



# Policy paper

dla ochrony zdrowia  
na lata 2014 – 2020

Krajowe ramy strategiczne

Warszawa, marzec 2014 r.



NARODOWA  
STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA



## Spis treści

Wprowadzenie	3	<b>5.3.2.</b> Cele długoterminowe do roku 2030	127
<b>CZĘŚĆ I. Analiza i diagnoza</b>	<b>8</b>	<b>5.3.3.</b> Cele operacyjne i kierunki interwencji do roku 2020	131
<b>1.</b> Zdrowie a wzrost gospodarczy i ubóstwo	8	<b>6.</b> 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	132
<b>2.</b> Diagnoza demograficzno-epidemiologiczna dla Polski	10	<b>6.1.</b> Doświadczenia okresu programowania 2007–2013, a założenia programowania polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia w Polsce	144
<b>2.1.</b> Analiza demograficzna	10	<b>6.2.</b> Narzędzia implementacji celów operacyjnych na lata 2014–2020	149
<b>2.2.</b> Analiza epidemiologiczna	14	<b>6.2.1.</b> Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego A	149
<b>2.2.1.</b> Sytuacja zdrowotna w Polsce na tle przeciętnej w Unii Europejskiej	14	<b>6.2.2.</b> Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego B	157
<b>2.2.2.</b> Chorobowość i umieralność według grup wieku i wybranych grup chorobowych z uwzględnieniem różnic regionalnych	22	<b>6.2.3.</b> Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego C	160
<b>2.2.2.1.</b> Wiek przedprodukcyjny – osoby w wieku 0–17 lat	22	<b>6.2.4.</b> Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego D	167
<b>2.2.2.2.</b> Wiek produkcyjny – osoby w wieku 18–64 lata	26	<b>6.3.</b> Komplementarność celów i narzędzi z polityką sektorową i działaniami podejmowanymi w ramach środków krajowych	170
<b>2.2.2.3.</b> Wiek poprodukcyjny – osoby w wieku 65 i więcej lat	29	<b>6.3.1.</b> Komplementarność celu A	170
<b>3.</b> Uwarunkowania zdrowia w Polsce	33	<b>6.3.2.</b> Komplementarność celu B	173
<b>3.1.</b> Styl życia i inne czynniki wpływające na zdrowie	34	<b>6.3.3.</b> Komplementarność celu C	177
<b>3.1.1.</b> Czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych	34	<b>6.3.4.</b> Komplementarność celu D	179
<b>3.1.2.</b> Profilaktyka i promocja zdrowia	35	<b>CZĘŚĆ III. Koordynacja, monitoring i finansowanie</b>	<b>182</b>
<b>3.1.3.</b> Nierówności w zdrowiu	47	<b>7.</b> Monitoring, koordynacja i ewaluacja działań opisanych w „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020”	182
<b>3.2.</b> Organizacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce	48	<b>7.1.</b> Założenia systemu koordynacji	182
<b>3.2.1.</b> Podstawy prawne i zasady organizacji świadczeń zdrowotnych w Polsce	48	<b>7.2.</b> Mechanizmy zapewniające maksymalizację skuteczności i efektywności działań wdrażanych w latach 2014–2020	192
<b>3.2.2.</b> Wydatki na ochronę zdrowia	52	<b>7.3.</b> Instrumenty monitoringu opisane w strategiach na lata 2014–2020 i wskaźniki kontekstowe dla ochrony zdrowia zawarte w krajowych i wojewódzkich dokumentach strategicznych	192
<b>3.2.3.</b> Zasoby kadrowe	54	<b>7.4.</b> Wskaźniki realizacji celów operacyjnych i narzędzi implementacji w ramach polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia	197
<b>3.2.4.</b> Zasoby infrastrukturalne	64	<b>8.</b> Ramy finansowe	214
<b>3.2.5.</b> Jakość i efektywność systemu opieki zdrowotnej	105	Spis załączników	223
<b>4.</b> Analiza SWOT – Wyzwania na lata 2014–2020	110		
<b>CZĘŚĆ II. Strategia i wdrażanie</b>	<b>122</b>		
<b>5.</b> Uwarunkowania strategiczne dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce	122		
<b>5.1.</b> System zarządzania strategicznego w Polsce	122		
<b>5.2.</b> Wizja systemu ochrony zdrowia w Polsce w 2020 r.	125		
<b>5.3.</b> Struktura celów strategicznych	126		
<b>5.3.1.</b> Cel główny	127		

## Wprowadzenie

Istotnym narzędziem realizacji celów rozwojowych Unii Europejskiej określonych w strategii „Europa 2020”<sup>1</sup> jest polityka spójności, która koncentruje się na wspieraniu działań prowadzących do wyrównania warunków ekonomicznych i społecznych we wszystkich regionach Unii. Polityka spójności realizowana jest przede wszystkim dzięki dwóm funduszom strukturalnym: Europejskiemu Funduszowi Rozwoju Regionalnego (EFRR) oraz Europejskiemu Funduszu Społecznemu (EFS).

W nowej perspektywie finansowej na lata 2014–2020 środki funduszy Wspólnych Ram Strategicznych, wspierające cele dokumentu Europa 2020. *Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*, będą przeznaczone na dziedziny istotne dla rozwoju Polski, wskazane w *Krajowym Programie Reform na rzecz realizacji strategii „Europa 2020”*<sup>2</sup> oraz w zaleceniach Rady UE<sup>3</sup>.

**Realizacja jednego z trzech podstawowych priorytetów strategii „Europa 2020”, jakim jest Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu – wspieranie gospodarki o wysokim poziomie zatrudnienia i zapewniającej spójność społeczną i terytorialną, zakłada między innymi, że w 2020 r.**

**liczba ludności zagrożonej ubóstwem i wykluczeniem społecznym zmniejszy się o 20 mln oraz że wskaźnik zatrudnienia w UE zwiększy się do 75%.**

Polska, w dokumencie wdrażającym Krajowy Program Reform<sup>4</sup>, założyła zwiększenie wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 20–64 lata co najmniej do 71% (w 2010 r. wskaźnik ten wynosił 64,6%) oraz zmniejszenie o 1,5 mln liczby osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym.

Sprostanie temu wyzwaniu nie będzie 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. **Interwencje w dziedzinie zdrowia są bowiem kluczowe w ograniczaniu ryzyka wpadnięcia w ubóstwo z powodu dezaktywizacji zawodowej ze względów zdrowotnych.**

Takie podejście jest widoczne nie tylko w działaniach unijnych, ale i ma swoje odzwierciedlenie w dokumencie Europejskiego Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zatytułowanym *Zdrowie 2020. Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek*. Wyraźnie tam wskazano, że dobre zdrowie jest nieodzowne dla rozwoju gospodarczego i społecznego oraz że ma ono ogromny wpływ na życie każdego człowieka z osobna, wszystkich rodzin i innych wspólnot<sup>5</sup>.

Zgodnie z *Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającym wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego...*<sup>6</sup> urucho-

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.eu/LexUriServ.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.pl/filesupload8413PL\\_NRP%202013-2014\\_pl.pdf](http://www.mg.gov.pl/filesupload8413PL_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 Zob. [http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nrnp\\_poland\\_pl.pdf](http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nrnp_poland_pl.pdf).

5 *Health 2020. A European policy framework and strategy for 21st century*, s. 11, [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011199532/Health2020-Long.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011199532/Health2020-Long.pdf).

6 *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 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, 20.12.2013.

mienie środków strukturalnych będzie uzależnione od spełnienia wymogów warunkowości *ex ante*, czyli zapewnienia określonych warunków wyjściowych umożliwiających efektywną realizację programów współfinansowanych ze środków europejskich. Według Załącznika XI do powyższego rozporządzenia ogólnego warunki te wiążą się m.in. z koniecznością zapewnienia odpowiednich krajowych ram strategicznych dla wybranych obszarów tematycznych, w tym ochrony zdrowia.

Obecnie w polskim systemie prawnym, a także w obowiązujących dokumentach strategicznych nie ma odrębnej definicji krajowych ram strategicznych polityki w obszarze ochrony zdrowia. Mając jednak na względzie oczekiwania Komisji Europejskiej (KE) w zakresie warunkowości *ex ante* oraz korzystając z projektu wytycznych KE w zakresie weryfikacji spełniania powyższych warunków<sup>7</sup>, przyjmuje się do tego celu następującą definicję: ●●●●●●●●●● Rysunek 1 prezentuje powiązanie pomiędzy unijnymi i krajowymi dokumentami strategicznymi a wyzwaniem, celami i źródłami finansowania, dedykowanymi obszarowi ochrony zdrowia w Polsce, ukierunkowanymi na realizację wyżej wymienionych założeń strategicznych.

Dokument „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” 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 m.in. we wspomnianych zaleceniach Rady UE w sprawie Krajowego programu reform<sup>8</sup> oraz w Position Paper<sup>9</sup>.

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

8 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.

9 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 dezaktywacji zawodowej,

*Krajowe ramy strategiczne polityki w obszarze ochrony zdrowia to zestaw komplekmentarnych 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.*

W ocenie sytuacji w ochronie zdrowia w Polsce, zawartej w części analitycznej zaleceń Rady, stwierdzono, że „problemy wymagające podjęcia pilnych działań to przede wszystkim ograniczenia w dostępie do opieki zdrowotnej oraz niska efektywność systemu opieki zdrowotnej”. Podkreślono też „pozytywne zmiany, które zachodzą w polskim systemie opieki zdrowotnej, takie jak restrukturyzacja, w ramach której wprowadzane są zachęty do komercjalizacji szpitali, oraz inne działania mające na celu obniżenie zadłużenia

powinna przeznaczyć odpowiednie fundusze na wsparcie działań na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się, mających na celu zwiększenie 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. Zob. [http://ec.europa.eu/regional\\_policy/whatfuturepdfpartnershippl\\_position\\_paper\\_pl.pdf](http://ec.europa.eu/regional_policy/whatfuturepdfpartnershippl_position_paper_pl.pdf).

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





podmiotów prowadzących działalność leczniczą”. Wskazano, że „konieczne jednak są zwiększone wydatki na rzecz poprawy wydajności i jakości wydatków publicznych na opiekę zdrowotną” oraz że „istnieją możliwości poprawy gospodarowania środkami przez szpitale, np. przez powiązanie wysokości otrzymywanych przez nie funduszy z osiąganymi wynikami oraz poprawę umiejętności w zakresie zarządzania”. Ponadto uznano, że „dalsza komputeryzacja, umożliwiająca stworzenie lepszych systemów informacyjnych, komunikacyjnych i monitorowania, mogłaby sprzyjać dodatkowym oszczędnościom w sektorze opieki zdrowotnej”<sup>10</sup>.

Priorytetowymi wyzwaniami dla ochrony zdrowia w Polsce na lata 2014–2020, oprócz wyżej wymienionych problemów systemowych, są zmiany demograficzne: starzejące się społeczeństwo, zmiany w proporcjach pomiędzy populacją osób pracujących i 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 zatruc.

W „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” opisano strategiczne podejście, niezbędne do sprostania zidentyfikowanym wyzwaniom: priorytety zdrowotne państwa, 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 zespołu roboczego i jego piętnastu grup roboczych, powołanego *Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2011 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw prowadzenia przygotowań w zakresie programowania nowej perspektywy finansowej funduszy strukturalnych na lata 2014–2020 w*

10 Dokument roboczy służb KE Ocena krajowego programu reform i programu konwergencji POLSKI z 2013 r. towarzyszący dokumentowi *Zalecenie 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 Staff Working Document – SWD(2013) 371 final.*

*obszarze zdrowia*<sup>11</sup>. Dokument stanowi także platformę dla koncentracji tematycznej zarówno na szczeblu centralnym, jak i regionalnym.

„Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” 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 diagnozę istniejących zasobów w wymiarze infrastrukturalnym oraz kadrowym, w ujęciu krajowym oraz regionalnym. W załączniku nr 1 znajdują się informacje o wybranych wskaźnikach, obrazujące sytuację w każdym z województw z osobna, na tle pozostałych województw i średniej krajowej.

Część druga – strategiczno-wdrożeniowa, uwzględnia cele zawarte w dokumentach strategicznych nowego systemu zarządzania rozwojem Polski. Zgodnie z koncepcją „zdrowie we wszystkich politykach”, wyrażoną m.in. w konkluzjach Rady UE z 2 grudnia 2011 r.<sup>12</sup>, promującą całościowe podejście do polityki zdrowotnej, zagadnienia dotyczące ochrony zdrowia znalazły odzwierciedlenie w najważniejszych dokumentach strategicznych przyjętych przez Radę Ministrów, tj. w Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju. Polska 2030. Trzecia Fala Nowoczesności (DSRK)<sup>13</sup>, określającej główne trendy, wyzwania oraz koncepcję rozwoju kraju w perspektywie długookresowej; Strategii

11 Dz.Urz. Min. Zdr. 2011, nr 7, poz. 65 z późn. zm. Prace Zespołu odbywały się w następujących grupach roboczych: ds. chorób nowotworowych ds. chorób układu krążenia, ds. chorób układu kostno-stawowego, ds. chorób układu oddechowego, ds. chorób psychicznych, ds. osób w wieku przedprodukcyjnym, ds. osób w wieku poprodukcyjnym, ds. kształcenia lekarzy, ds. kształcenia pielęgniarek i położnych, ds. kształcenia innych zawodów medycznych i niemedyycznych, ds. innowacji B+R, ds. innowacji produktowych, ds. innowacji organizacyjnych, ds. działań projakociowych, ds. ratownictwa medycznego.

12 *Konkluzje Rady w sprawie zmniejszenia różnic zdrowotnych w UE poprzez zorganizowane działania na rzecz promowania zdrowego stylu życia* (Dz.Urz. UE C 359, 09.12.2011, s. 5).

13 *Uchwała nr 16 Rady Ministrów z dnia 5 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności* (M.P. 2013, poz. 121).

Rozwoju Kraju 2020 (SRK)<sup>14</sup> – najważniejszym dokumencie w perspektywie średniookresowej, wskazującej cele strategiczne rozwoju kraju do 2020 r., oraz w strategiach zintegrowanych, wśród których szczególnie istotną rolę dla ochrony zdrowia odgrywają Strategia „Sprawne Państwo” (SSP)<sup>15</sup>, Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego (SRKL)<sup>16</sup>, Strategia Innowacyjności i Efektywności Gospodarki „Dynamiczna Polska 2020” (SIEG)<sup>17</sup> oraz Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie (KSRR)<sup>18</sup>.

W tej części „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” odniesiono się również do doświadczeń z perspektywy finansowej 2007–2013 oraz przedstawiono priorytety zdrowotne państwa<sup>19</sup>, a także jasną i uporządkowaną strukturę celów i kierunków interwencji, wskazując komplementarność projektowanych działań na rzecz realizacji określonego celu operacyjnego.

Określone w „Policy paper na rzecz ochrony zdrowia na lata 2014–2020” cele operacyjne to:

**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**

14 Uchwała nr 157 Rady Ministrów z dnia 25 września 2012 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kraju 2020 (M.P. 2012, poz. 882).

15 Uchwała nr 17 Rady Ministrów z dnia 12 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia Strategii „Sprawne państwo 2020” (M.P. 2013, poz. 136).

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

17 Uchwała nr 7 Rady Ministrów z dnia 15 stycznia 2013 r. w sprawie Strategii Innowacyjności i Efektywności Gospodarki „Dynamiczna Polska 2020” (M.P. 2013, poz. 73).

18 Uchwała Rady Ministrów z dnia 13 lipca 2010 r. Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego: regiony, miasta, obszary wiejskie (M.P. z 2011 r., nr 36, poz. 423).

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

**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 czterech, a nie większej liczby celów operacyjnych, zapewni skoncentrowanie projektowanych działań na kluczowych obszarach odpowiadających zidentyfikowanym wyzwaniom. Realizacja powyższych celów operacyjnych przyczyni się do poprawy systemu opieki zdrowotnej, który w 2020 r. będzie systemem zorientowanym na dłuższe życie w zdrowiu, potrzeby obecnego i przyszłego pacjenta oraz dostosowanym do trendów demograficznych i epidemiologicznych. Jednocześnie będzie oparty na właściwych ilościowo i jakościowo zasobach, procesach i wartościach efektywnie zarządzanych i prawidłowo alokowanych.

Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną będą realizowane w odniesieniu do zdiagnozowanych deficytów oraz będą wspierać poprawę efektywności zarówno poszczególnych podmiotów leczniczych, jak i całego systemu zdrowotnego.

Ponadto będą realizowane na bazie silnych ram polityki ochrony zdrowia i będą dobrze osadzone w systemie świadczeń zdrowotnych. Wsparcie ze środków krajowych i europejskich będzie udzielane na podstawie zdefiniowanych problemów terytorialnych i potrzeb, uwzględniających niekorzystne trendy demograficzne i epidemiologiczne. Dużo uwagi zostanie poświęcone kwestii stabilności finansowania inwestycji, przy uwzględnieniu elementów proefektywnościowych i zasady trwałości.

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 części trzeciej 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 proaktywnymi, wskaźniki kontekstowe wynikające z dokumentów strategicznych oraz wskaźniki dla celów operacyjnych i narzędzi implementacji, a także ramy finansowe.

## CZĘŚĆ I. Analiza i diagnoza

Dane przedstawione w części I zostały pogrupowane w trzech zasadniczych obszarach: analiza demograficzna, analiza 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. Istnieje bowiem ryzyko, że 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 przyczynić się m.in. do wzrostu PKB.*

W dyskusji nad najważniejszymi determinantami aktywności zawodowej oraz wyrównywaniem szans w dostępie do poszczególnych usług publicznych i przeciwdziałaniem ubóstwu problematyka zdrowia zajmuje szczególne miejsce. Z mikroekonomicznego punktu widzenia dobry stan zdrowia jest warunkiem powodzenia materialnego (badanego na poziomie jednostki, rodziny), natomiast z makroekonomicznego punktu widzenia dobrostan zdrowotny społeczeństwa to integralna część szeroko rozumianego kapitału ludzkiego i społecznego. **Dobry stan zdrowia społeczeństwa jest istotną determinantą wzrostu gospodarczego**<sup>20</sup>. Rosnące znaczenie sektora ochro-

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

ny zdrowia, jako jednego z najbardziej dynamicznych obszarów rynku pracy i w szerszym rozumieniu ważnej gałęzi gospodarki, sprawiło, że tematyka zdrowia znalazła istotne odzwierciedlenie w dokumentach strategicznych, stanowiących podstawę dla głównych kierunków rozwoju polityki państwa.

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

Jak wskazują przeprowadzone w Europie badania, **nierówności w zdrowiu** wpływające na jego utratę wpływają na zmniejszenie wzrostu gospodarczego w wysokości około 1,4% PKB rocznie. Przyczynia się to do powstawania strat zdrowotnych w UE (przypisanych do zdrowia jako dobra inwestycyjnego) w wysokości 141 mld euro na rok. Jeżeli natomiast zdrowie wycenimy jako dobro konsumpcyjne, to straty są jeszcze wyższe i wynoszą około 1 bln euro rocznie (9,4% PKB)<sup>21</sup>.

Pośrednie, bezpośrednie oraz niematerialne koszty chorób, tj. koszty leczenia, zmniejszenie dochodów, wcześniejsze odejście z rynku pracy, obciążają przede wszystkim osoby chore oraz ich rodziny, ale równocześnie powodują wzrost obciążenia dla budżetu państwa<sup>22</sup>. Tracą pracodawcy, ponieważ z powodu choroby pracowników spadają ich zyski. Pracownicy otrzymują mniejsze wynagrodzenia, co wpływa negatywnie na przychody gospodarstw domowych i spadek konsumpcji – dla sektora finansów publicznych oznacza to mniejsze podatki i składki, a jednocześnie większe wydatki na zasiłki chorobowe i renty<sup>23</sup>.

Łączne koszty schorzeń w Polsce w 2010 r. (z uwzględnieniem utraconej produktywności osób

21 *How health systems can address Health inequities through improved use of Structural Funds*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2010, s. 2.

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

23 L. Jakubiak, Raport: *Ile tracimy gdy chorujemy – opanujmy sztukę leczenia*, [w:] „Rynek Zdrowia” 2013, nr 10.



ubezpieczonych w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – KRUS) 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)<sup>24</sup>. Największe koszty utraconej produktywności generują następujące grupy chorobowe: **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**

<sup>24</sup> Bezpośrednie koszty (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).

**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<sup>25</sup>. Istotne jest również powiązanie pomiędzy zdrowiem a ubóstwem. Ryzyko ubóstwa powszechnie uznaje się za wskaźnik obrazujący nie tylko ubóstwo materialne, ale również istotny czynnik wykluczenia społecznego, rozumianego także jako ograniczony dostęp do różnego rodzaju usług, w tym do

<sup>25</sup> 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.

**Rysunek 2.** Główne przyczyny bierności zawodowej w Polsce w 2012 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

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, z drugiej – zła kondycja zdrowotna wpływa na zmniejszenie zdolności do pracy, a tym samym na zwiększenie ryzyka ubóstwa i wykluczenia społecznego.** KE w komunikacie z 16 grudnia 2010 r.<sup>26</sup> 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. Jednocześnie jedną z istotniejszych przyczyn wykluczenia poza rynek pracy jest zły stan zdrowia. **W Polsce zły stan zdrowia był jedną z podstawowych przyczyn pozostawania bez pracy w latach 2000–2011**<sup>27</sup>. Ten niekorzystny trend utrzymuje się nadal. **Choroba i niepełnosprawność są w Polsce trzecią w kolejności przyczyną pozostawania biernym zawodowo** – na koniec II kwartału 2013 r. z tego właśnie powodu biernych zawodowo pozostawało 1,881 mln osób (około 14% wszystkich osób biernych zawodowo)<sup>28</sup>. Zagrożenie ubóstwem jest jednym z istotniejszych makrospołecznych uwarunkowań polityki zdrowotnej państwa. Przedstawione dane potwierdzają, że stan zdrowia jest istotnym czynnikiem wpływającym na aktywność zawodową i wzrost gospodarczy. Podkreślenia wy-

26 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>.

27 J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2011, warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa 2011, s. 150.

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

maga fakt, że im dłużej społeczeństwo żyje w dobrym zdrowiu (jest sprawne fizycznie i intelektualnie), tym dłużej jest zdolne do pracy i może się przyczyniać m.in. do wzrostu produktu krajowego brutto (PKB).

## 2. Diagnoza demograficzno-epidemiologiczna dla Polski<sup>29</sup>

### 2.1. Analiza demograficzna

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

Ludność Polski według stanu na 31 grudnia 2012 r. wynosiła 38 533 299 osób, z czego 51,6% stanowiły kobiety, a 48,4% mężczyźni, tzn. że na 100 mężczyzn przypadają 107 kobiet. Jednak nadwyżka liczebna kobiet nad mężczyznami ma miejsce dopiero w grupie wieku 50–54 lata i zwiększa się ona gwałtownie w coraz starszych grupach wiekowych. W wieku 65 lat i starszym na 100 mężczyzn przypadają już 163 kobiety, zaś w wieku podeszłym 85 lat i więcej na 100 mężczyzn przypadają aż 282 kobiety (stanowią one 74% ogółu ludności Polski w tym wieku). Pod względem liczby ludności Polska jest szóstym państwem w Unii Europejskiej, a jej mieszkańcy stanowią 7,6% ogółu ludności 28 państw UE. Liczba ludności Polski ustabilizowała się w ostatnich latach,

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

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

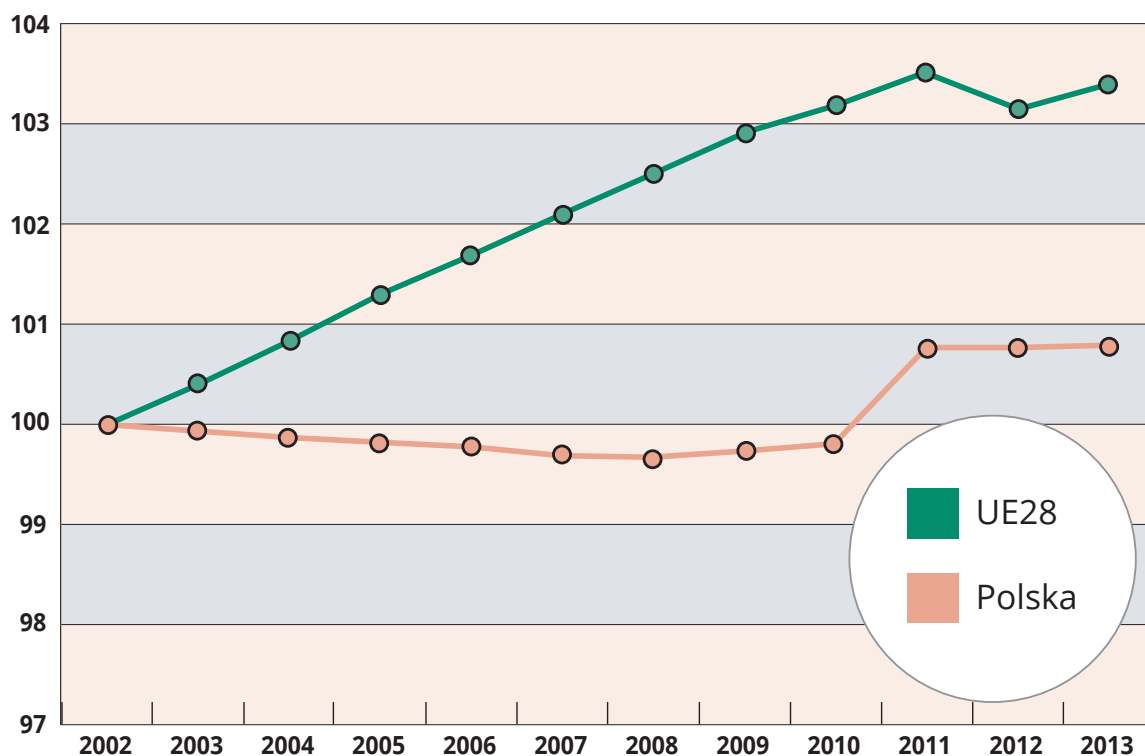
Jedna czwarta ludności Polski mieszka w dwóch województwach – mazowieckim (13,8%) oraz śląskim (12,0%), natomiast najmniej mieszkańców mają województwa opolskie (2,6%) oraz lubuskie (2,7%).

Większość ludności mieszka w miastach (w 2012 r. 60,6%), przy czym największy stopień zurbanizowania jest w województwie śląskim, gdzie ponad trzy czwarte osób (77,6%) stanowią mieszkańcy miast, zaś w województwach podkarpackim, świętokrzyskim, lubelskim i małopolskim ponad połowa ogółu ludności mieszka na wsi. Stopień urbanizacji

Polski mierzony odsetkiem ludności mieszkającej w miastach jest niższy niż w większości krajów UE (w 2010 r. UE-28 – 73,9%, WHO HFA DB).

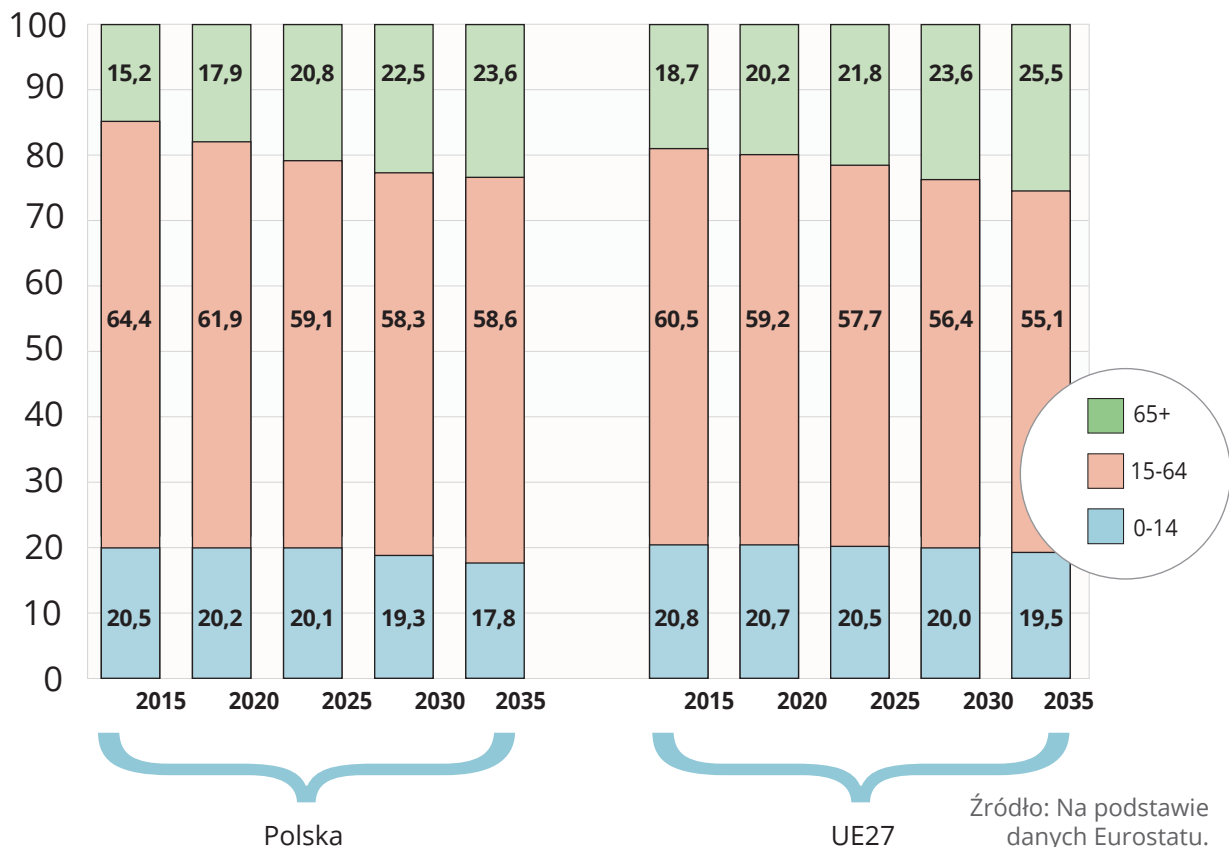
Ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż w większości krajów Unii Europejskiej (UE27). Według danych urzędu statystycznego Unii Europejskiej (Eurostatu) na 1 stycznia 2012 r. mediana wieku mieszkańców całej UE wynosiła 41,5 roku, a Polski 38,4 roku, natomiast odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wynosił 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 (wykres 2.). Dopiero w połowie obecnego wieku odsetek ten będzie w Polsce wyższy od przeciętnego dla krajów UE.

**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.

**Wykres 2.** Prognozowany odsetek osób w wieku 0–14 lat, 15–64 lata oraz 65 lat i więcej w Polsce oraz średni dla krajów UE w latach 2015–2035



Najstarszą przeciętnie populacją od szeregu 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. Według prognozy GUS województwa świętokrzyskie i łódzkie utrzymają najwyższą pozycję również w 2035 r., a największy wzrost udziału osób starszych ma nastąpić właśnie w województwach świętokrzyskim oraz warmińsko-mazurskim i lubuskim (wykres 3.).

Jak już kilka lat temu wynikało z prognoz demograficznych dla Polski, liczba osób w wieku produkcyjnym oraz przedprodukcyjnym będzie się zmniejszać w najbliższych latach, przy jednoczesnym

systematycznym wzroście liczby osób w wieku poprodukcyjnym<sup>30</sup>.

### Osoby w wieku przedprodukcyjnym

Odsetek dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat ogółu ludności zmniejsza się powoli, ale systematycznie od drugiej połowy lat 80. XX w. i według stanu na 31 grudnia 2012 r. wynosił 20,8. Podobnie niekorzystne są przewidywania co do liczby osób

<sup>30</sup> Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035, GUS, Warszawa 2008, s. 3, [http://www.stat.gov.pl/cpsr/dex/bcrgusL\\_prognoza\\_ludnosci\\_PI\\_2008-2035.pdf](http://www.stat.gov.pl/cpsr/dex/bcrgusL_prognoza_ludnosci_PI_2008-2035.pdf).

w wieku 0–14 lat w kolejnych dekadach. Prognozy wskazują, że ta grupa będzie stanowić 20,5% ogółu ludności w roku 2015, a w roku 2035 – 17,8%.

**Szacuje się, że w latach 2010–2020 w grupie wiekowej 0–17 lat liczba ludności zmniejszy się o 148,1 tys. W 2035 r. ta grupa będzie stanowić już tylko około 15,6% ludności Polski<sup>31</sup>.**

### Osoby w wieku produkcyjnym

Liczba osób w wieku produkcyjnym także będzie ulegać stopniowemu zmniejszaniu z 24,5 mln w 2007 r. do 20,7 mln w roku 2035, a zatem o prawie 3,8 mln. Największy spadek będzie miał miejsce w pięcioletnim okresie 2015–2020 (około 1,2 mln osób) oraz w okre-

sach pięcioletnich bezpośrednio poprzedzającym (około 853 tys.) i następującym po wspomnianych latach (około 878 tys.). Znaczące zmiany wystąpią także wewnątrz struktury wieku produkcyjnego, tj. pomiędzy wiekiem mobilnym (18–44 lata) oraz niemobilnym (45–60/65 i więcej). Obserwowane będzie dynamiczne starzenie się tej grupy produkcyjnej. Wspomniane zmiany spowodują gwałtowne kurczenie i starzenie się zasobów pracy, a w konsekwencji pogarszanie się potencjału polskiego rynku pracy<sup>32</sup>.

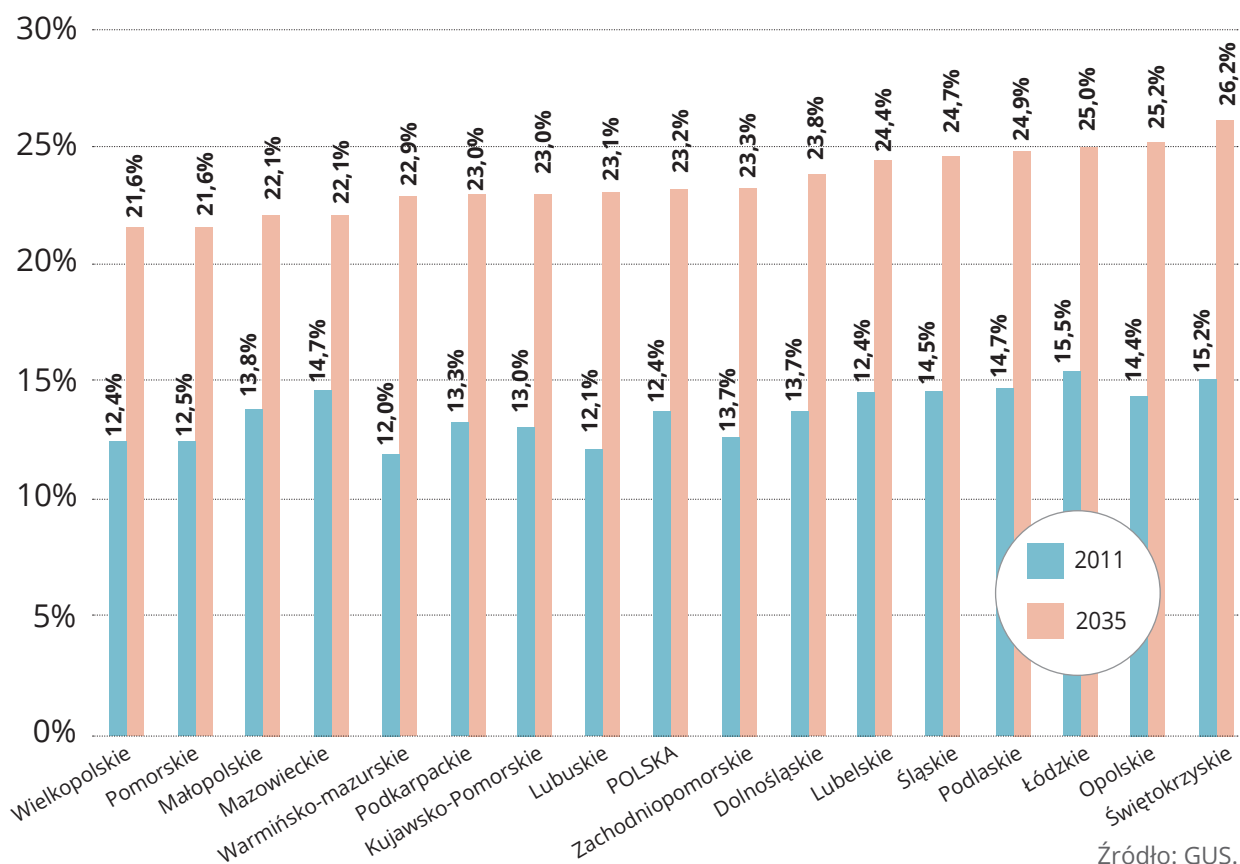
### Osoby w wieku poprodukcyjnym

Od drugiej połowy lat 80. XX stulecia stopniowo zwiększał się udział osób w wieku 65 lat i więcej;

31 Ibidem, s. 5.

32 Ibidem, s. 3–4.

**Wykres 3.** Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w roku 2011 i prognozowany na rok 2035 wg województw





w 2012 r. stanowiły one 14,2% ogółu ludności Polski. Przewiduje się, że udział osób w wieku poprodukcyjnym będzie wynosił 26,7% w roku 2035, co oznacza jego wzrost o prawie 11 punktów procentowych w porównaniu do roku 2007 (16,0%). Jednocześnie liczba osób w wieku poprodukcyjnym będzie się zwiększała przeciętnie o ponad 100 tys. rocznie. Następne lata przyniosą znacząco większy wzrost – w okresie 2010–2020 średniorocznie będzie przybywało prawie 200 tys. osób w wieku 60–65 lat i więcej<sup>33</sup>. 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, choroby nowotworowe, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych, choroby układu oddechowego oraz choroby układu nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.*

### 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 społeczeństwa polskiego 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, i mężczyzn, 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 (wykres 4.). Również najbardziej powszechny obiektywny wskaźnik stanu zdrowia, jakim jest przeciętna długość życia, nie pozostawia wątpliwości co do wciąż gorszego stanu zdrowia mieszkańców Polski, mimo jego ogromnej poprawy, jaka rozpoczęła się wraz ze zmianami ustrojowymi.

**Obecnie mężczyźni w Polsce żyją przeciętnie o prawie pięć lat krócej niż wynosi średnia długość życia mężczyzn w krajach Unii Europejskiej ogółem, natomiast kobiety o dwa lata krócej** (wykres 5.). Różnica ta zmniejsza się, jeżeli wziąć pod uwagę tzw. długość życia w zdrowiu, a więc bez ograniczonej sprawności z powodów zdrowotnych, gdyż tak określona długość życia mieszkanki Polski jest nawet trochę większa od średniej dla państw UE, a długość życia mieszkańców Polski jest krótsza o niecałe trzy lata.

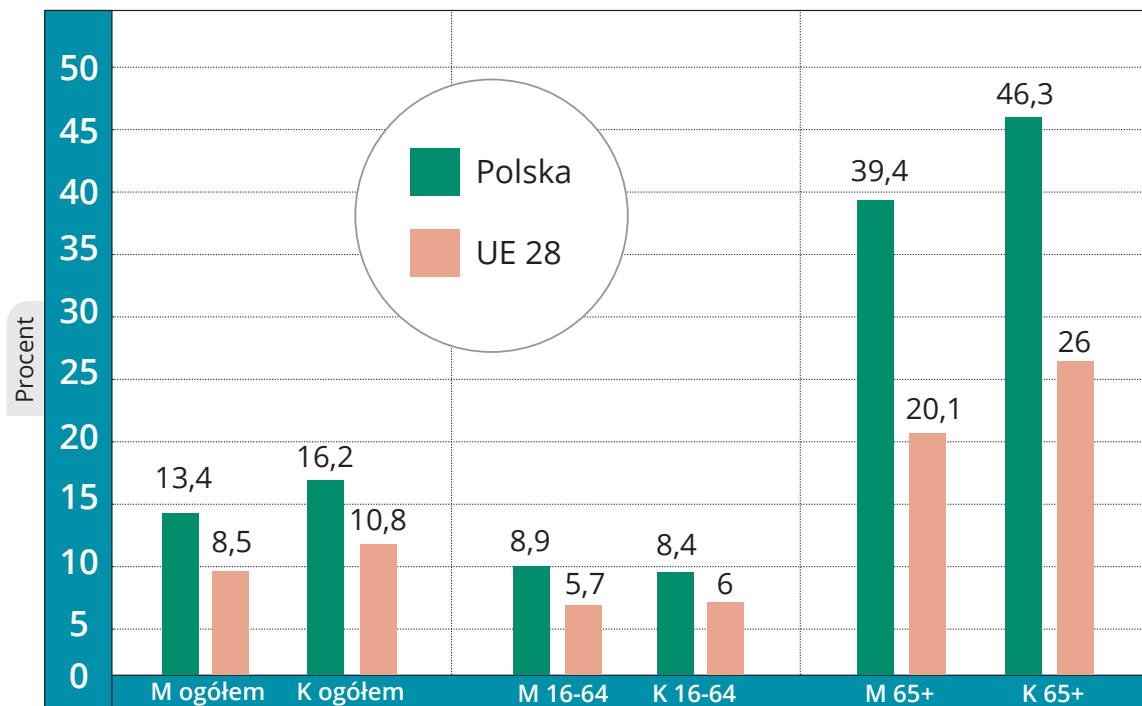
Niepokojące jest **zmniejszenie się liczby lat przeżytych w zdrowiu** (na podstawie współczynnika Healthy Life Years – HLY). W Polsce w 2005 r. kobiety przeżywały w zdrowiu 66,9 roku, a w 2011 r. wskaźnik ten zmniejszył się do 63,3 roku. Podobną tendencję zaobserwowano w grupie mężczyzn. W roku 2005 w zdrowiu przeżywali oni 61,2 roku, a w 2011 r. już tylko 59,1 roku<sup>34</sup>.

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.

<sup>33</sup> *Ibidem*, s. 4.

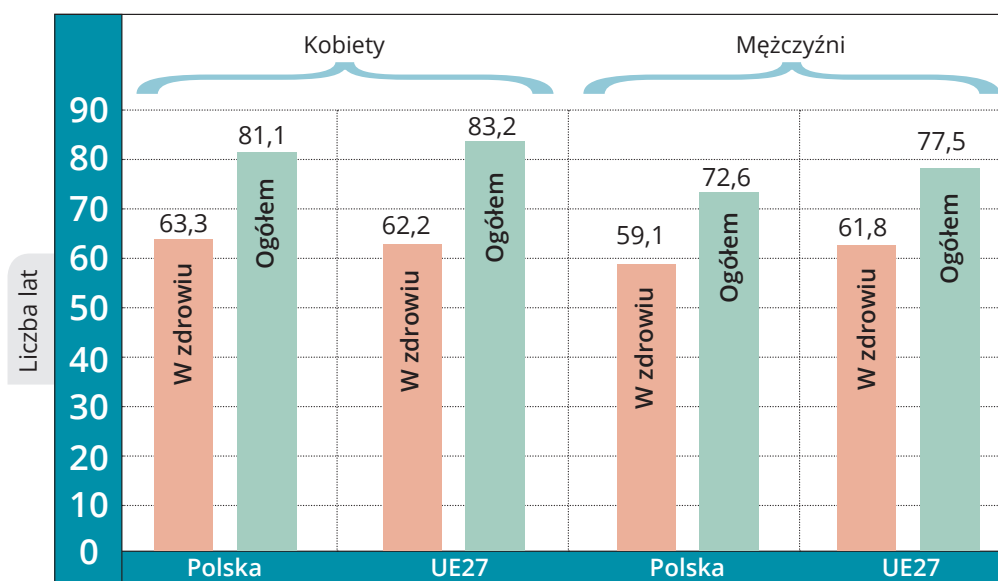
<sup>34</sup> Zob. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=0&pcode=tsdph100&language=en>.

**Wykres 4.** Odsetek osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły w Polsce i przeciętny dla ogółu krajów UE, 2011 r.



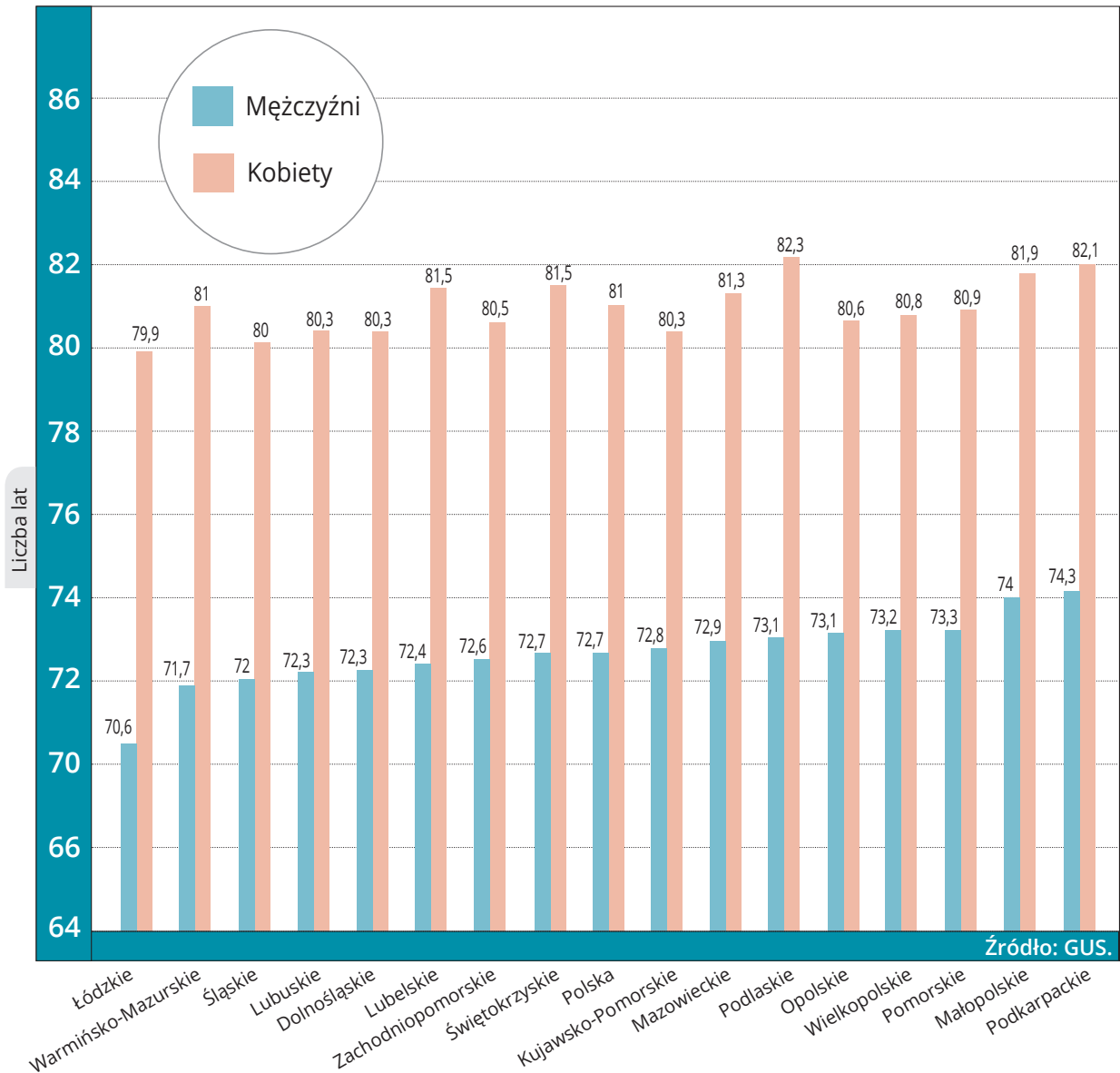
Źródło: Eurostat.

