Policy paper
dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020

Krajowe ramy strategiczne (skrót)

Warszawa, marzec 2014 r.

NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA

Spis treści

Wprowadzenie 3

CZĘŚĆ I. Analiza i diagnoza 8

1. Zdrowie a wzrost gospodarczy i ubóstwo 8

2. Diagnoza demograficzno-epidemiologiczna dla Polski 9

2.1. Analiza demograficzna 9

2.2. Analiza epidemiologiczna 11

2.2.1. Sytuacja zdrowotna w Polsce na tle przeciętnej w Unii Europejskiej 11

2.2.2. Chorobowość i umieralność według grup wieku i wybranych grup chorobowych z uwzględnieniem różnic regionalnych 13

3. Uwarunkowania zdrowia w Polsce 14

3.1. Styl życia i inne czynniki wpływające na zdrowie 14

3.1.1. Czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych 15

3.1.2. Profilaktyka i promocja zdrowia 15

3.1.3. Nierówności w zdrowiu 17

3.2. Organizacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce 18

3.2.1. Podstawy prawne i zasady organizacji świadczeń zdrowotnych w Polsce 18

3.2.2. Wydatki na ochronę zdrowia 21

3.2.3. Zasoby kadrowe 22

3.2.4. Zasoby infrastrukturalne 25

3.2.5. Jakość i efektywność systemu opieki zdrowotnej 38

4. Analiza SWOT – Wyzwania na lata 2014–2020 40

CZĘŚĆ II. Strategia i wdrażanie 52

5. Uwarunkowania strategiczne dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce 52

5.1. System zarządzania strategicznego w Polsce 52

5.2. Wizja systemu ochrony zdrowia w Polsce w 2020 r. 53

5.3. Struktura celów strategicznych 54

5.3.1. Cel główny 54

5.3.2. Cele długoterminowe do roku 2030 56

5.3.3. Cele operacyjne i kierunki interwencji do roku 2020 59

6. Logika interwencji polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia w Polsce, w kontekście wdrażania celów strategicznych w ramach działań finansowanych ze środków krajowych 59

6.1. Doświadczenia okresu programowania 2007–2013, a założenia programowania polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia w Polsce 70

6.2. Narzędzia implementacji celów operacyjnych na lata 2014–2020 73

6.2.1. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego A 74

6.2.2. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego B 75

6.2.3. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego C 76

6.2.4. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego D 77

6.3. Komplementarność celów i narzędzi z polityką sektorową i działaniami podejmowanymi w ramach środków krajowych 77

6.3.1. Komplementarność celu A 77

6.3.2. Komplementarność celu B 78

6.3.3. Komplementarność celu C 79

6.3.4. Komplementarność celu D 79

CZĘŚĆ III. Koordynacja, monitoring i finansowanie 81

7. Monitoring, koordynacja i ewaluacja działań opisanych w „*Policy paper* dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020" 81

7.1. Założenia systemu koordynacji 81

7.2. Mechanizmy zapewniające maksymalizację skuteczności i efektywności działań wdrażanych w latach 2014–2020 90

7.3. Instrumenty monitoringu opisane w strategiach na lata 2014–2020 i wskaźniki kontekstowe dla ochrony zdrowia zawarte w krajowych i wojewódzkich dokumentach strategicznych 90

7.4. Wskaźniki realizacji celów operacyjnych i narzędzi implementacji w ramach polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia 95

8. Ramy finansowe 112

Spis załączników 121

Wprowadzenie

Niniejszy dokument, stanowiący skróconą wersję *Policy paper* dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020 (*Policy Paper*), przedstawia sytuację demograficzną i epidemiologiczną Polski oraz wynikające z nich wyzwania i planowane działania finansowane w ramach środków krajowych i UE w perspektywie na lata 2014–2020.

Istotnym narzędziem realizacji celów rozwojowych Unii Europejskiej określonych w Strategii „Europa 2020"[1] jest polityka spójności, która koncentruje się na wspieraniu działań prowadzących do wyrównania warunków ekonomicznych i społecznych we wszystkich regionach UE. W perspektywie finansowej na lata 2014–2020 środki funduszy Wspólnych Ram Strategicznych, wspierające cele ww. strategii koncentrować się będą na dziedzinach istotnych dla rozwoju Polski, wskazanych w Krajowym Programie Reform[2] oraz w zaleceniach Rady UE.[3] **Realizacja jednego z trzech podstawowych priorytetów Strategii „Europa 2020", jakim jest rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu – gospodarka charakteryzująca się wysokim poziomem zatrudnienia i zapewniająca spójność gospodarczą, społeczną i terytorialną, zakłada między innymi, że w 2020 r. w UE liczba ludności zagrożonej ubóstwem i wykluczeniem społecznym zmniejszy się o 20 mln, oraz że do 75% zwiększy się wskaźnik zatrudnienia.** Polska założyła zwiększenie wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 20–64 lat do co najmniej 71% oraz zmniejszenie liczby osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym o 1,5 mln. Sprostanie temu wyzwaniu nie będzie jednak możliwe bez całościowego, skoordynowanego na poziomie krajowym i regionalnym podejścia do zdrowia, zgodnie z zasadą „zdrowie we wszystkich politykach" i przy użyciu różnych źródeł finansowania, w tym funduszy strukturalnych UE. Aspekty zdrowotne są bowiem istotne, gdy chodzi o wspieranie rozwoju gospodarczego kraju, a także ograniczanie ryzyka ubóstwa z powodu dezaktywizacji zawodowej. Takie podejście jest praktykowane w działaniach unijnych, ale ma odzwierciedlenie także w dokumencie Światowej Organizacji Zdrowia *Zdrowie 2020. Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek*, w którym wyraźnie wskazano, że zdrowie jest nieodzowne do rozwoju gospodarczego i społecznego, oraz że ma ogromny wpływ na życie każdego człowieka z osobna, wszystkich rodzin i innych wspólnot.[4]

1 *Komunikat Komisji Europejskiej Europa 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*, KOM (2010) 2020 wersja ostateczna, Bruksela, 03.03.2010 r., http:eur-lex.europa.euLexUriServLexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:PL:PDF.

2 Rada Ministrów przyjęła 30 kwietnia 2013 r. dokument *Krajowy Program Reform na rzecz realizacji strategii „Europa 2020"*. Aktualizacja 2013-2014. Wskazano w nim działania, które przekładają się na realizację krajowych celów strategii „Europa 2020" oraz wpisują się w inicjatywy przewodnie tej strategii. Zob. http:www.mg.gov.plfilesupload8413PL_NRP%202013-2014_pl.pdf.

3 Komisja Europejska opublikowała 29 maja 2013 r. komunikat pt. 2013 *European Semester: country-specific recommendations. Moving Europe beyond the crisis*, COM(2013) 350, któremu towarzyszył projekt opinii i zaleceń Rady dla poszczególnych państw członkowskich w sprawie aktualizacji Krajowych Programów Reform i Programów Stabilności lub Konwergencji, przedstawionych przez te państwa w kwietniu 2013 r.

4 *Health 2020. A European policy framework and strategy for 21st century*, s. 11, http:www.euro.who.int__dataassetspdf_file0011199532Health2020-Long.pdf.

Zgodnie z Rozporządzeniem 1303/2013[5] uruchomienie środków strukturalnych uzależnione jest od spełnienia wymogów warunkowości *ex ante*, czyli zapewnienia określonych warunków wyjściowych umożliwiających efektywną realizację programów współfinansowanych ze środków europejskich. Należy do nich m.in. zapewnienie odpowiednich krajowych ram strategicznych dla wybranych obszarów tematycznych, w tym obszaru ochrony zdrowia. Obecnie w polskim systemie prawnym, a także w obowiązujących dokumentach strategicznych, nie ma odrębnej definicji krajowych strategicznych ram polityki w obszarze ochrony zdrowia. Mając jednak na względzie oczekiwania Komisji Europejskiej w zakresie warunkowości *ex ante* oraz korzystając z projektu wytycznych Komisji Europejskiej (KE) w zakresie weryfikacji spełniania powyższych warunków[6], przyjmuje się do tego celu następującą definicję:

Krajowe ramy strategiczne polityki w obszarze ochrony zdrowia to zestaw komplementarnych dokumentów określających kierunek strategiczny oraz priorytety w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej oraz zdrowia publicznego, opartych na danych oraz długoterminowych celach uzgodnionych i wdrożonych we współpracy z odpowiednimi partnerami społecznymi, zawierających zakres, ramy czasowe, konkretne i kompleksowe cele oraz instrumenty monitoringu i ewaluacji pozwalające na ocenę postępu w implementacji.

Poniższy rysunek prezentuje powiązanie pomiędzy unijnymi i krajowymi dokumentami strategicznymi a wyzwaniami, celami i źródłami finansowania dedykowanymi obszarowi ochrony zdrowia w Polsce, ukierunkowanymi na realizację ww. założeń strategicznych.

Policy Paper wpisuje się w definicję dotyczącą warunkowości *ex ante* i ma charakter dokumentu strategiczno-wdrożeniowego. Opisane w nim cele, kierunki interwencji i narzędzia realizacji, projektowane na lata 2014–2020, odpowiadają na problemy, wyzwania i postulaty w obszarze opieki zdrowotnej wynikające z oceny sytuacji w ochronie zdrowia – określone między innymi we wspomnianych zaleceniach Rady UE w sprawie KPR[7] oraz w Position Paper KE.[8] Zdaniem KE

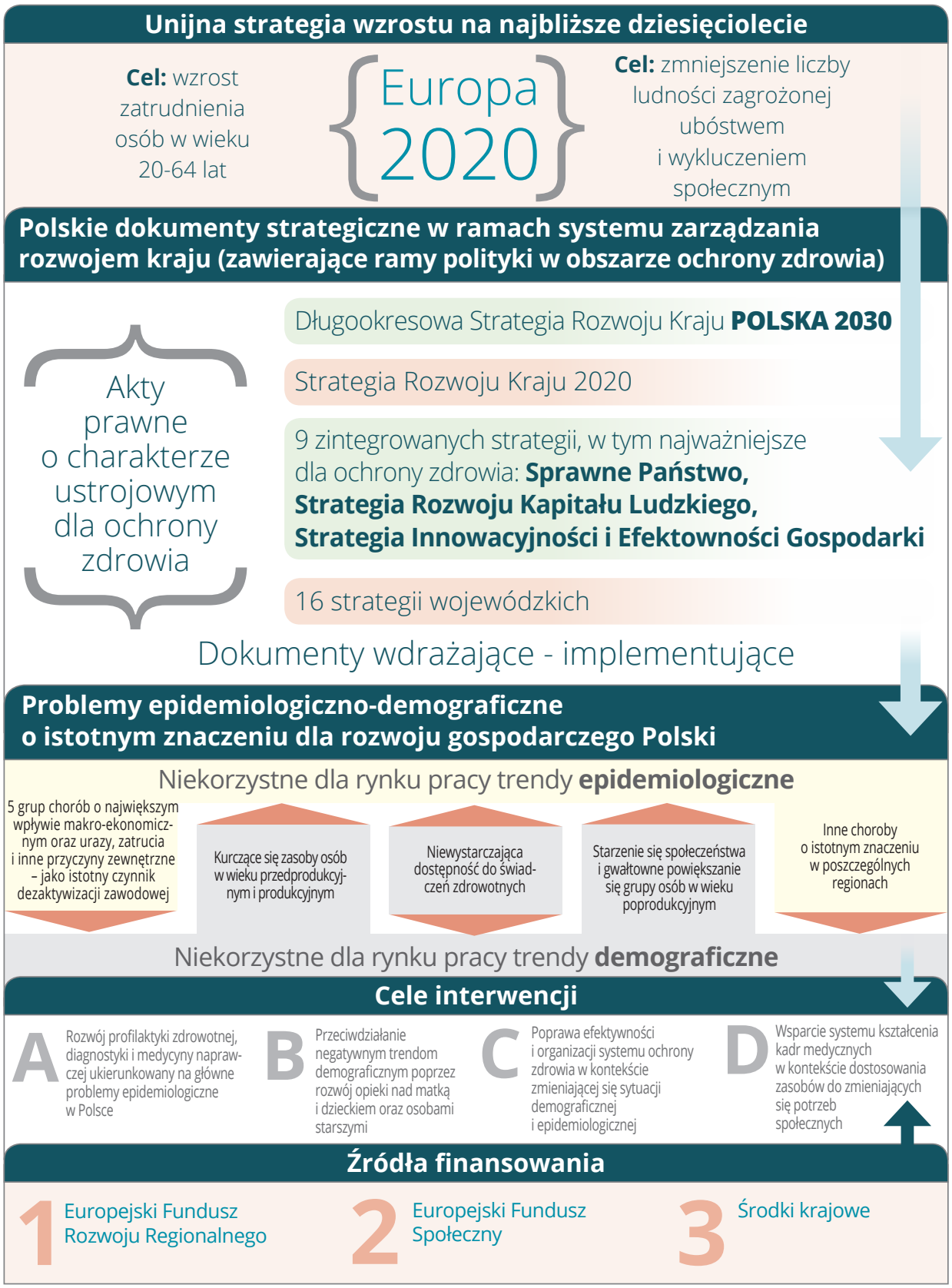
5 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006, Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013 r., s. 320.

6 Draft Guidance on Ex ante Conditionalities, European Commission Directorate-General Regional and Urban Policy.

7 Zalecenia Rady w sprawie krajowego programu reform Polski z 2013 r. oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na lata 2012–2016 COM(2013) 371 wskazują na konieczność zwiększenia oszczędności kosztowej i efektywności wydatków na opiekę zdrowotną.

8 *Zgodnie ze stanowiskiem służb KE w sprawie opracowania umowy partnerstwa i programów operacyjnych w Polsce na lata 2014–2020 Polska, jako państwo z drugim najniższym w Europie wskaźnikiem zatrudnienia starszych pracowników i z jedną z najniższych średnich wieku dezaktywizacji zawodowej, powinna przeznaczyć odpowiednie fundusze na wsparcie działań na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się, mających na celu zwiększanie wskaźnika zatrudnienia starszych pracowników i poprawianie ich zdolności do zatrudnienia Aby działania te były skuteczne w dalszej perspektywie, muszą im towarzyszyć reformy w sektorze opieki zdrowotnej, mające na celu poprawę zdrowia osób zatrudnionych i odpowiadające potrzebom starzejącego się społeczeństwa, przy jednoczesnej poprawie stabilności i gospodarności systemu opieki zdrowotnej. http://ec.europa.eu/regional_policy/what/future/pdf/partnership/pl_position_paper_pl.pdf.*

Rysunek 1. Strategia Europa 2020 a logika interwencji polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia w Polsce



do najważniejszych wyzwań, przed jakimi stoi Polska, należą: ograniczenia w dostępie do świadczeń i niska efektywność systemu zdrowotnego, konieczność podniesienia wydajności i jakości wydatków publicznych na opiekę zdrowotną, potrzeba odchodzenia od drogiej opieki szpitalnej na rzecz tańszej i efektywniejszej opieki ambulatoryjnej, ze szczególnym naciskiem na podstawową opiekę zdrowotną, powiązanie w większym stopniu płatności na rzecz szpitali z osiąganymi przez nie wynikami zdrowotnymi i położenie większego nacisku na jakość zarządzania, wprowadzanie w szerszym zakresie rozwiązań z obszaru e-zdrowia, które pozwolą na oszczędności w systemie. Priorytetowymi wyzwaniami dla opieki zdrowotnej w Polsce na lata 2014–2020 są także zmiany demograficzne: starzejące się społeczeństwo, niekorzystne zmiany w proporcjach pomiędzy populacją osób pracujących a niepracujących, zbyt mały przyrost naturalny, aby zapewnić zastępowalność pokoleń, oraz prognozy epidemiologiczne – wzrost kosztów leczenia chorób cywilizacyjnych, tj.: chorób układu krążenia, nowotworów, chorób układu oddechowego, chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego, chorób i zaburzeń psychicznych, a w szczególności tych o charakterze przewlekłym, charakterystycznych dla starzejącej się populacji oraz wzrost kosztów leczenia z powodu urazów i zatruć.

W *Policy Paper* przedstawiono priorytety zdrowotne państwa[9], cele, kierunki interwencji, projektowane działania na lata 2014–2020 i ich ramy realizacyjne. Cele operacyjne i narzędzia implementacji zostały wypracowane m. in. na podstawie propozycji składanych w ramach powołanego w Ministerstwie Zdrowia Zespołu Roboczego do spraw Prowadzenia Przygotowań w zakresie Programowania Nowej Perspektywy Finansowej Funduszy Strukturalnych na lata 2014–2020 w Obszarze Zdrowia[10]. Dokument stanowi także platformę do koncentracji tematycznej zarówno na szczeblu centralnym, jak i regionalnym.
Policy Paper składa się z trzech głównych części. Pierwszą stanowi diagnoza sytuacji zdrowotnej w Polsce, obejmująca analizę demograficzną i epidemiologiczną, wraz z oceną wpływu prognozowanych zmian na system opieki zdrowotnej. W tej części dokumentu zawarto również opis organizacji systemu zdrowotnego, w tym analizę istniejących zasobów w wymiarze infrastrukturalnym oraz kadrowym.
Druga część *Policy Paper* to część strategiczno-wdrożeniowa, uwzględniająca cele zawarte w takich dokumentach strategicznych nowego systemu zarządzania rozwojem Polski, jak: Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju. Polska 2030. Trzecia Fala Nowoczesności (DSRK)[11], Strategia Rozwoju Kraju 2020 (SRK)[12] – najważniejszym dokumencie w perspektywie średniookresowej, oraz w strategiach zintegrowanych, wśród których szczególnie istotną rolę dla ochrony zdrowia odgrywają strategia „Sprawne Państwo" (SSP)[13], Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego (SRKL)[14], Strategia Innowacyjności i Efektywności Gospodarki „Dynamiczna Polska 2020" (SIEG)[15] oraz Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie (KSRR)[16]. Tutaj również odniesiono się do doświadczeń z perspektywy finansowej 2007–2013. Określone w *Policy Paper* cele operacyjne to:

9 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (DzU nr 137, poz. 1126.).

10 Dz. Urz. Min. Zdr. z 2011 r. nr 7., poz. 65., z późn. zm.

11 Uchwała nr 16 Rady Ministrów z 5 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia Długookresowej Strategii Rozwoju. Kraju Polska 2030. Trzecia Fala Nowoczesności (MP z 2013 r., poz. 121.).

12 Uchwała nr 157 Rady Ministrów z 25 września 2012 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kraju 2020 (MP z 2012 r., poz. 882.).

13 Uchwała nr 17 Rady Ministrów z 12 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia strategii „Sprawne Państwo 2020" (MP z 2013 r. poz. 136.).

14 Uchwała nr 104 Rady Ministrów z 18 czerwca 2013 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020 (MP z 2013 r., poz. 640.).

15 Uchwała nr 7 Rady Ministrów z 15 stycznia 2013 r. w sprawie Strategii Innowacyjności i Efektywności Gospodarki „Dynamiczna Polska 2020" (MP 2013 r., poz. 73.).

16 Uchwała Rady Ministrów z 13 lipca 2010 r. Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie (M P z 2011 r., nr 36., poz. 423.).

A. rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce;

B. przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi;

C. poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia;

D. wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych.

Wybór tylko czterech celów zapewni skoncentrowanie projektowanych działań na najważniejszych obszarach odpowiadających zidentyfikowanym wyzwaniom. Przedstawiona w tej części dokumentu logika interwencji w ramach polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia uwidacznia uzupełniający charakter (wobec działań krajowych) projektowanych narzędzi implementacji do wsparcia w ramach polityki spójności.

W trzeciej części dokumentu przedstawiono ramy realizacyjne projektowanych na lata 2014–2020 działań: system koordynacji, monitorowania i ewaluacji wsparcia sektora zdrowie ze środków unijnych w perspektywie finansowej 2014–2020 na poziomie centralnym oraz regionalnym, wraz z mechanizmami proefektywnościowymi, wskaźniki kontekstowe wynikające z dokumentów strategicznych oraz wskaźniki do celów operacyjnych i narzędzia implementacji, a także ramy finansowe.

CZĘŚĆ I. Analiza i diagnoza

Dane przedstawione w części I zostały pogrupowane w trzech zasadniczych obszarach: analiza demograficzna, epidemiologiczna oraz uwarunkowania wpływające na stan zdrowia mieszkańców Polski, w tym styl życia i organizacja systemu opieki zdrowotnej. Poprzedza je analiza wpływu stanu zdrowia na wzrost gospodarczy i problematykę ubóstwa, ponieważ bez podjęcia kierunkowych interwencji w obszarze ochrony zdrowia gospodarka polska nie będzie się rozwijała w zakładanym tempie ze względu na problemy zdrowotne mieszkańców Polski.

1. Zdrowie a wzrost gospodarczy i ubóstwo

Im dłużej społeczeństwo żyje w dobrym zdrowiu (jest sprawne fizycznie i intelektualnie), tym dłużej jest zdolne do pracy i może przyczyniać się m.in. do wzrostu PKB.

Z mikroekonomicznego punktu widzenia dobry stan zdrowia jest warunkiem powodzenia materialnego na poziomie jednostki, rodziny, natomiast z punktu widzenia makroekonomicznego dobrostan zdrowotny społeczeństwa to integralna część szeroko rozumianego kapitału ludzkiego i społecznego. **Dobry stan zdrowia społeczeństwa jest istotną determinantą wzrostu gospodarczego**.[17] Rosnące znaczenie sektora ochrony zdrowia, jako jednego z najbardziej dynamicznych obszarów rynku pracy i w szerszym rozumieniu ważnej gałęzi gospodarki, sprawił, że tematyka zdrowia znalazła istotne odzwierciedlenie w dokumentach strategicznych, stanowiących podstawę głównych kierunków rozwoju polityki państwa.

Zły stan zdrowia ludności przekłada się na wiele aspektów gospodarczych. Przede wszystkim powoduje poważne obciążenie gospodarki. Z jednej strony wywołuje konieczność ponoszenia ogromnych nakładów publicznych związanych z leczeniem oraz wypłacaniem świadczeń socjalnych, z drugiej zaś – powoduje zmniejszenie przychodów i zubożenie społeczeństwa.

Pośrednie, bezpośrednie oraz niematerialne koszty chorób, do których można zaliczyć koszty leczenia, zmniejszenie dochodów, wcześniejsze odejście z rynku pracy, obciążają przede wszystkim osoby chore oraz ich rodziny, ale równocześnie powodują wzrost obciążenia budżetu państwa.[18] Tracą pracodawcy, ponieważ z powodu chorób pracowników spadają ich zyski. Pracownicy otrzymują niższe wynagrodzenia, co wpływa negatywnie na przychody gospodarstw domowych i powoduje spadek konsumpcji – dla sektora finansów publicznych taka sytuacja oznacza mniejsze podatki i składki, a jednocześnie większe wydatki na zasiłki chorobowe i renty.[19] Łączne koszty schorzeń w Polsce w 2010 roku[20] wyniosły **149,54 mld zł**, z czego 62% (92,89 mld zł) stanowiły koszty utraconej produktywności (pośrednie), a 38% (56,64 mld zł) – koszty świadczeń zdrowotnych (bezpośrednie).[21] Największe koszty utraconej produktywności generują osoby z następujących grup chorobowych, cierpiący na:

17 A. Sen, *Economic Progress and Health*, [w:] (red.) D. Leon, G. Walt, *Poverty, Inequality and Health. An international perspective,* Oxford University Press, Oxford 2004.

18 *The European health report 2009. Health and health systems*, WHO 2009, s. 68.

19 L. Jakubiak, Raport: *Ile tracimy gdy chorujemy – opanujmy sztukę liczenia*, [w:] „Rynek Zdrowia" 2013, nr 10.

20 Z uwzględnieniem utraconej produktywności osób ubezpieczonych w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – KRUS.

21 Koszty bezpośrednie (leczenia) to koszty medyczne poniesione z tytułu poszczególnych schorzeń, które obejmują zarówno diagnostykę, jak i leczenie. Uwidaczniają rzeczywisty przepływ środków pieniężnych, bez względu na to, kto ponosi koszty (obywatel czy płatnik).

choroby układu krążenia (17,5% ogółu kosztów), **choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej** (9,6%), **zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania** (9,5%), **urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych** (9,4%), **nowotwory** (8,8%) oraz **choroby układu oddechowego** (7,4%). Łączny koszt utraconej produktywności z powodu wymienionych grup chorobowych wynosił w 2010 r. prawie 50 mld zł[22].

Istotne jest również powiązanie pomiędzy zdrowiem a ubóstwem. Ryzyko ubóstwa powszechnie uznaje się za wskaźnik obrazujący nie tylko ubóstwo materialne, lecz także istotny czynnik wykluczenia społecznego, rozumianego jako ograniczony dostęp do różnego rodzaju usług, w tym do świadczeń zdrowotnych. Ubóstwo i wykluczenie społeczne pozostają w ścisłej korelacji ze stanem zdrowia. Warty podkreślenia jest również co najmniej dwupłaszczyznowy związek między ubóstwem a stanem zdrowia społeczeństwa.

Z jednej strony status społeczny i ekonomiczny jednostki ma ogromny wpływ na jej stan zdrowia i długość życia, a z drugiej – zła kondycja zdrowotna wpływa na zmniejszenie się zdolności do pracy, a tym samym na zwiększenie ryzyka ubóstwa i wykluczenia społecznego. KE w komunikacie z 16 grudnia 2010 r.[23] podkreśliła, że istotnym środkiem przeciwdziałania ubóstwu jest zapobieganie chorobom i zapewnianie dostępu do skutecznej i taniej opieki zdrowotnej i społecznej. Ubóstwo jest bardzo istotnym czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo wystąpienia chorób. Osoby dotknięte ubóstwem zapadają na schorzenia wywołane niewłaściwymi warunkami mieszkaniowymi, nieodpowiednią dietą, stylem życia czy brakiem higieny. Z uwagi na ograniczenia budżetowe schorzenia te często przeradzają się w choroby przewlekłe, wymagające specjalistycznego leczenia. Z drugiej strony, jedną z istotniejszych przyczyn wykluczenia z rynku pracy jest zły stan zdrowia. W Polsce **zły stan zdrowia był jedną z podstawowych przyczyn pozostawania bez pracy w latach 2000–2011.**[24] Ten niekorzystny trend utrzymuje się. **Choroba i niepełnosprawność jest w Polsce trzecią w kolejności przyczyną pozostawania biernym zawodowo** – na koniec II kwartału 2013 r. z tego właśnie powodu biernych zawodowo pozostawało 1 881 000 osób (około 14% wszystkich biernych zawodowo).[25] Zagrożenie ubóstwem jest jednym z istotniejszych makrospołecznych uwarunkowań polityki zdrowotnej państwa.

2. Diagnoza demograficzno-epidemiologiczna dla Polski[26]

2.1. Analiza demograficzna

W najbliższych latach w Polsce liczba osób w wieku produkcyjnym oraz przedprodukcyjnym będzie się zmniejszać przy jednoczesnym systematycznym wzroście liczby osób w wieku poprodukcyjnym. W połowie obecnego wieku odsetek osób starszych będzie wyższy od przeciętnego dla krajów UE.

Ludność Polski wg stanu na 31 grudnia 2012 r. wynosiła 38 533 299 osób, z czego 51,6% stanowiły kobiety, a 48,4% mężczyźni. Liczba ludności Polski jest dosyć ustabilizowana w ostatnich latach, a jej

22 J. Leśniowska, Koszty utraconej produktywności z powodu chorób w Polsce z uwzględnieniem wpływu na rynek pracy i na gospodarkę, Ekspertyza, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2013, s. 42.

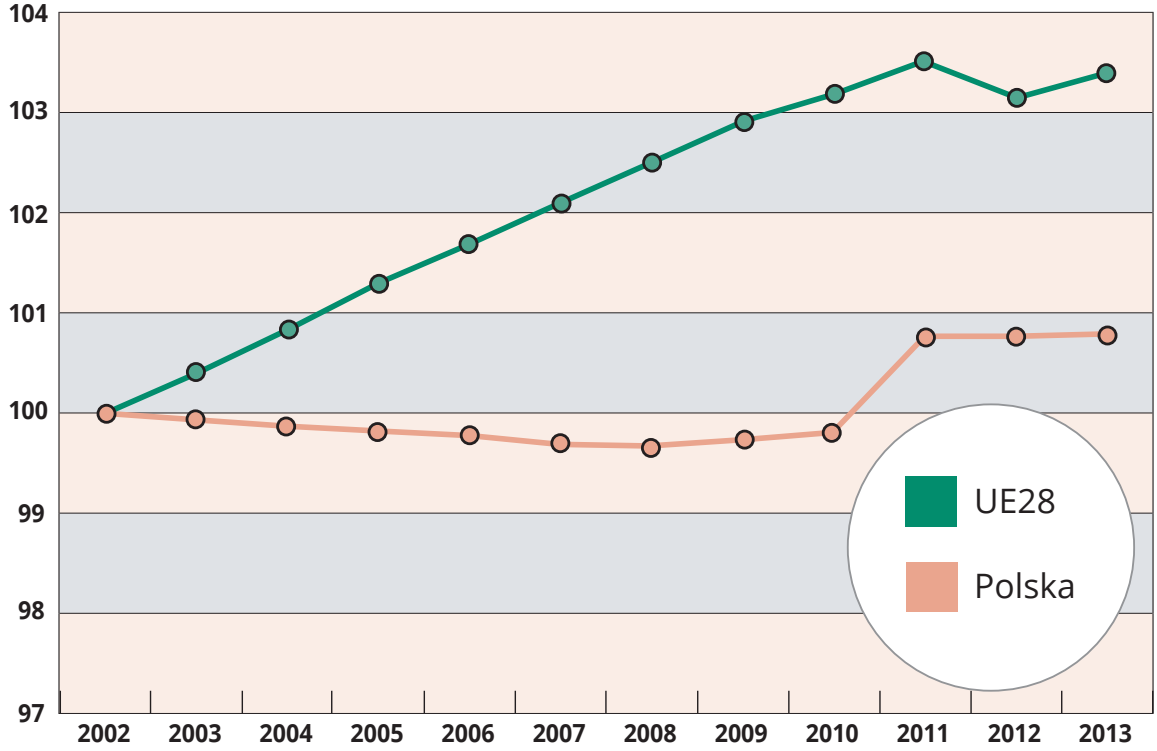
23 Komunikat Komisji *Europejska platforma współpracy w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym* SEK (2010) 1564, http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0758:FIN:PL:PDF.

24 J. Czapiński, T. Panek, *Diagnoza społeczna* 2011, s. 150.

25 *Aktywność ekonomiczna ludności Polski II kwartał 2013 r.*, GUS, Warszawa 2013, s. 125.

26 Sporządzona głównie na podstawie *Analizy porównawczej dynamiki zjawisk w zakresie sytuacji zdrowotnej w regionach na tle deficytów podaży usług zdrowotnych*, NIZP–PZH, Warszawa 2014.

Wykres 1. Dynamika zmian liczby ludności według stanu na 1 stycznia w Polsce oraz w UE-28 w latach 2002–2013



Źródło: Na podstawie danych Eurostatu.

wzrost w roku 2011 wynikał z nowych oszacowań opartych na danych Narodowego Spisu Powszechnego 2011. Z kolei liczba ludności w całej UE miała do roku 2011 stosunkowo słaby trend rosnący, który następnie uległ zahamowaniu.

Ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż w większości krajów Unii Europejskiej (UE27). Według danych urzędu statystycznego Unii Europejskiej (Eurostatu) na 1 stycznia 2012 r. mediana wieku mieszkańców całej UE wynosiła 41,5 roku, a Polski 38,4 roku, natomiast odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wynosił odpowiednio 17,8% i 13,8%. Jak wynika z prognozy opracowanej przez Eurostat, ta korzystna dla Polski różnica będzie się stopniowo zmniejszać, ale do roku 2035 odsetek osób starszych będzie w Polsce niższy od średniego dla krajów UE. **Z kolei w połowie obecnego wieku odsetek ten będzie w Polsce wyższy od przeciętnego dla krajów UE.** Najstarszą przeciętnie populacją od wielu lat charakteryzują się województwa łódzkie i świętokrzyskie, a także opolskie i śląskie, które mają najwyższą medianę wieku i najwyższy odsetek osób w wieku 65 lat i więcej. Liczba osób w wieku produkcyjnym oraz przedprodukcyjnym będzie zmniejszać się w Polsce w najbliższych latach, przy jednoczesnym systematycznym wzroście liczby osób w wieku poprodukcyjnym[27]:

Osoby w wieku przedprodukcyjnym

Udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat zmniejsza się powoli, ale systematycznie od drugiej połowy lat 80. XX w. i wg stanu na 31 grudnia 2012 r. grupa ta stanowiła 20,8% ogółu ludności. Szacuje się również, że w latach 2010–2020 w grupie wiekowej 0–17 lat liczba ludności zmniejszy się o 148,1 tys. W **2035 roku ta grupa wiekowa będzie stanowić już tylko około 15,6% ludności Polski.**[28]

27 Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035, GUS, Warszawa 2008, s. 3, http:www.stat.gov.plcpsrdexbcrgusL_prognoza_ludnosci_Pl_2008-2035.pdf.

28 *Ibidem*, s. 5.

Osoby w wieku produkcyjnym

Liczba osób w wieku produkcyjnym także **będzie ulegać stopniowemu zmniejszaniu** z poziomu 24,5 mln w 2007 roku do 20,7 mln w roku 2035, a zatem o prawie 3,8 mln. Największy spadek nastąpi w pięcioleciu 2015–2020 (około 1,2 mln osób). Wspomniane zmiany spowodują gwałtowne kurczenie i starzenie się zasobów pracy, a w konsekwencji pogarszanie się potencjału polskiego rynku pracy.[29]

Osoby w wieku poprodukcyjnym

Od drugiej połowy lat 80. XX stulecia stopniowo zwiększał się udział osób w wieku 65 lat i więcej, które w 2012 r. stanowiły już 14,2% ogółu ludności Polski. Przewiduje się, że **udział osób w wieku poprodukcyjnym do 2035 roku osiągnie 26,7%**, co oznacza jego wzrost o prawie 11 punktów procentowych w porównaniu do roku 2007 (16,0%).

W związku z prognozowanymi trendami osoby aktywne zawodowo będą w najbliższej przyszłości stanowić grupę mniej liczną i bardziej zaawansowaną wiekowo. Doprowadzi to do znaczących zmian na rynku pracy, tj. wzrośnie liczba starszych pracowników, a zmniejszy się liczba osób wchodzących na rynek pracy. **Z powodu występowania zjawiska starzenia się społeczeństwa zwiększy się odsetek osób potrzebujących opieki zdrowotnej.**

2.2. Analiza epidemiologiczna

Do najważniejszych problemów zdrowotnych mieszkańców Polski należą: choroby: układu krążenia, nowotworowe, układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych, choroby układów oddechowego oraz nerwowego, zaburzenia psychiczne i zachowania.

29 *Ibidem*, s. 3–4.

2.2.1. Sytuacja zdrowotna w Polsce na tle przeciętnej w Unii Europejskiej

Zarówno subiektywne, jak i obiektywne mierniki stanu zdrowia ludności wskazują, **że stan zdrowia polskiego społeczeństwa jest gorszy od przeciętnego dla ogółu mieszkańców Unii Europejskiej.** Jak wynika z badania EU-SILC realizowanego pod auspicjami Eurostatu w państwach członkowskich UE, odsetek mieszkańców Polski, zarówno mężczyzn jak i kobiet, oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły jest wyraźnie większy niż przeciętny dla krajów UE, co jest szczególnie widoczne w przypadku osób starszych, w wieku 65 lat i więcej.

Również najbardziej powszechny obiektywny wskaźnik stanu zdrowia, jakim jest przeciętna długość życia, nie pozostawia wątpliwości co do wciąż pogarszającego się stanu zdrowia mieszkańców Polski, pomimo jego ogromnej poprawy, jaka rozpoczęła się wraz ze zmianami ustrojowymi. Obecnie **mężczyźni w Polsce żyją przeciętnie o prawie 5 lat krócej niż wynosi średnia długość życia mężczyzn w krajach UE ogółem, natomiast kobiety żyją o 2 lata krócej.** Niepokojące jest **również zmniejszenie się liczby lat przeżytych w zdrowiu** (na podstawie współczynnika Healthy Life Years – HLY). W Polsce w 2005 roku kobiety przeżywały w zdrowiu 66,9 roku, a w 2011 roku wskaźnik ten obniżył się do 63,3 roku. Podobną tendencję zaobserwowano w grupie mężczyzn. W roku 2005 r. w zdrowiu przeżywali oni 61,2 roku, a w 2011 roku już tylko 59,1 roku.[30] Bardzo wyraźnie zaznacza się w Polsce niekorzystne zjawisko dużej nadumieralności mężczyzn w stosunku do kobiet i w konsekwencji znacznie krótsze trwanie ich dalszego życia niezależnie od wieku. Rodzący się w 2011 r. w Polsce chłopcy mogli oczekiwać, że będą żyli przeciętnie o 8,5 roku krócej niż rodzące się dziewczynki, podczas gdy w UE27 różnica ta wynosiła 5,7 roku. Warto zaznaczyć, że w Polsce występuje dosyć wyraźne **zróżnicowanie międzywojewódzkie długości trwania życia,** przy czym zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet od lat

30 Eurostat http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=0&pcode=tsdph100&language=en

przeciętnie najkrócej żyją mieszkańcy województwa łódzkiego, z tym że wśród kobiet tylko w niewiele lepszej sytuacji są mieszkanki województwa śląskiego. Z kolei najdłuższego życia mogą oczekiwać mężczyźni w województwach podkarpackim i małopolskim oraz kobiety w województwach podlaskim i podkarpackim.

