

BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów

<https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r26546481706,Projekt-uchwaly-Rady-Ministrow-w-sprawie-ustanowienia-programu-inwestycyjnego-po.html>

2021-11-04, 10:04

Numer projektu	ID203
Tytuł	Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych”
Rodzaj dokumentu	projekty innych dokumentów rządowych

Informacje o przyczynach i potrzebie wprowadzenia rozwiązań planowanych w projekcie

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

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

Przesłanką dla wprowadzenia rozwiązań planowanych w ramach Programu jest konieczność stworzenia mechanizmów finansowych dla podjęcia pilnych i skoordynowanych działań zapewniających zarówno modernizację infrastruktury budowlanej, jak i systematyczne uzupełnianie i odnawianie zużytej oraz wyeksploatowanej bazy sprzętowej podmiotów leczniczych, w celu zwiększenia dostępności i podniesienia jakości świadczenia usług medycznych, poprawy komfortu pacjentów oraz zapewnienie warunków do racjonalnego, nowoczesnego, kompleksowego i skutecznego leczenia.

Głównym problemem podmiotów prowadzących działalność leczniczą jest niespełnianie przez nie wyników określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595, z późn. zm.). Większość budynków, w których są zlokalizowane placówki medyczne, powstała w latach 50-60 XX wieku lub wcześniej, a przeprowadzane dotychczas prace w zakresie modernizacji pozwalały jedynie na fragmentaryczne odtwarzanie infrastruktury. Budynki są stare i wyeksploatowane, więc infrastruktura w większości przypadków nie spełnia standardów efektywnego wykorzystania i wymaga modernizacji, w tym także dostosowania do potrzeb osób o różnym stopniu niepełnosprawności. Stalej poprawy wymaga infrastruktura budowlana i techniczna podmiotów leczniczych, której pogarszający się stan może powodować istotne obniżenie jakości świadczonych usług. Kontynuacji wymagają także inwestycje w zakresie dostosowywania szpitali do wymogów przestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych, ponieważ wciąż, mimo realizacji wieloletnich zadań inwestycyjnych, Najwyższa Izba Kontroli zidentyfikowała braki w tym zakresie. Zły stan infrastruktury, zarówno budowlanej jak i sprzętowej, wpływa na całokształt jakości opieki medycznej nad pacjentem, generuje również ryzyko występowania zakażeń szpitalnych, które są istotnym problemem nie tylko w kontekście kosztów, ale także bezpieczeństwa pacjentów. Dodatkowo, wyeksploatowane obiekty generują coraz większe koszty ich utrzymania, co wymusza konieczność zwiększania nakładów na naprawy i remonty. Generowane w ten sposób koszty ograniczają możliwości rozwojowe podmiotów leczniczych i ograniczają dostępność świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów. Jednocześnie zmieniająca się sytuacja epidemiologiczno-demograficzna kraju oraz dynamiczny postęp wiedzy technologicznej i medycznej wymaga wprowadzania określonych zmian mających na celu zoptymalizowanie alokacji zasobów ochrony zdrowia, polegających przede wszystkim na dostosowaniu potencjału infrastruktury diagnostyczno-leczniczej do obowiązujących wymogów i potrzeb społeczeństwa. Infrastruktura, zarówno budowlana jak i sprzętowa medyczna, jest jednym z elementów absolutnie niezbędnych do zapewnienia dostępności wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej.

Brak wsparcia infrastruktury podmiotów leczniczych wpływa na:

- 1) pogorszenie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) spadek lub brak dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów;
- 3) wydłużenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) spadek bezpieczeństwa i komfortu, zarówno pacjentów i ich rodzin, jak i kadry podmiotów leczniczych;
- 5) ryzyko niespełnienia wymogów sanitarnych i technicznych oraz współczesnych standardów opieki szpitalnej;
- 6) rosnące koszty coraz częstszych napraw i remontów poszczególnych części infrastruktury szpitali;
- 7) rosnące koszty eksploatacyjne;
- 8) problemy z dostosowaniem się do zmieniających się technologii leczenia;
- 9) problemy z dostosowaniem potencjału infrastruktury diagnostyczno-leczniczej do potrzeb społeczeństwa.