**Wykres 5.** Przeciętna długość życia ogółem oraz przeciętna długość życia w zdrowiu w Polsce i w krajach UE ogółem, 2011 r.



Źródło: Eurostat.

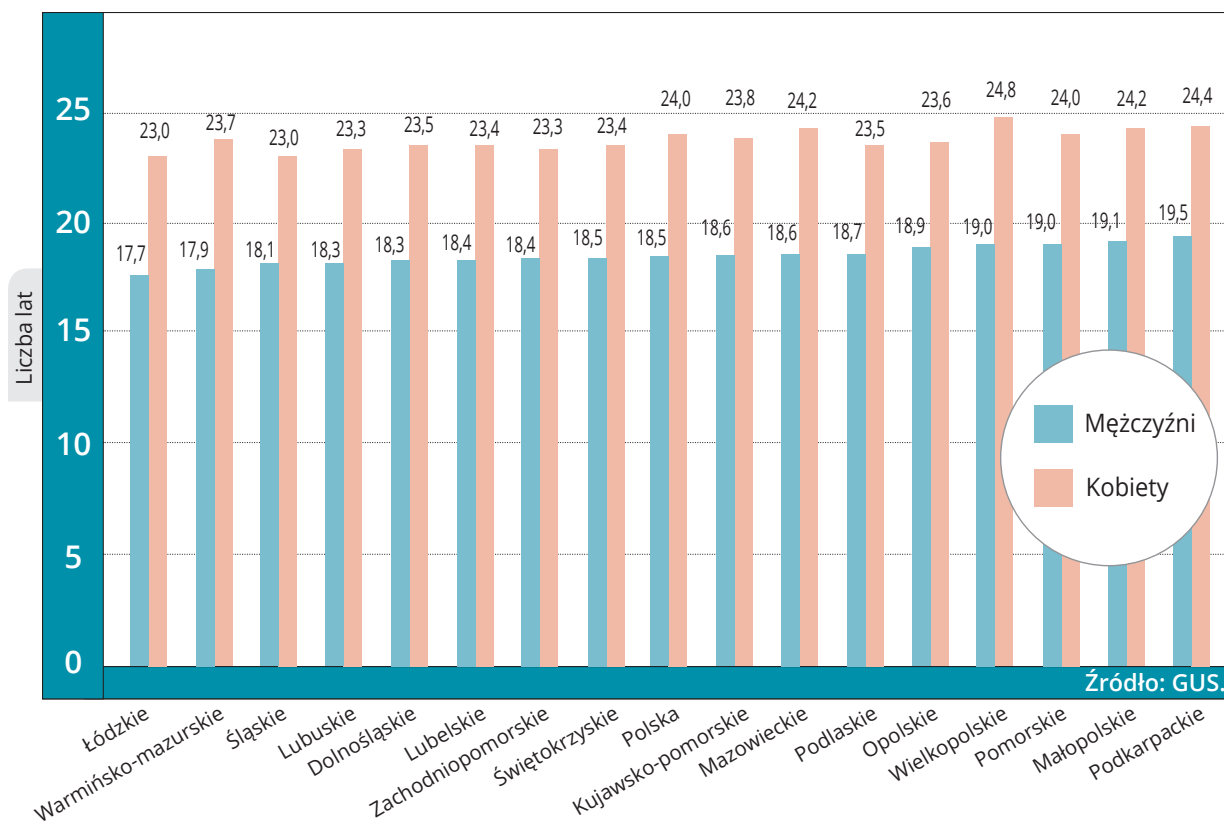
■ **Wykres 6.** Przeciętne trwanie życia mężczyzn i kobiet według województw, 2012 r.



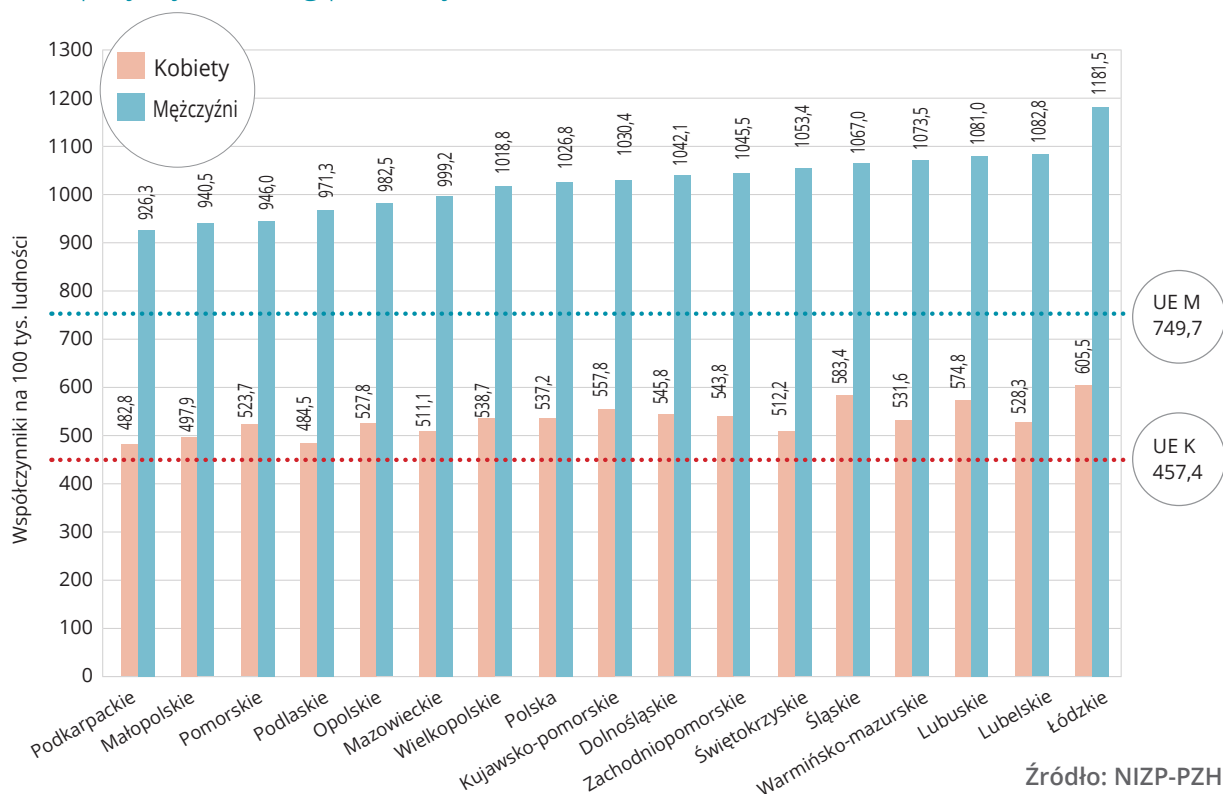
**W Polsce występuje dosyć wyraźne zróżnicowanie międzywojewódzkie długości trwania życia**, przy czym od lat przeciętnie najkrócej żyją mieszkańcy województwa łódzkiego, wśród kobiet tylko w niewiele lepszej sytuacji są mieszkanki województwa śląskiego (wykres 6.). Natomiast najdłuższego życia mogą oczekiwać mężczyźni w województwach podkarpackim i małopolskim oraz kobiety w województwach podlaskim i podkarpackim. Różnica w długości życia mieszkańców tych skrajnych województw wynosi obecnie w przypadku męż-

czyn 3,7 roku, a w przypadku kobiet 2,6 roku. Należy zwrócić uwagę, że w województwach łódzkim, podlaskim i warmińsko-mazurskim mężczyźni żyją krócej niż kobiety przeciętnie o ponad dziewięć lat. Podobną sytuację obserwuje się w przypadku dłuższego trwania życia osób w wieku 60 lat. Najkrócej przeciętnie będą jeszcze żyć mieszkańcy województwa łódzkiego, a w przypadku kobiet również śląskiego, natomiast przeciętnie o 1,8 roku dłużej będą żyć mężczyźni mieszkający w województwie podkarpackim i kobiety w województwie podlaskim (wykres 7.).

**Wykres 7.** Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 60 lat według województw, 2012 r.



**Wykres 8.** Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu ogółu przyczyn według płci i województwa zamieszkania, 2011 r.



Ogólny poziom umieralności w Polsce systematycznie się obniża 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. Standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn w Polsce w 2011 r. był wyższy o około 37% od współczynnika dla całej UE, ale nadwyżka ta wahała się od około 25% w województwach podkarpackim, małopolskim i pomorskim do blisko 60% w województwie łódzkim. W przypadku kobiet ogólny poziom umieralności w Polsce był wyższy o 17% od przeciętnego w UE, a nadwyżka w poszczególnych województwach wahała się od zaledwie 6% w województwach podkarpackim i podlaskim do 28% w województwie śląskim i 32% w województwie łódzkim (wykres 8.).

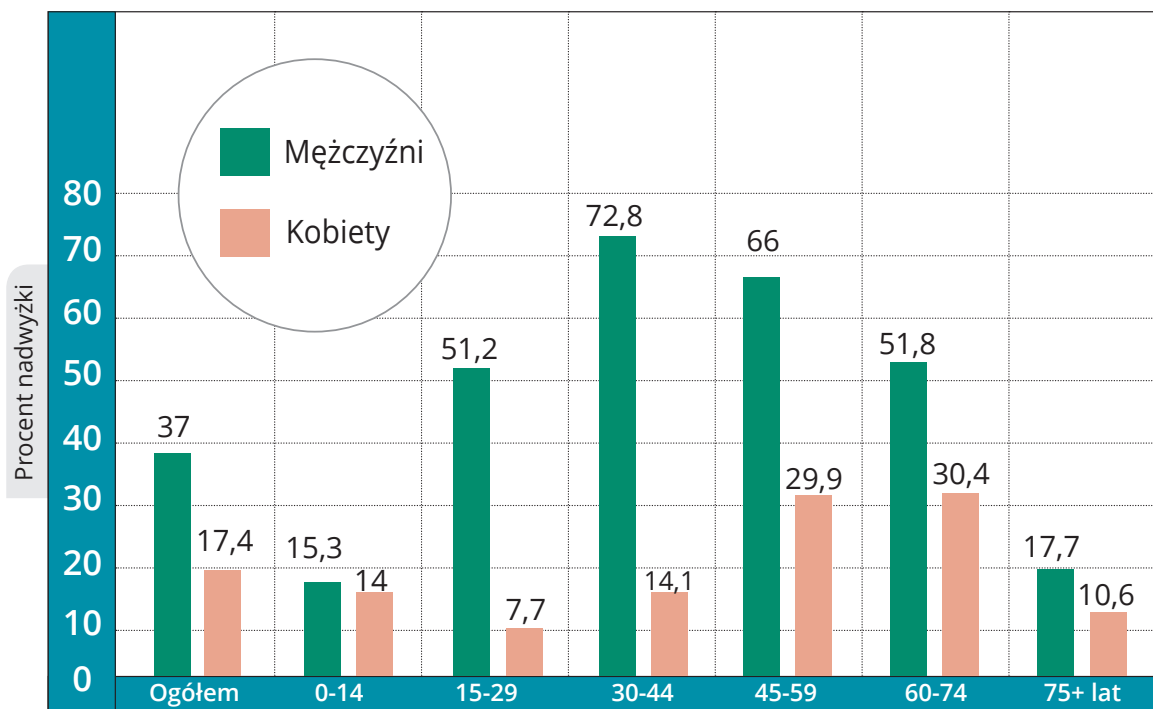
Umieralność zarówno mężczyzn, jak i kobiet w Polsce jest wyższa niż przeciętna w krajach UE

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 (wykres 9.).

Najbardziej zbliżona do poziomu przeciętnego dla krajów UE jest umieralność chłopców poniżej 15 lat oraz najstarszych mężczyzn (75 lat i więcej). Wśród kobiet różnice poziomu umieralności w Polsce i UE w grupach wieku są mniejsze niż w przypadku mężczyzn, a największa nadwyżka umieralności mieszkanki Polski występuje w trochę starszym wieku niż w przypadku mężczyzn, tzn. w wieku 45–74 lata.

Umieralność niemowląt, tzn. dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku życia, zmniejsza się w Polsce od wielu lat. **Wprowadzie tempo spadku współczynnika umieralności niemowląt jest w Polsce większe od przeciętnego dla krajów UE, jednak współczynnik umieralności w Polsce (4,6/1000 urodzeń żywych w 2012 r.) wciąż jest wyższy**

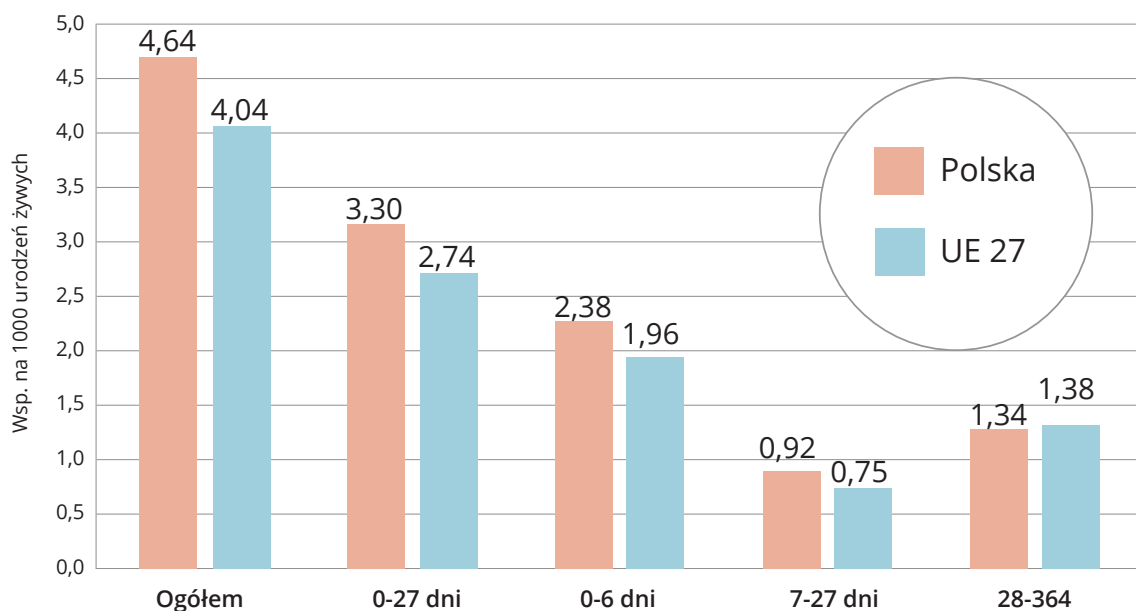
**Wykres 9.** Nadwyżka (w %) umieralności w Polsce z powodu ogółu przyczyn mężczyzn oraz kobiet w stosunku do przeciętnego poziomu umieralności w krajach UE w grupach wieku, 2011 r.



Źródło: Na podstawie danych WHO HFA DB.



**Wykres 10.** Umieralność niemowląt w Polsce w 2012 r. oraz przeciętna w krajach UE w 2010 r.



Źródło: GUS oraz WHO HFA DB.

od przeciętnej dla UE (w 2011 r. 3,9 na 1000 urodzeń żywych, dane Eurostatu). Najbardziej wyraźna różnica pomiędzy Polską i krajami UE występuje w przypadku zgonów niemowląt w okresie neonatalnym, tzn. w pierwszych czterech tygodniach życia, a zwłaszcza w jego wczesnym okresie, tj. pierwszym tygodniu życia, gdyż wówczas umieralność niemowląt w Polsce jest wyższa o jedną trzecią od przeciętnej w UE (wykres 10.). Powyższym zgonom w sposób szczególny może przeciwdziałać skuteczna opieka medyczna. Ich dominującą przyczyną są stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym. Poziom umieralności niemowląt w poszczególnych województwach różni się dosyć znacznie, a poza tym w niektórych województwach wykazuje spore wahania w czasie (wykres 11.). W 2012 r. najniższy współczynnik umieralności niemowląt – 3,6 na 1000 urodzeń żywych – odnotowano w województwie świętokrzyskim, o trzy czwarte wyższy w województwie dolnośląskim (6,2/1000). Warto podkreślić, że w ciągu poprzednich dwóch lat współczynnik umieralności niemowląt w województwie świętokrzyskim zaliczał się do najwyższych w kraju. Województwa, w których poziom umieralności niemowląt stanowi

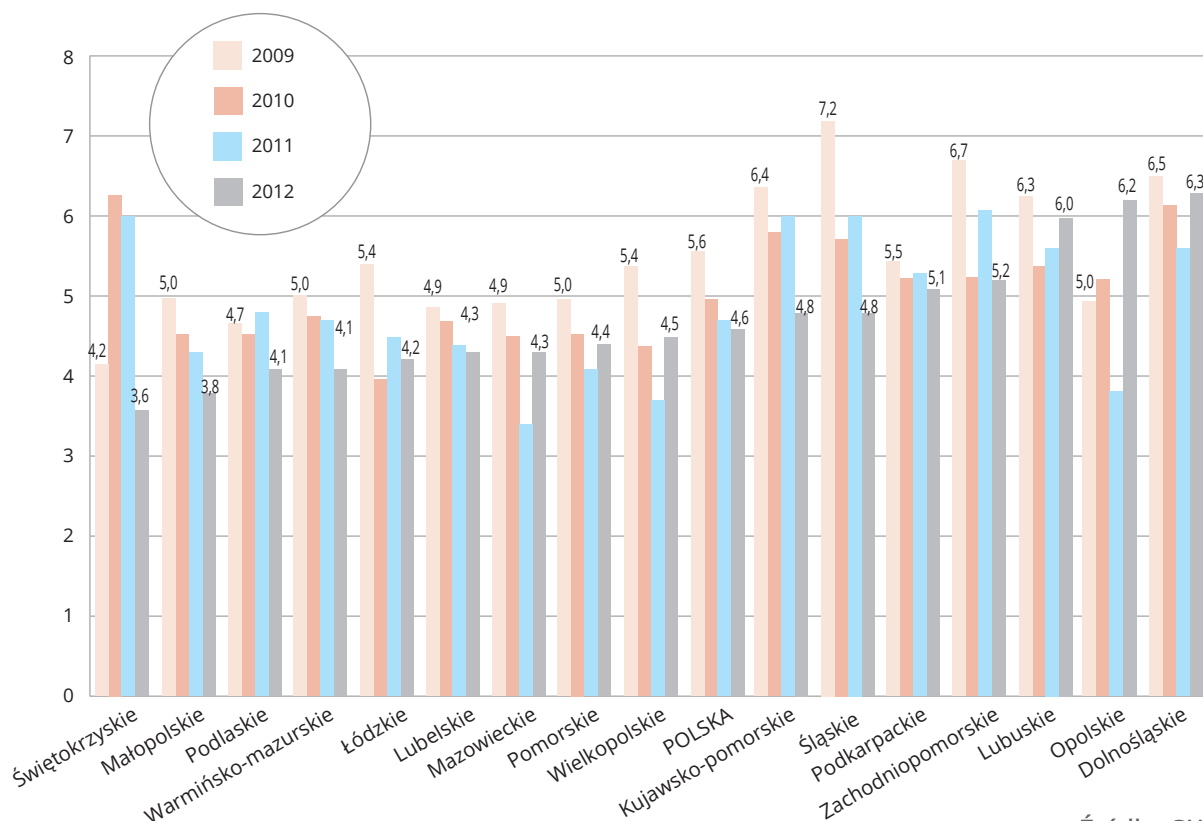
niewątpliwym problemem, to: dolnośląskie, lubuskie, śląskie, kujawsko-pomorskie.

**Chorobami najbardziej zagrażającymi życiu mieszkańców Polski są zdecydowanie choroby układu krążenia, które w 2011 r. były przyczyną 40% zgonów mężczyzn i 51,1% zgonów kobiet, następnie nowotwory złośliwe, które spowodowały 26% zgonów mężczyzn i 22,9% zgonów kobiet.** Należy jednak podkreślić, że jeżeli brać pod uwagę zgony przedwczesne, tzn. 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<sup>35</sup>.

**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**

<sup>35</sup> B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskalewicz (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, NIZP-PZH, Warszawa 2012, s. 58.

**Wykres 11.** Współczynniki zgonów niemowląt według województw w latach 2009–2012



Źródło: GUS.

sytuacja wynikająca z zagrożenia życia chorobami układu krążenia, przede wszystkim osób w wieku aktywności zawodowej, a także osób w wieku starszym, i to zarówno mężczyzn, jak i kobiet (wykres 12). Poziom umieralności mężczyzn w wieku 25–64 lata jest w Polsce wyższy od przeciętnego w UE blisko dwukrotnie (o 97%) z powodu przyczyn zewnętrznych, o 85% – chorób układu krążenia i o 26% – chorób nowotworowych. Zagrożenie życia kobiet w tym samym wieku z powodu chorób układu krążenia jest w Polsce wyższe niż w UE o 59%, a z powodu nowotworów o 22%. Jak wynika z analiz prowadzonych w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny (NIZP–PZH), 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, oprócz przyczyn zgonów i hospitalizacji, aspektem, który wzięto pod uwagę w ocenie sytuacji zdrowotnej w Polsce, są wydatki z tytułu niezdolności do pracy. Największe wydatki z tego tytułu w 2010 r. generowały **choroby układu krążenia** – 16,2% ogółu wydatków, **zaburzenia psychiczne i zaburzenia 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 **choroby układu oddechowego** – 7,5%. Te grupy chorobowe w 71,7% były przyczyną poniesionych

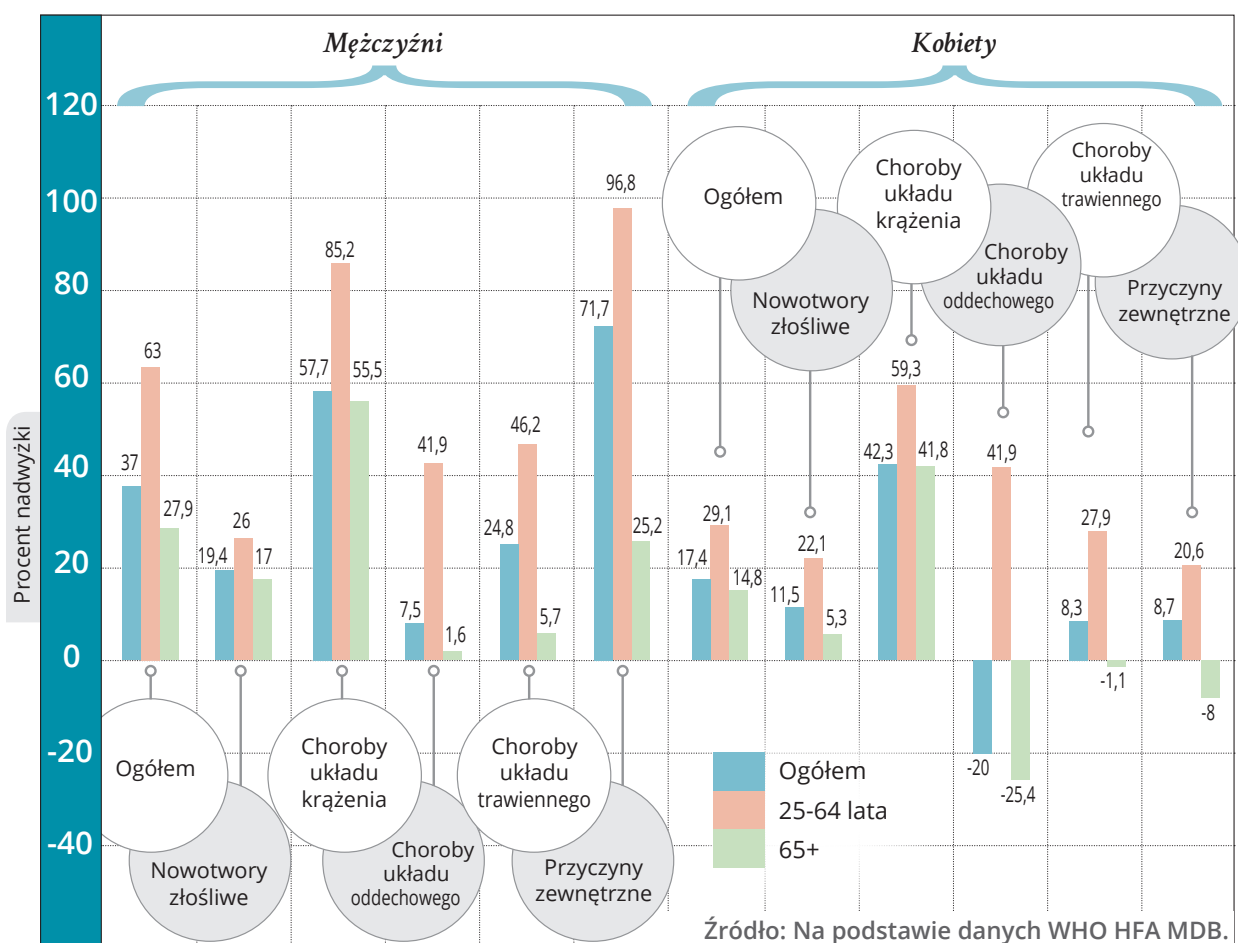
wydatków w związku z niezdolnością do pracy<sup>36</sup>. Należy przy tym zwrócić uwagę, że występowanie urazów, zatruc i innych określonych skutków działania czynników zewnętrznych ma szczególne znaczenie dla osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym. Badając skutki i koszty społeczne złego stanu zdro-

wia, należy także rozpatrywać czas nieobecności w pracy. Jak wynika z danych ZUS za I połowę 2012 r., 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<sup>37</sup>.

36 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.pl/files/Wydatki%20na%20C5%9Bwiadczenia%20z%20ubezpiecze-%20C5%84%20spo%20C5%82ecznych%20zwi%20C4%85zane%20z%20niezdolno%20C5%9Bci%20C4%85%20do%20pracy%20w%202010r.pdf>.

37 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.pl/files/Informacja%20o%20absencji%20chorobowej%20os%20C3%B3b%20ubezpieczonych%20w%20ZUS%20w%20I%20p%20p%20C3%B3C5%82roczu%202012%20roku.pdf>.

**Wykres 12.** Nadwyżka (w %) umieralności w Polsce w stosunku do przeciętnego poziomu w krajach UE w populacji ogółem, w wieku 25–64 lata oraz 65 lat i więcej według głównych grup przyczyn zgonów, 2011 r.



## **2.2.2. Chorobowość hospitalizowana i umieralność według grup wieku oraz wybranych grup chorobowych z uwzględnieniem różnic regionalnych**

Umieralność według najważniejszych przyczyn<sup>38</sup> i częstość leczenia szpitalnego posłużyły do analizy sytuacji zdrowotnej i potrzeb zdrowotnych ludności zamieszkałej w poszczególnych województwach. Dla tych dwóch mierników zdrowia wyliczono współczynniki rzeczywiste i standaryzowane umieralności oraz chorobowości szpitalnej na 100 tys. mieszkańców. Przy standaryzacji wykorzystano europejską populację standardową według WHO (pięcioletnie grupy wieku). Wyliczono ponadto różnice między współczynnikami umieralności i chorobowości szpitalnej dla województw a średnią ogólnopolską. Różnice te testowano poprzez porównanie przedziałów ufności średnich dla Polski i poszczególnych województw, przyjmując poziom istotności  $p=0,05$ .

Wyniki przedstawiono w tabelach według analizowanych grup rozpoznań (załącznik nr 2), osobno dla umieralności i hospitalizacji. Na niebiesko przedstawiono wartości współczynników istotnie niższe od średniej ogólnopolskiej, a na czerwono istotnie wyższe. Nie zakolorowano wartości współczynników, które nie różniły się od średniej ogólnopolskiej. Analizy obejmujące lata 2008–2011 prowadzono w trzech grupach ludności: w wieku przedprodukcyjnym (0–17 lat), w wieku produkcyjnym (18–64 lata) i w wieku poprodukcyjnym (65 lat i więcej).

W tabelach zbiorczych znakiem „+” oznaczono te województwa (maksymalnie trzy o wartościach najwyższych), dla których współczynniki chorobowości szpitalnej lub współczynniki umieralności – zarówno rzeczywiste, jak i standaryzowane – były istotnie wyższe od ogólnopolskich w całym okresie 2008–2011.

<sup>38</sup> Nowotwory złośliwe, choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego, przyczyny zewnętrzne (urazy i zatrucia), choroby układu kostno-stawowego, zaburzenia psychiczne.

### **2.2.2.1. 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. Natomiast w zakresie analizowanych szczegółowych grup rozpoznań żadne województwo istotnie nie odchyliło się od wartości współczynników ogólnopolskich.

Hospitalizacja z powodu ogółu przyczyn wykazuje w grupie wieku 0–17 lat wyraźnie zróżnicowanie. Województwami istotnie odchylającymi się od średniej ogólnopolskiej są: kujawsko-pomorskie, łódzkie i podlaskie. Hospitalizacja z powodu nowotworów złośliwych w grupie wieku 0–17 lat była na istotnie wyższym poziomie od ogólnokrajowego w województwach: kujawsko-pomorskim, łódzkim i podlaskim. Choroby układu krążenia leczono szpitalnie najczęściej w województwach: kujawsko-pomorskim, łódzkim, mazowieckim i podlaskim. Hospitalizacja z powodu urazów i zatruc była najczęstsza w wymienionych już kilkakrotnie województwach: kujawsko-pomorskim, łódzkim i podlaskim. Osoby z chorobami układu kostno-stawowego leczono szpitalnie najczęściej w województwach: łódzkim, mazowieckim i warmińsko-mazurskim. Z leczenia szpitalnego w zakresie chorób psychicznych korzystali najczęściej młodzi mieszkańcy województw: dolnośląskiego, lubuskiego i łódzkiego.

Jak widać z powyższego zestawienia, są w kraju województwa, których mieszkańcy szczególnie często (współczynniki hospitalizacji) leczeni są w szpitalach w porównaniu z mieszkańcami innych województw. Jeśli chodzi o częstość leczenia szpitalnego dzieci i młodzieży, to na pierwszym miejscu są województwa: kujawsko-pomorskie i łódzkie oraz podlaskie.

**Tabela 1.** Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 0–17 lat z powodu ogółu przyczyn

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	66,7	59,1	54,3	51,0	70,4	59,3	54,6	53,2
Kujawsko-pomorskie	52,7	57,3	51,5	50,9	56,4	59,2	53,0	55,4
Lubelskie	59,3	47,4	51,4	42,2	64,4	49,1	53,7	45,3
Lubuskie	57,8	57,7	51,7	55,6	60,6	58,9	52,1	57,5
Łódzkie	54,2	56,2	40,0	40,8	56,5	56,6	40,8	42,6
Małopolskie	43,3	42,3	40,6	36,8	47,5	43,9	41,3	38,5
Mazowieckie	49,7	54,4	46,0	38,8	50,9	52,5	44,8	38,9
Opolskie	57,5	43,8	42,0	34,2	65,6	47,8	44,7	36,4
Podkarpackie	44,6	46,1	40,1	40,1	52,1	50,1	43,6	44,8
Podlaskie	48,2	44,3	41,0	40,3	54,1	46,1	42,6	44,5
Pomorskie	53,8	51,6	46,0	41,3	54,9	51,0	46,0	42,6
Śląskie	55,2	60,2	49,8	51,3	59,7	61,1	50,4	53,1
Świętokrzyskie	48,1	38,9	51,9	46,7	51,5	41,0	55,0	51,4
Warmińsko-mazurskie	51,7	55,1	48,1	50,1	56,1	55,9	49,8	52,8
Wielkopolskie	53,6	51,3	43,5	37,6	56,2	50,7	42,8	38,3
Zachodniopomorskie	54,2	62,5	46,0	53,1	57,5	64,5	48,1	56,6
<b>Polska</b>	<b>52,8</b>	<b>52,5</b>	<b>46,4</b>	<b>43,7</b>	<b>56,5</b>	<b>53,3</b>	<b>47,1</b>	<b>45,7</b>

Źródło: NIZP-PZH



**Tabela 2.** Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 0–17 lat z powodu ogółu przyczyn

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	5919,5	10849,1	8945,8	10729,4	6328,9	11312,6	9129,9	10866,2
Kujawsko-pomorskie	14181,0	15073,9	14789,6	14839,3	15273,3	15893,3	15253,3	15214,2
Lubelskie	13192,6	13533,9	13292,6	13765,9	14425,8	14589,4	14032,2	14414,9
Lubuskie	11081,3	11168,3	10526,4	11078,3	11907,9	11772,0	10773,1	11284,4
Łódzkie	13324,8	14702,1	14853,3	15074,5	14173,3	15445,5	15326,2	15410,6
Małopolskie	6644,0	10396,7	11209,7	11768,6	7288,9	11236,8	11719,5	12166,7
Mazowieckie	10540,3	13468,2	13763,3	14977,4	11150,6	13932,3	13887,9	14997,4
Opolskie	11140,6	12047,8	10964,1	11246,9	12541,4	13284,0	11620,1	11873,1
Podkarpackie	12192,0	12488,2	11816,4	12534,5	13475,6	13626,1	12529,7	13211,1
Podlaskie	17543,9	17190,7	15566,1	15717,5	19035,4	18428,0	16252,6	16376,7
Pomorskie	8175,6	10514,3	10241,5	10366,9	8735,8	10943,8	10433,2	10476,4
Śląskie	10415,5	12002,5	11533,9	11533,0	11080,7	12544,9	11803,3	11691,9
Świętokrzyskie	13946,1	13601,3	13596,6	14047,3	15294,2	14750,8	14420,2	14720,4
Warmińsko-mazurskie	13556,3	13007,7	13673,2	11566,7	14547,4	13781,9	14200,2	11914,0
Wielkopolskie	11650,4	12522,8	13688,0	13884,3	12370,1	13063,3	13968,6	14050,9
Zachodniopomorskie	9019,0	9397,3	8670,8	9141,5	9727,4	9920,3	8977,2	9378,5
<b>Polska</b>	<b>10865,8</b>	<b>12509,3</b>	<b>12367,3</b>	<b>12798,8</b>	<b>11675,2</b>	<b>13207,6</b>	<b>12751,7</b>	<b>13088,7</b>

Źródło: NIZP-PZH

■ **Tabela 3.** Wiek przedprodukcyjny (0–17 lat)

Przyczyna zgonu lub hospitalizacji	dolnośląskie	kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	małopolskie	mazowieckie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	śląskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	wielkopolskie	zachodniopomorskie
<b>Zgony z powodu:</b>																
ogółu przyczyn		+										+				
nowotworów złośliwych																
zaburzeń wydzielania wewnętrznego																
chorób układu krążenia																
chorób układu oddechowego																
chorób układu trawiennego																
chorób układu moczowo-płciowego																
z powodu przyczyn zewnętrznych																
<b>Hospitalizacja z powodu:</b>																
ogółu przyczyn		+			+					+						
nowotworów złośliwych		+			+					+						
zaburzeń wydzielania wewnętrznego		+								+	+		+			
chorób układu krążenia		+			+		+			+						
chorób układu oddechowego		+			+				+							
chorób układu trawiennego		+			+					+						
chorób układu moczowo-płciowego		+								+					+	
urazów i zatruc		+			+					+						
chorób układu kostno-stawowego					+		+							+		
z powodu zaburzeń psychicznych	+			+	+											
Suma 1 (umieralność)		<b>1</b>										<b>1</b>				
Suma 2 (hospitalizacja)	<b>1</b>	<b>8</b>		<b>1</b>	<b>8</b>		<b>2</b>		<b>1</b>	<b>7</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	

Źródło: NIZP-PZH

### 2.2.2.2. 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 międzywojewództwie. Najwyższa umieralność ogólna w całym okresie 2008–2011 miała miejsce w województwach lubuskim, łódzkim i śląskim. Nowotwory złośliwe były przyczyną umieralności istotnie wyższą niż ogółem w kraju w województwach kujawsko-pomorskim, lubuskim i łódzkim. Choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonu, ale szczególnie duże nasilenie umieralności z tego powodu obserwowano w województwach lubuskim, łódzkim i śląskim. Umieralność z powodu chorób ukła-

du oddechowego była wyraźnie wyższa od średniej ogólnopolskiej jedynie w województwie warmińsko-mazurskim. Przyczyny zewnętrzne były zagrożeniem życia szczególnie ważnym dla mieszkańców województw łódzkiego, mazowieckiego i warmińsko-mazurskiego. Leczenie szpitalne z powodu ogółu przyczyn osób w wieku produkcyjnym było istotnie częstsze niż średnia dla kraju w województwach łódzkim, podkarpackim i świętokrzyskim. Hospitalizacja chorych na nowotwory złośliwe była częstsza niż średnia w Polsce w województwach świętokrzyskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. Cierpiących na choroby układu kostno-stawowego hospitalizowano najczęściej w województwach lubelskim, podkarpackim, i świętokrzyskim, a na choroby psychiczne – w łódzkim, podlaskim i świętokrzyskim.

**Tabela 4.** Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 18–64 lata z powodu ogółu przyczyn

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	488,2	473,5	452,9	450,5	475,4	449,9	417,3	407,6
Kujawsko-pomorskie	447,7	447,5	444,5	433,0	450,5	440,1	425,5	406,9
Lubelskie	440,8	437,8	421,9	424,2	447,1	436,7	414,6	409,5
Lubuskie	469,5	470,8	456,8	458,0	470,4	460,6	431,0	426,0
Łódzkie	574,9	574,0	558,0	555,3	547,5	536,6	508,0	501,0
Małopolskie	358,6	361,5	335,4	341,5	375,4	372,4	340,5	342,5
Mazowieckie	434,5	432,6	418,7	419,3	432,7	424,1	403,8	399,6
Opolskie	389,9	376,4	388,8	383,6	402,7	378,8	377,6	363,2
Podkarpackie	329,4	335,5	318,6	316,6	353,2	353,1	326,8	319,0
Podlaskie	374,1	386,0	373,9	369,3	395,2	401,5	378,1	367,0
Pomorskie	405,2	403,9	388,2	379,2	414,2	403,5	378,1	361,8
Śląskie	482,2	475,4	468,7	467,8	475,4	459,6	441,8	432,7
Świętokrzyskie	448,3	429,8	429,8	434,6	443,1	416,7	404,8	404,2
Warmińsko-mazurskie	448,0	440,3	435,9	431,5	469,4	449,2	431,4	416,8
Wielkopolskie	404,9	415,9	388,6	396,5	413,3	414,4	377,6	379,7
Zachodniopomorskie	473,2	467,9	459,4	447,7	463,6	446,2	425,2	406,2
<b>Polska</b>	<b>439,2</b>	<b>437,0</b>	<b>422,9</b>	<b>421,7</b>	<b>441,9</b>	<b>430,8</b>	<b>407,1</b>	<b>399,3</b>

Źródło: NIZP-PZH

**Tabela 5.** Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 18-64 lata z powodu ogółu przyczyn

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	5450,8	7686,2	7103,3	7931,5	5354,5	7483,1	6844,2	7593,1
Kujawsko-pomorskie	12531,4	12447,8	11832,4	11657,5	12428,7	12241,5	11540,7	11320,6
Lubelskie	13385,2	13101,2	12705,0	12458,9	13365,7	12986,1	12489,5	12190,1
Lubuskie	12966,5	12388,8	11506,3	10937,2	12845,3	12153,3	11147,0	10525,9
Łódzkie	13754,5	13714,7	13784,1	13426,8	13418,6	13301,3	13287,8	12925,6
Małopolskie	7006,8	9790,5	9543,1	9546,0	7068,7	9792,1	9485,4	9434,6
Mazowieckie	8145,4	9677,3	9981,9	10670,4	8046,9	9500,8	9740,2	10363,2
Opolskie	9397,2	9684,0	9265,6	9845,5	9480,0	9667,7	9127,4	9600,6
Podkarpackie	14214,6	13782,7	13202,1	13343,5	14475,9	13903,0	13192,2	13259,0
Podlaskie	11981,2	11780,7	11109,8	10828,6	12176,4	11864,7	11085,3	10737,7
Pomorskie	6693,4	8827,3	8654,4	8347,4	6671,2	8722,6	8481,7	8132,0
Śląskie	10512,1	11476,2	10819,8	10509,7	10397,7	11264,1	10526,6	10165,4
Świętokrzyskie	14959,7	13269,3	13141,7	13226,7	14778,2	13008,0	12737,6	12769,0
Warmińsko-mazurskie	11070,1	10605,9	10634,1	8525,6	11170,2	10588,9	10494,4	8349,0
Wielkopolskie	12074,4	12174,0	12858,7	12714,1	12030,2	12007,1	12579,0	12395,6
Zachodniopomorskie	7546,6	7640,2	8328,5	9281,0	7442,5	7440,1	8025,2	8855,2
<b>Polska</b>	<b>10228,4</b>	<b>10964,1</b>	<b>10792,7</b>	<b>10798,1</b>	<b>10167,8</b>	<b>10807,2</b>	<b>10549,9</b>	<b>10498,0</b>

Źródło: NIZP-PZH

**Tabela 6.** Wiek produkcyjny (18-64 lat)

Przyczyna zgonu lub hospitalizacji	dolnośląskie	kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	małopolskie	mazowieckie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	śląskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	wielkopolskie	zachodniopomorskie
<b>Zgony z powodu:</b>																
ogółu przyczyn				+	+							+				
nowotworów złośliwych		+		+	+											
zaburzeń wydzielania wewnętrznego					+							+			+	
chorób układu krążenia				+	+							+				
chorób układu oddechowego														+		
chorób układu trawiennego					+							+				
chorób układu moczowo-płciowego																
z powodu przyczyn zewnętrznych					+		+							+		
<b>Hospitalizacja z powodu:</b>																
ogółu przyczyn					+				+				+			
nowotworów złośliwych													+		+	+
zaburzeń wydzielania wewnętrznego					+								+		+	
chorób układu krążenia				+					+						+	
chorób układu oddechowego			+							+				+	+	
chorób układu trawiennego					+								+	+		
chorób układu moczowo-płciowego					+				+			+				
urazów i zatruc					+					+			+			
chorób układu kostno-stawowego			+						+				+			
z powodu zaburzeń psychicznych					+					+			+			
Suma 1 (umieralność)		<b>1</b>		<b>3</b>	<b>6</b>		<b>1</b>					<b>4</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	
Suma 2 (hospitalizacja)			<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>				<b>4</b>	<b>3</b>		<b>1</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>

Źródło: NIZP-PZH

### 2.2.2.3. 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. Nowotwory złośliwe były przyczyną umieralności istotnie wyższą niż ogółem w kraju w województwach kujawsko-pomorskim,

pomorskim i wielkopolskim. Choroby układu krążenia stanowią obok nowotworów największy problem zdrowotny w tej grupie wieku. Województwami o największej umieralności z tej przyczyny były województwa lubelskie, łódzkie i śląskie. Największe natężenie zgonów z powodu chorób układu oddechowego obserwowano w województwach kujawsko-pomorskim, mazowieckim i warmińsko-mazurskim. Umieralność z powodu przyczyn zewnętrznych w poszczególnych województwach nie różniła się istotnie od średniej ogólnopolskiej, je-

**Tabela 7.** Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu ogółu przyczyn

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	5269,3	5468,4	5220,7	5092,2	4888,2	4941,7	4584,5	4412,6
Kujawsko-pomorskie	5242,0	5347,2	5287,1	4954,5	4948,9	4957,5	4801,9	4441,1
Lubelskie	5451,7	5570,3	5353,5	5296,9	4926,5	4928,4	4631,0	4522,6
Lubuskie	5235,1	5390,6	5145,0	5165,4	4945,7	4990,1	4613,2	4606,1
Łódzkie	5605,8	5733,8	5651,2	5479,9	5051,8	5076,8	4909,0	4744,2
Małopolskie	4928,0	4886,9	4870,6	4787,6	4602,6	4462,9	4362,9	4213,3
Mazowieckie	5003,9	5167,6	5044,5	4941,0	4493,8	4546,3	4345,0	4192,3
Opolskie	4779,1	4780,5	4918,2	4817,0	4739,7	4598,6	4637,4	4415,9
Podkarpackie	4941,6	5040,0	4914,9	4830,1	4604,1	4564,9	4357,7	4208,9
Podlaskie	4900,1	5146,0	4977,2	4880,4	4455,9	4550,9	4292,7	4124,6
Pomorskie	4933,1	4923,6	4770,0	4741,8	4725,1	4615,7	4362,0	4264,9
Śląskie	4977,6	5033,3	4934,8	4880,7	4951,1	4912,1	4764,8	4624,0
Świętokrzyskie	5282,4	5331,1	5370,6	5162,1	4763,7	4684,2	4637,9	4380,1
Warmińsko-mazurskie	4978,5	5228,3	4998,5	4956,4	4773,3	4899,4	4531,7	4421,5
Wielkopolskie	5327,4	5381,6	5308,6	5056,9	4933,7	4873,2	4706,8	4495,8
Zachodniopomorskie	5148,4	5168,7	5181,2	4960,0	4912,4	4820,6	4704,6	4446,2
<b>Polska</b>	<b>5127,1</b>	<b>5222,6</b>	<b>5115,9</b>	<b>4994,7</b>	<b>4789,9</b>	<b>4773,9</b>	<b>4577,0</b>	<b>4408,3</b>

Źródło: NIZP-PZH



dyne województwo śląskie wyróżnia się niekorzystnie w porównaniu ze średnią ogólnopolską.