Ogólny poziom umieralności w Polsce systematycznie obniża się od 1991 r., ale jest wciąż znacznie wyższy od poziomu przeciętnego dla krajów UE, co, jak pokazano wcześniej, znajduje bezpośrednie odbicie w różnicy w długości trwania życia. **Umieralność zarówno mężczyzn, jak i kobiet w Polsce jest wyższa niż przeciętna w krajach UE we wszystkich grupach wieku.** Największa różnica występuje wśród mężczyzn w wieku 30–59 lat, w którym zagrożenie ich życia w Polsce jest o ponad 2/3 wyższe niż w UE. Umieralność niemowląt zmniejsza się w Polsce od wielu lat. Wprawdzie tempo spadku współczynnika umieralności niemowląt jest w Polsce większe niż przeciętne dla krajów UE, jednak **współczynnik umieralności w Polsce (4,6/1000 urodzeń żywych w 2012 r.) wciąż jest wyższy od przeciętnego dla UE** (w 2011 r. 3,9 na 1000 urodzeń żywych, dane Eurostatu). Najbardziej wyraźna różnica pomiędzy Polską a krajami UE występuje w przypadku zgonów niemowląt w okresie neonatalnym, tzn. w pierwszych czterech tygodniach życia. Powyższym zgonom w sposób szczególny może przeciwdziałać skuteczna opieka medyczna. Ich dominującą przyczyną są stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym. W 2012 r. najniższy współczynnik umieralności niemowląt – 3,6 zgonu na 1000 urodzeń żywych – był w województwie świętokrzyskim, natomiast o trzy czwarte wyższy był w województwie dolnośląskim (6,2/1000). Warto podkreślić, że w ciągu poprzednich dwóch lat umieralność niemowląt w województwie świętokrzyskim zaliczała się do najwyższych w kraju. Do województw, w których poziom umieralności niemowląt stanowi niewątpliwy problem, można zaliczyć dolnośląskie, lubuskie, śląskie, kujawsko-pomorskie.

Chorobami najbardziej zagrażającymi życiu mieszkańców Polski są zdecydowanie choroby układu krążenia, które w 2011 r. przyczyniły się do 40% zgonów mężczyzn i 51,1% zgonów kobiet, **a następnie nowotwory złośliwe,** które spowodowały 26% zgonów mężczyzn i 22,9% zgonów kobiet. Należy jednak podkreślić, że jeżeli brać pod uwagę zgony przedwczesne, tzn. te przed 70. rokiem życia, i związaną z nimi utratę tzw. potencjalnych lat życia, to w przypadku mężczyzn największe zagrożenie stanowią przyczyny zewnętrzne, na równi z chorobami układu krążenia, a w przypadku kobiet zdecydowanie nowotwory złośliwe.[31] Porównując poziom umieralności z powodu najważniejszych przyczyn zgonów w Polsce i w całej Unii Europejskiej, należy zwrócić uwagę, że zdecydowanie gorsza jest w naszym kraju sytuacja wynikająca z zagrożenia życia chorobami układu krążenia, przede wszystkim osób w wieku aktywności zawodowej, ale również osób w wieku starszym, i to zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Jak wynika z analiz prowadzonych w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny, to właśnie większe zagrożenie życia chorobami układu krążenia w Polsce w porównaniu z przeciętną sytuacją w krajach UE w decydującym stopniu odpowiada za krótsze życie mieszkańców Polski.

Kolejnym, obok przyczyn zgonów i hospitalizacji, aspektem, który wzięto pod uwagę, oceniając sytuację zdrowotną w Polsce, są koszty, na jakie poszczególne problemy zdrowotne jej mieszkańców narażają nie tylko system opieki zdrowotnej, lecz także szerzej pojęty system zabezpieczenia społecznego. Chodzi tu przede wszystkim o wydatki z tytułu niezdolności do pracy. W ich strukturze ogółem w 2010 r. grupami chorobowymi generującymi najwyższe wydatki były **choroby układu krążenia** – 16,2% ogółu wydatków, **zaburzenia psychiczne i zachowania** – 15,9%, **choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej** – 12,5%, **urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych** – 10,1%, **choroby układu nerwowego** – 9,5% oraz **układu oddechowego** – 7,5%. Powyższe grupy chorobowe w 71,7% były przyczyną poniesionych

31 B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, NIZP–PZH, Warszawa 2012, s. 58.

wydatków w związku z niezdolnością do pracy.[32] Jak wynika z danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) za I połowę 2012 roku, średnia długość zaświadczenia lekarskiego wydanego z tytułu choroby wynosiła 12,49 dnia. Spośród wskazanych powyżej grup chorobowych, które generowały najwyższe wydatki, jedynie średnia długość zaświadczenia lekarskiego związanego z chorobami układu oddechowego była niższa od tej średniej.[33]

2.2.2. Chorobowość hospitalizowana i umieralność według grup wiekowych i wybranych grup chorobowych z uwzględnieniem różnic regionalnych

Umieralność wg najważniejszych przyczyn[34] i częstość leczenia szpitalnego posłużyły do analizy sytuacji zdrowotnej i potrzeb zdrowotnych ludności zamieszkałej w poszczególnych województwach. Analizy obejmujące lata 2008–2011 prowadzono w trzech grupach ludności: w wieku przedprodukcyjnym (0–17 lat), produkcyjnym (18–64 lat), poprodukcyjnym (65 lat i więcej).

Wiek przedprodukcyjny – osoby w wieku 0–17 lat

Umieralność w grupie osób w wieku przedprodukcyjnym (0–17 lat) z powodu ogółu przyczyn w poszczególnych województwach była niska, co jest oczywiste w tej grupie wieku, i była zbliżona do średniej ogólnopolskiej. Jedynie w województwach kujawsko-pomorskim i śląskim była istotnie wyższa. Hospitalizacja z powodu ogółu przyczyn wykazuje natomiast w grupie wieku 0–17 lat wyraźnie zróżnicowanie. Województwami istotnie odchylającymi się od średniej ogólnopolskiej są: kujawsko-pomorskie, łódzkie i podlaskie. Są w kraju województwa, których mieszkańcy szczególnie często (współczynniki hospitalizacji) leczeni są w szpitalach w porównaniu z mieszkańcami innych województw. Jeśli chodzi o grupę wiekową 0–17 lat, to na pierwszym miejscu są tu województwa kujawsko-pomorskie i łódzkie oraz podlaskie.

Wiek produkcyjny – osoby w wieku 18–64 lata

W grupie wieku 18–64 lata (wiek produkcyjny) umieralność ogólna jest na wyższym poziomie niż w grupie wieku 0–17 lat i wykazuje zróżnicowanie międzywojewódzkie. Najwyższa umieralność ogólna w całym okresie 2008-2011 miała miejsce w województwach lubuskim, łódzkim i śląskim. Leczenie szpitalne z powodu ogółu przyczyn osób w wieku produkcyjnym było istotnie częstsze niż średnia dla kraju w województwach łódzkim, podkarpackim i świętokrzyskim.

Wiek poprodukcyjny – osoby w wieku 65 i więcej lat

W grupie wieku 65+ (wiek poprodukcyjny) umieralność ogólna wykazuje znaczne zróżnicowanie międzywojewódzkie. Najwyższe zagrożenie życia osób w tym wieku w całym okresie 2008–2011 miało miejsce w województwach lubuskim, łódzkim i śląskim. Chorobowość szpitalna w grupie osób w wieku poprodukcyjnym, z powodu ogółu przyczyn, była na najwyższym poziomie w województwach: lubuskim, podkarpackim i świętokrzyskim.

Przyczyny orzeczeń o niepełnosprawności z uwzględnieniem różnic regionalnych

Analizowano także zróżnicowanie międzywojewódzkie wydanych orzeczeń o niepełnosprawności, uwzględniając najczęstsze jej przyczyny. W 2012 roku najwięcej nowych orzeczeń o niepełnosprawności ogółem wydano mieszkańcom województw kujawsko-pomorskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego oraz łódzkiego. Rozpiętość wskaźnika orzeczeń wynosiła od 83 w podlaskim do 242 w kujawsko-pomorskim, była

32 E. Karczewicz, A. Kania, Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2010 r., ZUS, Warszawa 2012, s. 25, http:www.zus.plfilesWydatki%20na%20%C5%9Bwiadczenia%20z%20ubezpieczeń%C5%84%20spo%C5%82ecznych%20zwi%C4%85zane%20z%20niezdolno%C5%9Bci%C4%85%20do%20pracy%20w%202010r.pdf.

33 Na podstawie: A. Sikora, Informacja o absencji chorobowej osób ubezpieczonych w ZUS w I półroczu 2012 roku, ZUS, Warszawa 2012, s. 15–16, http:www.zus.plfilesInformacja%20o%20absencji%20chorobowej%20os%C3%B3b%20ubezpieczonych%20w%20ZUS%20w%20I%20p%C3%B3%C5%82roczu%202012%20roku.pdf.

34 Nowotwory złośliwe, choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego, przyczyny zewnętrzne (urazy i zatrucia), choroby układu kostno-stawowego, zaburzenia psychiczne.

więc trzykrotna. Najczęstsze przyczyny niepełnosprawności to choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu kostno-stawowego, zaburzenia psychiczne, choroby układu nerwowego. Mieszkańcom województwa kujawsko-pomorskiego najczęściej w kraju przyznawane jest orzeczenie o niepełnosprawności z powodu chorób układu krążenia i nowotworów.

3. Uwarunkowania zdrowia w Polsce

Na zdrowie społeczeństwa wpływają czynniki genetyczne, czynniki środowiskowe, styl życia oraz system organizacji opieki zdrowotnej.

Zdrowie jest wynikiem działania czynników związanych z dziedziczeniem genetycznym, środowiskiem, stylem życia i opieką medyczną.[35] Prace dotyczące oszacowania stopnia wpływu poszczególnych czynników na zdrowie[36] wskazują na znaczący udział uwarunkowań związanych ze stylem życia, w tym dostępnością do opieki zdrowotnej zorientowanej na promowanie zdrowia i profilaktykę. Z uwagi na cel przedmiotowego dokumentu w analizie uwarunkowań wpływających na zdrowie mieszkańców Polski pominięto analizę wpływu uwarunkowań genetycznych i środowiskowych na zdrowie człowieka i w dalszej części dokumentu szczególną uwagę zwrócono na styl życia w kontekście promocji zdrowia i profilaktyki oraz na organizację systemu opieki zdrowotnej w aspekcie dostępności do świadczeń zdrowotnych,, jakości i efektywności systemu opieki zdrowotnej, informatyzacji oraz innowacji w ochronie zdrowia.

3.1. Styl życia i inne czynniki wpływające na zdrowie

Rozwój cywilizacji, postrzegany jako zjawisko pozytywne, prowadzące do zwiększenia dobrostanu ludzkości poprzez przedłużenie życia i poprawę jego jakości, niesie ze sobą także skutki powodujące często odwrotne, niekorzystne oddziaływanie na zdrowie ludzkie. Zmiany technologiczne i dynamicznie zmieniające się warunki życia społeczeństwa wpływają na styl życia, który, jak wykazano w badaniach, ma istotny wpływ na powstawanie wielu chorób. Choroby stylu życia (*lifestyle diseases*) nazywane często **chorobami cywilizacyjnymi** (*diseases of civilization*) od innych chorób odróżnia przede wszystkim to, że w dużej mierze można im zapobiec, wprowadzając zmiany w stylu i w środowisku życia.[37] Na potrzeby niniejszego dokumentu pojęcie „choroby cywilizacyjne" będzie odnosiło się do zidentyfikowanych na podstawie analizy epidemiologicznej, następujących grup chorobowych: **choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu oddechowego, choroby układu kostno-stawowego**

35 M.J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, [w:] „Przegląd Epidemiologiczny" 2003, nr 57, s. 505–512. Marc Lalonde był ministrem zdrowia Kanady.

36 *Ibidem*, a także próba oszacowania procentowego wpływu czynników określanych jako biologiczne, środowiskowe, związane ze stylem życia oraz z działaniem systemu ochrony zdrowia przedstawiona w 1995 r. przez B. Badurę. W Narodowym programie zdrowia wskazano, że stan zdrowia człowieka zależy w 50–60% od stylu życia, w około 20% od czynników środowiskowych, w około 20% od czynników genetycznych i w pozostałej części od służby zdrowia. „która może rozwiązać 10–15% problemów zdrowotnych społeczeństwa".

37 S. Golinowska (red.), *Zarys systemu ochrony zdrowia w Polsce.* Polska 2012, Warszawa 2012, s. 189: „Badania epidemiologiczne dowiodły wpływu na zdrowie wielu uwarunkowań, które są analizowane w ramach szerokiego ruchu badań nazywanych społecznymi determinantami zdrowia (SDH). Reakcją na wyniki tych badań jest promująca równość strategia zdrowotna Unii Europejskiej „zdrowie we wszystkich politykach" i jej liczne programy. Koncepcja tej strategii wynika z przekonania, że korzystne efekty dla zdrowia populacji (dłuższego życia dobrej jakości) przynosi w pierwszym rzędzie kompleksowa poprawa warunków życia, obejmująca zarówno środowisko naturalne, jak i warunki pracy, sferę życia zbiorowego (infrastruktura i transport), warunki mieszkaniowe, edukację oraz konsumpcję. W ten sposób podejście „zdrowie we wszystkich politykach" pozostaje w zgodzie ze współczesnym rozumieniem determinant zdrowia".

i mięśniowego, choroby psychiczne i zaburzenia zachowania oraz do urazów, zatruć i innych zewnętrznych przyczyn zgonów.

3.1.1. Czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w Polsce najistotniejszymi czynnikami ryzyka w ogólnej liczbie zgonów z powodu chorób cywilizacyjnych są: palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi i poziom cholesterolu, nadwaga i otyłość, nadmierne spożycie alkoholu, niskie spożycie warzyw i owoców, mała aktywność fizyczna.[38] Jak wynika z przeprowadzonych w Polsce badań, redukcja głównych czynników ryzyka (uwarunkowanych stylem życia) zmniejsza o ponad połowę zachorowalność na chorobę niedokrwienną serca.[39] Mimo korzystnych zmian, jakie odnotowano w Polsce, czynniki ryzyka wynikające ze stylu życia stanowią znacznie większe zagrożenie niż w innych państwach Unii Europejskiej.

3.1.2. Profilaktyka i promocja zdrowia

Problemami polskiego systemu opieki zdrowotnej są niska świadomość zdrowotna społeczeństwa oraz wykrywalność chorób w zaawansowanych stadiach rozwojowych, co znacznie zmniejsza szanse na całkowite wyleczenie. Sytuacja taka wynika m.in. z faktu, że w Polsce odnotowuje się deficyt finansowania działań profilaktycznych, nie tylko służących zwiększeniu dostępu do badań diagnostycznych, lecz także mających na celu podniesienie wiedzy społeczeństwa w zakresie chorobotwórczych czynników ryzyka i zdrowego stylu życia. O skali problemu związanego z niską świadomością zdrowotną mogą świadczyć wyniki badań, jakie zostały przeprowadzone w ramach projektu *Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45. roku życia* (...). Celem badań było m.in. określenie stanu wiedzy i postaw mężczyzn powyżej 45. roku życia na temat czynników ryzyka i profilaktyki nowotworów układu moczowo-płciowego.[40] Zgodnie z wynikami tego badania ankietowani mają bardzo ogólną i ograniczoną wiedzę na temat nowotworów. Co również istotne, niska świadomość występowania czynników ryzyka dotyczy w szczególności grup narażonych. Symptomatyczne jest, że ponad 70% mężczyzn należących do populacji narażonej (np. obciążonej genetycznie lub pracującej w zawodach, których wykonywanie wystawia na działanie substancji rakotwórczych) nie wykonała żadnego z podstawowych badań diagnostycznych w kierunku wykrycia nowotworu układu moczowo-płciowego. Równie alarmujące są dane dotyczące zgłaszalności na profilaktyczne badania populacyjne, takie jak cytologia czy mammografia.

W działalność na rzecz zdrowia publicznego zaangażowanych jest wiele podmiotów, w tym liczne organizacje pozarządowe, a także władze publiczne zarówno na szczeblu centralnym, jak i regionalnymi oraz lokalnym. Realizacja zadań ochrony zdrowia jest obowiązkiem każdego ze szczebli administracji samorządowej (gminy, powiatu, województwa).

Przegląd programów zdrowotnych realizowanych w województwach

Realizowane na terenie województw programy zdrowotne dotyczyły różnych chorób, problemów i zagadnień zdrowotnych. Programy zdrowotne dotyczące chorób nowotworowych, w tym przede wszystkim raka szyjki macicy, raka piersi, raka prostaty, były realizowane we wszystkich wojewódz-

38 *WHO Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, 2002, http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf. M. Sygut, Raport: Lepiej zapobiegać, „Rynek Zdrowia" 2013, nr 10.

39 P. Bandosz, M. O'Flaherty, W. Drygas, M. Rutkowski, J. Koziarek, B. Wyrzykowski, K. Bennett, T. Zdrojewski, S. Capewell, *Analysing the decline in coronary heart disease mortality in Poland after socioeconomic transformation. A modeling study.* „British Medical Journal" (w druku).

40 A. Kamińska, J. Mieszalska, M. Bandura, Program projektu *Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45. roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywizacji zawodowej (w szczególności osób wykonujących zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na choroby nowotworów układu moczowo-płciowego),* Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, s. 12–26.

twach w Polsce. Podobnie tematyka uzależnień od tytoniu, alkoholu, narkotyków była obecna w programach zdrowotnych w każdym województwie. Wszystkie województwa podejmowały działania w zakresie promowania zdrowego stylu życia, w tym m.in. aktywności fizycznej i prawidłowego żywienia. W większości województw prowadzono działania w zakresie zapobiegania zaburzeniom psychicznym i promowania zdrowia psychicznego. Niemal wszystkie województwa, z wyjątkiem jednego, realizowały działania dotyczące chorób zakaźnych i zakażeń, w tym przede wszystkim szczepień ochronnych. Popularna była tematyka związana z przewlekłymi schorzeniami układu kostno-stawowego, przy czym realizowano głównie działania w zakresie profilaktyki wad postawy oraz osteoporozy. Jedynie trzy województwa nie wykazały realizacji programów o tej tematyce. Trzy czwarte województw wykazało realizację programów w zakresie chorób układu krążenia oraz chorób jamy ustnej (zapobiegania próchnicy). Programy dotyczące chorób układu oddechowego, cukrzycy i innych chorób metabolicznych, a także niepełnosprawności realizowano w większości województw. Większość województw realizowała także działanie związane z chorobami innymi niż powyższe. W tej grupie znalazły się, w zależności od województwa, programy dotyczące przykładowo: alergii; chorób i zaburzeń wzroku, słuchu, narządów mowy; wszawicy; chorób układu nerwowego; zaburzeń związanych ze stresem; chorób skóry; chorób zawodowych; autyzmu; chorób wieku podeszłego; chorób tarczycy; chorób genetycznych. Ponad połowa województw wykazała działania dotyczące prowadzenia szkoły rodzenia, opieki nad kobietą w ciąży, a także edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Wśród innych działań profilaktycznych podjętych w pojedynczych województwach znalazły się m.in.: bezpieczeństwo w ruchu drogowym, związek zdrowia z ekologią, przemoc domowa, poprawa jakości życia, hałas, BHP, edukacja ekologiczna, krwiodawstwo, endoprotezoplastyka. Programy zdrowotne we wszystkich województwach były adresowane do mieszkańców całego województwa lub mieszkańców wybranych powiatów i gmin.

Podsumowanie wybranych działań profilaktycznych

Zadania własne jednostek samorządu terytorialnego (JST) szczebla gminnego, powiatowego i wojewódzkiego, które są związane z ochroną i promocją zdrowia, opieką zdrowotną oraz realizacją programów zdrowotnych i wynikają z tzw. ustaw kompetencyjnych oraz z *Ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*[41], nie są spójne oraz dostatecznie jasno określone. Wyniki monitoringu Narodowego Programu Zdrowia 2007–2015 (NPZ) za lata 2009–2011 pokazują duże zaangażowanie JST w realizację programów dotyczących przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu (cel nr 2 realizowało od 86–100% JST w zależności od roku). Najmniej JST realizowało programy dotyczące poprawy jakości świadczeń zdrowotnych (cel nr 13 od 3–6% JST) oraz poprawy opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem (cel nr 7 od 8–11% JST). Widoczne jest duże zróżnicowanie pomiędzy województwami w realizacji poszczególnych celów operacyjnych NPZ. W ostatnim roku z analizowanych, tj. w 2011, w grupie celów dotyczących czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia największy odsetek JST, które realizowały programy zdrowotne odnotowano w województwach opolskim, małopolskim, łódzkim i śląskim. W grupie celów dotyczących wybranych populacji największy odsetek JST, które realizowały programy zdrowotne, odnotowano w województwach śląskim, lubuskim i pomorskim, natomiast niezbędne działania dotyczące ochrony zdrowia i podejmowane przez samorząd terytorialny najczęściej realizowano w województwie opolskim. Większość JST realizowało działania o charakterze akcyjnym, krótkofalowym, a więc mniej skuteczne niż długofalowe. Najwięcej osób uczestniczyło w różnego rodzaju wydarzeniach edukacyjnych: pogadankach, wykładach, szkoleniach itp. Dane dotyczące badań przesiewowych, pochodzące z Centralnego Ośrodka Koordynującego (COK), wskazują, że procent objęcia populacji kobiet w wieku 50–69 lat Populacyjnym programem wczesnego wykrywania raka piersi wzrósł z 36,4% w 2009 r. do 43,5 w 2011 r. W analizowanych latach największy

41 Dz.U. 2008, nr 164, poz. 1027 z późn. zm.

odsetek objęcia kobiet programem odnotowano w województwie lubuskim (42,5% w 2009 r., a w 2011 r. 52,4%). Najniższy odsetek w badanym okresie występował w województwie mazowieckim i oscylował wokół 30%. Warto podkreślić, że w województwach, gdzie zagrożenie życia kobiet z powodu raka piersi należy do największych (województwa pomorskie i wielkopolskie), odsetek kobiet biorących udział w badaniach przesiewowych jest wyższy od ogólnopolskiego. Jedynie w województwie śląskim, gdzie umieralność jest również wysoka, odsetek objęcia kobiet programem jest równy ogólnopolskiemu.

Dane dotyczące badań przesiewowych, pochodzące z COK, wskazują, że w latach 2009–2011 procent objęcia populacji kobiet **Populacyjnym programem profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy** praktycznie nie zmienił się (22,6% w 2009 r. i 24,6% w 2011 r.). W analizowanych latach największy odsetek objęcia kobiet programem odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (34,3% w 2011 r.), natomiast najniższy odsetek w badanym okresie występował w województwie wielkopolskim (18,2% w 2011 r.). Warto zwrócić uwagę na to, że w województwie warmińsko-mazurskim najwyższy w kraju odsetek kobiet biorących udział w programie utrzymuje się od trzech lat. Równocześnie w tym województwie w latach 2009–2010 odnotowano jeden z najwyższych współczynników umieralności z powodu raka szyjki macicy, który wyraźnie obniżył się w 2011 r. Zorganizowane programy przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy, realizowane w Polsce od roku 2006, stanowią ważny krok na drodze zwalczania tych nowotworów w populacji. Jednakże programy te wymagają wielu zmian, które wpłyną na wyższą ich skuteczność, tj. na zmniejszenie umieralności na te nowotwory. Zmiany te związane być powinny przede wszystkim z opracowaniem standaryzowanej oceny jakości badań przesiewowych oraz zwiększeniem zgłaszalności kobiet na badania.

Program Badań przesiewowych wczesnego wykrywania raka jelita grubego realizowany był w Polsce w systemie oportunistycznym od 2000 r.

W ramach tego systemu bezpłatnemu badaniu kolonoskopowemu poddawane są osoby, które na podstawie wypełnionej i podpisanej ankiety (wypełnianej przez pacjenta przed badaniem) spełniają warunki kwalifikujące do programu. Od 2012 roku w ramach PBP wysyłane są imienne zaproszenia na kolonoskopię do osób w wieku 55–64 lat.

Istotne zagrożenie życia spowodowane tym nowotworem świadczy o potrzebie kontynuacji działań prewencyjnych w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego i zwiększenia odsetka wyleczenia (pięcioletnich przeżyć) oraz obniżenia umieralności.

3.1.3. Nierówności w stanie zdrowia

Zapewnienie równości w stanie zdrowia jest ogólnym, wielowymiarowym celem systemów opieki zdrowotnej, polegającym na minimalizowaniu różnic w poziomie zdrowia oraz w zasięgu opieki zdrowotnej, dostępie do niej, korzystaniu z niej, jej jakości i użyteczności dla grup ludności, zróżnicowanymi pod względem dochodów, wieku, płci, narodowości, pochodzenia etnicznego, miejsca zamieszkania i innych cech. Polityka ograniczania nierówności w stanie zdrowia jest jedną z bardziej eksponowanych polityk społecznych i zdrowotnych w UE. Obiektywnym miernikiem badania nierówności w stanie zdrowia jest analiza długości trwania życia. W Polsce występuje dosyć wyraźne zróżnicowanie międzywojewódzkie długości trwania życia, przy czym zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet od lat najkrócej żyją mieszkańcy województwa łódzkiego, wśród kobiet tylko w niewiele lepszej sytuacji są mieszkanki województwa śląskiego. Dosyć znacznie różni się także poziom umieralności niemowląt w poszczególnych województwach. W 2012 r. najniższy współczynnik umieralności niemowląt – 3,6 zgonów na 1000 urodzeń żywych był w województwie świętokrzyskim, natomiast o trzy czwarte wyższy był w województwie dolnośląskim (6,2/1000).

W Polsce zmniejszanie nierówności w stanie zdrowiu jest jednym z nadrzędnych celów NPZ oraz DSRK i innych dokumentów strategicznych. Cel ten ma być osiągany między innymi przez:

- **promocję zdrowego stylu życia w społeczeństwie;**
- **tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu;**
- **aktywizowanie JST i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.**

Cel ten jest również wspierany poprzez wdrażanie Programu PL13 „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu" realizowanego w ramach obszaru programowego *Inicjatywy na rzecz ochrony zdrowia* ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009–2014, dla którego rolę operatora programu pełni Minister Zdrowia. Program ten odpowiada na wyzwania związane z występującym zjawiskiem społecznych nierówności w zdrowiu, stanowi również próbę opracowania polityki i instrumentów zarządzania zdrowiem populacji, które umożliwią skuteczniejsze przeciwdziałanie problemom nierówności w zdrowiu oraz przyczynią się do poprawy dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

3.2. Organizacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce[42]

3.2.1 Podstawy prawne i zasady organizacji świadczeń zdrowotnych w Polsce

Zgodnie z art. 68. Konstytucji RP z 1997 roku wszyscy obywatele, niezależnie od ich sytuacji materialnej, mają prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Szczegóły funkcjonowania powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego określa Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ubezpieczycielem w polskim powszechnym publicznym systemie ubezpieczenia zdrowotnego jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). W Polsce system obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje około 98 proc. populacji, w tym członków rodzin osób płacących składki ubezpieczeniowe oraz takie grupy, których składki pokrywane są z budżetu państwa.[43] Należą do nich między innymi osoby zarejestrowane jako bezrobotni. Jest pewna grupa osób, które mimo że nie mają ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ, są uprawnione do otrzymania bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w momencie ich faktycznego udzielenia.[44] Składki zdrowotne są pobierane przez ZUS i KRUS, a następnie trafiają do NFZ. Podział zasobów NFZ na poszczególne oddziały wojewódzkie wynika z algorytmu określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia[45] i zależy obecnie od liczebności, wieku i proporcji płci ubezpieczonej populacji poszczególnych województw. Do zadań NFZ należą między innymi: określanie jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz analiza ich kosztów w zakresie niezbędnym do prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie; finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych powyższym osobom uprawnionym do otrzymywania świadczeń w ramach publicznego systemu zdrowotnego, mimo nieposiadania przez te osoby ubezpieczenia zdrowotnego; wdrażanie, realizowanie, finansowanie, monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie programów zdrowotnych, w tym w ramach zadań zleconych przez Ministra Zdrowia.

42 Wyczerpujące informacje na temat polskiego systemu zdrowotnego zostały zawarte w: S. Golinowska, *op. cit.*, a w angielskiej wersji językowej w: Sagan A, Panteli D, Borkowski W, Dmowski M, Domański F, Czyżewski M, Goryński P, Karpacka D, Kiersztyn E, Kowalska I, Księżak M, Kuszewski K, Leśniewska A, Lipska I, Maciąg R, Madowicz J, Mądra A, Marek M, Mokrzycka A, Poznański D, Sobczak A, Sowada C, Świderek M, Terka A, Trzeciak P, Wiktorzak K, Włodarczyk C, Wojtyniak B, Wrześniewska-Wal I, Zelwiańska D, Busse R. Poland: *Health system review*. *Health Systems in Transition,* 2011, 13(8):1–193.

43 S. Golinowska (red.), op.cit., s. 43.

44 Do grupy tej należą osoby, które spełniają kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej, mają obywatelstwo polskie i zamieszkują na terytorium RP; wszystkie nieubezpieczone dzieci, które nie ukończyły 18. roku życia i mają obywatelstwo polskie; wszystkie nieubezpieczone kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu, mające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium RP; osoby uzależnione od alkoholu lub narkotyków w okresie leczenia odwykowego; osoby z zaburzeniami psychicznymi w trakcie leczenia psychiatrycznego; osoby zakażone niektórymi chorobami zakaźnymi oraz więźniowie.

45 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz.U. 2009, nr 193, poz. 1495).

Zasady wykonywania działalności leczniczej w Polsce reguluje *Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*[46] mająca charakter ustrojowy dla systemu opieki zdrowotnej. Określa ona zasady wykonywania działalności leczniczej, w szczególności warunki, jakie muszą spełniać podmioty wykonujące działalność leczniczą, a także kategorie podmiotów oraz rodzaje działalności leczniczej. Od 2009 r. obowiązuje w Polsce system wykazów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (świadczeń gwarantowanych), tzw. pozytywny koszyk świadczeń. Świadczenia gwarantowane określane są rozporządzeniami Ministra Zdrowia, dotyczącymi następujących zakresów: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, leczenia stomatologicznego, lecznictwa uzdrowiskowego, ratownictwa medycznego, opieki paliatywnej i hospicyjnej, świadczeń wysokospecjalistycznych, programów zdrowotnych.

Podstawowa opieka zdrowotna

Zgodnie z przepisami *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* POZ oznacza świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane przez lekarzy, pielęgniarki i położne POZ w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Warunki udzielania świadczeń POZ, podobnie jak w przypadku innych zakresów świadczeń gwarantowanych, regulują Rozporządzenie Ministra Zdrowia, a także odpowiednie zarządzenie Prezesa NFZ.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)

Generalną zasadą w polskim publicznym systemie zdrowotnym jest dostęp do lekarza AOS na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, tj. lekarza lub lekarza dentystę, który zawarł umowę z NFZ albo jest zatrudniony przez podmiot, który zawarł taką umowę. Lekarzem kierującym (*gatekeeper*) w polskim systemie nie musi być koniecznie lekarz POZ, może być nim także inny lekarz AOS. Bez skierowania można uzyskać świadczenia AOS lekarzy wybranych specjalności (ginekologa i położnika, dentysty, dermatologa, wenerologa, onkologa, okulisty, psychiatry). Wymóg uzyskiwania skierowań nie dotyczy ponadto między innymi osób chorych na gruźlicę i zakażonych wirusem HIV. W ramach AOS możliwe jest także udzielanie świadczeń kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (KAOS). Obecnie NFZ kontraktuje świadczenia KAOS dla osób chorych na cukrzycę oraz dla zakażonych HIV, leczonych lekami antyretrowirusowymi. Zadaniem lekarza udzielającego świadczeń w ramach KAOS jest koordynowanie opieki nad pacjentem, w tym udzielania świadczeń przez innych lekarzy specjalistów.

Leczenie szpitalne

W przeciwieństwie do świadczeń AOS skierowanie do szpitala udzielającego świadczeń w ramach publicznego systemu zdrowotnego może być wystawione także przez lekarza, który sam nie działa w systemie publicznym. W roku 2008, po raz pierwszy w Polsce, w leczeniu szpitalnym wprowadzono finansowanie świadczeń w systemie publicznym z wykorzystaniem systemu jednorodnych grup pacjentów (JGP), będącego polskim odpowiednikiem systemu DRG (*diagnoisis related groups*). Ta zmiana motywowana była chęcią zracjonalizowania finansowania leczenia szpitalnego i służyła podniesieniu efektywności świadczeniodawców. Mimo że obecnie w polskim systemie zdrowotnym nie ma przepisów dotyczących referencyjności szpitali, szpitale kliniczne czy instytuty badawcze ze względu na zatrudniany personel, skomplikowanie i unikatowość udzielanych świadczeń czy prowadzenie działalności dydaktycznej pełnią *de facto* rolę ośrodków referencyjnych, bardzo często lecząc pacjentów nawet spoza obszaru potocznie określanego jako ich rejon.[47]

46 Dz.U. 2013, poz. 217 z późn. zm.

47 Rejonizacja została zniesiona w polskim publicznym systemie zdrowotnym wraz z wprowadzeniem ubezpieczenia zdrowotnego, czyli od 1 stycznia 1999 r.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane są w warunkach stacjonarnej opieki długoterminowej i w warunkach domowych. Stacjonarne placówki opieki długoterminowej obejmują zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO). NFZ finansuje koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ZOL i ZPO, tj. świadczenia udzielane przez lekarza, pielęgniarkę, badania diagnostyczne, rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego, świadczenia psychologa, terapię zajęciową, leczenie farmakologiczne, leczenie dietetyczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi stosowane przy udzielaniu świadczeń, edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Co warte podkreślenia, koszty wyżywienia i zakwaterowania w ZOL i ZPO są pokrywane przez pacjenta.[48] Takie rozwiązanie jest przykładem współpłacenia w polskim publicznym systemie ubezpieczenia zdrowotnego.

Ratownictwo medyczne

W Polsce działa system Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM)[49] Świadczenia ratownictwa medycznego obejmują świadczenia udzielane w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia przez zespoły ratownictwa medycznego, zarówno poza szpitalem, jak i w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR). Celem systemu PRM jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Takie założenie oznacza, że świadczenia w ramach tego systemu udzielane są bezpłatnie na rzecz wszystkich osób znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (w tym cudzoziemców), bez względu na to, czy są osobami uprawnionymi do innych świadczeń publicznego systemu zdrowotnego, czy nie. Planowanie, organizowanie i koordynowanie systemu ratownictwa medycznego należy do zadań wojewodów, natomiast ogólny nadzór nad systemem sprawuje Minister Zdrowia. W ramach tych zadań poszczególni wojewodowie sporządzają wojewódzkie plany działania systemu, które podlegają zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia. Jednostkami systemu ratownictwa medycznego są SOR oraz zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. Zespoły ratownictwa medycznego to jednostki systemu, podejmujące medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych. Z kolei SOR to komórka organizacyjna szpitala, w której udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Świadczenia udzielane przez zespoły ratownictwa medycznego (z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego) oraz koszty związane z funkcjonowaniem dyspozytorni są finansowane z budżetu państwa, z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie. Tymi funduszami zarządzają z kolei wojewódzkie oddziały NFZ, którym wojewodowie powierzają przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów z podmiotami dysponującymi zespołami ratownictwa medycznego. Z kolei działalność lotniczych zespołów ratownictwa medycznego finansowana jest z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia, natomiast świadczenia udzielane przez SOR finansowane są oddzielnie przez NFZ, w ramach środków określonych w jego planie finansowym. Z systemem współpracują centra urazowe oraz ujęte w poszczególnych wojewódzkich planach działania systemu jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych w ratownictwie medycznym.

Świadczenia wysokospecjalistyczne

Świadczenia wysokospecjalistyczne to świadczenia opieki zdrowotnej, których koszt jednostkowy jest bardzo wysoki, a ich udzielanie wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadcze-

48 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013, poz. 1480).

49 *Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz.U. nr 191, poz. 1410 z późn. zm.).

niodawcy (nowoczesna aparatura medyczna) oraz bardzo wysokich umiejętności osób udzielających świadczeń. Świadczenia wysokospecjalistyczne kontraktowane są bezpośrednio przez Ministra Zdrowia, a nie przez NFZ. Do tego rodzaju świadczeń zalicza się m.in. niektóre przeszczepy narządów, wybrane świadczenia z zakresu kardiochirurgii, np. operacje wad wrodzonych serca.[50] Świadczenia te udzielane są przez podmioty lecznicze między innymi takie jak szpitale kliniczne uczelni medycznych lub instytuty badawcze, wynika to ze wspomnianej na wstępie specyfiki tego zakresu świadczeń.

Medycyna pracy[51]

W Polsce istnieje służba medycyny pracy, której głównym zadaniem jest ochrona zdrowia pracujących, w tym prowadzenie profilaktyki chorób związanych z wykonywaniem pracy. Ze względu na swoją specyfikę koncentruje się ona na chorobach zawodowych i urazach powstałych w miejscu pracy. Jedną z głównych aktywności w ramach świadczeń medycyny pracy jest wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych pracowników. Służba medycyny pracy zajmuje się także między innymi prowadzeniem analiz stanu zdrowia pracowników, a zwłaszcza występowania chorób zawodowych i ich przyczyn oraz przyczyn wypadków przy pracy.