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

Prognoza demograficzna dla Rzeczypospolitej Polskiej wskazuje, iż odsetek osób w wieku powyżej 65 lat wzrośnie do 2060 r. ponad dwukrotnie - do 34,5% i będzie należał do jednego z najwyższych w Europie. Podobnie dla populacji powyżej 80 lat, odsetek tej grupy wiekowej wrośnie blisko czterokrotnie z 3,3% do 12,3% w 2060 r. Tendencje te potwierdza również raport Banku Światowego w odniesieniu do stanu i perspektyw opieki długoterminowej w Rzeczypospolitej Polskiej. Dane wskazują na konieczność podjęcia działań wspierających opiekę medyczną nad osobami w wieku podeszłym ze szczególnym uwzględnieniem inwestycji w infrastrukturę udzielania świadczeń z zakresu geriatry i opieki długoterminowej.

Szpitalne w kraju dysponują 200 398 łózkami o średnim obłożeniu 70%. We wszystkich województwach średnie obłożenie faktyczne jest niższe niż przyjęty poziom optymalny 80%, co wskazuje skalę potencjalnych przekształceń w systemie opieki szpitalnej. Po zastąpieniu obecnego średniego obłożenia łóżek i optymalnego obłożenia na poziomie 80% widoczny jest potencjał na przybliżonym poziomie 19 070 łóżek do zagospodarowania na cele przekształceń oddziałów o zwiększonym zapotrzebowaniu na świadczenia zdrowotne, w tym na potrzeby oddziałów geriatrycznych i na łóżka opieki długoterminowej. Mając na uwadze niewielką liczbę oddziałów geriatrycznych w kraju (62 oddziały z łączną liczbą 1 208 łóżek), długi czas oczekiwania na świadczenie (najdłuższy średni czas oczekiwania w przypadku stabilnym w 2019 r. wyniósł 105 dni w woj. dolnośląskim, przy czym średnio pacjenci czekali 41 dni) oraz wielochorobowość pacjentów starszych można przyjąć, iż pacjenci są alokowani w większości na inne dostępne oddziały, co oznacza, że brakuje bazy łóżkowej dla pacjentów geriatrycznych.

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

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

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

Przeprowadzona przez Ministerstwo Zdrowia w 2020 r. ocena stanu infrastruktury w stacjonarnych zakładach opiekuńczo-leczniczych/zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych w Rzeczypospolitej Polskiej, wskazała że istnieje dość duży odsetek udziału powierzchni (45%), który został oceniony pod względem stanu infrastruktury jako nieodpowiedni i niedostateczny mając na uwadze bardzo duże zużycie, awaryjność, ubytki w wykończeniu, instalacjach i wyposażeniu - ich stopień degradacji jest na bardzo wysokim poziomie i z roku na rok może generować coraz wyższe koszty utrzymania.

Zidentyfikowane problemy:

- 1) ograniczona dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów geriatrycznych;
- 2) ograniczona dostępność do świadczeń opieki długoterminowej w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 3) długi czas oczekiwania na przyjęcie pacjenta w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz na oddziałach geriatrycznych;
- 4) duży odsetek (45%) powierzchni infrastruktury w stacjonarnych zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych jest w nieodpowiednim stanie technicznym.

Ad. 2. Wymiana łóżek szpitalnych.

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

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

Zidentyfikowane problemy:

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

Ad. 3. Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego.

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

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

Z uwagi na częste wyjazdy ZRM, odbywające się w trudnych warunkach drogowych, warunkach jazdy ekstremalnej, ambulansy uzyskują znaczący przebieg w krótkim czasie, a w konsekwencji podlegają szybkiemu zużyciu. Co do zasady, według przyjętych standardów i konsensusu opinii ekspertów w zakresie ratownictwa medycznego w systemie nie powinny być wykorzystywane pojazdy starsze niż 5 lat oraz o przebiegu większym niż 300 tys. km. Sumarycznie w Polsce, według przyjętych kryteriów, pojazdy wyeksploatowane stanowią średnio ok. 40% floty dysponentów ZRM, które wymagają pilnej wymiany. Również coraz częściej dysponowane Zespołami Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (LPR) w miejscach zdarzeń nagłych i w ramach całodobowej gotowości do pomocy, sprzęt medyczny będący wyposażeniem śmigłowców ale i same śmigłowce ulegają szybkiemu zużyciu w wyniku intensywnej eksploatacji w trudnych warunkach. Istnieje zatem konieczność doposażenia i wymiany sprzętu lotniczych ZRM wraz z dostosowaniem ich infrastruktury śmigłowcowej oraz naziemnej do warunków częstych lotów i całodobowej służby, w tym także możliwości szkolenia.