Chorobowość szpitalna w grupie osób w wieku poprodukcyjnym z powodu ogółu przyczyn była na najwyższym poziomie w województwach lubuskim, podkarpackim i świętokrzyskim. Hospitalizacja z powodu nowotworów złośliwych osób w tej grupie wieku była na najwyższym poziomie w województwach świętokrzyskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. Choroby układu krążenia stanowią szczególnie istotny problem zdrowotny wymagający hospitalizacji osób starszych w województwach

lubelskim, łódzkim i śląskim (wysokie współczynniki umieralności i hospitalizacji). Pacjentów z chorobami układu oddechowego hospitalizowano najczęściej w województwach lubuskim, podkarpackim i podlaskim. Ofiary urazów i zatruc hospitalizowane były częściej niż wynosiła średnia ogólnopolska w województwach podkarpackim, podlaskim i śląskim. Osoby z chorobami układu kostno-stawowego hospitalizowano najczęściej w województwach podkarpackim, wielkopolskim i zachodniopomorskim, a chorych na zaburzenia psychiczne – w województwach lubuskim, opolskim i podlaskim.

**Tabela 8.** Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu ogółu przyczyn

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	15681,7	24497,8	21413,6	24673,5	15153,6	23295,8	20351,4	23382,4
Kujawsko-pomorskie	35501,6	35626,4	34404,6	34759,6	34509,3	34386,4	33074,1	33513,0
Lubelskie	40208,7	39558,9	38067,9	38259,5	38424,8	37537,2	36097,7	36263,4
Lubuskie	38278,7	37085,0	34506,9	34152,3	37087,2	35683,5	33121,5	32738,5
Łódzkie	35989,1	35941,2	36618,4	37124,6	34610,9	34276,4	34728,2	35327,3
Małopolskie	21179,8	30798,6	29951,0	30577,8	20525,2	29587,3	28696,5	29171,3
Mazowieckie	22709,6	26838,7	28372,7	31896,3	21673,5	25562,0	26979,9	30265,2
Opolskie	30177,9	32195,2	30716,6	33112,3	29528,9	31163,3	29562,2	31586,5
Podkarpackie	43549,7	42672,1	40759,6	42011,2	41847,4	40688,6	38772,2	39938,0
Podlaskie	35167,5	36159,9	33895,0	34193,7	33837,7	34535,1	32271,1	32401,9
Pomorskie	20381,3	26943,3	26322,5	26939,2	19728,2	25819,2	25135,5	25685,4
Śląskie	29599,3	32411,5	30526,9	30344,7	29130,4	31768,5	29817,6	29498,3
Świętokrzyskie	42253,7	37310,3	36886,5	38028,0	40581,7	35646,4	35178,6	36222,7
Warmińsko-mazurskie	32177,3	31785,0	32005,8	26567,3	31214,5	30604,2	30743,8	25448,4
Wielkopolskie	32998,5	32762,3	35047,9	36699,5	32088,9	31723,4	33816,1	35615,6
Zachodniopomorskie	21798,6	21954,1	24645,8	29542,6	21161,4	21322,5	23767,1	28420,6
<b>Polska</b>	<b>29387,6</b>	<b>31960,7</b>	<b>31508,2</b>	<b>32729,8</b>	<b>28423,1</b>	<b>30713,1</b>	<b>30182,5</b>	<b>31311,6</b>

Źródło: NIZP-PZH

■ **Tabela 9.** Wiek poprodukcyjny (65+ lat)

Przyczyna zgonu lub hospitalizacji	dolnośląskie	kujawsko-pomorskie	lubelskie	lubuskie	łódzkie	małopolskie	mazowieckie	opolskie	podkarpackie	podlaskie	pomorskie	śląskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	wielkopolskie	zachodniopomorskie
<b>Zgony z powodu:</b>																
ogółu przyczyn				+	+							+				
nowotworów złośliwych		+									+				+	
zaburzeń wydzielania wewnętrznego								+				+			+	
chorób układu krążenia			+		+							+				
chorób układu oddechowego		+					+							+		
chorób układu trawiennego					+							+				
chorób układu moczowo-płciowego														+		
z powodu przyczyn zewnętrznych												+				
<b>Hospitalizacja z powodu:</b>																
ogółu przyczyn				+					+				+			
nowotworów złośliwych													+		+	+
zaburzeń wydzielania wewnętrznego		+	+								+					
chorób układu krążenia			+		+							+				
chorób układu oddechowego				+					+	+						
chorób układu trawiennego									+	+			+			
chorób układu moczowo-płciowego				+	+				+							
urazów i zatruc									+	+			+			
chorób układu kostno-stawowego									+						+	+
z powodu zaburzeń psychicznych				+				+		+						
Suma 1 (umieralność)		<b>2</b>	<b>1</b>		<b>3</b>		<b>1</b>	<b>1</b>			<b>1</b>	<b>5</b>		<b>2</b>	<b>2</b>	
Suma 2 (hospitalizacja)		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>			<b>1</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>		<b>3</b>	<b>2</b>

Źródło: NIZP-PZH

## Przyczyny orzeczeń o niepełnosprawności z uwzględnieniem różnic regionalnych

Analizowano zróżnicowanie międzywojewódzkie orzeczeń o niepełnosprawności, uwzględniając najczęstsze jej przyczyny. Dane do analizy w postaci liczb bezwzględnych pozyskano z centrali ZUS w Warszawie, następnie wyliczono współczynniki niepełnosprawności według województw i wybranych przyczyn, przyjmując za mianownik liczbę ludności w wieku 20–64 lat w Polsce i w odpowiednich województwach. Jak widać z tabeli 10

w 2012 r. najczęściej nowych orzeczeń o niepełnosprawności ogółem wydano dla mieszkańców województw: kujawsko-pomorskiego, warmińsko-mazurskiego i wielkopolskiego oraz łódzkiego. Rozpiętość wskaźnika orzeczeń wynosiła od 83 w podlaskim do 242 w kujawsko-pomorskim. Najczęstsze przyczyny niepełnosprawności to **choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu kostno-stawowego i zaburzenia psychiczne**. Mieszkańcom województwa kujawsko-pomorskiego najczęściej w kraju przyznawana jest niepełnosprawność z powodu chorób układu krążenia i nowotworów.

**Tabela 10.** Orzeczenia ustalające całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji lub całkowitą niezdolność do pracy, lub częściową niezdolność do pracy w Polsce według przyczyn i województw<sup>a</sup>

Województwo	Ogółem	Nowotwory (C00 - D48)	Zaburzenia wydzielenia wewnętrznego (E00 - E90)	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00 - F99)	Choroby układu nerwowego (G00 - G99)	Choroby oka i przydatków oka (H00 - H59)	Choroby układu krążenia (I00 - I99)	Choroby układu oddechowego (J00 - J99)	Choroby układu trawiennego (K00 - K93)	Choroby układu kostno - stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	Choroby układu moczowo - pęcherzowego (N00 - N99)	Urazy, zatrucia i inne okoliczności skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98)
POLSKA	177,6	38,6	3,7	19,2	13,0	3,2	39,6	4,2	4,1	21,7	2,3	14,0
Kujawsko-pomorskie	242,4	54,9	5,4	19,9	21,3	3,1	56,2	4,5	4,8	33,6	2,1	19,2
Warmińsko-mazurskie	218,4	41,5	5,7	20,5	15,7	2,5	54,4	5,1	4,8	35,7	2,0	18,4
Wielkopolskie	213,4	44,4	4,8	24,2	11,2	3,6	44,0	5,2	5,0	30,1	2,5	17,7
Łódzkie	212,3	39,0	3,8	28,0	16,8	3,1	44,7	4,4	4,8	18,2	3,8	20,1
Mazowieckie	203,2	43,6	4,8	21,0	15,5	3,3	45,1	5,1	5,1	25,2	3,0	14,6
Zachodniopomorskie	196,1	48,5	3,4	21,0	14,6	4,0	45,7	4,1	4,0	18,6	2,7	13,7
Śląskie	186,4	38,0	3,6	21,6	15,1	4,1	39,6	5,9	5,4	23,5	2,5	15,3
Dolnośląskie	174,7	42,0	3,3	14,1	11,5	2,9	39,6	4,2	4,3	20,9	1,9	14,4
Lubuskie	174,0	46,7	2,5	12,6	8,0	2,8	46,7	2,8	4,0	18,6	1,9	16,8
Lubelskie	170,6	34,2	3,3	21,5	13,2	2,7	41,9	4,7	3,6	21,4	1,5	13,2
Podkarpackie	151,9	27,5	4,2	26,0	13,2	4,8	29,6	2,0	2,4	19,2	2,8	9,4
Małopolskie	138,1	33,4	2,0	14,8	8,8	2,9	30,6	3,2	3,2	16,3	1,7	12,6
Świętokrzyskie	121,8	19,2	4,2	15,1	10,0	3,1	25,4	4,3	1,8	13,8	0,9	13,3
Opolskie	117,8	37,8	1,3	8,4	4,8	2,4	34,7	2,2	2,8	9,3	2,4	5,8
Pomorskie	108,7	24,6	2,6	9,6	10,6	1,4	22,7	2,3	2,4	14,8	1,2	5,4
Podlaskie	82,9	28,1	1,8	10,8	3,9	2,2	19,0	1,0	1,8	5,9	1,3	3,5

<sup>a</sup> W tabeli podano współczynniki niepełnosprawności według województw i wybranych przyczyn niepełnosprawności. Analiza porównawcza dynamiki zjawisk w zakresie sytuacji zdrowotnej w regionach na tle deficytów podaży usług zdrowotnych, NIZP-PZH, Warszawa 2014. Źródło: NIZP-PZH na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

### 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<sup>39</sup>. Prace dotyczące oszacowania

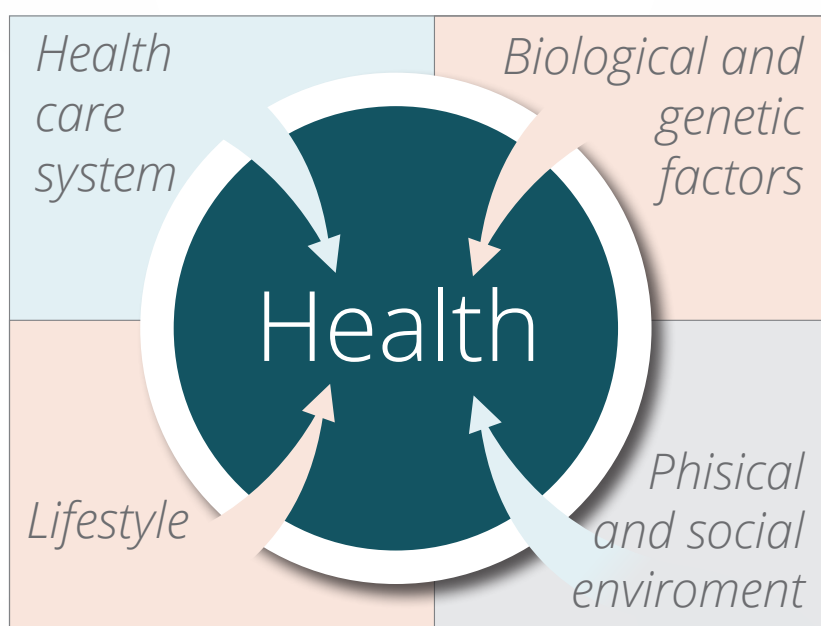
39 M.J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, [w:] „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, nr 57, s. 505–512. Marc Lalonde był ministrem zdrowia Kanady.

stopnia wpływu poszczególnych czynników na zdrowie<sup>40</sup> 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 badaniu 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 chorób oraz na organizację systemu opieki zdrowotnej w aspekcie dostępności do świadczeń zdrowotnych, jakości i efektywności systemu opieki zdrowotnej, informatyzacji oraz innowacji w ochronie zdrowia.

40 *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”.

**Rysunek 3.**  
Uwarunkowania zdrowia – Model czynników wpływających na zdrowie według Marca Lalonde'a (1974)

Źródło: M. Lalonde, *A new perspective on the health of Canadians – working document*, Ministry of National Health and Welfare, Ottawa 1981, s. 31–34.



### 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 często niekorzystnie oddziałujące na zdrowie ludzkie. Postęp technologiczny 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 środowisku życia<sup>41</sup>.

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

#### 3.1.1. Czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych

WHO już w 2002 r. oszacowała procentowe udziały poszczególnych czynników ryzyka w ogólnej liczbie zgonów z powodu chorób cywilizacyjnych w krajach europejskich. W Polsce najistotniejsze okazały się: palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi i wysoki

poziom cholesterolu, nadwaga i otyłość, nadmierne spożycie alkoholu, niskie spożycie warzyw i owoców, mała aktywność fizyczna<sup>42</sup>.

Jak wynika z przeprowadzonych w Polsce badań, redukcja głównych czynników ryzyka (uwarunkowanych stylem życia) zmniejsza o ponad połowę zachorowalność na chorobę niedokrwienną serca<sup>43</sup>.

Mimo korzystnych zmian, jakie odnotowano w Polsce, czynniki ryzyka wynikające ze stylu życia stanowią znacznie większe zagrożenie niż w innych państwach Unii Europejskiej.

**Palenie tytoniu** W Polsce używanie tytoniu odpowiada za 25,3% zgonów ogółem, gdy tymczasem w Szwecji wskaźnik ten wynosi 10,8%, a w Austrii 9,2%. Jak wskazują wyniki badania EHIS (European Health Interview Survey) z 2009 r.<sup>44</sup>, palenie tytoniu w Polsce jest coraz mniej popularne. Wynika to głównie ze spadku powszechności używania tytoniu wśród mężczyzn. Problemem pozostaje od lat utrzymująca się tendencja wzrostowa liczby palących kobiet. W okresie ostatnich pięciu lat odsetek dorosłych osób palących tytoń codziennie zmniejszył się o prawie trzy punkty procentowe (z 27% do 24%). Zauważalny jest spadek zgonów wśród mężczyzn spowodowany paleniem papierosów, przy jednoczesnym gwałtownym wzroście tych zgonów wśród kobiet. Spośród 16 badanych krajów palenie tytoniu jest najbardziej popularne w Grecji i Bułgarii, gdzie pali około 30% populacji osób dorosłych. Najmniej popularne jest natomiast wśród mieszkańców Słowenii, Belgii, Malty i Słowacji. Tytoń pali codziennie niespełna co 5. dorosły mieszkaniec tych krajów<sup>45</sup>.

41 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”.

42 WHO *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, 2002, [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf). M. Sygut, Raport: Lepiej zapobiegać, „Rynek Zdrowia” 2013, nr 10.

43 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).

44 Badanie, przeprowadzone w latach 2006–2009, objęło łącznie 16 państwach członkowskich UE: Austrię, Belgię, Bułgarię, Cypr, Czechy, Estonię, Francję, Grecję, Hiszpanię, Łotwę, Maltę, Polskę, Rumunię, Słowację, Słowenię i Węgry, zob. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/european\\_health\\_interview\\_survey](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/european_health_interview_survey).

45 *Ibidem*.

## Aktywność fizyczna

Jak wskazują wyniki polskiego badania EHIS z 2009 r., aktywność fizyczna dorosłych mieszkańców Polski jest na przeciętnym poziomie. Ponad połowa populacji osób dorosłych (dokładnie 55%) w ostatnim tygodniu przed badaniem wykonywała przez co najmniej 30 minut dziennie czynności wymagające dużego lub umiarkowanego wysiłku fizycznego. Podobny poziom aktywności fizycznej wykazali również Grecy, Słowacy i Słoweni. Najbardziej aktywnym fizycznie narodem byli natomiast Czesi i Łotysze – 2/3 populacji osób dorosłych zostało zakwalifikowane do tej grupy, w mniejszym stopniu również Węgrzy. Najrzadziej aktywni fizycznie są dorośli mieszkańcy Malty i Austrii (odpowiednio 22% i 33% ogółu populacji).

## Nadwaga i otyłość, dieta

W Polsce w pierwszej dekadzie XXI w. nastąpił wzrost odsetka osób dotkniętych nadwagą i otyłością<sup>46</sup>. Zbyt wysoką masę ciała – nadwagę lub otyłość – miało w 2009 r. ponad 61% mężczyzn i niemal 45% kobiet. Od 2004 r. ich udział w populacji wzrósł o dziewięć punktów procentowych w przypadku mężczyzn (najwięcej w grupach wieku 20–39 lat oraz 70 lat i więcej) i o pięć punktów wśród kobiet (szczególnie w wieku 20–49 lat)<sup>47</sup>.

Warzywa codziennie jada ponad 63% dorosłych Polaków, co plasuje Polskę na 6. miejscu w takim modelu konsumpcji wśród 16 badanych krajów. Zdecydowanie przodują tu Belgowie, Francuzi oraz mieszkańcy Słowenii; odpowiednio 85%, 77% i 75% badanych w tych krajach deklaruje codzienne spożywanie warzyw. Posiłek zawierający warzywa zjada dwa razy dziennie co szósta osoba w Polsce. Konsumpcja owoców kształtuje się nieco inaczej niż warzyw, chociaż utrzymuje się na bardzo zbliżonym poziomie. Owoce codziennie jada ponad 61% badanych mieszkańców Polski, którą w tym obszarze wyprzedza jednak aż dziewięć krajów. Najczęściej jadają owoce mieszkańcy Słowenii (około 75%) i Malty (prawie 74%) oraz ponad 70% Hiszpanów<sup>48</sup>.

46 *Health at Glance 2013*, s. 59, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>.

47 B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskałewicz, *op.cit.*, s. 296.

48 Badanie EHIS.

## 3.1.2. Profilaktyka i promocja zdrowia

**Problemem polskiego systemu opieki zdrowotnej są niska świadomość zdrowotna społeczeństwa oraz wykrywalność chorób w zaawansowanych stadiach rozwojowych, co znacznie zmniejsza szanse na całkowite wyleczenie.** Sytuacja ta wynika m.in. z faktu, że w Polsce odnotowuje się deficyt finansowania działań profilaktycznych, nie tylko służących zwiększeniu dostępu do badań diagnostycznych, ale również 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<sup>49</sup>. Wyniki tego badania dowodzą, że 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 to, 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 regionalnym oraz lokalnym. Realizacja zadań ochrony zdrowia jest obowiązkiem każdego ze szczebli administracji samorządowej (gminy, powiatu, województwa).

49 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 dezaktywacji 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.



## 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 województwach w Polsce. Podobnie tematyka uzależnień od tytoniu, alkoholu, narkotyków była obecna w programach zdrowotnych w każdym województwie. Wszystkie województwa podejmowały działania na rzecz 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. Były to głównie programy dotyczące zapobiegania chorobom wywoływanym przez wirusy grypy, meningokoki, pneumokoki, wirusa HPV.

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 działania 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 wojewódz-

twach znalazły się m.in.: bezpieczeństwo w ruchu drogowym, związek zdrowia z ekologią, przemoc domowa, poprawa jakości życia, hałas, BHP, edukacja ekologiczna, krwiodawstwo, endoprotezo-plastyka. Programy zdrowotne we wszystkich województwach były adresowane do mieszkańców całego województwa lub mieszkańców wybranych powiatów i gmin. Działania skierowane do dzieci i młodzieży oraz kobiet wykazało 15 województw. Powszechne były też programy skierowane do osób starszych oraz innych precyzyjnie określonych grup wieku, a także osób będących w grupie ryzyka określonej choroby (np. nowotworów złośliwych, cukrzycy). Trzy czwarte województw kierowało swoje programy do mężczyzn oraz osób niepełnosprawnych. Mniej niż połowa województw adresowała programy do pracowników. W pojedynczych województwach wskazano także następujące grupy adresatów: dzieci z domów dziecka, osoby w trudnej sytuacji materialnej, bezrobotni, opiekunowie osób starszych i niepełnosprawnych, rodzice.

Należy podkreślić, że przedstawione dane dotyczą jedynie rodzaju tematyki i adresatów programów realizowanych na terenie poszczególnych województw. Na ich podstawie nie można wnioskować, ile jednostek samorządu terytorialnego (JST) z każdego województwa realizowało wymienione programy.

## Metody realizacji programów zdrowotnych

Pojedyncze województwa szczegółowo określiły metody realizacji programów zdrowotnych, tj.: świadczenia opieki zdrowotnej (m.in. badania lekarskie, badania diagnostyczne, porady psychologiczne, porady dietetyczne, szczepienia, rehabilitacja ruchowa, nauka samobadania piersi); szkolenia i konferencje, działania promocyjno-edukacyjne (np. kampanie informacyjne, warsztaty, wycieczki, spotkania edukacyjno-informacyjne, pikniki, ulotki, plakaty, konkursy, informacje medialne); zakup sprzętu. Wśród innych metod znalazły się przykładowo: budowa infrastruktury badawczej i diagnostycznej, zakup leków.

Analiza poszczególnych programów wskazuje, że najczęściej podejmowano działania w formie edukacji zdrowotnej (warsztaty, pogadanki, ulotki, spotkania informacyjno-edukacyjne, nauka samobadania piersi) oraz w formie świadczeń opieki zdrowotnej

(diagnostyka chorób, badania przedmiotowe, konsultacje lekarza specjalisty, porady psychologiczne, szczepienia, lakowanie zębów).

Niemniej jednak działania podejmowane przez samorządy bardzo często nie mają charakteru stałego (są głównie akcyjne) i z uwagi na niedobór środków finansowych odbywają się na ograniczoną skalę. Jednostki chorobowe, dla których działania profilaktyczne mają ustrukturyzowany charakter to nowotwory piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego. Mimo że działania w zakresie tych jednostek chorobowych mają charakter systemowy i realizowane są od kil-

kunastu lat, zgłaszalność na badania diagnostyczne w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów piersi, szyjki macicy i jelita grubego pozostaje na niskim poziomie<sup>50</sup>.

<sup>50</sup> A. Dyzmann-Sroka, Dlaczego Wielkopolanki nie robią badań mammograficznych – Raport, [w:] „Zeszyty naukowe”, Wielkopolskie Centrum Onkologii 2012, nr 9; A. Łuszczczyńska, A. Bukowska-Durawa, Tysiące kobiet, tysiące barier. Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa 2001.

**Tabela 11.** Zwrot wypełnionych formularzy sprawozdawczych dotyczących realizacji celów operacyjnych NPZ poprzez JST w poszczególnych województwach w latach 2009–2011

Rok	2009		2010		2011	
Województwo	Liczba zwróconych formularzy	Odsetek zwrotu	Liczba zwróconych formularzy	Odsetek zwrotu	Liczba zwróconych formularzy	Odsetek zwrotu
Dolnośląskie	87	44%	79	39%	195	96%
Kujawsko-pomorskie	84	50%	134	80%	150	90%
Lubelskie	124	52%	118	49%	179	74%
Lubuskie	67	69%	96	100%	96	100%
Łódzkie	118	59%	187	93%	155	77%
Małopolskie	95	47%	139	69%	161	80%
Mazowieckie	190	54%	268	76%	351	100%
Opolskie	58	70%	81	98%	82	99%
Podkarpackie	b.d.	b.d.	98	53%	118	64%
Podlaskie	88	65%	135	99%	132	97%
Pomorskie	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	104	70%
Śląskie	79	38%	95	46%	92	45%
Świętokrzyskie	77	66%	86	73%	115	98%
Warmińsko-mazurskie	84	62%	118	87%	126	93%
Wielkopolskie	119	45%	146	55%	180	68%
Zachodniopomorskie	b.d.	b.d.	98	73%	132	98%
<b>Polska</b>	<b>1270</b>	<b>55%</b>	<b>1878</b>	<b>73%</b>	<b>2368</b>	<b>84%</b>

Źródło: NIZP-PZH

### Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi

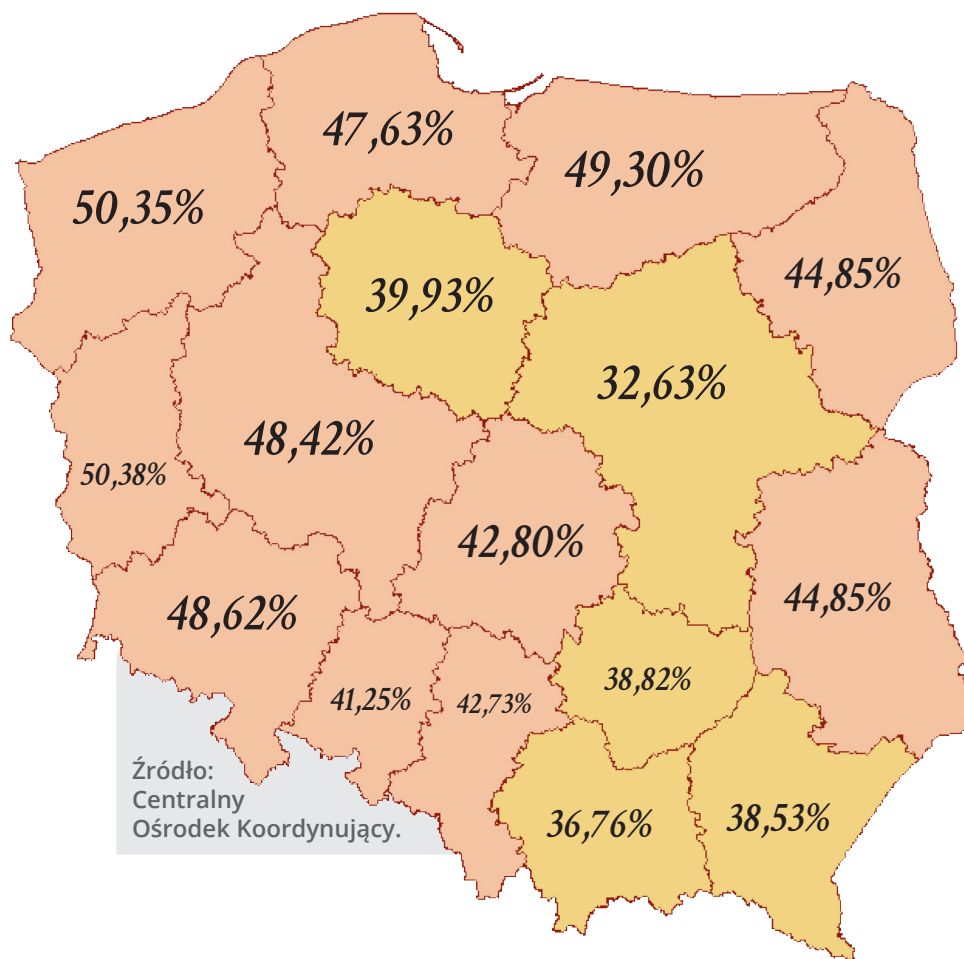
Metodą wykrywania raka piersi we wczesnych stopniach zaawansowania jest prowadzenie badań przesiewowych (tzw. skriningów). Prawidłowo zaplanowany i prowadzony skrining przyczynia się do zmniejszenia umieralności z powodu raka piersi. **Skuteczność programu przesiewowego zależy od jego populacyjnego charakteru, prowadzenia zgodnie z przyjętymi wytycznymi oraz systematycznej kontroli jakości badań i efektywności programu.** Według *European guidelines for quality assurances*

*in breast cancer screening and diagnosis*<sup>51</sup> akceptowalny poziom udziału kobiet w badaniu wynosi ponad 70%, zaś pożądany powyżej 75%.

Celem Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi, realizowanego w Polsce od 2006 r. w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, jest obniżenie wskaźnika umieralności i zachorowalności z powodu raka piersi, zwiększenie wskaźnika pięcioletnich przeżyć do poziomu

51 Zob. <http://annonc.oxfordjournals.org/content/19/4/614.full>.

**Wykres 13.** Objęcie populacji kobiet w wieku 50–69 lat Populacyjnym programem wczesnego wykrywania raka piersi w 2011 r.



osiąganego w krajach UE oraz wzrost zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne. *Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi* realizowany jest w oparciu o współpracę Ministerstwa Zdrowia, które finansuje część administracyjno-logistyczną Programu poprzez refundację kosztów osobowych i zadaniowych, stworzonej dla potrzeb Programu sieci Centralnego i Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących, monitorujących i nadzorujących realizację zadań, a także realizację wysyłki imiennych zaproszeń do kobiet, prowadzenie akcji medialnych oraz informacyjno-edukacyjnych na rzecz popularyzacji profilaktyki wymienionego nowotworu. Natomiast profilaktyczne badania mammograficzne, realizowane w zakresie *Programu profilaktyki raka piersi*, finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który w ramach procedury konkursowej wybiera świadczeniodawców realizujących te badania i zawiera z nimi kontrakty. Program profilaktyki raka piersi realizowany jest w dwóch etapach. Etap I (podstawowy) polega na wykonywaniu badań mammograficznych co 24 miesiące u kobiet ubezpieczonych z przedziału wieku 50–69 lat. Należy zaznaczyć, że wcześniejsze rozpoznanie nowotworu piersi wyklucza udział kobiety w skriningu. Jeżeli wynik badania mammograficznego nie wskazuje zmian chorobowych, pacjentka powinna się zgłosić na następne badanie za 24 miesiące. W przypadku stwierdzenia zmian pacjentkę kieruje się do tzw. etapu diagnostyki pogłębionej (etap II). W ramach etapu II wykonuje się, w zależności od potrzeb, zdjęcia mammograficzne powiększone, sonomammografię (mammoUSG) lub biopsję aspiracyjną cienkoigłową (BAC) pod kontrolą USG. W przypadku BAC uzyskany materiał przekazywany jest do oceny cytologicznej. Procedury medyczne zastosowane w czasie tego etapu mają na celu wyjaśnienie charakteru zmiany wykrytej w etapie I. Jeżeli zmiana ma charakter złośliwy, lekarz w pracowni etapu II ustala wspólnie z pacjentką dalsze postępowanie lecznicze.

Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące, aby zachęcić kobiety do skorzystania z badań mammograficznych, wysyłają do nich imienne zaproszenia. W 2009 r. wysłano 1 130 224 zaproszeń, w 2010 r. – 2 419 465, a w 2011 r. – 2 536 771 zaproszeń. W 2009 r. na badanie mammograficzne w odpowiedzi na zaproszenia zgłosiło się 236 019 kobiet, co stanowiło 21,09% osób, do których wysłano zaproszenia. W 2010 r.,

w tym samym trybie, zgłosiło się na badania 450 680 kobiet (tj. 18,80% tych, do których skierowano zaproszenia), a w 2011 r. było ich 492 720 (19,57%)<sup>52</sup>.

Populacja kobiet w wieku 50–69 lat przebadanych w Polsce w ramach programu wzrosła z 36,4% w 2009 r. do 43,5% w 2011 r. W poszczególnych latach oraz w poszczególnych województwach dane dotyczące objęcia programem były zróżnicowane. W roku 2009 najwięcej kobiet uczestniczyło w badaniach mammograficznych w województwach lubuskim (42,5%), warmińsko-mazurskim (41,6%) oraz podlaskim (40,7%), a najmniej w województwie śląskim (29,1%), świętokrzyskim (28,5%) oraz mazowieckim (27,6%). W roku 2010 programem badań mammograficznych objęto najwięcej kobiet w województwach warmińsko-mazurskim (46,2%), pomorskim (45,9%) oraz wielkopolskim (44,8%). W tym czasie najmniej kobiet zbadano w województwach małopolskim (33,1%), śląskim (31,9%) oraz mazowieckim (30,6%). Natomiast w 2011 r. najwyższy odsetek kobiet uczestniczących w programie był w województwach lubuskim (50,4%), zachodniopomorskim (50,4%) oraz warmińsko-mazurskim (49,3%), a najniższy w województwach podkarpackim (38,5%), małopolskim (36,8%) oraz mazowieckim (32,6%) (wykres 13.).

### **Umowy podpisane przez NFZ na realizację profilaktycznych programów zdrowotnych w zakresie raka piersi**

NFZ zawiera umowy ze świadczeniodawcami na realizację profilaktycznych programów zdrowotnych w ramach *Programu profilaktyki raka piersi*. Program daje możliwość wykonania i oceny mammografii w zakładach opieki zdrowotnej, które zawarły umowy z oddziałami wojewódzkimi NFZ. Rokrocznie wzrasta liczba kontraktów zawieranych przez NFZ na profilaktyczne programy zdrowotne, ukierunkowanych na wykrywanie raka piersi. W 2009 r. liczba zawartych umów wynosiła 483 (341 w etapie podstawowym, 142 w etapie pogłębionej diagnostyki), w 2010 r. 494 (350 w etapie podstawowym, 144 w etapie pogłęb-

<sup>52</sup> Analiza porównawcza dynamiki zjawisk w zakresie sytuacji zdrowotnej w regionach na tle deficytów podaży usług zdrowotnych, NIZP-PZH 2014

**Tabela 12.** Kontrakty NFZ na profilaktyczne programy zdrowotne w odniesieniu do raka piersi

Województwo	Profilaktyczne Programy Zdrowotne	Program Profilaktyki Raka Piersi					
		Etap podstawowy			Etap pogłębionej diagnostyki		
		2009	2010	2011	2009	2010	2011
Dolnośląskie	Liczba zawartych umów	28	29	32	5	8	5
	Liczba świadczeniodawców	28	26	32	5	6	5
Kujawsko-pomorskie	Liczba zawartych umów	20	19	19	2	2	2
	Liczba świadczeniodawców	20	19	19	2	2	2
Lubelskie	Liczba zawartych umów	23	23	31	10	10	12
	Liczba świadczeniodawców	23	23	31	10	10	12
Lubuskie	Liczba zawartych umów	12	12	15	6	6	6
	Liczba świadczeniodawców	12	12	15	6	6	6
Łódzkie	Liczba zawartych umów	18	20	22	4	4	5
	Liczba świadczeniodawców	18	17	19	4	4	5
Małopolskie	Liczba zawartych umów	27	27	31	11	11	11
	Liczba świadczeniodawców	27	27	31	11	11	11
Mazowieckie	Liczba zawartych umów	46	48	50	17	17	17
	Liczba świadczeniodawców	46	48	50	17	17	17
Opolskie	Liczba zawartych umów	10	11	15	5	4	4
	Liczba świadczeniodawców	10	11	14	5	4	4
Podkarpackie	Liczba zawartych umów	21	23	25	5	5	6
	Liczba świadczeniodawców	21	23	25	5	5	6
Podlaskie	Liczba zawartych umów	9	8	13	7	6	12
	Liczba świadczeniodawców	8	8	9	6	6	6
Pomorskie	Liczba zawartych umów	32	31	30	20	20	21
	Liczba świadczeniodawców	32	31	30	20	20	21
Śląskie	Liczba zawartych umów	49	50	56	26	26	29
	Liczba świadczeniodawców	49	50	56	26	26	29
Świętokrzyskie	Liczba zawartych umów	6	6	8	3	3	4
	Liczba świadczeniodawców	6	6	8	3	3	4
Warmińsko-mazurskie	Liczba zawartych umów	7	9	12	5	7	7
	Liczba świadczeniodawców	7	7	9	5	5	5
Wielkopolskie	Liczba zawartych umów	20	21	22	12	12	12
	Liczba świadczeniodawców	19	20	21	12	12	12
Zachodniopomorskie	Liczba zawartych umów	13	13	13	4	3	4
	Liczba świadczeniodawców	13	13	13	4	3	4
<b>Polska</b>	Liczba zawartych umów	<b>341</b>	<b>350</b>	<b>394</b>	<b>142</b>	<b>144</b>	<b>157</b>
	Liczba świadczeniodawców	<b>326</b>	<b>328</b>	<b>369</b>	<b>137</b>	<b>137</b>	<b>145</b>

Źródło: NIZP-PZH



bionej diagnostyki), a w 2011 r. wzrosła do 551 (394 w etapie podstawowym, 157 w etapie pogłębionej diagnostyki). Wzrostową tendencję wykazywała też liczba świadczeniodawców realizujących te kontrakty w latach 2009–2010. W 2009 r. liczba świadczeniodawców realizujących umowy w etapie podstawowym wynosiła 326, w 2010 r. 328, a w roku 2011 wzrosła do 369. W etapie pogłębionej diagnostyki umowy z NFZ realizowało w latach 2009 i 2010 po 137 placówek, a w 2011 r. 145.

W roku 2009 na realizację programu zaplanowano ogółem 9 232 370 zł, wykorzystując niemal 80% tej kwoty. W 2011 r. w sprawozdaniu z realizacji *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych* podano łączny koszt dwóch programów skrinogowych, tj. raka piersi oraz raka szyjki macicy. Zaplanowane koszty na realizację tych programów wyniosły ogółem 22 198 201 zł, z czego wykorzystano 96,5%.

### **Realizacja Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy**

Rak szyjki macicy jest nowotworem, dla którego istnieją narzędzia służące do jego wczesnego wykrywania – badania cytologiczne. Aby zmienić niekorzystną sytuację epidemiologiczną w Polsce, zgodnie z wytycznymi UE i WHO, w 2005 r. Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia i Polskie Towarzystwo Ginekologiczne stworzyli podstawy administracyjno-prawne i organizacyjne dla prowadzenia *Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy*.

**Głównym celem Programu jest obniżenie wskaźnika umieralności i zachorowalności z powodu raka szyjki macicy, zwiększenie wskaźnika pięcioletnich przeżyć do poziomu osiąganego w państwach UE oraz wzrost zgłaszalności kobiet na badania profilaktyczne.**

Aktualnie realizowany ogólnopolski *Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy* przewiduje wykonanie badania cytologicznego przez kobiety, które mieszczą się w grupie wieku 25–59 lat i nie wykonywały cytologii w ciągu ostatnich trzech lat, a w przypadku stwierdzenia niepokojących zmian skierowanie pacjentek na dalszą diagnostykę. Identyfikacja kobiet uprawnionych do wykonania badania cytologicznego

opiera się na bazie danych NFZ. Z bazą NFZ bezpośrednio powiązany jest System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP), za pomocą którego generowane są listy adresowe, a następnie wysyłane imienne zaproszenia. Bezpłatne badania cytologiczne można wykonać w placówkach, które podpisały z NFZ umowę na realizację programu. Lista realizatorów programu dostępna jest w oddziałach wojewódzkich NFZ oraz na ich stronach internetowych. Program realizowany jest przez świadczeniodawców w całej Polsce. MZ finansuje część administracyjno-logistyczną Programu poprzez refundację kosztów osobowych i zadaniowych, stworzonej dla potrzeb Programu sieci Centralnego i Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących, monitorujących i nadzorujących realizację zadań, a także realizację wysyłki imiennych zaproszeń do kobiet, prowadzenie akcji medialnych oraz informacyjno-edukacyjnych na rzecz popularyzacji profilaktyki wymienionego nowotworu. Natomiast profilaktyczne badania, realizowane w zakresie *Programu profilaktyki raka szyjki macicy*, finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który w ramach procedury konkursowej wybiera świadczeniodawców realizujących te badania i zawiera z nimi kontrakty. Porada na etapie podstawowym obejmuje przeprowadzenie wywiadu, wypełnienie ankiety, pobranie materiału do badania cytologicznego, edukację w zakresie profilaktyki nowotworu szyjki macicy, wysłanie pobranego materiału wraz z wypełnioną ankietą do pracowni diagnostycznej, wręczenie przez lekarza pacjentce wyniku badania i decyzję co do dalszego postępowania. W przypadku niewłaściwego wyniku badania, pacjentka zostanie skierowana na dalsze badania na etapie pogłębionym programu, który obejmuje: badanie kolposkopowe i ewentualne badanie histopatologiczne wycinków.

Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące, aby zachęcić kobiety do skorzystania z badań cytologicznych, wysyłają do nich imienne zaproszenia. W 2009 r. wysłano 1 595 319 zaproszeń, w 2010 r. 3 202 927, a w 2011 r. 3 357 116.

W roku 2009 na badanie cytologiczne, w odpowiedzi na zaproszenia, zgłosiło się 118 036 kobiet, co stanowi 7,5% osób, do których wysłano zaproszenia. W 2010 roku, w tym samym trybie, zgłosiło się na badania 215 827 kobiet (tj. 6,8% tych, do któ-



rych skierowano zaproszenia), a w 2011 r. było ich 227 321 (6,8%)<sup>53</sup>.

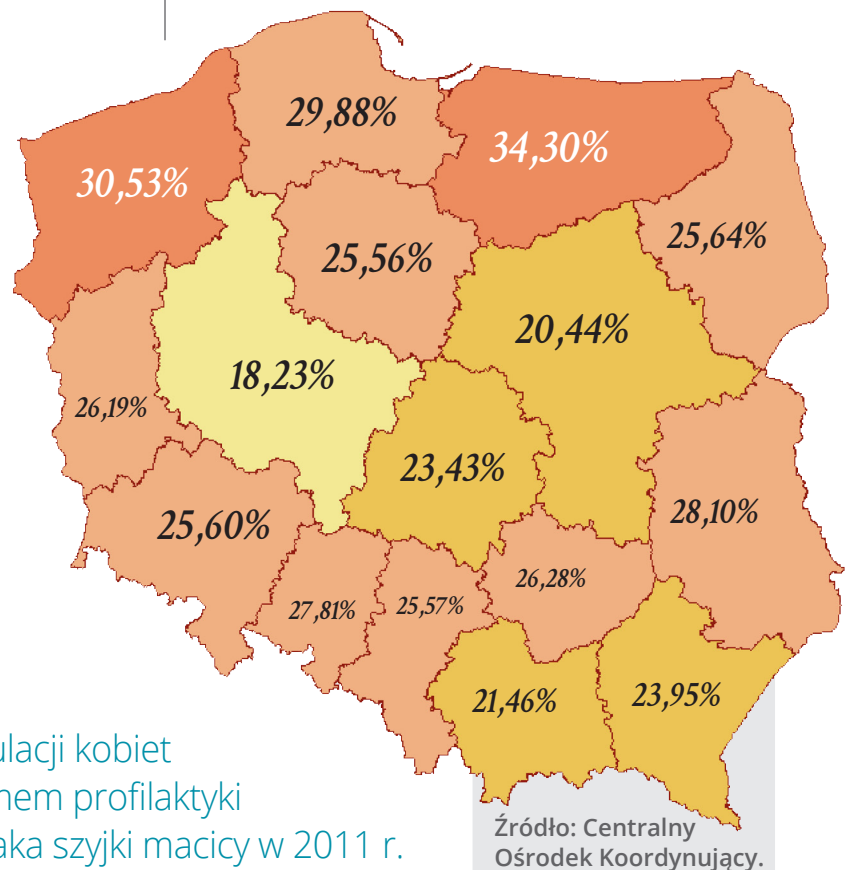
Porównanie danych dla poszczególnych województw ujawnia znaczące różnice w uczestniczeniu kobiet w badaniach cytologicznych. W roku 2009 największy odsetek kobiet objętych programem odnotowano w województwach warmińsko-mazurskim (33,2%), zachodniopomorskim (29,3%) i pomorskim (28,2%), a najniższy w województwach małopolskim (19,1%), mazowieckim (18,7%) i wielkopolskim (15,7%). W kolejnych latach (2010 i 2011) najwyższy wskaźnik zaobserwowano w województwie warmińsko-mazurskim (odpowiednio 33,0% oraz 33,2%), a najniższy w województwie wielkopolskim (18,5% oraz 18,2%). Należy podkreślić, że we wszystkich trzech omawianych latach najwyższy odsetek kobiet został przebadany w województwie warmińsko-mazurskim, a najniższy w wielkopolskim. Próbę oceny przyczyn niskiej zgłaszalności kobiet na badania, jednak bez zróżnicowania regionalnego, opisano w podsumowaniu niniejszego rozdziału.

### Umowy podpisane przez NFZ na realizację profilaktycznych programów zdrowotnych w zakresie raka szyjki macicy

Rokrocznie wzrasta liczba kontraktów zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami na realizację profilaktycznych programów zdrowotnych ukierunkowanych na wykrywanie raka szyjki macicy. W 2009 r. liczba zawartych umów wynosiła 195 (88 w etapie

diagnostycznym, 107 w etapie pogłębionej diagnostyki), by w 2011 r. wzrosnąć do 207 (96 w etapie diagnostycznym, 111 w etapie pogłębionej diagnostyki). Wzrostową tendencję wykazywała także liczba świadczeniodawców realizujących te kontrakty. W 2009 r. liczba świadczeniodawców realizujących umowy w etapie diagnostycznym wynosiła 87, z kolei w 2011 r. 88. W etapie pogłębionej diagnostyki umowy z NFZ realizowało w 2009 r. 106 placówek, a w roku 2011 było ich 107.

Należy podkreślić, że zgodnie z Zarządzeniem nr 81/2013/DSOZ prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w przypadku przekroczenia przez świadczeniodawcę kwoty zaplanowanej na realizację badań NFZ zwiększa pulę środków przeznaczonych na ten cel. Oznacza to, że w praktyce dostępność do badań w programie jest nielimitowana.



<sup>53</sup> Analiza porównawcza dynamiki zjawisk w zakresie sytuacji zdrowotnej w regionach na tle deficytów podaży usług zdrowotnych, NIZP-PZH 2014

**Wykres 14.** Objęcie populacji kobiet w wieku 25–59 lat Programem profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy w 2011 r.

Źródło: Centralny Ośrodek Koordynujący.