3.2.2. Wydatki na ochronę zdrowia

Polska należy do grupy państw o relatywnie niskich wydatkach całkowitych na ochronę zdrowia w stosunku do innych państw UE. W 2011 roku całkowite wydatki na ochronę zdrowia w Polsce wynosiły 6,9% PKB. (Średnia w UE to 9,48% PKB).[52] Według krajowych statystyk w 2011 r. struktura wydatków bieżących ponoszonych przez poszczególnych płatników kształtowała się następująco: instytucje rządowe i samorządowe (łącznie z NFZ) – 70,9%, sektor prywatny – 29,1% (w roku 2010 odpowiednio 72,2% i 27,8%). W ramach wydatków publicznych 87,6% stanowiły wydatki ponoszone przez NFZ, natomiast w sektorze prywatnym największy strumień wydatków pochodził z gospodarstw domowych (82,2%).[53] To, że wydatki prywatne na ochronę zdrowia stanowią około 30% ogółu wydatków bieżących, jest znaczącym obciążeniem plasującym Polskę w grupie krajów UE o najwyższych obciążeniach podmiotów prywatnych wydatkami na zdrowie.[54] W świetle Narodowego Rachunku Zdrowia za 2011 rok w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych w 2010 roku wyniosły 22 001 mln zł (1,55% PKB), w 2011 zaś 23 397 mln zł, co odpowiadało 1,53 % PKB. Analiza strumieni wydatków na ochronę zdrowia od poszczególnych płatników do dostawców dóbr i usług medycznych wskazuje, że 95,7% nakładów przeznaczonych na szpitale stanowiły środki publiczne, zaś 4,3% stanowiły środki pochodzące ze źródeł prywatnych. W przypadku opieki ambulatoryjnej proporcje te wynosiły odpowiednio – 64,1% i 35,9%, natomiast dla praktyk stomatologicznych – 14,3% i 85,7%. Analiza wielkości wydatków na zdrowie gospodarstw domowych różnych grup społeczno-ekonomicznych wskazuje, że najbardziej obciążone są gospodarstwa domowe emerytów i rencistów. Jest to naturalne zjawisko – emeryci i renciści to w większości osoby starsze, chore na przewlekłe choroby, co wymaga częstych wizyt u lekarzy, wykonywania badań diagnostycznych, regularnego zakupu leków. W wydatkach na zdrowie ponoszonych przez gospodarstwa domowe dominowały wydatki na produkty farmaceutyczne, które stanowiły w ostatnich latach ponad 60% wydatków na zdrowie. W najbardziej obciążonych wydatkami na zdrowie gospodarstwach domowych emerytów i rencistów wydatki na leki osiągnęły poziom 75% wydatków na zdrowie.[55]

50 *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji* (Dz.U. z 2013 r., poz. 1445).

51 *Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy* (Dz.U. 2004, nr 125, poz. 1317 z późn. zm.).

52 http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health_20758480-table1.

53 Narodowy Rachunek Zdrowia za 2011 rok, GUS, Warszawa 2013.

54 *Improving the Health-Care System in Poland*, OECD Economics Department Working Papers 2012, nr 965, http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5k9b7bn5qzvd.pdf?expires=1391512547&id=id&accname=guest&checksum=C2BB4EC66E1B03432EBE616D69443229.

55 Z. Skrzypczak, *Skala obciążeń polskiego społeczeństwa*

3.2.3. Zasoby kadrowe

Pracownicy ochrony zdrowia to bardzo liczna i zróżnicowana grupa zawodowa, obejmująca zarówno osoby wykonujące zawody medyczne, jak i inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia. Spośród kilkudziesięciu zawodów medycznych[56] tylko kilka ma uregulowane ustawowo kwalifikacje, uprawnienia zawodowe, zasady doskonalenia zawodowego i odpowiedzialności zawodowej (lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, farmaceuta, diagnosta laboratoryjny oraz częściowo ratownik medyczny).[57] W systemie opieki zdrowotnej zatrudnione są także osoby w zawodach, które nie są związane bezpośrednio z wykonywaniem czynności medycznych, ale mają istotne znaczenie, gdy chodzi o zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego. Poziom wykształcenia oraz liczebność kadr medycznych ma fundamentalne znaczenie dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. W interesie państwa jest zorganizowanie systemu kształcenia w sposób zapewniający wyspecjalizowane kadry medyczne w liczbie umożliwiającej szybki i skuteczny dostęp do profesjonalnie udzielanych świadczeń zdrowotnych całej populacji, bez względu na miejsce zamieszkania danej osoby oraz rodzaj schorzenia, na które cierpi.

Profil i natężenie procesu kształcenia kadr medycznych powinny być ściśle związane z zapotrzebowaniem na kadry konkretnej specjalności, wynikającym z trendów epidemiologicznych i demograficznych występujących w Polsce.

Głównym problemem obserwowanym od kilku lat w ochronie zdrowia są niedostateczne zasoby kadrowe, szczególnie wśród specjalistów. Wskaźnik liczby lekarzy na 1000 mieszkańców jest w Polsce niższy niż w większości krajów zachodnioeuropejskich. W 2009 r. wskaźnik lekarzy wyniósł 2,2 i był znacznie niższy niż średnie wskaźniki dla państw UE15, a także UE12, które wyniosły odpowiednio 3,5 i 2,7. W przypadku pielęgniarek wskaźnik wyniósł 5,2, podczas gdy średnie wskaźniki dla UE15 i UE12 wyniosły odpowiednio 6,0 (2009 r.) i 9,1 (2008 r.).

Problemy kadrowe spowodowane są również nierównomiernym rozmieszczeniem kadr medycznych pod względem geograficznym. Największa koncentracja lekarzy obserwowana jest w regionach, w których znajdują się uczelnie i wysokospecjalistyczne ośrodki medyczne. Dostęp do wykwalifikowanej kadry medycznej ma szczególne znaczenie w obliczu zjawiska starzejącego się społeczeństwa oraz nierówności w dostępie do usług zdrowotnych, zarówno w kontekście geograficznym jak i socjoekonomicznym. Dodatkowym czynnikiem warunkującym niedostateczną wielkość personelu medycznego jest zjawisko emigracji. W Polsce problem ten był szczególnie istotny po 2004 r., bezpośrednio po rozszerzeniu UE. Obecnie wpływ mobilności zawodowej pracowników ochrony zdrowia, choć nadal istotny, przestaje być głównym czynnikiem powodującym niedobory kadrowe w tym sektorze.[58] **Braki kadrowe w obszarze ochrony zdrowia w Polsce spowodowane są także dynamicznym wzrostem średniej wieku profesjonalistów medycznych i ich przechodzeniem na emeryturę oraz niedostatecznym**

wydatkami na ochronę zdrowia, [w:] „Zdrowie Publiczne" 2010, nr 120, s. 107–111.

56 Lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, farmaceuta, diagnosta laboratoryjny, opiekun medyczny, fizjoterapeuta, dietetyk, asystentka dentystyczna, higienistka dentystyczna, instruktor terapii uzależnień, logopeda, masażysta, opiekunka dziecięca, ortoptystka, protetyk słuchu, ratownik medyczny, specjalista psychoterapii uzależnień, specjalista terapii uzależnień, technik analityki medycznej, technik dentystyczny, technik elektroradiolog, technik farmaceutyczny, technik optyk, technik ortopeda, terapeuta zajęciowy.

57 *Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz.U. 2011, nr 277, poz.1634 z późn. zm.), *Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039 z późn. zm.), *Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz.U. 2006, nr 191, poz.1410 z późn. zm.), *Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich* (Dz.U. 2008, nr 136, poz. 865 z późn. zm.), *Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej* (Dz.U. 2004, nr 144, poz. 1529 z późn. zm.).

58 M. Wismar, C.B. Maier, I.A. Glinos, G. Dussault, J. Figueras, *Health Professional Mobility and Health Systems Evidence from 17 European Countries*, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, s. 419.

przyrostem liczby nowych osób. Analiza struktury wieku wśród lekarzy poszczególnych specjalności wykazała, że w 13 dziedzinach medycyny ponad 25% specjalistów ukończyło 70. rok życia, a w 10 dziedzinach około 13% specjalistów jest w wieku 61–65 lat, natomiast w 18 dziedzinach ponad 50% lekarzy przekroczyło 56. rok życia. Problem starzenia się kadr medycznych dotyczy również pielęgniarek i położnych. Ministerstwo Zdrowia (MZ) podjęło wiele zmian w systemie kształcenia kadr medycznych, w celu zahamowania niekorzystnych trendów. Kształcenie kadr medycznych realizowane jest na dwóch poziomach – przeddyplomowym i podyplomowym:

Kształcenie przeddyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów

Studia stacjonarne na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym są finansowane z budżetu państwa. Kończą się uzyskaniem odpowiednio dyplomu lekarza i lekarza dentysty. Wszyscy absolwenci medycyny zobowiązani są do odbycia stażu podyplomowego w jednym z akredytowanych szpitali. Staż dla absolwentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego kończy się lekarskim egzaminem końcowym (LEK) lub lekarsko-dentystycznym egzaminem końcowym (L-DEK). Studenci, którzy zdali LEK lub L-DEK, mogą ubiegać się o prawo do wykonywania zawodu oraz wpis do rejestru lekarzy i lekarzy dentystów. W roku 2011 zmieniono dotychczasowy system kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów, stawiając na zdobycie umiejętności praktycznych już na ostatnich latach studiów. Studenci, którzy rozpoczęli studia 1 października 2012 roku, będą już kształceni według nowego systemu.

Kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów

Ustawa z 28 kwietnia 2011 r. o zmianie Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty[59] umożliwiła wdrożenie nowych rozwiązań dotyczących specjalizacji między innymi w celu skrócenia czasu niezbędnego do uzyskania w Polsce tytułu specjalisty. Absolwenci, którzy uzyskali prawo wykonywania zawodu, mogą ubiegać się o przystąpienie do podyplomowego kształcenia specjalizacyjnego w wybranej dziedzinie. Możliwość rozpoczęcia specjalizacji zależy od dostępności wolnych miejsc szkoleniowych. Wspomniana zmiana z roku 2011, dotycząca kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów, zastąpiła system podstawowych i szczegółowych specjalizacji systemem modułowym. Szkolenie specjalistyczne w określonej dziedzinie medycyny składa się z modułu podstawowego, obejmującego podstawową wiedzę teoretyczną i praktyczne umiejętności w danej dziedzinie specjalności medycznej i modułu specjalistycznego, różniącego się w zależności od wybranego obszaru specjalizacji. Dostępny jest także moduł ujednolicony, który łączy szkolenie podstawowe i specjalizacyjne. Zmiana ta spowoduje istotne skrócenie czasu niezbędnego do uzyskania tytułu specjalisty, co jest szczególnie ważne w przypadku wąskich specjalności, typu gastroenterologia czy pulmonologia, które w poprzednio obowiązującym systemie wymagały uzyskania tytułu specjalisty w podstawowych dziedzinach medycyny, np. chorób wewnętrznych czy chirurgii ogólnej.

Kształcenie przeddyplomowe pielęgniarek i położnych

Pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej, a położna po ukończeniu szkoły położnych. Studia pierwszego stopnia trwają co najmniej trzy lata i mogą być prowadzone wyłącznie w formie stacjonarnej

Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

Pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych. Pielęgniarki i położne mogą odbywać szkolenie w następujących formach:

- **szkolenie specjalizacyjne – specjalizacja;**
- **kurs kwalifikacyjny;**
- **kurs specjalistyczny;**
- **kurs dokształcający.**

Specjalizacja ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną specjalistycznej wiedzy i umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie

59 DzU nr 113 poz. 658.

zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie. Kurs kwalifikacyjny ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Kurs specjalistyczny ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych.

Kształcenie przeddyplomowe fizjoterapeutów

Kształcenie fizjoterapeutów prowadzone jest na studiach pierwszego i drugiego stopnia na kierunku fizjoterapia. Kształcenie to realizowane jest na podstawie opracowanych przez uczelnie wyższe plany studiów i programy.

Kształcenie podyplomowe fizjoterapeutów

Osoby posiadające tytuł magistra na kierunku fizjoterapia lub rehabilitacja ruchowa mogą realizować specjalizację w dziedzinie fizjoterapii. Specjalizacja jest jednostopniowa, trwa cztery lata.

Diagności laboratoryjni

Diagności laboratoryjni są grupą zawodową, działającą na podstawie przepisów Ustawy z 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej. Mają obowiązek do pogłębiania oraz aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych, w tym do uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (w zakresie diagnostyki laboratoryjnej istnieje 13 dziedzin specjalizacji, w tym pięć priorytetowych). Doskonalenie zawodowe jest realizowane ze środków własnych diagnostów. Zgodnie z obowiązującymi przepisami od 1 stycznia 2013 r. kierownikiem laboratorium może być wyłącznie osoba, która posiada tytuł specjalisty zgodny z profilem laboratorium, wobec tego istnieje zagrożenie prawidłowej realizacji zadań laboratoriów. Zgodnie z danymi Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych w Polsce zarejestrowanych jest 2716 laboratoriów (stan na luty 2014 r.), podczas gdy tytuł specjalisty posiada 2687 diagnostów laboratoryjnych. Wobec powyższego kwestia wsparcia kształcenia specjalizacyjnego diagnostów laboratoryjnych nabiera szczególnego znaczenia. Odpowiedni poziom kształcenia diagnostów laboratoryjnych nie pozostaje bez znaczenia w kontekście działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej, w szczególności związanych z chorobami cywilizacyjnymi.

Farmaceuci

Zgodnie z *Ustawą z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne*[60] farmaceuta zobowiązany jest do podnoszenia kwalifikacji zawodowych poprzez uczestnictwo w szkoleniach celem aktualizacji posiadanego zasobu wiedzy oraz stałego dokształcania się w zakresie nowych osiągnięć nauk farmaceutycznych. Farmaceuci to grupy zawodowa licząca ponad 27 tys. osób. Usługi świadczone przez farmaceutów służą zachowaniu zdrowia, jego ratowaniu, przywracaniu lub poprawie. Ma to szczególne znaczenie w kontekście chorób cywilizacyjnych (m.in. chorób krążenia, układu oddechowego czy chorób nowotworowych). Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że farmacja należy do jednych z najbardziej innowacyjnych obszarów rynku medycznego, co wymaga wsparcia kształcenia ustawicznego tej grupy zawodowej. Wykaz specjalności farmaceutycznych określa *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15 maja 2003 r. w sprawie specjalizacji oraz uzyskiwania tytułu specjalisty przez farmaceutów.*[61] Specjalizacje w ramach kształcenia podyplomowego prowadzą wydziały albo inne jednostki organizacyjne szkół wyższych, które prowadzą studia na kierunku farmacja, po uzyskaniu akredytacji udzielonej przez Ministra Zdrowia[62].

60 Dz.U. 2008, nr 45, poz. 271 z późn. zm.

61 Dz.U. nr 101, poz. 94 z późn. zm.

62 Szczególnie istotne dla poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (w kontekście istotnych przemian demograficznych i epidemiologicznych) wydają się być następujące dziedziny:
farmacja kliniczna – po ukończeniu przedmiotowej specjalizacji farmaceuta wykazuje się znajomością zagadnień z zakresu nauk farmaceutycznych związanych ze współczesnymi problemami opieki zdrowotnej, a w szczególności dotyczącymi postępów z zakresu farmakoterapii wybranych chorób, w tym m.in. chorób cywilizacyjnych, a

Ratownicy medyczni, dyspozytorzy medyczni, piloci Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (LPR)

Obowiązek doskonalenia zawodowego powyższych grup zawodowych wynika z przepisów *Ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.* Doskonalenie zawodowe ratowników i dyspozytorów medycznych jest realizowane w formie kursów doskonalących i seminariów. Są one odpłatne, co zostało zidentyfikowane jako istotna bariera w podnoszeniu kwalifikacji i rozwoju zawodowym. Potrzeba wsparcia ww. doskonalenia zawodowego wynika z konieczności zapewnienia wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej z zakresu medycyny ratunkowej. Jest to szczególnie ważne, z uwagi na aktualną sytuację demograficzną oraz fakt, że wskutek stałego rozwoju cywilizacyjnego oraz postępującego uprzemysłowienia i urbanizacji gwałtownie wzrasta liczba czynników powodujących bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia ludzkiego. Największą grupę stanowią zagrożenia związane z chorobami cywilizacyjnymi, przede wszystkim chorobami układu oddechowego i układu krążenia. Dodatkowy problem stanowi fakt, że są to w dużej części przypadki niespodziewane, wymagające natychmiastowego podjęcia działań, od czego zależy zdrowie i życie pacjenta. Poprawa jakości funkcjonowania ratownictwa medycznego wymaga również wsparcia kształcenia pilotów LPR. Obecnie jednym z głównych problemów sygnalizowanych przez LPR jest brak pilotów spełniających wymagania konieczne do pracy na stanowisku dowódcy śmigłowca typu HEMS *(Helicopter Emergency Medical Service).* Dotychczas zapotrzebowanie w tym zakresie zaspakajali, posiadający odpowiednią liczbę godzin tzw. nalotu, byli piloci wojska, Policji i Straży Granicznej, którzy podejmowali zatrudnienie w LPR po przejściu na emeryturę i uzyskaniu licencji cywilnej. W związku z podwyższeniem wieku emerytalnego prognozuje się, że udział tej grupy pilotów w LPR będzie się sukcesywnie zmniejszał.

3.2.4. Zasoby infrastrukturalne

Jednym z najważniejszych elementów systemu, wpływających na jakość i dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, jest stan oraz liczba infrastruktury ochrony zdrowia.

Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna, stanowiąca pierwsze ogniwo w dotarciu pacjenta do systemu zdrowotnego, reprezentuje najliczniejszą w całym systemie grupę świadczeniodawców. W 2012 r. NFZ zawarł kontrakty na realizację świadczeń POZ z 6119 świadczeniodawcami (w 2011 r. z 5936), którzy udzielali tych świadczeń w 9697 lokalizacjach. Średnia liczba świadczeniobiorców na jedno miejsce udzielania świadczeń POZ była zróżnicowana: od 2451 pacjentów w województwie dolnośląskim do 6526 pacjentów w województwie pomorskim. Struktura świadczeniodawców POZ w 2012 r. przedstawiała się następująco: niepubliczne podmioty lecznicze[63] – 4966, publiczne podmioty lecznicze – 823, indywidualne praktyki lekarskie – 290, grupowe praktyki lekarskie – 40.[64] Liczebna dominacja podmiotów niepublicznych wynika m.in. z braku potrzeby znaczących nakładów inwestycyjnych w podjęciu tej działalności, a zatem stosunkowo niskich barier wejścia na rynek. Nie oznacza to

także tolerancji na leki, lekozależności, działań niepożądanych i toksycznych leków, a szczególnie alergii na leki, działania rakotwórczego i działania mutagennego leków;
farmacja szpitalna – po ukończeniu przedmiotowej specjalizacji farmaceuta wykazuje się znajomością zagadnień z zakresu nauk związanych ze współczesnymi problemami opieki zdrowotnej, a w szczególności umiejętnością sporządzania leków recepturowych i zasad wdrażania opieki farmaceutycznej i sposobów jej realizacji w aptece szpitalnej;
farmakologia – po ukończeniu przedmiotowej specjalizacji farmaceuta wykazuje się znajomością zagadnień związanych z farmakologią kliniczną i doświadczalną, a w szczególności znajomością mechanizmów działania leków, wpływu stanu fizjologicznego organizmu na działanie leków oraz znajomością zagadnień tolerancji na leki, lekozależności, działań niepożądanych i toksycznych;
farmacja apteczna – po ukończeniu przedmiotowej specjalizacji farmaceuta wykazuje się znajomością zagadnień w zakresie najnowszych osiągnięć nauk farmaceutycznych, pogłębia wiedzę w zakresie prowadzenia szeroko rozumianej opieki farmaceutycznej, a także pogłębia wiedzę i umiejętności w zakresie sporządzania leków recepturowych i biofarmaceutycznych aspektów podawania leków.

63 Dawne Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej.

64 Dane Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia – na podstawie danych z oddziałów wojewódzkich NFZ (stan na 3 marca 2012 r.)

jednak braku obowiązywania standardów w zakresie infrastruktury POZ. Wymagania dotyczące sprzętu i wyposażenia świadczeniodawcy POZ określone zostały w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej*.[65] Należy przy tym podkreślić, że w raportach ośrodków zewnętrznych dobry standard wyposażenia, obok m.in. powszechnej dostępności świadczeń POZ, wolnego wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ oraz komputeryzacji struktur (do celów administracyjnych), zaliczany jest do silnych stron POZ w Polsce.[66] Z danych statystycznych wynika, że podstawowa infrastruktura systemu ochrony zdrowia w Polsce, w przeciwieństwie do świadczeń opieki zdrowotnej związanych z nowoczesnym i kapitałochłonnym sposobem ich udzielania (np. kardiologia inwazyjna, radioterapia), rozlokowana jest raczej równomiernie, choć liczba placówek w aglomeracjach miejskich jest wyższa niż w rejonach mało zurbanizowanych. Te różnice są w pewnym stopniu usprawiedliwiane tym, że z usług zdrowotnych oferowanych przez aglomeracje i miasta korzystają także mieszkańcy sąsiadujących z nimi małych miejscowości.[67] Powszechną dostępność do świadczeń POZ potwierdzają także badania opinii publicznej. W badaniu przeprowadzonym przez Centrum Badania Opinii Społecznej zdecydowana większość respondentów nie dostrzegła problemów z dostępnością świadczeń lekarzy pierwszego kontaktu (73% opinii pozytywnych).[68]

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Świadczenia AOS realizowane są zarówno przez podmioty lecznicze, jak i praktyki lekarskie. Liczba świadczeniodawców i świadczeń AOS ma tendencję wzrostową, począwszy od 2000 roku. Specjalistyczne porady lekarskie stanowią 76%, a specjalistyczne konsultacje stomatologiczne pozostałe 24% wszystkich porad w AOS.[69] W końcu 2011 roku w ramach AOS funkcjonowało ogółem 19 100 świadczeniodawców (o 2 543 więcej niż w roku 2010), z czego 14,4% stanowiły podmioty publiczne, a 85,6% niepubliczne. Rozmieszczenie geograficzne świadczeniodawców AOS, w tym praktyk lekarskich, znacząco różni się pomiędzy obszarami miejskimi i wiejskimi oraz poszczególnymi województwami. Największa liczba mieszkańców na jednostkę organizacyjną (2520–2630 w obszarach miejskich i 4310–4750 na obszarach wiejskich) przypada w województwach kujawsko-pomorskim, pomorskim i zachodniopomorskim. Wymogi dotyczące sprzętu i wyposażenia świadczeniodawców AOS zostały określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.[70]

Stacjonarna opieka zdrowotna[71]

Wymogi dotyczące sprzętu i wyposażenia świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne zostały określone w *Rozpo-*

65 DzU z 2013 r., poz. 1248. Zgodnie z załącznikiem nr 1 część V do tego aktu do wymaganego sprzętu i wyposażenia zalicza się: aparat EKG, zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, pozostałe wyposażenie niezbędne do udzielania świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (zestaw przeciwwstrząsowy, stół do badania niemowląt, waga medyczna dla niemowląt, waga medyczna ze wzrostomierzem, tablice do badania ostrości wzroku, sprzęt i pomoce do przeprowadzenia testów przesiewowych dzieci i młodzieży, podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych, zestaw do wykonywania zabiegów i opatrunków, aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych, glukometr, otoskop, lodówka, kozetka lekarska, stolik zabiegowy, szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych, telefon.

66 Por. J. Baranowski, A. Windak, *Optymalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej,* Program „Sprawne Państwo", Ernst & Young, Warszawa 2012, s. 26.

67 A. Kozierkiewicz, *Restrukturyzacja zakładów opieki zdrowotnej w Polsce*, dokument opracowany jako materiał szkoleniowy w ramach projektu *Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ*, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Działanie 2.3. Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, Poddziałanie 2.3.3. Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia.

68 Centrum Badania Opinii Społecznej, O*pinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej,* marzec 2012 r. s. 2.

69 S. Golinowska (red.), *op.cit.*, s. 149.

70 DzU z 2013 r., poz. 1413.

71 Opis sporządzony głównie na podstawie Analizy porównawczą dynamiki, op.cit.

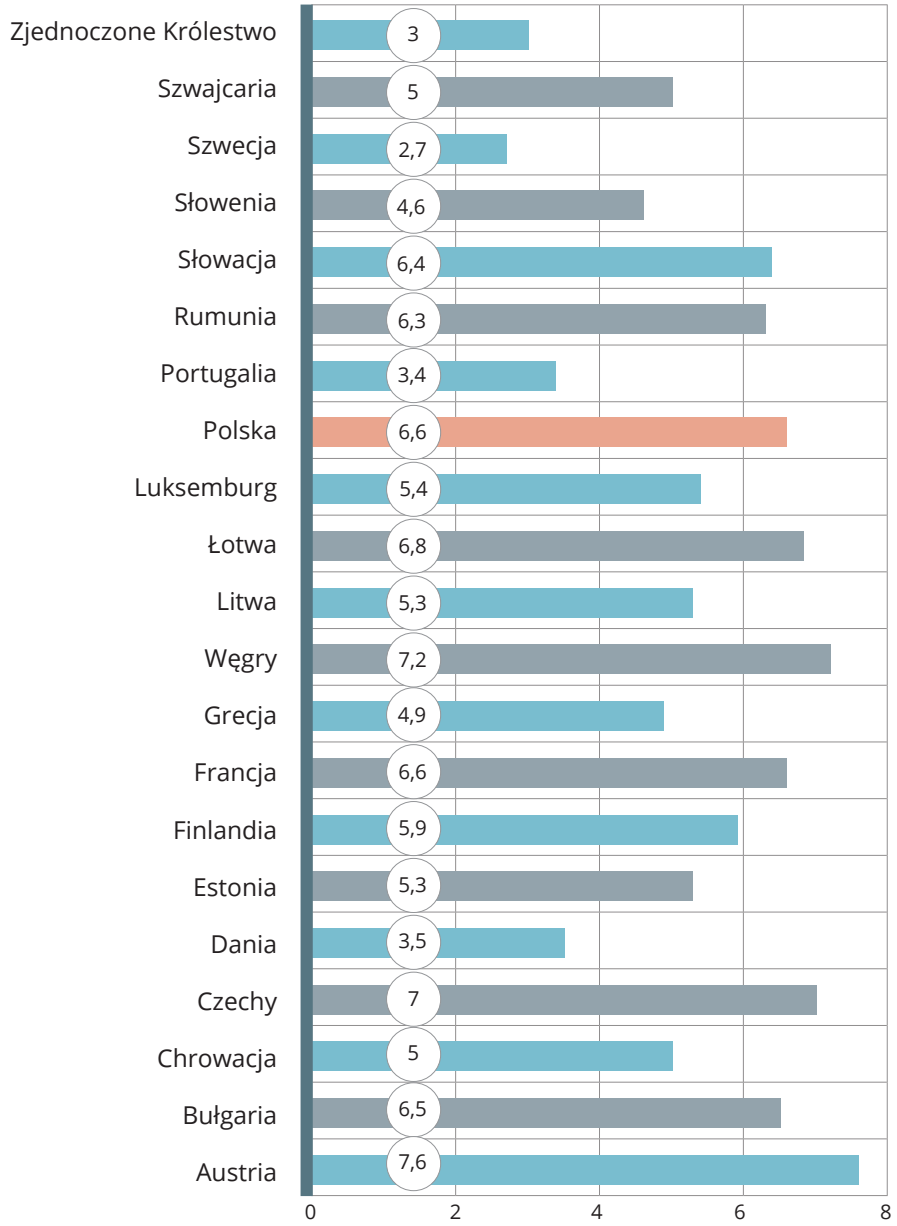
rządzeniu Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.[72]

1. Poziom centralny

Infrastruktura stacjonarnej opieki zdrowotnej[73] w Polsce obejmowała w 2009 r. 806 szpitali, z tego 228 niepublicznych. W 2010 r. liczba szpitali wynosiła 846, z tego 286 miało status niepublicznych. W 2011 r. powyższe liczby wynosiły odpowiednio 878 oraz 313. Liczba łóżek ogółem wynosiła w 2009 r. 201 547, z tego 18 028 to łóżka w podmiotach niepublicznych. W 2010 r. funkcjonowały 199 072 łóżka, w tym 23 837 w niepublicznych. W 2011 r. liczba łóżek wzrosła do odpowiednio: 202 275 oraz 28 513. Wskaźniki statystyczne liczby łóżek na 10 tysięcy ludności wynosiły: w 2009 r. 48, w 2010 r. 47, w 2011 r. oraz 2012 r. 48.

72 DzU z 2013 r., poz. 1520.

73 Dane według sprawozdania MZ-29.



Wykres 2. Liczba łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców

Źródło: *Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.* (WHO Heath Data Base (2013 – data wydruku, dane pochodzą z 2010 r.).

Przedstawione dane dla Polski – 6,6 łóżka na 1000 mieszkańców w 2010 r. – różnią się od danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) – 47 na 10 tys. mieszkańców w 2010 r. W wyjaśnieniach WHO podano, że dane dotyczą: publicznych i prywatnych łóżek opieki stacjonarnej, szpitali ogólnych i specjalistycznych oraz centrów rehabilitacji, w przypadku wielu krajów zostały uwzględnione „ostre" i „przewlekłe" łóżka.[74] Analizując dane na temat leczenia szpitalnego, należy stwierdzić, że w badanym okresie wzrasta ogólna liczba szpitali, zwłaszcza niepublicznych. Spadkowi liczby łóżek w szpitalach publicznych towarzyszy stały ich wzrost w szpitalach niepublicznych, następuje również spadek liczby szpitali JST i stały spadek liczby łóżek w szpitalach psychiatrycznych. Ponadto wzrasta ogólna liczba leczonych, osiągając wartość 8156 hospitalizacji – czyli około 21,6% polskiej populacji. Wzrostowi liczby leczonych towarzyszy także nieznaczny wzrost wskaźnika leczonych na jedno łóżko i spadek wskaźników długości przeciętnego pobytu oraz procentowego wykorzystania łóżek szpitalnych. Analizując dane statystyczne i wskaźniki za 2012 rok, dotyczące szpitali ogólnych według oddziałów, należy stwierdzić, że największą liczbę łóżek stwierdzono w oddziałach chorób wewnętrznych – 25 933, chirurgii ogólnej – 21 178, ginekologii i położnictwa – 18 214 oraz rehabilitacji – 16 327, natomiast najmniej (poza oddziałami określonymi jako „inny" niż wymienione w tabeli, np. hematologii dziecięcej, nowotworów głowy i szyi itp.) w oddziałach toksykologicznych – 229, transplantologii – 467, chirurgii szczękowej – 534 oraz geriatrycznych – 672. Analogicznie najwyższe wskaźniki liczby łóżek w oddziałach na 10 tys. ludności zanotowano w oddziałach chorób wewnętrznych – 6,7, chirurgii ogólnej – 5,5, ginekologii i położnictwa – 4,7 oraz rehabilitacji – 4,2, najmniejsze w oddziałach: toksykologicznych, transplantologii i chirurgii szczękowej – po 0,1 w każdym z powyższych, oraz geriatrii – 0,2. Analizując liczby leczonych w trybie stacjonarnym według oddziałów, największe liczby leczonych odnotowano w oddziałach chorób wewnętrznych – 1 131 661, ginekologiczno-położniczych – 1 099 438, chirurgii ogólnej – 1 040 466, kardiologii – 559 401 oraz pediatrycznych – 445 800 i chirurgii urazowo-ortopedycznej – 450 333, natomiast najmniej leczono pacjentów w oddziałach (poza „innymi") toksykologii – 10 849, dla przewlekle chorych – 14 874 i geriatrycznych – 16 701. Analogicznie najwyższe wskaźniki liczby leczonych na 10 tys. ludności odnotowano w oddziałach chorób wewnętrznych – 293,7, ginekologiczno-położniczych – 285,3, chirurgii ogólnej – 270,0 oraz kardiologii – 145,2, natomiast najniższe wskaźniki stwierdzono w oddziałach toksykologii – 2,8, dla przewlekle chorych – 3,9 i odwykowych – 4,5.

2. Poziom regionalny (wojewódzki)

W odniesieniu do danych statystycznych wojewódzkich największa liczba szpitali znajduje się w województwach śląskim – 132 i mazowieckim – 113, z

74 Gromadzone w polskim systemie statystyki publicznej dane dotyczące opieki stacjonarnej nie zawsze są możliwe do porównania ze statystykami międzynarodowymi WHO, Banku Światowego czy OECD; mogą w tym zakresie występować dość znaczne różnice dotyczące m.in.: liczby szpitali opieki krótkoterminowej, szpitali „ostrodyżurowych", liczby łóżek „ostrych" i „przewlekłych", podziału na publiczne i niepubliczne (z których część może spełniać kryteria szpitala prywatnego, a część funkcjonować jako spółka prawa handlowego ze 100% udziałem publicznego podmiotu tworzącego) itp. Z tego powodu prezentowane zestawienia tabelaryczne zachowały układy danych CSIOZ oraz stosowane dotychczas zasady ich gromadzenia i funkcjonalne podziały. Polskie dane statystyczne są również nie w pełni kompatybilne z danymi większości państw UE. W wielu z nich liczba szpitali dookreślona jest nazwami rodzajowym, np. „szpital ogólny" *(general hospital),* w założeniach strukturalnych zwykle zawierający cztery podstawowe specjalności medyczne: internę, chirurgię, pediatrię i ginekologię z położnictwem oraz intensywną terapię, co nie jest zgodne z polską statystyczną definicją szpitala ogólnego, do której zaliczamy wszystkie szpitale od powiatowego, miejskiego, wojewódzkiego, klinicznego do instytutowego,
z wyjątkiem szpitala psychiatrycznego. Podobnie w zakresie liczby łóżek szpitalnych statystyki większości krajów unijnych wyróżniają *acute beds*, czyli „ostre łóżka", w dodatku w *short term hospitals,* czyli szpitalach krótkiego pobytu, podczas gdy w naszych zestawieniach dane odnosić się będą do szpitali ogólnych, w tym niepublicznych i liczby łóżek ogółem. Podobna sytuacja jest w przypadku stacjonarnej opieki długoterminowej; w polskim systemie występują zakłady opieki długoterminowej, takie jak np. hospicja stacjonarne, ZOL, ZPO itp., a w innych państwach unijnych jednostki typu *long term care*, czyli opieki długoterminowej, czy *etablissements medico-socio*, czyli zakłady medyczno-socjalne, *nursing home* zwyczajowo nazywane „szpitalami pielęgniarskimi" itp., w których liczba łóżek i zakres świadczeń są dość trudne do porównania. Dla potrzeb analizy zdecydowano więc jedynie na dokonanie porównań liczby łóżek opieki stacjonarnej w rozumieniu „szpitalnych".

liczbą łóżek odpowiednio 25 869 i 25 246, najmniej szpitali znajduje się w województwach lubuskim – 24 i opolskim – 26, z liczbą łóżek odpowiednio 4466 i 4613. Najwyższe wskaźniki średniej liczby łóżek na 10 tys. ludności wynosiły 56 w województwie śląskim, 53,7 – lubelskim i 51,2 – łódzkim, a najniższe: 39,1 w województwie pomorskim, 43,6 w lubuskim i 43,7 w warmińsko-mazurskim. Największe liczby leczonych stwierdzono w województwach mazowieckim – 1 250 547, śląskim – 948 346 i małopolskim – 794 554, najmniej pacjentów leczono w województwach opolskim – 183 264, lubuskim – 192 745 i podlaskim – 247 838.

Na potrzeby niniejszej analizy, po przedstawieniu ogólnych danych i informacji statystycznych opieki stacjonarnej, zdecydowano o dodatkowym opisaniu leczenia szpitalnego w trybie dziennym, stacjonarnej opieki długoterminowej i działalności szpitali ponadregionalnych:

1. Leczenie szpitalne w trybie dziennym

NFZ kontraktuje hospitalizacje jednodniowe zarówno w zakresie diagnostyki, jak również zabiegowych specjalności medycznych. Hospitalizacje jednodniowe wykonują podmioty publiczne i niepubliczne. W statystyce publicznej obserwujemy zmienną działalność w ostatnim okresie, wyrażoną znacznym spadkiem liczby leczonych. Analizując dane dotyczące liczby miejsc (łóżek) i leczonych w szpitalach ogólnych w trybie dziennym w układzie województw, należy stwierdzić, że największa liczbę miejsc wykazały w 2012 r. województwa śląskie – 496, mazowieckie – 270 i podlaskie – 202, a najmniejszą (poza województwem świętokrzyskim, które nie wykazało takich miejsc w ogóle) województwa: lubuskie – 8, łódzkie – 25 i podkarpackie – 30. W odniesieniu do liczby leczonych w trybie dziennym najwięcej pacjentów odnotowano w województwach dolnośląskim – 219 545, mazowieckim – 150 672 i wielkopolskim – 110 225, najmniej (poza świętokrzyskim) w województwach: lubuskim – 374, łódzkim – 3163 i opolskim – 6939. Analizując dane dotyczące pacjentów leczonych w trybie dziennym w poszczególnych oddziałach w 2012 roku, należy stwierdzić, że największą liczbę leczonych odnotowano w oddziałach ratunkowych – 462 874, onkologicznych – 129 238, chirurgii ogólnej – 49 193 oraz hematologii – 30 093, natomiast w oddziałach odwykowych i toksykologii nie hospitalizowano w ogóle pacjentów w tym trybie, a najmniej pacjentów leczono w oddziałach geriatrycznym – 15, dla przewlekle chorych – 26 oraz kardiochirurgii – 57.

2. Stacjonarna opieka zdrowotna długoterminowa

Pomimo niepokojących trendów demograficznych i epidemiologicznych wskazujących na rosnące liczby ludności w wieku poprodukcyjnym (w grupach 65 lat i więcej oraz 70 lat i 80 lat) nie można zaobserwować wystarczająco proporcjonalnych zmian organizacyjnych i strukturalnych szpitali, dostosowujących jednostki do tych prognoz. Jednakże w opiece długoterminowej w analizowanym okresie wzrastała zarówno liczba miejsc stacjonarnych i dziennych, jak i liczba pacjentów. Wymogi dotyczące sprzętu i wyposażenia świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki długoterminowej zostały określone w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.*[75] W analizowanym okresie wzrastała liczba miejsc stacjonarnych opieki długoterminowej od 19 709 do 29 248, a także miejsc dziennych ze 105 do 252, największy wzrost odnotowano w ZOL z 14 122 miejsc do 16 069, następnie w ZPO: od 4 656 miejsc do 6 360, oraz w hospicjach stacjonarnych: od 931 miejsc do 1 389. Równolegle ze wzrostem liczby miejsc stwierdzono również wzrost liczby pacjentów długoterminowej opieki stacjonarnej z 58 494 do 76 420, z największymi liczbami pacjentów w ZOL: od 33 043 do 36 419, w ZPO: od 11 310 pacjentów do 14 490, a także w ZOL psychiatrycznych: od 5105 do 6 540. Podobnie wzrosła liczba leczonych w hospicjach stacjonarnych od 14 141 do 18 466. Analogicznie w analizowanym okresie wzrastała liczba leczonych w jednostkach opieki domowej od 4274 pacjentów do 5391, w tym największy wzrost odnotowano w zakładach opieki domowej: od 2375 pacjentów do 5391, a także w hospicjach stacjonarnych: od 1737 pacjentów do 3121. Wzrastała również liczba pacjentów opieki dziennej organizowanej w jed-

75 Dz U z 2013 r., poz. 1480.

nostkach opieki długoterminowej: od 120 do 518, w tym głównie w ZOL: od 190 pacjentów do 461. Te tendencje wzrostowe z pewnością pozwalają na odnotowanie prób dostosowania bazy opieki stacjonarnej do zmian demograficznych, choć wydaje się, że dynamika nie jest zadowalająca.

