234 świadczeniodawców udzielało świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych. Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej dotyczącymi zapewnienia minimum 100 łóżek na 1 milion populacji w niektórych województwach wskaźnik ten nie został osiągnięty. Konieczne jest podjęcie działań zmierzających do wyrównania dysproporcji w dostępie do ww. świadczeń.

Niezbędne zatem jest zapewnienie wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej w już działających podmiotach leczniczych przez ich modernizację oraz doposażenie w sprzęt medyczny oraz przez powstanie nowych miejsc udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, przez rozbudowę i przebudowę istniejących ośrodków specjalizujących się w opiece paliatywnej i hospicyjnej, a także budowę nowych miejsc udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, szczególnie w województwach, w których zidentyfikowano niedostateczne pokrycie potrzeb stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej, w tym nie osiągnięto zalecanego przez Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej wskaźnika minimum 100 łóżek na 1 mln mieszkańców.

Działania realizowane w ramach Programu będą działaniami komplementarnymi do tych ujętych w Narodowej Strategii Onkologicznej. W ramach Narodowej Strategii Onkologicznej w zakresie inwestycji ukierunkowanych na system opieki onkologicznej wskazano zadania dotyczące obszaru związanego z budową sieci ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej dla pacjentów onkologicznych, zlokalizowanych w ośrodkach onkologicznych lub współpracujących z ośrodkami onkologicznymi. Zadania mają doprowadzić do osiągnięcia celu głównego związanego z zapewnieniem pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta”, w tym wyrównanie i zwiększenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki rehabilitacyjnej, opieki paliatywnej i hospicyjnej w poszczególnych województwach.

Biorąc pod uwagę, że świadczenia opieki zdrowotnej w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielane są nie tylko osobom zmagającym się z chorobami onkologicznymi, wymagane jest ukierunkowanie działań

⁴ Ciałkowska-Rysz, Aleksandra. 2019. "An appraisal of the situation of palliative care in Poland in 2018". *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine* 11 (4): 163-169. doi:10.5114/pm.2019.93184.

⁵ Zasowska-Nowak, Anna. 2022. "Directions of development of palliative care based on the literature". *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine* 14 (2): 55-63. doi:10.5114/mp.2022.123776.

⁶ Ciałkowska-Rysz, Aleksandra. 2009. "The situation and challenges of palliative care in Poland". *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine* 1 (1): 22-26.

finansowanych ze środków subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych na podmioty lecznicze, które zajmują się również osobami cierpiącymi na choroby inne aniżeli nowotworowe⁷, a także na podmioty lecznicze, które będą rozszerzać zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej na obszary wiejskie.

Przyjmując jako dane wyjściowe liczbę ośrodków stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej na 100 tys. ludności w 2024 r. oraz rozkład liczby łóżek na 1000 ludności w wieku 65 lat lub więcej w 2024 r., działania podejmowane w ramach Programu powinny w pierwszej kolejności odbywać się w województwach, w których wskaźniki zabezpieczenia ludności są poniżej średniej dla kraju.

Przewidziane w Programie w tym zakresie interwencje wpisują się w założenia i działania Krajowego Planu Transformacji przez realizację wsparcia w zakresie zgodnym z Działaniem 2.10.3, tj. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych przez ich modernizację i doposażenie.

Va.5. Oczekiwany rezultat

- ✓ W ramach interwencji dąży się do poprawy jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i zapewnienia godnych warunków opieki osobom chorym i ich rodzinom jak najbliżej ich miejsca zamieszkania. Dzięki dedykowanemu wsparciu zostaną stworzone warunki dla zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym tych ukierunkowanych na opiekę wyręczającą, opiekę psychologiczną czy rehabilitację.
- ✓ Dzięki wsparciu planowane jest zdecydowane polepszenie stanu infrastruktury podmiotów leczniczych, w których udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.
- ✓ Wsparcie inwestycyjne, obejmujące budowę, przebudowę, rozbudowę, modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz wymiana i doposażenie w nowoczesne sprzęty i aparaturę medyczną umożliwiające podniesienie jakości opieki w najtrudniejszej fazie życia osób zmagających się z chorobą jak i ich rodzin, pozwoli na wyprzedzające przygotowanie właściwej infrastruktury zapewniającej możliwość sprawowania wszechstronnej i kompleksowej opieki paliatywnej i hospicyjnej.

⁷ Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej lista jednostek chorobowych umożliwiających objęcie opieką paliatywną i hospicyjną osób dorosłych obejmuje 8 przyczyn, w tym jedna przyczyna to nowotwory, natomiast lista jednostek chorobowych dla dzieci do 18. roku życia obejmuje 65 przyczyn, w tym 19 to nowotwory.

Vb. Wsparcie procesów konsolidacyjnych w podmiotach leczniczych – „Zdrowy szpital – bezpieczny pacjent”

Vb.1. Planowane interwencje

Wsparcie procesów konsolidacyjnych dotyczyć będzie podmiotów leczniczych, które przeprowadzą konsolidację w celu podniesienia efektywności i racjonalności ich funkcjonowania.

Wsparcie obejmuje dofinansowanie budowy, modernizacji, przebudowy i doposażenia podmiotów leczniczych – inwestycji wynikających z procesów konsolidacyjnych i ukierunkowanych na osiągnięcie zakładanych celów konsolidacji.

Vb.2. Diagnoza obecnego potencjału

OGÓLNY STAN SZPITALNICTWA

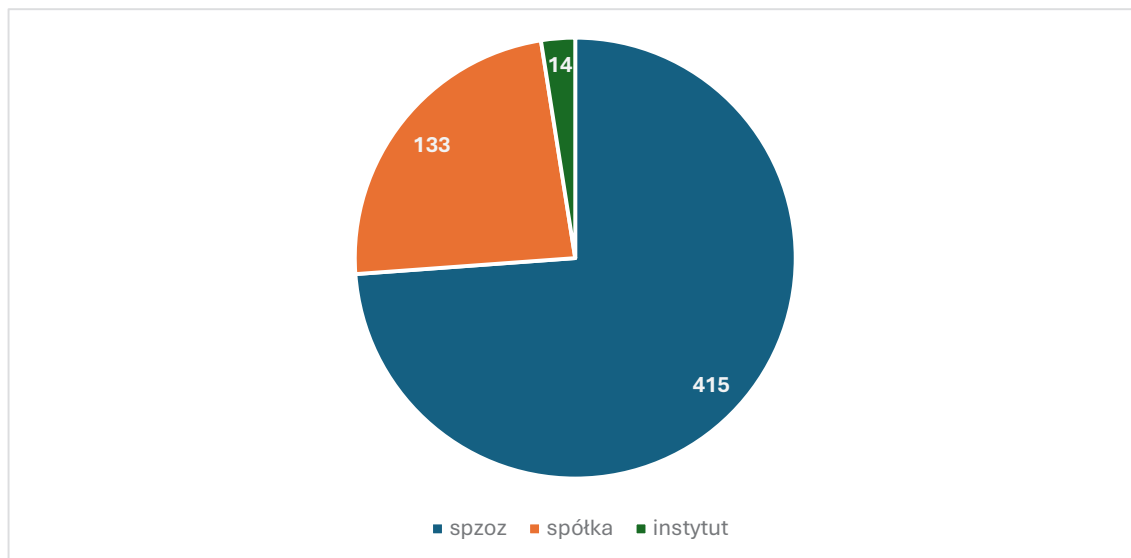
Leczenie szpitalne stanowi integralną i zasadniczą część każdego funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej.

Podmioty szpitalne w rozumieniu niniejszego Rozdziału to podmioty lecznicze działające w formie:

- 1) samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ),
- 2) spółek kapitałowych, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156), dalej jako „ustawa o działalności leczniczej”, w tym powstałych w drodze przekształceń przewidzianych w tej ustawie,
- 3) instytutów badawczych

– które wykonują działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, z wyłączeniem podmiotów leczniczych wykonujących wyłącznie świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w czasie nieprzekraczającym 24 godzin lub podmiotów wykonujących wyłącznie świadczenia w szpitalu uzdrowiskowym; podmiotem szpitalnym jest podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

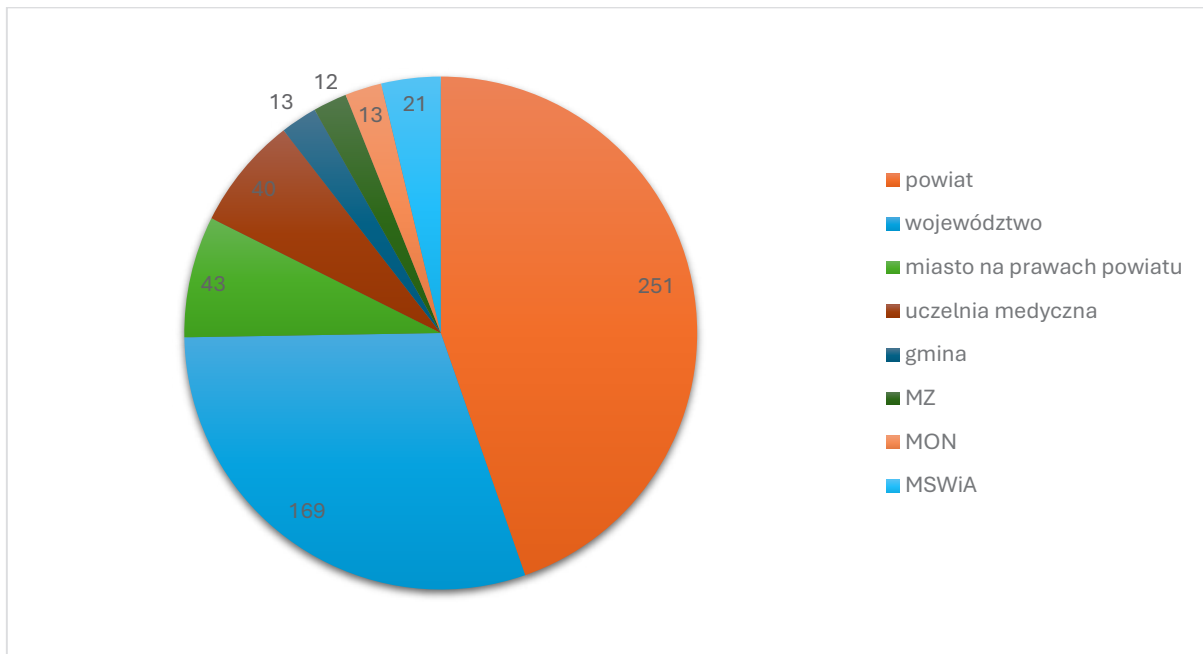
WYKRES 39. Forma organizacyjno-prawna podmiotów szpitalnych w Systemie Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej (PSZ)



Źródło: Dane własne MZ (stan na 30 czerwca 2025 r.)

Świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.), obejmują świadczenia realizowane w trybie pełnej hospitalizacji, planowej lub w trybie jednodniowym (tzw. „chirurgia jednego dnia”), czyli świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w czasie nieprzekraczającym 24 godzin. W ramach przyjętej we wrześniu 2025 r.⁸ reformy szpitalnictwa wprowadzono ścieżkę umożliwiającą podmiotom szpitalnym zamianę niektórych zakresów świadczeń w trybie pełnej hospitalizacji na leczenie planowe lub jednodniowe, a także, w niektórych przypadkach, zamianę oddziałów szpitalnych na zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze. Przewidziano także finansowy mechanizm zachęcający do przekształceń w postaci zachowania części ryczałtu.

WYKRES 40. Podział podmiotów szpitalnych zakwalifikowanych do PSZ ze względu na strukturę właścicielską



Źródło: Dane własne MZ (stan na listopad 2025 r.)

Obecnie jednym z największych wyzwań dla wielu podmiotów leczniczych jest sytuacja finansowa i poziom zadłużenia. Zadłużenie podmiotów szpitalnych w Rzeczypospolitej Polskiej jest problemem systemowym, który utrzymuje się od wielu lat. Ma ono charakter strukturalny i wynika nie tylko z bieżących trudności poszczególnych podmiotów, ale także ze zobowiązań zaciągniętych we wcześniejszych latach. Stan finansowy wynika m.in. z niedostosowania istniejących zasobów do potrzeb zdrowotnych na danym terenie i trendów demograficznych, rosnących kosztów pracy i trudności w pozyskaniu personelu medycznego, przerostu zatrudnienia, niedoszacowanych wycen części świadczeń oraz konieczności utrzymania kosztownej infrastruktury, a także z braku właściwego nadzoru właścicielskiego. W ostatnich latach podejmowane są działania mające na celu zwiększenie rentowności podmiotów szpitalnych, wzmocnienie nadzoru nad podmiotami szpitalnymi, wdrażane są działania restrukturyzacyjne i inwestycyjne oraz podnoszone są wyceny wybranych procedur, jednak stabilność finansowa podmiotów szpitalnych nadal pozostaje jednym z największych wyzwań systemu ochrony zdrowia w Polsce.

⁸ Ustawa z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 1211).

Podmioty szpitalne mierzą się z licznymi wyzwaniami, takimi jak: brak dostosowania ich struktury organizacyjnej oraz struktury wykonywanych świadczeń opieki zdrowotnej do aktualnych potrzeb zdrowotnych, niedobory kadrowe, przeciążenie personelu, długie kolejki oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej oraz potrzeba modernizacji infrastruktury. Mimo trudności, podmioty szpitalne pozostają podstawowym filarem ochrony zdrowia. W 2023 r. ze świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego skorzystało ponad 8,5 mln pacjentów (22,7 % populacji)⁹.

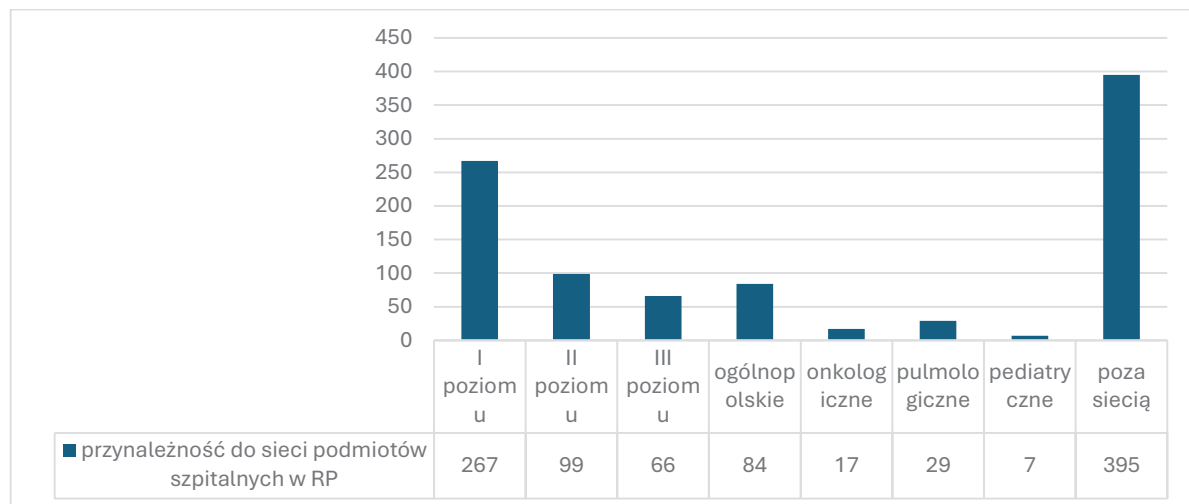
✓ Sieć szpitali

Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej także jako „sieć szpitali” albo „PSZ”) w odniesieniu do znacznej części świadczeń opieki zdrowotnej zmieniło zasady kontraktowania tych świadczeń przez NFZ. Powyższa zmiana systemowa w założeniu projektodawców, oprócz ogólnego uporządkowania i ustrukturyzowania sektora szpitalnego, miała pociągać za sobą korzyści w postaci poprawy koordynacji i ciągłości opieki nad pacjentem, lepszego dostosowania struktury organizacyjnej podmiotów leczniczych oraz struktury wykonywanych świadczeń opieki zdrowotnej do aktualnych potrzeb pacjentów, bardziej racjonalnego gospodarowania zasobami na opiekę zdrowotną oraz zwiększenia stabilności finansowej podmiotów szpitalnych, a przez to poprawy warunków do inwestowania w ich rozwój.

System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), o którym mowa w art. 95I ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania.

W ramach PSZ wyodrębniono 6 poziomów zabezpieczenia świadczeń: poziom I, poziom II, poziom III, poziom szpitali onkologicznych i pulmonologicznych, poziom szpitali pediatrycznych oraz poziom szpitali ogólnopolskich.

WYKRES 41. Przynależność do sieci szpitali podmiotów szpitalnych w RP



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i Mapy potrzeb zdrowotnych na okres od dnia 1 stycznia 2027 r. do dnia 31 grudnia 2031 r.

⁹ Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2027–2031.

Poziomy te zostały zdefiniowane przez wskazanie charakteryzujących je profili z zakresu leczenia szpitalnego (realizowanych w trybie hospitalizacji). Wyodrębnienie ww. poziomów odzwierciedla, w przypadku trzech pierwszych poziomów, gradację pod względem liczby realizowanych profili i stopnia ich specjalizacji. Dwa kolejne poziomy zostały wyodrębnione ze względu na specyfikę świadczeń, którym są one dedykowane. Natomiast wyodrębnienie poziomu ogólnopolskiego czyni zadość uznaniu szczególnej roli w systemie opieki zdrowotnej szpitali klinicznych oraz instytutów badawczych i niektórych innych podmiotów szpitalnych tworzonych przez ministrów.

Kwalifikacja szpitali do PSZ (na 4-letnie okresy) dokonywana jest przez Prezesa NFZ. Aktualny wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia obowiązuje od dnia 1 stycznia 2023 r. do dnia 30 czerwca 2027 r.

✓ Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej

Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego jest dla pacjenta kluczowym elementem bezpieczeństwa zdrowotnego, ponieważ decyduje o tym, czy w sytuacji nagłej lub przewlekłej uzyska pomoc na czas i na odpowiednim poziomie. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego ma bezpośrednie przełożenie na kondycję zdrowia publicznego.

WYKRES 42. Liczba pacjentów ze względu na miejsce zamieszkania w podziale na poziomy PSZ na 100 tys. ludności w 2023 r.