**Tabela 13.** Liczba kontraktów podpisanych w latach 2009–2011 przez NFZ na realizację Programu profilaktyki raka szyjki macicy

Województwo	Profilaktyczne Programy Zdrowotne	Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy					
		Etap diagnostyczny			Etap pogłębionej diagnostyki		
		2009	2010	2011	2009	2010	2011
Dolnośląskie	Liczba zawartych umów	10	15	12	8	7	9
	Liczba świadczeniodawców	9	10	11	7	5	9
Kujawsko-pomorskie	Liczba zawartych umów	6	6	7	3	3	3
	Liczba świadczeniodawców	6	6	7	3	3	3
Lubelskie	Liczba zawartych umów	10	10	10	6	6	7
	Liczba świadczeniodawców	10	10	10	6	6	7
Lubuskie	Liczba zawartych umów	2	2	3	4	4	4
	Liczba świadczeniodawców	2	2	3	4	4	4
Łódzkie	Liczba zawartych umów	3	3	3	5	5	5
	Liczba świadczeniodawców	3	3	3	5	5	5
Małopolskie	Liczba zawartych umów	6	6	7	4	2	3
	Liczba świadczeniodawców	6	6	7	4	2	3
Mazowieckie	Liczba zawartych umów	12	11	10	9	8	8
	Liczba świadczeniodawców	12	11	10	9	8	8
Opolskie	Liczba zawartych umów	2	2	2	4	4	4
	Liczba świadczeniodawców	2	2	2	4	4	4
Podkarpackie	Liczba zawartych umów	6	6	5	3	3	4
	Liczba świadczeniodawców	6	6	5	3	3	4
Podlaskie	Liczba zawartych umów	5	5	10	9	9	11
	Liczba świadczeniodawców	5	5	5	9	9	9
Pomorskie	Liczba zawartych umów	7	8	6	15	16	12
	Liczba świadczeniodawców	7	8	6	15	16	12
Śląskie	Liczba zawartych umów	7	7	6	17	16	20
	Liczba świadczeniodawców	7	7	6	17	16	20
Świętokrzyskie	Liczba zawartych umów	2	2	2	3	3	3
	Liczba świadczeniodawców	2	2	2	3	3	3
Warmińsko-mazurskie	Liczba zawartych umów	2	2	5	7	8	7
	Liczba świadczeniodawców	2	2	3	7	7	5
Wielkopolskie	Liczba zawartych umów	6	6	6	8	8	8
	Liczba świadczeniodawców	6	6	6	8	8	8
Zachodniopomorskie	Liczba zawartych umów	2	2	2	2	2	3
	Liczba świadczeniodawców	2	2	2	2	2	3
<b>Polska</b>	Liczba zawartych umów	<b>88</b>	<b>93</b>	<b>96</b>	<b>107</b>	<b>104</b>	<b>111</b>
	Liczba świadczeniodawców	<b>87</b>	<b>88</b>	<b>88</b>	<b>106</b>	<b>101</b>	<b>107</b>

Źródło: NIZP-PZH

Zaplanowane i wydatkowane środki finansowe na realizację Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

W roku 2009 na realizację programu zaplanowano ogółem 8 750 950 zł, z czego wykorzystano niemal 96% tej kwoty. W 2011 r. w sprawozdaniu z realizacji *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych* podano łączny koszt dwóch programów skrinigowych, tj. raka piersi oraz raka szyjki macicy. Zaplanowane koszty na realizację tych programów wyniosły ogółem 22 198 201 zł, z czego wykorzystano 96,5%.

### **Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego**

Rak jelita grubego jest drugim najczęstszym nowotworem złośliwym w Polsce. Każdego roku rozpoznaje się ponad 14 000 nowych przypadków. Program badań przesiewowych (PBP) dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego jest realizowany od 2000 r., a jako zadanie Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych od 2006 r. Celem programu jest:

- **zwiększenie odsetka raków wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania (A i B według skali Duke'a),**
- **zwiększenie odsetka wyleczenia (pięcioletnich przeżyć), obniżenie umieralności na raka jelita grubego**
- **obniżenie kosztów leczenia raka w skali kraju (dzięki leczeniu raków wczesnych, a nie zaawansowanych i dzięki usuwaniu stanów przedrakowych – polipów).**

PBP realizowany jest w Polsce od 2000 r. w systemie oportunistycznym. 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 tego programu.

W systemie oportunistycznym stosuje się następujące kryteria włączenia osób do badania:

- **osoby w wieku 50–65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego;**
- **osoby w wieku 40–65 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego;**
- **osoby w wieku 25–65 lat z rodziny HNPCC (rodzinnego raka jelita grubego niezwiązane-go z polipowatością).**

Kryteriami wyłączenia z badania są:

- **występowanie objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego;**
- **kolonoskopia wykonana w ostatnich 10 latach.**

Od 2012 r. w ramach PBP wysyłane są imienne zaproszenia na kolonoskopię do osób w wieku 55–64 lata. W 2012 r. zaproszenia na badania wysłano do 23 141 osób w wieku 55–64 lata (z pięciu ośrodków). Zgłaszalność na badania wyniosła 17,8%. W wyniku badań polipy wykryto u 27,6% pacjentów, neoplazję u 6,5%, a raka jelita grubego u 0,51% osób. Według danych zawartych na stronach PBP dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego w latach 2009–2011 wykonano łącznie 95 392 badania. Liczba ośrodków biorących udział w programie wynosiła 80 w 2009 r. oraz 92 w latach 2010–2011.

**Tabela 14.** Liczba wykonanych badań w latach 2009–2011 w ramach Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego realizowanego w systemie oportunistycznym

Województwo	2009	2010-2011
Dolnośląskie	5909	7429
Kujawsko-pomorskie	1041	1931
Lubelskie	3386	4193
Lubuskie	1139	1931
Łódzkie	4161	6288
Małopolskie	5305	4912
Mazowieckie	4577	6119
Opolskie	400	645
Podkarpackie	1558	2588
Podlaskie	b.d.	475
Pomorskie	1876	3775
Śląskie	3808	6368
Świętokrzyskie	408	1861
Warmińsko-mazurskie	1025	2183
Wielkopolskie	1800	4420
Zachodniopomorskie	1400	2417
<b>Razem</b>	<b>37793</b>	<b>57599</b>

Źródło: NIZP-PZH

### Zaplanowane i wydatkowane środki finansowe na realizację Programu Badań Przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego

W roku 2009 na realizację programu zaplanowano ogółem 8 907 739 zł. Natomiast w latach 2010–2011 zaplanowano sumę niemal dwukrotnie wyższą: odpowiednio 15 598 958 zł i 16 347 145 zł. W analizowanych latach wykorzystano odpowiednio 95%, 94% i 99% tych kwot.

Z informacji zawartych w Sprawozdaniach z realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w omawianych latach wynika, że w

**Tabela 15.** Liczba ośrodków, które w latach 2009–2011 wykonywały badania w ramach Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego realizowanego w systemie oportunistycznym

Województwo	2009	2010-2011
Dolnośląskie	9	12
Kujawsko-pomorskie	3	3
Lubelskie	7	8
Lubuskie	3	3
Łódzkie	7	10
Małopolskie	7	7
Mazowieckie	8	8
Opolskie	2	2
Podkarpackie	5	4
Podlaskie	b.d.	1
Pomorskie	7	8
Śląskie	11	11
Świętokrzyskie	2	3
Warmińsko-mazurskie	4	4
Wielkopolskie	2	5
Zachodniopomorskie	3	3
<b>Razem</b>	<b>80</b>	<b>92</b>

Źródło: NIZP-PZH

roku 2009 w ramach badań przesiewowych stwierdzono obecność polipów u 7586 pacjentów, w 2010 r. 13 291 pacjentów, a w 2011 r. 15 282 pacjentów. Natomiast nowotwór jelita grubego wykryto w 2009 r. u 204 pacjentów, w 2010 r. 306 pacjentów, a w 2011 r. 422 pacjentów.

### Podsumowanie opisanych działań profilaktycznych

Zadania własne JST szczebla gminnego, powiatowego i wojewódzkiego, które są związane z ochroną i promocją zdrowia, opieką zdrowotną oraz realizacją programów zdrowotnych i wynikają z „ustaw

kompetencyjnych” oraz z Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>54</sup>, nie są spójne oraz dostatecznie jasno określone.

Wyniki monitoringu Narodowego Programu Zdrowia 2007–2015 (NPZ) za lata 2009–2011 pokazują duże zaangażowanie jednostek samorządu terytorialnego w realizację programów dotyczących przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu (cel nr 2 realizowało od 86 do 100% JST w zależności od roku). Natomiast najmniej jednostek samorządu terytorialnego realizowało programy dotyczące poprawy jakości świadczeń zdrowotnych (cel nr 13: od 3 do 6% JST) oraz poprawy opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem (cel nr 7: od 8 do 11% JST).

Widoczne jest duże zróżnicowanie pomiędzy województwami w realizacji poszczególnych celów operacyjnych NPZ. W ostatnim z analizowanych lat, tj. w roku 2011, w grupie celów dotyczących czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia największy odsetek jednostek samorządu terytorialnego, które realizowały programy zdrowotne, odnotowano w województwach opolskim, małopolskim, łódzkim i śląskim. W grupie celów dotyczących wybranych populacji największy odsetek jednostek samorządu terytorialnego, które realizowały programy zdrowotne odnotowano w województwach śląskim, lubuskim i pomorskim. Natomiast niezbędne działania ze strony ochrony zdrowia i samorządu terytorialnego najczęściej realizowano w województwie opolskim.

Ze sprawozdań z monitoringu NPZ wynika, że jednostki samorządu terytorialnego realizując programy zdrowotne podejmowały współpracę z instytucjami publicznymi, prywatnymi i organizacjami pozarządowymi. Większość jednostek samorządu terytorialnego realizowało działania o charakterze akcyjnym, krótkofalowym, a więc mniej skuteczne niż działania długofalowe. Najwięcej osób uczestniczyło w różnego rodzaju wydarzeniach edukacyjnych, tj. pogadankach, wykładach, szkoleniach itp. Inną cechą charakterystyczną jest duże zaangażowanie samorządów lokalnych w działania na rzecz organizacji czasu wolnego swoich mieszkańców, polegające m.in. na zapewnianiu lepszego dostępu do infrastruktury

sportowej lub organizacji imprez sportowych. Dane dotyczące badań przesiewowych, pochodzące z 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 odsetek objęcia kobiet programem odnotowano w województwie lubuskim (42,5% w 2009 r., a w 2011 r. 52,4%). Natomiast najniższy odsetek w badanym okresie występował w województwie mazowieckim i oscylował wokół 30%. Warto podkreślić, że w województwach, w których zagrożenie życia kobiet z powodu raka piersi należy do największych (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 skriningowych, 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 występował w województwie wielkopolskim (18,2% w 2011 r.). Warto zwrócić uwagę, 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 (współczynnik) wyraźnie się obniżył 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 skriningów oraz zwiększeniem zgłaszalności kobiet na badania.** Wymaga to pełnej wiedzy o wskaźnikach dotyczących efektywności ba-

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



dań przesiewowych oraz dogłębnego rozpoznania czynników odpowiedzialnych za niską zgłaszalność kobiet na zorganizowane badania profilaktyczne (mammograficzne i cytologiczne). Na umieralność z powodu raka piersi i szyjki macicy wpływa wiele czynników, w tym poziom zachorowalności, proporcja chorych na raka we wczesnym stopniu zaawansowania choroby oraz dostępność i jakość opieki medycznej.

**PBP wczesnego wykrywania raka jelita grubego realizowany był w Polsce w systemie oportunistycznym od 2000 r., tzn. dotyczy pacjentów, którzy na podstawie wypełnionej i podpisanej ankiety (wypełnianej przez pacjenta przed badaniem) spełniają warunki kwalifikujące ich do programu; ponadto od 2012 r. osoby w wieku 55–64 lata są aktywnie zapraszane do badań. 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 zdrowiu

Zapewnienie równości w zdrowiu jest ogólnym, wielowymiarowym celem systemów opieki zdrowotnej, polegającym na minimalizowaniu różnic w poziomie zdrowia oraz w zasięgu, dostępie, korzystaniu, jakości i użyteczności opieki zdrowotnej pomiędzy grupami ludności, zróżnicowanymi pod względem dochodów, wieku, płci, narodowości, pochodzenia etnicznego, miejsca zamieszkania i innych cech. Polityka ograniczania nierówności w zdrowiu jest jedną z bardziej eksponowanych polityk społecznych i zdrowotnych w UE. Obiektywnym miernikiem badania nierówności w zdrowiu jest analiza długości trwania życia. W Polsce występuje dosyć wyraźne zróżnicowanie między wojewódzkie 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 zdrowiu jest jednym z nadrzędnych celów NPZ oraz DSRK i innych dokumentów strategicznych. Cel ten ma być osiągnięty m.in. 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.**

Program składa się z projektu predefiniowanego przyczyniającego się do stworzenia strategii międzysektorowej i narzędzi ograniczania nierówności w zdrowiu oraz z projektów pilotażowych dotyczących szeroko zakrojonych działań w zakresie zdrowia publicznego w społecznościach lokalnych w wybranych powiatach.

Beneficjentem Projektu Predefiniowanego, odpowiedzialnym za jego realizację, jest Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego MZ. Projekt wdrażany jest w partnerstwie z Norweskim Dyrektoriatem do Spraw Zdrowia, Departamentem Zdrowia Publicznego MZ, NFZ oraz konsorcjum w składzie: NIZP-PZH, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP) i Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.



## 3.2. Organizacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce

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

Zgodnie z art. 68 Konstytucji RP z 1997 r. 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 dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Ubezpieczycielem w polskim powszechnym publicznym systemie ubezpieczenia zdrowotnego jest NFZ.

W Polsce system obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje około 98% populacji, w tym członków rodzin osób płacących składki ubezpieczeniowe oraz takie grupy, których składki pokrywane są z budżetu państwa<sup>55</sup>, należą do nich m.in. 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<sup>56</sup>.

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<sup>57</sup> i zależy obecnie od liczebności,

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

56 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.

57 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodo-

wieku i proporcji płci ubezpieczonej populacji poszczególnych województw.

Do zadań NFZ należy m.in.: określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla 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.

Zasady wykonywania działalności leczniczej w Polsce reguluje *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*<sup>58</sup>, 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.

Zgodnie z przepisami tego aktu prawnego świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są przez podmioty lecznicze<sup>59</sup>, jak również indywidualne i grupowe praktyki lekarskie lub pielęgnarskie. Publiczne podmioty lecznicze mogą być tworzone przez władze na szczeblu gminnym, powiatowym, wojewódzkim lub centralnym (ministerialnym), a także przez publiczne uczelnie medyczne albo publiczne uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Funkcjonują one jako podmioty lecznicze, które nie są przedsiębiorcami, np. Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej (SPZOZ) lub jednostki budżetowe. Podmiotami

wego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz.U. 2009, nr 193, poz. 1495).

58 Dz.U. 2013, poz. 217 z późn. zm.

59 Od 1 lipca 2011 r. nie ma formalnego podziału na jednostki publiczne i niepubliczne – wszystkie mieszczą się w kategorii „podmioty lecznicze”.

lecznictwem są także instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 *Ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych*<sup>60</sup>.

Skarb Państwa, reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę, lub jednostka samorządu terytorialnego mogą utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy także w formie spółki kapitałowej.

Niepublicznymi podmiotami leczniczymi mogą być np. przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów *Ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej*<sup>61</sup>, co do zasady we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, także fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie 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 określone 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.

60 Dz.U. nr 96, poz. 618 z późn. zm.

61 Dz.U. 2013, poz. 672 z późn. zm.

## Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

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 wspomniane stosowne 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 dentyzę, który zawarł umowę z NFZ albo jest zatrudniony w podmiocie, który zawarł taką umowę. Lekarzem kierującym (*gatekeeper*) w polskim systemie nie musi być konieczne lekarz POZ, może być nim także inny lekarz AOS.

Bez skierowania można uzyskać świadczenia AOS lekarzy wybranych specjalności (ginekologa i położnika, dentyzę, dermatologa, wenerologa, onkologa, okulisty, psychiatry). Wymóg uzyskiwania skierowań nie dotyczy ponadto m.in. 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 osób 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 (*diagnosis 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 określonego jako ich rejon<sup>62</sup>.

### **Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień**

Mimo że świadczenia lekarza psychiatry są traktowane jako świadczenia specjalistyczne (psychiatra to jeden z lekarzy specjalistów, do których nie obowiązują skierowania w leczeniu ambulatoryjnym) oraz mimo że świadczenia te są udzielane niejednokrotnie w warunkach szpitalnych, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień traktowane są jako osobny zakres, spoza AOS i leczenia szpitalnego.

W polskim systemie zdrowotnym świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień udziela się w warunkach stacjonarnych, dziennych i ambulatoryjnych.

Świadczenia z tego zakresu obejmują m.in. badania diagnostyczne, świadczenia i programy terapeutyczne, a także podanie leków oraz działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin pacjentów.

### **Rehabilitacja lecznicza**

Do skorzystania ze świadczeń opieki rehabilitacyjnej potrzebne jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Świadczeń z tego zakresu udziela się w warunkach ambulatoryjnych, domowych,

ośrodka lub oddziału dziennego oraz stacjonarnych. Rehabilitacja lecznicza może być przeprowadzana nie tylko przez lekarzy, ale i przez fizjoterapeutów.

### **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 warto podkreślić, koszty żywienia i zakwaterowania w ZOL i ZPO są pokrywane przez pacjenta<sup>63</sup>. Takie rozwiązanie jest przykładem współfinansowania w polskim publicznym systemie ubezpieczenia zdrowotnego.

### **Leczenie stomatologiczne**

Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia stomatologicznego udzielane są bez skierowania lekarza ubezpieczenia w zakresach: ogólnostomatologicznym, ogólnostomatologicznym dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, ogólnostomatologicznym udzielanym w znieczuleniu ogólnym, świadczeń stomatologicznych dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych w tym chorych na AIDS, chirurgii stomatologicznej i periodontologii, ortodoncji dla dzieci i młodzieży,

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

63 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).

protetyki stomatologicznej, protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki, świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej, profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia. Określony jest także wykaz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych. Świadczenia z tego zakresu, gwarantowane są w ograniczonym zakresie dla dorosłych i nie częściej niż to wskazano w stosownych przepisach<sup>64</sup>.

### **Lecznictwo uzdrowiskowe**

Lecznictwo uzdrowiskowe jest zakresem świadczeń gwarantowanych, z którym związane jest ponoszenie częściowych kosztów bezpośrednio przez pacjentów. Dotyczy to kosztów przejazdu na leczenie i z powrotem lub rehabilitacji uzdrowiskowej oraz częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatorium uzdrowiskowym. Ostatecznie o zasadności leczenia uzdrowiskowego decyduje lekarz balneolog NFZ, który weryfikuje skierowanie otrzymane przez danego pacjenta od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

### **Ratownictwo medyczne**

W Polsce działa system Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM)<sup>65</sup> obejmujący 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 syste-

mu 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. Natomiast 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 dla ratownictwa medycznego.

### **Opieka paliatywna i hospicyjna**

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowane są w warunkach:

- stacjonarnych, w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej;
- domowych, w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18 roku życia;
- ambulatoryjnych, w poradni medycyny paliatywnej.

<sup>64</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2013, poz. 1462).

<sup>65</sup> Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. nr 191, poz. 1410 z późn. zm.).

Obejmują one świadczenia realizowane przez lekarzy, pielęgniarki, opiekę psychologiczną nad pacjentem i jego rodziną, rehabilitację, leczenie farmakologiczne, leczenie bólu zgodnie z wytycznymi WHO (drabina analgetyczna), badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej, zaopatrzenie w wyroby medyczne<sup>66</sup>.

### Świadczenia wysokospecjalistyczne

Świadczenia wysokospecjalistyczne to świadczenia opieki zdrowotnej, których koszt jednostkowy jest bardzo wysoki, a ich udzielanie wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy (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<sup>67</sup>. Świadczenia te udzielane są przez podmioty lecznicze, m.in. szpitale kliniczne uczelni medycznych lub instytuty badawcze, wynika to ze wspomnianej na wstępie specyfiki tego zakresu świadczeń.

### Medycyna pracy<sup>68</sup>

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 me-

dycyny pracy zajmuje się także m.in. 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 r. całkowite wydatki na ochronę zdrowia w Polsce wynosiły 6,9% PKB (średnia w UE to 9,48% PKB)<sup>69</sup>.*

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%)<sup>70</sup>. 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<sup>71</sup>.

66 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. 2013, poz. 1347).

67 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).

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

69 Zob. [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health\\_20758480-table1](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health_20758480-table1).

70 Narodowy rachunek zdrowia za 2011 rok, GUS, Warszawa 2013.

71 *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>.



**Tabela 16.** Udział całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w PKB w wybranych krajach OECD w latach 2005–2011

Państwo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Austria	10,4	10,2	10,3	10,5	11,2	11,0	10,8
Dania	9,8	9,9	10,0	10,3	11,5	bd	bd
Estonia	5,0	5,0	5,2	6,1	7,0	6,3	5,9
Finlandia	8,4	8,3	8,0	8,3	9,2	9,5	9,0
Francja	11,0	11,0	10,9	11,0	11,7	11,7	11,6
Japonia	8,2	8,2	8,2	8,6	9,5	9,6	
Kanada	9,8	10,0	10,0	10,3	11,4	11,4	11,2
Niemcy	10,8	10,6	10,5	10,7	11,8	11,5	11,3
<b>Polska</b>	6,2	6,2	6,3	6,9	7,2	7,0	6,9
Portugalia	10,4	10,0	10,0	10,2	10,8	10,8	10,2
Republika Czeska	6,9	6,7	6,5	6,8	8,0	7,4	7,5
Stany Zjednoczone	15,8	15,9	16,2	16,6	17,7	17,7	17,7
Węgry	8,4	8,3	7,7	7,5	7,7	8,0	7,9
Włochy	8,7	8,8	8,5	8,9	9,4	9,4	9,2

Źródło: *OECD Health Statistics* (2013 – [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health\\_20758480-table1](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health_20758480-table1)).

W świetle Narodowego Rachunku Zdrowia za rok 2011 w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych w 2010 r. wyniosły 22 001 mln zł (1,55% PKB), w 2011 r. 23 397 mln zł (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, wymagające częstych wizyt u lekarzy, wykonywania badań diagnostycznych, regularnego zakupu leków. W wydatkach na zdrowie ponoszonych przez go-



spodarstwa 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<sup>72</sup>.

### 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<sup>73</sup> tylko kilka ma uregulowane ustawowo kwalifikacje, uprawnienia zawodowe, zasady doskonalenia zawodowego i odpowiedzialności zawodowej (lekarz, lekarz dentyista, pielęgniarka, położna, farmaceuta, diagnosta laboratoryjny oraz częściowo ratownik medyczny)<sup>74</sup>. W systemie opieki zdrowotnej zatrudnione są także osoby w zawodach, które nie są związane bezpośrednio z wykonywaniem czynności medycznych, ale mają istotne znaczenie dla zapewnienia 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 UE-15, a także UE-12, które wyniosły odpowiednio 3,5 i 2,7. W przypadku pielęgniarek wskaźnik wyniósł 5,2, podczas gdy średnie wskaźniki dla UE-15 i UE-12 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 niedostateczne ilości 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<sup>75</sup>.

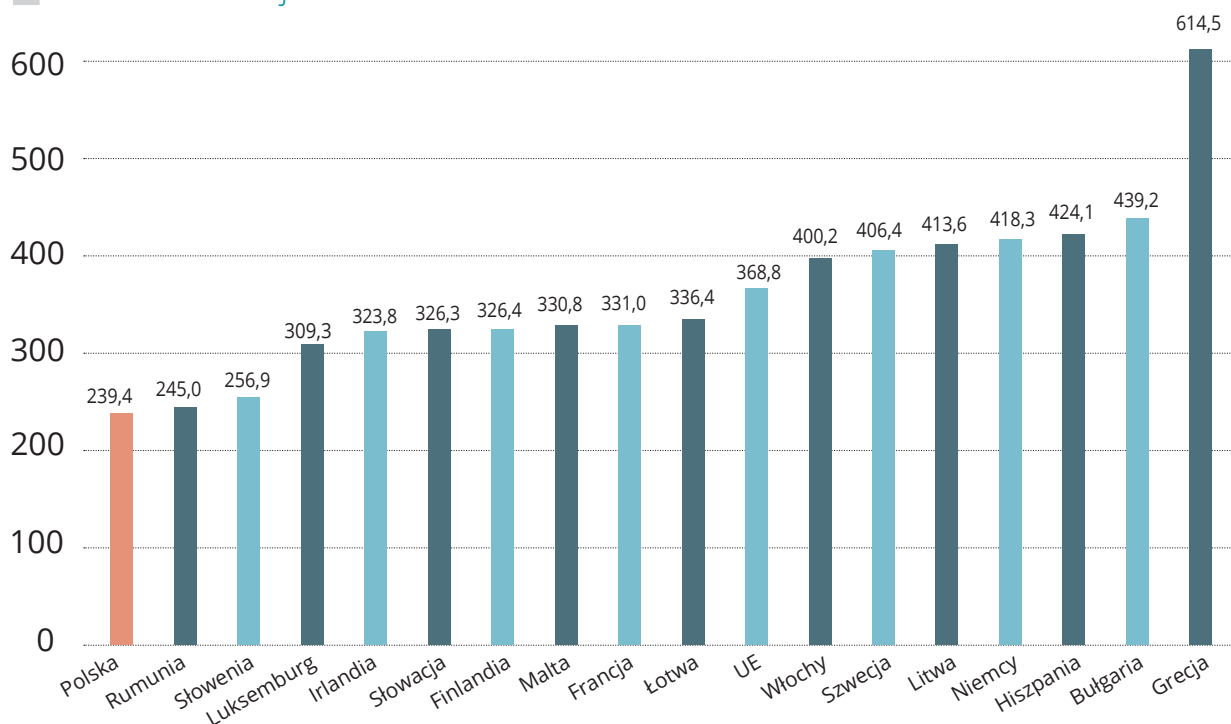
72 Z. Skrzypczak, *Skala obciążeń polskiego społeczeństwa wydatkami na ochronę zdrowia*, [w:] „Zdrowie Publiczne” 2010, nr 120, s. 107–111.

73 Lekarz, lekarz dentyista, pielęgniarka, położna, farmaceuta, diagnosta laboratoryjny, opiekun medyczny, fizjoterapeuta, dietetyk, asystentka dentyistyczna, higienistka dentyistyczna, instruktor terapii uzależnień, logopeda, masażyista, opiekunka dziecięca, ortoptystka, protetyk słuchu, ratownik medyczny, specjalista psychoterapii uzależnień, specjalista terapii uzależnień, technik analityki medycznej, technik dentyistyczny, technik elektroradiolog, technik farmaceutyczny, technik optyk, technik ortopeda, terapeuta zajęciowy.

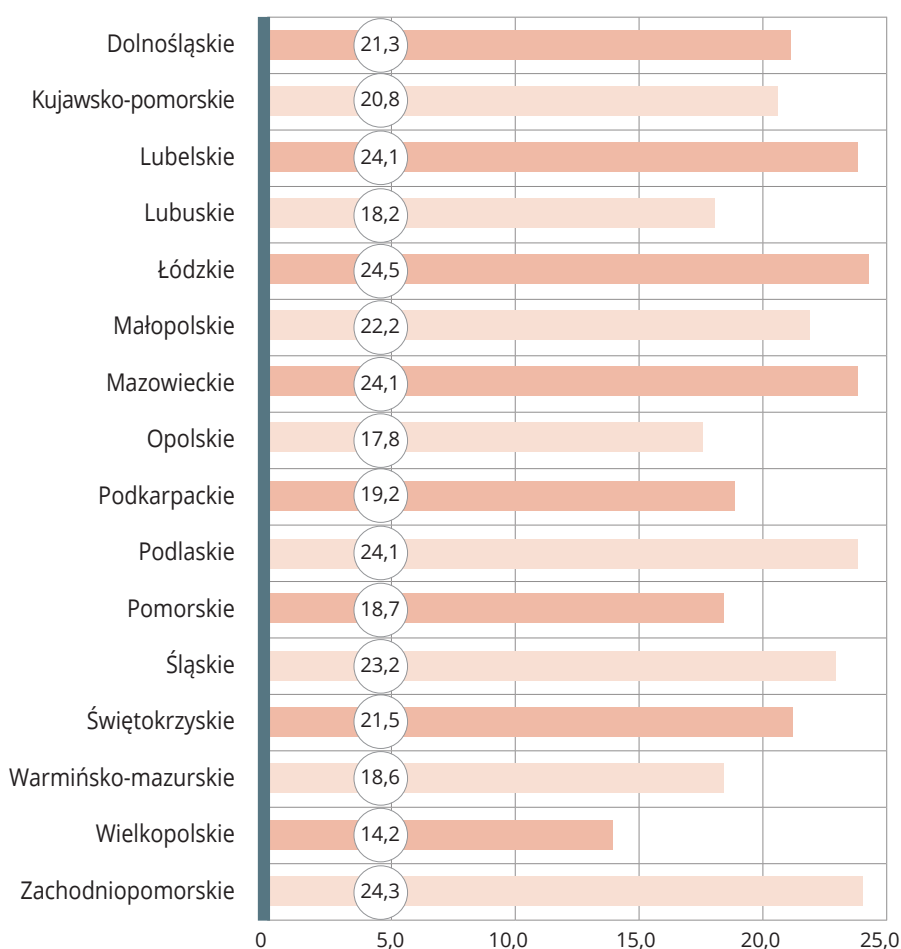
74 *Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty* (Dz.U. 2011, nr 277, poz.1634 z późn. zm.), *Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039 z późn. zm.), *Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (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.).

75 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.

**Wykres 15.** Liczba praktykujących lekarzy na 100 tys. ludności w krajach UE w 2011 r.



Źródło: WHO HFA DB.



**Wykres 16.**

Ogólna liczba lekarzy pracujących w placówkach służby zdrowia, wskaźnik na 10 tys. mieszkańców według województw, stan na 31.12.2011 (średnia dla Polski –21,4)

Źródło: NIZP-PZH.

Braki kadrowe w obszarze ochrony zdrowia w Polsce spowodowane są także dynamicznym wzrostem średniej wieku profesjonalistów medycznych i ich przechodzeniem na emeryturę oraz niedostatecznym 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.

**Tabela 17.** Lekarze specjaliści zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia według województw i podstawowego miejsca zatrudnienia, stan na 31.12.2011, współczynniki na 100 tys. ludności

Region / Województwo		Ogółem			W tym specjalności		
		Specjaliści ogółem	% ogółu lekarzy	Radiologii	Chorób wewnętrz- nych	Pediiatrii	Chorób płuc
<b>Polska</b>	<b>2010</b>	165,8	80,5	6,0	25,7	14,7	3,6
	<b>2011</b>	173,5	81,2	6,2	26,6	14,7	3,7
Dolnośląskie		172,3	80,8	6,3	28,9	14,5	3,5
Kujawsko-pomorskie		173,1	83,4	6,1	26,4	16,7	3,1
Lubelskie		194,7	80,8	7,8	21,9	12,7	4,7
Lubuskie		159,8	87,6	4,7	15,7	14,1	2,7
Łódzkie		189,6	77,3	5,8	34,7	18,2	4,0
Małopolskie		170,9	77,0	5,5	28,9	15,5	4,5
Mazowieckie		190,5	79,0	7,4	27,6	15,6	3,4
Opolskie		147,9	83,2	3,3	23,7	13,2	3,1
Podkarpackie		165,5	86,4	5,4	23,0	13,2	4,4
Podlaskie		200,7	83,2	9,6	24,2	13,7	4,2
Pomorskie		149,4	80,0	6,1	25,2	14,8	3,2
Śląskie		196,4	84,6	7,2	35,2	16,6	3,9
Świętokrzyskie		188,2	87,7	7,4	29,4	14,5	4,5
Warmińsko-mazurskie		158,8	85,2	4,5	22,2	13,6	2,7
Wielkopolskie		108,5	76,6	4,0	16,4	8,9	2,6
Zachodniopomorskie		194,2	79,9	7,0	24,6	16,0	4,4

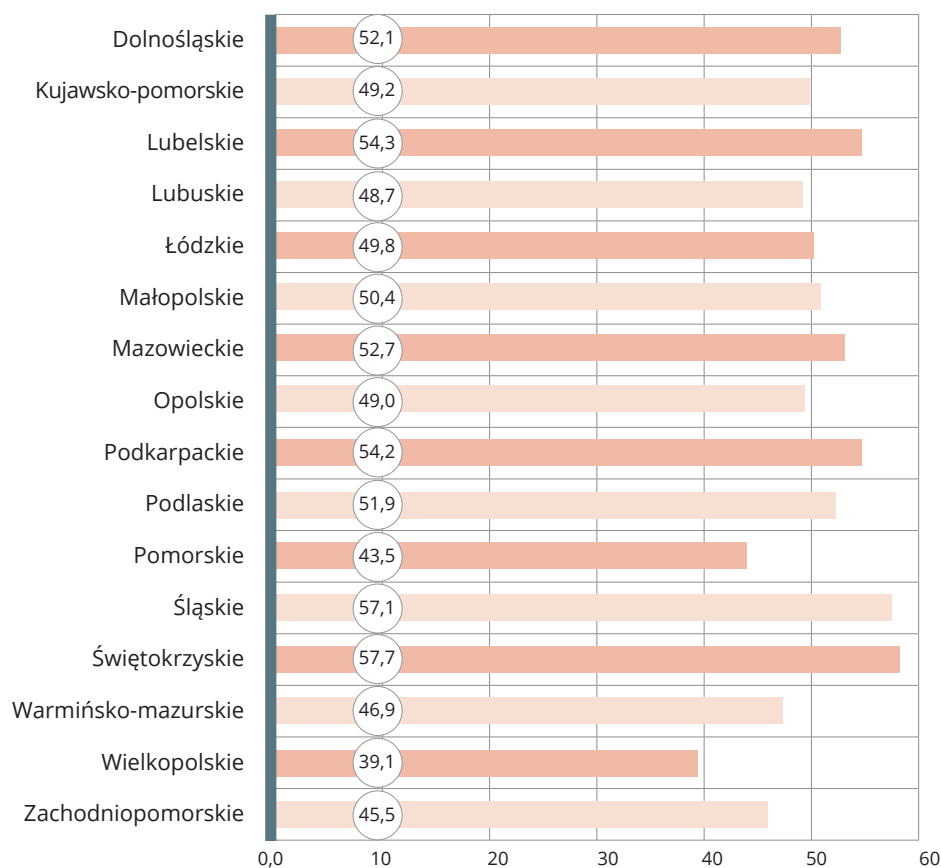
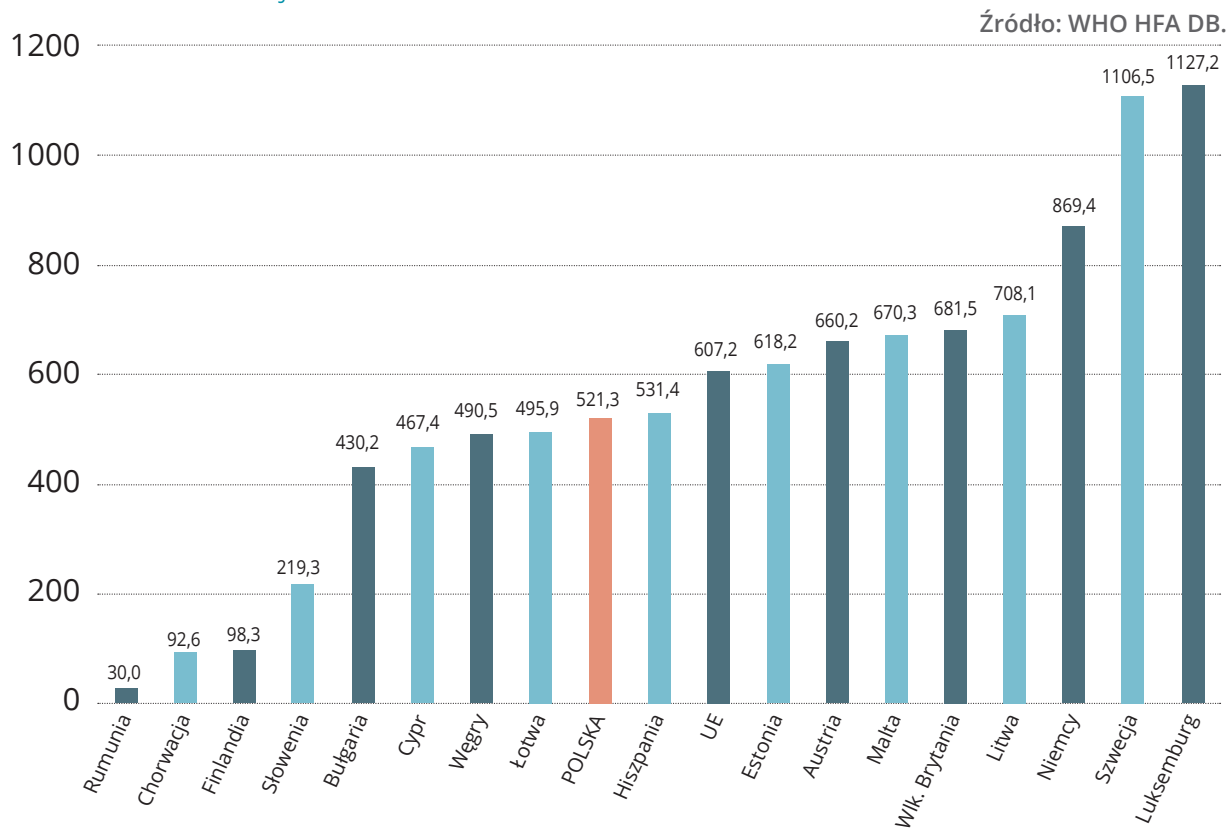
Źródło: NIZP-PZH.

**Tabela 18.** Lekarze specjaliści zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia według województw i podstawowego miejsca zatrudnienia, stan na 31.12.2011, współczynniki na 100 tys. ludności

Wyszczególnienie		Psychiatrii	Dermatologii i wenerologii	Neurologii	Chirurgii	Położnictwa i ginekologii	Otolaryngologii	Okulistyki
<b>Polska</b>	<b>2010</b>	6,0	3,1	6,4	19,4	12,1	4,5	5,9
	<b>2011</b>	6,7	3,3	7,0	20,5	12,2	4,7	6,2
Dolnośląskie		6,0	3,4	6,0	20,9	10,9	5,4	6,5
Kujawsko-pomorskie		6,8	3,4	6,7	20,4	11,6	5,0	6,5
Lubelskie		6,6	3,2	8,6	21,1	13,1	4,7	6,7
Lubuskie		5,5	3,7	6,2	18,9	13,6	4,5	6,9
Łódzkie		7,5	4,0	6,6	21,4	14,8	4,6	6,6
Małopolskie		7,3	2,5	5,9	18,6	10,2	3,8	4,8
Mazowieckie		9,6	3,2	8,6	22,6	12,3	4,5	7,0
Opolskie		6,0	2,5	6,1	19,8	11,2	5,0	5,5
Podkarpackie		5,3	3,5	7,9	19,9	12,5	4,3	5,4
Podlaskie		9,4	4,2	6,4	18,5	14,3	5,7	6,4
Pomorskie		6,0	3,1	5,4	16,2	10,2	3,6	5,7
Śląskie		6,3	3,8	9,3	24,3	13,3	6,1	8,3
Świętokrzyskie		7,4	3,4	7,3	21,4	12,7	4,1	6,0
Warmińsko-mazurskie		6,3	3,6	6,5	20,8	13,1	4,5	4,5
Wielkopolskie		4,0	1,5	3,9	15,7	8,8	3,2	3,0
Zachodniopomorskie		5,6	4,6	6,7	22,8	17,2	5,6	8,4

Źródło: NIZP-PZH.

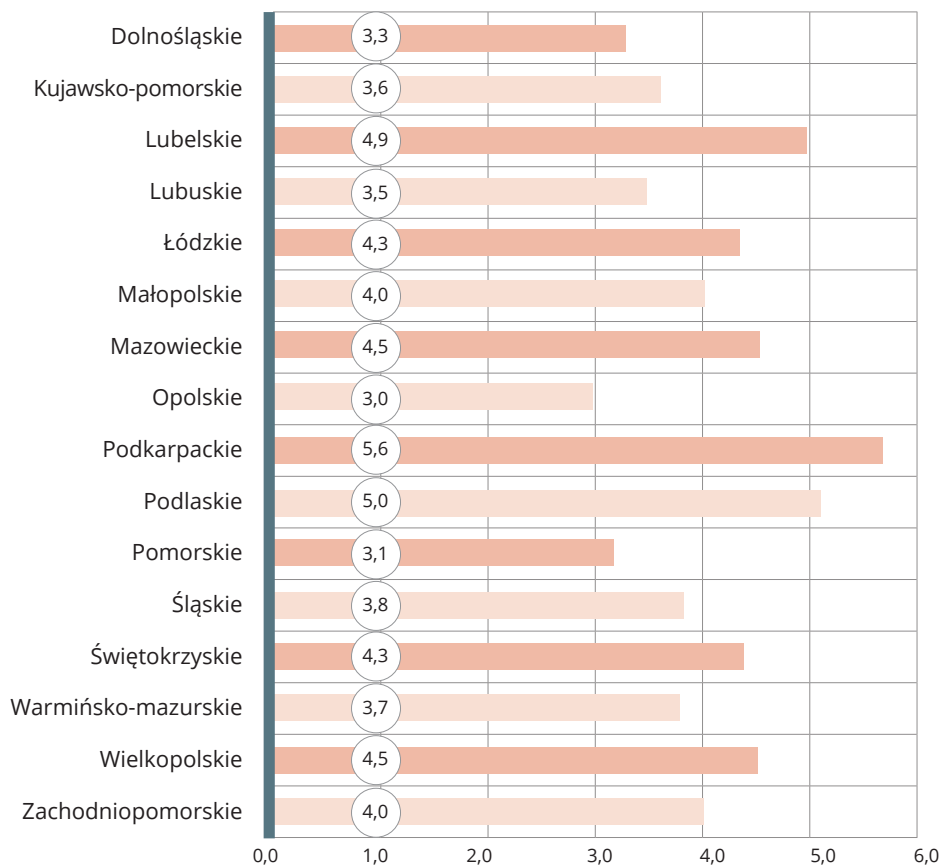
**Wykres 17.** Liczba praktykujących pielęgniarek na 100 tys. ludności w krajach UE w 2011 r.



**Wykres 18.**

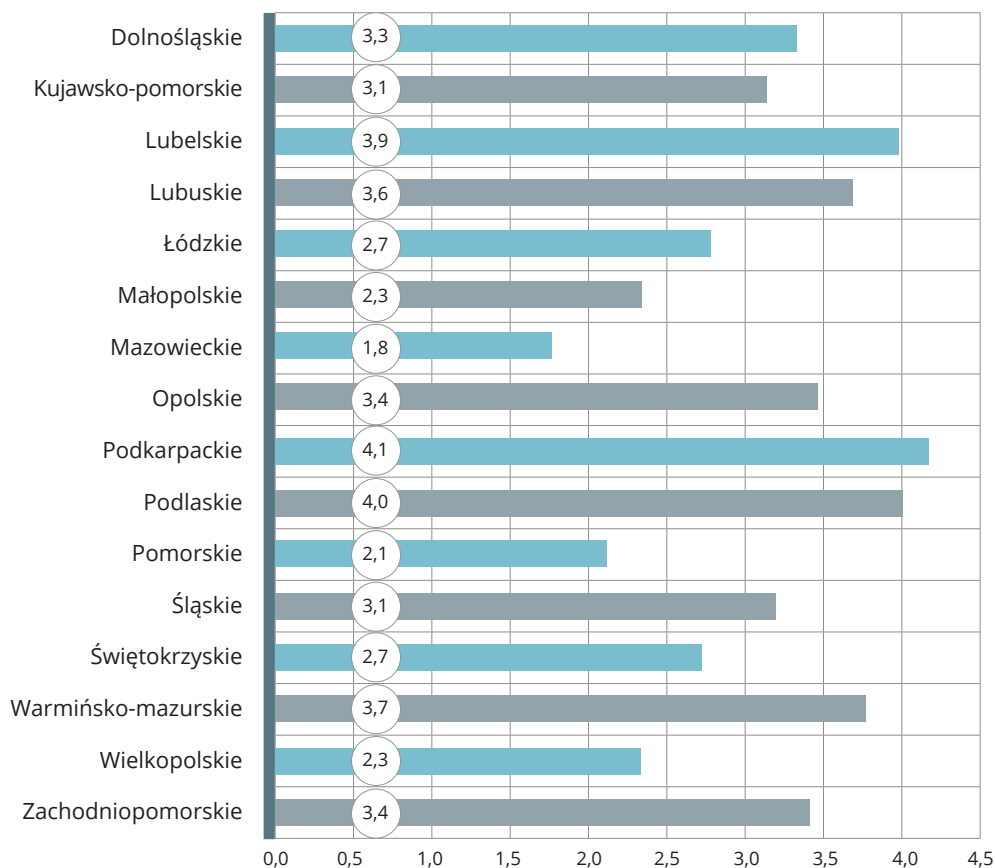
Personel pracujący w placówkach ochrony zdrowia – pielęgniarki, wskaźnik na 10 tys. ludności, stan na dzień 31.12.2011

Źródło: NIZP-PZH.



**Wykres 19.**  
 Personel medyczny pracujący w placówkach służby zdrowia – położne, wskaźnik na 10 tys. ludności, stan na dzień 31.12.2011

Źródło: NIZP-PZH.



**Wykres 20.**  
 Personel medyczny pracujący w placówkach służby zdrowia – ratownicy medyczni, wskaźnik na 10 tys. ludności, stan na dzień 31.12.2011

Źródło: NIZP-PZH.



■ **Tabela 19.** Struktura wiekowa pielęgniarek i położnych

Przedział wiekowy	Liczba pielęgniarek	Liczba położnych
23 - 35 lat	17 151	2 969
36 - 60 lat	156 623	17 638
61 - 65 lat	4 234	628

Źródło: Departament Pielęgniarek i Położnych MZ na podstawie danych z NFZ z 2012 r.