Działalność szpitali ponadregionalnych

Ze względu na charakter wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 5. pkt 39. *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, takich jak wymóg wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy oraz zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczeń, ten rodzaj działalności leczniczej skupia się przede wszystkim w szpitalach klinicznych i instytutach badawczych. Ponadto, zgodnie z art. 89. ust. 1. Ustawy o działalności leczniczej, podmiot leczniczy utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną wykonuje działalność leczniczą polegającą nie tylko na udzielaniu wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, ale również na wykonywaniu zadań dydaktycznych i badawczych oraz kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem powyższych świadczeń i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Powyższe aspekty działalności tych jednostek świadczą o ich specyfice i uzasadniają ich wyodrębnienie z grupy wszystkich podmiotów leczniczych:

- **szpitale, dla których organem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia;**
- **szpitale, dla których organem tworzącym jest inny minister albo centralny organ administracji rządowej;**
- **szpitale, dla których organem tworzącym jest publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych albo Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.**

Tabela 1. Szpitale ponadregionalne w latach 2009–2011

Szpitale ogólne według rodzajów (organów założycielskich)	2009		2010		2011	
	liczba	łóżka	liczba	łóżka	liczba	łóżka
Szpitale utworzone przez ministrów i organ administracji [76]	16	5 428	17	5 404	34	9 322
Szpitale utworzone przez publiczne uczelnie medyczne	41	20 715	42	20 396	43	20 126

Źródło: *Opracowanie własne*

76 Szpitale oznaczone następującymi kodami resortowymi: 11, 12, 19 zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz U z 2012 r., poz. 594.).

Ponadto w 2011 r. funkcjonowało 28 szpitali utworzonych przez ministra właściwego ds. wewnętrznych. W analizowanym okresie lat 2009–2011 w szpitalach ponadregionalnych nieznacznie wzrosła liczba łóżek (z 25 170 do 25 540) oraz liczba leczonych stacjonarnie (z 1 314 077 do 1 358 302). Podobnie wzrosła liczba miejsc hospitalizacji w trybie dziennym (z 814 do 1 110), a także liczba leczonych (z 241 141 do 285 082). W odniesieniu do działalności szpitali ponadregionalnych w latach 2009–2011 największe, choć zmienne, liczby łóżek w stacjonarnej opiece zdrowotnej odnotowano w województwach mazowieckim: od 5779 do 5925, śląskim: od 3364 do 3342, małopolskim: od 2437 do 2 432, oraz w łódzkim: od 2423 do 2486, najmniejsze w podlaskim: od 1051 do 1080, pomorskim: od 1255 do 1 168, oraz w zachodniopomorskim: od 1249 do 1310. Analogicznie największe, choć także zmienne, liczby leczonych pacjentów w jednostkach, zaobserwowano w województwach mazowieckim: od 330 897 do 346 059, śląskim: od 141 877 do 129 221 i wielkopolskim: od 139 113 do 155 978, natomiast najmniejsze w województwach podlaskim: od 1514 do 1080, zachodniopomorskim: od 1249 do 1310 i pomorskim: od 1255 do
1168. Należy także zauważyć, że w 2011 roku odnotowano pierwszy raz dane dotyczące województwa warmińsko-mazurskiego, dane wynosiły: liczba łóżek – 150, liczba leczonych stacjonarnie – 4656. Analizując dane dotyczące liczby miejsc i liczby leczonych w trybie dziennym w szpitalach ponadregionalnych, największe liczby miejsc odnotowano w omawianym okresie w województwach mazowieckim: od 170 do 255, wielkopolskim – 120, podlaskim: od 85 do 98 i pomorskim: od 769 do 143, natomiast najmniejsze w województwach lubelskim – 11 i zachodniopomorskim: od 24 do 58. Analogicznie największe, choć zmienne, liczby leczonych stwierdzono w województwach mazowieckim: od 88 813 do 73 624, śląskim: od 38 049 do 49 581, pomorskim: od 35 168 do 35 547, natomiast najmniejsze odnotowano w województwach łódzkim: od 1931 do 2264, zachodniopomorskim: od 2093 do 5 597, i wielkopolskim: od 4316 do 4250. Analizując powyższe dane, należy zwrócić uwagę, że zarówno liczba łóżek, jak i leczonych stanowią wartości istotne w systemie stacjonarnej opieki zdrowotnej w Polsce. Według różnych ocen w zakresie wybranych świadczeń szpitale ponadregionalne realizują nawet od 30 do 50% hospitalizacji specjalistycznych i prawie wszystkie wysokospecjalistyczne.

Opieka psychiatryczna

Opieka psychiatryczna w Polsce realizowana jest przez zróżnicowane struktury organizacyjne opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej całodobowej podmiotów leczniczych publicznych i prywatnych. W opiece ambulatoryjnej wyróżnia się: poradnie zdrowia psychicznego, poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradnie odwykowe dla uzależnionych od alkoholu, poradnie odwykowe dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz poradnie psychologiczne. W 2010 roku funkcjonowało 1898 poradni psychiatrycznych – 1135 poradni zdrowia psychicznego, 175 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, 484 poradnie odwykowe dla uzależnionych od alkoholu, 104 poradnie odwykowe dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Ponadto w systemie funkcjonowało 271 poradni psychologicznych. Spośród funkcjonujących w 2010 roku 1898 poradni 61% stanowiły niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, 35% samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, 4% stanowiły indywidualne i grupowe praktyki lekarzy, pozostałe 0,3% korzystały z różnych innych form prowadzenia działalności leczniczej. Z kolei stacjonarna całodobowa opieka psychiatryczna realizowana jest przez zróżnicowane struktury i formy organizacyjne podmiotów leczniczych publicznych i niepublicznych. W całodobowej opiece psychiatrycznej wyróżnia się: szpitale psychiatryczne, Regionalne Ośrodki Polityki Społecznej (ROPS), szpitale ogólne z oddziałami psychiatrycznymi i leczenia uzależnień, ZOL, ZPO, ośrodki leczenia uzależnień i ośrodki (oddziały) rehabilitacyjne dla osób uzależnionych. W 2010 roku działało ogółem 314 zakładów – podmiotów leczniczych, w tym 49 szpitali psychiatrycznych, 4 ROPS, 114 szpitali ogólnych z oddziałami psychiatrycznymi i leczenia uzależnień, 48 jednostek ZOL i ZPO, 21 ośrodków leczenia uzależnień i 62 ośrodki (oddziały) rehabilitacyjne dla uzależnionych. Ogółem w 2010 roku we wszystkich jednostkach psychiatrycznej opieki całodobowej funkcjonowało 33 301 łóżek, co stanowiło wskaźnik 8,7 na 10 tys. ludności, z tego 31 980 łóżek psychiatrycznych, co stanowiło wskaźnik 8,4 na 10 tys. ludności. Liczba pobytów (osób

leczonych) w 2010 roku wyniosła 254 505. Analizując dane dotyczące psychiatrycznej stacjonarnej opieki całodobowej, należy stwierdzić, że w latach 2009–2010 liczby zakładów opieki psychiatrycznej, oddziałów i łóżek wykazywały wartości dość stabilne, niewielki wzrost odnotowano w liczbie łóżek w ZOL i ZPO oraz ośrodkach/oddziałach rehabilitacyjnych odwykowych w sektorze publicznym. Odnośnie do liczby zakładów opieki psychiatrycznej, łóżek i leczonych w układzie województw w latach 2009–2010 najwięcej jednostek i łóżek oraz leczonych odnotowano w województwie mazowieckim – 125 (rok 2009) i 132 (rok 2010) zakłady, 4404 i 4410 łóżek, 40 161 i 39 816 leczonych, najmniej natomiast stwierdzono w województwach: świętokrzyskim – 18 zakładów, 934 i 959 łóżek, 10 123 i 10 599 leczonych, podkarpackim – 27 i 28 zakładów, 1365 i 1346 łóżek, 14 438 i 13 579 leczonych, oraz opolskim – 25 i 26 zakładów, 1105 i 1140 łóżek, 9428 i 9506 leczonych. Należy zwrócić uwagę, że duże zróżnicowanie wykazują wskaźniki liczby łóżek psychiatrycznych w poszczególnych województwach, najwyższe wskaźniki odnotowano w województwach lubuskim – 17,9 na 10 tys. ludności, opolskim – 11,1, lubelskim – 10,4, natomiast najmniejsze wskaźniki stwierdzono w województwach małopolskim – 5,5, kujawsko-pomorskim – 6,4 i podkarpackim – 6,4.

Ratownictwo medyczne

Biorąc pod uwagę analizę trendów demograficznych (starzenie się społeczeństwa w Polsce) i epidemiologicznych (choroby układu krążenia i przyczyny zewnętrzne, w tym wypadki, jako jedne z najczęstszych powodów hospitalizacji i zgonów), należy wskazać, że istotnym narzędziem w radzeniu sobie z tymi wyzwaniami będzie dalsze wzmacnianie systemu PRM. Zarówno jeśli chodzi o pacjentów w podeszłym wieku, jak i cierpiących na choroby układu krążenia, stan ich zdrowia niejednokrotnie ulega gwałtownemu pogorszeniu. W takich przypadkach szybka reakcja i natychmiastowe udzielenie świadczeń decydują o możliwości zapobieżenia nie tylko poważnym skutkom zdrowotnym, ale przede wszystkim zgonom. Powyższe rozważania o wymogu jak najszybszego udzielania świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego odnoszą się, rzecz jasna, również do problemu wypadków i innych przyczyn zewnętrznych.

1. Zespoły Ratownictwa Medycznego (ZRM)

W 2012 r. w ramach ratownictwa medycznego pomoc w razie nagłego wypadku świadczyły 1493 zespoły ratownictwa medycznego (o 44 więcej niż rok wcześniej), w tym 879 (59%) zespołów podstawowych i 614 (41%) specjalistycznych. Wskaźnikiem ilustrującym dostępność świadczeń udzielanych przez system ratownictwa medycznego jest liczba zespołów przypadająca na 100 tys. ludności. W 2012 roku był on najwyższy w województwie warmińsko-mazurskim i wynosił 5,2, a najniższy w województwie wielkopolskim – 3,3.[77] Lotnicze ZRM funkcjonują w ramach SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. W strukturze SP ZOZ LPR funkcjonuje 17 regionalnych baz HEMS oraz jedna baza sezonowa, a także dwa zespoły transportowe EMS ***(Emergency Medical Service)***.

2. Szpitalne Oddziały Ratunkowe

Obecnie w Polsce, według danych z lutego 2013 r., zakontraktowanych jest 214 SOR. Docelowa liczba SOR w Polsce, opierając się na współczynniku jeden SOR na 150 tys. ludności, wynosi około 250. W przypadku braku SOR jego funkcję pełni szpitalna izba przyjęć, co wynika m.in. z braku spełniania przez oddział odpowiednich wymogów technicznych, sprzętowych itp.

3. Centra Urazowe (CU)

CU powinno zabezpieczać w zakresie świadczeń zdrowotnych populację nie mniejszą niż milion mieszkańców, zamieszkującą obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia do CU w ciągu 1,5 godziny, co oznacza, że w Polsce liczba CU powinna wzrosnąć. Obecnie w Polsce funkcjonuje 14 CU.

77 Na podstawie: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, GUS 2013, s. 102.

Aparatura medyczna[78]

Pomimo poprawy w zakresie wyposażenia w aparaturę medyczną stan nasycenia jest w stosunku do innych państw UE, USA czy Japonii nadal dalece mniejszy. Dotyczy to zwłaszcza nowoczesnego sprzętu wysokospecjalistycznego.

Zidentyfikowanym zjawiskiem jest również występowanie znaczących różnic w poziomie wyposażenia, i to zarówno pomiędzy poszczególnymi rodzajami szpitali jak i poszczególnymi województwami.

Wpływ aparatury medycznej w procesie diagnostyczno-leczniczym na stan zdrowia jednostki jest oczywisty. Istnieje ścisły związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zastosowaniem danego aparatu i wynikami odczytu a dalszym postępowaniem w stosunku do pacjenta i jego zdrowotnym efektem. Dotyczy to zarówno diagnostyki, jak i leczenia oraz rehabilitacji.
W procesie diagnostyczno-leczniczym zastosowanie aparatury medycznej jest jedynie jednym z jego ogniw, ale dość często decydującym o dalszych losach pacjenta. Niedostępność określonej aparatury wpływa niewątpliwie na opóźnienie rozpoznania lub w ogóle nierozpoznanie choroby, niesie następstwa dla dalszego leczenia i jego efektów a nawet grozi zgonem. Stąd obowiązująca w medycynie zasada jak najwcześniejszego zdiagnozowania choroby i wszczęcia leczenia w jej wczesnym stadium. Posiadanie na określonym terenie (dzielnica, gmina, powiat, województwo) odpowiednich aparatów diagnostycznych pozwala na tworzenie programów profilaktycznych, które mają decydujący wpływ na większą wykrywalność i dalsze leczenie. Wyniki badań mają znaczenie w ocenie stanu zdrowia badanej populacji i pozwalają na bardziej precyzyjne określenie potrzeb zdrowotnych i dostosowywanie infrastruktury systemu zdrowotnego. Odnosi się to aparatury i sprzętu medycznego, zarówno tego, który jest potrzebny do bardziej dokładnej diagnostyki, jak i urządzeń koniecznych do przeprowadzenia właściwego procesu leczniczego. Do pierwszych należą takie aparaty jak MRI, CT, UKG, RTG, USG, do drugich aparaty KTG, inkubatory, respiratory, pompy infuzyjne, kardiomonitory, akceleratory czy defibrylator, stoły operacyjne itp. Wynika z tego konieczność nasycenia tym sprzętem medycznym podmiotów leczniczych, by podmiot ów w optymalnym stopniu mógł służyć pacjentom w przypadku utraty zdrowia i zagrożenia życia. W badaniach efektów zastosowania aparatury medycznej w programach profilaktycznych i ich wpływu na obraz stanu zdrowia badanej populacji należy uwzględnić czynnik czasu. Ocena sytuacji zdrowotnej powodowana wykryciem odchyleń od prawidłowego stanu zdrowia może sprawić, że ten obraz pogorszy się. Nowo wykryte przypadki w statystyce medycznej wskażą na wzrost zachorowalności, jednak rozpoznawanie z następowym procesem leczniczym spowoduje lepsze wskaźniki stanu zdrowia i przeżywalności tych pacjentów w latach przyszłych. Stąd rozpatrywanie stanu zdrowia w kontekście zasobów aparatury medycznej i ich współzależności musi uwzględniać czynnik czasowy. Natomiast możliwość zastosowania aparatury w samym procesie leczniczym nie wymaga udowodnienia pozytywnego wpływu na zdrowie jednostki i całej zbiorowości.
Analiza informacji przekazanych przez wojewodów i władze uczelni oraz instytutów upoważnia do ostrożnego stwierdzenia, że nasycenie aparaturą medyczną podmiotów leczniczych w skali kraju stopniowo się poprawia, ale nadal utrzymuje się zróżnicowanie nie tylko między poszczególnymi szpitalami, ale również powiatami i województwami, przy czym niezależnie od rodzaju szpitali wynikających ze specjalizacji dotyczy to sprzętu podstawowego. Możliwe jest dokonanie porównania sytuacji w województwach w zakresie niektórych wysokospecjalistycznych aparatów w przeliczeniu według wskaźnika na 100 tys. mieszkańców. I tak np. wskaźnik ten w stosunku do tomografów komputerowych w szpitalach ogólnych w skali kraju w 2012 roku wynosił 1,1 przy dyspersji od 0,5 w województwie podlaskim do 1,3 w województwach mazowieckim, lubelskim i świętokrzyskim, a w zakresie rezonansu magne-

78 Opracowano na podstawie: *Analiza porównawcza..., op. cit.*

tycznego przy średniej krajowej 0,3 od 0,1 (województwo opolskie oraz warmińsko-mazurskie) do 0,5 (województwo pomorskie). Tomografu pozytronowego (PET/CT) w szpitalach ogólnych nie ma w Polsce siedem województw (dolnośląskie, lubuskie, opolskie, podkarpackie, podlaskie, warmińsko-mazurskie i zachodniopomorskie), gdy województwo łódzkie i śląskie mają po cztery aparaty. Jeśli chodzi o litotryptory, różnice te również są bardzo znaczące – wskaźnik krajowy w szpitalach ogólnych 0,4 (dyspersja 0,1 w województwie warmińsko-mazurskim, a 0,8 w województwie lubelskim i opolskim). W stosunku do innych aparatów te różnice są również wyraźne. Bardzo wyraźne różnice występują też między szpitalami instytutów, ale można je tłumaczyć specyfiką danego instytutu, liczbą łóżek i zadaniami statutowymi.

Wojewodowie zwracają uwagę na zjawisko starzenia się sprzętu i związane z tym jego zużycie, a w efekcie konieczność wymiany. Z ich oceny wynika, że najstarszym sprzętem, poza łóżkami szpitalnymi, są inkubatory, aparaty EKG, aparaty rentgenowskie, lampy operacyjne i stoły operacyjne, aparaty USG. Najstarsze z nich są użytkowane przez szpitale nierzadko przez kilkanaście, a nawet ponad 20 lat. Większość aparatury nie jest użytkowana dłużej niż 10 lat, przy czym można stwierdzić, że najstarszą aparaturę mają szpitale powiatowe. Aparatura oddziałów noworodkowych, niezależnie od tego, że jest niedostateczna, charakteryzuje się najdłuższym stażem użytkowania.
Celują w tym inkubatory (średni wiek około 20 lat), aparaty do kardiotokografii (KTG), ogrzewacze noworodków i sprzęt wspomagający oddychanie noworodków. Do najstarszego sprzętu endoskopowego należą kolposkopy. Ocenę zasobów aparaturowych w poszczególnych województwach umożliwia m. in. analiza porównawcza, jak też odniesienie do średniej krajowej mierzonej wskaźnikami na 100 tys. mieszkańców.[79] Co do zaopatrzenia w sprzęt medyczny podmiotów leczniczych można przyjąć, że do województw o najwyższym nasyceniu aparaturą należą województwa śląskie, mazowieckie i łódzkie. Grupę średnią stanowią województwa nieznacznie przekraczające średnią krajową. Są to województwa kujawsko-pomorskie, pomorskie, zachodniopomorskie, podkarpackie i małopolskie oraz, z nieco niższą od przeciętnej dla kraju, województwa lubelskie, lubuskie, dolnośląskie i podlaskie. Z kolei województwa o najniższych wskaźnikach to opolskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie i wielkopolskie.

Analiza zasobów aparatury i sprzętu medycznego ponadregionalnych i krajowych instytutów naukowo-badawczych[80], zajmujących się nie tylko badaniami naukowymi, ale również leczeniem pacjentów, przede wszystkim w trybie stacjonarnym, ale także w ambulatoryjnym, wykazuje duże zróżnicowanie. Wynika ono ze statutowych zadań instytutów, liczby łóżek oraz liczby leczonych, ale głównie z dziedziny medycyny, jaką reprezentują.
Wiek aparatury instytutowej jest młodszy niż sprzętu używanego w szpitalach ogólnych, zarządzanych przez JST. Większość aparatów została zakupiona w pierwszym dziesięcioleciu obecnego wieku, nieliczne tylko pochodzą z końca ubiegłego stulecia. Poniżej przedstawiono zasoby województw w wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną[81] w 2012 roku we wskaźnikach na 100 tys. mieszkańców:

79 Z uwagi na mnogość rodzajów aparatów dokonano ograniczenia do 11 wysokospecjalistycznych, a jednocześnie najbardziej nowoczesnych aparatów, w największym stopniu wpływających na jakość świadczeń diagnostycznych i leczniczych. Są to: analizator biochemiczny, gammakamera, rezonans magnetyczny, tomograf komputerowy, tomograf pozytronowy, echokardiograf, elektroencelograf, elektromiograf, litotryptor, akcelerator liniowy i aparat RTG z torem wizyjnym. Ich posiadanie i użytkowanie świadczy o postępie w opiece zdrowotnej.

80 Opracowano na podstawie analizy 80 rodzajów aparatów wymienionych w ankiecie przesłanej do dyrektorów instytutów przez MZ.

81 Dotyczy następujących aparatów: rezonans magnetyczny, tomograf komputerowy, tomograf pozytronowy, gammakamera, analizator biochemiczny, akcelerator liniowy, litotrypter, echokardiograf, elektroencefalograf, elektromiograf oraz aparat RTG z torem wizyjnym.

Zasoby województw w wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną w 2012 roku we wskaźnikach na 100 tys. mieszkańców:

1. Województwo śląskie	**16,9**
2. Województwo mazowieckie	**15,7**
3. Województwo łódzkie	**15,2**
4. Województwo kujawsko-pomorskie	**14,8**
5. Województwo pomorskie	**14,6**
6. Województwo zachodniopomorskie	**14,4**
7. Województwo podkarpackie	**14,2**
8. Województwo małopolskie	**14,1**
POLSKA	**14,0**
9. Województwo lubuskie	**13,8**
10. Województwo lubelskie	**13,5**
11. Województwo dolnośląskie	**13,3**
12. Województwo podlaskie	**13,1**
13. Województwo opolskie	**12,2**
14. Województwo świętokrzyskie	**12,0**
15. Województwo warmińsko-mazurskie	**11,1**
16. Województwo wielkopolskie	**10,9**

Wojewodowie na podstawie aktualnych zasobów aparatury w poszczególnych województwach, zapotrzebowania na świadczenia wynikające z zapadalności i chorobowości, a także sytuacji demograficznej populacji, jak również prognoz, zgłaszają najpilniejsze potrzeby na lata 2014–2020. Największy popyt ilościowy województwa zgłaszają, poza wymianą łóżek szpitalnych (10 195), na pompy infuzyjne (3554), kardiomonitory (1520), aparaty EKG (1223), respiratory (824), defibrylatory (343) i defibrylatory z funkcją kardiowersji (440) oraz monitory parametrów życiowych (513). Niezależnie od tego zgłaszają potrzeby na wysokospecjalistyczny sprzęt, jakim są: aparaty do rezonansu magnetycznego – MRI (57), aparaty PET/CT skaner hybrydowy (8), akceleratory liniowe (25), tomografy komputerowe – CT (89), mammografy (65) oraz różnych rodzajów ultrasonografy – USG (561), a nawet noże cybernetyczne – Cyberknife (8). Może to świadczyć o chęci udostępnienia usług wysokospecjalistycznych na terenie województwa i uniezależnienia się od świadczeniodawców ponadregionalnych i prywatnych. Domeną tych ostatnich są świadczenia w kilku województwach, np. na osiem aparatów MRI w województwie podlaskim siedem jest własnością osób prywatnych bądź spółek z reguły spoza terenu województwa. Inną grupą urządzeń, zgłaszanych jako potrzebne, są aparaty używane w położnictwie i neonatologii. Należy to wiązać z faktem, że prawie wszystkie województwa, w ślad za Narodowym Programem Zdrowia, zgłosiły programy zmniejszenia umieralności niemowląt. Przy ciągle jeszcze wysokim odsetku wcześniactwa w Polsce (około 6%) sprzęt ratujący noworodki jest niezbędny. Dlatego, poza już wymienionymi potrzebami dotyczącymi inkubatorów (403), zapotrzebowanie na inną aparaturę w tym zakresie podaje się w liczbie trzycyfrowej. Wojewodowie podkreślają też duże potrzeby w zakresie urządzeń do fizykoterapii (664) i rehabilitacyjnych (877). Konieczność zwiększenia liczby tych urządzeń wynika ze starzenia się społeczeństwa i prognoz zwiększenia liczby świadczeń dla grupy w wieku poprodukcyjnym.

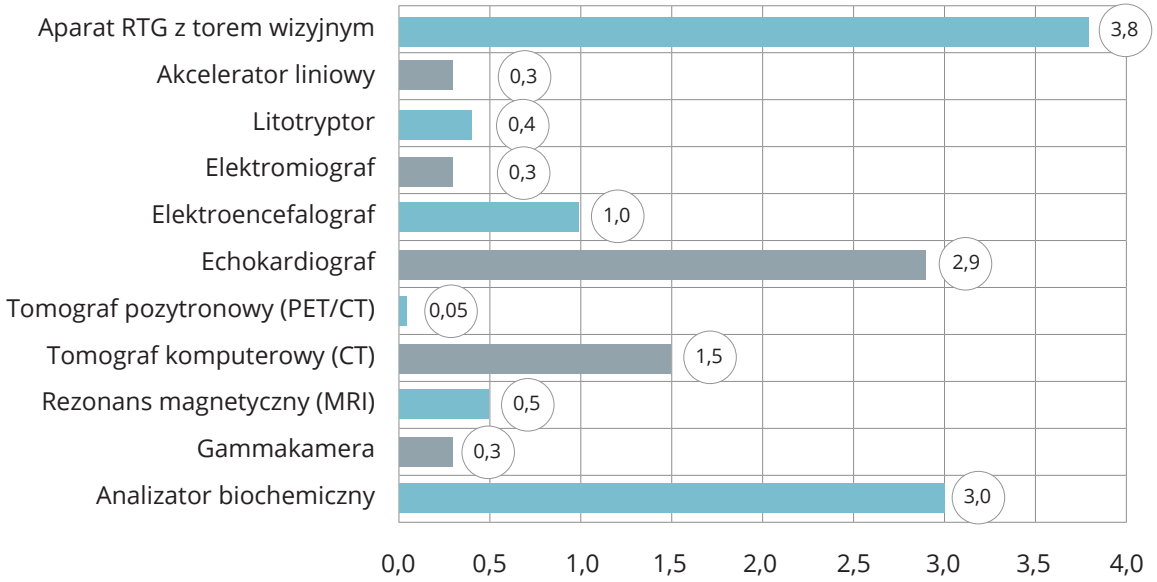
Niektóre województwa wśród pilnych potrzeb

dodatkowo wymieniają artroskopy i sprzęt okulistyczny (długie kolejki pacjentów w polskim systemie oczekujących na protezy stawów biodrowych i kolanowych oraz zabiegi związane z leczeniem zaćmy).

Analiza zasobów aparatury i sprzętu medycznego ponadregionalnych i krajowych instytutów naukowo-badawczych[82], zajmujących się nie tylko badaniami naukowymi, ale również leczeniem pacjentów, przede wszystkim w trybie stacjonarnym, ale także w ambulatoryjnym, wykazuje duże zróżnicowanie. Wynika ono ze statutowych zadań instytutów, liczby łóżek i leczonych, ale głównie z dziedziny medycyny, jaką reprezentują. Najlepiej wyposażone są Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Instytut Kardiologii, Instytut – Centrum Zdrowia Matki Polki oraz Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka. Drugą grupę stanowią Instytut Matki i Dziecka, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Instytut Reumatologii. Listę zamykają Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi i Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie, wykazujący wśród instytutów najmniejszą liczbę aparatów klinicznych. Analiza ta nie obejmuje jednak całego sprzętu posiadanego przez te jednostki naukowo-badawcze, wybiórczo bowiem podają one dodatkowo sprzęt specyficzny dla charakteru instytutu i nieporównywalny z innym. Aparatura instytutowa jest używana krócej niż sprzęt używany w szpitalach ogólnych, zarządzanych przez JST. Większość aparatów została zakupiona w pierwszym dziesięcioleciu obecnego wieku, nieliczne tylko pochodzą z końca ubiegłego stulecia. Aktualny stan zaopatrzenia uczelni medycznych w sprzęt medyczny jest nieco zróżnicowany między poszczególnymi uczelniami. Najlepiej zaopatrzone są szpitale kliniczne uniwersytetów medycznych w Warszawie, Krakowie i Łodzi oraz Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Najsłabiej Uniwersytetu Medycznego w Olsztynie, Bydgoszczy i Poznaniu oraz CMKP. O braku czy niedoborach sprzętu świadczą informacje o planach inwestycji aparaturowej na lata 2014–2020. W aparaturowych planach inwestycyjnych na lata 2014–2020 rektorzy wymieniają na pierwszym planie ilościowo największe potrzeby szpitali klinicznych, są to pompy infuzyjne w liczbie 3527 sztuk oraz łóżka szpitalne – 3462. Kolejne miejsce zajmują kardiomonitory (754), aparaty do tlenoterapii (555), lampy bakteriobójcze (521) oraz respiratory (421) i inkubatory (231). W rektorskich wykazach zwraca uwagę stosunkowo wysoka liczba aparatów wysokospecjalistycznych, są to aparaty MRI – 17 sztuk, CT – 19, angiografy (32), aparaty do echokardiografii (UKG) – 40, aparaty USG – 199, w tym 84 z funkcją Dopplera, a także 139 aparatów RTG. Jako uzasadnienie konieczności zakupu z reguły podają wyeksploatowanie aparatu i potrzebę jego wymiany albo konieczność, z uwagi na postęp techniki medycznej, uzupełnienia sprzętu o nowe jego rodzaje. Zużycie aparatury dotyczy głównie aparatów rentgenowskich, ultrasonografów oraz wyposażenia bloków operacyjnych w stoły operacyjne (147 sztuk), lampy operacyjne (130) i aparaty do znieczulenia – 169. Zgłoszone zapotrzebowanie dotyczy także aparatury klinik położniczych i neonatologicznych. Świadczy o tym, poza już wspomnianą liczbą inkubatorów, wskazanie zapotrzebowania na 100 aparatów KTG, 90 aparatów do wspomagania oddychania u noworodków, 156 ogrzewaczy noworodków, 46 stanowisk do resuscytacji noworodków, a także 6 aparatów Cool-Cap do zmniejszania skutków niedotlenienia noworodków oraz 18 bilirubinometrów do przeskórnego pomiaru i 11 autorefraktometrów do badania wzroku u niemowląt. Uwzględnienie przez uczelnie powyższej aparatury świadczy o docenianiu potrzeb perinatologii i realizacji programów obniżenia umieralności niemowląt, w których to w trójstopniowej opiece nad ciężarnymi szpitale kliniczne odgrywają znaczącą rolę. Do tych szpitali, w myśl założeń trójstopniowej opieki referencyjnej, realizowanej coraz lepiej w praktyce, trafiają kobiety w ciąży wysokiego ryzyka, noworodki przedwcześnie urodzone i o niskiej masie, a także obarczone wadami wrodzonymi i innymi patologiami. Zapewnienie wysokiej jakości opieki nabiera szczególnego znaczenia wobec niżu demograficznego i ujemnych prognoz w tym obszarze na przyszłość.

82 Opracowano na podstawie analizy 80 rodzajów aparatów wymienionych w ankiecie przesłanej do dyrektorów instytutów przez Ministerstwo Zdrowia.

Wykres 3. Zasoby sprzętu wysokospecjalistycznego we wszystkich rodzajach w Polsce w 2012 r. (na 100 tys. mieszkańców)



Źródło: *Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.*

Podsumowując analizę sytuacji, gdy chodzi o zaspokajanie potrzeb w zakresie aparatury diagnostycznej i stosowanej w procesie leczenia, należy stwierdzić, że następuje sukcesywna poprawa w skali kraju, zwłaszcza w zaopatrzeniu w nowoczesny sprzęt wysokospecjalistyczny. Utrzymują się jednak wyraźne różnice pomiędzy województwami oraz rodzajami szpitali, przy czym w gorszej sytuacji są szpitale ogólne szczebla powiatowego. Niedobory sprzętu są tam największe, jak również okres ich używania jest wieloletni. Bazą dla aparatury medycznej powinien być szpital powiatowy, co pozwala na lepsze wykorzystanie aparatury nie tylko przez pacjentów hospitalizowanych, ale również ambulatoryjnych, i ograniczy jej dublowanie. Drugim stopniem w zaspokajaniu potrzeb w zakresie świadczeń diagnostycznych i leczniczych przy użyciu aparatury medycznej jest stopień wojewódzki, reprezentowany przez szpitale wojewódzkie i specjalistyczne centra medyczne opieki ambulatoryjnej. Powinny być wyposażone w sprzęt wysokospecjalistyczny, wspomagający i uzupełniający aparaturę ze szczebla powiatowego. Trzecim stopniem jest stopień ponadregionalny, reprezentowany przez uniwersytety medyczne i ich odpowiedniki dysponujące szpitalami klinicznymi wyposażonymi w zakłady diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej, jak i sprzęt stosowany w procesie leczniczym – głównie zabiegowym. Aparatura dodatkowo jest wykorzystywana w celach dydaktycznych do zapoznania studentów z jej zastosowaniem, jak również w badaniach naukowych. Stąd standardy ich wyposażenia muszą uwzględniać te czynniki. Ten stopień powinien objąć też sprzęt wysokospecjalistyczny umiejscowiony w instytutach naukowych, wykorzystywany m.in. do przeszczepów narządów, leczenia rzadkich chorób genetycznych i niektórych nowotworów. Mimo wyraźnego wzrostu stan nasycenia aparaturą medyczną, w stosunku do innych państw UE, USA czy Japonii, jest dalece mniejszy. Dotyczy to zwłaszcza nowoczesnego sprzętu wysokospecjalistycznego. Różnice występują też między krajowymi uczelniami medycznymi, instytutami naukowo-badawczymi, jak i między poszczególnymi województwami. Do województw o najwyższych wartościach wskaźnika na 100 tys. mieszkańców należą województwa: śląskie, mazowieckie i łódzkie. Listę zamykają województwa opolskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie i wielkopolskie. Jeżeli chodzi o

uczelnie medyczne, to najlepiej zaopatrzone są uniwersyteckie szpitale kliniczne w Katowicach i Warszawie, najgorzej w Olsztynie, CMKP, Bydgoszczy i Białymstoku. Ocena instytutów pod tym względem jest o tyle trudna, że różnią się one znacznie profilem, niemniej analiza podanego przez dyrektorów sprzętu wskazuje, że dobrze zaopatrzone są: Centrum Onkologii – Instytut Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie i Oddział w Gliwicach, Instytut Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka, Centrum Matki Polki w Łodzi oraz Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Kardynała Stefana Wyszyńskiego. Istnieje konieczność stopniowej poprawy zaopatrzenia w sprzęt szpitali klinicznych uniwersytetów medycznych i instytutów naukowo-badawczych oraz niwelowanie różnic. Dotyczy to również województw.

3.2.5. Jakość i efektywność systemu opieki zdrowotnej

Ocena jakości systemu opieki zdrowotnej oparta może być zarówno na jakości postrzeganej przez pacjentów, jak i na ocenie jakości medycznej, rozumianej jako zgodność postępowania z ustalonymi zasadami i wytycznymi, a ocenianej za pomocą obiektywnych mierników odwołujących się najczęściej do danych epidemiologicznych. Społeczeństwo polskie charakteryzuje się specyficznym podejściem do oceny jakości świadczonych usług medycznych. Z jednej strony, Polacy mają stosunkowo duży poziom zaufania do lekarzy i podejmowanych przez nich działań, z drugiej, negatywnie oceniają system opieki zdrowotnej jako pewną całość.[83] Od 20 do 40 proc. polskich gospodarstw domowych nie jest zadowolonych z systemu ochrony zdrowia[84]. Obiektywnym miernikiem jakości jest efektywność. Może ona być analizowana zarówno na poziomie makroekonomicznym – badana jest wówczas efektywność całego systemu ochrony zdrowia, jak i mikroekonomicznym – na poziomie poszczególnych podmiotów. Dzięki podniesieniu efektywności w ochronie zdrowia publiczne oszczędności mogą sięgnąć w krajach OECD średnio 2% PKB. Co istotniejsze, to nie typ systemu opieki zdrowotnej, ale sposób zarządzania nim decyduje o zwiększeniu efektywności.[85] W ostatniej dekadzie podjęto w Polsce serię inicjatyw na rzecz poprawy jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej. Coraz większa liczba podmiotów prowadzących działalność leczniczą wdraża systemy zarządzania jakością. Istotnym wsparciem tego procesu było rozpoczęcie projektu systemowego: *Wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej* w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Działanie 2.3. Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, Poddziałanie 2.3.3 Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia. Wśród innych krajowych projektów dotyczących poprawy jakości wyróżnia się m.in.: wdrożenie Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej, podjęcie inicjatywy higieny rąk w opiece zdrowotnej oraz ocena jakości wysokospecjalistycznych zabiegów medycznych czy ocena SOR. Nadal jednak problemy związane z jakością świadczeń przejawiają się m.in. w utrzymującym się znacznym poziomie zobowiązań finansowych sektora ochrony zdrowia oraz wysokim poziomie występowania zdarzeń niepożądanych. Problem zdarzeń niepożądanych, np. zakażeń szpitalnych, został uznany w Europie za istotny czynnik niepowodzeń w opiece zdrowotnej i wzrostu kosztów.[86] Szacuje się, że bezpośrednie koszty leczenia chorych z zakażeniami szpitalnymi wynoszą ok. 800 mln złotych rocznie. Zakażenia szpitalne wydłużają czas hospitalizacji, zwiększają poziom absencji chorobowej, w skrajnych przypadkach skutkują niepełnosprawnością lub przedwczesnymi zgonami.[87] Podniesienie jakości w systemie ochrony zdrowia będzie zmierzało do poprawy kondycji finansowej podmiotów leczniczych (poprawa jakości zarządzania, a tym samym efektywności systemu, akredytacja w ochronie zdrowia, proces modernizacji infrastruktury medycznej),

83 *Opinie o funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, CBOS* (BS/34/2012), Warszawa, marzec 2012 r.

84 J. Michalak, *Obiektywne i subiektywne mierniki jakości opieki zdrowotnej*, [w:] „Problemy Zarządzania", vol. 9, nr 3, s. 128.

85 E. Nojszewska, *Efektywność ekonomiczna jako narzędzie analityczne dla ochrony zdrowia*, [w:] „Problemy Zarządzania", vol. 9, nr 3, s. 25.