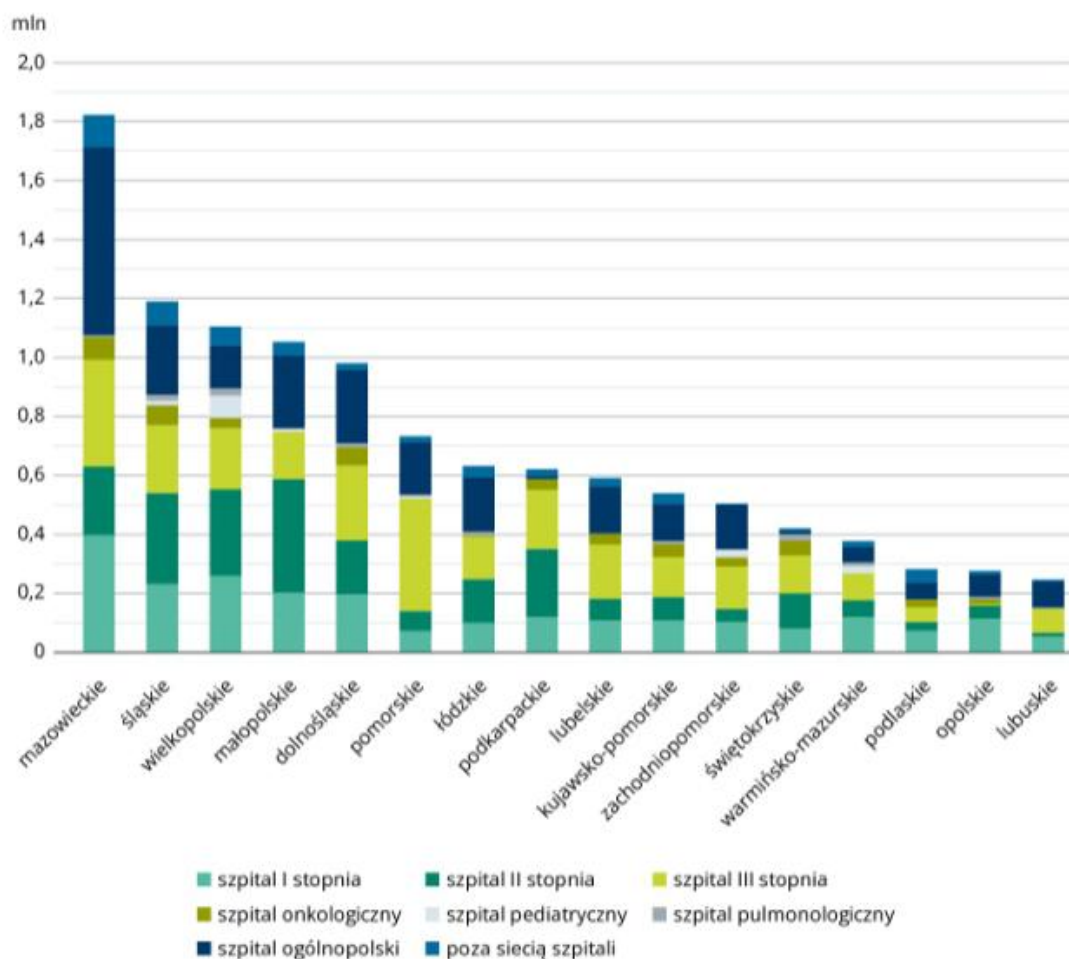
Obszar	poza siecią szpitali	szpital I stopnia	szpital II stopnia	szpital III stopnia	szpital ogólnopolski	szpital onkologiczny	szpital pediatryczny	szpital pulmonologiczny	razem
świętokrzyskie	904	6 081	8 720	8 069	1 823	1 753	26	1 285	24 566
kujawsko-pomorskie	1 688	6 217	4 104	7 566	6 530	1 457	34	371	24 080
śląskie	1 859	7 124	7 748	5 278	4 250	807	885	332	23 873
tódzkie	1 547	4 775	7 193	6 498	7 394	201	14	446	23 821
podkarpackie	1 704	5 438	9 364	8 178	1 355	1 000	15	68	23 321
lubelskie	1 203	6 001	4 473	6 910	7 411	889	10	51	23 141
mazowieckie	2 190	6 697	4 120	5 988	7 109	619	30	125	23 012
opolskie	1 143	10 684	5 624	1 450	6 781	616	21	940	22 928
zachodniopomorskie	309	6 544	2 671	6 473	8 261	1 036	1 424	156	22 792
pomorskie	890	4 903	4 043	11 130	4 373	70	305	176	22 577
wielkopolskie	1 618	7 361	6 061	4 522	3 811	838	1 603	296	22 349
dolnośląskie	640	6 893	5 243	6 160	5 267	1 046	18	281	21 920
podlaskie	3 802	6 458	4 239	4 230	5 860	1 057	17	8	21 799
warmińsko-mazurskie	1 413	7 984	4 553	5 671	3 460	139	1 284	474	21 095
małopolskie	1 490	5 228	8 366	3 605	4 862	95	270	93	20 943
lubuskie	827	6 310	1 475	6 338	7 147	273	102	279	19 973
RP	1 526	6 425	5 751	6 090	5 350	705	416	273	22 705

Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych na okres od dnia 1 stycznia 2027 r. do dnia 31 grudnia 2031 r. – opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Mała liczba pacjentów leczonych w szpitalach onkologicznych, pediatrycznych i pulmonologicznych może wynikać z ograniczonej dostępności szpitali na każdym z tych poziomów PSZ w danym województwie. W tym przypadku realizację świadczeń opieki zdrowotnej przejmują szpitale na pozostałych poziomach PSZ, a w przypadku świadczeń pediatrycznych realizacja odbywa się także w szpitalach funkcjonujących poza PSZ.

Zgodnie z danymi opracowanymi w ramach Mapy potrzeb zdrowotnych na okres od dnia 1 stycznia 2027 r. do dnia 31 grudnia 2031 r. w Rzeczypospolitej Polskiej w 2023 r. ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego skorzystało ponad 8,5 mln pacjentów (22,7 % populacji). W 2023 r. ww. świadczenia zostały udzielone ponad 4,5 mln kobiet oraz ponad 4 mln mężczyzn.

WYKRES 43. Liczba pacjentów szpitali z podziałem na województwa w 2023 r. – Mapy potrzeb zdrowotnych na okres od dnia 1 stycznia 2027 r. do dnia 31 grudnia 2031 r.

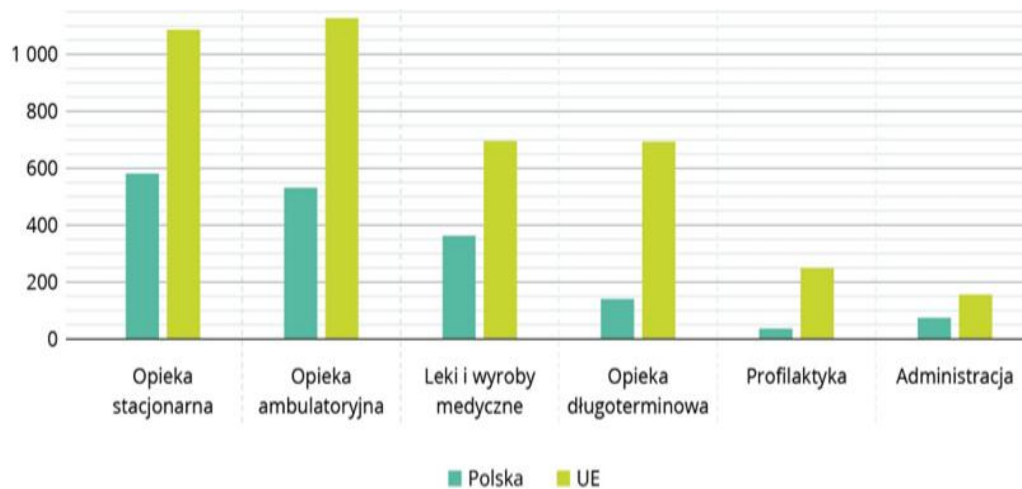


Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

✓ Wydatki na leczenie szpitalne

Wydatki na opiekę stacjonarną stanowią znaczną część budżetu przeznaczanego na zdrowie. Porównując wydatki na opiekę stacjonarną, w tym leczenie szpitalne, w przeliczeniu na mieszkańca w 2023 r., wydatki w Rzeczypospolitej Polskiej są poniżej średniej UE.

WYKRES 44. Wydatki na zdrowie w 2023 r. (PPP EUR na mieszkańca) – Mapy potrzeb zdrowotnych na okres od dnia 1 stycznia 2027 r. do dnia 31 grudnia 2031 r.



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie statystyk OECD dotyczących ochrony zdrowia

W ramach systemu PSZ wartość świadczeń opieki zdrowotnej w 2022 r. wynosiła 57,6 mld zł, natomiast w 2023 r. już 82,2 mld zł. Tym samym wzrost wydatków w sieci szpitali wyniósł w skali rok do roku 43 %. Analiza wartości ww. świadczeń zrealizowanych w ramach systemu PSZ wskazuje, że NFZ najwięcej środków finansowych w 2023 r. przekazała na szpitale ogólnopolskie, tj. ok. 34 % całego budżetu, najmniej zaś na szpitale pediatryczne (1,5 %). Największy wzrost nakładów finansowych w porównaniu do 2022 r. odnotowano w szpitalach pediatrycznych, III poziomu, ogólnopolskich i onkologicznych, (odpowiednio o 61 %, 47 %, 46 % i 43 %).