Ministerstwo Zdrowia podjęło szereg zmian w systemie kształcenia kadr medycznych w celu zahamowania niekorzystnych trendów. *Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*<sup>76</sup> umożliwiła wdrożenie nowych rozwiązań dotyczących specjalizacji, m.in. w celu skrócenia czasu niezbędnego do uzyskania w Polsce tytułu specjalisty.

### System kształcenia kadr medycznych

Kształcenie kadr medycznych realizowane jest na dwóch poziomach – przeddyplomowym i podyplomowym.

#### Kształcenie przeddyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów

Do prowadzenia wyższych studiów medycznych na kierunku lekarskim akredytację posiada 12 uniwersytetów, w tym dziesięć uczelni prowadzi studia lekarsko-dentystyczne. Studia stacjonarne są finansowane z budżetu państwa. Studia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym trwają odpowiednio sześć oraz pięć lat i 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 trwa odpowiednio 13 lub 12 miesięcy i 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. Studenci, którzy rozpoczęli studia 1 października 2012 r. będą już kształceni według nowego systemu. Zmiana wyznaczyła kierunek reformy kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy oraz lekarzy dentystów w Polsce, i wymaga upracticznienia studiów w taki sposób, aby absolwenci uzyskali umiejętności praktyczne już w ostatnich latach studiów. Zmiana standardów kształcenia oraz wprowadzenie, zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie ramowego programu zajęć praktycznych oraz sposobu ich odbywania, dokumentowania i zaliczania, praktycznego nauczania na ostatnim programowo roku studiów*<sup>77</sup>, uwzględni rozwój nowoczesnych metod dydaktycznych realizowanych w oparciu o centra symulacji medycznej.

#### Kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów

Absolwenci, którzy uzyskali prawo wykonywania zawodu, mogą się ubiegać o przystąpienie do podyplomowego kształcenia specjalizacyjnego w wybranej dziedzinie. Możliwość rozpoczęcia specjalizacji zależy od dostępności wolnych miejsc szkolenio-

<sup>76</sup> Dz.U. 2011, nr 113, poz. 658.

<sup>77</sup> Dz.U. 2012, poz. 900.

wych. Wspomniana zmiana z roku 2011, dotycząca kształcenia lekarzy i lekarzy dentyków, 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 specjalistyczne. Opisana zmiana 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.

Po zdaniu egzaminu państwowego lekarz może odbywać specjalizację w ramach rezydentury, umowy o pracę, płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania określonej specjalizacji, poszerzenia zajęć programowych dziennych studiów doktoranckich o program specjalizacji, umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalistyczne lub w formie wolontariatu.

**Rezydentura** jest formą szkolenia specjalistycznego w ramach umowy o pracę zawartej na czas realizacji programu specjalizacji z akredytowaną jednostką szkolącą. Powszechnie uznawana jest za najefektywniejszą formą kształcenia specjalistycznego lekarzy. Rezydentury są przyznawane i finansowane przez ministra zdrowia z uwzględnieniem w szczególności *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny*<sup>78</sup>.

**Szkolenie specjalistyczne** można odbywać wyłącznie w instytucjach akredytowanych przez MZ, które spełniają określone standardy edukacyjne. Szkolenie kończy się państwowym egzaminem specjalistycznym i uzyskaniem dyplomu specjalisty.

Lekarze i lekarze dentyści są zobowiązani do stałego podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych.

<sup>78</sup> Dz.U. 2012, poz. 1489.

### **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. Organizatorami kształcenia mogą być uczelnie, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, podmioty lecznicze oraz inne podmioty, po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe, będącego rejestrem działalności regulowanej.

Pielęgniarki i położne mogą odbywać szkolenie w następujących formach:

- szkolenie specjalistyczne – 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 zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie. Pielęgniarka i położna po odbyciu specjalizacji i zdaniu egzaminu państwowego uzyskują tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Do specjalizacji mogą przystąpić pielęgniarka lub położna, które posiadają prawo wykonywania zawodu, pracowały w zawodzie co najmniej przez dwa lata w okresie ostatnich pięciu lat, zostały dopuszczone do specjalizacji po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego.

**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. Do kształcenia w ramach kursu kwalifikacyjnego może przystąpić pielęgniarka lub położna, która posiada prawo wykonywania zawodu, posiada co najmniej 6-miesięczny staż pracy w zawodzie, została dopuszczona do kursu kwalifikacyjnego po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego. Kurs kwalifikacyjny kończy się egzaminem teoretycznym albo egzaminem praktycznym.

**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. Do kursu specjalistycznego mogą przystąpić pielęgniarka lub położna, które posiadają prawo wykonywania zawodu, zostały dopuszczone do kursu specjalistycznego po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego. Kurs specjalistyczny kończy się egzaminem.

### **Kształcenie przeddyplomowe fizjoterapeutów**

Kształcenie fizjoterapeutów prowadzone jest na studiach pierwszego i drugiego stopnia na kierunku fizjoterapia. Kształcenie to, zgodnie z przepisami *Ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym*<sup>79</sup>, realizowane jest w oparciu o opracowane przez uczelnie wyższe, na podstawie *Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 2 listopada 2011 r. w sprawie Krajowych Ram Kwalifikacji dla Szkolnictwa Wyższego*<sup>80</sup>, 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 i realizowana jest zgodnie z programem opracowanym przez zespół ekspertów powołany przez ministra zdrowia na wniosek dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP). Zgodnie z tym programem kształcenie teoretyczne obejmuje 570 go-

dzin, praktyczne – 875 godzin, a obowiązkowe kursy specjalizacyjne – 238 godzin. W ramach specjalizacji należy odbyć staż podstawowy, w tym 3200 godzin wykonywania czynności zawodowych zgodnych z programem specjalizacji. Celem przedmiotowego kształcenia podyplomowego jest przede wszystkim przygotowanie do prowadzenia kompleksowego usprawniania leczniczego oraz pogłębienie zarówno wiedzy, jak i umiejętności praktycznych, a realizowane jest ono w tzw. jednostkach szkolących (podmiotach spełniających określone wymogi, wpisanych na listę jednostek szkolących prowadzoną przez CMKP). Specjalizacja kończy się państwowym egzaminem, którego pozytywny wynik przesądza o wydaniu dyplomu stwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie fizjoterapia. Osoby, które przed dniem wejścia w życie *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia*<sup>81</sup>, realizowały specjalizację według innego systemu i ukończyły specjalizację I stopnia w przedmiotowym zakresie, w celu uzyskania tytułu specjalisty odbywają specjalizację w oparciu o program uzupełniający, który trwa dwa lata.

### **Diagnozy laboratoryjni**

Diagnozy laboratoryjni są grupą zawodową, działającą na podstawie przepisów *Ustawy z dnia 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.

Wobec tego, że *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2004 r. w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne*<sup>82</sup>, stanowi, że od 1 stycznia 2013 r. kierownikiem laboratorium może być wyłącznie osoba, która posiada tytuł specjalisty zgodny z profilem laboratorium, istnieje zagrożenie prawidłowej realizacji zadań laboratoriów. Zgodnie

79 Dz.U. 2012, poz. 572 z późn. zm.

80 Dz.U. 2011, nr 253, poz. 1520.

81 Dz.U. nr 173, poz. 1419 z późn. zm.

82 Dz.U. nr 43, poz. 408 z późn. zm.

z danymi Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych w Polsce zarejestrowanych jest 2716 laboratoriów (stan na luty 2014 r.), podczas gdy tytuł specjalisty posiada 2 687 diagnostów laboratoryjnych. Kwestia wsparcia kształcenia specjalizacyjnego diagnostów laboratoryjnych nabiera więc szczególnego znaczenia. Odpowiedni poziom kształcenia diagnostów laboratoryjnych nie pozostaje bez znaczenia w kontekście działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej, w szczególności związanych z chorobami cywilizacyjnymi. Mając na uwadze, że wyniki badań laboratoryjnych stanowią podstawę postawienia właściwej diagnozy, doboru właściwej terapii i oceny efektów leczenia, bardzo istotne jest zapewnienie dostępności i wsparcia kształcenia podyplomowego, co pozwoli na dostosowanie poziomu udzielanych świadczeń w laboratoriach diagnostycznych do możliwości, jakie daje współczesna medycyna.

## Farmaceuci

Zgodnie z *Ustawą z dnia 6 września 2001 r.<sup>83</sup> – Prawo farmaceutyczne* farmaceuta zobowiązany jest do podnoszenia kwalifikacji zawodowych poprzez uczestnictwo w szkoleniach, celem aktualizacji posiadanego zasobu wiedzy oraz stałego doksztalcania się w zakresie nowych osiągnięć nauk farmaceutycznych. Farmaceuci to grupy zawodowa licząca ponad 27 tys. osób. Usługi świadczone przez farmaceutów służą zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. 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 dnia 15 maja 2003 r. w sprawie specjalizacji oraz uzyskiwania tytułu specjalisty przez farmaceutów<sup>84</sup>*. Specjalizacje w ramach kształcenia podyplomowego prowadzą wydziały albo inne jednostki organizacyjne szkół wyższych, które realizują studia na kierunku farmacja, po uzyskaniu akredytacji ministra zdrowia<sup>85</sup>.

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

84 Dz.U. nr 101, poz. 94 z późn. zm.

85 Szczególnie istotne dla poprawy funkcjonowania systemu

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

Obowiązek doskonalenia zawodowego powyższych grup zawodowych wynika z przepisów *Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym<sup>86</sup>*. Doskonalenie zawodowe ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych jest realizowane w formie kursów doskonalących i seminariów. Stanowią one odpłatną formę doskonalenia zawodowego, co zostało uznane za istotną barierę w podnoszeniu kwalifikacji i rozwoju zawodowym. Potrzeba wsparcia doskonalenia zawodowego ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych wynika z konieczności zapewnienia wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej z zakresu medycyny ratunkowej, z pełnym zakresem wiedzy teoretycz-

---

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 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.

86 Dz.U. 2013, poz. 757 z późn. zm.

nej i umiejętności praktycznych, pozwalających na podejmowanie szybkich, specjalistycznych działań leczniczych w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia i życia, zgodnie z obowiązującymi standardami. 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 bezpośrednio zagrożenie życia i zdrowia ludzkiego. **Największą grupę stanowią zagrożenia związane z chorobami cywilizacyjnymi, przede wszystkim chorobami układu oddechowego i układu krążenia, w tym także nagłe zaburzenia rytmu serca.** Dodatkowy problem stanowi fakt, że są to w dużej części przypadki niespodziewane, wymagające natychmiastowego podjęcia profesjonalnych 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 zaspokajali, 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 kluczowych elementów systemu, wpływających na jakość i dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, jest stan oraz ilość infrastruktury ochrony zdrowia.

#### Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ), 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 6 119 świadczeniodawcami (w 2011 r. z 5 936), którzy udzielali tych świadczeń w 9 697 lokalizacjach.

Średnia liczba świadczeniobiorców na jedno miejsce udzielania świadczeń POZ była zróżnicowana: od 2 451 pacjentów w województwie dolnośląskim do 6 526 pacjentów w województwie pomorskim. Struktura świadczeniodawców POZ w 2012 r. przedstawiała się następująco: niepubliczne podmioty lecznicze<sup>87</sup> – 4 966, publiczne podmioty lecznicze – 823, indywidualne praktyki lekarskie – 290, grupowe praktyki lekarskie – 40<sup>88</sup>.

Liczebna dominacja podmiotów niepublicznych w strukturze POZ wynika m.in. z braku potrzeby znaczących nakładów inwestycyjnych w podjęciu tej działalności, a zatem stosunkowo niskich barier wejścia na rynek. Nie oznacza to jednak braku obowiązywania standardów w zakresie infrastruktury POZ. Wymagania dotyczące sprzętu i wyposażenia świadczeniodawcy POZ określone zostały w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej*<sup>89</sup>.

Należy przy tym podkreślić, że w raportach ośrodków zewnętrznych dobry standard wyposażenia, oprócz m.in. powszechnej dostępności świadczeń POZ, wolnego wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ oraz komputeryzacji struktur

87 Dawne Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej.

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

89 Dz.U. 2013, 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. **Wymagane warunki lokalowe** to: gabinet lekarski, gabinet zabiegowy, punkt szczepień, pomieszczenie do przechowywania dokumentacji medycznej, pomieszczenia sanitarne, poczekalnia dla świadczeniobiorców.



■ **Tabela 20.** Umowy w zakresie świadczenia lekarza POZ

Oddział Wojewódzki NFZ	Umowy w zakresie świadczenia lekarza POZ – łącznie						
	liczba umów zawartych na 2012 r. = liczba podmiotów	liczba miejsc udzielania świadczeń	Średnia liczba świadczeniobiorców na 1 miejsce udzielania świadczeń	liczba lekarzy udzielających świadczeń	w tym:	liczba pacjentów objętych opieką	Średnia liczba świadczeniobiorców na 1 lekarza zgłoszonego przez świadczeniodawcę do realizacji umowy
					Posiadających kwalifikacje zgodne z warunkami umowy uprawnione do przyjmowania deklaracji wyboru		
Dolnośląski	491	1 161	2 451	3 292	2 342	2 846 141	1 215
Kujawsko-Pomorski	304	491	4 164	1 998	1 407	2 044 289	1 453
Lubelski	423	540	3 895	2 147	1 592	2 103 323	1 321
Lubuski	184	246	3 993	627	501	982 373	1 961
Łódzki	438	775	3 189	2 649	1 584	2 471 708	1 560
Małopolski	453	867	3 747	2 236	2 236	3 248 640	1 453
Mazowiecki	652	1 028	4 933	4 200	4 200	5 070 633	1 207
Opolski	188	219	4 257	891	718	932 210	1 298
Podkarpacki	336	703	2 886	1 375	1 114	2 029 063	1 821
Podlaski	233	319	3 345	1 083	646	1 067 040	1 652
Pomorski	290	332	6 526	2 209	1 730	2 166 598	1 252
Śląski	739	1 123	3 881	3 958	3 302	4 358 538	1 320
Świętokrzyski	181	378	3 132	1 054	920	1 183 990	1 287
Warmińsko-Mazurski	278	370	3 650	868	802	1 350 367	1 684
Wielkopolski	618	738	4 576	2 280	2 250	3 377 275	1 501
Zachodniopomorski	311	407	4 047	1 112	900	1 647 070	1 830
<b>OW NFZ razem</b>	<b>6 119</b>	<b>9 697</b>		<b>31 979</b>	<b>26 244</b>	<b>36 879 258</b>	

Źródło: Dane Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego MZ – na podstawie danych z oddziałów wojewódzkich NFZ (stan na 23.03.2012 r.).



■ **Tabela 21.** Umowy w zakresie świadczenia pielęgniarstwa POZ

OW NFZ	Umowy w zakresie świadczenia pielęgniarstwa POZ – łącznie						
	liczba umów zawartych na 2013 r. = liczba podmiotów	liczba miejsc udzielania świadczeń	Średnia liczba świadczeniobiorców na 1 miejsce udzielania świadczeń	liczba pielęgniarzek zgłoszonych do realizacji umów	w tym: posiadających kwalifikacje zgodne z warunkami umowy uprawniające do przyjmowania deklaracji wyboru	liczba pacjentów objętych opieką	Średnia liczba świadczeniobiorców na 1 pielęgniarzkę zgłoszoną przez świadczeniodawcę do realizacji umowy
Dolnośląski	526	680	4 105	2 078	1 816	2 791 129	1 343
Kujawsko-Pomorski	317	403	5 088	1 214	1 129	2 050 450	1 689
Lubelski	433	549	3 715	1 347	1 325	2 039 264	1 514
Lubuski	209	255	3 659	511	511	932 971	1 826
Łódzki	440	588	4 170	1 521	1 346	2 451 943	1 612
Małopolski	465	618	4 739	1 593	1 593	2 928 983	1 839
Mazowiecki	654	974	5 171	2 977	2 873	5 036 765	1 692
Opolski	155	210	3 685	403	339	773 802	1 920
Podkarpacki	439	615	3 043	1 041	1 041	1 871 249	1 798
Podlaski	234	292	3 702	681	708	1 081 004	1 587
Pomorski	274	362	4 647	984	933	1 682 056	1 709
Śląski	734	941	4 423	1 903	1 903	4 161 707	2 187
Świętokrzyski	232	312	3 592	642	633	1 120 754	1 746
Warmińsko-Mazurski	257	299	4 569	624	601	1 366 264	2 190
Wielkopolski	591	637	4 717	1 413	1 413	3 004 540	2 126
Zachodniopomorski	285	328	4 503	718	718	1 476 854	2 057
<b>OW NFZ razem</b>	<b>6 245</b>	<b>8 063</b>		<b>19 650</b>	<b>18 882</b>	<b>34 769 735</b>	

Źródło: Dane Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego MZ – na podstawie danych z oddziałów wojewódzkich NFZ (stan na 28.02.2013 r.).

(dla celów administracyjnych), zaliczany jest do silnych stron POZ w Polsce<sup>90</sup>.

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 udzielaniem (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<sup>91</sup>.

Powszechną dostępność do świadczeń POZ potwierdzają też badania opinii publicznej. W badaniu przeprowadzonym przez Centrum Badania Opinii Społecznej zdecydowana większość respondentów nie dostrzegła problemów z dostępnością do świadczeń lekarzy pierwszego kontaktu (73% opinii pozytywnych)<sup>92</sup>.

#### Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)

Świadczenia AOS realizowane są zarówno przez podmioty lecznicze, jak i praktyki lekarskie. Liczba świadczeniodawców i świadczeń AOS ma tendencję wzrostową począwszy od roku 2000. Specjalistyczne porady lekarskie stanowią 76%, a specjalistyczne konsultacje stomatologiczne pozostałe 24%

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

91 A. Kozierekiewicz, *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.

92 *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*, Centrum Badania Opinii Społecznej, marzec 2012 r., s. 2.

wszystkich porad w AOS<sup>93</sup>. Najwięcej specjalistycznych porad lekarskich udziela się w poradniach chirurgicznych (17%), ginekologiczno-położniczych (14%) i okulistycznych (11%)<sup>94</sup>.

Pod koniec 2009 r. 16 200 jednostek udzielało ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, z czego 18,2% stanowiły podmioty publiczne, a 81,8% podmioty niepubliczne (liczba jednostek niepublicznych rosła systematycznie od 2000 roku, podczas gdy liczba jednostek publicznych maleje)<sup>95</sup>. W końcu 2011 r. 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 (od 2 520 – 2 630 w obszarach miejskich i od 4 310 – 4 750 na obszarach wiejskich) przypada na województwa północno-zachodnie (kujawsko-pomorskie, pomorskie, zachodniopomorskie).

Wymogi dotyczące sprzętu i wyposażenia świadczeniodawców AOS zostały określone w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*<sup>96</sup>.

#### Stacjonarna opieka zdrowotna<sup>97</sup>

W Polsce stacjonarna opieka zdrowotna realizowana jest przez różne struktury organizacyjne, które określone są przez definicje zawarte w słownikach ustaw, w wyjaśnieniach do druków statystycznych statystyki publicznej lub zarządzeniach prezesa NFZ, regulujących warunki ogólne i szczegółowe zawierania kontraktów ze świadczeniodawcami

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

94 *Ibidem*.

95 *Ibidem*.

96 Dz.U. 2013, poz. 1413.

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

w rodzaju leczenie szpitalne<sup>98</sup>. Wymogi dotyczące sprzętu i wyposażenia świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne zostały określone w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*<sup>99</sup>.

98 Z tego względu, dla zapewnienia wiarygodności informacji, wykorzystano wyłącznie dane z Biuletynów Statystycznych, publikowanych przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) – jednostkę budżetową MZ, koordynującą zbieranie i przetwarzanie formularzy statystyki publicznej, w tym druku MZ-29 zawierającego dane o szpitalach i jednostkach stacjonarnej opieki zdrowotnej oraz prowadzącą rejestr centralny podmiotów leczniczych oznaczonych kodami resortowymi.

99 Dz.U. 2013, poz. 1520.

### Poziom centralny:

Infrastruktura stacjonarnej opieki zdrowotnej<sup>100</sup> w Polsce obejmowała w 2009 r. 806 szpitali, z tego 228 niepublicznych. W 2010 r. liczba szpitali wynosiła 846, z tego 286 miało status placówek niepublicznych. W 2011 r. liczby te 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. było 199 072 łóżka, w tym 23 837 niepublicznych. W 2011 r. liczba łóżek wzrosła odpowiednio do 202 275 oraz 28 513.

Wskaźniki statystyczne liczby łóżek (na 10 tys. ludności) wynosiły w 2009 r. 48, w 2010 r. 47, w 2011 r. oraz 2012 r. 48. Liczbę leczonych osób na jedno łóżko oraz dane dotyczące przeciętnego pobytu oraz wykorzystania łóżek przedstawiają tabele 23 i 25.

100 Dane według sprawozdania MZ-29.

**Tabela 22.** Szpitale ogólne w Polsce (lata 2009–2011) według organów założycielskich, liczba szpitali, liczba łóżek

Szpitale ogólne według rodzajów (organów założycielskich)	2009		2010		2011	
	liczba	łóżka	liczba	łóżka	liczba	łóżka
Szpitale publiczne ogólne	526	165 012	509	157 240	517	156 001
Szpitale publiczne psychiatryczne	52	18 507	51	17 995	48	17 761
Szpitale niepubliczne	228	18 028	286	23 837	313	28 513
Szpitale jednostek samorządu terytorialnego	469	138 869	450	131 467	440	126 553
Szpitale utworzone przez ministrów i organ administracji <sup>101</sup>	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: *Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.*

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

**Tabela 23.** Liczba leczonych ogółem i liczba leczonych na jedno łóżko (lata 2009–2012)

Liczba leczonych ogółem		Na jedno łóżko
2009	8 030 952	43,9
2010	7 911 563	43,7
2011	8 054 336	43,7
2012	8 156 554	44,1

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

**Tabela 24.** Działalność szpitali ogólnych. Liczba leczonych ogółem, na jedno łóżko, osobodni leczenia, średni pobyt, wykorzystanie łóżka według województw w 2012 r.

Województwo	Leczeni w ciągu roku			Liczba osobodni (w tys.)	Przeciętny pobyt chorego		Wykorzystanie łóżka		
	ogółem	na 1 łóżko			wskaznik w dniach	w kraju	Wskaznik w dniach	wskaznik w %	miejsce w kraju
		wskaznik	miejsce w kraju						
POLSKA	8 156 554	44,1	x	45 045,7	5,5	x	246,0	67,4	x
Dolnośląskie	646 670	44,1	7	3 432,4	5,3	10-13	238,2	65,3	11
Kujawsko-Pomorskie	399 729	42,5	12	2 170,0	5,4	8-9	229,3	62,8	15
Lubelskie	484 836	41,7	14	2 992,4	6,1	2-3	266,0	72,9	1
Lubuskie	192 745	43,2	10-11	1 027,5	5,3	10-13	225,7	61,8	16
Łódzkie	619 179	47,9	3	3 270,5	5,2	14-15	252,2	69,1	5
Małopolskie	636 553	43,1	10	3 761,3	5,9	4	255,2	69,9	4
Mazowieckie	1 250 547	49,5	2	6 650,9	5,3	10-13	263,3	72,1	2
Opolskie	183 264	39,7	15	1 110,6	6,1	2-3	239,5	65,6	10
Podkarpackie	427 069	42,7	10-11	2 435,6	5,7	5	243,7	66,8	8
Podlaskie	247 838	43,6	8	1 369,6	5,5	6-7	244,8	67,1	7
Pomorskie	398 548	44,5	6	2 099,0	5,3	10-13	235,0	64,4	13
Śląskie	948 346	36,7	16	6 082,7	6,4	1	233,3	63,9	14
Świętokrzyskie	296 240	45,7	5	1 635,6	5,5	6-7	248,7	68,1	6
Warmińsko-Mazurskie	292 012	46,0	4	1 526,5	5,2	14-15	256,8	70,3	3
Wielkopolskie	794 554	50,3	1	3 824,2	4,8	16	243,4	66,7	9
Zachodniopomorskie	338 424	41,8	13	1 907,9	5,4	8-9	236,7	64,8	12

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.

**Tabela 25.** Wskaźniki statystyczne przeciętnego pobytu i wykorzystania łóżek (lata 2009–2012)

Przeciętny pobyt chorego (dni)		Przeciętne wykorzystanie łóżek (%)
2009	5,8	69,7
2010	5,7	68,1
2011	5,6	67,0
2012	5,5	67,4

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

Analizując przedstawione powyżej dane 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.

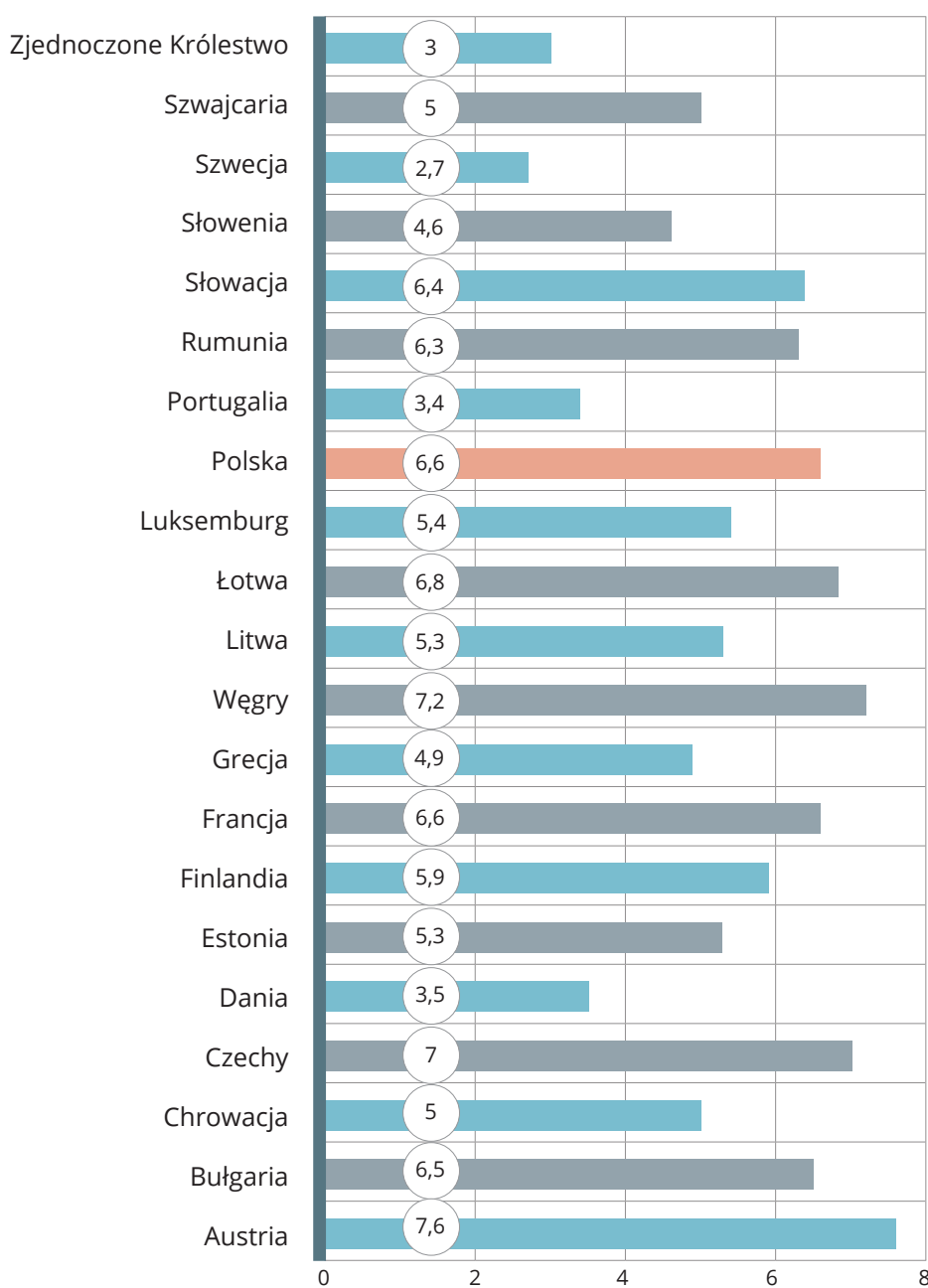
Ponadto wzrasta ogólna liczba leczonych, osiągając wartość 8 156 tys. hospitalizacji – czyli około 21,6% polskiej populacji. Wzrostowi liczby leczonych towarzyszy także nieznaczny wzrost wskaźnika leczonych na jedno łóżko i spadek wskaźników długości przeciętnego pobytu oraz procentowego wykorzystania łóżek szpitalnych.

Przedstawione dane dla Polski – 6,6 łóżka na 1000 mieszkańców w 2010 r. – różnią się od danych 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<sup>102</sup>.

102 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 odnoszą 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”.



**Tabela 26.**  
Liczba łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców

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



**Tabela 27.**  
Liczba łóżek,  
wskaźnik  
na 10 tys.  
ludności,  
wskaźnik  
wykorzystania  
łóżek, według  
oddziałów  
w 2012 r.

Oddziały	Łóżka		Wskaźnik wykorzystania łóżek	
	liczba łóżek bezwzględna	wskaźnik na 10 tys. ludności	w dniach	w %
OGÓŁEM w tym	184 962	48,0	246,0	67,4
Wewnętrzny	25 933	6,7	274,9	75,3
Kardiologiczny	8 532	2,2	269,5	73,8
Reumatologiczny	2 384	0,6	237,3	65,0
Gastrologiczny	1 553	0,4	250,4	68,6
Onkologiczny	5 030	1,3	266,3	73,0
Nefrologiczny	1 961	0,5	270,0	74,0
Hematologiczny	1 283	0,3	324,2	88,8
Chirurgiczny ogólny	21 178	5,5	225,5	61,8
Chirurgiczny dziecięcy	2 111	0,5	200,3	54,9
Chirurgii Urazowo-ortopedycznej	10 794	2,8	227,4	62,3
Neurochirurgiczny	1 977	0,5	273,6	74,9
Kardiochirurgiczny	1 146	0,3	253,0	69,3
Urologiczny	3 573	0,9	223,9	61,4
Gruźlicy i chorób płuc	8 219	2,1	259,2	71,0
Dermatologiczny	1 812	0,5	217,2	59,5
Okulistyczny	3 253	0,8	161,1	44,1
Otolaryngologiczny	4 221	1,1	196,4	53,8
Neurologiczny	7 751	2,0	277,9	76,1
Psychiatryczny	5 083	1,3	341,2	93,5
Odwykowy	1 264	0,3	316,6	86,7
Chorób zakaźnych	1 776	0,5	224,9	61,6
Obserwacyjno-zakaźny	1 680	0,4	204,5	56,0
Ginekologiczno-położniczy	18 214	4,7	216,6	59,3
Pediatryczny	10 275	2,7	190,5	52,2
Rehabilitacyjny	16 327	4,2	311,8	85,4
Przewlekle chorych	940	0,2	292,6	80,2
Geriatryczny	672	0,2	232,2	63,6
Intensywnej terapii	3 263	0,8	240,6	65,9
Chirurgii szczękowo-twarzowej	534	0,1	180,5	49,4
Endokrynologiczny	1 329	0,3	254,1	69,6
Transplantologiczny	467	0,1	269,3	73,8
Toksykologiczny	229	0,1	169,6	46,5
Ratunkowy	616	0,2	111,8	30,6
Neonatologiczny	9 328	2,4	188,5	51,6
Inny	254	0,1	177,3	48,6

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.

**Analizując dane statystyczne i wskaźniki za rok 2012 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 „inne” 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 geriatrycznej – 0,2.

Najwyższe wskaźniki wykorzystania łóżek w procentach zanotowano w oddziałach psychiatrycznych – 93,5%, hematologicznych – 88,8%, odwykowych – 86,7% oraz rehabilitacji – 85,4%.

Co do leczonych w trybie stacjonarnym według oddziałów najczęściej pacjentów leczono w oddziałach chorób wewnętrznych – 1 131 661, ginekologiczno-położniczych – 1 099 438, chirurgii ogólnej – 1 040 466, kardiologii – 559 401 oraz pediatricznych – 445 800 i chirurgii urazowo-ortopedycznej – 450 333, natomiast najmniej 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 w oddziałach toksykologii – 2,8, dla przewlekle chorych – 3,9 i odwykowych – 4,5.

Pod względem wskaźnika liczby leczonych na jedno łóżko najczęściej pacjentów leczono w oddziałach ratunkowych – 188,5, urologicznych – 71,2, okulistycznych – 70,0 oraz onkologicznych – 66,2 i kardiologicznych – 65,7, odpowiednio najmniej leczono w oddziałach psychiatrycznych – 13,4, rehabilitacyjnych – 13,4, odwykowych – 16,3 oraz dla przewlekle chorych – 16,6.

Najwięcej osobodni wykonano w oddziałach rehabilitacyjnych – 4937,8 tys., chirurgii ogólnej – 4 739 900 oraz ginekologii i położnictwa – 3 925 600, najmniej w oddziałach toksykologii – 38 700, ratunkowych – 65 900 oraz chirurgii szczękowej – 96 600. Przeciętny pobyt chorego w dniach najdłużej trwał w oddziałach psychiatrycznych – 28,0, rehabilitacji – 23,3, odwykowych – 19,4 i oddziałach dla przewlekle chorych – 17,7, najkrótsze pobyty odnotowano w oddziałach ratunkowych – 0,6 dnia, okulistyki – 2,3, urologii – 3,1 i chirurgii dzieci – 3,1.

### **Poziom regionalny (wojewódzki)**

Najwięcej szpitali znajduje się w województwach śląskim – 132 i mazowieckim – 113, z liczbą łóżek odpowiednio 25 869 i 25 246, najmniej w województwach lubuskim – 24 i opolskim – 26, z liczbą łóżek odpowiednio 4 466 i 4 613. Wskaźnik średniej liczby łóżek w Polsce w 2012 r. wynosił 48 na 10 000 ludności, najwyższe wskaźniki odnotowano w województwie śląskim – 56, lubelskim – 53,7 i łódzkim – 51,2, a najmniejsze – 39,1 w województwie pomorskim, 43,6 – w lubuskim i 43,7 – w warmińsko-mazurskim.

Najwięcej pacjentów leczono w województwach mazowieckim – 1 250 547, śląskim – 948 346 i małopolskim – 794 554, najmniej w województwach opolskim – 183 264, lubuskim – 192 745 i podlaskim – 247 838. Wskaźniki liczby leczonych na jedno łóżko były największe w województwach wielkopolskim – 50,3, mazowieckim – 49,5 i łódzkim – 47,9, a najmniejsze stwierdzono w województwach śląskim – 36,7, opolskim – 39,7 i lubuskim – 41,7.

Przeciętny pobyt chorego liczony w dniach trwał najdłużej w województwach śląskim – 6,4 oraz w lubelskim i opolskim – 6,1, a najkrótszy w województwach wielkopolskim – 4,8 oraz warmińsko-mazurskim i łódzkim – 5,2 dnia.

Natomiast pod względem wykorzystania łóżka w procentach najlepsze wyniki uzyskano w województwach lubelskim – 72,9, mazowieckim – 72,1 i warmińsko-mazurskim – 70,3, a najmniejsze w województwach lubuskim – 61,8, kujawsko-pomorskim – 62,8 i śląskim – 63,9.

**Tabela 28.** Liczba leczonych bezwzględna, wskaźniki na 10 tys. ludności, na jedno łóżko, liczba osobodni leczenia, przeciętny pobyt, według oddziałów.

Oddziały	Leczeni w trybie stacjonarnym w ciągu roku				
	liczba leczonych bezwzględna	wskaźnik na 10 tys. ludności	wskaźnik na jedno łóżko	osobodni leczenia (w tys.)	przeciętny pobyt chorego w dniach
OGÓŁEM w tym	8156554	2116,8	44,5	45045,7	5,5
Wewnętrzny	1131661	293,7	43,9	7091,3	6,3
Kardiologiczny	559 401	145,2	65,7	2295,5	4,1
Reumatologiczny	69 805	18,1	29,2	566,4	8,1
Gastrologiczny	90 564	23,5	58,4	388,7	4,3
Onkologiczny	327 574	85,0	66,2	1318,0	4,0
Nefrologiczny	92 269	23,9	47,7	522,3	5,7
Hematologiczny	67 994	17,6	53,8	409,8	6,0
Chirurgiczny ogólny	1040466	270,0	49,5	4739,9	4,6
Chirurgiczny dziecięcy	135 856	35,3	63,9	425,9	3,1
Chirurgii Urazowo-ortopedycznej	450 533	116,9	41,7	2454,4	5,4
Neurochirurgiczny	73 436	19,1	37,4	537,8	7,3
Kardiochirurgiczny	37 822	9,8	33,1	288,7	7,6
Urologiczny	254 822	66,1	71,2	801,9	3,1
Gruźlicy i chorób płuc	237 342	61,6	29,1	2115,7	8,9
Dermatologiczny	56 478	14,7	31,1	394,9	7,0
Okulistyczny	230 161	59,7	70,0	529,3	2,3
Otolaryngologiczny	261 676	67,9	62,9	816,7	3,1
Neurologiczny	301 938	78,4	39,4	2129,7	7,1
Psychiatryczny	60 907	15,8	12,2	1702,4	28,0
Odwykowy	17 305	4,5	16,3	336,3	19,4
Chorób zakaźnych	69 420	18,0	39,4	395,9	5,7
Obserwacyjno-zakaźny	63 354	16,4	37,6	344,6	5,4
Ginekologiczno-położniczy	1099438	285,3	60,7	3925,6	3,6
Pediatryczny	445 800	115,7	43,6	1946,0	4,4
Rehabilitacyjny	211 886	55,0	13,4	4937,8	23,3
Przewlekle chorych	14 874	3,9	16,6	262,7	17,7
Geriatryczny	16 701	4,3	25,6	151,4	9,1
Intensywnej terapii	91 890	23,8	28,5	774,5	8,4
Chirurgii szczękowo-twarzowej	20 474	5,3	38,3	96,6	4,7
Endokrynologiczny	83 229	21,6	62,5	338,4	4,1
Transplantologiczny	20 368	5,3	43,5	126,0	6,2
Toksykologiczny	10 896	2,8	47,8	38,7	3,5
Ratunkowy	111 020	28,8	188,5	65,9	0,6
Neonatologiczny	378 090	98,1	41,1	1732,7	4,6
Inny	21 104	5,5	85,4	43,8	2,1

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.

■ **Tabela 29.** Szpitale ogólne, liczba i łóżka według województw w 2012 r.

Polska / Województwo	Szpitale ogółem	Łóżka		
		ogółem	na 10 tys. ludności	
			wskaźnik	miejsce w kraju
POLSKA 2012	891	184962	48,0	x
Dolnośląskie	79	14670	50,3	5
Kujawsko- pomorskie	41	9403	44,9	12
Lubelskie	49	11638	53,7	2
Lubuskie	24	4466	43,6	15
Łódzkie	65	12931	51,2	3
Małopolskie	74	14761	44,0	13
Mazowieckie	113	25246	47,6	6
Opolskie	26	4613	45,7	10
Podkarpackie	38	10000	46,9	9
Podlaskie	32	5684	47,4	7
Pomorskie	50	8962	39,1	16
Śląskie	132	25869	56,0	1
Świętokrzyskie	24	6481	50,9	4
Warmińsko- mazurskie	42	6344	43,7	14
Wielkopolskie	65	15800	45,6	11
Zachodniopomorskie	37	8094	47,0	8

bez MSW i Ministerstwa Sprawiedliwości.

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.

**Tabela 30.** Wskaźnik liczby leczonych (na 10 tys. mieszkańców) według województw, w 2012 r.<sup>103</sup>

Polska / Województwo	Liczba leczonych na 10 tys. mieszkańców
POLSKA 2012	2 116,3
Dolnośląskie	2 218,1
Kujawsko-pomorskie	1 905,6
Lubelskie	2 237,3
Lubuskie	1 883,2
Łódzkie	2 450,3
Małopolskie	1 898,1
Mazowieckie	2 359,8
Opolskie	1 811,6
Podkarpackie	2 005,1
Podlaskie	2 066,5
Pomorskie	1 741,1
Śląskie	2 053,0
Świętokrzyskie	2 324,0
Warmińsko-mazurskie	2 011,5
Wielkopolskie	2 295,4
Zachodniopomorskie	1 965,3

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

Analizując powyższe wskaźniki, należy stwierdzić, że największe liczby leczonych w 2012 r. zanotowano w województwach łódzkim – 2450,3, mazowieckim – 2359,8 i świętokrzyskim – 2324,0 na 10 tys. mieszkańców, natomiast najmniejsze w województwach pomorskim – 1741,1, opolskim – 1811,6 i lubuskim – 1883,2 na 10 tys. mieszkańców.

Porównując wskaźnik liczby łóżek i liczby leczonych na 10 tys. mieszkańców, można stwierdzić, że występuje tu korelacja – większej liczbie łóżek odpowiada większa liczba leczonych w układzie wskaźników wojewódzkich.

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

### Leczenie szpitalne w trybie dziennym

NFZ kontraktuje hospitalizacje jednodniowe zarówno w zakresie diagnostyki, jak i zabiegowych specjalności medycznych, głównie w zakresie: chirurgii ogólnej (cholecystectomie laparoskopowe, herniotomie, operacje żyłaków, drobne zabiegi chirurgiczne), chirurgii urazowej (artroskopia, stabilizacje kostne), okulistyki (zaćma), laryngologii (operacje migdałków) itp. Hospitalizacje jednodniowe wykonują podmioty publiczne i niepubliczne. W statystyce publicznej obserwujemy zmienną działalność w ostatnim okresie, wyrażoną znacznym spadkiem liczby leczonych.

<sup>103</sup> Ze względu na zróżnicowanie występujące w zakresie danych statystycznych i wskaźników zdecydowano, że dla szerszego porównania danych demograficznych, epidemiologicznych, programów zdrowotnych oraz dotyczących wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego w układzie wojewódzkim zostaną także przedstawione wskaźniki dotyczące infrastruktury szpitalnej i liczby leczonych, dla potrzeb niniejszej analizy opracowano więc wskaźnik liczby leczonych na 10 000 mieszkańców, który prezentowany jest w tabeli.

**Tabela 31.** Liczba leczonych w szpitalach publicznych i niepublicznych w trybie dziennym (lata 2009–2012)

Rok	Liczba leczonych ogółem	Liczba leczonych w szpitalach publicznych	Liczba leczonych w szpitalach niepublicznych	
			Liczba	%
2009	1 342 191	1 221 142	120 771	9,0
2010	1 562 606	1 423 269	139 337	8,9
2011	735 265	609 969	125 296	17,0
2012	827 184	brak danych	brak danych	brak danych

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.

**Tabela 32.** Liczba miejsc i leczenia w trybie dziennym według województw w 2012 r.

Polska / Województwo	Liczba miejsc	Miejsce w kraju	Leczeni w trybie dziennym liczby bezwzględne	Miejsce w kraju
POLSKA 2012	1 872	x	827 184	x
Dolnośląskie	147	5	219 545	1
Kujawsko-pomorskie	36	12	76 370	5
Lubelskie	78	9	12 092	11
Lubuskie	8	15	374	15
Łódzkie	25	14	3 163	14
Małopolskie	62	10	42 009	7
Mazowieckie	270	2	150 672	2
Opolskie	39	11	6 939	13
Podkarpackie	30	13	17 618	9
Podlaskie	202	3	10 262	12
Pomorskie	173	4	45 425	6
Śląskie	496	1	93 133	4
Świętokrzyskie	0	16	0	16
Warmińsko-mazurskie	90	7	17 570	10
Wielkopolskie	133	6	110 225	3
Zachodniopomorskie	83	8	21 787	8

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.



Analizując dane dotyczące liczby miejsc (łóżek) i leczonych w szpitalach ogólnych w trybie dziennym w układzie województw, należy stwierdzić, że największą 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) wojewódz-

stwa lubuskie – 8, łódzkie – 25 i podkarpackie – 30. W odniesieniu do liczby leczonych w trybie dziennym najczęściej 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.

**Tabela 33.** Liczba leczonych w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych według oddziałów w 2012 r.

Oddziały	Leczeni w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych, liczby bezwzględne
OGÓŁEM, w tym	827 184
Wewnętrzny	14 015
Kardiologiczny	5 889
Reumatologiczny	2 686
Gastrologiczny	4 996
Onkologiczny	129 238
Nefrologiczny	1 936
Hematologiczny	30 093
Chirurgiczny ogólny	49 193
Chirurgiczny dziecięcy	3 597
Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	3 912
Neurochirurgiczny	575
Kardiochirurgiczny	57
Urologiczny	21 320
Gruźlicy i Chorób Płuc	321
Dermatologiczny	980
Okulistyczny	27 439
Otolaryngologiczny	3 914

Oddziały	Leczeni w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych, liczby bezwzględne
Neurologiczny	3 983
Psychiatryczny	205
Odwykowy	0
Chorób zakaźnych	566
Obserwacyjno-Zakaźny	937
Ginekologiczno-Położniczy	32 240
Pediatryczny	12 984
Rehabilitacyjny	3 605
Przewlekłe Chorych	26
Geriatryczny	15
Intensywnej Terapii	171
Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	1 387
Endokrynologiczny	6 218
Transplantologiczny	392
Toksykologiczny	0
Ratunkowy	462 874
Neonatologiczny	154
Inny	1 266

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.

Analizując dane dotyczące pacjentów leczonych w trybie dziennym w poszczególnych oddziałach w 2012 roku, należy stwierdzić, że największe liczby 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.

### 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 dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej*<sup>104</sup>.

<sup>104</sup> Dz.U. 2013, poz. 1480.

■ **Tabela 34.** Miejsca i leczeni w opiece długoterminowej (lata 2009–2012)

Rok	Miejsca stacjonarne	Miejsca dzienne	Liczba leczonych ogółem
2009	19 709	105	62 888
2010	21 357	114	67 447
2011	23 037	118	70 461
2012	29 248	252	82 329

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.