86 WHO Resolution WHA 55.18/2002 Quality of care: patient safety, http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf.

87 S. Golinowska (red.), *op.cit.*, s. 197.

ale przede wszystkim do poprawy jakości w sensie medycznym (standardy postępowania medycznego, efektywna gospodarka produktami leczniczymi).

E- zdrowie

Polska jest krajem, w którym na tle innych państw członkowskich UE widać wyraźnie ograniczenia dotyczące elektronicznego obiegu dokumentacji, umożliwiającego koordynację i przepływ informacji między wszystkimi uczestnikami procesu terapeutycznego, a tym samym zapewniającego wyższą skuteczność leczenia przy zachowaniu efektywności finansowej. Obecna infrastruktura informatyczna w podmiotach leczniczych nie spełnia jeszcze wymogów otwartości i interoperacyjności umożliwiających wymianę tych danych. Rozwój e-zdrowia w Polsce ma na celu wdrożenie do stosowania technik informacyjno-komunikacyjnych, które poprawią efektywność systemu ochrony zdrowia, umożliwią wymianę danych pomiędzy poszczególnymi elementami systemu informacji w ochronie zdrowia w celu zapewnienia odpowiedniej jakości procesu diagnozy, terapii i rehabilitacji. Ze środków funduszy strukturalnych w perspektywie finansowej 2007–2013 finansowana jest budowa „Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (Platforma P1)", największego oraz bazowego projektu dla całego Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia. Realizacja Projektu P1 przyniesie poprawę jakości obsługi pacjentów wynikającą z podniesienia jakości i dostępności informacji o stanie zdrowia pacjenta i jego danych medycznych oraz usprawnienia obsługi pacjenta poprzez umożliwienie realizacji elektronicznych usług związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Z uwagi na ustawowy obowiązek nałożony na podmioty wykonujące działalność leczniczą prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej priorytetem jest obecnie zapewnienie interoperacyjności i kompatybilności budowanych systemów teleinformatycznych na poziomie regionalnym z Projektem P1.

Innowacje w ochronie zdrowia

Zdrowie, zarówno na poziomie UE jak i w Polsce, należy do grupy sektorów o bardzo wysokim potencjale innowacyjnym, w tym w sferze badań i rozwoju (B+R). W rankingu najbardziej innowacyjnych sektorów gospodarki UE na pierwszym miejscu znajduje się sektor farmaceutyczny i biotechnologiczny, na piątej pozycji – sektor ochrony zdrowia. Nauki medyczne znajdują się na trzecim miejscu pod względem nakładów na działalność B+R w Polsce, po naukach inżynieryjnych i przyrodniczych. Wprowadzenie rozwiązań innowacyjnych, w tym organizacyjnych, pozwoli na wzrost dostępności i jakości usług medycznych i jest istotne z punktu widzenia priorytetu strategii „Europa 2020". Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu – wspieranie gospodarki charakteryzującej się wysokim poziomem zatrudnienia i zapewniającej spójność gospodarczą, społeczną i terytorialną. Ten istotny udział sektora zdrowotnego w rozwoju innowacyjności zauważony został w dokumentach krajowych, m.in. w dokumencie pt. *Foresight* przemysłu 2030, gdzie na dziesięć pól badawczych, ochrona zdrowia występuje w czterech jako konkurencyjny obszar przemysłowy (m.in. w zakresie biotechnologii, nanobiotechnologii, technologii fotonicznej). Także wśród licznych rekomendacji powstałych w wyniku realizacji Narodowego Programu *Foresight* 2020 znajdują się obszary dotyczące ochrony zdrowia, co wskazuje na rangę sektora zdrowotnego w ewolucji Polski.

Ogromna waga tego sektora w działaniach innowacyjnych podkreślana jest w dokumencie pt. *Krajowy Program Badań. Założenia polityki naukowo-technicznej i innowacyjnej państwa*, określającym strategiczne dla państwa kierunki badań naukowych i prac rozwojowych. Wśród siedmiu strategicznych kierunków badań wyodrębniono ochronę zdrowia w zakresie chorób cywilizacyjnych (m.in. układu krążenia, nowotworów złośliwych, cukrzycy, otyłości, chorób psychicznych), nowych leków oraz medycyny regeneracyjnej (wykorzystanie komórek macierzystych w leczeniu ciężkich schorzeń). Ten sektor jest postrzegany jako priorytetowy także w ramach wielu inicjatyw i programów UE, takich jak *Horyzont 2020*. W obecnej perspektywie finansowej 2007–2013 projekty innowacyjne w ochronie zdrowia finansowane są (łącznie w kwocie około 2 mld zł) przede wszystkim w ramach *PO Innowacyjna Gospodarka*. Przedsięwzięcia badawczo-rozwojowe w obszarze medycyny i farmacji wspierane są również w formule krajowych programów strategicznych oraz sektorowych dotyczących sektora medycznego realizowanych przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju jak STRATEGMED i INNOMED.

4. Analiza SWOT – Wyzwania na lata 2014–2020

Na podstawie diagnozy przedstawionej w rozdziałach 1–3[88] opracowana została analiza SWOT systemu ochrony zdrowia. Celami zastosowanej techniki były identyfikacja i ocena mocnych i słabych stron zasobów oraz otoczenia systemu opieki zdrowotnej, a także szans i zagrożeń mających wpływ na rozwój sektora.

88 Analiza SWOT powstała na podstwie diagnozy zawartej w pełnej wersji „*Policy paper* dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020", wobec tego zawiera także odniesienia do kwestii nieporuszonych w niniejszej wersji skróconej.

Analizie poddano następujące obszary systemu:

- **uwarunkowania demograficzne i epidemiologiczne;**
- **profilaktykę i promocję zdrowia;**
- **organizację i finansowanie świadczeń zdrowotnych;**
- **zasoby kadrowe i infrastrukturalne;**
- **jakość w systemie, B+R+I (badania, rozwój, innowacje), e-zdrowie.**

Zidentyfikowane na podstawie analizy SWOT wyzwania i obszary priorytetowe znajdują odzwierciedlenie w obszarach interwencji i kierunkach działania opisanych w części II dokumentu.

Tabela 2. Analiza SWOT dla ochrony zdrowia w Polsce

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Mocne strony	Słabe strony
Uwarunkowania demograficzne	■ ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż ludność większości krajów Unii Europejskiej ■ liczba ludności Polski jest ustabilizowana	■ starzenie się społeczeństwa i wzrost współczynnika obciążenia demograficznego (malejąca liczba osób w wieku przedprodukcyjnym oraz produkcyjnym, rosnąca liczba osób w wieku poprodukcyjnym) ■ niekorzystne zmiany wzorca płodności kobiet (m.in. podwyższenie mediany wieku kobiet rodzących dziecko)
Uwarunkowania epidemiologiczne	■ obniżająca się umieralność niemowląt ■ spadek umieralności ogółem osób w wieku 0–17 lat ■ spadek współczynnika umieralności z powodu nowotworów złośliwych ogółem ■ nieznaczny trend spadkowy chorobowości hospitalizowanej osób w wieku 18–64 lata z powodu chorób układu krążenia ■ utrzymujący się wzrost przeciętnej długości trwania życia ■ wyższa od średniej dla UE długość życia w zdrowiu kobiet ■ spadek śmiertelności spowodowanej stanami nagłego zagrożenia zdrowotnego	■ wyższy od średniej UE współczynnik umieralności niemowląt ■ wyższa umieralność mężczyzn i kobiet ogółem niż przeciętna w krajach UE we wszystkich grupach wieku ■ wyższa od średniej UE umieralność osób w wieku 25–66 lat i 65 lat i więcej spowodowana chorobami układu krążenia ■ wyższa od przeciętnej dla krajów UE umieralność mężczyzn ogółem oraz w wieku 25–64 lata z przyczyn zewnętrznych, chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych ■ wyższa od przeciętnej UE umieralność kobiet w wieku 25–64 lata z powodu chorób układu krążenia oraz nowotworów ■ wysoki udział chorób i zaburzeń psychicznych oraz chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego w przyczynach orzekania o niezdolności do pracy ■ duże zróżnicowanie międzywojewódzkie długości trwania życia ■ niższa niż średnia w UE średnia długość trwania życia mężczyzn i kobiet ■ większy niż przeciętny dla krajów UE odsetek osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Mocne strony	Słabe strony
Profilaktyka i promocja zdrowia	■ realizacja ogólnokrajowych i regionalnych programów zdrowia publicznego ■ systematyczny (choć niewystarczający) wzrost zgłaszalności na badania populacyjne w kierunku wykrywania nowotworów złośliwych ■ wysoki poziom wyszczepialności w stosunku do średniej UE ■ zdrowie uznawane jest jako jedna z najistotniejszych wartości cenionych przez polskie społeczeństwo (74% wskazań w badaniach CBOS)	■ niska świadomość zdrowotna społeczeństwa ■ ograniczony zakres szczepień obowiązkowych finansowanych ze środków publicznych ■ niższa niż w innych krajach UE zgłaszalność do udziału w programach profilaktycznych ■ niska wykrywalność chorób we wczesnych stadiach rozwojowych ■ rozdrobnienie, ograniczona koordynacja oraz integracja profilaktycznych i zdrowotnych programów zdrowia publicznego ■ brak odpowiedniego systemu długookresowego monitoringu efektów programów zdrowia publicznego

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Mocne strony	Słabe strony
Organizacja i finansowanie świadczeń zdrowotnych	■ istnienie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ■ bezpłatny dostęp do świadczeń gwarantowanych ■ wysokie zadowolenie społeczeństwa z dostępu do POZ i uzyskania jej świadczeń ■ relatywnie krótki średni czas pobytu na oddziałach szpitalnych w porównaniu do innych krajów UE ■ rozległa sieć aptek i punktów aptecznych ■ całodobowy dostęp do świadczeń zdrowotnych w przypadkach nagłych ■ finansowanie usług szpitalnych i ambulatoryjnych w oparciu o system JGP ■ zintegrowany system ratownictwa medycznego	■ fragmentacja systemu ochrony zdrowia (rozdrobnienie podmiotów leczniczych, brak integracji lecznictwa szpitalnego z AOS i POZ) ■ długi okres oczekiwania na uzyskanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ■ niedostateczny związek liczby i struktury kontraktowanych świadczeń z potrzebami zdrowotnymi populacji, a także potrzebami infrastrukturalnymi ■ wysoki na tle innych państw UE udział wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w wydatkach bieżących (wydatki prywatne na ochronę zdrowia stanowią około 30% ogółu wydatków bieżących) ■ niski udział leków innowacyjnych w ogólnej liczbie leków refundowanych ■ nadmierne korzystanie z leków bez recepty w porównaniu z innymi krajami UE ■ ograniczona podaż usług w zakresie opieki długoterminowej oraz zróżnicowana odpowiedzialność organów publicznych za zaspokajanie potrzeb w tym zakresie ■ finansowanie POZ głównie w oparciu o stawkę kapitacyjną ■ niedostosowanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego do wymagań, jakim powinny odpowiadać według przepisów prawa ■ niezależność operacyjna SPZOZ w niewystarczającym stopniu powiązana z odpowiedzialnością finansową

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Mocne strony	Słabe strony
Zasoby kadrowe i infrastrukturalne	■ duży poziom zaufania społecznego do lekarzy i podejmowanych przez nich działań ■ wysoka mobilność zawodowa pracowników ochrony zdrowia ■ system akredytacji placówek uczestniczących w kształceniu podyplomowym kadr medycznych gwarantujący zachowanie wysokiej jakości kształcenia ■ duże zainteresowanie kadr medycznych udziałem w programach szkoleniowych ■ poprawiający się stan infrastruktury ochrony zdrowia	■ niższy niż średnia UE wskaźnik liczby lekarzy i pielęgniarek/1000 mieszkańców ■ niedobory kadrowe wielu specjalizacji lekarskich (np. geriatria, pediatria, onkologia, medycyna ratunkowa) ■ nierównomierne rozmieszczenie przestrzenne kadry medycznej (koncentracja w regionach, w których znajdują się uczelnie i wysokospecjalistyczne ośrodki medyczne), ■ podnoszenie się średniej wieku kadry medycznej (szybki proces starzenia się kadr medycznych) ■ trudności z uzyskaniem miejsc specjalizacji medycznych ■ niedostosowany do oceny trendów demograficznych i epidemiologicznych system szacowania potrzeb kadrowych w ochronie zdrowia ■ ograniczenia w zakresie możliwości praktycznej nauki zwodu kadr medycznych (brak nowoczesnych centrów symulacji medycznej). ■ niedostosowana do potrzeb zdrowotnych struktura łóżek szpitalnych (niska liczba łóżek lecznictwa długoterminowego i hospicyjnego, niedobór łóżek geriatrycznych) ■ niewystarczająca podaż oraz nierównomierne rozmieszczenie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej ■ brak map potrzeb zdrowotnych oraz systemu koordynacji procesów inwestycyjnych w podmiotach leczniczych

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Mocne strony	Słabe strony
Jakość w systemie, B+R+I, e-zdrowie	■ system akredytacji podmiotów leczniczych ■ istotny wzrost liczby szpitali w Polsce posiadających certyfikat akredytacyjny (poświadczający wysoką jakość świadczonych usług) ■ system oceny jakości wysokospecjalistycznych zabiegów medycznych ■ możliwość elektronicznego sprawdzenia uprawnień pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej ■ dynamicznie rozwijający się rynek farmaceutyczny ■ wysoki poziom szkolnictwa medycznego, nauk medycznych ■ wysokie kwalifikacje i bogate doświadczenie personelu naukowo-technicznego ■ rozwinięta baza techniczna dla badań na etapie B+R ■ wysoka jakość osiąganych wyników badań naukowych	■ niedostateczny związek między akredytacją w ochronie zdrowia i kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych ■ niespójne standardy gromadzenia i udostępniania informacji zdrowotnej – trudności z wykorzystaniem informacji pochodzącej od różnych podmiotów (np. w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej) ■ brak spójnego systemu informacyjnego (informatycznego) umożliwiającego działania analityczne i strategiczne ■ ograniczony zakres danych gromadzonych w rejestrach ochrony zdrowia, część rejestrów w postaci papierowej ■ rozdrobnienie systemów i brak współpracy (interoperacyjności) systemów informatycznych stosowanych przez podmioty lecznicze ■ niskie kompetencje informatyczne personelu medycznego, brak kadr e-administracji oraz zarządzania środowiskiem elektronicznej wymiany danych w jednostkach, szczególnie w szpitalach ■ niskie nakłady na B+R+ I ■ krajowa produkcja leków oparta głównie na produkcji leków generycznych ■ niski stopień komercjalizacji badań naukowych w medycynie i farmacji

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Szanse	Zagrożenia
Uwarunkowania demograficzne	■ instrumenty polityki prorodzinnej (ulgi podatkowe dla rodzin wielodzietnych, ulgi płacowe, dodatki i zasiłki dla osób utrzymujących rodziny i dzieci, stosowanie preferencji kredytowych dla młodych małżeństw) ■ instrumenty polityki senioralnej (rozwój usług medycznych dla osób starszych, promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna, rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do osób starszych, rozwój oferty edukacyjnej i możliwości aktywności zawodowej osób starszych) ■ wprowadzenie finansowania ze środków publicznych programów zdrowotnych mających na celu poprawę wskaźnika dzietności	■ zmiany demograficzne (zwiększenie się średniej długości życia oraz spadek dzietności skutkujące zmianą w proporcjach pomiędzy populacją produkcyjną i poprodukcyjną) ■ zwiększony popyt na usługi podmiotów leczniczych w związku z narastającą wraz z wiekiem pacjentów wielochorobowością ■ prognozowany na 2035 r. wyższy od średniej UE odsetek osób starszych (w dekadzie 2010–2020 średniorocznie będzie przybywało 200 tys. osób w wieku 65+)

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Szanse	Zagrożenia
Uwarunkowania epidemiologiczne	■ rozwój nowych lub skuteczniejszych metod diagnozy, wykrywania i profilaktyki chorób ■ rozwój nowych lub skuteczniejszych metod leczenia chorób	■ wzrost zapadalności na choroby cywilizacyjne oraz choroby związane z wiekiem senioralnym ■ nowe zagrożenia zdrowotne związane z mutacjami wirusów i bakterii (narastająca lekooporność wirusów i bakterii) ■ brak skutecznych metod diagnostyki i terapii nowych chorób ■ wzrastająca zachorowalność na choroby nowotworowe ■ rozwijające się ruchy antyszczepionkowe w Polsce i w Europie

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Szanse	Zagrożenia
Profilaktyka i promocja zdrowia	■ opracowywanie i wdrożenie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych umożliwiającego identyfikację grup ryzyka i określenie optymalnej struktury działań profilaktycznych ■ prace nad ustawą o zdrowiu publicznym ■ rosnąca świadomość zdrowotna społeczeństwa ■ udział w badaniach profilaktycznych całej populacji objętej skriningiem ■ wzrastający udział kobiet wykonujących badania profilaktyczne ■ zmniejszający się odsetek osób palących tytoń, zmiany w sposobie odżywiania	■ wzrost odsetka osób dotkniętych nadwagą i otyłością ■ nie dość szybka dynamika spadku zagrożenia najistotniejszymi czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych ■ niska zgłaszalność na badania profilaktyczne

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Szanse	Zagrożenia
Organizacja i finansowanie świadczeń zdrowotnych	■ spadek zadłużenia podmiotów leczniczych ■ prowadzone prace nad zmianą modelu finansowania oraz organizacji POZ ■ prowadzone prace nad dostosowaniem zakresu i sposobu finansowania świadczeń medycznych do potrzeb zdrowotnych ■ prowadzone prace nad dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi ■ prorozwojowa alokacja wydatków publicznych uwzględniona w dokumentach strategicznych ■ upowszechnienie koordynowanej opieki zdrowotnej ■ poprawienie jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego ■ zwiększenie współpracy jednostek systemu PRM z jednostkami organizacyjnymi szpitali w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego, CU oraz jednostkami współpracującymi z systemem udzielającymi kwalifikowanej pierwszej pomocy	■ utrzymujące się wysokie zadłużenie podmiotów leczniczych ■ relatywnie niskie wydatki całkowite na ochronę zdrowia (per capita) ■ zmniejszanie się zasobów finansowych płatnika w związku z sytuacją gospodarczą (niskie wpływy ze składek) przy wzrastającym popycie na świadczenia zdrowotne ■ destabilizacja systemu ratownictwa medycznego w razie rozdrobnienia i zmienności świadczeniodawców

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Szanse	Zagrożenia
Zasoby kadrowe i infrastrukturalne	■ postępujący proces komercjalizacji podmiotów leczniczych oraz prowadzone przez podmioty lecznicze działania restrukturyzacyjne ■ zwiększenie dostępności do diagnostyki i leczenia chorób ■ poprawa infrastruktury i unowocześnienie podmiotów leczniczych ■ zmiana systemu kształcenia lekarzy ■ stała poprawa jakości kształcenia kadr medycznych ■ ustabilizowanie trendów migracyjnych wśród kadr lekarzy i pielęgniarek	■ brak następstwa pokoleń kadry medycznej ■ niewystarczający poziom zainteresowania deficytowymi specjalizacjami medycznymi, np. geriatrią ■ niewystarczająca baza dydaktyczna do prowadzenia zajęć praktycznych (brak wystarczającej liczby symulatorów) ■ inwestycje medyczne niedostosowane do potrzeb zdrowotnych ■ niepełne wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej z powodu ograniczeń w kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych ■ postęp technologiczny implikujący potrzebę wymiany sprzętu i aparatury medycznej

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Szanse	Zagrożenia
Jakość w systemie, B+R+I, e-zdrowie	■ rozwój nowych koncepcji zarządzania usługami zdrowotnymi ■ rozwój benchmarkingu podmiotów leczniczych ■ rozwój rozwiązań informacyjnych w ochronie zdrowia (platform informacyjno-edukacyjnych, telemedycyny, platform wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej) ■ wprowadzenie rejestrów najważniejszych danych medycznych i personelu medycznego ■ postępująca informatyzacja systemu ratownictwa medycznego (rozwiązania telemedyczne w świadczeniach pozaszpitalnych) ■ rosnące nakłady firm informatycznych w rozwój projektów e-zdrowia. ■ postęp naukowy i technologiczny w obszarze medycyny i farmacji ■ rozwój nowoczesnych technologii medycznych (np. wdrożenie nowych metod przeszczepiania komórek, tkanek i narządów) ■ polityka UE sprzyjająca wpieraniu B+R w medycynie i farmacji oraz rozwojowi e-zdrowia (liczne programy UE oraz instrumenty wsparcia sektora) ■ rozwój krajowych programów wspierających innowacje w ochronie zdrowia ■ zwiększenie świadomości znaczenia sektora ochrona zdrowia dla budowy innowacyjnych produktów i usług	■ niewystarczający poziom finansowania ICT w ochronie zdrowia ■ długotrwałość procesu wdrażania projektów ICT ■ brak powszechności certyfikacji usług medycznych na wszystkich poziomach świadczeń usług medycznych

CZĘŚĆ II. Strategia i wdrażanie

5. Uwarunkowania strategiczne dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Na sformułowanie celów kierunków interwencji i narzędzi istotny wpływ miały dokumenty UE i WHO[89]. Ponadto pod uwagę wzięto cele Strategii „Europa 2020", oparto się również na wynikach powyższej analizy SWOT systemu ochrony zdrowia w Polsce. Spośród pięciu głównych celów Strategii „Europa 2020" dwa dotyczą kwestii wpisujących się w krajowe strategiczne ramy polityki w obszarze zdrowia. Są to:

- **wzrost zatrudnienia (wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 20–64 lata na poziomie 75%, a dla Polski na poziomie 71%);**
- **zmniejszenie poziomu ubóstwa (zmniejszenie w UE liczby osób zagrożonych ubóstwem o 20 mln, a w Polsce o 1,5 mln)[90].**

5.1. System zarządzania strategicznego w Polsce

Zgodnie z rozwiązaniami przyjętymi w *Ustawie z 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju*[91] obowiązująca w Polsce koncepcja uporządkowania strategii rozwoju przewiduje opracowanie spójnej hierarchii dokumentów strategicznych w celu wdrożenia efektywnego systemu zarządzania rozwojem kraju. Strategiczne ramy polityki zdrowotnej Polski wpisują się, zgodnie z zasadą „zdrowie we wszystkich politykach", w realizację priorytetów rozwojowych polityki państwa zawartych w następujących dokumentach strategicznych: DSRK oraz SRK, tj. dokumentach o charakterze kompleksowym i horyzontalnym, określających podstawowe uwarunkowania, cele i kierunki rozwoju kraju w wymiarze społeczno-gospodarczym oraz w poszczególnych strategiach zintegrowanych, które mają charakter problemowy i służyć będą realizacji celów rozwojowych określonych w DSRK oraz SRK.[92] Do głównych strategii zintegrowanych wytyczających priorytety w obszarze zdrowia należą przyjęta 12 lutego 2013 r. SSP[93] i przyjęta 18 czerwca 2013 r. SRKL. Istotne cele w zarządzaniu strategicznym na poziomie regionalnym wyznaczyła KSRR. Celem strategicznym polityki regionalnej, określonym w tym dokumencie, jest efektywne wykorzystywanie specyficznych regionalnych oraz terytorialnych potencjałów rozwojowych do osiągania celów rozwoju kraju: wzrostu, zatrudnienia i spójności w horyzoncie długookresowym. Cele regionalne określone są w strategiach rozwoju województw do roku 2020 i dotyczą najistotniejszych sfer oddziałujących na życie mieszkańców, w tym także opieki zdrowotnej. Dzięki spójności strategii wojewódzkich z powyższymi dokumentami krajowymi zwiększa się efekt synergii wynikający z koordynacji polityki krajowej i regionalnej.[94] Uzupełnieniem strategicznych ram polityki zdrowotnej Polski są akty prawne dotyczące ochrony zdrowia, określające ramy ustrojowe funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz przygotowywane projekty aktów prawnych wdrażające cele i kierunki interwencji zapisane w dokumentach strategicznych. Zgodnie z Umową Partnerstwa[95] (UP) zagadnienia dotyczące ochrony zdrowia zostały uwzględnione

89 M.in. projekt Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia programu „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego", trzeciego wieloletniego programu działań UE w dziedzinie zdrowia na lata 2014–2020 oraz Zdrowie 2020, Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek.

90 Wszystkie wskaźniki w kształcie zaakceptowanym przez Radę Europejską w czerwcu 2010 r., konkluzje z posiedzenia Rady Europejskiej z 17 czerwca 2010, EUCO 13/10.

91 Dz.U. z 2009 r., nr 84, poz. 712 z późn. zm.

92 System komplementarnych dokumentów zawierających spójne strategiczne ramy polityki w obszarze sytemu ochrony zdrowia w Polsce przedstawia rysunek 1. Strategia Europa 2020 a logika interwencji polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia w Polsce.

93 Uchwała nr 17 Rady Ministrów z 12 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia strategii „Sprawne Państwo 2020", (MP z 2013 r., poz. 136.).

94 Wyciąg z krajowych i wojewódzkich dokumentów strategicznych zawarty jest w załączniku nr 5.

95 Programowanie perspektywy finansowej 2014–2020. Umowa Partnerstwa, dokument ten został przyjęty przez Radę Ministrów 8 stycznia 2014 r. http://www.mir.gov.pl/fundusze/Fundusze_Europejskie_2014_2020/Documents/UMOWA_PARTNERSTWA_2013_1_8_ostateczna.pdf.

przede wszystkim w **celu tematycznym nr 9**: *Promowanie włączenie społecznego, walka z ubóstwem i wszelką dyskryminacją*, a także w **celu tematycznym nr 1**: *Wzmacnianie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji*, **celu tematycznym nr 2**: *Zwiększenie dostępności, stopnia wykorzystania i jakości technologii informacyjno-komunikacyjnych*, **celu tematycznym nr 8**: *Promowanie trwałego i wysokiej jakości zatrudnienia oraz wsparcie mobilności pracowników* i **celu tematycznym nr 10**: *Inwestowanie w kształcenie, szkolenie oraz szkolenie zawodowe na rzecz zdobywania umiejętności i uczenia się przez całe życie.* Podstawy strategiczne projektowanych w tych celach działań dotyczących innowacji w ochronie zdrowia zawarte są w SIEG, a działań w obszarze informatyzacji ochrony zdrowia w SSP oraz w „Programie Zintegrowanej Informatyzacji Państwa" [96]. Wśród dokumentów służących wypełnieniu warunków *ex ante* dla powyższych celów, w których uwzględnione są także kwestie dotyczące systemu opieki zdrowotnej, znajdują się, poza wymienionymi już strategiami, dokumenty wdrożeniowe takie jak Program Solidarność Pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+[97] oraz „Perspektywa uczenia się przez całe życie"[98]. Ponadto dokumentami o charakterze implementacyjnym, w których zaplanowane są konkretne działania wpisujące się w realizację celów i kierunków interwencji dotyczących ochrony zdrowia zapisanych w strategiach, są przyjęte przez Radę Ministrów programy wieloletnie, np. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2013–2016 POLKARD, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, a także NPZ[99].

96 Program Zintegrowanej Informatyzacji Państwa został przyjęty uchwałą Rady Ministrów 8 stycznia 2014 r.

97 Uchwała nr 239 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie ustanowienia Programu Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+, M.P. 2014, poz. 115.

98 Dokument Perspektywa uczenia się przez całe życie został przyjęty uchwałą Rady Ministrów z 10 września 2013 r.

99 Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło działania mające na celu stworzenie kolejnej edycji NPZ, obowiązującej po roku 2015.

5.2. Wizja systemu ochrony zdrowia w Polsce w 2020 r.

Sprostanie zidentyfikowanym wyzwaniom wymaga strategicznego podejścia, którego głównym elementem jest nakreślenie wizji systemu ochrony zdrowia w 2020 r. Jej powstanie jest efektem podejścia całościowego, uwzględniającego wszystkie czynniki najistotniejsze do prawidłowego funkcjonowania systemu, zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne:

Wizja systemu ochrony zdrowia w Polsce w 2020 r.

Zorientowany na dłuższe życie w zdrowiu, potrzeby obecnego i przyszłego pacjenta oraz dostosowany do trendów demograficznych i epidemiologicznych system ochrony zdrowia oparty na właściwych ilościowo i jakościowo: zasobach, procesach i wartościach efektywnie zarządzanych i prawidłowo alokowanych

Powyższe, bardziej ogólne, sformułowanie wizji systemu należy uzupełnić o szczegółowe opisanie jego cech i funkcji.

System ochrony zdrowia w 2020 r. w Polsce to system, który:

1) gwarantuje powszechność ubezpieczenia zdrowotnego;
2) zapewnia równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jest zorientowany na pacjentów;
3) zapewnia bezpieczeństwo zdrowotne – jest systemem wydolnym i przejrzystym, w którym

każdy pacjent otrzyma wysokiej jakości świadczenia zdrowotne bez zbędnej zwłoki i bez konieczności dokonywania nieprzewidzianych prawem opłat;
4) zapewnia równowagę między uczestnikami systemu: świadczeniobiorcami, świadczeniodawcami, płatnikiem i regulatorem, gwarantuje jasne i transparentne mechanizmy rozstrzygania sporów i dochodzenia praw;
5) zapewnia nie tylko utrzymanie w dotychczasowym kształcie, ale również wzmocnienie roli lekarza POZ jako kierującego (gatekeeper), jak i tworzenie większych struktur świadczeniodawców stopniowo integrujących POZ i AOS z leczeniem szpitalnym (opieka koordynowana);
6) jest systemem wysokiej zdolności adaptacyjnej, elastycznie odpowiadającym na zmieniające się uwarunkowania, w tym epidemiologiczne i demograficzne;
7) dysponuje dostosowaną do potrzeb systemu wysoko wykwalifikowaną kadrą zapewniającą jakość usług możliwie na najwyższym poziomie, zgodnie ze standardami praktycznymi uprawiania zawodu i aktualnym poziomem wiedzy;
8) posiada nowoczesną infrastrukturę dostosowaną do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych na poziomie kraju i regionu, stosuje innowacyjne rozwiązania i technologie medyczne;
9) zapewnia efektywność opieki zdrowotnej: produktywność, racjonalność, skuteczność, maksymalne wykorzystanie wszystkich zasobów finansowych, infrastrukturalnych i osobowych;
10) kształtuje postawy prozdrowotne oraz zwiększa poczucie osobistej odpowiedzialności za własne zdrowie.

5.3. Struktura celów strategicznych

Aby urzeczywistnić opisaną powyżej wizję ochrony zdrowia, wyznaczono jeden strategiczny cel główny, cztery cele długoterminowe, które odnoszą się do obszarów wyzwań wynikających z DSRK (w horyzoncie do roku 2030) oraz odpowiadające im cztery cele operacyjne, dotyczące wydatkowania środków europejskich, oraz kierunki interwencji i narzędzia realizacji w perspektywie roku 2020. Wyznaczone cele odchodzą od myślenia wąskiego, dziedzinowego na rzecz podejścia zintegrowanego, przez tematyczne powiązanie zidentyfikowanych zjawisk, problemów czy procesów i odpowiadają na wyzwania zidentyfikowane w diagnozie przedstawionej w *Policy paper*.

5.3.1. Cel główny

Celem głównym jest zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce.

Uznanie, że zwiększenie długości życia w zdrowiu wpływa na poprawę jakości życia i rozwój gospodarczy, wynika z kompleksowego rozumienia jakości życia jako dobrostanu w różnych obszarach życia i nierozerwalnie łączy się z zasadą „zdrowie we wszystkich politykach".[100] Osiągnięcie celu głównego będzie możliwe przez korzystanie z doświadczeń i najlepszych praktyk krajowych i zagranicznych w dziedzinie zdrowia publicznego oraz potencjału polskich uczelni medycznych i instytutów badawczych w dziedzinie medycyny, a także wykorzystanie i rozwijanie potencjału kadrowego systemu opieki zdrowotnej oraz szerokie stosowanie nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w systemie opieki zdrowotnej. Planowane zmiany nie będą możliwe bez sprawnego zarządzania i koordynacji działania wszystkich podmiotów systemu opieki zdrowotnej (władz na poziomie krajowym i samorządowym, płatnika, świadczeniodawców), redukcji barier uniemożliwiających poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych czy zwiększenia pozio-

100 DSRK prezentuje nowe podejście do działań prozdrowotnych, traktując dobrostan zdrowotny społeczeństwa jako integralną zmienną charakteryzującą jakość kapitału ludzkiego. Konsekwencją takiego podejścia jest umiejscowienie zagadnień dotyczących ochrony zdrowia w celu 6 *Rozwój kapitału ludzkiego poprzez wzrost zatrudnienia i stworzenie „workfare state*", tj. systemu, w którym podstawowym czynnikiem odpowiedzialnym za indywidualny dobrostan jest zatrudnienie.

Tabela 3. Schemat struktury celów i kierunków interwencji

CEL GŁÓWNY Zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce

Cel długoterminowy 1 do 2030

Opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych.

Cel operacyjny A
do 2020
Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce.

Realizowany przy pomocy 9 kierunków interwecji

Realizowany przy pomocy narzędzi od 1 do 15

Cel długoterminowy 2 do 2030

Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych do roku 2030 zmian demograficznych, w szczególności wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.

Cel operacyjny B
do 2020
Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.

Realizowany przy pomocy 7 kierunków interwecji

Realizowany przy pomocy narzędzi od 16 do 20

Cel długoterminowy 3 do 2030

Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej.

Cel operacyjny C
do 2020
Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia.

Realizowany przy pomocy 8 kierunków interwecji

Realizowany przy pomocy narzędzi od 21 do 30

Cel długoterminowy 4 do 2030

Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria).

Cel operacyjny D
do 2020
Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych.

Realizowany przy pomocy 5 kierunków interwecji

Realizowany przy pomocy narzędzi od 31 do 36

Źródło: Opracowanie własne

mu bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. Osiągnięcie tego celu powinno być mierzone, z jednej strony, wzrostem wartości wskaźnika rozwoju społecznego (Human Development Index – HDI)[101], a z drugiej – wzrostem wartości wskaźnika długości życia w zdrowiu (HLY), jako rezultatu międzysektorowych działań prozdrowotnych, a w szczególności sprawnie funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej. Zwiększenie długości życia w zdrowiu spowoduje wzrost liczby osób aktywnych na rynku pracy, wpłynie na obniżenie kosztów pracy między innymi dzięki obniżeniu absencji chorobowej, zmniejszeniu wydatków na renty. W perspektywie najbliższych lat będzie to miało duże znaczenie dla wzrostu gospodarczego kraju i poprawy jakości życia w Polsce, w szczególności dla zmniejszenia ubóstwa i wykluczenia społecznego z powodu uwarunkowań zdrowotnych.

5.3.2. Cele długoterminowe do roku 2030

Zmniejszenie przedwczesnej umieralności, zachorowalności i niepełnosprawności uwarunkowane jest przyspieszeniem postępów w zwalczaniu szkodliwych dla zdrowia zachowań i eliminowaniu warunków, które prowadzą do większego rozpowszechniania się chorób cywilizacyjnych. Aby osiągnąć cel główny, tj. zwiększyć długość życia w zdrowiu, w długookresowej perspektywie należy skoncentrować działania na najistotniejszych priorytetach i dążyć do osiągnięcia czterech wykazanych w DSRK celów:

Cel 1. Opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych.

Zidentyfikowane w części diagnostycznej wyzwania dla Polski w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia wskazują na konieczność wdrożenia systemowych rozwiązań dotyczących zdrowia publicznego w Polsce. Obecnie działania prozdrowotne realizuje, nieraz w sposób niewystarczająco skoordynowany, wiele różnych instytucji: samorządy terytorialne, MZ, NFZ, Państwowa Inspekcja Sanitarna. Są też instytucje zajmujące się pojedynczymi problemami, jak np. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych czy też Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Często są to krótkotrwałe, kilkumiesięczne akcje, które nie kończą się ewaluacją ani podjęciem kolejnych działań. Jeśli przeanalizować programy profilaktyczne realizowane przez JST, to często przy ich przyjmowaniu brakuje analizy rzeczywistych potrzeb zdrowotnych. Niewystarczająco w tym zakresie wykorzystywana jest POZ. W związku z tym zakłada się, że efektami realizacji powyższego celu będą:

- **opracowany i wdrożony system mapowania potrzeb zdrowotnych, umożliwiający identyfikację grup ryzyka i określenie optymalnej struktury działań profilaktycznych, zarówno na poziomie całego kraju, jak i poszczególnych województw;**
- **skoordynowany i zintegrowany poprzez uregulowania ustawowe system zdrowia publicznego;**
- **opracowany i wdrożony nowy NPZ wskazujący priorytety dotyczące działań profilaktycznych;**
- **wzrost zachowań prozdrowotnych wśród społeczeństwa;**
- **zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób cywilizacyjnych.**

101 Jest to syntetyczny wskaźnik, którego składowymi są: oczekiwana długość życia w momencie narodzin, przeciętna liczba lat edukacji (dla osoby dorosłej), oczekiwana liczba lat edukacji (dla dzieci rozpoczynających naukę), dochód narodowy *netto per capita* (mierzony parytetem siły nabywczej, w dol.), źródło: UNDP.

Cel 2. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych do roku 2030 zmian demograficznych, w szczególności wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.