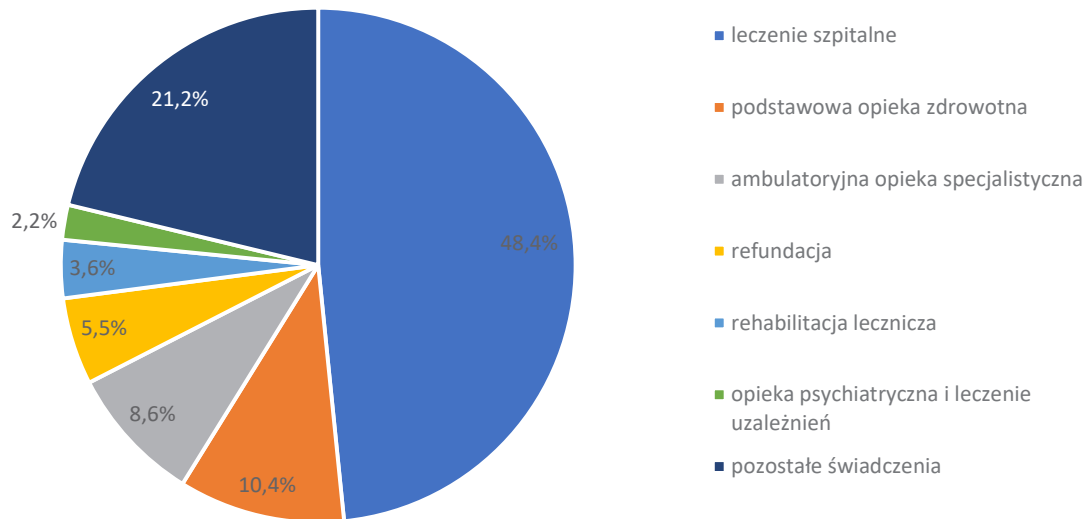
TABELA 12. Realizacja świadczeń w ramach systemu PSZ w 2023 r. w porównaniu do realizacji analogicznych świadczeń w 2022 r. według poziomu PSZ (w zł)

Poziom zabezpieczenia zdrowotnego	Wartość świadczeń 2022	Wartość świadczeń 2023	Zmiana %
Szpital I stopnia	9 849 233 045	13 738 279 786	39%
Szpital II stopnia	10 173 602 075	13 788 478 991	36%
Szpital III stopnia	12 684 077 642	18 591 728 154	47%
Szpital ogólnopolski	19 228 477 459	28 066 437 026	46%
Szpital onkologiczny	3 705 350 188	5 308 209 721	43%
Szpital pediatryczny	780 573 261	1 253 257 361	61%
Szpital pulmonologiczny	1 147 677 489	1 495 315 221	30%
Ogółem	57 568 991 159	82 241 706 260	43%

Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych na okres od dnia 1 stycznia 2027 r. do dnia 31 grudnia 2031 r. – opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Leczenie szpitalne stanowi najistotniejszą część kosztów realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia – zgodnie z **planem finansowym NFZ na 2025 r.**, nakłady na leczenie szpitalne stanowią 48,4 % ww. kosztów.

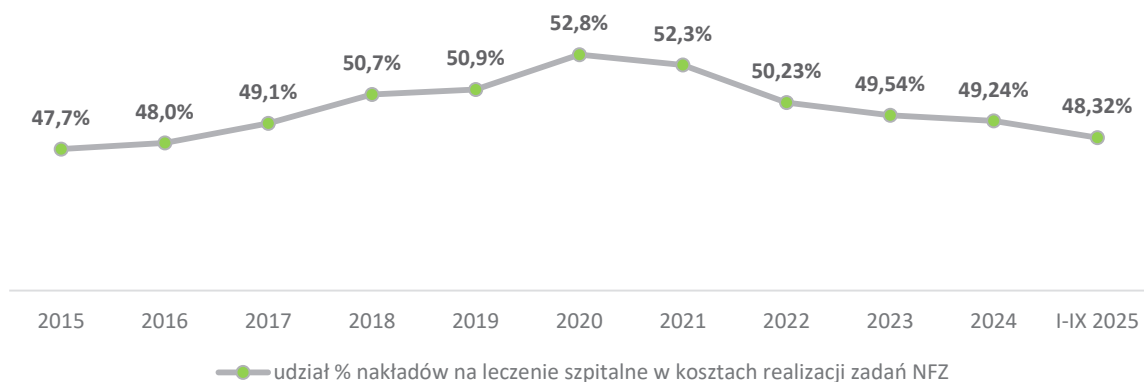
WYKRES 45. Nakłady na poszczególne zakresy świadczeń dane na podstawie planu finansowego NFZ na 2025 r.



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Udział procentowy nakładów finansowych NFZ na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenie szpitalne w kosztach realizacji zadań NFZ w latach 2015–2024 wynosił średnio 49,9 % (dane na podstawie wykonania planów finansowych za ten okres). Zgodnie ze sprawozdaniem z wykonania planu finansowego NFZ za I–IX 2025 r., wartość ta jest poniżej ww. średniej – na poziomie 48,32 %.

WYKRES 46. Udział nakładów na leczenie szpitalne w kosztach realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia

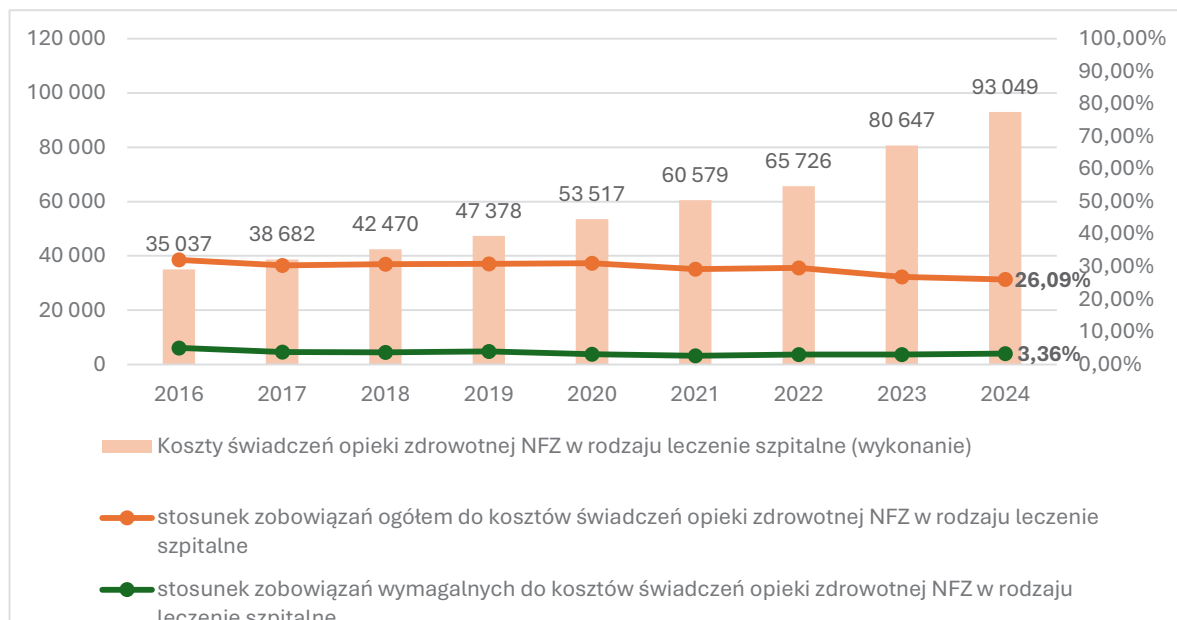


Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Stosunek zobowiązań ogółem do nakładów na koszty świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne NFZ w latach 2010–2024 wynosił średnio 31,74 %, natomiast w 2024 r. przyjął on wartość poniżej ww. średniej, tj. 26,09 %.

Podobnie wygląda sytuacja w przypadku stosunku zobowiązań wymagalnych do nakładów na koszty świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne NFZ, gdzie mimo rosnących kwot zobowiązań podmiotów stanowią one niższy odsetek w stosunku do ww. nakładów. W latach 2010–2024 ww. stosunek procentowy wynosił średnio 4,98 %, natomiast w 2024 r. przyjął on wartość 3,36 %, czyli poniżej średniej.

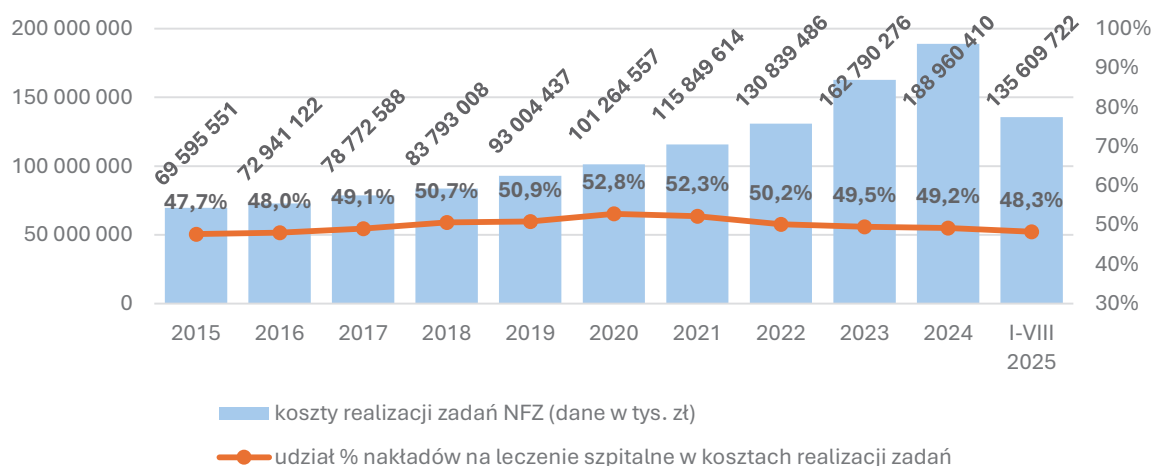
WYKRES 47. Stosunek zobowiązań do nakładów na leczenie szpitalne (w mln zł)