**Tabela 35.** Działalność w zakładach długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej w 2009 r.

Rodzaj placówki	Miejsca stacjonarne	Miejsca dzienne	Liczba pacjentów opieki stacjonarnej	Liczba pacjentów opieki domowej	Liczba pacjentów opieki dziennej
POLSKA	19709	105	58494	4274	120
Hospicjum Stacjonarne	931	41	14141	1737	33
Zakład/Oddział Opiekuńczo-Lecznicy	14122	0	33043	10	0
Zakład/Oddział Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatryczny	3776	0	5105	0	0
Zakład/Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	4656	0	11310	152	0
Zakład/Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny	321	0	481	0	87
Zakład/Oddział Dzienny Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny i Dzienny Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatryczny		64		205	
Zespół Opieki Domowej				2375	

Bez MON, MSW i Ministerstwa Sprawiedliwości

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit

**Tabela 36.** Działalność w zakładach długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej w 2010 r.

Rodzaj placówki	Miejsca stacjonarne	Miejsca dzienne	Liczba pacjentów opieki stacjonarnej	Liczba pacjentów opieki domowej	Liczba pacjentów opieki dziennej
POLSKA	21357	114	62720	4353	374
Hospicjum Stacjonarne	1 172	57	15474	1 969	184
Zakład/Oddział Opiekuńczo-Lecznicy	14817	57	34108	199	190
Zakład/Oddział Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatryczny	4 323	0	5 494	0	0
Zakład/Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	5 368	0	13138	16	0
Zakład/Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny	320	0	475	0	0
Zakład/Oddział Dzienny Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny i Dzienny Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatryczny		64			95
Zespół Opieki Domowej				2 169	

Bez MON, MSW i Ministerstwa Sprawiedliwości

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit

**Tabela 37.** Działalność w zakładach długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej w 2011 r.

Rodzaj placówki	Miejsca stacjonarne	Miejsca dzienne	Liczba pacjentów opieki stacjonarnej	Liczba pacjentów opieki domowej	Liczba pacjentów opieki dziennej
POLSKA	23067	118	64844	5052	565
Hospicjum Stacjonarne	1263	41	17100	2059	425
Zakład/Oddział Opiekuńczo-Lecznicy	16436	8	35519	128	35
Zakład/Oddział Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatryczny	4452		6004		
Zakład/Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	5368		12225	195	
Zakład/Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny	331		491		
Zakład/Oddział Dzienny Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny i Dzienny Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatryczny		69			105
Zespół Opieki Domowej				2670	

Bez MON, MSW i Ministerstwa Sprawiedliwości

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit

**Tabela 38.** Działalność w zakładach długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej w 2012 r.

Rodzaj placówki	Miejsca stacjonarne	Miejsca dzienne	Liczba pacjentów opieki stacjonarnej	Liczba pacjentów opieki domowej	Liczba pacjentów opieki dziennej
POLSKA	29248	252	76420	5391	518
Hospicjum Stacjonarne	1389	30	18466	3121	26
Zakład/Oddział Opiekuńczo-Lecznicy	16069	202	36419	205	461
Zakład/Oddział Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatryczny	5074	20	6540		31
Zakład/Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	6360		14490	59	
Zakład/Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny	356		505		
Zakład/Oddział Dzienny Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny i Dzienny Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatryczny					
Zespół Opieki Domowej				2152	

Bez MON, MSW i Ministerstwa Sprawiedliwości

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit



W analizowanym okresie wzrastały liczby miejsc stacjonarnych opieki długoterminowej z 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: z 4 656 miejsc do 6 360 oraz w hospicjach stacjonarnych: z 931 miejsc do 1 389.

Równoległe 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 pacjentów do 36 419, w ZPO od 11 310 pacjentów do 14 490, a także w ZOL psychiatrycznych od 5105 pacjentów do 6 540. Podobnie wzrosła liczba leczonych w hospicjach stacjonarnych z 14 141 pacjentów do 18 466.

Analogicznie w analizowanym okresie wzrastały liczby leczonych w jednostkach opieki domowej z 4 274 pacjentów do 5 391, w tym największe liczby odnotowano w zakładach opieki domowej z 2 375 pacjentów do 5 391, a także w hospicjach stacjonarnych z 1 737 pacjentów do 3 121. Wzrastały również liczby pacjentów opieki dziennej organizowanej w jednostkach opieki długoterminowej ze 120 do 518, w tym głównie w ZOL ze 190 pacjentów do 461.

Tendencje wzrostu obserwowane w przedstawionych zestawieniach tabelarycznych 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*, tj. 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 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 CMKP.

Ponadto w 2011 r. funkcjonowało 28 szpitali utworzonych przez ministra właściwego ds. wewnętrznych.

■ **Tabela 39.** Szpitale ponadregionalne w latach 2009–2011

Szpitale ponadregionalne według rodzajów (organów założycielskich)	2009		2010		2011	
	liczba	łóżka	liczba	łóżka	liczba	łóżka
Szpitale utworzone przez ministrów i organ administracji <sup>105</sup>	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 MZ na podstawie danych CSIOZ.

<sup>105</sup> Szpitale oznaczone następującymi kodami resortowymi: 11, 12, 19 zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. 2012, poz. 594).

W analizowanym okresie w latach 2009–2011, w szpitalach ponadregionalnych nieznacznie wzrosła liczba łóżek (z 25 170 do 25 540) oraz liczba leczonych stacjo-

narnie (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).

**Tabela 40.** Liczba leczonych i liczba łóżek w trybie stacjonarnym w latach 2009–2011

Rok	Leczeni w trybie stacjonarnym	Liczba łóżek
2009	1 314 077	25 170
2010	1 347 028	25 787
2011	1 358 302	25 540

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.

**Tabela 41.** Liczba miejsc i liczba leczonych w trybie dziennym

Rok	Liczba miejsc	Liczba leczonych w trybie dziennym
2009	814	241 141
2010	1 313	297 178
2011	1 110	285 082

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.

**Tabela 42.** Leczeni w trybie stacjonarnym, liczba łóżek, liczba leczonych i liczba osobodni według województw w 2009 r.

Województwo	Liczba łóżek	Liczba leczonych stacjonarnie	Liczba osobodni leczenia
Dolnośląskie	1913	109735	491769
Kujawsko-pomorskie	1563	64213	390771
Lubelskie	2019	100401	622530
Łódzkie	2423	127290	633712
Małopolskie	2437	121259	628624
Mazowieckie	5779	330897	1577690
Podlaskie	1051	48960	236307
Pomorskie	1255	58591	333164
Śląskie	3364	141877	866069
Wielkopolskie	2117	139113	550831
Zachodniopomorskie	1249	71741	326077

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.

**Tabela 43.** Leczeni w trybie stacjonarnym, liczba łóżek, liczba leczonych i liczba osobodni według województw w 2010 r.

Województwo	Liczba łóżek	Liczba leczonych stacjonarnie	Liczba osobodni leczenia
Dolnośląskie	2017	117591	502934
Kujawsko-pomorskie	1602	62325	380655
Lubelskie	2056	102636	620659
Łódzkie	2547	133186	646421
Małopolskie	2452	128833	647550
Mazowieckie	6006	328966	1576465
Podlaskie	1082	50510	243991
Pomorskie	1179	60280	330051
Śląskie	3343	138234	814784
Wielkopolskie	2183	151738	577132
Zachodniopomorskie	1320	72729	333769

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.

**Tabela 44.** Leczeni w trybie stacjonarnym, liczba łóżek, liczba leczonych, liczba osobodni według województw w 2011 r.

Województwo	Liczba łóżek	Liczba leczonych stacjonarnie	Liczba osobodni leczenia
Dolnośląskie	1937	110101	490466
Kujawsko-pomorskie	1508	61351	361491
Lubelskie	2049	104315	582321
Łódzkie	2486	136367	621684
Małopolskie	2432	127354	635647
Mazowieckie	5925	346059	1560377
Podlaskie	1080	52172	249988
Pomorskie	1168	58476	317973
Śląskie	3342	129221	802828
Warmińsko-mazurskie	150	4656	30286
Wielkopolskie	2153	155978	561510
Zachodniopomorskie	1310	72252	333473

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.

W odniesieniu do działalności szpitali ponadregionalnych w latach 2009–2011 największe, choć zmienne, liczby łóżek w stacjonarnej opiece zdrowotnej odnotowano w województwach mazowieckim od 5 779 do 5 925, śląskim od 3 364 do 3 342, małopolskim od 2 437 do 2 432 oraz łódzkim od 2 423 do 2 486, najmniejsze w podlaskim od 1 051 do 1 080, pomorskim od 1 255 do 1 168 oraz w zachodniopomorskim od 1 249 do 1 310.

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 wo-

jewództwach podlaskim od 1 514 do 1 080, zachodniopomorskim od 1 249 do 1 310 i pomorskim od 1 255 do 1 168. Podobnie wartości zmienne można stwierdzić w odniesieniu do liczby osobodni, największe występują w województwach mazowieckim od 1 577 690 do 1 560 377, śląskim od 866 069 do 802 828 i łódzkim od 633 712 do 621 684, najmniejsze w podlaskim od 236 307 do 249 988, zachodniopomorskim od 326 077 do 333 473 i pomorskim od 333 164 do 317 973 osobodni.

Należy także zauważyć, że w 2011 r. odnotowano pierwszy raz dane dotyczące województwa warmińsko-mazurskiego, wynosiły one: liczba łóżek – 150, liczba leczonych stacjonarnie – 4 656, liczba osobodni – 30 286.

**Tabela 45.** Leczeni w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych, liczba miejsc, liczba leczonych według województw w 2009 r.

Województwo	Liczba miejsc dziennych	Liczba leczonych
Dolnośląskie	50	27869
Kujawsko-pomorskie	77	16024
Lubelskie	11	12371
Łódzkie	74	1931
Małopolskie	64	8974
Mazowieckie	170	88813
Podlaskie	85	5533
Pomorskie	76	35168
Śląskie	63	38049
Wielkopolskie	120	4316
Zachodniopomorskie	24	2093

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.

Województwo	Liczba miejsc dziennych	Liczba leczonych
Dolnośląskie	60	59347
Kujawsko-pomorskie	82	15320
Lubelskie	11	13295
Łódzkie	90	1965
Małopolskie	75	26894
Mazowieckie	526	91908
Podlaskie	91	4618
Pomorskie	133	33474
Śląskie	67	40045
Wielkopolskie	120	4356
Zachodniopomorskie	58	5956

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.

**Tabela 46.** Leczeni w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych, liczba miejsc, liczba leczonych według województw w 2010 r.

Województwo	Liczba miejsc dziennych	Liczba leczonych
Dolnośląskie	51	61627
Kujawsko-pomorskie	82	14586
Lubelskie	11	5949
Łódzkie	98	2264
Małopolskie	77	27876
Mazowieckie	255	73624
Podlaskie	98	4181
Pomorskie	143	35547
Śląskie	117	49581
Warmińsko-mazurskie	0	0
Wielkopolskie	120	4250
Zachodniopomorskie	58	5597

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.

**Tabela 47.** Leczeni w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych, liczba miejsc, liczba leczonych w 2011 r.

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 do 1 931 do 2 264, zachodniopomorskim od 2 093 do 5 597 i wielkopolskim od 4 316 do 4 250.

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**

Tabele szczegółowo obrazujące stan opieki psychiatrycznej w Polsce przedstawiono w załączniku nr 3.

### **Ambulatoryjna 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 r. funkcjonowało 1898 poradni psychiatrycznych – 1 135 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 oraz 271 poradni psychologicznych.

Wśród funkcjonujących w 2010 r. 1898 poradni 61% stanowiły niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, 35% samodzielne publiczne zakłady opieki

zdrowotnej, 4% indywidualne i grupowe praktyki lekarzy, pozostałe 0,3% korzystały z różnych innych form prowadzenia działalności leczniczej.

W 2010 r. z umowy z NFZ podpisało 1640 poradni, co stanowi 86% ogółu. Ambulatoryjną opieką psychiatryczną objętych było w 2010 r. 1 460 443 pacjentów, którym udzielono ponad 7 mln porad, w tym 4,4 mln porad lekarskich, 2,7 mln porad psychologów i terapeutów.

W poradniach odwykowych od uzależnień leczono 1 395 677 pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, w tym 383 757 pacjentów pierwszorazowych, co stanowiło 27% ogółu leczonych.

W 271 poradniach psychologicznych udzielono około 250 tys. porad w tym 226 tys. psychologicznych i 24 tys. lekarskich.

Analizując dane dotyczące poradni zdrowia psychicznego w latach 2009–2010, należy odnotować zróżnicowanie w zakresie liczby poradni. Najwięcej z nich zlokalizowanych jest w województwach mazowieckim – 66, śląskim – 37, małopolskim – 34 i 31 (odpowiednio w roku 2009 i 2010) oraz łódzkim – 30 i 28.

Podobne zróżnicowania występują w liczbie niepublicznych zakładów opieki psychiatrycznej. Najwięcej zlokalizowanych jest w województwach śląskim – 105 i 113, mazowieckim – 71 i 79 i dolnośląskim – 60 i 63, najmniej w województwach opolskim – 16, lubuskim – 16 i 17, warmińsko-mazurskim – 16 i 15.

### **Psychiatryczna opieka całodobowa stacjonarna**

W Polsce 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 r. działało ogółem 314 zakładów – podmiotów leczniczych, w tym 49 szpitali psychiatrycznych, cztery 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 r. we wszystkich jednostkach psy-



chiatrycznej 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, średnie wykorzystanie łóżka wynosiło 89,9%, a średni czas pobytu 37,4 dnia. Liczba pobytów (osób leczonych) w 2010 r. wyniosła 254 505, przy liczbie 9 508 332 osobodni.

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/ czy oddziałach rehabilitacyjnych odwykowych w sektorze publicznym. Odnosnie 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, 4 404 i 4 410 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, 1 365 i 1 346 łóżek, 14 438 i 13 579 leczonych oraz opolskim – 25 i 26 zakładów, 1 105 i 1 140 łóżek, 9 428 i 9 506 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 wzmocnienie 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 ta-

kich przypadkach szybka reakcja i natychmiastowe udzielenie świadczeń decydują o możliwości zapobieżenia nie tylko poważnym skutkom zdrowotnym, ale i przede wszystkim zgonom. Powyższe rozważania o wymogu jak najszybszego udzielania świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego odnoszą się również do problemu wypadków i innych przyczyn zewnętrznych.

Informacje o liczbie i rozmieszczeniu jednostek systemu PRM oraz jednostek współpracujących z systemem PRM na terenie danego województwa zamieszczone są w wojewódzkich planach działania systemu, sporządzanych przez poszczególne województwa i zatwierdzanych przez ministra zdrowia<sup>106</sup>.

### **Zespoły Ratownictwa Medycznego (ZRM)**

W 2012 r. w ramach ratownictwa medycznego pomoc w razie nagłego wypadku świadczyły 1 493 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 r. był on najwyższy w województwie warmińsko-mazurskim i wynosił 5,2, a najniższy w województwie wielkopolskim – 3,3<sup>107</sup>.

### **Lotnicze ZRM**

Od 2000 r. Lotnicze ZRM funkcjonują w ramach SPZOZ 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). Flotę jednostki stanowią 23 śmigłowce ratownicze Eurocopter EC-145 oraz dwa samoloty Piaggio P. 180 Avanti.

<sup>106</sup> Ramowy wzór planu i szczegółowy zakres danych objętych planem określa *Rozporządzenie 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* (Dz.U. 2011, nr 3, poz. 6).

<sup>107</sup> Na podstawie: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013, s. 102.

## 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. Część SOR już spełnia wymagania dotyczące obowiązku posiadania lotniska bądź lądowiska lub deklaruje, że spełni je do końca 2013 r., 15 szpitali deklaruje spełnienie tych wymagań do 31 grudnia 2016 r., zaś 27 szpitali nie wskazuje konkretnego terminu dostosowania<sup>108</sup>.

## Centra Urazowe

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

## Aparatura medyczna<sup>109</sup>

Postęp medycyny i rozwój techniki medycznej przejawiający się wdrażaniem i zaopatrzeniem podmiotów leczniczych w coraz to nowszy, wysokiej jakości specjalistyczny sprzęt medyczny stał się w ostatnim okresie również zauważalny w Polsce. Wskazuje na to analiza informacji przekazanych przez wojewodów i władze instytutów naukowo-badawczych oraz uczelni medycznych. Zjawisko to ma niewątpliwy wpływ na poprawę jakości opieki zdrowotnej, przyspieszenie procedur diagnostycznych i ich większą dostępność, a także bardziej skuteczne leczenie, stąd znaczenie wyposażenia podmiotów leczniczych w aparaturę medyczną i jej efektywnego wykorzystania. Miejscem, w którym dla mieszkańca Polski aparatura jest najbardziej dostępna, jest szpital ogólny szczebla powiatowego jako placówka położona najbliżej miejsca zamieszkania. Szpitale wojewódzkie, a zwłaszcza szpitale ponadregionalne uniwersytetów medycznych i działających w skali kraju in-

stytutów, stanowią dla nich zaplecze, szczególnie w wąsko specjalistycznych dziedzinach.

Analiza informacji przekazanych przez wojewodów i władze uczelni oraz instytutów upoważnia do ostrożnego stwierdzenia, że nasycenie aparaturą medyczną podmiotów leczniczych w skali kraju ulega stopniowej poprawie, 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 porównanie 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 r. wynosił 1,1 przy dyspersji od 0,5 w województwie podlaskim do 1,3 w województwach mazowieckim, lubelskim i świętokrzyskim, a w zakresie rezonansu magnetycznego 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 siedem województw (dolnośląskie, lubuskie, opolskie, podkarpackie, podlaskie, warmińsko-mazurskie i zachodniopomorskie), z kolei województwa 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 statutowymi zadaniami. W klinicznych instytutach zaopatrzenie jest wyraźnie lepsze, przy czym przewagę mają tu Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Centrum Zdrowia Dziecka i Instytut Kardiologii.

Dynamikę nasycenia obiektów służby zdrowia w sprzęt i aparaturę wysokokosztowną i wysokospecjalistyczną przedstawia załącznik nr 4. W ciągu ostatnich czterech lat dostępność aparatów w podmiotach leczniczych w większości przypadków znacząco wzrosła, i tak np. mammografów z 618 do 891, w tym zwiokrotniła się ich liczba w województwie

108 Według stanu na lipiec 2013 r.

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

wielkopolskim, świętokrzyskim i podkarpackim, brak postępu odnotowano w województwie podlaskim. Liczba angiografów według wojewodów w roku 2012 wyniosła 308 sztuk, w roku 2009 – 192, tomografów komputerowych zaś odpowiednio 420 i 533.

Wojewodowie zwracają jednak 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 łózkami szpitalnymi) są inkubatory, aparaty EKG, aparaty rentgenowskie, lampy operacyjne i stoły operacyjne, a także aparaty USG.

**Najstarsze z nich są użytkowane przez szpitale nierzadko przez kilkanaście, a nawet ponad 20 lat. Wiek większości aparatury nie przekracza jednak 10 lat użytkowania, przy czym generalnie 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 kardiologii (KTG), ogrzewacze noworodków i sprzęt wspomagający oddychanie noworodków. Do najstarszego sprzętu endoskopowego należą kolposkopy. Ocenę zasobów aparaturowych w poszczególnych województwach umożliwiał m.in. analiza porównawcza, jak też odniesienie do średniej krajowej mierzonej wskaźnikami na 100 tys. mieszkańców<sup>110</sup>. 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,

<sup>110</sup> Z uwagi na mnogość rodzajów aparatów dokonano ograniczenia do 11 wysokospecjalistycznych i wysokokosztownych, 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.

pomorskie, zachodniopomorskie, podkarpackie i małopolskie oraz z nieco niższą od przeciętnej dla kraju województwa lubelskie, lubuskie, dolnośląskie i podlaskie. Natomiast województwa o najniższych wskaźnikach to opolskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie i wielkopolskie.

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.

Generalnie największe zapotrzebowanie województwa zgłaszają, poza wymianą łóżek szpitalnych (10 195), na pompy infuzyjne (3 554), kardiomonytory (1 520), aparaty EKG (1 223), respiratory (824), defibrylatory (343) i defibrylatory z funkcją kardiowersji (440) oraz monitory parametrów życiowych (513); ponadto na wysokospecjalistyczny i wysokokosztowny sprzęt, jakim są: aparaty do rezonansu magnetycznego (MRI) – 57 sztuk, aparaty PET/CT skaner hybrydowy – 8, akceleratory liniowe – 25, tomografy komputerowe (CT) – 89, mammografy – 65 oraz różnego rodzaju ultrasonografy – 561, a nawet noże cybernetyczne (*cyberknife*) – 8. Może to świadczyć o chęci udostępnienia usług wysokospecjalistycznych na terenie województwa i niezależnienia 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 swoich programach, w ślad za NPZ, zgłosiły programy zmniejszenia umieralności niemowląt. Przy ciągle jeszcze wysokim odsetku wcześniactwa w Polsce (około 6%) sprzęt ratujący noworodki jest niezbędny.**

Stąd poza już wymienionymi potrzebami dotyczącymi inkubatorów (403) zapotrzebowanie na inną aparaturę w tym zakresie sięga także trzycyfrowej liczby. Wojewodowie podkreślają też duże potrzeby w zakresie urządzeń do fizykoterapii (664) i urządzeń 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 zaćmą).**

Analiza zasobów aparatury i sprzętu medycznego ponadregionalnych i krajowych instytutów naukowo-badawczych<sup>111</sup>, zajmujących się nie tylko badaniami naukowymi, ale również leczeniem pacjentów, przede wszystkim w trybie stacjonarnym, jak też w ambulatoryjnym, wykazuje duże zróżnicowanie. Wynika ono ze statutowych zadań instytutów, liczby łóżek oraz liczby leczonych, ale głównie z dziedziny medycyny, jaką reprezentują. Najlepiej wyposażone są Centrum Onkologii – Instytut im. Marii 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, bowiem wybiórczo podają one dodatkowo sprzęt specyficzny dla charakteru instytutu i nieporównywalny z innym.

Wiek aparatury instytutowej jest generalnie młodszy niż sprzętu używanego w szpitalach ogólnych, zarządzanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Większość aparatów została zakupiona w pierwszym dziesięcioleciu obecnego wieku, nieliczne tylko pochodzą z końca ubiegłego stulecia.

Aktualny stan zaopatrzenia uczelni w sprzęt medyczny jest nieco zróżnicowany. Najlepiej zaopatrzone są szpitale kliniczne uniwersytetów medycznych w War-

szawie, Krakowie i Łodzi oraz Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Najslabiej 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 dla szpitali klinicznych, są to pompy infuzyjne w liczbie 3 527 sztuk oraz łóżka szpitalne – 3 462. Kolejne miejsca zajmują kardiomonitoring (754), aparaty do tlenoterapii (555), lampy bakteriobójcze (521) oraz respiratory (421) i inkubatory (231). W rektorskich wykazach zwraca uwagę stosunkowo wysoka liczba aparatów wysokospecjalistycznych i wysokokosztownych, 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 sześć aparatów Cool-Cap do zmniejszania skutków niedotlenienia noworodków oraz 18 bilirubinometrów do przeskrórnego 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 wrodzonymi wadami i innymi patologiami. Zapewnienie wysokiej jakości opieki nabiera szczególnego znaczenia wobec niżu demograficznego i ujemnych prognoz w tym obszarze na przyszłość.

<sup>111</sup> Opracowano na podstawie analizy 80 rodzajów aparatów wymienionych w ankiecie przesłanej do dyrektorów instytutów przez MZ.



## Szpitala ogólne z uwzględnieniem sytuacji w poszczególnych województwach

Zbiorcza diagnoza sytuacji w zakresie infrastruktury podmiotów leczniczych w obszarze wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, ich dostępności i stopnia wykorzystania, a także potrzeb ich uzupełnienia w celu poprawy jakości opieki zdrowotnej, wyrównania różnic między województwami oraz Polski z innymi krajami UE

**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.

W tym celu wdrożono w opiece zdrowotnej systemy badań przesiewowych, pozwalających spośród członków określonej na pozór zdrowej populacji, stosując proste testy diagnostyczne, dokonać odsiewu osób z dodatnim wynikiem, a następnie poddać je badaniu specjalistycznemu np. z udziałem wysokospecjalistycznej aparatury. W badaniach przesiewowych stosuje się m.in. mammografy (rak piersi), glukometry (cukrzyca), tablicę Snellena (wady wzroku), aparaty USG (wzrodzone zwichnięcie stawu biodrowego), aparaty EKG (choroba wieńcowa serca), aparaty do badań ciśnienia RR i holter RR (nadciśnienie), spirometry (przewlekła obturacyjna choroba płuc – POChP).

Posiadanie na określonym terenie (dzielnica, gmina, powiat, województwo) takich aparatów pozwala na tworzenie programów profilaktycznych, które mają decydu-

jący 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 do 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, kardiomonitoring, akceleratory czy defibrylator, stoły operacyjne itp. Wynika z tego konieczność nasycenia tym sprzętem medycznym podmiotów leczniczych, by 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 ulegnie pogorszeniu. 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.

**Podsumowując analizę sytuacji w zaspokajaniu 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. Nadal jednak utrzymują się wyraźne różnice pomiędzy województwami oraz rodzajami szpitali, przy czym w gorszej sytuacji są szpitale ogólne szczebla powiatowego. Niedobory sprzętu są tam największe, wieloletni jest również okres jego używania. 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**

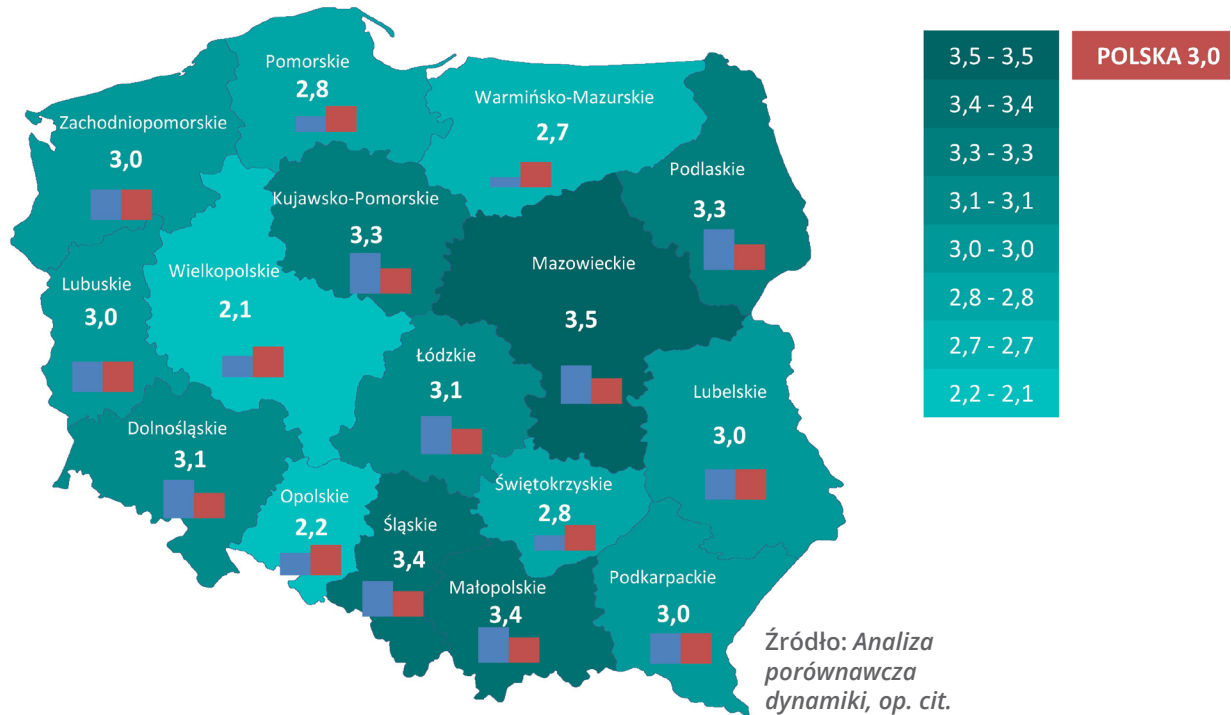
**Tabela 48.** Wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny według województw w 2012 r.

Województwo	Sprzęt medyczny typu:							
	analizator biochemiczny				gammakamera			
	razem		w tym w szpitalach ogólnych		razem		w tym w szpitalach ogólnych	
	liczba aparatów	na 100 tys. ludności	liczba aparatów	na 100 tys. ludności	liczba aparatów	na 100 tys. ludności	liczba aparatów	na 100 tys. ludności
<b>POLSKA 2012</b>	<b>1166</b>	<b>3,0</b>	<b>755</b>	<b>2,0</b>	<b>119</b>	<b>0,3</b>	<b>105</b>	<b>0,3</b>
Dolnośląskie	89	1,2	54	1,9	9	0,3	8	0,3
Kujawsko-pomorskie	69	1,3	42	2,0	10	0,5	8	0,4
Lubelskie	67	0,8	49	2,3	6	0,3	6	0,3
Lubuskie	30	1,5	15	1,5	4	0,4	4	0,4
Łódzkie	82	0,9	59	2,3	13	0,5	11	0,4
Małopolskie	113	0,9	83	2,5	8	0,2	7	0,2
Mazowieckie	175	1,3	104	2,0	26	0,5	22	0,4
Opolskie	20	0,6	14	1,4	4	0,4	4	0,4
Podkarpackie	64	1,2	38	1,8	3	0,1	2	0,1
Podlaskie	40	0,5	34	2,8	3	0,1	3	0,2
Pomorskie	61	1,0	38	1,7	5	0,2	5	0,2
Śląskie	159	1,4	95	2,1	11	0,2	8	0,2
Świętokrzyskie	36	1,2	21	1,6	3	0,2	3	0,2
Warmińsko-mazurskie	38	0,9	25	1,7	3	0,2	3	0,2
Wielkopolskie	72	0,5	53	1,5	6	0,2	6	0,2
Zachodniopomorskie	51	1,2	31	1,8	5	0,3	5	0,3

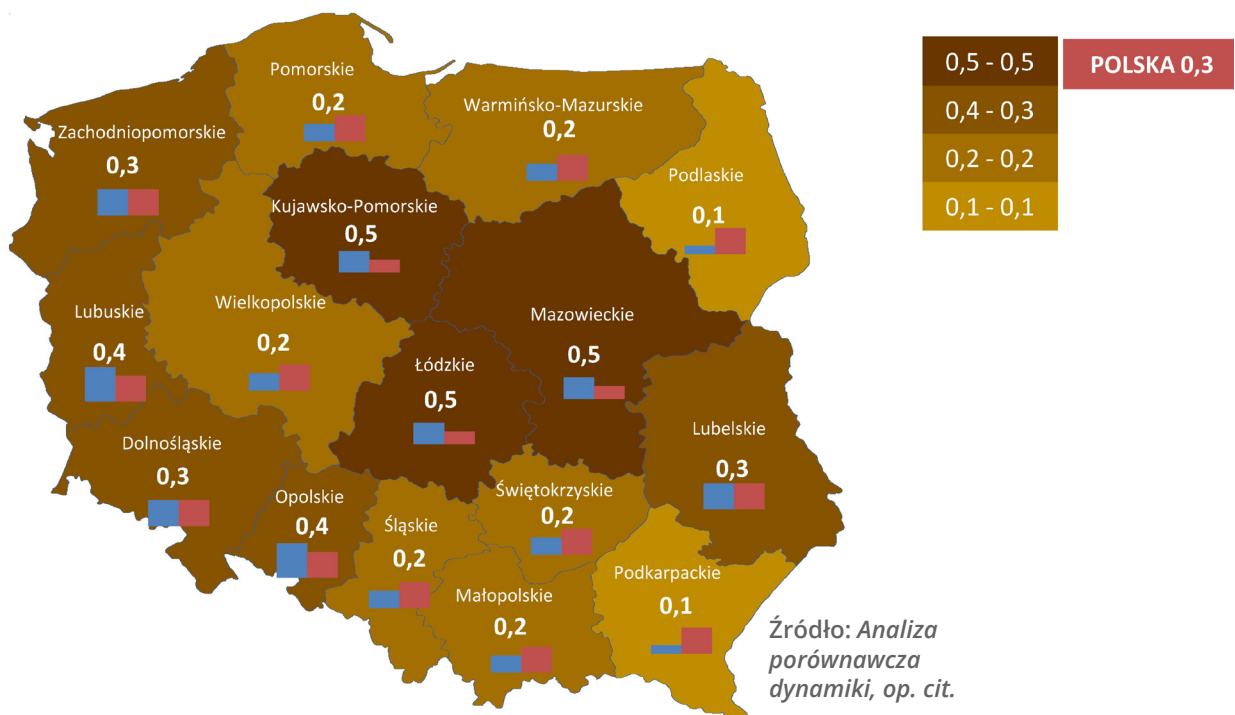
Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.



**Wykres 21.** Zasoby sprzętu wysokospecjalistycznego w rodzaju analizator biochemiczny według województw w 2012 r. (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)



**Wykres 22.** Zasoby sprzętu wysokospecjalistycznego w rodzaju gammakamera według województw w 2012 r. (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)



**Tabela 49.** Wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny wg województw w 2012 r.

Województwo	Sprzęt medyczny typu:											
	litotryptor				akcelerator liniowy				aparat RTG z torem wizyjnym			
	razem		w tym w szpitalach ogólnych		razem		w tym w szpitalach ogólnych		razem		w tym w szpitalach ogólnych	
	liczba aparatów	na 100 tys. ludności	liczba aparatów	na 100 tys. ludności	liczba aparatów	na 100 tys. ludności	liczba aparatów	na 100 tys. ludności	liczba aparatów	na 100 tys. ludności	liczba aparatów	na 100 tys. ludności
POLSKA 2012	<b>185</b>	<b>0,5</b>	<b>159</b>	<b>0,4</b>	<b>120</b>	<b>0,3</b>	<b>110</b>	<b>0,3</b>	<b>1453</b>	<b>3,8</b>	<b>1059</b>	<b>2,7</b>
Dołnośląskie	11	0,4	10	0,3	10	0,3	6	0,2	104	3,6	71	2,4
Kujawsko-Pomorskie	9	0,4	5	0,2	8	0,4	8	0,4	74	3,5	56	2,7
Lubelskie	25	1,2	18	0,8	6	0,3	6	0,3	95	4,4	67	3,1
Lubuskie	5	0,5	4	0,4	3	0,3	3	0,3	49	4,8	36	3,5
Łódzkie	14	0,6	13	0,5	7	0,3	7	0,3	78	3,1	54	2,1
Małopolskie	12	0,4	12	0,4	12	0,4	11	0,3	143	4,3	93	2,8
Mazowieckie	19	0,4	16	0,3	14	0,3	13	0,2	216	4,1	170	3,2
Opolskie	8	0,8	8	0,8	2	0,2	2	0,2	25	2,5	21	2,1
Podkarpackie	8	0,4	8	0,4	5	0,2	5	0,2	59	2,8	43	2,0
Podlaskie	9	0,7	9	0,7	5	0,4	5	0,4	46	3,8	33	2,8
Pomorskie	13	0,6	13	0,6	7	0,3	7	0,3	93	4,1	67	2,9
Śląskie	22	0,5	21	0,5	18	0,4	18	0,4	208	4,5	150	3,2
Świętokrzyskie	6	0,5	4	0,3	4	0,3	4	0,3	36	2,8	23	1,8
Warmińsko-Mazurskie	2	0,1	2	0,1	0	0,0	0	0,0	54	3,7	37	2,6
Wielkopolskie	17	0,5	12	0,3	10	0,3	8	0,2	98	2,8	77	2,2
Zachodniopomorskie	5	0,3	4	0,2	9	0,5	7	0,4	75	4,4	61	3,5

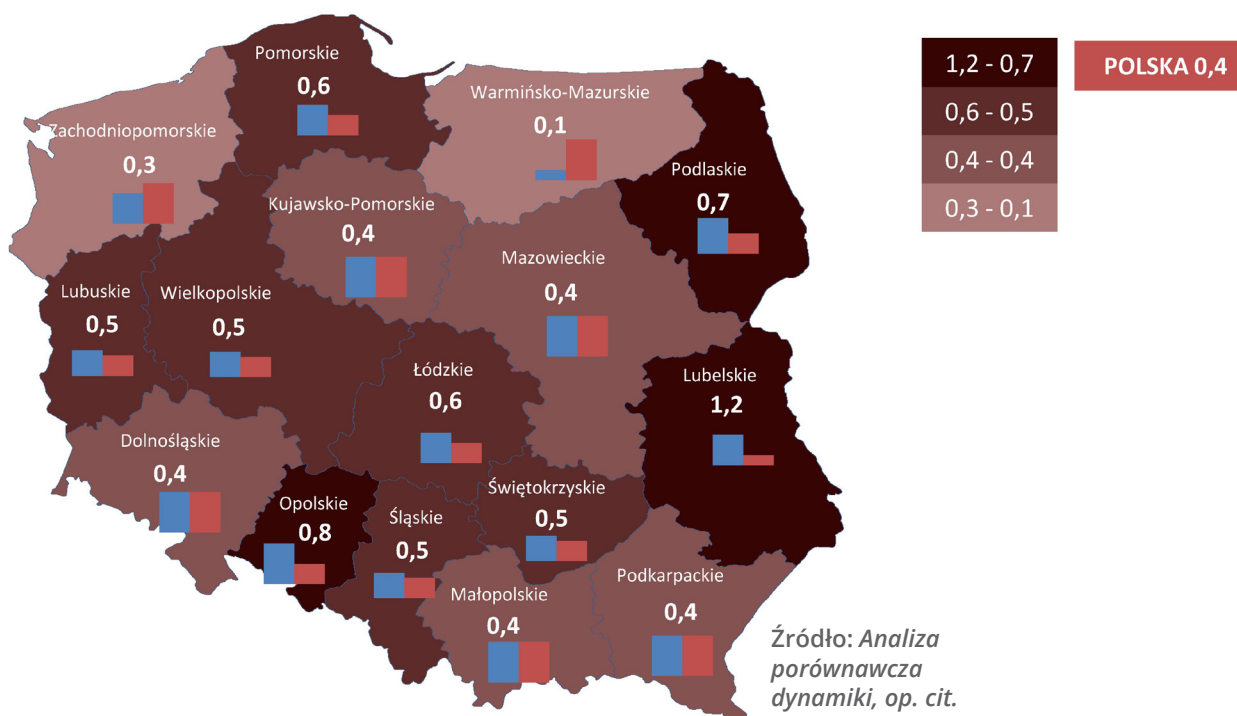
Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.

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 instytuty badawcze i uczelnie medyczne dysponujące szpitalami klinicznymi wyposażonymi w zakłady diagnostyki obrazowej laboratoryjnej, jak też sprzęt stosowany w procesie leczniczym – głównie zabiegowym. Aparatura dodatkowo jest wykorzystywana w celach dydaktycznych dla zapoznania studentów z jej zastosowaniem, jak również w badaniach naukowych. Stąd standardy ich wyposażenia muszą uwzględniać te czynniki.

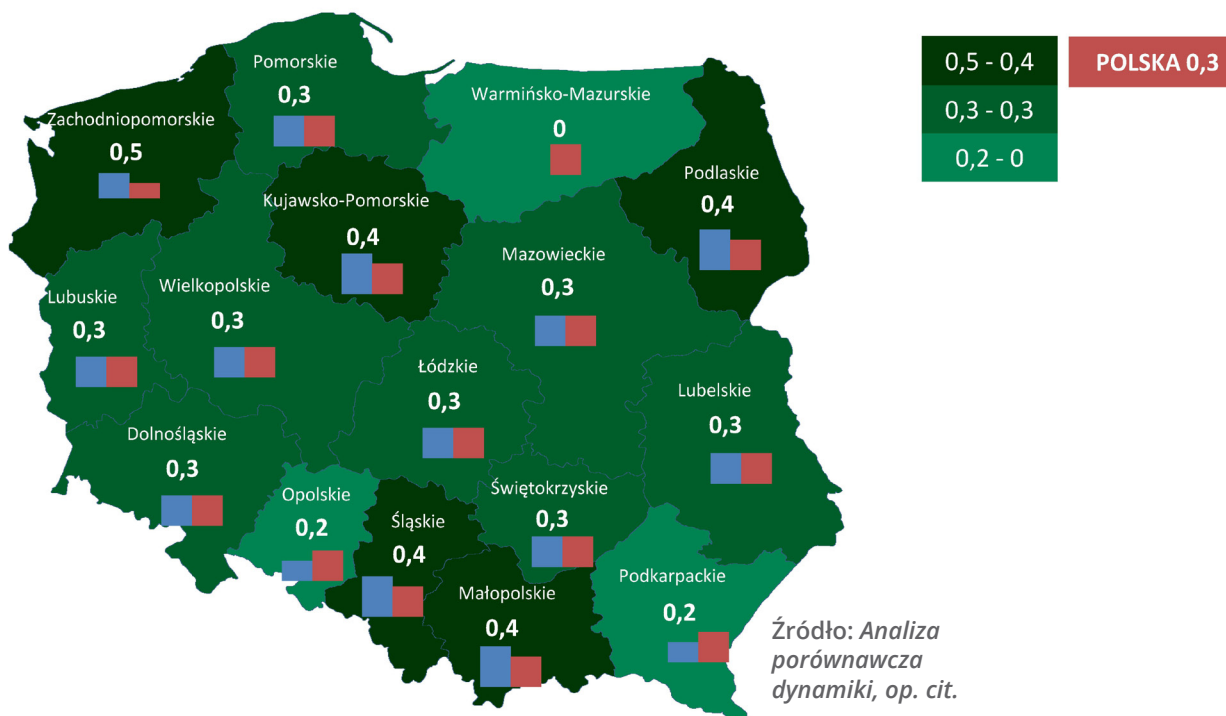
Mimo wyraźnego postępu stan nasycenia aparaturą medyczną w stosunku do UE, USA, Japonii czy innych państw jest dużo mniejszy. Dotyczy to zwłaszcza nowoczesnego sprzętu wysokospecjalistycznego. Różnice występują też zarówno między krajowymi uczelniami medycznymi, instytutami naukowo-badawczymi, jak

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, Bydgoszczy i Białymstoku oraz CMKP. 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 im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie i Oddział w Gliwicach, Instytut Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka, Instytut Centrum Zdrowia 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.

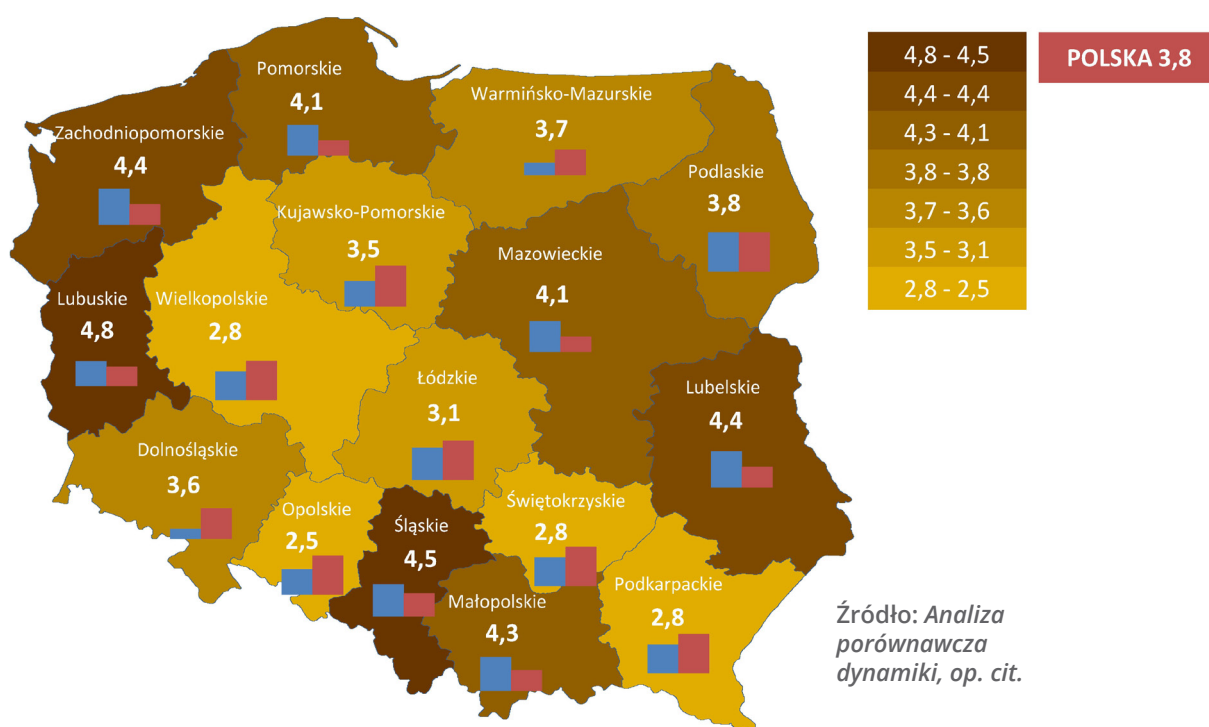
**Wykres 23.** Zasoby sprzętu wysokospecjalistycznego w rodzaju litotryptor według województw w 2012 r. (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)



**Wykres 24.** Zasoby sprzętu wysokospecjalistycznego w rodzaju akcelerator liniowy według województw w 2012 r. (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)



**Wykres 25.** Zasoby sprzętu wysokospecjalistycznego w rodzaju aparat RTG z torem wizyjnym według województw w 2012 r. (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)

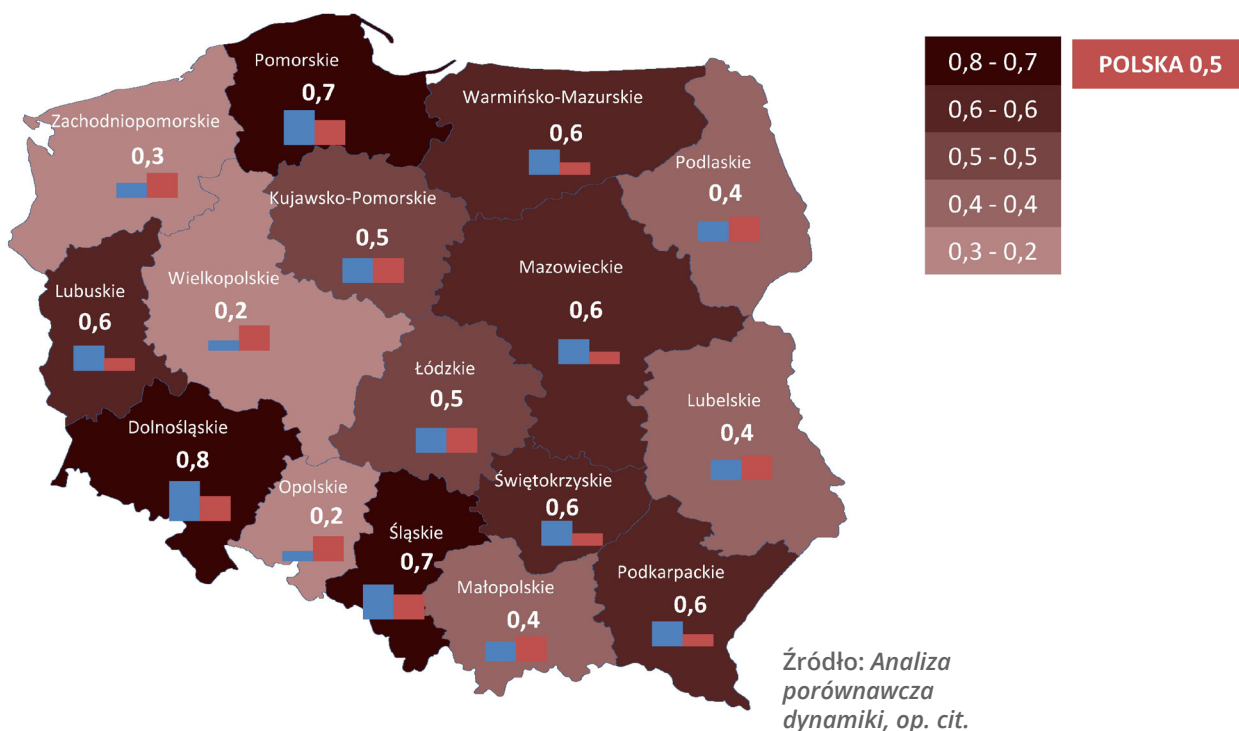


■ **Tabela 50.** Wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny wg województw w 2012 r.