Wyzwania demograficzne, o których mowa w części diagnostycznej dokumentu, wskazują na konieczność podjęcia pilnych działań ukierunkowanych na zwiększenie aktywności osób starszych i ich rodzin. Warunkami dalszej aktywności zawodowej, społecznej i gospodarczej seniorów i ich bliskich jest dobry stan zdrowia i jak największy możliwy poziom samodzielności osób starszych. Ponadto, w ramach realizacji przedmiotowego celu powinna nastąpić intensyfikacja działań, mająca na celu zapewnienie optymalnego standardu w zakresie opieki nad matką i dzieckiem. Chodzi m.in. o rozwój nowoczesnej infrastruktury w dziedzinach medycyny ukierunkowanych na opiekę nad matką i dzieckiem i dostosowanie kształcenia kadr medycznych do identyfikowanych potrzeb. Najważniejsze w ramach tego kierunku jest zwiększenie zakresu programów zdrowotnych skierowanych do kobiet w okresie ciąży i połogu oraz dostosowanie opieki prenatalnej do modelu późnego macierzyństwa. Zakłada się, że efektami realizacji powyższego celu będą:

- **opracowanie i wdrożenie długofalowej polityki senioralnej w Polsce – systemowych działań ukierunkowanych na przygotowanie do starzenia się, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i całego społeczeństwa;**
- **poprawa stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej osób starszych;**
- **poprawa dostępności i jakości usług na rzecz osób starszych;**
- **wdrożenie holistycznych standardów opieki nad osobami w wieku geriatrycznym, m.in. poprzez rozwój nowoczesnej infrastruktury w obszarze geriatrii, dostosowanie kształcenia kadr medycznych do identyfikowanych potrzeb oraz nowoczesną organizację geriatrycznych świadczeń zdrowotnych;**
- **rozwój opieki długoterminowej;**
- **zmniejszenie umieralności noworodków i niemowląt;**
- **poprawa stanu zdrowia kobiet, w szczególności w ciąży i w okresie połogu, oraz dzieci;**
- **zwiększenie dzietności.**

Cel 3. Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej.

Zidentyfikowane w części diagnostycznej wyzwania dla Polski w obszarze organizacji systemu opieki zdrowotnej wynikają z obserwowanych problemów, do których zaliczamy między innymi: fragmentację systemu sprzyjającą niskiej efektywności, racjonowanie dostępu przez system skierowań i kolejek, niską elastyczność podaży usług medycznych na zmieniające się potrzeby zdrowotne, brak odpowiedzialności finansowej za podejmowane decyzje terapeutyczne i przerzucanie kosztów na wyższe i droższe poziomy opieki zdrowotnej, brak przepływu informacji pomiędzy różnymi segmentami sektora usług zdrowotnych.[102] Zakłada się, że efektami realizacji powyższego celu będą:

- **stworzenie skutecznych mechanizmów koordynacji działań podejmowanych w różnych sektorach i instytucjach, służących poprawie stanu zdrowia społeczeństwa polskiego, zgodnie z zasadą „zdrowie we wszystkich politykach";**
- **wprowadzenie zmian w zarządzaniu i finansowaniu ochrony zdrowia – stworzenie instrumentu umożliwiającego lepsze planowanie**

102 K. Kowalska, W. P. Kalbarczyk, *Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia międzynarodowe. Propozycja dla Polski*, Raport Ernst & Young Usługi Finansowe Audyt, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Polska sp. k., Warszawa, 2013.

zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych oraz planowanie inwestycji w postaci regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych;

- **rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jako alternatywnych, obok umów z NFZ, źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych;**
- **udoskonalenie systemów finansowania, kwalifikowania, taryfikacji, kontraktowania, wykonywania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej;**
- **wypracowanie i przetestowanie, a następnie wdrożenie nowych instrumentów działania służących zapewnieniu odpowiedniej koordynacji procesu leczenia, szczególnie w przypadku chorób przewlekłych;**
- **poprawa systemu gromadzenia i zarządzania informacją medyczną, m.in. poprzez realizację projektów z zakresu e-zdrowia;**
- **wdrożenie innowacyjnych, efektywnych kosztowo procedur i technologii medycznych;**
- **efektywna gospodarka produktami leczniczymi;**
- **zwiększenie liczby podmiotów leczniczych oferujących wysokiej jakości świadczenia zdrowotne potwierdzone certyfikatem akredytacji;**
- **zmniejszenie liczby zdarzeń niepożądanych, powikłań i zakażeń szpitalnych;**
- **poprawa satysfakcji pacjenta z udzielanych świadczeń zdrowotnych;**
- **wprowadzenie porównywalności jednostek pod względem jakości i skuteczności oferowanej opieki oraz publicznego dostępu do tych informacji, co umożliwi pacjentom dokonanie świadomej oceny i wybranie podmiotu oferującego najwyższy poziom opieki, dostosowania do poziomów unijnych w zakresie standaryzacji opieki zdrowotnej.**

Cel 4. Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria).

Dostępność do świadczeń zdrowotnych w Polsce uwarunkowana jest wieloma czynnikami, między innymi ograniczeniami finansowymi wynikającymi z wartości kontraktów zawartych przez NFZ z podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą, przy ograniczonych możliwościach pozyskiwania innych płatników, a także niedostatku personelu medycznego, w szczególności lekarzy specjalistów i pielęgniarek oraz niedostosowanej do potrzeb zdrowotnych infrastrukturze, wreszcie braku sprzętu i aparatury medycznej. Skutkiem braku równowagi między potrzebami zdrowotnymi a możliwościami ich zaspokajania są kolejki do świadczeń zdrowotnych, wydłużony czas oczekiwania na diagnostykę, leczenie i rehabilitację. Działania w powyższym zakresie będą kompatybilne z działaniami systemowymi omawianymi w celach 1–3 i ukierunkowane przede wszystkim na kontynuowanie przedsięwzięć mających na celu zapewnienie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w dziedzinach medycyny takich jak kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria, rehabilitacja medyczna, poprzez dostosowanie modelu kształcenia kadr medycznych do potrzeb systemu opieki zdrowotnej oraz rozwój nowoczesnej infrastruktury, innowacyjnych technologii medycznych w tych priorytetowych dziedzinach.
Zakłada się, że efektami realizacji powyższego celu będą:

- **rozwój i modernizacja zasobów infrastrukturalnych ochrony zdrowia, zgodnie z identyfikowanymi potrzebami kraju i regionów;**
- **zwiększenie liczby pracujących w systemie ochrony zdrowia profesjonalistów medycznych;**
- **krótszy czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne.**

5.3.3. Cele operacyjne i kierunki interwencji do roku 2020

Realizacja celu głównego i celów długookresowych prowadzona będzie w perspektywie do 2020 roku na podstawie czterech celów operacyjnych i odpowiadających im kierunków interwencji zapisanych w dokumentach strategicznych, wpisujących się m.in. w **priorytety zdrowotne**.[103]

W perspektywie średniookresowej działania na rzecz poprawy systemu opieki zdrowotnej w Polsce koncentrować się będą na realizacji następujących celów operacyjnych, których wsparcie będzie realizowane miedzy innymi ze środków funduszy strukturalnych w latach 2014–2020:

Cele operacyjne

Cel A: Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce.

Cel B: Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.

Cel C: Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia.

Cel D: Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych.

103 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. nr 137, poz.1126).

6. Logika interwencji polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia w Polsce, w kontekście wdrażania celów strategicznych w ramach działań finansowanych ze środków krajowych

Zaproponowane i opisane w tym rozdziale narzędzia realizacji przyczyniają się do osiągnięcia wykazanych powyżej celów strategicznych dla ochrony zdrowia oraz rozwiązania zdiagnozowanych problemów. W rozdziale tym przedstawiono spójność wewnętrzną projektowanych w ramach polityki spójności działań, komplementarność z działaniami finansowanymi ze środków krajowych. Ograniczenie liczby narzędzi realizacji służy koncentracji zasobów na najistotniejszych wyzwaniach i potrzebach rozwojowych systemu opieki zdrowotnej. Poniżej zaprezentowana została tabela opisująca strukturę celów (cel główny, cele długoterminowe, cele operacyjne i przypisane im kierunki interwencji zawarte w dokumentach strategicznych oraz narzędzia realizacji.

Tabela 4. Matryca logiczna celów strategicznych, kierunków interwencji i narzędzi opisujących planowane na lata 2014–2020 działania

<table>
<tr><th colspan="6">CEL GŁÓWNY</th></tr>
<tr><td colspan="6">Zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce</td></tr>
<tr><th colspan="6">CELE DŁUGOTERMINOWE DO 2030 r.</th></tr>
<tr><td>DSRK</td><td>1. Opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych</td><td>2. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych do roku 2030 zmian demograficznych, w szczególności wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi</td><td>3. Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej</td><td colspan="2">4. Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria)</td></tr>
<tr><th colspan="6">CELE OPERACYJNE do 2020 r.</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020</td><td>Cel operacyjny A</td><td>Cel operacyjny B</td><td>Cel operacyjny C</td><td colspan="2">Cel operacyjny D</td></tr>
<tr><td>A: Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce</td><td>B: Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi</td><td>C: Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia</td><td colspan="2">D: Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych</td></tr>
</table>

KIERUNKI INTERWENCJI do 2020 r.				
Lp.	Dla celu operacyjnego A	Dla celu operacyjnego B	Dla celu operacyjnego C	Dla celu operacyjnego D
1	Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu	Dostosowanie opieki prenatalnej do modelu późnego macierzyństwa	Wprowadzenie zmian w systemie opieki zdrowotnej (zmiany w modelu finansowania zarządzania – dodatkowe źródła finansowania), zwiększenie efektywności	Zwiększenie dostępu mieszkańcom obszarów peryferyjnych do lekarzy pierwszego kontaktu i lekarzy specjalistów oraz dostępu do usług pielęgnacyjnych i specjalistycznych
2	Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów	Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem	Zwiększenie – z uwzględnieniem możliwości finansowych państwa – wydatków publicznych na ochronę zdrowia z towarzyszącą temu procesowi systematycznie polepszającą się efektywnością zarządzania ww. środkami, ale także stworzenie warunków umożliwiających dalszy rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako dodatkowych źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych	Rozwijanie kształcenia i doskonalenia zawodowego profesjonalistów zajmujących się opieką nad osobami w wieku podeszłym (będących wsparciem dla rodzin sprawujących opiekę nad osobą niesamodzielną i umożliwiających powrót członków rodzin do aktywności zawodowej)
3	Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne	Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobiegania najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży	Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji (nierówności w zdrowiu)	Dostosowanie do prognozowanych potrzeb systemu opieki zdrowotnej, modelu kształcenia kadr medycznych i innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w szczególności w kontekście zmian demograficznych

KIERUNKI INTERWENCJI do 2020 r.				
Lp.	Dla celu operacyjnego A	Dla celu operacyjnego B	Dla celu operacyjnego C	Dla celu operacyjnego D
4	Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego	Intensyfikacja zapobiegania i leczenia próchnicy zębów u dzieci i młodzieży	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych	Kształcenie edukatorów zdrowia odpowiedzialnych za realizację działań w obszarze promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w środowisku lokalnym
5	Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego	Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych i osób niepełnosprawnych	Poprawa zarządzania systemem opieki zdrowotnej i informacją medyczną	Zwiększenie wiedzy personelu medycznego w zakresie możliwości wykorzystywania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w ochronie zdrowia
6	Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków	Wdrożenie nowego modelu opieki nad osobami niesamodzielnymi. Rozwój opieki długoterminowej	Poprawa jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych	
7	Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom	Zwiększenie dostępności i jakości opieki nad osobami starszymi, w tym poprawa dostępności i jakości świadczeń geriatrycznych	Efektywna gospodarka produktami leczniczymi	
8	Poprawa funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego		Dostosowanie otoczenia regulacyjnego i finansowego do potrzeb działalności innowacyjnej	
9	Poprawa infrastruktury ochrony zdrowia, bazy dydaktycznej uczelni medycznych oraz instytutów badawczych			

Narzędzia realizacji współfinansowane z polityki spójności na lata 2014–2020				
Rodzaj	Dla celu operacyjnego A	Dla celu operacyjnego B	Dla celu operacyjnego C	Dla celu operacyjnego D
Działania finansowane ze środków europejskich	Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem, a lekarzami POZ oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentaryzacji opieki nad pacjentem	Wsparcie ponadregionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, doposażenie)	Działania projakościowe dedykowane podmiotom wykonującym działalność leczniczą, w każdym obszarze opieki zdrowotnej (POZ, AOS, leczenia szpitalnego, leczenia uzależnień itd.), w szczególności w celu dostosowania podmiotów leczniczych do zmieniających się warunków epidemiologiczno-demograficznych	Wsparcie kształcenia przeddyplomowego na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym poprzez finansowanie programów rozwojowych dla uczelni medycznych i uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów
	Ogólnokrajowe programy w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia	Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych jednostek zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, doposażenie)	Wykorzystanie organizacji opieki koordynowanej do polepszenia jakości i efektywności dostawy publicznych usług zdrowotnych – pilotaż innowacji organizacyjnej, procesowej i technologicznej	Wsparcie systemu kształcenia praktycznego studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo poprzez tworzenie centrów symulacji medycznej do nauki pielęgniarstwa i położnictwa
	Opracowanie i wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu	Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki geriatrycznej (roboty budowlane, doposażenie)	Poprawa systemu monitorowania potrzeb zdrowotnych (poprawa jakości danych oraz stworzenie narzędzi analitycznych do prognozowania chorobowości, zapotrzebowania na kadry medyczne, infrastrukturę oraz identyfikację „białych plam" w opiece zdrowotnej)	Wsparcie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju
	Opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy	Wypracowanie i wdrożenie rozwiązań systemowych i standardów usług w zakresie tworzenia i rozwoju alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym starszymi i niepełnosprawnymi)	Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących	Wsparcie kształcenia podyplomowego lekarzy realizowanego w innych formach niż specjalizacje

Narzędzia realizacji współfinansowane z polityki spójności na lata 2014–2020				
Rodzaj	Dla celu operacyjnego A	Dla celu operacyjnego B	Dla celu operacyjnego C	Dla celu operacyjnego D
Działania finansowane ze środków europejskich	Opracowanie i wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie czynników ryzyka w miejscu pracy	Opracowanie i wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych	Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej	Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych
	Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi	Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia	Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny	Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów medycznych
	Utworzenie nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć (roboty budowlane, doposażenie)		Upowszechnienie wykorzystania systemów rejestrowych i systemów klasyfikacji medycznych	
	Modernizacja istniejących szpitalnych oddziałów ratunkowych, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie)		Udostępnianie informatycznych narzędzi wsparcia efektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia	
	Modernizacja istniejących centrów urazowych (roboty budowlane, doposażenie)		Poprawa kompetencji cyfrowych świadczeniodawców i świadczeniobiorców	
	Utworzenie nowych centrów urazowych (roboty budowlane, doposażenie)		Wsparcie rozwoju prac badawczych, rozwojowych i innowacyjności (B+R+I) w obszarze zdrowia	

Narzędzia realizacji współfinansowane z polityki spójności na lata 2014–2020				
Rodzaj	Dla celu operacyjnego A	Dla celu operacyjnego B	Dla celu operacyjnego C	Dla celu operacyjnego D
Działania finansowane ze środków europejskich	Wsparcie przyszpitalnych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców – przy SOR-ach oraz jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie)			
	Wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (roboty budowlane, doposażenie) oraz wyposażenie śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy			
	Wsparcie ponadregionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie)			
	Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie)			
	Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych ukierunkowanych na specyficzne dla regionu grupy chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie)			

Przykładowe działania komplementarne do narzędzi interwencji polityki spójności finansowane ze środków krajowych				
Rodzaj	Dla celu operacyjnego A	Dla celu operacyjnego B	Dla celu operacyjnego C	Dla celu operacyjnego D
Działania finansowane ze środków krajowych	Realizacja profilaktyki chorób układu krążenia w ramach POZ	Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016	Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu	Rozwój uczelni medycznych – finansowanie inwestycji w uczelniach medycznych, dotacja dydaktyczna dla uczelni medycznych ma kształcenie studentów i doktorantów
	Program profilaktyki gruźlicy – porada profilaktyczna	Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków	Opracowanie rozwiązań dotyczących mapowania potrzeb zdrowotnych. Określenie potrzeb zdrowotnych grup osób o podwyższonych ryzykach zdrowotnych oraz ludności zamieszkującej w poszczególnych jednostkach terytorialnych kraju - regionalne mapy oceny potrzeb zdrowotnych	Bezzwrotna pomoc materialna dla studentów i doktorantów
	Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy (pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego), program profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny, Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap pogłębionej diagnostyki	Program badań prenatalnych (NFZ)	Uporządkowanie koncepcji i funkcji instytucji systemów opieki zdrowotnej oraz decentralizacja zarządzania systemem na poziom regionalny i lokalny	Wspieranie wymiany akademickiej w zakresie kształcenia i doskonalenia zawodowego w ramach środkowoeuropejskiego Programu Studiów Uniwersyteckich CEEPUS
	Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy Program profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki	Program wieloletni inwestycyjny – Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie	Wprowadzenie nowego modelu rachunku kosztów, nowego modelu zbierania danych kosztowych – przygotowanie i wdrożenie przepisów prawnych regulujących taryfikacje świadczeń zdrowotnych zgodnie z nową metodologią	Rozwój specjalizacji lekarskich – finansowanie etatów rezydenckich, kursów specjalizacyjnych dla lekarzy
	Program wczesnego wykrywania jaskry	Program wieloletni inwestycyjny – Nowa siedziba Szpitala Uniwersyteckiego Kraków- Prokocim	Wdrożenie rozwiązań dotyczących e-zdrowia: e-recepty, e-skierowania, e-zlecenia, elektronicznej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (e-KUZ) oraz powiązanej z nią Karty Specjalisty Medycznego	Rozwój kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych – finansowanie specjalizacji

Przykładowe działania komplementarne do narzędzi interwencji polityki spójności finansowane ze środków krajowych				
Rodzaj	Dla celu operacyjnego A	Dla celu operacyjnego B	Dla celu operacyjnego C	Dla celu operacyjnego D
Działania finansowane ze środków krajowych	Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) – etap podstawowy. Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) – etap specjalistyczny	Program wieloletni inwestycyjny – Szpital Pediatryczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	Opracowanie i wdrożenie rozwiązań dotyczących dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych	Rozwój kształcenia specjalizacyjnego diagnostów laboratoryjnych i farmaceutów – finansowanie kursów specjalizacyjnych
	Program badań przesiewowych noworodków	Projekt dotyczący rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat trzech Maluch	Opracowanie i wdrożenie zastawu standardów akredytacyjnych, w ramach realizacji ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia	Szkolenia dla pracowników ochrony zdrowia nt. przeciwdziałania przemocy w rodzinie
	Badania profilaktyczne, promocja zdrowia w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych	Finansowanie rozwoju zakładów opiekuńczo-leczniczych (Domu Lekarza Seniora oraz Domu Pracownika Służby Zdrowia)	Wdrożenie standardów w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad dziećmi w wieku 0-5 lat	Realizacja projektu „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)”
	Badania profilaktyczne, promocja zdrowia w ramach Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD	Opracowanie i wdrożenie Założeń długofalowej polityki senioralnej w Polsce	Rozwijanie akredytacji podmiotów leczniczych działających w lecznictwie uzależnień	
	Program monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej	Rządowy program na rzecz aktywności społecznej osób starszych	Usprawnienie nadzoru epidemiologicznego nad szpitalami w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych. Dostosowanie obowiązujących przepisów do aktualnie obowiązujących trendów zgodnych z najnowszą wiedzą medyczną. Usprawnienie nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi	

Przykładowe działania komplementarne do narzędzi interwencji polityki spójności finansowane ze środków krajowych				
Rodzaj	Dla celu operacyjnego A	Dla celu operacyjnego B	Dla celu operacyjnego C	Dla celu operacyjnego D
Działania finansowane ze środków krajowych	Profilaktyka i promocja zdrowia w ramach Narodowego Programu Zapobiegania Chorobom Cywilizacyjnym Modul I – Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej	Opracowanie założeń oraz wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie opieki nad matką i płodem w celu przeciwdziałania chorobie hemolitycznej płodu i noworodka w różnych układach grupowych krwi	Efektywne zarządzanie lekami refundowanymi – zmiana przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001r. oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych	
	Profilaktyka i promocja zdrowia w ramach Narodowego Programu Zapobiegania Chorobom Cywilizacyjnym Moduł II –Narodowy Program Profilaktyki i Edukacji Diabetologicznej			
	Badania diagnostyczne w ramach Ogólnopolskiego programu wczesnej diagnostyki obrazowej nowotworów u dzieci			
	Profilaktyka i promocja zdrowia wramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS na lata 2012–2016			
	Profilaktyka i promocja zdrowia w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii			

Przykładowe działania komplementarne do narzędzi interwencji polityki spójności finansowane ze środków krajowych				
Rodzaj	Dla celu operacyjnego A	Dla celu operacyjnego B	Dla celu operacyjnego C	Dla celu operacyjnego D
Działania finansowane ze środków krajowych	Profilaktyka i promocja zdrowia w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych			
	Projekt rozwiązań systemowych w obszarze zdrowia publicznego – projekt ustawy o zdrowiu publicznym. Projekt ustawy o instytucjach systemu ubezpieczeń zdrowotnych (mapowanie potrzeb zdrowotnych)			
	Narodowy program bezpieczeństwa ruchu drogowego GAMBIT – zmniejszenie umieralności z powodu wypadków komunikacyjnych			
	Rozwój infrastruktury ochrony zdrowia w ramach Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo- Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016			
	Rozwój infrastruktury ochrony zdrowia w ramach Narodowego program zwalczania chorób nowotworowych			
	Rozwój infrastruktury ochrony zdrowia w ramach Narodowego programu rozwoju medycyny transplantacyjnej na lata 2011–2020			
	Rozwój infrastruktury ochrony zdrowia w ramach wieloletnich programów inwestycyjnych: Przebudowa i rozbudowa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Wieloletni Program medyczny rozbudowy i przebudowy Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy, Nowa siedziba Szpitala Uniwersyteckiego – Kraków-Prokocim, Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie, Szpital Pediatryczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie, Centrum Medycyny Nieinwazyjnej w Gdańsku, Wieloletni Program Przebudowy i Rozbudowy Samodzielnego Szpitala Klinicznego nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Budowa Zachodniego Centrum Chorób Serca i Naczyń w Poznaniu			

Przykładowe działania komplementarne do narzędzi interwencji polityki spójności finansowane ze środków krajowych				
Rodzaj	Dla celu operacyjnego A	Dla celu operacyjnego B	Dla celu operacyjnego C	Dla celu operacyjnego D
Działania finansowane ze środków krajowych	Rozwój infrastruktury w ramach Programu Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2012–2016			
	Rozwój infrastruktury w ramach realizacji Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne			
	Badania profilaktyczne ukierunkowane na specyficzne problemy zdrowotne w regionach – finansowane ze środków JST			

6.1. Doświadczenia okresu programowania 2007–2013 a założenia programowania polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia w Polsce

W perspektywie finansowej 2007–2013 resort zdrowia po raz pierwszy uczestniczył w systemie realizacji przedsięwzięć finansowanych ze środków europejskich, zarówno w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR), jak i Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS). Doświadczenia, tak negatywne, jak i pozytywne, stanowią istotne źródło planowania kierunków przyszłej perspektywy finansowej w ramach nowego budżetu UE. Podstawowymi narzędziami identyfikacji mocnych i słabych stron stosowanych rozwiązań w zakresie wdrażania polityki spójności w obszarze ochrony zdrowia były konsultacje z ekspertami w ramach Zespołu ds. opracowania dokumentów programowych dla nowej perspektywy finansowej funduszy strukturalnych na lata 2014–2020 w obszarze zdrowia oraz badania ewaluacyjne. Wyniki badań ewaluacyjnych dotyczących działań w sektorze ochrony zdrowia wskazują, że wsparcie w obszarze zdrowia pozytywnie wpływa na jakość świadczenia usług ich dostępność oraz wzrost kompetencji kadry systemu. Jednakże zaobserwowano także słabe punkty w realizacji przedsięwzięć finansowanych ze środków europejskich, które stanowią ważny element planowania działań naprawczych dotyczących kolejnej perspektywy finansowej.

Profilaktyka i promocja zdrowia

Dotychczasowe obserwacje odnoszące się do programów profilaktycznych wskazują,
że należy rozszerzyć potencjalną listę chorób, dla których możliwe będzie opracowanie
i wdrożenie programów. Zakres wsparcia działań profilaktycznych w latach 2007–2013 należy uznać za niewystarczający zarówno pod względem finansowym (na Poddziałanie 2.3.1 *Opracowanie kompleksowych programów zdrowotnych* alokowano najmniej środków w ramach Działania 2.3 PO KL), jak również

pod względem tematycznym. Uwaga skupiona była wyłączenie na opracowaniu programów profilaktycznych dla chorób zawodowych, które stanowią tylko 1,6% wszystkich pierwszorazowych orzeczeń o niezdolności do pracy. Ponadto istotnym ograniczeniem był brak możliwości finansowania badań diagnostycznych. Doświadczenia z realizacji projektów wskazują na potrzebę koncentracji interwencji na przedsięwzięciach wpływających w największym stopniu na rozwiązywanie najważniejszych problemów zdrowotnych i demograficznych. W latach 2014–2020 działania podejmowane w ramach EFS powinny skupić się na ograniczaniu bariery pozostawania bez pracy, jaką jest zły stan zdrowia. Należy jednakże podkreślić, że analiza danych ZUS w zakresie przyczyn orzekania o niezdolności do pracy wskazuje, że główną przyczyną uznawania niezdolności do pracy jest ogólny stan zdrowia. Zgodnie z danymi ZUS[104] wśród osób, które po raz pierwszy uzyskały orzeczenie o niezdolności do pracy, dominują (95,6% przypadków) osoby, których niezdolność do pracy spowodowana została ogólnym stanem zdrowia. Na skutek wypadków przy pracy wydano 2,8% wszystkich orzeczeń pierwszorazowych, a w związku z chorobą zawodową 1,6%. Podstawowymi przyczynami orzekania o niezdolności do pracy w 2012 roku były **choroby układu krążenia** – 22,3% ogółu orzeczeń, **nowotwory** – 21,7%, **zaburzenia psychiczne** – 10,8%, **choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego** – 12,2%, u**razy kości, stawów i tkanek miękkich** – 7,9% oraz **choroby układu nerwowego** – 7,3%. Łącznie wymienione wyżej choroby były przyczyną wydania ponad 82,2% ogółu orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy.[105]

Inwestycje w infrastrukturę

W ramach projektów wzmacniających infrastrukturę ochrony zdrowia w perspektywie finansowej 2007–2013 w większości realizowane były inwestycje punktowe, uwzględniające różnorodne potrzeby poszczególnych podmiotów leczniczych, niezorientowane jednakże na niwelowanie konkretnych obszarów deficytowych w danej dziedzinie lub w danym obszarze. Doświadczenia wskazują na konieczność wzmocnienia koordynacji poziomu regionalnego i centralnego oraz wprowadzenia mechanizmu racjonalizacji przedsięwzięć inwestycyjnych, tj. oceny celowości podejmowania nowych inwestycji w infrastrukturę medyczną.[106] Propozycje rozwiązań zwiększających efektywność wsparcia z funduszy unijnych przedstawiono w rozdziale 7.2. Z uwagi na brak strategicznego podejścia i odpowiedniej koordynacji w perspektywie 2007–2013 nie udało się uniknąć przykładów nieefektywnego wykorzystania środków.[107]

Poprawa zarządzania i jakości

W perspektywie finansowej 2007–2013 jakość zarządzania w sektorze ochrony zdrowia wspierana była poprzez realizację projektów związanych ze zmianami wdrażanymi w systemie ochrony zdrowia. Dzięki środkom EFS możliwe było sprawne uruchomienie nowego systemu rozliczania usług zdrowotnych przez NFZ, systemu JGP, który został wprowadzony w Polsce 1 lipca 2008 r. Głównym celem projektów wspierających zmiany w systemie rozliczania świadczeń było przygotowanie kadry stosującej system JGP do poprawy efektywności zarządzania w ochronie zdrowia. Ważnym obszarem wsparcia dotyczącego jakości w ochronie zdrowia była konieczność roz-

104 A. Kania, M. Łabęcka, *Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy*, ZUS, Warszawa 2009, s. 15.

105 *Ibidem*, s. 24.

106 Raport do badania ewaluacyjnego: *Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO IiŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia, s. 52. Badanie ewaluacyjne pt. Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014–2020*, s. 91.

107 Przykładem nieefektywnego wykorzystania środków jest sfinansowanie utworzenia dwóch podmiotów leczniczych o analogicznym profilu działalności w sąsiadujących województwach, w odległości powodującej brak uzasadnienia inwestycji ze względu na objęcie opieką zbyt małej populacji mieszkańców, zakup wysokospecjalistycznej aparatury medycznej dla kilku placówek konkurujących o środki oddziału NFZ pozwalające na zakontraktowanie świadczeń z użyciem tej aparatury tylko w jednym szpitalu. – Badanie ewaluacyjne pt. *Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014–2020"*, s. 38, 154. Raport do badania ewaluacyjnego: *Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO IiŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia,* s. 52. Raport końcowy badania ewaluacyjnego Wpływ interwencji finansowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ na osiągnięcie celów szczegółowych ww. Priorytetu, s. 144.

wiązania problemu niskiej jakości obowiązującego rachunku kosztów, sprowadzającego się do kalkulacji jednostkowego kosztu średniego, zawierającego narzut kosztów zarządu. Dzięki realizacji projektów EFS możliwe było wypracowanie rozwiązań przyczyniających się do ulepszenia sposobu kalkulacji kosztów usług medycznych i ich wdrożenie. Istotną barierą w realizacji wsparcia jakości w ochronie zdrowia było ograniczenie grupy potencjalnych odbiorców wyłącznie do kadry zarządzającej zakładami opieki zdrowotnej. Doświadczenia we wdrażaniu projektów zmierzających do zmian systemowych, przyczyniających się do poprawy jakości w ochronie zdrowia wskazują, że ze względu na ich wielowymiarowy i dynamiczny charakter konieczne jest umożliwienie jak największej grupie osób zaangażowanych w prace systemu odbycia szkoleń i wymiany doświadczeń. Podstawowym elementem wsparcia jakości zarządzania w ochronie zdrowia w perspektywie finansowej 2007–2013 było wzmocnienie procesu akredytacji jakości. Akredytacja jest sprawdzoną i użyteczną metodą, sugestywnie oddziaływująca na kulturę organizacji ochrony zdrowia, w tym szpitali, zwłaszcza w początkowej fazie wprowadzania zagadnień jakości i bezpieczeństwa opieki w nurt polityki zdrowotnej na poziomie krajowym. W perspektywie finansowej 2007–2013 dzięki środkom EFS możliwa była aktualizacja i poszerzenie zakresu standardów jakości oraz wzrost liczby szpitali posiadających akredytację

E-zdrowie

W obecnej perspektywie finansowej zidentyfikowano potrzeby zmian, które pozwolą na efektywniejsze realizowanie zadań z zakresu koordynacji projektów informacyjnych. Mając na uwadze, że kluczowym dla całego systemu informacji w ochronie zdrowia jest projekt „Elektroniczna platforma gromadzenia, analizy i udostępniania zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych" (P1), istotną kwestią jest zapewnienie interoperacyjności pomiędzy przedmiotowym systemem a rozwiązaniami regionalnymi. Budowie platformy P1 nie towarzyszyła intensywna kampania informująca o założeniach architektonicznych i funkcjonalnościach systemu, budująca markę przedsięwzięcia, a także, co szczególnie istotne, o konieczności zapewniania interoperacyjności projektów w zakresie e-zdrowia realizowanych przez regiony z projektem P1. Zbyt późno udostępniono także dokumentację techniczną, która wspomogłaby projekty regionalne w dostosowaniu się do projektu centralnego, umożliwiając tym samym integrację projektów centralnych realizowanych w ramach POIG 2007–2013 z projektami e-zdrowia na obszarze całego kraju, a w konsekwencji wymianę informacji między CSIOZ a inicjatywami regionalnymi. Mając na uwadze powyższe doświadczenia, a także zalecenia KE oraz NIK, w przypadku przedsięwzięć realizowanych w ramach obecnej perspektywy finansowej najważniejsze znaczenie będzie miało jak najwcześniejsze rozszerzenie zakresu koordynacji projektów regionalnych i indywidualnych. Konieczne jest także rozszerzenie dotychczasowych zadań koordynacyjnych o możliwość wpływu na kryteria oceny zgłaszanych projektów w ramach regionalnych programów operacyjnych (RPO), technologiczne oraz strategiczne wsparcie dla regionów przez CSIOZ, a także stworzenie lepszej platformy komunikacji i wymiany doświadczeń. Kluczową kwestią w każdym projekcie informatycznym jest również zarządzanie zmianą. Dlatego też zalecane jest takie konstruowanie specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIZW), aby zapewnić w każdym przypadku pulę godzin możliwych do wykorzystania (prawo opcji) na realizację nowych funkcjonalności lub zmianę funkcjonalności wcześniej wdrożonych. Dodatkowo rekomendowane jest przewidywanie zamówień uzupełniających w ramach prowadzonych postępowań przetargowych. Ponadto, analizując dotychczasowe doświadczenie w realizacji projektu P1, który jest największym projektem teleinformatycznym oraz bazowym dla całego PIOZ, a liczba głównych odbiorców projektu sięgać będzie około 38 mln osób, istotną kwestią jest zaangażowanie, na jak najwcześniejszym etapie prac, interesariuszy projektu do współtworzenia systemu informacji w ochronie zdrowia zgodnie z wymaganiami prawnymi regulującymi tę współpracę.

Kształcenie kadr medycznych

Jednym z najważniejszych raportów ewaluacyjnych mających wpływ na proces programowania wsparcia w zakresie EFS jest raport „Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej", który powstał

w IV kwartale 2012 r. Z raportu tego wynika, że analizowane projekty w istotny sposób wpływają na doskonalenie zawodowe przedstawicieli zawodów medycznych, przyczyniając się do podnoszenia ich kwalifikacji i umiejętności. Udział w projektach wpłynął na wzrost wśród przedstawicieli zawodów medycznych poczucia potrzeby stałego doskonalenia umiejętności i doszkalania się. Objęci badaniem przedstawiciele zawodów medycznych, dostrzegając konieczność ciągłego dokształcania się, aktualizacji swojej wiedzy i podnoszenia umiejętności, zauważają jednocześnie istotną rolę projektów współfinansowanych ze środków UE w tym procesie. Podkreślają, że ze względów finansowych często nie mogą, bez wsparcia zewnętrznego, pozwolić sobie na opłacenie specjalistycznych kursów, dodatkowych szkoleń i procesu ustawicznego doskonalenia zawodowego. Jednocześnie wskazują na potrzebę ukierunkowania tego wsparcia na odbywanie szkoleń specjalizacyjnych i kursów kwalifikacyjnych. Biorąc pod uwagę całość dotychczasowych doświadczeń z perspektywy 2007–2013, w tym wyniki prowadzonych badań ewaluacyjnych[108], jak również efekty bezpośredniej współpracy z ekspertami i beneficjentami Działania 2.3 PO KL, w procesie projektowania przyszłej perspektyw należy uwzględnić następujące uwarunkowania:

- **wymóg większej koncentracji na szkoleniach praktycznych (wyniki badania ewaluacyjnego wskazują, że w działaniach szkoleniowych adresowanych do przedstawicieli zawodów medycznych, konieczne jest przykładanie możliwie dużej uwagi do zapewnienia odpowiedniej proporcji zajęć teoretycznych i praktycznych);**
- **konieczność większej indywidualizacji kształcenia kadr medycznych (przedstawiciele kadr medycznych uczestniczący w przedsięwzięciach edukacyjnych wskazują, że w czasie realizowania projektów szkoleniowych dla kadr medycznych w szerszym zakresie należy uwzględniać indywidualne potrzeby, wiedzę i możliwości poszczególnych osób szkolonych);**
- **konieczność objęcia wsparciem większej liczby grup zawodowych pracujących w obszarze ochrony zdrowia (zauważalne było niewielkie zróżnicowanie uczestników Działania 2.3 PO KL, w przeważającej części byli to lekarze i pielęgniarki, a w znacząco mniejszym stopniu przedstawiciele innych zawodów medycznych, tacy jak fizjoterapeuci czy opiekunowie medyczni, całkowicie pominięto takie grupy zawodowe, istotne dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w kontekście zachodzących zmian epidemiologicznych, jak na przykład diagności laboratoryjni; objęcie wsparciem możliwie jak największej grupy osób o zawodach medycznych istotnych, gdy chodzi o przeciwdziałanie i leczenie chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej, umożliwi kompleksowe działanie ukierunkowane na przeciwdziałanie głównym problemom systemu kształcenia kadr medycznych).**

6.2. Narzędzia implementacji celów operacyjnych na lata 2014–2020

Przedstawione w rozdziale piątym cele i kierunki interwencji zawarte w dokumentach strategicznych stanowią najważniejszy element w zakresie wypełniania warunkowości *ex ante* dla warunku „Istnienie krajowych lub regionalnych strategicznych ram polityki zdrowotnej w zakresie określonym art. 168. TFUE zapewniających stabilność gospodarczą." Poniżej przedstawione są planowane do realizacji w latach 2014–2020 działania implementujące ww. cele i kierunki interwencji, dotyczące polityki zdrowia.

108 IBC Group (2013) Raport z badania: *Działania na rzecz rozwoju populacyjnych programów profilaktycznych będą koncentrować się na eliminowaniu najistotniejszych barier w dostępie do badań diagnostycznych. Co do zasady bariery uczestnictwa w badaniach przesiewowych dzielone są na: indywidualne, organizacyjno-strukturalne, społecznościowe, populacyjne.*; Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, s. 85.

6.2.1. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego A

Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce

Narzędzie 1.: Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami POZ oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentaryzacji opieki nad pacjentem [C[109]]

Narzędzie 2.: Ogólnokrajowe programy w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia [C[110]]

Narzędzie 3.: Opracowanie i wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu [R[111]]

Narzędzie 4.: Opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy [R]

Narzędzie 5.: Opracowanie i wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie czynników ryzyka w miejscu pracy [R[112]]

Narzędzie 6.: Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i piersi [R[113]]

Narzędzie 7.: Utworzenie nowych SOR-ów, powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć (roboty budowlane, doposażenie) [C[114]]

Narzędzie 8.: Modernizacja istniejących SOR-ów, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie) [C[115]]

Narzędzie 9.: Modernizacja istniejących centrów urazowych (roboty budowlane, doposażenie) [C[116]]

Narzędzie 10.: Utworzenie nowych CU (roboty budowlane, doposażenie) [C[117]]

Narzędzie 11.: Wsparcie przyszpitalnych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy SOR-ach oraz w jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie) [C[118]]

Narzędzie 12.: Wsparcie baz LPR (roboty budowlane, doposażenie) oraz wyposażenie śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy [C[119]]

109 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (POWER).