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

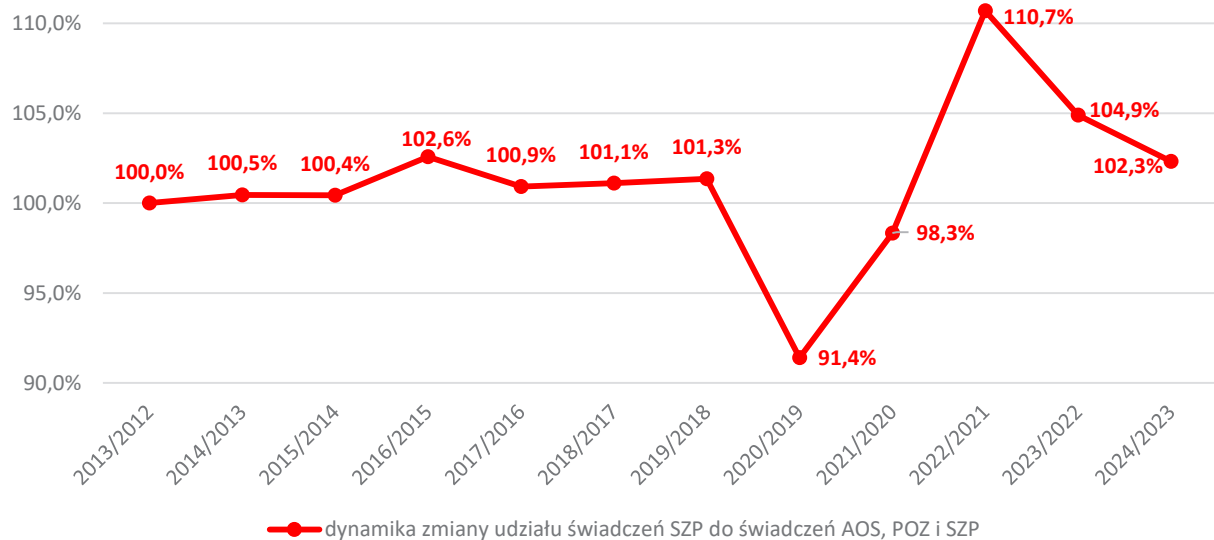
W 2023 r. i 2024 r. zaobserwowano również spadek udziału wartości świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego do liczby świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, podstawowej opiece zdrowotnej oraz leczeniu szpitalnym.

WYKRES 48. Udział nakładów na leczenie szpitalne w kosztach realizacji zadań NFZ na podstawie sprawozdań z wykonania planu finansowego NFZ za lata 2015–2024 oraz za okres I–VIII 2025 r.



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

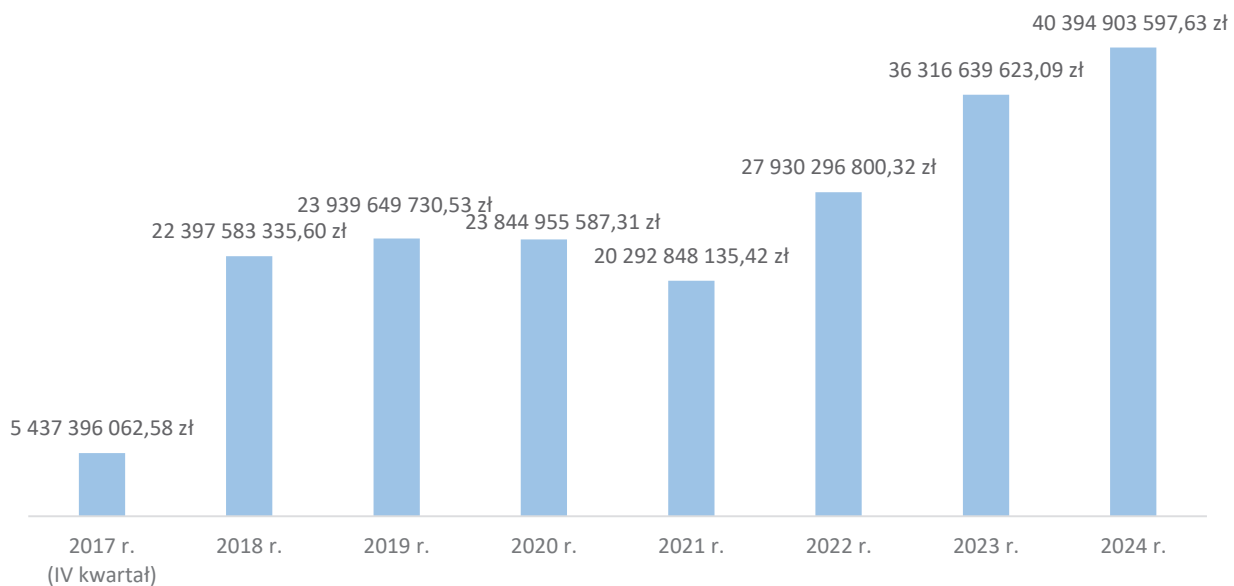
WYKRES 49. Dynamika zmiany udziału świadczeń szpitalnych do innych zakresów świadczeń



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W ostatnich latach rosną również nakłady NFZ na świadczenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – w 2024 r. realizacja ryczałtu była na poziomie o 44,6 % wyższym niż w 2022 r.

WYKRES 50. Nakłady NFZ na świadczenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2017–2024



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Jednocześnie dostrzegalne jest zjawisko wzrostu zobowiązań ogółem SPZOZ rok do roku.

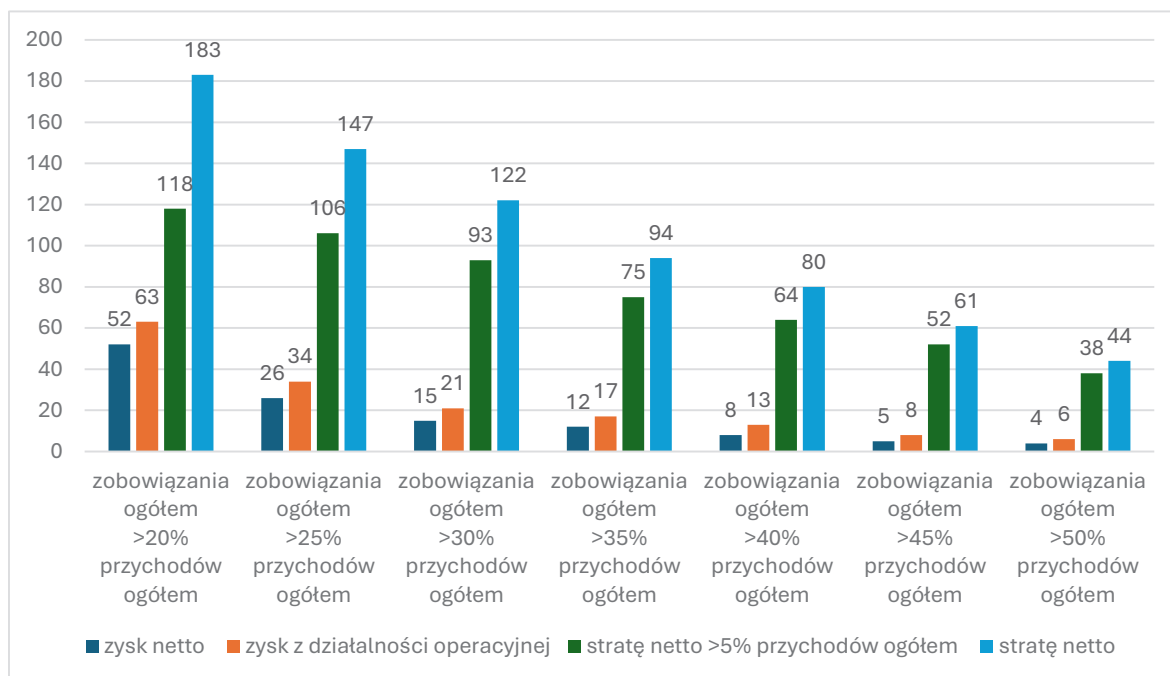
WYKRES 51. Zobowiązania ogółem SPZOZ w latach 2020–2025



Źródło: Dane ankietowe MZ

Zobowiązania SPZOZ rosną nieprzerwanie. W badanym okresie od 2020 r. do II kwartału 2025 r. nastąpił wzrost zobowiązań o ponad 10,5 mld zł, czyli ok. 69 % w okresie pięciu lat. Przyczyną powyższego jest trwała presja kosztowa, niedopasowanie przychodów do tempa wzrostu kosztów oraz narastająca trudność w utrzymaniu płynności finansowej przez SPZOZ. Wynika to m.in. ze wzrostu kosztów osobowych, rosnących wynagrodzeń personelu medycznego i niemedycznego, wzrostu cen energii, mediów i usług zewnętrznych, a także częściowego niedoszacowania wycen świadczeń opieki zdrowotnej oraz rosnących potrzeb inwestycyjnych. Ponadto lata 2022–2023 przyniosły skok inflacji i wzrost kosztów finansowych.

WYKRES 52. Podmioty szpitalne wykazujące zobowiązania ogółem w zestawieniu z osiągniętym zyskiem oraz poniesioną stratą w 2024 r.



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych statystycznych

Poziom zobowiązań wykazywanych przez podmioty szpitalne w znacznej mierze determinowany jest przez osiągnięte wyniki finansowe. Brak pokrycia ponoszonych kosztów uzyskiwanymi przychodami prowadzi do zaciągania zobowiązań, na pokrycie których nie ma środków finansowych, co prowadzi do zwiększania poziomu zadłużenia podmiotów szpitalnych. W niektórych przypadkach, nawet po przeprowadzeniu restrukturyzacji i odzyskaniu dodatniej rentowności na poziomie działalności operacyjnej przez podmiot szpitalny, koszty finansowe ponoszone w związku z obsługą posiadanego zadłużenia wpływają na pogorszenie wyniku netto.