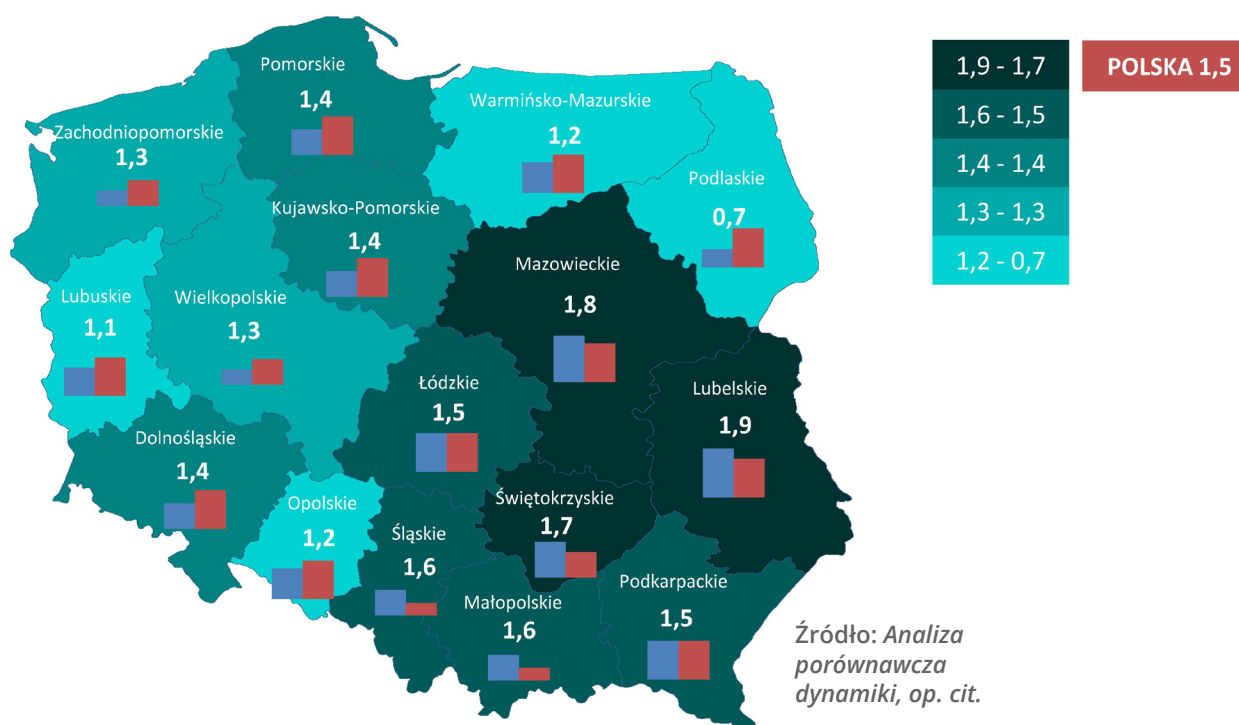
Województwo	Sprzęt medyczny typu:									
	Rezonans magnetyczny				Tomograf komputerowy				Tomograf pozytonowy (PET-CT)	
	Razem		W tym w szpitalach ogólnych		Razem		W tym w szpitalach ogólnych		W tym w szpitalach ogólnych	
	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D
POLSKA 2012	202	0,5	128	0,3	574	1,5	410	1,1	19	0,0
Dolnośląskie	22	0,8	14	0,5	40	1,4	26	0,9	0	0,0
Kujawsko-Pomorskie	11	0,5	8	0,4	30	1,4	25	1,2	2	0,1
Lubelskie	9	0,4	8	0,4	41	1,9	28	1,3	1	0,0
Lubuskie	6	0,6	3	0,3	11	1,1	10	1,0	0	0,0
Łódzkie	12	0,5	9	0,4	39	1,5	29	1,1	4	0,2
Małopolskie	15	0,4	8	0,2	54	1,6	36	1,1	1	0,0
Mazowieckie	31	0,6	23	0,4	93	1,8	69	1,3	3	0,1
Opolskie	2	0,2	1	0,1	12	1,2	8	0,8	0	0,0
Podkarpackie	13	0,6	9	0,4	32	1,5	25	1,2	0	0,0
Podlaskie	5	0,4	2	0,2	8	0,7	6	0,5	0	0,0
Pomorskie	17	0,7	11	0,5	31	1,4	24	1,0	1	0,0
Śląskie	31	0,7	17	0,4	5	1,6	46	1,0	4	0,1
Świętokrzyskie	8	0,6	4	0,3	22	1,7	16	1,3	1	0,1
Warmińsko-Mazurskie	8	0,6	1	0,1	17	1,2	10	0,7	0	0,0
Wielkopolskie	7	0,2	6	0,2	46	1,3	35	1,0	2	0,1
Zachodniopomorskie	5	0,3	4	0,2	23	1,3	17	1,0	0	0,0

Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.

**Wykres 26.** Zasoby sprzętu wysokospecjalistycznego w rodzaju rezonans magnetyczny (MRI) według województw w 2012 r. (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)

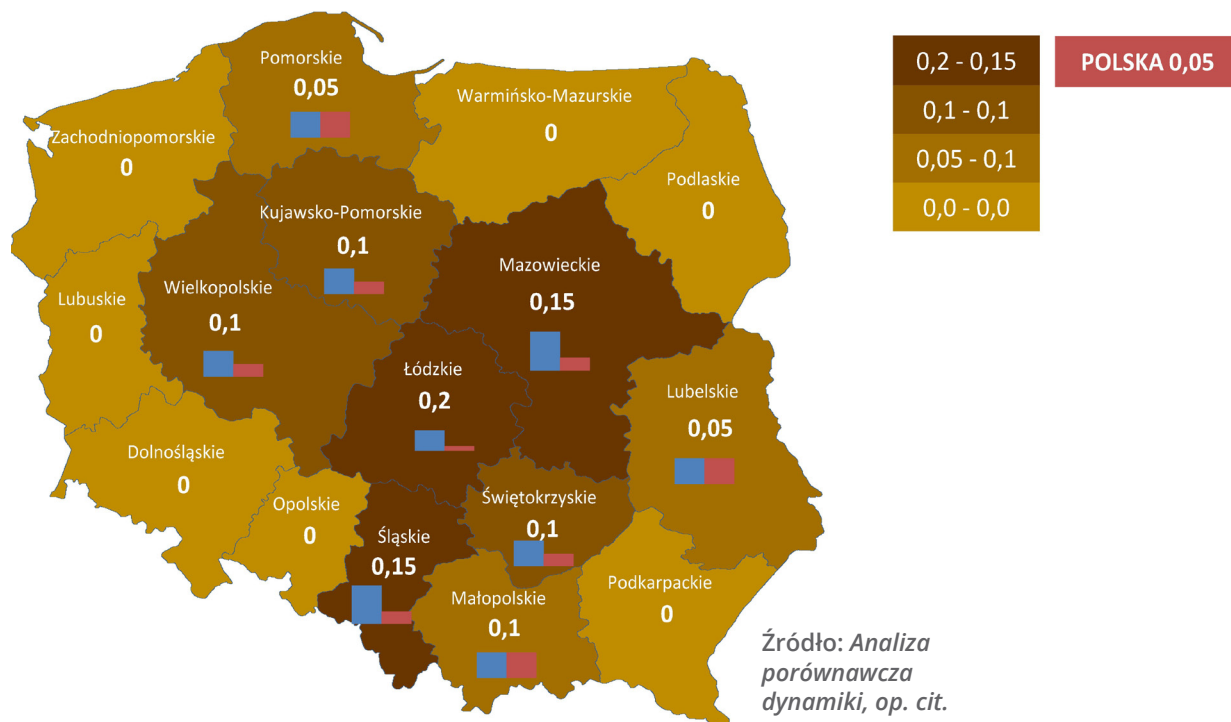


**Wykres 27.** Zasoby sprzętu wysokospecjalistycznego w rodzaju tomograf komputerowy (CT) według województw w 2012 r. (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)

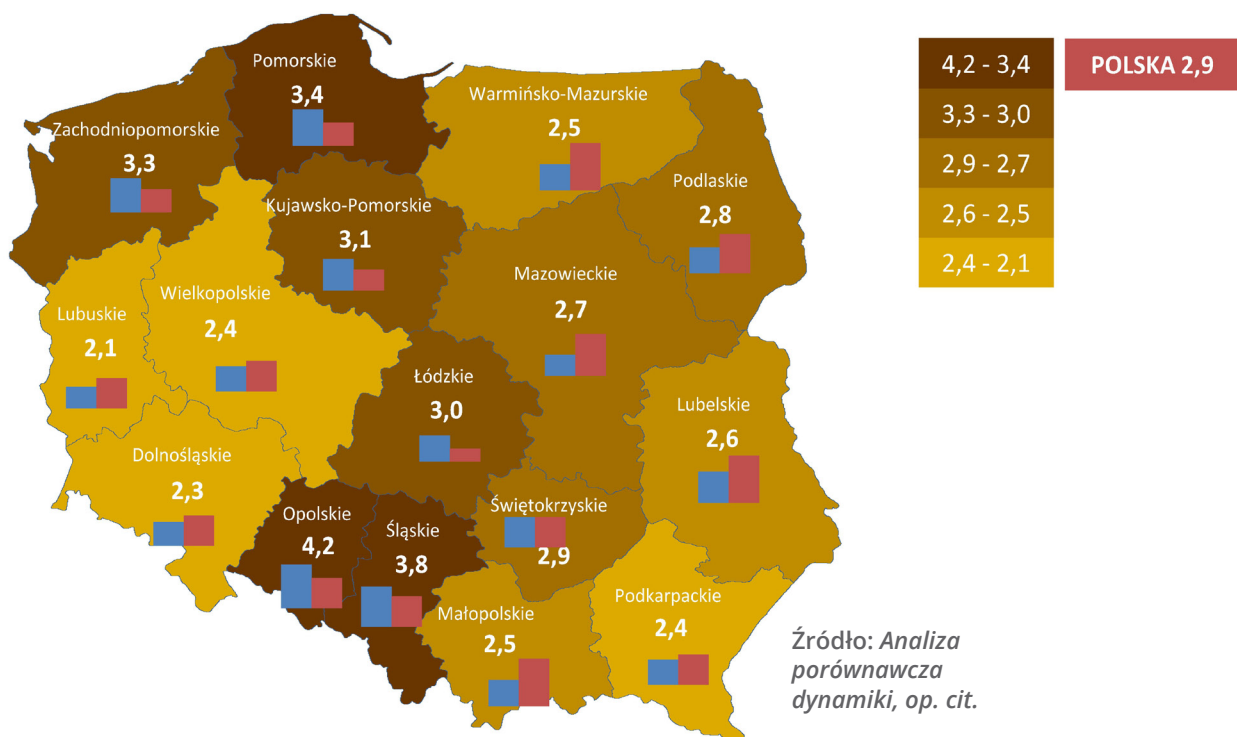




**Wykres 28.** Zasoby sprzętu wysokospecjalistycznego w rodzaju tomograf pozytronowy (PET-CT) według województw w 2012 r. (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)

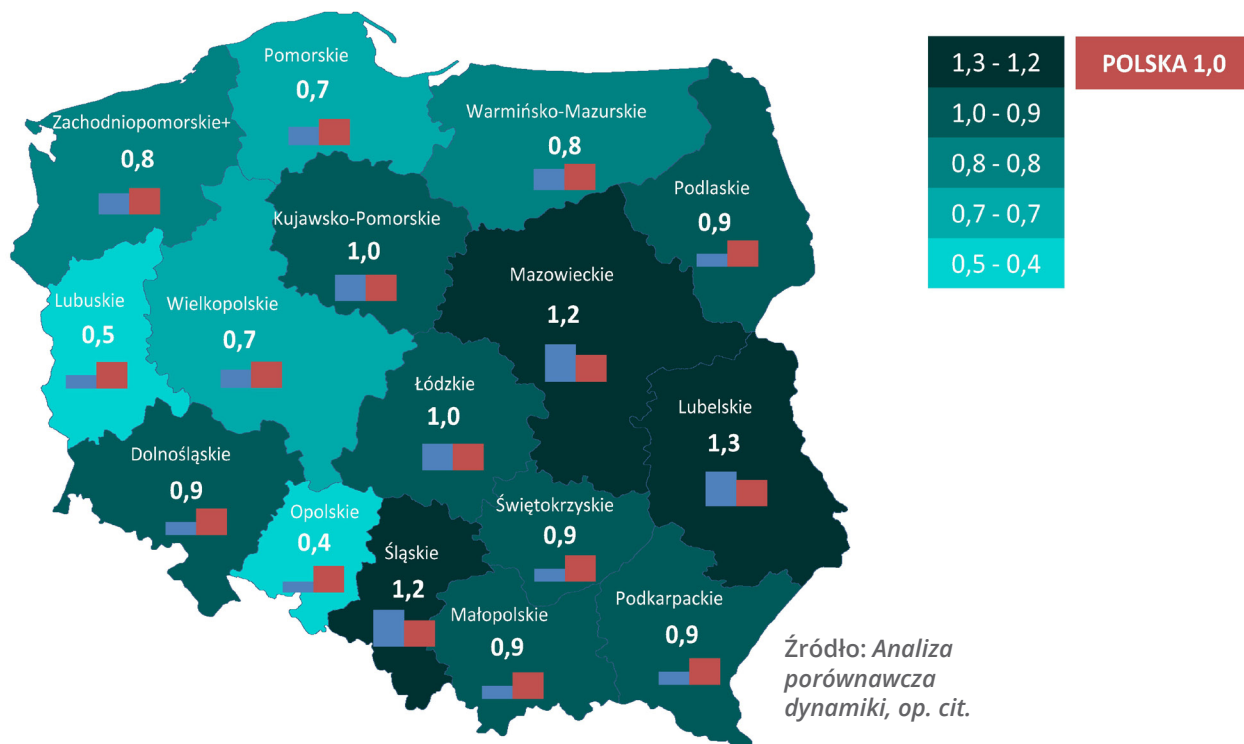


**Wykres 29.** Zasoby sprzętu wysokospecjalistycznego w rodzaju echokardiograf według województw w 2012 r. (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)

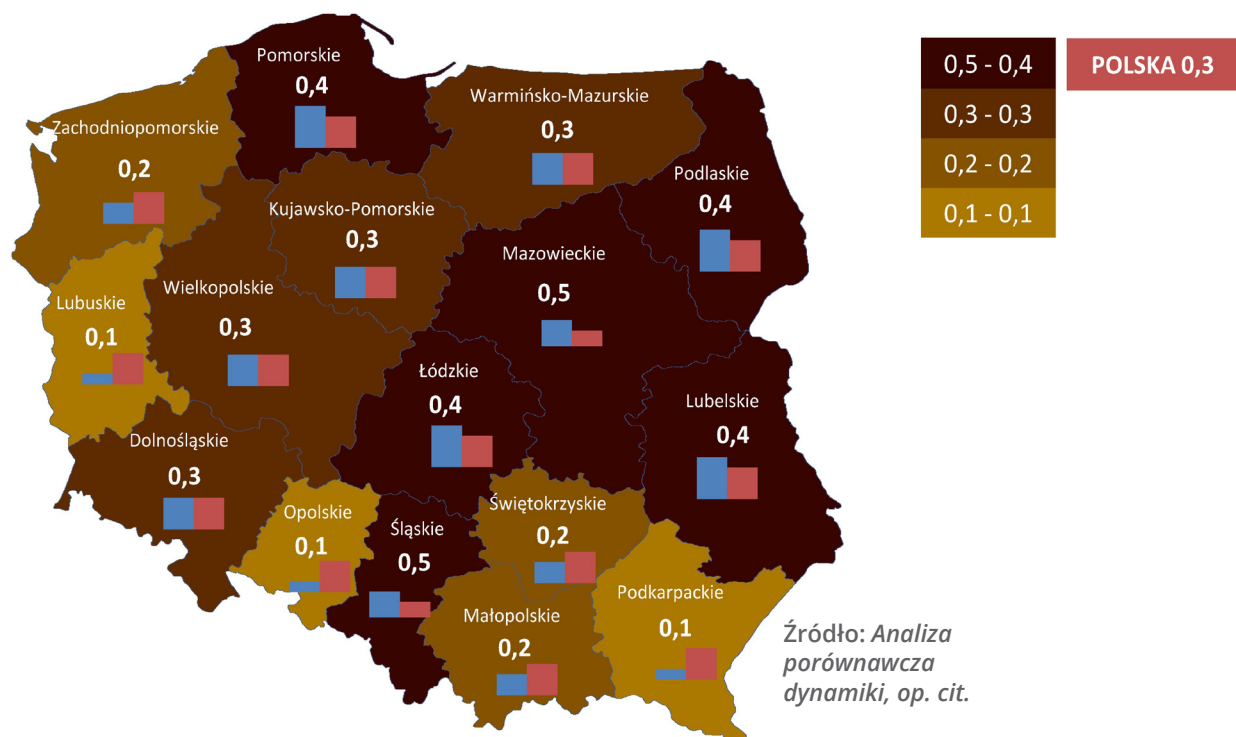




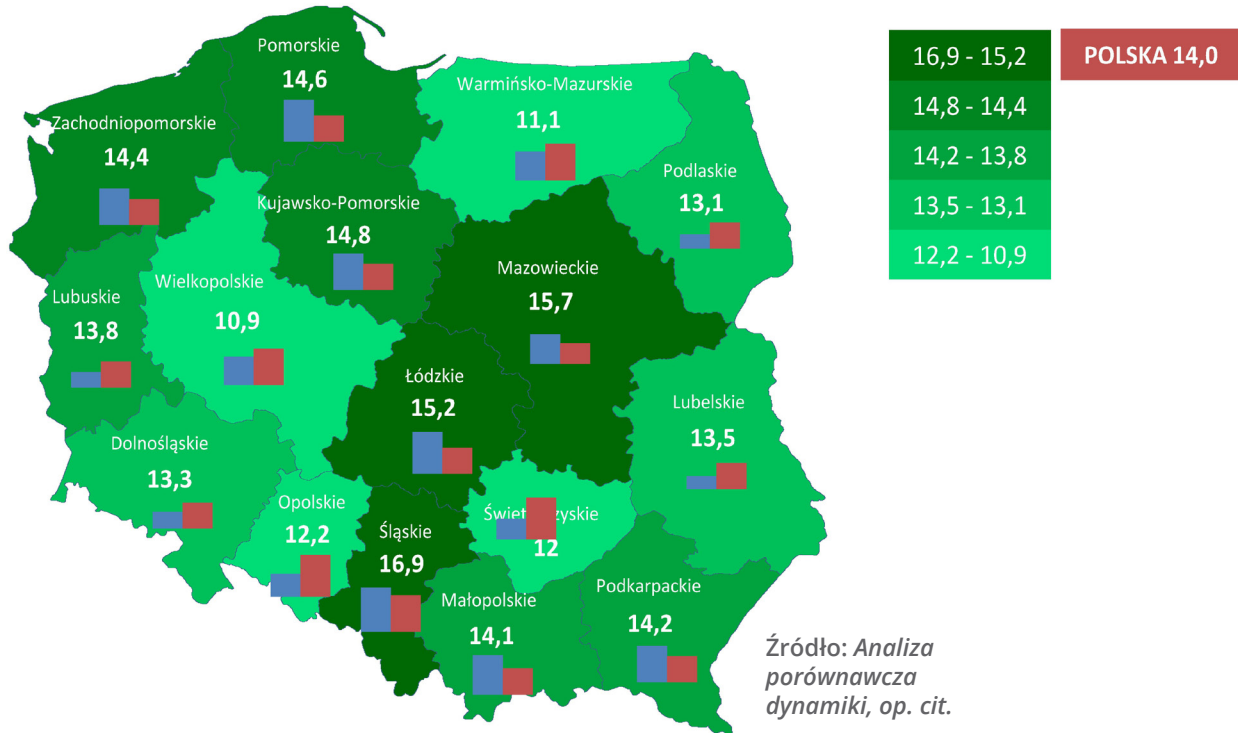
**Wykres 30.** Zasoby sprzętu wysokospecjalistycznego w rodzaju elektroencefalograf według województw w 2012 r. (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)



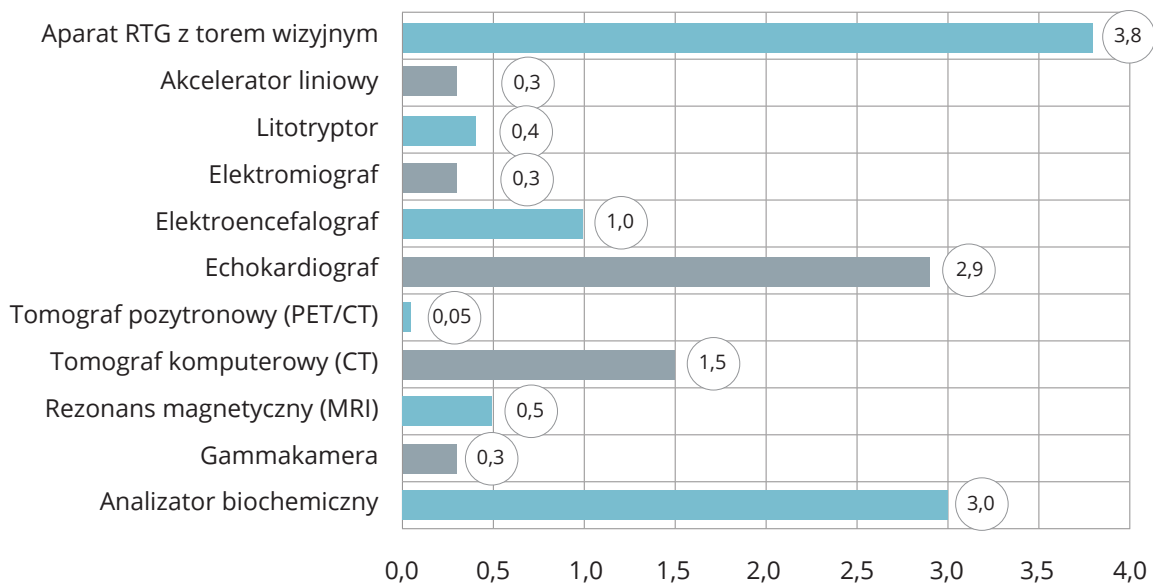
**Wykres 31.** Zasoby sprzętu wysokospecjalistycznego w rodzaju elektromiograf według województw w 2012 r. (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)



**Wykres 32.** Zasoby sprzętu wysokospecjalistycznego we wszystkich rodzajach w Polsce w 2012 r. (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców)



**Wykres 33.** Zasoby sprzętu wysokospecjalistycznego we wszystkich rodzajach w Polsce w 2012 r. (na 100 tys. mieszkańców)



Źródło: Analiza porównawcza dynamiki, op. cit.

Zasoby województw w wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną<sup>112</sup> w 2012 roku we wskaźnikach na 100 tys. mieszkańców:

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

<sup>112</sup> Dotyczy następujących aparatów: rezonans magnetyczny, tomograf komputerowy, tomograf pozytronowy, gammakamera, analizator biochemiczny, akcelerator liniowy, litotrypter, echokardiograf, elektroencefalograf, elektromiograf oraz aparat RTG z torem wizyjnym

### 3.2.5. Jakość i efektywność systemu opieki zdrowotnej

Ocena jakości systemu opieki zdrowotnej oparta może być zarówno na jakości postrzeganej przez pacjentów (*perceived quality*), 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.

Jak wynika z badań społecznych, kwestie jakości w systemie ochrony zdrowia odgrywają coraz większą rolę. 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 sys-

tem opieki zdrowotnej jako pewną całość<sup>113</sup>. Od 20% do 40% polskich gospodarstw domowych nie jest zadowolonych z systemu ochrony zdrowia<sup>114</sup>.

Obiektywnym miernikiem jakości jest efektywność. Efektywność w ochronie zdrowia może być analizowana zarówno na poziomie makroekonomicznym – badamy wówczas efektywność całego systemu ochrony zdrowia, jak i mikroekonomicznym na poziomie poszczególnych jednostek sektora ochrony zdrowia. Dzięki podniesieniu efektywności w ochro-

<sup>113</sup> *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*, CBOS (BS/34/2012), Warszawa, marzec 2012 r.

<sup>114</sup> J. Michalak, *Obiektywne i subiektywne mierniki jakości opieki zdrowotnej*, [w:] „Problemy Zarządzania”, vol. 9, nr 3, s. 128.

nie zdrowia publiczne oszczędności mogą sięgnąć w krajach OECD średnio 2% PKB. Co istotniejsze, to nie typ systemu opieki zdrowotnej, ale sposób zarządzania systemem opieki zdrowotnej decyduje o zwiększeniu efektywności<sup>115</sup>. **Szacuje się, że w UE brak efektywnego zarządzania ochroną zdrowia, błędy oraz oszustwa powodują utratę około 56 mld euro rocznie, co stanowi średnio 6% środków na ochronę zdrowia w państwach UE**<sup>116</sup>.

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 (PO KL), 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 wyróżniają się m.in.: wdrożenie okołoperacyjnej karty kontrolnej, podjęcie inicjatywy higieny rąk w opiece zdrowotnej oraz ocena jakości wysokospecjalistycznych zabiegów medycznych (finansowanych bezpośrednio z budżetu państwa) oraz 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<sup>117</sup>. Szacuje

się, że bezpośrednie koszty leczenia chorych z zakażeniami szpitalnymi wynoszą około 800 mln zł rocznie. Zakażenia szpitalne wydłużają czas hospitalizacji, zwiększają poziom absencji chorobowej, w skrajnych przypadkach skutkują niepełnosprawnością lub przedwczesnymi zgonami<sup>118</sup>.

W kontekście jakości w ochronie zdrowia warto również poruszyć problem błędnego kodowania zgonów. „Z badań przeprowadzonych w USA i innych krajach wynika, że około 20% kart zgonu jest nieprawidłowo wypełnianych. Głównym źródłem obciążeń są błędy wyboru wyjściowej przyczyny zgonu oraz nieumiejętne wyszczególnienie logicznego ciągu przyczyn odpowiedzialnych za zgon chorego, szczególnie w przypadku stwierdzenia przez lekarza dwóch lub większej liczby współwystępujących chorób”<sup>119</sup>. Oznacza to, że statystyka medyczna może być obciążona istotnymi błędami, szczególnie w przypadku zgonów osób starszych, krótkich hospitalizacji oraz zgonów z przyczyn nienowotworowych chorób układu oddechowego.

**Podjęcie i wspieranie działań pro jakościowych, zwiększających efektywność systemu opieki zdrowotnej, jest niezbędne w celu zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej.** Podniesienie jakości w systemie ochrony zdrowia będzie miało do poprawy kondycji finansowej podmiotów leczniczych (poprawa jakości zarządzania, a tym samym efektywności systemu, akredytacja w ochronie zdrowia, proces przekształceń, restrukturyzacji oraz modernizacji infrastruktury medycznej), a przede wszystkim do poprawy jakości w sensie medycznym (standardy postępowania medycznego, efektywna gospodarka produktami leczniczymi).

## E-zdrowie

W zakresie jakości organizacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, jak w większości istotnych gałęzi gospodarki nowoczesnego państwa, kluczową rolę odgrywa zarządzanie informacją. Polska jest krajem, w którym na tle innych państw

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

116 The European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN) representing public organisations from 12 EU Member States.

117 WHO Resolution WHA 55.18/2002 Quality of care: patient safety, [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA55/ewha5518.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf).

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

119 W. Wędrychowski, E. Mróz, A. Wiernikowski, E. Flak, *Trafność wyboru przez lekarza wyjściowej przyczyny zgonu i kodowania danych z kart zgonów*, [w:] „Przegląd Epidemiologiczny” 2001, nr 3, s. 313.

członkowskich UE identyfikuje się ograniczenia dotyczące elektronicznego obiegu dokumentacji umożliwiającego koordynację i przepływ informacji między wszystkimi uczestnikami procesu terapeutycznego pacjenta, 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<sup>120</sup>.

**Tymczasem w długofalowym programie reform społeczno-gospodarczych określonym w Strategii lizbońskiej, przyjętej przez Radę Europejską w 2000 r., określono funkcje, jakie powinny spełniać technologie informacyjno-komunikacyjne (ICT) dla rozwoju ochrony zdrowia.** Szczegółowe działania dla e-zdrowia zostały następnie określone w dokumencie *e-Europe 2005 Information Society for All*, przyjętym na szczycie w Sewilli oraz w dokumencie *eHealth Action Plan 2004*. Podpisanie tych dokumentów zobowiązało kraje europejskie do rozwijania usług ICT w ochronie zdrowia.

Uwarunkowania prawne procesu informatyzacji ochrony zdrowia w Polsce tworzy *Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia*<sup>121</sup> wraz z aktami wykonawczymi. Rozwój e-zdrowia w Polsce ma na celu implementację ICT, które poprawią efektywności systemu ochrony zdrowia w Polsce, ułatwią obywatelom dostęp do informacji z zakresu ochrony zdrowia, a także stworzą warunki dla rozwoju systemów telemedycznych, umożliwiających wymianę danych pomiędzy poszczególnymi elementami systemu informacji w ochronie zdrowia w celu zapewnienia odpowiedniej jakości procesu diagnozy, terapii i rehabilitacji.

120 Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych – Streszczenie Studium Wykonalności w przekroju dla instytucji krajowych, CSIOZ, Warszawa, 17 grudnia 2009 r., s. 9–11.

121 Dz.U. nr 113, poz. 657 z późn. zm.

Dotychczas zbudowano następujące usługi elektroniczne w obszarze zdrowia:

- możliwość elektronicznego sprawdzenia prawa pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej w recepcji szpitala czy przychodni (dzięki systemowi eWUŚ – elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców);
- udostępnianie przedsiębiorcom w czasie rzeczywistym usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych, elektroniczna rejestracja i aktualizacja danych rejestrowych, pobieranie wypisów i zaświadczeń drogą elektroniczną przez firmy i instytucje publiczne, dwustronna wymiana dokumentów elektronicznych pomiędzy przedsiębiorcami i organami rejestrowymi w obszarze rejestrów podmiotowych, możliwość śledzenia stanu realizacji wniosków, automatyczne potwierdzanie odbioru dokumentu;
- udostępnianie on-line usług rejestru zakładów opieki zdrowotnej – e-RZOZ (obecnie Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą), który umożliwia tworzenie wniosków o wpis podmiotu do rejestru, tworzenie wniosków o wpis zmian w rejestrze, tworzenie wniosków o wykreślenie podmiotu z rejestru, wysyłanie drogą elektroniczną podpisanego wniosku elektronicznego, pobieranie zaświadczeń, przechowywanie i późniejszy dostęp do wniosków roboczych oraz wniosków podpisanych i wysłanych drogą elektroniczną.

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 bazowego projektu dla całego Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia (PIOZ). Celem projektu jest stworzenie elektronicznej platformy usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia umożliwiającej organom administracji publicznej i obywatelom gromadzenie, analizę i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych w zakresie zgodnym z *Ustawą o systemie informacji w ochronie 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.

Projekt P1 jest kluczowy dla całego systemu informacji w ochronie zdrowia i stanowi filar dla rozwoju e-zdrowia w Polsce. Z uwagi na ustawy o obowiązkach prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, nałożony na podmioty wykonujące działalność leczniczą, priorytetem jest obecnie zapewnienie interoperacyjności i kompatybilności budowanych systemów teleinformatycznych na poziomie regionalnym z Projektem P1.

Z kontroli i badań przeprowadzonych przez Najwyższą Izbę Kontroli (NIK) „Informatyzacja szpitali” wynika, że „w odniesieniu do specjalistycznego oprogramowania:

- 57,5% szpitali nie posiadało oprogramowania wspierającego proces ordynacji leków;
- 40% nie dysponowało programem do obsługi laboratorium;
- 32,3% nie korzystało z oprogramowania do tworzenia dokumentacji medycznej;
- 30,9% świadczeniodawców nie dysponowało zintegrowanym systemem informatycznym;
- 20,2% nie dysponowało oprogramowaniem do obsługi ruchu chorych<sup>122</sup>.

Ponadto w odniesieniu do komunikacji drogą elektroniczną:

- „91,7% szpitali nie zapewniało możliwości sprawdzenia wyników badań przez Internet poprzez ich umieszczenie na indywidualnym koncie pacjenta;

- 77,7% nie wykorzystywało Internetu w kontaktach z pacjentem, np. przy rejestracji, ustalaniu terminu przyjęcia do szpitala;

- 50,0% nie posiadało symetrycznego łącza internetowego;

- 36,4% nie posiadało możliwości przesyłania danych obrazowych innym świadczeniodawcom w formacie DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine)<sup>123</sup>.

Jednocześnie wyniki przedmiotowych badań NIK wskazują, że 69,1% spośród kontrolowanych i ankietowanych szpitali dysponowało zintegrowanym systemem informatycznym bądź zapewniało przynajmniej fragmentaryczną integrację stosowanego oprogramowania obsługującego określone komórki organizacyjne świadczeniodawcy<sup>124</sup>. Ponadto dowodzą, że „systemami do obsługi ruchu chorych dysponowało 336 szpitali (79,8%), jednak jedynie w przypadku 272 spośród nich (65%) stanowił on element zintegrowanego systemu informatycznego. (...) Ponad 67% szpitali (283) dysponowało specjalistycznym oprogramowaniem do diagnostyki obrazowej<sup>125</sup>. Z badań NIK wynika również, że 81,4% ankietowanych szpitali posiadało system do rejestracji pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych<sup>126</sup>. Wyniki kontroli pokazują również, że ponad 66,7% ankietowanych i kontrolowanych szpitali wykorzystywało specjalistyczne oprogramowanie do tworzenia dokumentacji medycznej, jednakże w tym przypadku największy odsetek dotyczył szpitali akademickich. Automatyczne przesyłanie dokumentacji medycznej umożliwiały programy 28% świadczeniodawców<sup>127</sup>. Analizując kwestie oprogramowań, które umożliwiały komunikację zewnętrzną, mianowicie przekazywania wyników obrazowych badań diagnostycznych w formacie DICOM, stwierdzono, że było to możliwe u 64,4% badanych szpitali<sup>128</sup>.

122 Informacja o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli *Informatyzacja Szpitali*, KZD-4101-05/2012, nr ewid.: 20/2013/P/12125/KZD (według stanu na 30 czerwca 2012r. ), s. 23.

123 *Ibidem*, s. 25.

124 *Ibidem*, s. 26.

125 *Ibidem*, s. 27.

126 *Ibidem*, s.27.

127 *Ibidem*, s.28.

128 *Ibidem*, s.29.



Kolejną istotną luką do wypełnienia jest brak powszechności wykorzystania informatycznych narzędzi wspomagania decyzji medycznych w leczeniu klinicznym i pozaklinicznym zaopatrzeniu medycznym. Systemy wspomagania decyzji medycznych (CDSS – *Clinical Decision Support Systems*) stanowią obecnie jeden z zasadniczych kierunków rozwoju systemów e-zdrowia. Jest to widoczne zarówno w Europie, jak i na świecie. Systemy klasy CDSS oraz systemy składowania i udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej (tzw. systemy eHR) stanowią m.in. podstawę dla rozwoju nowoczesnych systemów telemedycznych, obejmujących w szczególności telemonitoring pacjenta, telekonsultacje medyczne, telerehabilitację oraz telepielęgniarstwo. Obecnie w Polsce mamy do czynienia z wycinkowymi i w zasadzie pilotowymi wdrożeniami rozwiązań telemedycznych. Z dzisiejszych doświadczeń telemedycyny w Polsce wynika, że zastosowanie systemów telemedycznych jako formalnie zaakceptowanych procedur medycznych może w sposób zasadniczy obniżyć koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Jest to również niezwykle ważne dla pacjenta, którego jakość życia w chorobie zasadniczo się podnosi. Systemy telemedyczne są również niezbędne dla realizacji tzw. hubów aktywności życiowej, co jest najczęściej utożsamiane z domami inteligentnymi. W takich „hubach” są uruchamiane odpowiednie zestawy urządzeń, które w sposób zdalny pomagają ludziom w chorobie i w starości żyć na odpowiednim poziomie, z równoczesnym zachowaniem możliwości odpowiedniego telemonitoringu i telerehabilitacji pacjenta pozostającego pod zdalną opieką medyczną.

## **Innowacje w ochronie zdrowia**

**Zdrowie, zarówno w 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 inżynierskich i przyrodniczych.**

Jednocześnie w sektorze zdrowia istnieje duże zainteresowanie podmiotów prywatnych działalnością innowacyjną (np. branża farmaceutyczna, która kon-

trybuuje około 0,8% PKB Polski, w tym innowacyjne firmy farmaceutyczne – około 0,47%).

Jak ważne są innowacje w systemie ochrony zdrowia dla Polski, świadczy m.in. powołanie w Polsce Grupy Roboczej na Rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej, którą tworzą naukowcy, eksperci ds. zdrowia publicznego, przedstawiciele jednostek ochrony zdrowia, reprezentanci pacjentów i producentów nowoczesnych leków oraz aparatury medycznej. Celem nadrzędnym Grupy jest „dążenie do zwiększenia dostępności do nowoczesnych metod terapii w Polsce poprzez zaproponowanie rozwiązań systemowych, które mogą pomóc w zreformowaniu systemu opieki zdrowotnej. Rozwiązania, przynosząc poprawę warunków oraz wzrost efektywności funkcjonowania sektora zdrowotnego, sprzyjałyby racjonalnej absorpcji nowych technologii medycznych”<sup>129</sup>.

Wprowadzenie rozwiązań innowacyjnych, w tym organizacyjnych, pozwoli na wzrost dostępności oraz 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.

Podkreślenia wymaga także fakt, że technologie medyczne są dziedziną charakteryzującą się wyjątkowo szybkim postępem technicznym. W latach 90. XX w. na całym świecie opracowywano rocznie ponad 40 nowych substancji leczniczych. W następnej dekadzie liczba ta wprawdzie się zmniejszyła, lecz wciąż pozostawała wysoka (od 24 do 32 substancji rocznie w latach 2001–2006). Wskaźnikiem postępu technologii medycznych jest również liczba nowych wyrobów medycznych dopuszczanych do obrotu przez amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków. W latach 2001–2007 średnio rejestrowano niemal 45 innowacyjnych wyrobów rocznie.

Ten istotny udział sektora zdrowie w rozwoju innowacyjności zauważony został w dokumentach krajowych, m.in. w dokumencie pn. *Foresight przemysłu 2030*, w którym na 10 pól badawczych ochrona zdrowia występuje w czterech jako konkurencyjny obszar

<sup>129</sup> M. Zalewska, *Efektywność w ochronie zdrowia w krajach OECD i UE z uwzględnieniem czynnika innowacyjności*, [w:] „Problemy Zarządzania”, vol. 9, nr 3.

przemysłowy (m.in. w zakresie biotechnologii, nanobiotechnologii, technologii fotonicznej). Także wśród licznych rekomendacji powstałych w wyniku realizacji *Narodowego Programu Foresight 2020* znajdują się obszary dedykowane dla ochrony zdrowia, co wskazuje na rangę sektora zdrowie w ewolucji Polski.

Ogromna waga sektora zdrowie w działaniach innowacyjnych podkreślana jest w dokumencie pn. **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 naukowych 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). Sektor ten jest postrzegany jako priorytetowy także w ramach wielu inicjatyw i programów UE, takich jak Siódmy program ramowy czy Horyzont 2020. W obecnej perspektywie finansowej funduszy strukturalnych projekty innowacyjne w ochronie zdrowia finansowane są przede wszystkim w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka (PO IG). Zajmują one alokację w wysokości około 2 mld zł.

Przedsięwzięcia badawczo-rozwojowe w obszarze medycyny i farmacji wspierane są również w formule krajowych programów strategicznych oraz sektorowych dedykowanych sektorowi medycznemu realizowanych przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (NCBiR).

Formuła programu strategicznego, jakim jest STRATEGMED, umożliwi skoncentrowanie realizowanych w jego ramach przedsięwzięć na rozwiązaniu konkretnych problemów naukowych lub społecznych, a także przyczynia się do konsolidacji najlepszych zespołów badawczych i integracji środowisk naukowych oraz gospodarczych wokół wybranych strategicznych zagadnień. Program jest odpowiedzią na potrzeby starzejącego się społeczeństwa, wzrost zachorowalności na choroby przewlekłe oraz rosnące koszty opieki medycznej. Jego głównym celem jest uzyskanie zasadniczego postępu w zakresie zwalczania chorób cywilizacyjnych oraz medycyny regeneracyjnej na bazie wyników badań naukowych i prac rozwojowych prowadzonych w czterech obszarach: kardiologii i kardiologii, onkologii, neu-

rologii i zmysłach oraz medycynie regeneracyjnej. Wynikiem realizowanych projektów będzie opracowanie i wdrożenie nowych metod profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych oraz rehabilitacyjnych. Powszechną praktyką, także w przypadku Polski, jest ustanawianie krajowych programów sektorowych, będących odpowiedzią na potrzeby środowisk gospodarczych reprezentujących określony sektor w zakresie przeprowadzenia prac badawczo-rozwojowych. Przykładem takiego przedsięwzięcia jest realizowany przez NCBiR program INNOMED, mający na celu finansowanie badań naukowych oraz prac rozwojowych nad innowacyjnymi rozwiązaniami w zakresie medycyny innowacyjnej. Program jest rezultatem porozumienia zawartego pomiędzy NCBiR, a grupą przedsiębiorstw stowarzyszonych w Polskiej Platformie Technologicznej Innowacyjnej Medycyny. Program INNOMED jest skierowany do podmiotów podejmujących działania badawcze i prace przygotowawcze do wdrożenia wyników badań, ukierunkowane na opracowanie i wdrożenie innowacyjnych technologii w zakresie: poszukiwania nowych leków innowacyjnych, rozwoju innowacyjnych leków i terapii, personalizacji terapii i prewencji, innowacyjnych technologii produkcji leków generycznych.