110 C – C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach POWER.

111 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach RPO.

112 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach RPO.

113 R – typ proj. wdrażany z poziomu regionalnego w ramach RPO.

114 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014–2020 (PO IiŚ).

115 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach PO IiŚ.

116 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach PO IiŚ.

117 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach PO IiŚ.

118 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach PO IiŚ.

119 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego

Narzędzie 13.: Wsparcie ponadregionalnych[120] podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) [C[121]]

Narzędzie 14.: Wsparcie regionalnych[122] podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) [R[123]]

Narzędzie 15.: Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, ukierunkowanych na specyficzne dla regionu grupy chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) [R[124]]

w ramach PO IiŚ.

120 Ponadregionalnym podmiotem leczniczym jest podmiot utworzony przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz instytuty badawcze prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych, a także podmiot powstały z przekształcenia powyższych jednostek.

121 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach PO IiŚ.

122 Regionalnym podmiotem leczniczym – podmiot leczniczy działający w publicznym systemie ochrony zdrowia z wyłączeniem podmiotów, które będą kwalifikowały się do otrzymania wsparcia w ramach PO IiŚ (tj. podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego, podmiotów leczniczych, a także przedsiębiorców powstałych z ich przekształcenia, utworzonych przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, instytuty badawcze prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych, uczestniczące w systemie ochrony zdrowia).

123 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach RPO.

124 R – typ proj. wdrażany z poziomu regionalnego w ramach RPO.

6.2.2. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego B

Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi

Narzędzie 16.: Wsparcie ponadregionalnych podmiotów leczniczych, udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii, oraz innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, doposażenie) [C[125]]

Narzędzie 17.: Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych jednostek zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, doposażenie) [R[126]]

Narzędzie 18.: Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki geriatrycznej[127] (roboty budowlane, doposażenie). [R[128]]

Narzędzie 19.: Wypracowanie i wdrożenie rozwiązań systemowych i standardów usług w zakresie tworzenia i rozwoju alternatywnych

125 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach PO IiŚ.

126 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach RPO.

127 Lokalizacja oddziałów geriatrycznych, ze względu na z reguły długotrwałe hospitalizacje osób starszych, wymaga zapewnienia możliwości łatwego dostępu rodzin pacjentów (powinny być one zlokalizowane blisko miejsca zamieszkania ich rodzin), a tym samym powinny się one znajdować w strukturach szpitali regionalnych i lokalnych. Również charakter udzielanych na ww. oddziałach świadczeń przemawia za poziomem regionalnym i lokalnym.

128 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach RPO.

form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym starszymi i niepełnosprawnymi) [C[129]]

Narzędzie 20.: Opracowanie i wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych [R[130]]

6.2.3. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego C

Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia

Narzędzie 21.: Działania projakościowe przeznaczone dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w każdym obszarze opieki zdrowotnej (POZ, AOS, leczenie szpitalne, leczenie uzależnień itd.), w szczególności w celu dostosowania podmiotów leczniczych do zmieniających się warunków epidemiologiczno-demograficznych [C[131]]

Narzędzie 22.: Wykorzystanie organizacji opieki koordynowanej do polepszenia jakości i efektywności dostawy publicznych usług zdrowotnych – pilotaż innowacji organizacyjnej, procesowej i technologicznej [C[132]]

Narzędzie 23.: Poprawa systemu monitorowania potrzeb zdrowotnych (poprawa jakości danych oraz stworzenie narzędzi analitycznych do prognozowania chorobowości, zapotrzebowania na kadry medyczne, infrastrukturę oraz identyfikację białych plam w opiece zdrowotnej) [C[133]]

Narzędzie 24.: Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących [C[134]]

Narzędzie 25.: Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej [C[135] i R[136]]

Narzędzie 26.: Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny [C[137] i R[138]]

Narzędzie 27.: Upowszechnienie wykorzystania systemów rejestrowych i systemów klasyfikacji medycznych [C[139]]

Narzędzie 28.: Udostępnianie informatycznych narzędzi wsparcia efektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia [C[140]]

Narzędzie 29.: Poprawa kompetencji cyfrowych świadczeniodawców i świadczeniobiorców [C[141]]

129 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach POWER.

130 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach RPO.

131 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach POWER.

132 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach POWER.

133 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach POWER.

134 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach POWER.

135 Typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014–2020 (PO PC).

136 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach RPO.

137 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach PO PC.

138 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach RPO.

139 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach PO PC.

140 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach PO PC.

141 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach PO PC.

Narzędzie 30.: Wsparcie rozwoju prac B+R+I w obszarze zdrowia [C[142] i R[143]]

6.2.4. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego D

Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych

Narzędzie 31.: Wsparcie kształcenia przeddyplomowego na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym poprzez finansowanie programów rozwojowych dla uczelni i instytutów badawczych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej [C[144]]

Narzędzie 32.: Wsparcie systemu kształcenia praktycznego studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo poprzez tworzenie centrów symulacji medycznej do nauki pielęgniarstwa i położnictwa [C[145]]

Narzędzie 33.: Wsparcie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju [C[146]]

Narzędzie 34.: Wsparcie kształcenia podyplomowego lekarzy realizowanego w innych formach niż specjalizacje [C[147]]

Narzędzie 35.: Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych [C[148]]

Narzędzie 36.: Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów medycznych (ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych, pilotów LPR, fizjoterapeutów, terapeutów środowiskowych, opiekunów medycznych, diagnostów laboratoryjnych i farmaceutów) [C[149]]

6.3. Komplementarność celów i narzędzi z polityką sektorową i działaniami podejmowanymi w ramach środków krajowych

Cele i kierunki interwencji w obszarze zdrowia zawarte w dokumentach strategicznych wyznaczają zadania oraz działania realizowane i planowane ze środków krajowych. Dokumentami opisującymi strukturę, zakres i harmonogram tych działań są wymienione w rozdziale 5. dokumenty implementacyjne do strategii, a w szczególności: Plan działań służących realizacji SRK, Plan działań służących realizacji SSP, Dokument implementujący SRKL, Plan działań służących realizacji KSRR. Poniżej omówione zostały działania krajowe w odniesieniu do wykazanych w rozdziale 5. celów operacyjnych na lata 2014–2020.

6.3.1. Komplementarność celu A

Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce z polityką sektorową i działaniami podejmowanymi w ramach środków krajowych

Z uwagi na potrzebę pokazania komplementarnego i holistycznego podejścia do przedsięwzięć proponowanych do współfinansowania ze środków funduszy strukturalnych i środków krajowych przedstawiono po-

142 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacja i Rozwój na lata 2014–2020.

143 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach RPO.

144 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach POWER.

145 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach POWER.

146 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach POWER.

147 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach POWER.

148 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach POWER.

149 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach POWER.

niżej zestawienie wybranych działań krajowych w porządku zgodnym z opisanymi dla celu A narzędziami:

- Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych – komplementarność z narzędziami **1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 14, 15;**
- Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD – komplementarność z narzędziami **1, 2, 3, 4, 5, 13, 14, 15;**
- Narodowy program przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym – komplementarność z narzędziami **1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 14, 15;**
- Narodowy program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych – komplementarność z narzędziami **1, 2, 3,13, 14, 15;**
- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz wydane na jej podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego – komplementarność z narzędziami **7, 8, 9, 10, 11, 12;**
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego – komplementarność z narzędziami **7, 8, 9,10, 11.**
- Program wieloletni „Wymiana śmigłowców Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w latach 2005–2010" – komplementarność z narzędziem nr **11, 12**[150].

6.3.2. Komplementarność celu B

Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi z polityką sektorową i działaniami podejmowanymi w ramach środków krajowych

Z uwagi na potrzebę pokazania komplementarnego i holistycznego podejścia do przedsięwzięć proponowanych do współfinansowania ze środków funduszy strukturalnych i środków krajowych przedstawiono poniżej zestawienie wybranych działań w porządku zgodnym z opisanymi dla celu B narzędziami:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem – komplementarność z narzędziami: **16., 17., 20.;**
- Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – komplementarność z narzędziami: **16., 17., 20.;**
- Program badań przesiewowych noworodków w Polsce – komplementarność z narzędziem **20.;**
- Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego (in vitro) – komplementarność z narzędziem **20.;**
- Program wieloletni Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie – komplementarność z narzędziem **16.;**

150 Narzędzia 11. i 12. są logicznym dopełnieniem inwestycji we flotę LPR. Poprzez wsparcie lotnisk, lądowisk i baz pozwolą na pełne jej wykorzystanie na obszarze całego kraju.

- Program wieloletni Szpital Pediatryczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie – komplementarność z narzędziem **16.;**
- Projekt Ustawy o zmianie Ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw – komplementarność z narzędziami **16, 17, 18, 19, 20.**

6.3.3. Komplementarność celu C

Poprawa efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia z polityką sektorową i działaniami podejmowanymi w ramach środków krajowych

Z uwagi na potrzebę pokazania komplementarnego i holistycznego podejścia do przedsięwzięć proponowanych do współfinansowania ze środków funduszy strukturalnych i środków krajowych przedstawiono poniżej wybrane działania w porządku zgodnym z opisanymi dla celu C narzędziami:

- projekt założeń do projektu Ustawy o instytucjach systemu ubezpieczenia zdrowotnego – komplementarność z narzędziami: **21., 22., 23., 24.;**
- projekt Ustawy o zmianie Ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw – komplementarność z narzędziem **21.;**
- projekt Ustawy o zmianie Ustawy Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw – komplementarność z narzędziami 21. (w szczególności), **22., 23., 24.;**
- założenia do projektu Ustawy o jakości w ochronie zdrowia – komplementarność z narzędziami: **21. (w szczególności), 22., 23., 24.;**
- projekt założeń do projektu Ustawy o zmianie Ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz innych ustaw – komplementarność z narzędziami: **25., 26., 27., 28., 29.;**
- Program „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych" (STRATEGMED) – komplementarność z narzędziem **30.**

6.3.4. Komplementarność celu D

Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych z polityką sektorową i działaniami podejmowanymi w ramach środków krajowych

Z uwagi na potrzebę pokazania komplementarnego i holistycznego podejścia do przedsięwzięć proponowanych do współfinansowania ze środków funduszy strukturalnych i środków krajowych przedstawiono poniżej wybrane działania właściwe dla celu D w porządku zgodnym z opisanymi powyżej narzędziami:

- Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty – ostatnia nowelizacja tej ustawy (z 2011 r.) – komplementarność z narzędziami: **31.,33., 34.;**
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 lipca 2012 r. w sprawie ramowego programu zajęć praktycznych oraz sposobu ich odbywania, dokumentowania i zaliczania – komplementarność z narzędziem **31.;**
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny – komplementarność z narzędziem **33.;**

- Ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej – komplementarność z narzędziami **32.**, **35.**;
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa – komplementarność z narzędziem **31.**;
- Przebudowa i rozbudowa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku – komplementarność z narzędziem **31.**;
- Wieloletni program medyczny rozbudowy i przebudowy Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy – komplementarność z narzędziem **31.**;
- Nowa siedziba Szpitala Uniwersyteckiego – Kraków Prokocim – komplementarność z narzędziem **31.**;
- Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie – komplementarność z narzędziem **31.**;
- Szpital Pediatryczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie – komplementarność z narzędziem **31.**;
- Centrum Medycyny Nieinwazyjnej w Gdańsku – komplementarność z narzędziem **31.**;
- Wieloletni program przebudowy i rozbudowy Samodzielnego Szpitala Klinicznego nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie – komplementarność z narzędziem **31.**;
- Budowa Zachodniego Centrum Chorób Serca i Naczyń w Poznaniu – komplementarność z narzędziem **31.**

Struktura

Jak poprawić strukturę systemu opieki zdrowotnej?

Procesy

Jak poprawić procesy: zarządzanie systemem opieki zdrowotnej?

Wyniki

Jak osiągnąć zamierzone wyniki?

CZĘŚĆ III. Koordynacja, monitoring i finansowanie

7. Monitoring, koordynacja i ewaluacja działań opisanych w „*Policy paper* dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020"

7.1. Założenia systemu koordynacji

Z uwagi na fakt, że „*Policy paper* dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020" ma charakter dokumentu strategiczno-wdrożeniowego, który w swych założeniach i sposobie realizacji wynika z nowego systemu zarządzania strategicznego w Polsce, system jego monitoringu i koordynacji powiązany jest z implementacją DSRK, SRK oraz strategii zintegrowanych. Przedmiotem monitoringu jest postęp wdrożenia celów określonych w *Policy paper* w ujęciu ogólnopolskim i regionalnym. Biorąc pod uwagę skalę zaplanowanych działań, wysokość środków publicznych (krajowych i europejskich) dedykowanych ochronie zdrowia, jak również liczbę podmiotów składających się na system instytucjonalny polityki zdrowotnej w Polsce, koordynacja działań sektora stanowi istotne wyzwanie dla władz publicznych i odbywać się będzie na trzech poziomach:

- **strategicznym – prowadzonym przez władze centralne, które odpowiedzialne są za tworzenie i aktualizację ram strategicznych dla sektora ochrony zdrowia poprzez wyznaczanie głównych kierunków działań;**
- **operacyjnym (technicznym) – prowadzonym przez powołaną do tego celu Grupę Roboczą ds. Koordynacji. Realizacja tego poziomu wspomagana będzie przez Departament Funduszy Europejskich MZ we współpracy z innymi departamentami merytorycznymi resortu, w partnerstwie z innymi podmiotami mającymi wpływ na kształt polityki zdrowotnej w Polsce;**
- **wykonawczym – będzie prowadzony poprzez wdrażanie konkretnych działań (narzędzi) zgodnych z celami „*Policy paper* dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020". Poziom wykonawczy realizowany będzie zarówno na szczeblu centralnym (poprzez działania NFZ, COK, MZ), jak i na szczeblu regionalnym (poprzez działania oddziałów wojewódzkich NFZ, Instytucji Zarządzających RPO).**

Monitoring i koordynacja wdrażania poszczególnych celów, jak również wyznaczenie głównych wyzwań dla poszczególnych podmiotów zaangażowanych w proces jego realizacji odbywa się na podstawie prac **grupy roboczej w zakresie koordynacji polityki zdrowotnej**. W skład grupy roboczej wchodzą m. in. przedstawiciele następujących instytucji: Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju, samorządowych władz wojewódzkich, Narodowego Funduszu Zdrowia (w tym oddziałów wojewódzkich), Centrum Monitowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, centralnych ośrodków koordynujących programy populacyjne, przedstawiciele organizacji społecznych, których działalność statutowa związana jest ochroną zdrowia. W pracach grupy mogą uczestniczyć również konsultanci medyczni oraz reprezentanci organizacji zawodowych pracowników sektora ochrony zdrowia, w tym w szczególności Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Co do zasady, spotkania grupy odbywają się w zależności od potrzeb, niemniej nie rzadziej niż dwa razy w roku. Szczegółowy tryb pracy grupy określa regulamin, którego opracowanie powierza się Ministrowi Zdrowia. Przewodniczącego grupy powołuje i odwołuje Minister Zdrowia. Grupa stanowi forum współpracy i wymiany dobrych praktyk oraz pełni funkcje doradcze, w tym opiniuje działania podejmowane przez poszczególne podmioty zaangażowane we wdrożenie polityki zdrowotnej w Polsce. Efektem prac grupy będzie Plan działania **(Action Plan)**, czyli dokument zawierający rekomendacje dla głównych uczestników procesu tworzenia polityki zdrowotnej, określający m.in. katalog głównych zadań koniecznych do realizacji w obszarze celów określonych przez „*Policy paper*" w kolejnych 12 miesiącach.

Poziom strategiczny
Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju
Ministerstwo Zdrowia

Rola: Wytyczanie kierunków i obszarów działań oraz wyznaczanie instytucji odpowiedzialnych za ich realizację

Poziom operacyjny
Grupa Robocza ds. Koordynacji Polityki Zdrowotnej

Rola: Wspieranie procesu decyzyjnego poziomu strategicznego

- Identyfikacja ryzyka i zagrożeń we wdrażaniu „*Policy paper* dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020".
- Wskazywanie działań służących rozwiązywaniu problemów/prewencji.
- Określanie krótko- i średniookresowych prognoz.
- Ocena funkcjonowania systemu koordynacji pod kątem usunięcia nieprawidłowości.
- Koordynacja przepływu informacji.
- Zlecanie działań ewaluacyjnych o charakterze horyzontalnym.

Strukturą wspomagającą Grupę Roboczą jest Departament Funduszy Europejskich w Ministerstwie Zdrowia

Poziom taktyczny (wykonawczy)
Instytucje zaangażowane we wdrażanie narzędzi implementacyjnych
(na poziomie krajowym i regionalnym)

Rola: Działania wdrożeniowe (realizacja narzędzi implementacji).
Monitoring realizacji działań.

Istotnym instrumentem w zakresie monitoringu i ewaluacji „*Policy paper*" jest możliwość zlecania przez MZ przeglądu jakości i zgodności podejmowanych działań finansowanych ze środków publicznych, służących realizacji celów określonych w tym dokumencie. Raz w roku MZ przygotuje raport oceniający stan realizacji poszczególnych celów. Ponadto w 2018 r. zostanie przeprowadzony śródokresowy przegląd założeń „*Policy paper* dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020", który stanie się podstawą ewentualnej korekty jego zapisów. Zmiany w dokumencie mogą być wprowadzane, o ile wynikają ze zmian w innych dokumentach (np. ustawach, rozporządzeniach, programach operacyjnych itp.). Sprawne i efektywne wdrożenie wszystkich założeń i narzędzi przewidzianych w ramach „*Policy paper*" wymaga zaangażowania zarówno władz centralnych, jak i regionalnych. Potrzeba koordynacji regionalnych działań w sektorze zdrowia z krajowymi kierunkami reform dotyczy zarówno obszarów związanych z działaniami profilaktycznymi, jak i infrastrukturalnymi. Skuteczna koordynacja wdrażania poszczególnych narzędzi ma kluczowe znaczenie dla maksymalizacji efektów zaplanowanych działań. Właściwe mechanizmy koordynacyjne przyczyniają się do osiągania celów operacyjnych i związanych z nimi wskaźników, stymulowania komplementarności, a przede wszystkim zapewnienia spójności, skuteczności i efektywności projektowanych interwencji. **Koordynacja działań określonych przez niniejszy dokument oparta jest o prace grupy roboczej w zakresie koordynacji polityki zdrowotnej.** Podstawowym narzędziem osiągania celów określonych przez „*Policy paper*" jest wspomniany powyżej plan działania. Inne narzędzia koordynacji możliwe do wykorzystania to:

- **wytyczne Ministra Zdrowia lub/i Ministra Infrastruktury i Rozwoju** (np. w zakresie minimalnych warunków dla świadczeniodawców ubiegających się o udział w programie);
- **rekomendacje, opinie i stanowiska Ministra Zdrowia w obszarach objętych wsparciem** wraz z prowadzeniem publicznej bazy tych stanowisk;
- **zapewnienie możliwości udziału ekspertów w obszarze zdrowia** w ocenie projektów dotyczących tego obszaru. Baza ekspertów prowadzona jest przez Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, natomiast wybór ekspertów powierza się MZ;
- **prowadzenie przez MZ witryny internetowej** służącej komunikowaniu, koordynacji, monitorowaniu, wymianie doświadczeń i dobrych praktyk;
- **prowadzenie przez MZ punktów informacyjnych** dotyczących działań w zakresie ochrony zdrowia finansowanych ze środków wspólnotowych.

Tabela 5. Koordynacja w zakresie ochrony zdrowia

Lp.	Temat	Działania z poziomu krajowego	Zakres interwencji ROP
1	PI 8.10 Aktywne i zdrowe starzenie się	■ Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami POZ oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem ■ Ogólnokrajowe programy w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia	■ Opracowanie i wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu ■ Opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy ■ Opracowanie i wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy ■ Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i piersi

Tabela 5. Koordynacja w zakresie ochrony zdrowia

Lp.	Wyłączenia/ograniczenia interwencji z RPO	Narzędzia koordynacji
1	**Koszty kampanii medialnych promujących udział w działaniach profilaktycznych oraz kształcenia kadr medycznym ponoszone są przez władze centralne** Działania profilaktyczne powinny koncentrować się na pięciu głównych typach schorzeń dezaktywizujących rynek pracy w Polsce: ■ chorobach układu krążenia, ■ chorobach nowotworowych, ■ chorobach (zaburzeniach) psychicznych, ■ chorobach układu kostno-stawowego i mięśniowego, ■ chorobach układu oddechowego ■ lub na innych typach schorzeń pod warunkiem, że zostaną one uznane za istotny problem zdrowotny regionu **Ponadto działania władz regionalnych w zakresie profilaktyki powinny:** ■ koncentrować się na dotarciu do osób znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji, tj. wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym, o niskim statusie społecznym i ekonomicznym, z wykształceniem podstawowym; ■ – koncentrować się na dotarciu do osób, które nigdy nie wykonywały badań profilaktycznych (na postawie SIMP); ■ kierunkować wsparcie na osoby zamieszkałe w miejscowości poniżej 20 tys. mieszkańców, w tym w szczególności na obszarach wiejskich; ■ koncentrować działania na powiatach lub gminach o szczególnie niskim poziomie zgłaszalności na badania populacyjne, tj. o poziomie poniżej 30%; ■ wspierać projekty zgłaszane przez podmioty lecznicze dla których organem założycielskim jest pomiot inny niż utworzony przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz instytuty badawcze prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych, a także podmiot powstały z przekształcenia powyższych jednostek	■ **Plan działania dla ochrony zdrowia (Action Plan)** – dokument zawierający rekomendacje dla głównych uczestników procesu tworzenia polityki zdrowotnej, określający m.in. katalog głównych zadań koniecznych do realizacji w obszarze celów określonych przez „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” ■ **Wytyczne ministra zdrowia** Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i piersi – wytyczne w zakresie działań finansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie finansowej 2014–2020 ■ **Rekomendacje, opinie i stanowiska** ministra zdrowia w zakresie działań profilaktycznych wraz z prowadzeniem publicznej bazy tych stanowisk; ■ **Zapewnienie możliwości udziału ekspertów** w obszarze zdrowia w ocenie projektów dotyczących tego obszaru. Szczególną rolą ekspertów będzie ocena celowości podejmowania działań na rzecz zabezpieczenia świadczeń w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego; ■ **Prowadzenie przez MZ witryny internetowej** służącej komunikowaniu, koordynacji, monitorowaniu, wymianie doświadczeń i dobrych praktyk. ■ **Prowadzenie przez MZ punktów informacyjnych** dot. działań w zakresie ochrony zdrowia finansowanych ze środków wspólnotowych.

Tabela 5. Koordynacja w zakresie ochrony zdrowia

Lp.	Temat	Działania z poziomu krajowego	Zakres interwencji ROP
2	PI 9.7 Ułatwienie dostępu do niedrogich trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym	▪ Działania projakościowe dedykowane podmiotom wykonującym działalność leczniczą w każdym obszarze opieki zdrowotnej ▪ Poprawa systemu monitorowania potrzeb zdrowotnych (poprawa jakości danych dotyczących m.in. zapotrzebowania na kadry medyczne, infrastrukturę oraz identyfikację „białych plam" w opiece zdrowotnej) ▪ Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących ▪ Wdrożenie organizacji opieki koordynowanej (OOK) służącej polepszeniu jakości i efektywności publicznych usług zdrowotnych (pilotaż nowej formy organizacji, procesu i rozwiązań technologicznych) ▪ Wypracowanie standardów usług w zakresie usług społecznych (w tym opiekuńczych) i zdrowotnych wobec osób zależnych i niesamodzielnych	▪ Opracowanie i wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych

Tabela 5. Koordynacja w zakresie ochrony zdrowia

Lp.	Wyłączenia/ograniczenia interwencji z RPO	Narzędzia koordynacji
2	Brak	■ **Plan działania dla ochrony zdrowia (Action Plan)** – dokument zawierający rekomendacje dla głównych uczestników procesu tworzenia polityki zdrowotnej, określający m.in. katalog głównych zadań koniecznych do realizacji w obszarze celów określonych przez „Policy paper" ■ **Rekomendacje** dotyczące kryteriów wyboru projektów w ramach konkursów ogłaszanych w ramach programów centralnych i regionalnych współfinansowanych z funduszy strukturalnych. ■ **Udział ekspertów Ministerstwa Zdrowia** w ocenie projektów dotyczących tego obszaru. Szczególną rolą ekspertów będzie ocena celowości podejmowania działań na rzecz zabezpieczenia świadczeń w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego; ■ **Prowadzenie przez MZ witryny internetowej** służącej komunikowaniu, koordynacji, monitorowaniu, wymianie doświadczeń i dobrych praktyk w zakresie projektów realizowanych w ramach obszaru ■ **Prowadzenie przez MZ punktów informacyjnych** dot. działań w zakresie ochrony zdrowia finansowanych ze środków wspólnotowych

Tabela 5. Koordynacja w zakresie ochrony zdrowia

Lp.	Temat	Działania z poziomu krajowego	Zakres interwencji ROP
3	PI 9.1. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych	▪ Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia ▪ Podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego – centra urazowe, SOR, lądowiska przy SOR oraz jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, infrastruktura LPR, ▪ Ponadregionalne podmioty lecznicze – szpitale ogólnodostępne (z wyłączeniem podmiotów prowadzących lecznictwo uzdrowiskowe) w zakresie infrastruktury dedykowanej pięciu głównym grupom chorobowym stanowiącym główne przyczyny niezdolności do pracy i umieralności wśród mieszkańców Polski (choroby układu krążenia, nowotworowe, układu kostno-stawowego i mięśniowego, układu oddechowego, psychiczne) oraz opiece nad matką i dzieckiem	▪ Wzmocnienie regionalnej infrastruktury ochrony zdrowia ▪ Podmioty lecznicze działające w publicznym systemie ochrony zdrowia z wyłączeniem podmiotów, które będą kwalifikowały się do otrzymania wsparcia w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko – w zakresie infrastruktury dedykowanej pięciu głównym grupom chorobowym stanowiącym główne przyczyny niezdolności do pracy i umieralności wśród mieszkańców Polski (choroby układu krążenia, nowotworowe, układu kostno-stawowego i mięśniowego, układu oddechowego, psychiczne) oraz specyficznym, zdiagnozowanym potrzebom regionalnym, a także infrastruktury istotnej z punktu widzenia trendów demograficznych, tj. dedykowanej opiece nad matką i dzieckiem oraz osobom starszym

Tabela 5. Koordynacja w zakresie ochrony zdrowia

Lp.	Wyłączenia/ograniczenia interwencji z RPO	Narzędzia koordynacji
3	**Wsparcie w ramach RPO nie może co do zasady obejmować:** - wsparcia infrastruktury ratownictwa medycznego - wsparcia infrastruktury ponadregionalnych podmiotów leczniczych (podmiotów leczniczych, a także przedsiębiorców powstałych z ich przekształcenia, utworzonych przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, instytuty badawcze prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych, uczestniczące w systemie ochrony zdrowia). - wsparcia infrastruktury w zakresie innym niż pięć głównych grup chorobowych stanowiących główne przyczyny niezdolności do pracy i umieralności wśród mieszkańców Polski (choroby układu krążenia, nowotworowe, układu kostno-stawowego i mięśniowego, układu oddechowego, psychiczne) oraz specyficznych, zdiagnozowanych potrzeb regionalnych - wsparcia infrastruktury innej niż infrastruktura istotna z punktu widzenia trendów demograficznych, tj. dedykowana opiece nad matką i dzieckiem oraz osobom starszym	- **Plan działania dla ochrony zdrowia (Action Plan)** – dokument zawierający rekomendacje dla głównych uczestników procesu tworzenia polityki zdrowotnej, określający m.in. katalog głównych zadań koniecznych do realizacji w obszarze celów określonych przez „Policy paper" - **Rekomendacje** dotyczące kryteriów wyboru projektów w ramach konkursów ogłaszanych w ramach programów centralnych i regionalnych współfinansowanych z funduszy strukturalnych. - **Prowadzenie przez MZ witryny internetowej** służącej komunikowaniu, koordynacji, monitorowaniu, wymianie doświadczeń i dobrych praktyk w zakresie projektów realizowanych w ramach obszaru. - **Prowadzenie przez MZ punktów informacyjnych** dot. działań w zakresie ochrony zdrowia finansowanych ze środków wspólnotowych Źródło: *Opracowanie własne.*

7.2. Mechanizmy zapewniające maksymalizację skuteczności i efektywności działań wdrażanych w latach 2014–2020

Na potrzeby opracowania dokumentu „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020" zidentyfikowano najważniejsze potrzeby i deficyty w ujęciu ogólnokrajowym i regionalnym, wykorzystując analizę danych dotyczących zasobów kadrowych i infrastrukturalnych.[151] Wsparcie infrastruktury podmiotów leczniczych, zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym, koncentrować się będzie na tych obszarach, w których deficyty są szczególnie dotkliwe z punktu widzenia realizacji celu głównego, tj. zwiększenia długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce. Takie skupienie się na wybranych obszarach zapewni najwyższą możliwą efektywność podejmowanych działań. Jednocześnie zbadanie sytuacji nie tylko na poziomie krajowym, lecz także wojewódzkim zagwarantuje, że inwestycje regionalne będą realizowane w ramach celów krajowych, ale z uwzględnieniem specyfiki regionów. Ponadto wprowadzony zostanie mechanizm zapewniający weryfikację racjonalności inwestycji na poziomie indywidualnego projektu, poprzez wymóg przedłożenia na etapie aplikowania o środki UE zarówno programu działań o charakterze restrukturyzacyjnym, ukierunkowanych na optymalizację zasobów podmiotu leczniczego, jak i odpowiednich rozwiązań organizacyjno-zarządczych. Tym samym realizacja inwestycji powiązana będzie z wdrożeniem przez podmiot leczniczy działań prowadzących do poprawy jego efektywności, co przyczyni się do lepszego wykorzystania środków finansowych w systemie ochrony zdrowia oraz zwiększenia dostępności świadczeń zdrowotnych. Poza propozycją zestawu działań naprawczych i projekcji ich wpływu na poprawę sytuacji finansowo-ekonomicznej beneficjenta program będzie musiał przedstawiać adekwatność powyższych działań do aktualnej i prognozowanej sytuacji epidemiologiczno-demograficznej oraz do potrzeb wskazywanych przez płatnika. **W ten sposób do dofinansowania przyjęte będą wyłącznie projekty: uzasadnione z punktu widzenia potrzeb i deficytów w zakresie sytuacji epidemiologiczno-demograficznej oraz podaży usług zdrowotnych na danym obszarze, a także z punktu widzenia ich pozytywnego wpływu na racjonalne zasady gospodarowania i efektywność podmiotów leczniczych.** Jak wynika z doświadczeń perspektywy finansowej 2007-2013, istotną barierą w realizacji wsparcia jakości w ochronie zdrowia było ograniczenie grupy potencjalnych odbiorców wyłącznie do kadry zarządzającej zakładami opieki zdrowotnej. Ze względu na wielowymiarowy i dynamiczny charakter zmian systemowych przyczyniających się do poprawy jakości w ochronie zdrowia konieczne jest umożliwienie jak największej grupie osób zaangażowanych w prace nad systemem obycia szkoleń i wymiany doświadczeń. Dlatego postulowaną zmianą w tym zakresie będzie rozszerzenie potencjalnej grupy osób biorących udział w szkoleniach na wszystkie grupy zawodowe istotne, gdy chodzi o podniesienie jakości systemu zarządzania. Dotychczasowe doświadczenia we wdrażaniu standardów jakości w ochronie zdrowia wskazują na konieczność zwrócenia większej uwagi na te podmioty lecznicze, które do tej pory nie zostały poddane procedurze akredytacyjnej; również konieczne staje się stałe budowanie rozpoznawalności marki akredytacji. Ponadto zasadne jest dalsze rozwijanie programu akredytacji dla szpitali, przy jednoczesnym wsparciu certyfikacji pozostałych obszarów świadczenia usług zdrowotnych, w tym przede wszystkim na poziomie POZ.

7.3. Instrumenty monitoringu opisane w strategiach na lata 2014–2020 i wskaźniki kontekstowe ochrony zdrowia zawarte w krajowych i wojewódzkich dokumentach strategicznych

Dokumenty strategiczne określają instrumenty monitoringu i ewaluacji pozwalające na ocenę postępów w implementacji krajowych ram strategicznych. System monitoringu przyjętych przez Radę Ministrów dokumentów strategicznych oparty jest na zasadach tzw. wielostronnej koordynacji oraz zarządzania wielopoziomowego, przez aktywne współdziałanie podmiotów różnych szczebli administracji publicznej. W każdym dokumencie strategicznym zawarty jest rozdział dotyczący monitoringu danej strategii, np. w ramach Strategii Rozwoju Kraju 2020 – roczne sprawozdania na temat postępów realizacji

151 *Analiza porównawcza ...*, ***op. cit.***

działań przyjmowane przez Radę Ministrów i przekazywane Sejmowi i Senatowi; w ramach Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego i Strategii Sprawne Państwo – roczne raporty przekazywane do Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju.

Podstawowym punktem odniesienia w ocenie realizacji działań zapisanych w dokumentach strategicznych są zawarte w nich wskaźniki kluczowe i szczegółowe, które będą monitorowane przy współpracy z Głównym Urzędem Statystycznym. Na potrzeby monitorowania wartości wskaźników utworzony został system STRATEG – System wskaźników kluczowych dla polityki rozwoju, który znacząco przyczyni się do jeszcze efektywniejszego wykorzystania zasobów informacyjnych statystyki publicznej w procesie monitorowania i ewaluowania szeroko rozumianego rozwoju społeczno-gospodarczego. W systemie STRATEG uwzględniono wszystkie wskaźniki kontekstowe dla obszaru zdrowia zawarte w dokumentach strategicznych.

Tabela 6. Wskaźniki kontekstowe dla obszaru zdrowie, zawarte w dokumentach strategicznych

Wskaźniki kontekstowe dla obszaru zdrowie, zawarte w dokumentach strategicznych	2010	2011	2020
	Wartość wskaźnika		
Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (EHCI) (pkt) (DSRK 2030)		577	750 [152]
Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia EHCI (pozycja w rankingu)		27	wzrost
Liczba jednostek koncentratu krwinek czerwonych (KKCz) wydanych do lecznictwa na 1000 osób	27,35	28,04	34,91
Liczba lekarzy dentystów na 1 tys. ludności (OECD Health Data)	0,33	0,34	wzrost
Liczba lekarzy na 1 tys. ludności (OECD Health Data)	2,16	2,19	wzrost
Liczba lekarzy na 10 tys. ludności (KSRR)	34,9	35,3	50,4
Liczba lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie geriatrii na 100 tys. ludności	0,60	0,66	1,5
Liczba pielęgniarek i położnych na 10 tys. ludności	61,2	62,9	65,7
Liczba pielęgniarek na 1 tys. ludności (OECD Health Data)	5,21	5,21	wzrost
Liczba położnych na 1 tys. ludności (OECD Health Data)	0,59	0,59	wzrost
Liczba przeszczepień narządów na 1 mln mieszkańców	34,96	38,17	57,5
Odsetek noworodków objętych badaniami przesiewowymi w kierunku rzadkich wad metabolizmu (%)	28,6	43,2	100

152 Wskaźnik określony w DSRK 2030 dla roku docelowego 2030.

Tabela 6. Wskaźniki kontekstowe dla obszaru zdrowie, zawarte w dokumentach strategicznych

Wskaźniki kontekstowe dla obszaru zdrowie, zawarte w dokumentach strategicznych	2010	2011	2020
	Wartość wskaźnika		
Odsetek zgonów kobiet z powodu nowotworu szyjki macicy (%)	1,0	0,9	spadek
Przeciętne trwanie życia (lata)	76,4	76,9	wzrost
Przeciętne trwanie życia w zdrowiu kobiet (lata)	62,3	63,3	75 [153]
Przeciętne trwanie życia w zdrowiu mężczyzn (lata)	58,5	59,1	69 [154]
Udział wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego spełniających parametry czasu dotarcia w całkowitej liczbie wyjazdów do stanów nagłego zagrożenia zdrowia lub życia (%)	91	87	96
Urodzenia żywe na 1000 ludności	10,7	10,1	wzrost
Wskaźnik przeżyć pięcioletnich w przypadku kobiet chorujących z powodu nowotworu jajnika (%)	42,6		wzrost
Wskaźnik przeżyć pięcioletnich w przypadku kobiet chorujących z powodu nowotworu sutka (%)	77,2		wzrost
Wskaźnik przeżyć pięcioletnich w przypadku kobiet chorujących z powodu nowotworu trzonu macicy (%)	78,7		wzrost
Wskaźnik przeżyć pięcioletnich w przypadku mężczyzn chorujących z powodu nowotworu gruczołu krokowego (%)	76,4		wzrost
Wskaźnik przeżyć pięcioletnich w przypadku osób chorujących z powodu nowotworów (%)	45,5		wzrost

153 Wskaźnik określony w DSRK 2030 dla roku docelowego 2030.

154 Wskaźnik określony w DSRK 2030 dla roku docelowego 2030.

Tabela 6. Wskaźniki kontekstowe dla obszaru zdrowie, zawarte w dokumentach strategicznych

Wskaźniki kontekstowe dla obszaru zdrowie, zawarte w dokumentach strategicznych	2010	2011	2020
	Wartość wskaźnika		
Wskaźnik przeżyć pięcioletnich w przypadku osób chorujących z powodu nowotworu jelita grubego (%)	48,3		wzrost
Wskaźnik przeżyć pięcioletnich w przypadku osób chorujących z powodu nowotworu pęcherza moczowego (%)	62,2		wzrost
Wskaźnik przeżyć pięcioletnich w przypadku osób chorujących z powodu nowotworu płuca (%)	13,1		wzrost
Wskaźnik przeżyć pięcioletnich w przypadku osób chorujących z powodu nowotworu żołądka (%)	17,6		wzrost
Współczynnik współpłacenia przez pacjentów za leki refundowane (%)	32,26	33,34	28
Zgony kobiet z powodu nowotworu szyjki macicy na 100 tys. kobiet	8,8	8,3	spadek
Zgony kobiet z powodu nowotworu złośliwego sutka na 100 tys. kobiet	26,5	27,4	spadek
Zgony na 1000 ludności	9,8	9,7	spadek
Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych	5,0	4,7	3,0
Zgony noworodków na 1000 urodzeń żywych	3,5	3,2	spadek
Zgony osób w wieku do 65 lat z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności w tym wieku	97,1	95,0	spadek
Zgony z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności	451,8	440,9	spadek
Zgony z powodu nowotworów na 100 tys. ludności	249,4	249,2	spadek

7.4. Wskaźniki realizacji celów operacyjnych i narzędzi implementacji w ramach polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia

Poniższe zestawienie wskaźników realizacji celów operacyjnych i narzędzi implementacji sporządzono, wykorzystując katalogi wskaźników zawarte w projektach następujących programów operacyjnych: Infrastruktura i Środowisko, Wiedza, Edukacja, Rozwój, a także Inteligentny Rozwój. Wskaźniki odnoszące się do działań regionalnych nie zostały ujęte w tym zestawieniu, ponieważ będą zawarte w poszczególnych RPO, których opracowywanie do dnia sporządzenia *Policy paper* nie zostało zakończone.