Ponadto analiza danych wykazuje, że często wysoki udział kosztów osobowych współwystępuje ze stratami finansowymi w różnych poziomach szpitali.

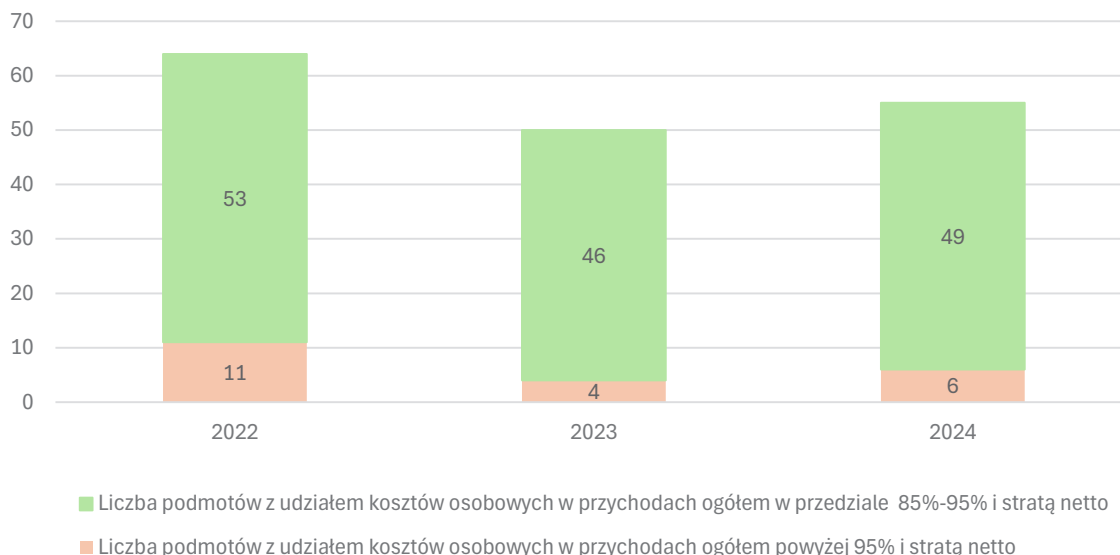
TABELA 13. Udział kosztów osobowych w leczeniu szpitalnym w kosztach szpitali ogółem w latach 2022–2024

poziom sieci	Liczba podmiotów z udziałem kosztów osobowych w przychodach ogółem powyżej 85 % i stratą netto		
	2022 r.	2023 r.	2024 r.
1 – Szpital I poziomu	39	34	39
2 – Szpital II poziomu	14	8	9
3 – Szpital III poziomu	3	3	5
4 – Szpital pulmonologiczny	2	1	1
5 – Szpital pediatryczny	1	0	0
6 – Szpital onkologiczny	0	0	0
7 – Szpital ogólnopolski	5	4	1
Suma końcowa	64	50	55

Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych AOTMiT

Analiza pokazuje wyraźnie, że najbardziej narażone na problemy finansowe, związane z wysokim udziałem kosztów osobowych, są szpitale I poziomu, najczęściej podmioty szpitalne realizujące szeroki zakres podstawowych świadczeń, często o niższych wycenach świadczeń. W grupie szpitali I poziomu odsetek podmiotów, w których udział kosztów osobowych w przychodach ogółem, wynosi powyżej 85 % i strata netto wynosi 14 %. W szpitalach II poziomu strata ta wynosi ok. 9 %, zaś III poziomu 7,5 %. Szpitale pulmonologiczne, pediatryczne, onkologiczne i ogólnopolskie charakteryzują się większą stabilnością i mniejszą liczbą podmiotów spełniających kryteria zagrożenia (odsetek szpitali w tej grupie, których udział kosztów osobowych w przychodach ogółem wynosi powyżej 85 % i występuje strata netto, która waha się od 0 % do 3,4 %). Również w ujęciu ilościowym największą grupą dotkniętą problemem wysokiego udziału kosztów osobowych są szpitale I poziomu (39 w 2024 r.). To wskazuje, że największe trudności w utrzymaniu równowagi między kosztami pracy a przychodami mają szpitale wykonujące przede wszystkim podstawowe, stosunkowo proste procedury.

WYKRES 53. Liczba podmiotów szpitalnych z udziałem kosztów osobowych w latach 2022–2024



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych AOTMiT

Liczba podmiotów leczniczych, które wykazują stratę netto przy bardzo wysokim udziale kosztów osobowych w przychodach, spadła w 2023 r., co mogło wynikać np. z dodatkowego finansowania lub chwilowej poprawy rentowności. Jednak w 2024 r. nastąpił ponowny wzrost. Nastąpiło to na skutek presji płacowej, inflacji oraz rosnących kosztów operacyjnych, które nie zostały w pełni pokryte przychodami z NFZ. Oznacza to, że bardzo wysokie koszty pracownicze nadal pozostają głównym czynnikiem pogłębiającym straty podmiotów szpitalnych.

Zadłużenie podmiotów szpitalnych wykazuje trend rosnący. Powyższe wymaga podjęcia działań systemowych, w tym konsolidacyjnych, polegających na racjonalizacji kosztów, zapewniając stabilność systemu ochrony zdrowia.

✓ Reforma szpitali

Prowadzona od 2025 r. reforma szpitali¹⁰ wprowadza istotne zmiany w systemie ochrony zdrowia – zarówno na poziomie organizacji systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), jak i w przepisach ustawy o działalności leczniczej, w zakresie restrukturyzacji i konsolidacji podmiotów leczniczych.

Główne założenia reformy to:

- 1) uelastycznienie i racjonalizacja funkcjonowania PSZ przez umożliwienie wprowadzenia zmiany w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, polegającej na wykreśleniu danego profilu systemu zabezpieczenia, jeżeli przyczyni się to do racjonalizacji struktury udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze, w szczególności przez ich konsolidację, przy zapewnieniu odpowiedniego dostępu do tych świadczeń, z jednoczesnym umożliwieniem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach profilu odpowiadającego wykreślonemu profilowi PSZ, realizowanego w trybie hospitalizacji planowej albo trybie leczenia jednego dnia, albo świadczeń opieki długoterminowej (ZOL), przy zagwarantowaniu zachowania części ryczałtu PSZ;
- 2) wprowadzenie możliwości tworzenia SPZOZ przez związki jednostek samorządu terytorialnego, a także możliwość ich łączenia, przy pozostawieniu wielości podmiotów tworzących;

¹⁰ Przeprowadzona ustawą z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej, która weszła w życie 17 września 2025 r.

- 3) wprowadzenie obowiązku sporządzenia przez kierownika podmiotu leczniczego programu naprawczego w przypadku wystąpienia straty netto w określonych przypadkach oraz regulacji dotyczących tworzenia, oceniania i zatwierdzania programów naprawczych sporządzanych przez ww. podmioty.

Wdrażane rozwiązania mają docelowo poprawić funkcjonowanie podmiotów szpitalnych i zapobiec ich zadłużaniu.

Zakłada się, że efekty zmian wprowadzonych reformą szpitalnictwa, m.in. łączenie szpitali przez samorządy, możliwość elastycznego przekształcania oddziałów szpitalnych i plany naprawcze dla nierentownych podmiotów, będą widoczne w perspektywie 3–5 lat, co pozwoli na stabilizację finansową podmiotów leczniczych i lepsze dopasowanie udzielanych przez nie świadczeń opieki zdrowotnej do potrzeb pacjentów.

Dodatkowo reforma wprowadziła nowy zakres świadczenia gwarantowanego – powiatowe centrum zdrowia (PCZ), o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyli centrum, które będzie ambulatoryjnie zabezpieczało pierwsze potrzeby i organizowało pomoc w podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego.

Vb.3. Wyzwania

Analiza obecnego stanu systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej, jak również występujące zjawisko nieefektywnego wykorzystania potencjału i zasobów ochrony zdrowia wskazują na konieczność podjęcia działań w celu podejmowania procesów konsolidacyjnych. Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie doprowadziło do znaczących zmian w zakresie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Mimo systematycznego podnoszenia nakładów na ochronę zdrowia pogłębiła się trudna sytuacja finansowa szpitali.

W związku z powyższym konieczne jest kontynuowanie rozwiązań uelastyczniających działanie PSZ oraz umożliwiających konsolidację podmiotów szpitalnych m.in. przez wsparcie finansowe infrastrukturalnych procesów dostosowawczych do niezbędnych zmian organizacyjnych.

Procesy konsolidacyjne podmiotów leczniczych – działania naprawcze prowadzone przez podmioty lecznicze lub podmioty sprawujące nad nimi nadzór, polegające, co najmniej, na połączeniu podmiotów leczniczych (konsolidacja międzypodmiotowa) lub komórek organizacyjnych (konsolidacja wewnątrzpodmiotowa), celem poprawy sytuacji finansowej, optymalnego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych oraz zapewnienia spójności i efektywności systemu ochrony zdrowia, a także racjonalizacji działalności leczniczej.

Regulacje uelastyczniające i racjonalizujące funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz wdrożenie mechanizmów ułatwiających łączenie podmiotów leczniczych wymagają dedykowanych instrumentów wsparcia, w tym wynikających z procesów konsolidacyjnych, zmian infrastrukturalnych przez dofinansowanie budowy, przebudowy, modernizacji i wyposażenia skonsolidowanych podmiotów.