Znaczna część SOR jest lokowanych w pomieszczeniach szpitali, które nie zostały zaprojektowane z myślą o ich działalności, nieprzystosowanych do profilu zadań tych jednostek, w tym bez łądowski przyszpitalnych. Spośród obecnie działających 240 SOR, 32 SOR nie posiadają ładowiska wcale, a 18 SOR posiadają ładowiska, ale nie są dostosowane do obecnych przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. poz. 1213, z późn. zm.). Wskazane rozporządzenie nakłada na kierowników szpitali posiadających SOR obowiązek spełnienia do dnia 1 lipca 2021 r. wymogów w zakresie m.in. organizacji w szpitalu miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, obszaru do przeprowadzenia segregacji medycznej, miejsca izolacji w oddziale oraz pomieszczeń sanitarno-higienicznych przystosowanych dla osób niepełnosprawnych. Ponadto, do dnia 1 lipca 2022 r. każdy SOR musi spełnić warunek posiadania dostępu do lotniska bądź ładowiska, umożliwiającego przyjęcie pacjenta z transportu lotniczego działającego w trybie całodobowym, zgodnego z wymaganiami określonymi w ww. rozporządzeniu.

Dodatkowo intensywna eksploatacja całej infrastruktury i użytkowanie jej całodobowo, często bez jakiegokolwiek przerwy technicznej w działaniu sprzętów diagnostycznych i aparatury wspomagającej funkcje życiowe pacjenta, powoduje szybkie i nadmierne zużycie się sprzętu. Równolegle, dokonują się rokrocznie postępy technologiczne dotyczące również technologii medycznych powodując, iż konieczna jest wymiana wyeksploatowanych, przestarzałych sprzętów na nowoczesną, łatwą w użytkowaniu i bardziej kompletną aparaturę. Równocześnie niezadający jest stan infrastruktury CU i CUD. CU stanowi wydzieloną funkcjonalną część szpitala, w której specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego. CU również musi dysponować łądowskim lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie pacjenta urazowego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

Zidentyfikowane problemy:

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

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

Istota rozwiązań ujętych w projekcie	<p>Realizacja Programu umożliwi unowocześnienie obiektów podmiotów leczniczych i dostosowanie ich do obowiązujących norm i standardów w medycynie, w tym przede wszystkim norm zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.</p> <p>W celu realizacji działań dedykowanych Subfundusowi Modernizacji Podmiotów Leczniczych minister właściwy do spraw zdrowia wprowadzi mechanizm finansowy umożliwiający wsparcie ze środków Programu podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w drodze procedury konkursowej określonej w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym.</p> <p>Interwencja ukierunkowana będzie na inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych wraz z wyposażeniem, w tym w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną najnowszej generacji w następujących obszarach:</p> <p>1) wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych:</p> <p>Działania ukierunkowane będą na podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie geriatry i opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych.</p> <p>Planowane interwencje obejmują swym zakresem inwestycje w:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zwiększenie bazy łóżkowej na oddziałach geriatrycznych; 2) zwiększenie bazy łóżkowej opieki długoterminowej świadczonej stacjonarnie; 3) modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych przez inwestycje w prace remontowo-budowlane oraz doposażenie w sprzęt medyczny. <p>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 - dedykowane wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych przyczyni się do poprawy opieki zdrowotnej w tym zakresie.</p> <p>W wyniku zrealizowania działań wspierających podmioty lecznicze w ramach opieki geriatrycznej i długoterminowej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zostanie zwiększona baza łóżkowa w oddziałach geriatrycznych i baza łóżkowa w opiece długoterminowej, co wpłynie na zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, ich jakości oraz zapewnienie kompleksowości opieki; 2) zostanie zwiększona baza opieki stacjonarnej, co wpłynie na zmniejszenie czasu oczekiwania na świadczenie i w konsekwencji spowoduje obniżenie kosztów interwencji medycznych; 3) zostanie zmniejszona dysproporcja w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych blisko miejsca zamieszkania pacjenta - zniwelowane zostaną różnice w dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej między województwami, w następstwie wzrostu liczby łóżek; 4) system opieki zdrowotnej zostanie w większym stopniu dostosowany do zwiększającej się liczby starszych świadczeniobiorców i udzielania im kosztochłonnych, ciągłych świadczeń opieki długoterminowej i geriatrycznej; 5) nastąpi zmodernizowanie infrastruktury podmiotów leczniczych, a w efekcie zwiększenie stopnia jej dostosowania do aktualnych potrzeb i wymagań, a także do potrzeb osób starszych i z niepełnosprawnościami; 6) zmodernizowana infrastruktura zwiększy bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta i wpłynie pozytywnie na efekty zastosowanego leczenia, a także umożliwi dalszy rozwój i specjalizację podmiotów leczniczych w kierunku kompleksowej, skoordynowanej opieki nad pacjentem; 7) inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych umożliwią sprawowanie opieki nad seniorami zgodnie ze standardami leczenia geriatrycznego, a także zostaną stworzone warunki do kształcenia ustawicznego i tworzenia nowych miejsc specjalizacyjnych i miejsc pracy dla przyszłych lekarzy geriatrów. <p>Problem starzenia się społeczeństwa jest powiązany również z nasilającą się wielochorobowością i dużą liczbą pacjentów w wieku sędziwym 80+. Powyższe wskazuje na konieczność podchodzenia do pacjenta geriatrycznego kompleksowo, obejmując go opieką koordynowaną, co pozytywnie wpływa na efekty leczenia i generuje mniejsze koszty dla płatnika publicznego. Dlatego jest konieczne podejmowanie wielokierunkowych działań zmierzających do rozwoju zarówno stacjonarnych form leczenia w dedykowanych pacjentom geriatrycznym oddziałach jak i zapewnienia różnych form opieki niestacjonarnej, dostępnej w pobliżu miejsca zamieszkania.</p> <p>2) wymianie łóżek szpitalnych:</p> <p>Działania w tym obszarze będą skierowane do podmiotów leczniczych udzielających całodobowych, stacjonarnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia szpitalnego.</p> <p>Planowane interwencje obejmują swym zakresem inwestycje w wymianę zużytych i przestarzałych łóżek, tj. eksploatowanych co najmniej 12 lat. Planuje się zakup nowych łóżek szpitalnych, w tym łóżek intensywnej opieki medycznej, wraz z materacami, szafkami przyłóżkowymi oraz niezbędnym dodatkowym wyposażeniem.</p> <p>W wyniku zrealizowania działań wspierających wymianę łóżek szpitalnych:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nastąpi poprawa jakości procesu hospitalizacji pacjenta oraz wzrost komfortu i bezpieczeństwa pacjentów; 2) zwiększy się higiena pracy, co zminimalizuje ryzyko występowania zakażeń szpitalnych; 3) usprawnione zostaną warunki pracy personelu medycznego, przy jednoczesnym zoptymalizowaniu wysiłku fizycznego; 4) zapewnione zostanie nowoczesne wyposażenie i nastąpi minimalizacja odsetka niesprawnych zasobów szpitala. 3) wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego: <p>Działania w tym obszarze skierowane będą na inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych, w skład których wchodzi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) jednostki systemu PRM: ZRM, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz SOR; 2) jednostki współpracujące z systemem PRM: CU i CUD. <p>Planowane interwencje obejmują swym zakresem inwestycje w:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zakup ambulansów wraz z wyposażeniem dla ZRM; 2) modernizację SOR wraz z wymianą sprzętu; 3) utworzenie na terenie województwa śląskiego nowych SOR lub przekształcanie istniejących struktur izb przyjęć w SOR; 4) budowę i dostosowanie łagówisk przyszpitalnych do obecnych wymagań; 5) modernizację i doposażenie w niezbędny sprzęt medyczny funkcjonujących obecnie centrów urazowych jak i planowanych do utworzenia w trakcie realizacji Programu; 6) zakup śmigłowców na potrzeby Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, 7) modernizację i doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, 8) modernizację i doposażenie infrastruktury śmigłowiecowej oraz zaplecza szkoleniowego lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. <p>W wyniku zrealizowania działań wspierających infrastrukturę ratownictwa medycznego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nastąpi zwiększenie efektywności systemu ratownictwa medycznego, przez całodobowe diagnozowanie urazów dzięki dostępowi do zaawansowanej aparatury medycznej; 2) poprawi się jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej; 3) wypełnią się luki w dostępie do infrastruktury ratownictwa medycznego. <p>Efektom dofinansowania w ramach Programu inwestycyjnego modernizacji podmiotów leczniczych będzie zapewnienie lepszego dostępu do usług medycznych, poprawa jakości i bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych. Placówki zostaną wyposażone w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną oraz zmodernizowane i dostosowane do aktualnych wymagań i potrzeb, umożliwiając wszystkim na jednakowy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.</p>
Organ odpowiedzialny za opracowanie projektu	MZ
Osoba odpowiedzialna za opracowanie projektu	Sławomir Gadomski Podsekretarz Stanu
Organ odpowiedzialny za przedłożenie projektu RM	MZ
Planowany termin przyjęcia projektu przez RM	IV kwartał 2021 r.
Informacja o rezygnacji z prac nad projektem (z podaniem przyczyny)	-

Rejestr zmian