Tabela 7. Wskaźniki realizacji celów operacyjnych i narzędzi implementacji

Komponent Centralny						Komponent Regionalny				
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny A: Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i leczenia ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce	Narzędzie **1**: Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem, a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentaryzacji opieki nad pacjentem. EFS (CT 9, PI 8.10)	Liczba opracowanych programów profilaktycznych	15	Liczba wdrożonych programów profilaktycznych	15	Narzędzie **3**: Opracowanie i wdrożenie programów profilaktycznych dot. chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu EFS	Nazwy i wartości wskaźników dla narzędzi dotyczących ochrony zdrowia w poszczególnych województwach określone są w Regionalnych Programach Operacyjnych			
						Narzędzie **4**: Opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy EFS				
	Narzędzie **2**: Ogólnokrajowe programy w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia EFS (CT 9, PI 8.10)					Narzędzie **5**: Opracowanie i wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy EFS				
						Narzędzie **6**: Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi EFS				

Komponent Centralny						Komponent Regionalny				
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny A: Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i leczenia ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce	Narzędzie **7**: Utworzenie nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć (roboty budowlane, doposażenie) EFRR (CT 9, PI 9.1)	Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	121	Średnia liczba osób przypadająca na szpitalny oddział ratunkowy	152 tys.					
	Narzędzie **8**: Modernizacja istniejących szpitalnych oddziałów ratunkowych, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie) EFRR (CT 9, PI 9.1)									
	Narzędzie **9**: Modernizacja istniejących centrów urazowych (roboty budowlane, doposażenie) EFRR (CT 9, PI 9.1)									

Komponent Centralny						Komponent Regionalny				
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny A: Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i leczenia ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce	Narzędzie **10**: Utworzenie nowych centrów urazowych (roboty budowlane, doposażenie) EFRR (CT 9, PI 9.1)	Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	121	Średnia liczba osób przypadająca na szpitalny oddział ratunkowy	152 tys.					
	Narzędzie **11**: Wsparcie przyszpitalnych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców - przy SOR-ach oraz jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie) EFRR (CT 9, PI 9.1)									
	Narzędzie **12**: Wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (roboty budowlane, doposażenie) oraz wyposażenie śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy EFRR (CT 9, PI 9.1)									

Komponent Centralny						Komponent Regionalny				
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny A: Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i leczenia ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce	Narzędzie **13**: Wsparcie ponadregionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) EFRR (CT 9, PI 9.1)	Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	50	Do określenia na późniejszym etapie prac	Do określenia na późniejszym etapie prac	Narzędzie **14**: Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) EFRR (CT 9, PI 9.1)				
						Narzędzie **15**: Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych ukierunkowanych na specyficzne dla regionu grupy chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) EFRR (CT 9, PI 9.1)				

Komponent Centralny						Komponent Regionalny				
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny B: Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi	Narzędzie **16**: Wsparcie ponadregionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, doposażenie) EFRR (CT 9, PI 9.1)	Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	50	Do określenia na późniejszym etapie prac	Do określenia na późniejszym etapie prac	Narzędzie **17**: Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, doposażenie) EFRR (CT 9, PI 9.1)				
						Narzędzie **18**: Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki geriatrycznej (roboty budowlane, doposażenie) EFRR (CT 9, PI 9.1)				

Komponent Centralny						Komponent Regionalny				
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny B: Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi	Narzędzie **19** : Wypracowanie i wdrożenie rozwiązań systemowych i standardów usług w zakresie tworzenia i rozwoju alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym starszymi i niepełnosprawnymi). EFS (CT 9, PI 9.7)	Liczba podmiotów leczniczych objętych wsparciem	220	Liczba podmiotów leczniczych, które wdrożyły działania projakościowe	176	Narzędzie **20**: Opracowanie i wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych EFS	Nazwy i wartości wskaźników dla narzędzi dotyczących ochrony zdrowia w poszczególnych województwach określone są w Regionalnych Programach Operacyjnych			

Komponent Centralny						Komponent Regionalny				
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny C: Poprawa efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej	Narzędzie **21**: Działania projakościowe dedykowane podmiotom wykonującym działalność leczniczą, w każdym obszarze opieki zdrowotnej (podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego i leczenia uzależnień itd.), w szczególności w celu dostosowania podmiotów leczniczych do zmieniających się warunków epidemiologiczno-demograficznych EFS (CT 9, PI 9.7)	Liczba podmiotów leczniczych objętych wsparciem	220	Liczba podmiotów leczniczych, które wdrożyły działania projakościowe	176					
	Narzędzie **22**: Wykorzystanie organizacji opieki koordynowanej (OOK) do polepszenia jakości i efektywności dostawy publicznych usług zdrowotnych – pilotaż innowacji organizacyjnej, procesowej i technologicznej EFS (CT 9, PI 9.7)									

Komponent Centralny						Komponent Regionalny				
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny C: Poprawa efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej	Narzędzie **23**: Poprawa systemu monitorowania potrzeb zdrowotnych (poprawa jakości danych oraz stworzenie narzędzi analitycznych do prognozowania chorobowości, zapotrzebowania na kadry medyczne, infrastrukturę oraz identyfikację „białych plam" w opiece zdrowotnej) EFS (CT 9, PI 9.7	Liczba modeli analitycznych na rzecz ochrony zdrowia opracowanych w ramach programu	33	Odsetek województw objętych monitoringiem potrzeb zdrowotnych	100%					
	Narzędzie **24**: Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących EFS (CT 9, PI 9.7)	Liczba pracowników administracji systemu ochrony zdrowia objętych wsparciem EFS w celu poprawy jego efektywności	10 000	Liczba pracowników administracyjnych sektora ochrony zdrowia, którzy podnieśli kompetencje w zakresie zarządzania	9 000					

Komponent Centralny						Komponent Regionalny				
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny C: Poprawa efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej	Narzędzie **25** Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej EFRR (CT 9, PI 9.1)	Liczba rodzajów dokumentów medycznych, dla których opracowano formaty elektroniczne	5	Liczba formatów elektronicznych dokumentów medycznych stosowanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą	5	Narzędzie 25 Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej EFRR (CT 9, PI 9.1)	Liczba rodzajów dokumentów medycznych, dla których opracowano formaty elektroniczne		Liczba formatów elektronicznych dokumentów medycznych stosowanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą	5
				Udział pacjentów korzystających z IKP w ogólnej populacji pacjentów w Polsce	30%				Udział usługodawców w Polsce stosujących systemy klasy eHR pośród wszystkich usługodawców:	100%
				Udział recept elektronicznych wśród wszystkich wystawianych recept w Polsce	40%					

Komponent Centralny						Komponent Regionalny				
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny C: Poprawa efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej	Narzędzie **26** Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny EFRR (CT 9, PI 9.1)	Liczba platform centralnych integrujących albo zapewniających interoperacyjność specjalizowanych systemów telemedycznych	1	Liczba specjalizowanych systemów telemedycznych udostępnianych z wykorzystaniem platformy centralnej	2	Narzędzie 26 Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny EFRR (CT 9, PI 9.1)	Liczba regionów posiadających dostęp do platform telemedycznych	16	Udział systemów klasy HIS lub telemedycznych wykorzystujących rozwiązania typu CDSS lub CIG pośród wszystkich systemów klasy HIS lub telemedycznych	70%
				Udział pacjentów korzystających z systemów telemedycznych w ogólnej populacji pacjentów w Polsce	25%					
				Udział refundowanych procedur medycznych wykorzystujących rozwiązania klasy CIG lub telemedycznymi pośród wszystkich procedur refundowanych	20%					

Komponent Centralny						Komponent Regionalny				
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny C: Poprawa efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej	Narzędzie **27** Upowszechnienie wykorzystania systemów rejestrowych i systemów klasyfikacji medycznych EFRR (CT 9, PI 9.1)	Liczba centralnych systemów zapewniających spójne udostępnianie danych z rejestrów medycznych	1	Udział podmiotów wykonujących działalność leczniczą korzystających z danych rejestrowych za pośrednictwem centralnej platformy	50%					
		Liczba udostępnionych systemów klasyfikacji medycznych międzynarodowymi	3	Udział procesów opieki zdrowotnej, w których stosuje się kody z systemów klasyfikacji medycznych	100%					
				Udział ustawowych rejestrów medycznych udostępnianych przez platformę centralną	100%					

Komponent Centralny						Komponent Regionalny				
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny C: Poprawa efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej	Narzędzie **28** Upowszechnienie informatycznych narzędzi wsparcia efektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia EFRR (CT 9, PI 9.1)	Liczba systemów informatycznych wspomagających zarządzanie systemem ochrony zdrowia	2	Udział podmiotów wykonujących działalność leczniczą, udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, monitorowanych systemami oceny efektywności działania	100%					
		Liczba centralnych platform internetowych udostępnionych przez MZ dla pacjenta	1	Udział instytucji ochrony zdrowia wykorzystujących informatyczne narzędzia analityczne w podejmowaniu decyzji strategicznych na poziomie centralnym/regionalnym	80%					
	Narzędzie **29** Poprawa kompetencji cyfrowych usługodawców i usługobiorców EFRR (CT 9, PI 9.1)	Liczba programów edukacyjnych w zakresie poprawy kompetencji cyfrowych usługodawców i usługobiorców	3	Udział usługodawców korzystających z systemów informatycznych w ochronie zdrowia	50%					

Komponent Centralny						Komponent Regionalny				
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny C: Poprawa efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej	Narzędzie **29** Poprawa kompetencji cyfrowych usługodawców i usługobiorców EFRR (CT 9, PI 9.1)	Liczba programów edukacyjnych w zakresie poprawy kompetencji cyfrowych usługodawców i usługobiorców	3	Udział usługobiorców korzystających z co najmniej jednej klasy systemów: 1. P1.IKP 2. P1.eRecepta 3. NFZ.ZIP 4. Systemy telemedyczne	40%					
				Udział profesjonalistów korzystających bezpośrednio lub pośrednio z zasobów systemu P1 CSIOZ w ogólnej licznie profesjonalistów	100%					
				Liczba polskich czasopism naukowych lub z polskim szefem komitetu redakcyjnego z zakresu informatyki medycznej lub telemedycyny posiadających IF według bazy JCR	10					
				Liczba polskich czasopism naukowych z zakresu informatyki medycznej lub telemedycyny punktowanych przez MNiSW	30					

Komponent Centralny						Komponent Regionalny				
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny C: Poprawa efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej	Narzędzie **30** Wsparcie rozwoju prac badawczych, rozwojowych i innowacyjności (B+R+I) w obszarze ochrony zdrowia EFRR (CT 9, PI 9.1)					Narzędzie 30 Wsparcie rozwoju prac badawczych, rozwojowych i innowacyjności (B+R+I) w obszarze ochrony zdrowia EFRR (CT 9, PI 9.1)	Udział nakładów na B+R w PKB	Wzrost do 2020 do 1,7% PKB (dotyczy nakładów na wszystkie obszary B+R)		

Komponent Centralny						Komponent Regionalny				
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny D: Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w	Narzędzie: **31** Wsparcie kształcenia przed-dyplomowego na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym poprzez finansowanie programów rozwojowych dla uczelni i instytutów badawczych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej EFS (CT 10, PI 10.2) Narzędzie **32**: Wsparcie systemu kształcenia praktycznego studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo poprzez tworzenie centrów symulacji medycznej do nauki pielęgniarstwa i położnictwa EFS (CT 10, PI 10.2)	Liczba opracowanych programów rozwojowych uczelni kształcących na kierunkach medycznych	30	Liczba wdrożonych programów rozwojowych na uczelniach kształcących na kierunkach medycznych opracowanych dzięki wsparciu z EFS	30					

Komponent Centralny						Komponent Regionalny				
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny D: Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej	Narzędzie **33**: Wsparcie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju. EFS (CT 9, PI 10.3)	Liczba lekarzy objętych wsparciem	15 700	Liczba przedstawicieli zawodów medycznych, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kompetencje zawodowe	12 560					
	Narzędzie **34** Wsparcie kształcenia podyplomowego lekarzy realizowanego w innych formach niż specjalizacje. EFS (CT 9, PI 10.3)									
	Narzędzie **35** Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. EFS (CT 9, PI 10.3)	Liczba pielęgniarek i położnych objętych kształceniem podyplomowym w programie	30 000	Liczba pielęgniarek i położnych, które uzyskały kwalifikacje po opuszczeniu programu	19 200					
	Narzędzie **36** Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów medycznych EFS (CT 9, PI 10.3)	Liczba przedstawicieli innych zawodów medycznych oraz zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia objętych wsparciem w programie	11 525	Liczba przedstawicieli zawodów medycznych, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kompetencje zawodowe	9 220					

8. Ramy finansowe

Finansowanie wydatków na zdrowie w latach 2010–2013

W poniższej analizie wydatków na zdrowie uwzględniano dane dotyczące wysokości wydatków przeznaczonych na ten cel z budżetu państwa (ujętych w budżecie środków krajowych), JST oraz NFZ. W ramach wydatków NFZ wzięto pod uwagę koszty świadczeń zdrowotnych. Przedstawione dane pochodzą ze sprawozdań rocznych z wykonania budżetu państwa, sprawozdań z wykonania wydatków za IV kwartał JST w dziale ochrona zdrowia oraz sprawozdań z wykonania planu finansowego NFZ. W celu zachowania porównywalności danych w analizie wykonania wydatków na zdrowie w kończącej się perspektywie finansowej do analizy wzięto lata 2010–2013. Jednym z najważniejszych wskaźników dotyczących wielkości wydatków publicznych na zdrowie jest ich procentowy udział w PKB.

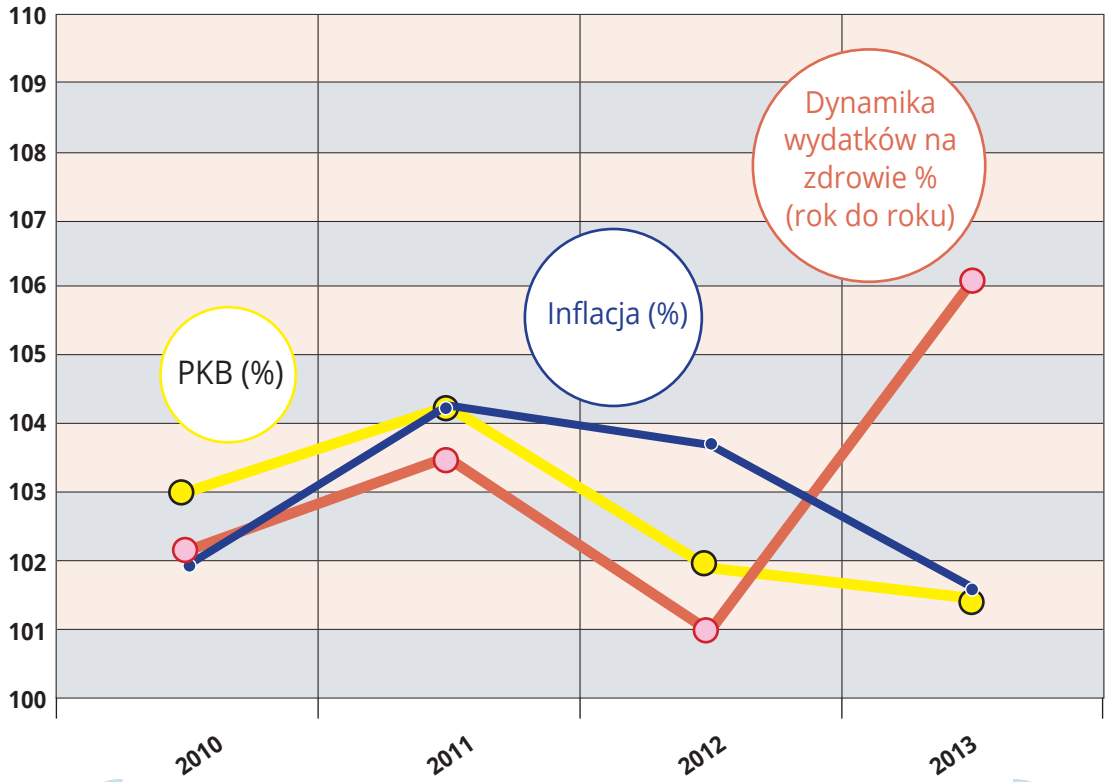
We wskazanym okresie wydatki publiczne na zdrowie stanowiły średnio 4,8% PKB. W ujęciu nominalnym wydatki publiczne na zdrowie wzrosły z 70 857,9 mln zł w roku 2010 do 78 793,1 mln zł w 2013 r., tj. o 10,9%, co roku średnio o 3%.

Tabela 8. Wydatki publiczne na zdrowie w PKB w latach 2010–2013

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013
Wydatki publiczne na zdrowie (w mld zł)	70,9	73,4	74,1	78,8
Dynamika wydatków na zdrowie % (rok do roku)	102,1	103,5	101	106,3
PKB (%)	103	104,3	101,9	101,5
PKB (w mld zł)	1412,1	1524,7	1595,3	1642,9
Inflacja (%)	102	104,3	103,7	101,6
Udział wydatków publicznych na zdrowie w PKB (%)	5	4,8	4,6	4,8

Źródło: *Opracowanie własne*

Wykres 4. Wzrost wydatków na zdrowie w poszczególnych latach w porównaniu do dynamiki wzrostu cen oraz PKB



Wśród wydatków publicznych na zdrowie 81–83% stanowią wydatki NFZ, 11–12% wydatki w ramach budżetu państwa, a 4–5% wydatki jednostek samorządu terytorialnego.

Wykres 5. Wydatki publiczne na zdrowie, w mld zł

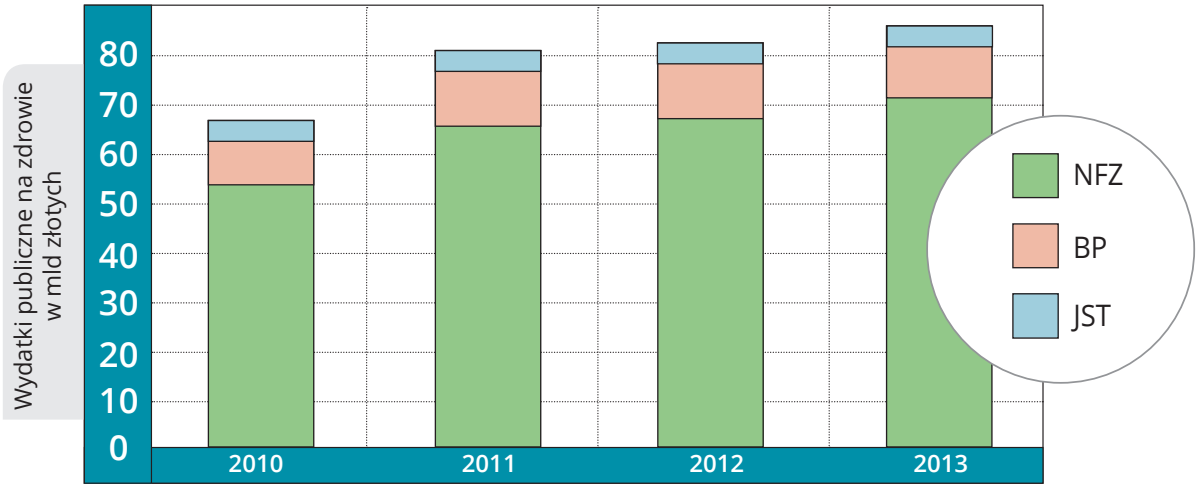


Tabela 9. Podział wydatków na poszczególne kategorie oraz ich finansowanie ze środków publicznych

Rodzaj wydatków	2010				2011			
	NFZ	BP	JST	razem	NFZ	BP	JST	razem
	w mln zł							
Podstawowa opieka zdrowotna	7 248,8			7 248,8	7 334,7			7 334,7
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	4 196,9	-	157,3	4 354,2	4 437,2	-	72,2	4 509,4
Leczenie szpitalne, w tym:	26 905,7	289,5	1 421,8	28 617,0	27 552,1	607,0	1 367,8	29 526,9
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 953,8	39,3	126,5	2 119,6	2 015,2	38,2	68,0	2 121,4
Rehabilitacja oraz leczenie uzdrowiskowe	2 305,5		9,1	2 314,6	2 390,7		2,9	2 393,6
Opieka długoterminowa, paliatywna i hospicyjna	1 163,5	8,3	34,0	1 205,8	1 241,7	10,6	26,6	1 278,9
Leczenie stomatologiczne	1 689,3		2,3	1 691,6	1 710,3		2,2	1 712,5
Ratownictwo medyczne*	1 761,9	2 102,3	12,5	3 876,7	1 794,6	1 842,6	30,2	3 667,4
Profilaktyka	130,9	788,6	735,4	1 654,9	146,7	815,5	748,9	1 711,1
Refundacja (leków, wyrobów medycznych itp.)**	8 774,3			8 774,3	9 152,2			9 152,2
Świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	1 385,8	288,4	0,1	1 674,3	1 463,9	309,2	0,1	1 773,2
Pozostałe	589,9	3 314,7	1 372,2	5 276,8	623,8	3 868,2	1 683,3	6 175,3
Medycyna pracy		1,0	91,0	92,0		0,9	87,5	88,4
Staże, specjalizacje medyczne oraz dotacja dydaktyczna***		1 286,9	-	1 286,9		1 997,9		1 997,9
Razem	58 106,3	8 119,0	3 962,2	70 187,5	59 863,2	9 490,1	4 089,7	73 443,0

* W pozycji tej ujęto również koszty pomocy doraźnej i transportu sanitarnego ponoszonej w ramach NFZ

** W pozycji tej ujęto również koszty świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków wynikające z koordynacji systemów zabezpieczenia w ramach NFZ

*** W tym staże podyplomowe lekarzy i pielęgniarek od 2009 r. wypłacane ze środków Funduszu Pracy

Tabela 9. Podział wydatków na poszczególne kategorie oraz ich finansowanie ze środków publicznych

Rodzaj wydatków	2012				2013			
	NFZ	BP	JST	razem	NFZ	BP	JST	razem
	w mln zł							
Podstawowa opieka zdrowotna	7 554,5			7 554,5	7 653,8	-		7 653,8
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5 046,4	-	54,8	5 101,2	5 298,0	-	48,8	5 346,8
Leczenie szpitalne, w tym:	29 437,1	548,6	1 142,9	31 128,6	31 018,3	490,6	1460,3	32 696,2
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2158,6	40,8	42,5	2 241,9	2 257,5	39,5	42,2	2 339,2
Rehabilitacja oraz leczenie uzdrowiskowe	2 581,5		11,8	2 593,3	2 694,0	-	11,7	2 705,7
Opieka długoterminowa, paliatywna i hospicyjna	1352,2	10,5	13,0	1 375,7	1 442,0	7,5	22,6	1 472,1
Leczenie stomatologiczne	1 771,4		2,0	1 773,4	1 788,0	-	2,5	1 790,5
Ratownictwo medyczne*	1 867,4	1 921,3	6,7	3 795,4	1 880,9	1 934,0	11,4	3 826,3
Profilaktyka	151,8	925,3	760,9	1 838,0	165,0	752,6	847,2	1 764,8
Refundacja (leków, wyrobów medycznych itp.)**	7 128,4			7 128,4	8 166,7	-		8 166,7
Świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	1 564,2	324,0	0,1	1 888,3	1 674,9	318,2	0,2	1 993,3
Pozostałe	668,2	3 468,9	1 398,5	5 535,6	1 670,7	3 417,5	1 485,3	6 573,5
Medycyna pracy		1,1	81,9	83,0		1,3	84,1	85,4
Staże, specjalizacje medyczne oraz dotacja dydaktyczna***		2 038,8		2 038,8		2 105,8		2 105,8
Razem	61 281,7	9 279,3	3 515,1	74 076,1	65 709,8	9 067,0	4 016,3	78 793,1

Najwięcej wydatków przeznaczonych zostało na leczenie szpitalne (średnio około 40% rocznie), refundację leków, wyrobów medycznych itp. (średnio około 11%) oraz POZ (średnio około 10%).

Finansowanie zdrowia w latach 2014–2020

Zgodnie z zapisami SRK wśród priorytetowych kierunków interwencji publicznej znajduje się modernizacja struktury wydatków publicznych, zgodnie z którą następować będzie stopniowa realokacja struktury wydatków w kierunku zwiększania wydatków na działania rozwojowe (B+R, nauka, zdrowie, edukacja, inwestycje w infrastrukturę podstawową).
Zintensyfikowane będą działania w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego. Bardzo ważne będzie zapewnienie odpowiedniej dostępności do świadczeń zdrowotnych w powiązaniu z wysokim poziomem udzielania tych świadczeń, co wymaga zmiany w sposobie finansowania opieki zdrowotnej oraz rozwiniętej i racjonalnie rozmieszczonej infrastruktury służby zdrowia.
Wypracowany i wdrożony zostanie taki system opieki zdrowotnej, który zapewniałby jego skuteczne funkcjonowanie w warunkach limitowanych możliwości finansowania z budżetu państwa. Konieczne jest opracowanie nowego modelu finansowania, uwzględniającego dopływ środków prywatnych. Przy konstruowaniu nowego systemu będą uwzględniane przede wszystkim wyzwania demograficzne oraz choroby cywilizacyjne.
Wyzwania demograficzne to starzenie się społeczeństwa, czyli zmiana struktury wieku potencjalnych pacjentów i innych beneficjentów opieki zdrowotnej. Nacisk powinien zostać położony na te segmenty ochrony zdrowia, które będą sprzyjać realizacji polityki dzietności, przede wszystkim wsparcie programów leczenia bezpłodności, rozszerzenie zakresu i promocji badań prenatalnych, zapewnienie odpowiedniej opieki okołoporodowej oraz opieki nad matką i dzieckiem itd., a w związku z rosnącą długością życia – geriatrii, opieki długoterminowej i paliatywnej. Odpowiednio do zachodzących zmian demograficznych dostosowane zostaną kierunki i standardy kształcenia służb medycznych (w tym zachęty do studiowania na preferowanych kierunkach), prowadzące do zapewnienia odpowiedniej liczby geriatrów czy w kontekście polityki stawiającej na dzietność opieki zdrowotnej dla najmłodszych (obecnie w obu tych segmentach występują deficyty).
Zakłada się rozwój obszarów i środków zapobiegania i ograniczania, szczególnie wśród dzieci i młodzieży, narastającej zapadalności na takie choroby jak: cukrzyca, choroby psychiczne, ortopedyczne i będące skutkami uzależnień. Odbywać się to będzie przy współudziale opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w szkole. Kontynuowana będzie również realizacja priorytetu walki z nowotworami i chorobami krążenia.
Działania państwa nakierowane zostaną nie tylko na leczenie, ale przede wszystkim na profilaktykę i zapobieganie chorobom. Będą one obejmowały zwiększenie świadomości zdrowotnej i propagowanie zdrowego stylu życia poprzez promocję i edukację zdrowotną (zwłaszcza wśród osób o najniższym statusie społeczno-ekonomicznym) oraz wzrost poziomu aktywności fizycznej. W celu usprawnienia funkcjonowania systemu konieczna jest informatyzacja ochrony zdrowia (e-zdrowie).
Zbudowane zostaną baza danych usług medycznych i baza danych o zdrowiu mieszkańców Polski. Lekarz będzie miał dostęp do pełnej historii choroby pacjenta, aby uszczelnić i usprawnić system, który stanie się bardziej przejrzysty i funkcjonalny, a jednocześnie zwiększy się efektywność świadczenia usług zdrowotnych.
Priorytetowe zainteresowanie państwa dotyczy wzrostu zdolności do skutecznego reagowania w sytuacjach kryzysowych oraz eliminowania sytuacji mogących stwarzać lub stwarzających zagrożenie dla życia i zdrowia obywateli, tj. przede wszystkim doskonalenie i rozwijanie systemu reagowania kryzysowego. W związku z tym potrzebne będą: rozwój i doskonalenie ogniw tworzących system ratowniczy, w tym modernizacja wyposażenia, właściwy dobór i szkolenie kadr oraz stosowne do potrzeb finansowanie; rozwój i utrzymanie we właściwej sprawności systemów prognozowania, ostrzegania, alarmowania i powiadamiania. Wyspecjalizowane działania dotyczyć będą m.in. wdrażania planów zarządzania ryzykiem powodziowym.[155]
Sfinansowanie wszystkich priorytetów rozwojowych w ochronie zdrowia przewidzianych do 2020 roku wymaga zaangażowania znacznych środków publicznych (krajowych i zagranicznych).
SRK wyznacza ramy określające dostępne środki budżetowe do realizacji priorytetowych kierun-

155 SRK, s. 64-66.

ków strategicznej interwencji w obszarze ochrony zdrowia. Przewidziano w niej zwiększenie nakładów publicznych w obszarze ochrony zdrowia do 6,1% PKB w 2020 r.
Zgodnie z wytycznymi Ministra Finansów dotyczącymi stosowania jednakowych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw (aktualizacja – listopad 2013 r.) scenariusz realnego wzrostu PKB oraz średnioroczna dynamika wzrostu cen towarów i usług na lata 2014–2020 przedstawia się następująco:

Tabela 10. Scenariusz realnego wzrostu PKB oraz średnioroczna dynamika wzrostu cen towarów i usług na lata 2014–2020

Wyszczególnienie	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PKB dynamika (%)	102,5	103,8	104,3	104,3	104,1	103,8	103,3
PKB w mld zł	1721,5	1829,8	1955,6	2089,6	bd	bd	bd
CPI (%)	102,4	102,5	102,5	102,5	102,4	102,4	102,4

Biorąc pod uwagę powyższe założenia, a także dotychczasowe kształtowanie się wydatków publicznych na zdrowie oraz kierunki priorytetowe wyznaczone w SRK, można oszacować wyrost wydatków w kolejnych latach.

Tabela 11. Kształtowanie się wydatków publicznych na zdrowie

Rok	Przewidywana wielkość wydatków na zdrowie (w mld zł)
2014	82,6
2015	87,8
216	93,9
2017	100,3
2018	106,9
2019	113,6
2020	120,2

Powyższe szacunki nie uwzględniają kwot wydatków prywatnych ponoszonych przez gospodarstwa domowe oraz wydatków związanych z prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Wraz z planowanym wzrostem środków przeznaczonych na ochronę zdrowia nastąpi zmiana związana z reorientacją wydatków w tym obszarze. **Przewiduje się wzrost wydatków na usługi w zakresie zdrowia publicznego o 1,2 punktu procentowego, na B+R w zdrowiu o 0,1 punktu procentowego oraz na produkty, urządzenia i sprzęt medyczny o 0,2 punktu procentowego. W związku z powyższym wzrośnie udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach rozwojowych z 30,2% w 2011 r. do 33,9% w 2020 r.**

Oprócz powyższych szacunków dotyczących wysokości przyszłych wydatków publicznych na zdrowie, ramy zapewniające odpowiednie środki budżetowe na zadania z zakresu ochrony zdrowia zapewni także ujęcie powyższych wydatków jako rozwojowych w ramach Wieloletniego planu finansowego państwa (WPFP), w części dotyczącej działań rozwojowych – dokument ten stanowi odzwierciedlenie priorytetów i głównych kierunków interwencji SRK oraz realizujących je strategii zintegrowanych w perspektywie wieloletniej. W WPFP na realizację zadań w ramach funkcji 20 – Zdrowie planuje się przeznaczyć z budżetu państwa łącznie w latach 2013–2016 kwotę 33,4 mld zł

Zapewnienie środków w ramach budżetu państwa na realizację zadań w ramach ochrony zdrowia stanowią programy wieloletnie ustanowione uchwałami Rady Ministrów.

W latach 2014–2020 kontynuowane będą następujące programy wieloletnie:

1. *Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej*.
2. Przebudowa i rozbudowa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.
3. Wieloletni Program medyczny rozbudowy i przebudowy Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy.
4. Nowa siedziba Szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim.
5. Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie.
6. Szpital Pediatryczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie.

Ponadto prowadzonych jest wiele programów zdrowotnych, których celem jest dążenie do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa oraz związanej z nią jakości życia, poprzez realizację głównych kierunków działań, takich jak:

- **zmiany w stylu życia ludności,**
- **przeciwdziałanie głównym zagrożeniom zdrowia społeczeństwa,**
- **zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych.**

W 2014 roku przewiduje się realizację 15 programów zdrowotnych, z których większość będzie kontynuowana w następnych latach.

Tabela 12. Zestawienie programów wieloletnich i programów zdrowotnych planowanych do realizacji w ramach budżetu państwa w latach 2014–2020, wraz z przewidywanymi środkami na ich sfinansowanie

Lp.	Program	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	ogółem
		w tys. zł							
1	Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych	250 000	250 000						**500 000**
2	Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	45 000	**315 000**
3	Nowa siedziba Szpitala Uniwersyteckiego Kraków Prokocim	25 000	148 546	156 330	152 979	152 137	139 426		**774 418**
4	Szpital Pediatryczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie	198 909	39 100						**238 009**
5	Wieloletni Program Medyczny Rozbudowy i Przebudowy Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy	47 801	28 231						**76 032**
6	Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie	52 798	52 551	41 782					**147 131**
7	Przebudowa i rozbudowa Uniwersyteckiego szpitala klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku	148 643	71 671	67 127	28 730				**316 171**
8	Centrum Medycyny Nieinwazyjnej w Gdańsku	594 000							**594 000**
9	Wieloletni Program Przebudowy i Rozbudowy Samodzielnego Szpitala klinicznego nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie	286 252							**286 252**
10	Budowa Zachodniego Centrum Chorób Serca i Naczyń w Poznaniu	489 275							**489 275**
11	Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce	232 787	213 611	221 729					**668 127**
12	Narodowy program leczenia hemofilii i pokrewne skazy krwotoczne na lata 2012-2018	125 00	271 489	295 506	318 516	343 536			**1 354 047**

Lp.	Program	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	ogółem
		w tys. zł							
13	Zapewnienie samowystarczalności Rzeczpospolitej Polskiej w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych	13 000							**13 000**
14	Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego	15 391	15 929	16 487					**47 807**
15	Program psychiatrycznej opieki zdrowotnej	2 137	2 188	2 241					**6 566**
16	Program badań przesiewowych noworodków w Polsce	22 601							**22 601**
17	Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków	1 400	1 434	1 468	1 503				**5 805**
18	Narodowy program ochrony antybiotyków w Polsce	1 600	1 600						**3 200**
19	Program monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej	200	200						**400**
20	**Narodowy program przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym, w tym:**	3 683	398	413					**4 494**
21	Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej	1 621							**1 621**
22	Narodowy program profilaktyki i edukacji diabetologicznej	1 678							**1 678**
23	Program eliminacji niedoboru jodu w Polsce	384	398	413					**1 195**
24	Program wczesnej diagnostyki obrazowej nowotworów u dzieci w latach 2012-2016	1000	1000	1000					**3 000**
25	Krajowy program zmniejszania umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc przez tworzenia pooddziałów nieinwazyjnej wentylacji (PWN)	5 000							**5 000**
26	Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013-2016	80 000	80 000	80 000					**240 000**

Razem:
6 114 829

Ważną rolę w finansowaniu strategicznych działań w ochronie zdrowia do roku 2020 odgrywać będą również środki pochodzące ze źródeł zewnętrznych, w tym z funduszy strukturalnych. W ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko bis z EFRR zaplanowano około 500 mln euro (rozdział 6., narzędzia 7.–13., 16.), a w ramach Programu Operacyjnego Wiedza, Edukacja, Rozwój z EFS około 400 mln euro (rozdział 6., narzędzia 1., 2., 19., 21.–24., 30.–35.) na finansowanie priorytetowych działań w ochronie zdrowia. Środki europejskie na realizację priorytetowych dla danego regionu działań w ochronie zdrowia (rozdział 6., narzędzia 3.–6., 14., 15., 20.) będą alokowane w poszczególnych RPO. Ponadto projekty związane z e-zdrowiem oraz projekty dotyczące działalności B+R w sektorze zdrowie (rozdział 6., narzędzia 25.–29.) realizowane będą w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa, Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój oraz RPO.

Spis załączników[156]

1. Załącznik nr 1 ■ Analiza sytuacji zdrowotnej w województwach.

2. Załącznik nr 2 ■ Chorobowość i umieralność (według grup wiekowych i grup chorób).

4. Załącznik nr 4 ■ Dynamika nasycenia aparaturą w województwach.

5. Załącznik nr 5 ■ Ochrona zdrowia w strategiach krajowych i wojewódzkich.

156 Numeracja załączników zgodna z numeracją przyjętą w pełnej wersji „Policy paper" dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020

NARODOWA
STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA

Publikacja finansowana ze środków budżetu państwa oraz Unii Europejskiej w ramach pomocy technicznej Programu Infrastruktura i Środowisko oraz Programu Kapitał Ludzki