Warunkiem uzyskania wsparcia z Programu jest dokonanie konsolidacji, rozumianej jako:

- 1) połączenie dwóch albo więcej podmiotów leczniczych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych, z których co najmniej jeden jest podmiotem szpitalnym zakwalifikowanym do systemu PSZ (konsolidacja międzypodmiotowa); albo
- 2) połączenie komórek organizacyjnych, w których są udzielane świadczenia szpitalne ze środków publicznych w podmiocie leczniczym, zakwalifikowanym do systemu PSZ (konsolidacja wewnątrzpodmiotowa).

Uprawnionym do złożenia wniosku jest podmiot szpitalny zakwalifikowany do PSZ:

- 1) po przeprowadzeniu konsolidacji międzypodmiotowej, o której mowa w poprzedzającym akapicie w pkt 1, lub
- 2) po przeprowadzeniu konsolidacji wewnątrzpodmiotowej, o której mowa w poprzedzającym akapicie w pkt 2, lub
- 3) przed dokonaniem konsolidacji, pod warunkiem:
 - a) przedłożenia dokumentów, z których wynika podjęcie decyzji o połączeniu przez wszystkie właściwe podmioty oraz
 - b) po przedłożeniu projektu aktu lub projektu innego dokumentu o połączeniu podmiotów leczniczych – który wejdzie w ogół praw i obowiązków podmiotu przejmowanego, a w przypadku połączenia się podmiotów skutkującego utworzeniem nowego podmiotu – jeden z podmiotów łączących się zgodnie z dokumentami, o których mowa w lit. a i b.

Uprawnienie do złożenia wniosku dotyczy jedynie konsolidacji przeprowadzonych po dniu wejścia w życie ustawy z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 1211), tj. od dnia 17 września 2025 r.

Zawarcie umowy o dotacje z Funduszu Medycznego możliwe będzie po formalnym połączeniu podmiotów leczniczych (wpis do KRS oraz rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą) w wyznaczonym w dokumentacji konkursowej terminie.

Efekt konsolidacji musi być zgodny z mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej (aplikacja Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – <https://basiw.mz.gov.pl/>) – w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, dla których ten schemat został opracowany.

OBYWIAŹKI PODMIOTÓW KONSOLIDOWANYCH

Przystąpienie do konsolidacji powinno zostać poprzedzone szczegółową analizą stanu podmiotów szpitalnych, w tym m.in. w obszarze:

- sytuacji finansowej, w tym analizy ponoszonych kosztów, posiadanych zobowiązań oraz płynności finansowej;
- przeglądu zasobów, w tym dostępnej infrastruktury, sprzętu medycznego, potencjału kadrowego, obciążenia łóżek szpitalnych;
- przeprowadzenia oceny wpływu konsolidacji na pacjentów, tj. zapewnienie odpowiedniej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej;
- struktury udzielanych świadczeń, w tym dublujących się obszarów, komórek organizacyjnych, w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz komórek administracyjnych;
- struktury hospitalizacji zabiegowych z zakresu leczenia szpitalnego w połączonym podmiocie, średniej liczby dni hospitalizacji u danego świadczeniodawcy w danym roku kalendarzowym.

Założeniem konsolidacji jest zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów na dotychczasowym poziomie.

Konsolidacji towarzyszy optymalizacja zarządzania zasobami ludzkimi, którą poprzedzać powinna analiza deficytów i nadwyżek kadrowych. Optymalizacja wykorzystania kadr medycznych i niemedycznych zawierać powinna ocenę wpływu przewidzianej inwestycji na poprawę efektywności pracy personelu przez lepsze rozmieszczenie kadr połączonych podmiotów leczniczych lub komórek organizacyjnych, ograniczenie nadmiarowych etatów (w tym administracyjnych) oraz zwiększenie dostępności personelu medycznego w zakresach, w których odnotowywany jest ich niedobór.

Monitorowanie efektów konsolidacji wymaga opracowania zestawu wskaźników w zakresie wykorzystania zasobów po konsolidacji. W wyniku procesu powinna nastąpić poprawa efektywności wykorzystania infrastruktury technicznej i lokalowej, zwiększenia stopnia wykorzystania zasobów infrastrukturalnych przez m.in. adaptację i zmianę przeznaczenia niewykorzystywanych obiektów, optymalizację wykorzystania powierzchni użytkowej, racjonalizację rozmieszczenia funkcji medycznych i administracyjnych.

Przy wyborze wniosków do dofinansowania w Programie należy brać pod uwagę m.in.:

- 1) zgodność konsolidacji z mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie schematu zabezpieczenia opieki szpitalnej (aplikacja Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – <https://basiw.mz.gov.pl/>);
- 2) wpływ na dostępność oraz jakość świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) poprawę efektywności wykorzystania infrastruktury technicznej i lokalowej;
- 4) koncentrację miejsc udzielania świadczeń;
- 5) optymalizację wykorzystania kadr medycznych i niemedycznych;
- 6) integrację oraz efektywność wykorzystania istotnych elementów infrastruktury medycznej;
- 7) zakres i znaczenie konsolidacji;
- 8) poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej;
- 9) adekwatność planowanych zadań inwestycyjnych do celów i zakresu konsolidacji.

PROGNOZA

- ✓ Realizacja Programu przyniesie szereg korzyści organizacyjnych, finansowych i jakościowych. Najważniejsze z nich to:
 - poprawa efektywności finansowej – niższe koszty funkcjonowania,
 - optymalizacja wykorzystania zasobów m.in. sprzętu, personelu, infrastruktury,
 - lepsza pozycja negocjacyjna wobec zewnętrznych kontrahentów, m.in. dostawców.

Vb.4. Cel interwencji

Rzeczpospolita Polska powinna dążyć do wspierania procesów konsolidacji podmiotów szpitalnych. Efektem konsolidacji jest poprawa jakości i bezpieczeństwa świadczeń opieki zdrowotnej.

Konsolidacja to lepsze zarządzanie zasobami ludzkimi oraz możliwość elastycznego dostosowania personelu do potrzeb. Narzędzie to ułatwia także profesjonalizację kadr przez szkolenia i rozwój.

Konsolidacja to zwiększona stabilność organizacyjna podmiotu leczniczego. Podmioty szpitalne połączone organizacyjnie są mniej podatne na zmiany lokalne, problemy finansowe oraz niedobory kadrowe.

Konsolidacja zapewnia także korzyści na poziomie strategicznym. Zwiększa zdolność do reagowania na zmiany regulacyjne i rynkowe oraz, przez możliwość tworzenia dużych centrów medycznych, zwiększa dostępność pacjentów do świadczeń kompleksowych.

Obecnie dostrzegalne jest zjawisko stopniowego pogarszania się sytuacji finansowej niektórych podmiotów szpitalnych. Racjonalizacji wymaga także struktura udzielanych świadczeń oraz optymalizacja wykorzystania zasobów kadrowych służby zdrowia.

Konieczne jest zapewnienie wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego przez m.in. wdrażanie standardów klinicznych i jednolitych procedur, systematyczne monitorowanie jakości i bezpieczeństwa leczenia, zapewnienie odpowiedniej obsady kadrowej personelu medycznego i niemedycznego, inwestycje w nowoczesny i trwały sprzęt diagnostyczny i terapeutyczny, utrzymanie infrastruktury szpitalnej na wysokim poziomie.

Dofinansowanie nie może zostać udzielone na zakup sprzętu wysokospecjalistycznego wskazanego w poniższym katalogu:

- system robotowy do zabiegów chirurgicznych,
- bunkier do radioterapii (sprzęt),
- aparat pozytonowej tomografii emisyjnej,
- akcelerator protonowy,
- wyposażenie i sprzęt do poradni lub pracowni medycyny nuklearnej,
- sala hybrydowa,
- komora hiperbaryczna.

○ *Vb.5. Podsumowanie*

Zadania w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych w ramach Programu na rzecz konsolidacji podmiotów leczniczych będą odpowiedzią na wskazane powyżej wyzwania i potrzeby, ujęte w części *Diagnoza obecnego potencjału oraz części Wyzwania*.

Wsparcie procesów konsolidacyjnych jest mechanizmem finansowym mającym na celu dostosowanie struktury udzielanych świadczeń do potrzeb wynikających z aktualnej sytuacji finansowej, kadrowej oraz bezpieczeństwa pacjentów.

Z przeprowadzonej wyżej diagnozy systemu wynika, że:

- ✓ aktualna sytuacja podmiotów szpitalnych wymaga podjęcia działań mających na celu racjonalizację zasobów, w tym ograniczenie zobowiązań finansowych, stabilizację bieżących wydatków, redukcję kosztów administracyjnych, lepsze wykorzystanie sprzętu i infrastruktury oraz zasobów kadrowych;
- ✓ wymaga się ustanowienia stabilności organizacyjnej zwłaszcza wobec dużego rozproszenia zasobów na danym obszarze zabezpieczenia dostępu do świadczeń;
- ✓ w ślad za powyższym idzie potrzeba zwiększenia kompleksowości udzielanych świadczeń, zapewniając kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w jednym podmiocie leczniczym, zgodność z potrzebami zdrowotnymi w regionie oraz odpowiednio wysoki stopień jakości udzielanych świadczeń;
- ✓ bieżące dostosowywanie struktury działalności leczniczej podmiotów szpitalnych do zmieniających się lokalnych potrzeb zdrowotnych, a także do zasobów, w tym w szczególności kadrowych, jakimi dysponują podmioty lecznicze, wymaga podejmowania określonych środków. W związku z powyższym proponuje się przeprowadzenie rozwiązań uelastyczniających i racjonalizujących działanie podmiotów szpitalnych przez konsolidację.

Wsparcie procesów konsolidacyjnych będzie polegało na wsparciu finansowym infrastrukturalnych procesów dostosowawczych do niezbędnych zmian organizacyjnych, polegających na:

- ✓ przebudowie, modernizacji infrastruktury podmiotów leczniczych lub budowie nowej infrastruktury podmiotów leczniczych (tylko w uzasadnionych przypadkach związanych z brakiem możliwości efektywnego inwestowania środków w przebudowę budynków, które nie spełniają standardów obowiązujących dla obiektów ochrony zdrowia);
- ✓ doposażeniu w wyroby medyczne oraz pozostałe wyposażenie, włącznie z systemami bezpieczeństwa i systemami teleinformatycznymi.

Wsparcie będzie dotyczyło zmian jakościowych w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych przez realizację niezbędnych działań infrastrukturalnych wynikających z procesów konsolidacyjnych i ukierunkowanych na osiągnięcie zakładanych celów konsolidacji.

○ Vb.6. Oczekiwany rezultat

- ✓ Szacuje się, że dzięki wsparciu realizacji procesów konsolidacyjnych nastąpi poprawa sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych, dzięki lepszemu wykorzystaniu zasobów, w tym kadry medycznej, oraz polepszenie dostępu do wysokiej jakości świadczeń.
- ✓ Bezpośrednim efektem zaś dedykowanego w ramach Programu wsparcia będzie wybudowana, przebudowana lub zmodernizowana i wyposażona infrastruktura podmiotów leczniczych podejmujących procesy konsolidacyjne.
- ✓ Interwencje w tym obszarze przyczynią się do podejmowania działań konsolidacyjnych przez podmioty lecznicze, a tym samym do – poprawy sytuacji finansowej, optymalnego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych oraz zapewnienia spójności i efektywności systemu ochrony zdrowia.

Ramy finansowe



fot. www.canva.com

VI. Ramy finansowe

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

Program Modernizacji Podmiotów Leczniczych, który powstał w celu realizacji zadań subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych, będzie finansowany ze środków Funduszu Medycznego, a dofinansowanie zaplanowanych w nim zadań następuje w formie dotacji celowej. O dofinansowanie w ramach programu mogą ubiegać się podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wybór wniosków o dofinansowanie w ramach programu inwestycyjnego następuje w drodze konkursu przeprowadzanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. W umowach o dofinansowanie zawieranych w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych, zgodnie z art. 6 ust. 7 ustawy o Funduszu Medycznym, Minister Zdrowia może zaciągać zobowiązania o charakterze wieloletnim – z uwagi na wieloletni charakter zadań inwestycyjnych – do łącznej wysokości środków z Funduszu Medycznego przeznaczonych na realizację Programu. Maksymalne dofinansowanie działań przewidzianych do realizacji Programu wynosi 100 % wartości kosztorysowej inwestycji.

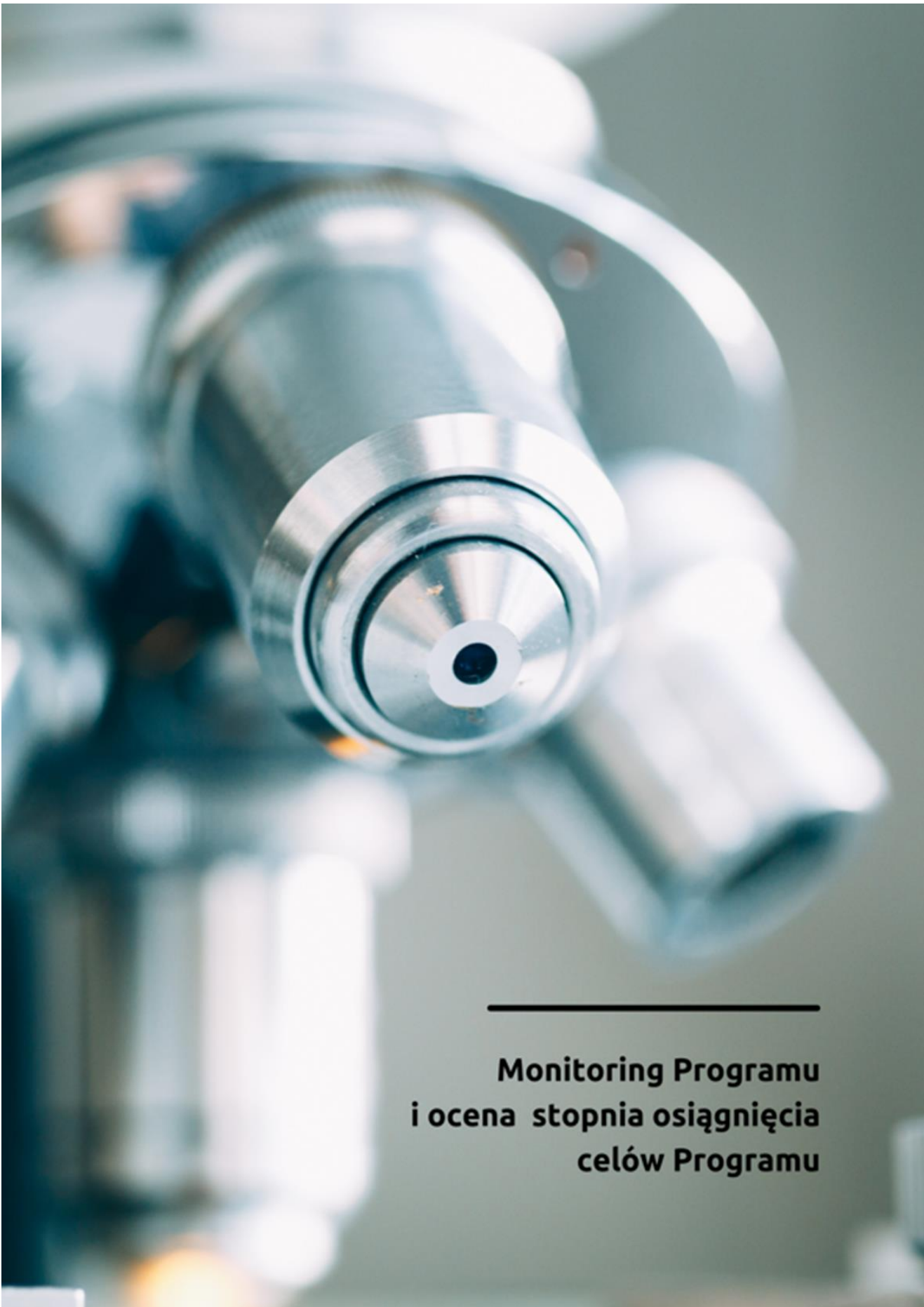
Planowane nakłady z Funduszu Medycznego na realizację wszystkich działań przewidzianych w ramach Programu wynoszą łącznie 5 100 mln zł.

TABELA 14. Indykatorywny harmonogram wydatków w poszczególnych latach realizacji programu (w mln zł)

Lp.	Planowane interwencje	Planowana kwota wsparcia	2022 r.	2023 r.	2024 r.	2025 r.	2026 r.	2027 r.	2028 r.	2029 r.
1.	Wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych	1 076								
2.	Wsparcie rozwoju infrastruktury opieki paliatywnej i hospicyjnej	400								
3.	Wymiana łóżek szpitalnych	200								
4.	Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego	2 275								
5.	Wsparcie procesów konsolidacyjnych podmiotów leczniczych	1 149								
Razem		5 100	0,0	0,0	825,9	667,8	475,5	661,9	1 448,9	1 020,0

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

Powyższy harmonogram określa planowany podział alokacji subfunduszu oraz lata, w których zakładane jest wsparcie w poszczególnych obszarach. Przedstawiony harmonogram jest planem, natomiast dopuszcza się możliwość zmiany harmonogramu po decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia. Interwencje będą podejmowane w komplementarności z działaniami z innych źródeł finansowania. Zmiany w zakresie harmonogramu wydatków w poszczególnych latach realizacji Programu nie wymagają zmiany Programu inwestycyjnego.



**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 komórki organizacyjne Ministerstwa Zdrowia, odpowiedzialne za merytoryczny nadzór nad realizacją zadań oraz za finansowanie zadań.

Monitorowanie Programu odbywać się będzie na dwóch poziomach:

- I. poszczególnych umów zawartych w ramach Programu – przez bieżący monitoring postępu rzeczowego i finansowego umów;
- II. 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 ¹
1.	Liczba podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opiekuńczo-leczniczych, w których wsparto budowę, modernizację, przebudowę i doposażenie infrastruktury	70
2.	Liczba podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, w których wsparto budowę, modernizację, przebudowę i doposażenie infrastruktury	30
3.	Liczba wymienionych łóżek szpitalnych	10 000
4.	Liczba jednostek systemu PRM, w których wsparto budowę, modernizację, przebudowę i doposażenie infrastruktury	278
5.	Liczba podmiotów, które uzyskały wsparcie procesu konsolidacyjnego	26

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

¹ Przedstawiona wartość wskaźników wynika ze zmapowanych potrzeb w ramach obszarów wsparcia objętych Programem i przedstawionych w poszczególnych rozdziałach. Ostateczny stopień realizacji zakładanych wskaźników będzie uzależniony od liczby i jakości złożonych wniosków o dofinansowanie w danym naborze, a także od ostatecznych potrzeb przedstawionych przez podmioty lecznicze i możliwości finansowych funduszu. Przyjmuje się, że cele funduszu zostaną osiągnięte w stopniu zadowalającym w przypadku ostatecznego stopnia wykonania w granicach 70 %.