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

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

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 51.** Analiza SWOT dla ochrony zdrowia w Polsce

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Mocne strony	Słabe strony
Uwarunkowania demograficzne	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż ludność większości krajów Unii Europejskiej</li> <li>■ liczba ludności Polski jest ustabilizowana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ starzenie się społeczeństwa i wzrost współczynnika obciążenia demograficznego (malejąca liczba osób w wieku przedprodukcyjnym oraz produkcyjnym, rosnąca liczba osób w wieku poprodukcyjnym)</li> <li>■ niekorzystne zmiany wzorca płodności kobiet (m.in. podwyższenie mediany wieku kobiet rodzących dziecko)</li> </ul>
Uwarunkowania epidemiologiczne	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ obniżająca się umieralność niemowląt</li> <li>■ spadek umieralności ogółem osób w wieku 0–17 lat</li> <li>■ spadek współczynnika umieralności z powodu nowotworów złośliwych ogółem</li> <li>■ nieznaczny trend spadkowy chorobowości hospitalizowanej osób w wieku 18–64 lata z powodu chorób układu krążenia</li> <li>■ utrzymujący się wzrost przeciętnej długości trwania życia</li> <li>■ wyższa od średniej dla UE długość życia w zdrowiu kobiet</li> <li>■ spadek śmiertelności spowodowanej stanami nagłego zagrożenia zdrowotnego</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ wyższy od średniej UE współczynnik umieralności niemowląt</li> <li>■ wyższa umieralność mężczyzn i kobiet ogółem niż przeciętna w krajach UE we wszystkich grupach wieku</li> <li>■ wyższa od średniej UE umieralność osób w wieku 25–66 lat i 65 lat i więcej spowodowana chorobami układu krążenia</li> <li>■ wyższa od przeciętnej dla krajów UE umieralność mężczyzn ogółem oraz w wieku 25–64 lata z przyczyn zewnętrznych, chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych</li> <li>■ wyższa od przeciętnej UE umieralność kobiet w wieku 25–64 lata z powodu chorób układu krążenia oraz nowotworów</li> <li>■ wysoki udział chorób i zaburzeń psychicznych oraz chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego w przyczynach orzekania o niezdolności do pracy</li> <li>■ duże zróżnicowanie międzywojewódzkie długości trwania życia</li> <li>■ niższa niż średnia w UE średnia długość trwania życia mężczyzn i kobiet</li> <li>■ większy niż przeciętny dla krajów UE odsetek osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły</li> </ul>

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Mocne strony	Słabe strony
Profilaktyka i promocja zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ realizacja ogólnokrajowych i regionalnych programów zdrowia publicznego</li> <li>■ systematyczny (choć niewystarczający) wzrost zgłaszalności na badania populacyjne w kierunku wykrywania nowotworów złośliwych</li> <li>■ wysoki poziom wyszczepialności w stosunku do średniej UE</li> <li>■ zdrowie uznawane jest jako jedna z najistotniejszych wartości cenionych przez polskie społeczeństwo (74% wskazań w badaniach CBOS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ niska świadomość zdrowotna społeczeństwa</li> <li>■ ograniczony zakres szczepień obowiązkowych finansowanych ze środków publicznych</li> <li>■ niższa niż w innych krajach UE zgłaszalność do udziału w programach profilaktycznych</li> <li>■ niska wykrywalność chorób we wczesnych stadiach rozwojowych</li> <li>■ rozdrobnienie, ograniczona koordynacja oraz integracja profilaktycznych i zdrowotnych programów zdrowia publicznego</li> <li>■ brak odpowiedniego systemu długookresowego monitoringu efektów programów zdrowia publicznego</li> </ul>

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Mocne strony	Słabe strony
Organizacja i finansowanie świadczeń zdrowotnych	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ istnienie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego</li> <li>■ bezpłatny dostęp do świadczeń gwarantowanych</li> <li>■ wysokie zadowolenie społeczeństwa z dostępu do POZ i uzyskania jej świadczeń</li> <li>■ relatywnie krótki średni czas pobytu na oddziałach szpitalnych w porównaniu do innych krajów UE</li> <li>■ rozległa sieć aptek i punktów aptecznych</li> <li>■ całodobowy dostęp do świadczeń zdrowotnych w przypadkach nagłych</li> <li>■ finansowanie usług szpitalnych i ambulatoryjnych w oparciu o system JGP</li> <li>■ zintegrowany system ratownictwa medycznego</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ fragmentacja systemu ochrony zdrowia (rozdrobienie podmiotów leczniczych, brak integracji lecznictwa szpitalnego z AOS i POZ)</li> <li>■ długi okres oczekiwania na uzyskanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych</li> <li>■ niedostateczny związek liczby i struktury kontraktowanych świadczeń z potrzebami zdrowotnymi populacji, a także potrzebami infrastrukturalnymi</li> <li>■ 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)</li> <li>■ niski udział leków innowacyjnych w ogólnej liczbie leków refundowanych</li> <li>■ nadmierne korzystanie z leków bez recepty w porównaniu z innymi krajami UE</li> <li>■ ograniczona podaż usług w zakresie opieki długoterminowej oraz zróżnicowana odpowiedzialność organów publicznych za zaspokajanie potrzeb w tym zakresie</li> <li>■ finansowanie POZ głównie w oparciu o stawkę kapitacyjną</li> <li>■ niedostosowanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego do wymagań, jakim powinny odpowiadać według przepisów prawa</li> <li>■ niezależność operacyjna SPZOZ w niewystarczającym stopniu powiązana z odpowiedzialnością finansową</li> </ul>

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Mocne strony	Słabe strony
Zasoby kadrowe i infrastrukturalne	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ duży poziom zaufania społecznego do lekarzy i podejmowanych przez nich działań</li> <li>■ wysoka mobilność zawodowa pracowników ochrony zdrowia</li> <li>■ system akredytacji placówek uczestniczących w kształceniu podyplomowym kadr medycznych gwarantujący zachowanie wysokiej jakości kształcenia</li> <li>■ duże zainteresowanie kadr medycznych udziałem w programach szkoleniowych</li> <li>■ poprawiający się stan infrastruktury ochrony zdrowia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ niższy niż średnia UE wskaźnik liczby lekarzy i pielęgniarek/1000 mieszkańców</li> <li>■ niedobory kadrowe wielu specjalizacji lekarskich (np. geriatria, pediatria, onkologia, medycyna ratunkowa)</li> <li>■ nierównomierne rozmieszczenie przestrzenne kadry medycznej (koncentracja w regionach, w których znajdują się uczelnie i wysokospecjalistyczne ośrodki medyczne),</li> <li>■ podnoszenie się średniej wieku kadry medycznej (szybki proces starzenia się kadr medycznych)</li> <li>■ trudności z uzyskaniem miejsc specjalizacji medycznych</li> <li>■ niedostosowany do oceny trendów demograficznych i epidemiologicznych system szacowania potrzeb kadrowych w ochronie zdrowia</li> <li>■ ograniczenia w zakresie możliwości praktycznej nauki zwodu kadr medycznych (brak nowoczesnych centrów symulacji medycznej).</li> <li>■ niedostosowana do potrzeb zdrowotnych struktura łóżek szpitalnych (niska liczba łóżek leczenia długoterminowego i hospicyjnego, niedobór łóżek geriatrycznych)</li> <li>■ niewystarczająca podaż oraz nierównomierne rozmieszczenie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej</li> <li>■ brak map potrzeb zdrowotnych oraz systemu koordynacji procesów inwestycyjnych w podmiotach leczniczych</li> </ul>



Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Mocne strony	Słabe strony
Jakość w systemie, B+R+I, e-zdrowie	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ system akredytacji podmiotów leczniczych</li> <li>■ istotny wzrost liczby szpitali w Polsce posiadających certyfikat akredytacyjny (poświadczający wysoką jakość świadczonych usług)</li> <li>■ system oceny jakości wysokospecjalistycznych zabiegów medycznych</li> <li>■ możliwość elektronicznego sprawdzenia uprawnień pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej</li> <li>■ dynamicznie rozwijający się rynek farmaceutyczny</li> <li>■ wysoki poziom szkolenictwa medycznego, nauk medycznych</li> <li>■ wysokie kwalifikacje i bogate doświadczenie personelu naukowo-technicznego</li> <li>■ rozwinięta baza techniczna dla badań na etapie B+R</li> <li>■ wysoka jakość osiągniętych wyników badań naukowych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ niedostateczny związek między akredytacją w ochronie zdrowia i kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych</li> <li>■ niespójne standardy gromadzenia i udostępniania informacji zdrowotnej <ul style="list-style-type: none"> <li>– trudności z wykorzystaniem informacji pochodzącej od różnych podmiotów (np. w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej)</li> </ul> </li> <li>■ brak spójnego systemu informacyjnego (informatycznego) umożliwiającego działania analityczne i strategiczne</li> <li>■ ograniczony zakres danych gromadzonych w rejestrach ochrony zdrowia, część rejestrów w postaci papierowej</li> <li>■ rozdrobnienie systemów i brak współpracy (interoperacyjności) systemów informatycznych stosowanych przez podmioty lecznicze</li> <li>■ niskie kompetencje informatyczne personelu medycznego, brak kadr e-administracji oraz zarządzania środowiskiem elektronicznej wymiany danych w jednostkach, szczególnie w szpitalach</li> <li>■ niskie nakłady na B+R+I</li> <li>■ krajowa produkcja leków oparta głównie na produkcji leków generycznych</li> <li>■ niski stopień komercjalizacji badań naukowych w medycynie i farmacji</li> </ul>

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Szanse	Zagrożenia
Uwarunkowania demograficzne	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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)</li> <li>■ 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)</li> <li>■ wprowadzenie finansowania ze środków publicznych programów zdrowotnych mających na celu poprawę wskaźnika dzietności</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ zmiany demograficzne (zwiększenie się średniej długości życia oraz spadek dzietności skutkujące zmianą w proporcjach pomiędzy populacją produkcyjną i poprodukcyjną)</li> <li>■ zwiększony popyt na usługi podmiotów leczniczych w związku z narastającą wraz z wiekiem pacjentów wielochorobowością</li> <li>■ prognozowany na 2035 r. wyższy od średniej UE odsetek osób starszych (w dekadzie 2010–2020 średniorocznie będzie przybywało 200 tys. osób w wieku 65+)</li> </ul>

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Szanse	Zagrożenia
Uwarunkowania epidemiologiczne	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ rozwój nowych lub skuteczniejszych metod diagnozy, wykrywania i profilaktyki chorób</li> <li>■ rozwój nowych lub skuteczniejszych metod leczenia chorób</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ wzrost zapadalności na choroby cywilizacyjne oraz choroby związane z wiekiem senioralnym</li> <li>■ nowe zagrożenia zdrowotne związane z mutacjami wirusów i bakterii (narastająca lekooporność wirusów i bakterii)</li> <li>■ brak skutecznych metod diagnostyki i terapii nowych chorób</li> <li>■ wzrastająca zachorowalność na choroby nowotworowe</li> <li>■ rozwijające się ruchy antyszczepionkowe w Polsce i w Europie</li> </ul>

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Szanse	Zagrożenia
<p><b>Profilaktyka i promocja zdrowia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ opracowywanie i wdrożenie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych umożliwiającego identyfikację grup ryzyka i określenie optymalnej struktury działań profilaktycznych</li> <li>■ prace nad ustawą o zdrowiu publicznym</li> <li>■ rosnąca świadomość zdrowotna społeczeństwa</li> <li>■ udział w badaniach profilaktycznych całej populacji objętej skriningiem</li> <li>■ wzrastający udział kobiet wykonujących badania profilaktyczne</li> <li>■ zmniejszający się odsetek osób palących tytoń, zmiany w sposobie odżywiania</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ wzrost odsetka osób dotkniętych nadwagą i otyłością</li> <li>■ nie dość szybka dynamika spadku zagrożenia najistotniejszymi czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych</li> <li>■ niska zgłaszalność na badania profilaktyczne</li> </ul>

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Szanse	Zagrożenia
Organizacja i finansowanie świadczeń zdrowotnych	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ spadek zadłużenia podmiotów leczniczych</li> <li>■ prowadzone prace nad zmianą modelu finansowania oraz organizacji POZ</li> <li>■ prowadzone prace nad dostosowaniem zakresu i sposobu finansowania świadczeń medycznych do potrzeb zdrowotnych</li> <li>■ prowadzone prace nad dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi</li> <li>■ prorozwojowa alokacja wydatków publicznych uwzględniona w dokumentach strategicznych</li> <li>■ upowszechnienie koordynowanej opieki zdrowotnej</li> <li>■ poprawienie jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego</li> <li>■ 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ utrzymujące się wysokie zadłużenie podmiotów leczniczych</li> <li>■ relatywnie niskie wydatki całkowite na ochronę zdrowia (per capita)</li> <li>■ zmniejszanie się zasobów finansowych płatnika w związku z sytuacją gospodarczą (niskie wpływy ze składek) przy wzrastającym popycie na świadczenia zdrowotne</li> <li>■ destabilizacja systemu ratownictwa medycznego w razie rozdrobnienia i zmienności świadczeniodawców</li> </ul>

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Szanse	Zagrożenia
Zasoby kadrowe i infrastrukturalne	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ postępujący proces komercjalizacji podmiotów leczniczych oraz prowadzone przez podmioty lecznicze działania restrukturyzacyjne</li> <li>■ zwiększenie dostępności do diagnostyki i leczenia chorób</li> <li>■ poprawa infrastruktury i unowocześnienie podmiotów leczniczych</li> <li>■ zmiana systemu kształcenia lekarzy</li> <li>■ stała poprawa jakości kształcenia kadr medycznych</li> <li>■ ustabilizowanie trendów migracyjnych wśród kadr lekarzy i pielęgniarek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ brak następstwa pokoleń kadry medycznej</li> <li>■ niewystarczający poziom zainteresowania deficytowymi specjalizacjami medycznymi, np. geriatrią</li> <li>■ niewystarczająca baza dydaktyczna do prowadzenia zajęć praktycznych (brak wystarczającej liczby symulatorów)</li> <li>■ inwestycje medyczne niedostosowane do potrzeb zdrowotnych</li> <li>■ niepełne wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej z powodu ograniczeń w kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych</li> <li>■ postęp technologiczny implikujący potrzebę wymiany sprzętu i aparatury medycznej</li> </ul>



Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Szanse	Zagrożenia
Jakość w systemie, B+R+I, e-zdrowie	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ rozwój nowych koncepcji zarządzania usługami zdrowotnymi</li> <li>■ rozwój benchmarkingu podmiotów leczniczych</li> <li>■ rozwój rozwiązań informacyjnych w ochronie zdrowia (platformy informacyjno-edukacyjne, telemedycyny, platformy wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej)</li> <li>■ wprowadzenie rejestrów najważniejszych danych medycznych i personelu medycznego</li> <li>■ postępująca informatyzacja systemu ratownictwa medycznego (rozwiązania telemedyczne w świadczeniach pozaszpitalnych)</li> <li>■ rosnące nakłady firm informatycznych w rozwój projektów e-zdrowia.</li> <li>■ postęp naukowy i technologiczny w obszarze medycyny i farmacji</li> <li>■ rozwój nowoczesnych technologii medycznych (np. wdrożenie nowych metod przeszczepiania komórek, tkanek i narządów)</li> <li>■ polityka UE sprzyjająca wpiętraniu B+R w medycynie i farmacji oraz rozwojowi e-zdrowia (liczne programy UE oraz instrumenty wsparcia sektora)</li> <li>■ rozwój krajowych programów wspierających innowacje w ochronie zdrowia</li> <li>■ zwiększenie świadomości znaczenia sektora ochrona zdrowia dla budowy innowacyjnych produktów i usług</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ niewystarczający poziom finansowania ICT w ochronie zdrowia</li> <li>■ długotrwałość procesu wdrażania projektów ICT</li> <li>■ brak powszechności certyfikacji usług medycznych na wszystkich poziomach świadczeń usług medycznych</li> </ul>

## 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, 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**<sup>130</sup>;

■ **Zdrowie 2020. Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek.**

Ponadto pod uwagę wzięto cele długookresowej strategii Unii Europejskiej „Europa 2020”, oparto się również na wynikach analizy SWOT (analiza mocnych i słabych stron, a także szans i zagrożeń) systemu ochrony zdrowia w Polsce, zamieszczonej w „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020”.

Spośród pięciu głównych celów strategii Unii Europejskiej „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)**<sup>131</sup>.

Zagrożenie ubóstwem jest jednym z istotniejszych makrospołecznych uwarunkowań polityki zdrowotnej państwa. Ryzyko ubóstwa powszechnie uznaje się za wskaźnik obrazujący nie tylko ubóstwo materialne, ale również istotny czynnik wykluczenia społecznego, rozumianego także jako ograniczony dostęp do

różnego rodzaju usług, w tym także do świadczeń zdrowotnych. Ubóstwo i wykluczenie społeczne pozostają w ścisłej korelacji ze stanem zdrowia. Z jednej strony status społeczny i ekonomiczny jednostki ma ogromny wpływ na jej stan zdrowia i długość życia, drugiej zła kondycja zdrowotna wpływa na zmniejszenie zdolności do pracy, a tym samym na zwiększenie ryzyka ubóstwa i wykluczenia społecznego.

#### 5.1. System zarządzania strategicznego w Polsce

Zgodnie z rozwiązaniami przyjętymi w *Ustawie z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju*<sup>132</sup> 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.**

Rysunek 4 przedstawia schemat komplementarnych dokumentów zawierających spójne strategiczne ramy polityki w obszarze systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Do głównych strategii zintegrowanych wytyczających priorytety w obszarze zdrowia należą przyjęta 12 lutego 2013 r. SSP<sup>133</sup> 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 po-

<sup>130</sup> KOM(2011) 709 Bruksela, 9.11.2011. Uchwalenie rozporządzenia jest planowane na wiosnę 2014 r.

<sup>131</sup> Wszystkie wskaźniki w kształcie zaakceptowanym przez Radę Europejską w czerwcu 2010 r., konkluzje z posiedzenia Rady Europejskiej z 17 czerwca 2010, EUCO 13/10.

<sup>132</sup> Dz.U. z 2009 r., nr 84, poz. 712 z późn. zm.

<sup>133</sup> Uchwała nr 17 Rady Ministrów z dnia 12 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia strategii „Sprawne Państwo 2020”. M.P. 2013, poz. 136.

**Rysunek 4.** Schemat dokumentów zawierających krajowe strategiczne ramy polityki w obszarze ochrony zdrowia do 2030 r.



tencjałów rozwojowych dla osiągnięcia 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<sup>134</sup>.

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.

Dokumentami implementującymi cele i kierunki interwencji dotyczące ochrony zdrowia są dokumenty o których mowa w powyższych strategiach, takie jak np. Plan działań do Strategii Sprawne Państwo oraz Dokument Implementacyjny Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego, opisujący narzędzia realizacji SRKL. Istotnym dla obszaru zdrowie dokumentem wdrożeniowym jest, przygotowywany obecnie przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (MPIPS), Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020 „Nowy wymiar aktywnej integracji”. Dokument ten stanowi uszczegółowienie i uzupełnienie dokumentów strategicznych, m.in. w odniesieniu do **celu tematycznego nr 9** Umowy partnerstwa<sup>135</sup> (UP) *Promowanie włączenia społecznego, walka z ubóstwem i wszelką dyskryminacją* w zakresie objętym warunkiem 9.3. warunkowości *ex ante* dla EFS oraz EFRR, dotyczącym „Istnienia krajowych lub regionalnych strategicznych ram polityki zdrowotnej w zakresie określonym art. 168 TFUE, zapewniających stabilność gospodarczą”. Ponadto, w odniesieniu do realizacji celów strategicznych doty-

czących aktywnego i zdrowego starzenia się, istotnym dokumentem wdrożeniowym są *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*<sup>136</sup>. Zgodnie z Umową partnerstwa zagadnienia dotyczące ochrony zdrowia zostały uwzględnione nie tylko we wspomnianym celu tematycznym nr 9, ale 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<sup>137</sup>. 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+<sup>138</sup> oraz Perspektywa uczenia się przez całe życie<sup>139</sup>.

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 pro-

<sup>134</sup> Wyciąg z krajowych i wojewódzkich dokumentów strategicznych zawarty jest w załączniku nr 5.

<sup>135</sup> 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](http://www.mir.gov.pl/fundusze/Fundusze_Europejskie_2014_2020/Documents/UMOWA_PARTNERSTWA_2013_1_8_ostateczna.pdf).

<sup>136</sup> Uchwała Rady Ministrów nr 238 z 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*, M.P. 2014, poz.118.

<sup>137</sup> Program Zintegrowanej Informatyzacji Państwa został przyjęty uchwałą Rady Ministrów 8 stycznia 2014 r.

<sup>138</sup> 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.

<sup>139</sup> Dokument *Perspektywa uczenia się przez całe życie* został przyjęty uchwałą Rady Ministrów z 10 września 2013 r.

gramy 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<sup>140</sup>.

## 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 najważniejsze dla 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*

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

**Powyższe, bardziej ogólne, sformułowanie wizji systemu należy uzupełnić o bardziej 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.

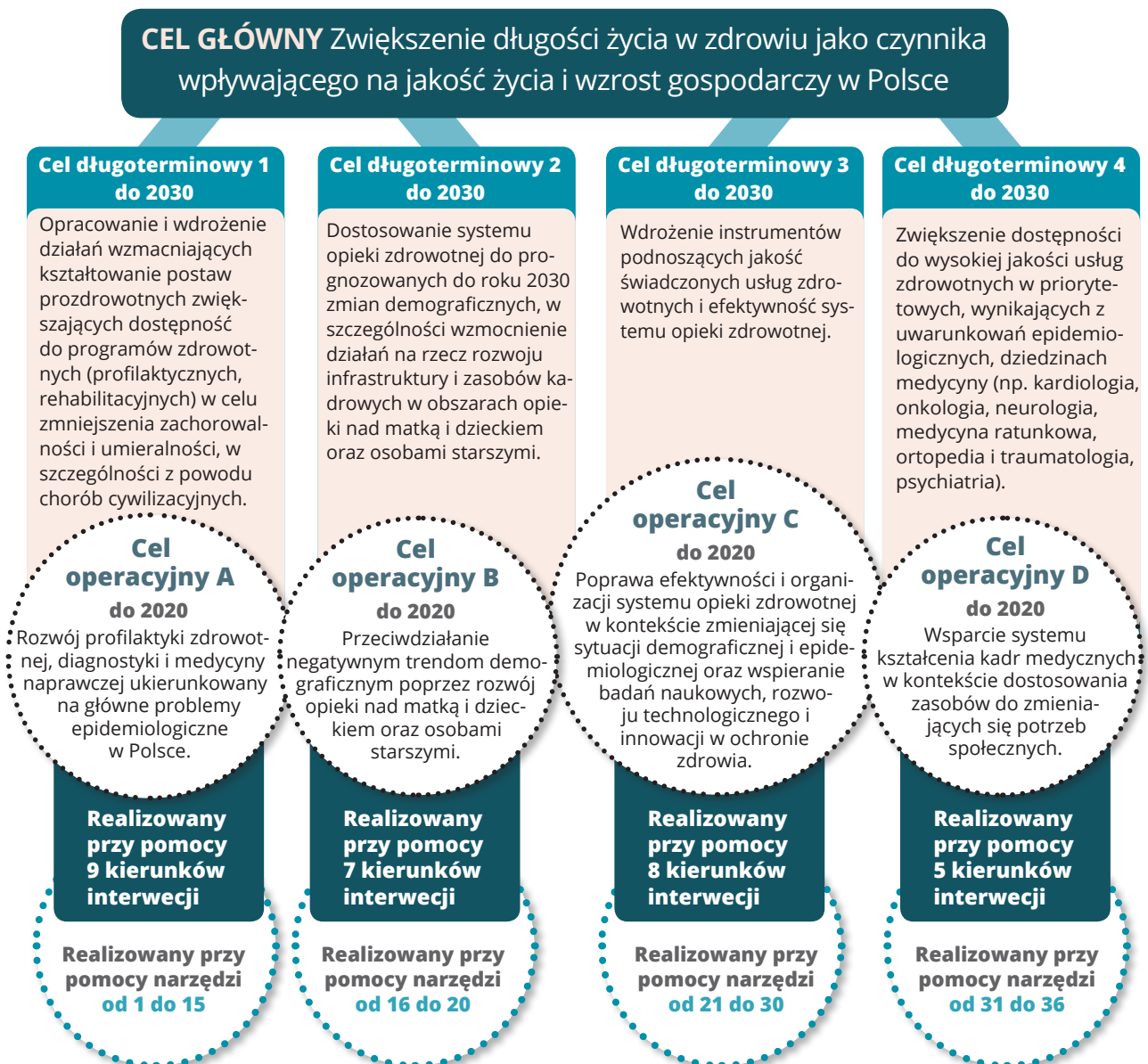
### 5.3. Struktura celów strategicznych

Dla urzeczywistnienia opisanej powyżej wizji 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, a także 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 dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020”.

Natomiast w rozdziale 6, przedstawiającym logikę interwencji polityki spójności na rzecz ochrony zdrowia w Polsce w latach 2014–2020, opisane zostały narzędzia realizacji dla poszczególnych celów operacyjnych, które wskazują sposób wdrażania wyodrębnionych dla każdego celu operacyjnego kierunków interwencji.

#### ■ Rysunek 5. Schemat struktury celów i kierunków interwencji



Źródło: Opracowanie własne



### 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 nierozzerwalnie łączy się z zasadą „zdrowie we wszystkich politykach”<sup>141</sup>. 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 poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. Osiągnięcie tego celu powinno być mierzone, z jednej strony, wzrostem wartości wskaźnika rozwoju społecznego (*Human Development Index – HDI*)<sup>142</sup>, a z drugiej wzrostem warto-

141 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.

142 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.

ści wskaźnika długości życia w zdrowiu (*Healthy Life Years – 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 m.in. 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

W perspektywie długoterminowej w DSRK dobry stan zdrowia populacji został uznany za istotną przesłankę poprawy jakości życia. 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 (chorób układu krążenia, nowotworów, chorób układu oddechowego, chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego, chorób i zaburzeń psychicznych, urazów, zatruc i innych zewnętrznych przyczyn zgonów). Wydatki na zdrowie, to bardzo opłacalna w długookresowej perspektywie inwestycja, mająca udowodnione już dziś przełożenie na wzrost gospodarczy. 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 poniższych celów:

#### **Cele długoterminowe do 2030 r.**

**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.**

**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.**

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

**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).**

**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. Jeśli przeanalizować programy profilaktyczne realizowane przez JST, to często przy ich przyjmowaniu brakuje analizy rzeczywistych potrzeb zdrowotnych. Często są to krótkotrwałe, kilkumiesięczne akcje, które nie kończą się ewaluacją ani podjęciem kolejnych działań. Niewystarczająco w tym zakresie wykorzystywana jest POZ.

W związku z tym zakłada się, że efektem realizacji powyższego celu będzie:

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

**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. Warunkiem 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 (np. położnictwo i ginekologia, neonatologia, pediatria, kardiologia i kardiologia dziecięca, chirurgia dziecięca, neurologia dziecięca, psychiatria dziecięca, hematologia i onkologia dziecięca itd.) Kluczowe w ramach tego kierunku jest z jednej strony zwiększenie zakresu programów zdrowotnych skierowanych do kobiet w okresie ciąży i porodu oraz dostosowanie opieki prenatalnej do modelu późnego macierzyństwa.

Zakłada się, że efektem realizacji powyższego celu będzie:

■ **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 geriatry, 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 porodu, 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 m.in.: 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<sup>143</sup>.

Rosnące koszty systemu opieki zdrowotnej powodują, że uzasadnione staje się dążenie do podnoszenia jego efektywności przy jednoczesnym zapewnieniu wysokiej jakości udzielanych świadczeń.

Zakłada się, że efektem realizacji powyższego celu będzie:

■ **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 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;**

<sup>143</sup> K. Kowalska, W.P. Kalbarczyk, *Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia międzynarodowe. Propozycja dla Polski*, Raport Ernst & Young, Warszawa 2013.

- 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, m.in. ograniczeniami finansowymi wynikającymi z wartości kontraktów zawartych przez NFZ z podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą, przy ograniczonych możliwościach pozyskiwania innych płatników, a także niedostatkami personelu medycznego, w szczególności lekarzy specjalistów i pielęgniarek oraz niedostosowaną do potrzeb zdrowotnych infrastrukturą, wreszcie brakiem sprzętu i aparatury medycznej.

Skutkiem nierównowagi 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 efektem realizacji powyższego celu będzie:

- 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 r. w oparciu o cztery cele operacyjne i odpowiadające im kierunki interwencji zapisane w dokumentach strategicznych, wpisujące się m.in. w **priorytety zdrowotne**<sup>144</sup>.

#### 1) zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu:

- a) chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu;
- b) nowotworów złośliwych;
- c) przewlekłych chorób układu oddechowego;

#### 2) ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych;

#### 3) zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;

#### 4) zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;

#### 5) zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom;

#### 6) ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych:

- a) spożywaniem alkoholu;
- b) używaniem substancji psychoaktywnych;
- c) paleniem tytoniu;

<sup>144</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. nr 137, poz.1126).

#### 7) przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy;

#### 8) ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania;

#### 9) poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3;

#### 10) zapobieganie najczęstszemu problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia;

#### 11) rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności;

#### 12) poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej.

W perspektywie średniookresowej działania na rzecz poprawy systemu opieki zdrowotnej w Polsce koncentrować się będą na realizacji czterech celów operacyjnych, oraz 29 kierunkach interwencji<sup>145</sup> (tabela 52). Wsparcie tych działań będzie realizowane m.in. ze środków funduszy strukturalnych w latach 2014–2020.

<sup>145</sup> Kierunki interwencji wynikające z dokumentów strategicznych, o których mowa w rozdziale 5.1



## 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.**

## 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 wskazanych 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.

Tabela 52 opisuje matrycę logiczną celów (cel główny, cele długoterminowe, cele operacyjne i przypisane im kierunki interwencji zawarte w dokumentach strategicznych oraz narzędzia realizacji).



**Tabela 52.** Matryca logiczna celów strategicznych, kierunków interwencji i narzędzi opisujących planowane na lata 2014–2020 działania

CEL GŁÓWNY				
Zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce				
CELE DŁUGOTERMINOWE DO 2030 r.				
DSRK	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	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	3. Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej	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)
CELE OPERACYJNE do 2020 r.				
Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020	Cel operacyjny A	Cel operacyjny B	Cel operacyjny C	Cel operacyjny D
	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

<b>KIERUNKI INTERWENCJI do 2020 r.</b>				
Lp.	Dla celu operacyjnego A	Dla celu operacyjnego B	Dla celu operacyjnego C	Dla celu operacyjnego D
1	Zmniejszenie zachowalności 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 zachowalności 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

<b>KIERUNKI INTERWENCJI do 2020 r.</b>				
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, wyposażenie)	Działania pro jakościowe 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, wyposażenie)	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, wyposażenie)	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	Bezwrotna 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 pogłębio-nej 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 taryfikację świadczeń zdrowotnych zgodnie z nową metodologią	Rozwój specjalizacji lekarskich – finansowanie etatów rezydentów, 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
<b>Działania finansowane ze środków krajowych</b>	<p>Profilaktyka i promocja zdrowia w ramach Narodowego Programu Zapobiegania Chorobom Cywilizacyjnym Moduł I – Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	
	<p>Profilaktyka i promocja zdrowia w ramach Narodowego Programu Zapobiegania Chorobom Cywilizacyjnym Moduł II – Narodowy Program Profilaktyki i Edukacji Diabetologicznej</p>			
	<p>Badania diagnostyczne w ramach Ogólnopolskiego programu wczesnej diagnostyki obrazowej nowotworów u dzieci</p>			
	<p>Profilaktyka i promocja zdrowia w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS na lata 2012–2016</p>			
	<p>Profilaktyka i promocja zdrowia w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii</p>			

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 programu 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 EFRR, jak i EFS. Doświadczenia, zarówno negatywne, jak i pozytywne, stanowią istotne źródło planowania kierunków przyszłej perspektywy finansowej w ramach nowego budżetu UE. Podstawowym narzędziem 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 liczbę 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. W latach 2007–2013 w ramach Poddziałania 2.3.1 uwaga skupiona była wyłącznie na opracowaniu programów profilaktycznych dla chorób zawodowych, które stanowią tylko 1,6 % wszystkich pierwszorazowych orzeczeń o niezdolności do pracy.

Ponadto istotnym ograniczeniem dotychczasowych działań profilaktycznych współfinansowanych ze środków EFS był brak możliwości finansowania badań diagnostycznych. Doświadczenia z realizacji projektów wskazują na potrzebę koncentracji interwencji na przedsięwzięciach wpływających w największym stopniu na rozwiązywanie kluczowych 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<sup>146</sup> 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 r. były choroby **układu krążenia** – 22,3% ogółu orzeczeń, **nowotwory** – 21,7%, **zaburzenia psychiczne** – 10,8%, **choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego** – 12,2%, **urazy 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<sup>147</sup>.

#### 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, nie zorientowane jednakże na niwelowanie konkretnych obszarów deficytowych w danej dziedzinie lub w danym obszarze. Doświadczenia wskazują na konieczność

<sup>146</sup> A. Kania, M. Łabęcka, *Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy*, ZUS, Warszawa 2009, s. 15.

<sup>147</sup> *Ibidem*, s. 24.



wzmocnienia koordynacji poziomu regionalnego i centralnego oraz wprowadzenia mechanizmu racjonalizacji przedsięwzięć inwestycyjnych, tj. oceny celowości podejmowania nowych inwestycji w infrastrukturę medyczną<sup>148</sup>. 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 przykłądów nieefektywnego *wykorzystania środków*<sup>149</sup>. Niewystarczająco efektywne, z punktu widzenia zasady trwałości, okazały się np. inwestycje polegające na zakupie ambulansów ratunkowych.

Ze środków funduszy unijnych w perspektywie finansowej 2007–2013 zakupiono 322 ambulanse ratownicze na potrzeby podstawowych i specjalistycznych ZRM, co pozwoliło na wyposażenie 22% ogółu zespołów. Dzięki realizacji tego zadania mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, od chwili wezwania zespołu, jest na bardzo wysokim poziomie i w 2012 r. wynosiła 5,9 minuty w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i 13 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, przy zakładanych docelowych wartościach odpowiednio 10 i 15 minut. Zrealizowane projekty pozwoliły na wypełnienie luki na mapie dostępności do świadczeń w ramach ratownictwa medycznego, poprawiając jakość i pozwa-

lając wyrównać szanse w dostępie do jak najszybciej udzielonej pomocy medycznej dla wszystkich obywateli<sup>150</sup>. Jednakże w przypadku beneficjentów projektów dotyczących zakupu ambulansów, istnieje znacznie większe ryzyko niezachowania trwałości projektu z powodu braku ciągłości w kontraktowaniu świadczeń z odpowiednim wojewódzkim oddziałem NFZ<sup>151</sup>. Bardziej efektywne są zatem inwestycje polegające na modernizacji budynków, budowie lądowisk czy zakupie specjalistycznej aparatury medycznej.

### **Poprawa zarządzania i jakości**

W perspektywie finansowej 2007–2013 jakość zarządzania w sektorze ochrony zdrowia wspierana była poprzez realizację projektów, które związane były 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. System ten opiera się na przypisaniu danego świadczenia do określonej grupy schorzeń ze ściśle zdefiniowanej listy, będącej podstawą rozliczenia usługi zdrowotnej pomiędzy świadczeniodawcą (szpitalem, ambulatorium), a płatnikiem (NFZ).

Głównym celem projektów wspierających zmiany w systemie rozliczania świadczeń było przygotowanie kadry stosującej system JGP do wykorzystania go do poprawy efektywności zarządzania w ochronie zdrowia. Realizacji celu głównego służyło przeszkolenie przedstawicieli kadry zarządzającej oraz dysponentów środków publicznych w sektorze zdrowia w zakresie zasad funkcjonowania, obsługi oraz stosowania systemu JGP, przygotowanie narzędzi informatycznych wspierających edukowanie kadr w dziedzinie stosowania tego systemu, upowszechnienie zagadnień go dotyczących, jako narzędzia służącego do oceny produktywności szpitali, rozliczania i oceny jakości opieki szpitalnej w środowisku związanym z ochroną zdrowia.

148 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.

149 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.

150 Raport końcowy badania ewaluacyjnego *Wpływ interwencji finansowanych w ramach Priorytetu XII PO IIŚ na osiągnięcie celów szczegółowych ww. Priorytetu*, s. 111–112, 120.

151 Raport końcowy badania ewaluacyjnego *Wpływ interwencji finansowanych w ramach Priorytetu XII PO IIŚ na osiągnięcie celów szczegółowych ww. Priorytetu*, s. 44.

Ważnym obszarem wsparcia dotyczącego jakości w ochronie zdrowia była konieczność rozwiązania problemu niskiej jakości obowiązującego rachunku kosztów, sprowadzającego się do kalkulacji jednostkowego kosztu średniego, zawierającego narzut kosztów zarządu. Dzięki realizacji projektów EFS w zakresie poprawy jakości zarządzania w ochronie zdrowia możliwe było wypracowanie i wdrożenie rozwiązań przyczyniających się do kalkulacji kosztów usług medycznych dających możliwość: **a)** świadomego ustalania cen lub prowadzenia negocjacji z płatnikami w krótkim okresie (np. ubezpieczyciele prywatni, usługi komercyjne) oraz długim okresie (NFZ); **b)** analizowania obiektów kosztów wchodzących w skład leczenia pacjentów w celu najefektywniejszego ograniczenia strat w przyszłości przy leczeniu podobnych schorzeń; **c)** zmiany podejścia w zarządzaniu kosztami, tzn. odejścia od typowych prób ograniczania kosztów na poziomie pozycji rodzajowych, np. redukcja wynagrodzeń, na rzecz świadomego zarządzania ilością i efektywnością posiadanych zasobów (np. poprzez lepsze wykorzystanie lub redukcję niewykorzystanego potencjału); **d)** przeprowadzenia rzetelnej ekonomicznej oceny inwestycji proponowanych przez organ założycielski lub właścicielski (przedstawienie rentowności usług, których wykonywanie stanie się możliwe dzięki zakupom sfinansowanym ze źródeł zewnętrznych).

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.

Kluczowym elementem wsparcia jakości zarządzania w ochronie zdrowia w perspektywie finansowej 2007–2013 było wzmocnienie procesu akredytacji jakości. Współczesne oczekiwania społeczne wobec jakości ochrony zdrowia dotyczą w znacznej mierze odpowiedzialności za opiekę szpitalną i jej skutki. Akredytacja szpitali polega na ocenie funkcjonowania jednostek w oparciu o określony zestaw wymogów (standardów). System ten przejęły liczne kraje,

tworząc narodowe programy akredytacji. Powstała też Wspólna Komisja Międzynarodowa (Joint Commission International – JCI), która stworzyła możliwość oceny opieki szpitalnej z perspektywy międzynarodowej. Akredytacja jest sprawdzoną i użyteczną metodą, sugestywnie oddziałująca 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 to, 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. Realizacja Projektu P1 rozpoczęła się w 2009 r., w tym czasie wdrażane były już programy regionalne, zaplanowane do realizacji w perspektywie finansowej na lata 2007–2013, co niewątpliwie uniemożliwiło całościową koordynację inicjatyw regionalnych. Budowie platformy P1 nie towarzyszyła intensywne 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 też 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 przyszłej perspektywy finansowej kluczowe znaczenie będzie miało jak najwcześniejsze rozszerzenie zakresu koordynacji projektów regionalnych i indywidualnych, określenie wspólnej linii działań na poziomie centralnym oraz regionalnym, dla zapewnienia interoperacyjności i kompatybilności wdrażanych rozwiązań, skoncentrowanych przede wszystkim na implementacji systemów do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej oraz cyfrowej aparatury medycznej. 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. Jest ono szczególnie trudne do realizacji w reżimie projektów współfinansowanych ze środków UE oraz stosujących procedury ustawy – **Prawo zamówień publicznych**. Dlatego też zalecane jest takie konstruowanie Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (SIWZ), aby zapewnić w każdym przypadku pulę godzin możliwych do wykorzystania (prawo opcji) na realizację nowych funkcjonalności lub zmianę funkcjonalności wcześniej wdrożonych. Modyfikacje w funkcjonalnościach i wymaganiach zdarzają się w każdym projekcie informatycznym i są rzeczą naturalną. Wynikają one najczęściej z analizy szczegółowej, realizowanej wspólnie przez zamawiającego i wykonawcę oraz ze zmian prawnych. Dodatkowo rekomendowane jest przewidywanie zamówień uzupełniających w ramach prowadzonych postępowań przetargowych. Często zastosowanie zamówienia uzupełniającego jest najlepszym rozwiązaniem umożliwiającym wprowadzenie zmian o szerokim zakresie.

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.

Udział interesariuszy w tworzeniu Systemu Informacji w Ochronie Zdrowia polega przede wszystkim na dostarczaniu danych, przetwarzanych w tym systemie, jak również dostarczaniu usług medycznych, w czasie realizacji których dane te są tworzone i zasilają hurtownie danych, służących poprawie funkcjonowania CSIOZ.

### **Kształcenie kadr medycznych**

Jednym z kluczowych 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.

Celem badania było dokonanie oceny wpływu dotychczas podjętych działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 *Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia* PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce, wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej UE na lata 2014–2020. Koncepcja badania łączyła w sobie dwie perspektywy badawcze. Z jednej strony umożliwiała zidentyfikowanie oraz określenie mocnych i słabych stron realizowanych projektów w ramach Działania 2.3 PO KL, z drugiej dostarczyła wiedzy i danych, które będą mogły być wykorzystane przy projektowaniu przyszłej interwencji finansowej UE.

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. Aż 83% uczestników projektów deklaruje, że udział w projekcie zachęcił ich do dalszego kształcenia się i podnoszenia swoich umiejętności. Objęci badaniem przedstawiciele zawodów medycznych dostrzegając konieczność ciągłego dokształcania się, aktualizacji swojej wiedzy i podnoszenia umiejętności, stwierdzają 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.

Większość respondentów uważa, że zastosowanie dodatkowych form wsparcia mogłoby podnieść skuteczność i użyteczność wsparcia, i zwiększyć ich indywidualny charakter. Jako podstawowe dodatkowe formy wsparcia najczęściej wskazywano:

- staże i praktyki w wiodących w danej dziedzinie ośrodkach krajowych;
- edukację w zakresie analizy zdarzeń niepożądanych;
- wsparcie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych w podmiotach leczniczych;
- realizację projektów w zakresie organizowania dziennej opieki nad osobami starszymi;
- rozwój istniejących form instytucjonalnej opieki.

Biorąc pod uwagę całość dotychczasowych doświadczeń z perspektywy 2007–2013, w tym wyniki prowadzonych badań ewaluacyjnych<sup>152</sup>, 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 *Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania*

152 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.

2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce, wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej wskazują, że w działaniach szkoleniowych adresowanych do przedstawicieli zawodów medycznych, konieczne jest przykładanie możliwie dużej uwagi do zapewnienia odpowiedniej proporcji zajęć **teoretycznych i praktycznych**. Zajęcia praktyczne powinny być przy tym prawidłowo zaplanowane, tak aby odpowiadały wiedzy i już posiadanym umiejętnościom poszczególnych osób uczestniczących w szkoleniu.

#### ■ konieczność większej indywidualizacji kształcenia kadr medycznych

Przedstawiciele kadr medycznych uczestniczący w przedsięwzięciach edukacyjnych współfinansowanych ze środków europejskich wskazują, że w perspektywie finansowej 2014–2020, przy realizowaniu projektów szkoleniowych dla kadr medycznych, w szerszym zakresie należy uwzględniać indywidualne potrzeby, wiedzę i możliwości poszczególnych osób szkolonych. Im większe jest zindywidualizowanie procesu szkolenia, tym lepsze są jego rezultaty i większe zadowolenie osób szkolonych, co oznacza także, że w większym stopniu zostaną osiągnięte cele projektu oraz jego długoterminowe oddziaływanie<sup>153</sup>.

#### ■ konieczność objęcia wsparciem większej liczby grup zawodowych pracujących w obszarze ochrony zdrowia

W perspektywie 2007–2013 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, tj. fizjoterapeuci czy opiekunowie medyczni. W minionej perspektywie całkowicie pominięto takie grupy zawodowe, istotne z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w kontekście zachodzących zmian epidemiologicznych, jak np. diagności laboratoryjni. Objęcie wsparciem możliwie jak największej grupy zawodów medycznych istotnych z punktu widzenia przeciwdziałania i leczenia chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej,

153 *Ibidem*, s. 131

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 kluczowy element w zakresie wypełniania warunkowości *ex ante* dla warunku „Istnienie krajo-

wych lub regionalnych strategicznych ram polityki zdrowotnej w zakresie określonym art. 168 TFUE zapewniających stabilność gospodarczą.”

Poniżej przedstawiono planowane do realizacji w latach 2014–2020 działania implementujące wymienione cele i kierunki interwencji, dotyczące polityki zdrowia.

### 6.2.1. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego A

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



### Rysunek 6.

Schemat logiki interwencji celu *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<sup>154</sup>].**

Działania pilotażowe i testujące w zakresie profilaktyki zdrowotnej będą służyły wypracowaniu i wdrożeniu w systemie opieki zdrowotnej rozwiązań skoncentrowanych na zapobieganiu chorobom, które są główną przyczyną dezaktywizacji zawodowej, tj.:

- 1) chorobom układu krążenia;**
- 2) chorobom nowotworowym;**
- 3) zaburzeniom psychicznym i chorobom układu nerwowego;**
- 4) chorobom układu kostno-stawowego i mięśniowego;**
- 5) chorobom układu oddechowego.**

W celu zapewnienia wysokiej efektywności projektów testowych i innowacyjnych, ich realizacją (opracowaniem, wdrożeniem, monitoringiem efektów klinicznych i prowadzeniem działań edukacyjnych) powinny zająć się wysokospecjalistyczne jednostki o największym potencjale naukowym. Zdolność taką posiadają uczelnie medyczne, szpitale kliniczne oraz instytuty badawcze, nadzorowane przez ministra zdrowia. Celem pilotażowych programów profilaktycznych będzie również wdrażanie usprawnień trybu organizacji procesu opieki nad pacjentami, u których w ramach badań profilaktycznych wykryto dane schorzenie.

Programy pilotażowe będą mogły zawierać takie elementy, jak: komponent badawczy, edukacyjny

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

oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami POZ oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem. W programach profilaktycznych realizowanych w ramach Narzędzia 1 będą mogły być finansowane także procedury i badania medyczne.

### **Narzędzie 2: Ogólnokrajowe programy w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia [C<sup>155</sup>].**

W kontekście aktywnego i zdrowego starzenia się podejmowanie działań w zakresie edukacji zdrowotnej oraz podnoszenia świadomości zdrowotnej powinno mieć znaczenie priorytetowe. Działania te muszą być kierowane zarówno do osób w wieku produkcyjnym (służąc podtrzymaniu aktywności zawodowej), jak i przedprodukcyjnym (służąc kreowaniu właściwych postaw wśród osób, które w przyszłości będą stanowiły część zasobów rynku pracy). Działania związane z edukacją zdrowotną nabierają także szczególnego znaczenia w kontekście wydłużenia wieku emerytalnego w Polsce. Biorąc pod uwagę fakt, że do 2030 r. mieszkańcy Polski pracować będą o pięć lat dłużej niż obecnie, zdrowy styl życia i unikanie czynników ryzyka powodujących występowanie określonych chorób staje się priorytetowym przedsięwzięciem w obszarze zdrowia publicznego. Kształtowanie prozdrowotnych zachowań w społeczeństwie, wdrażanie zasad przeciwdziałania chorobom, zawartych np. w Kodeksie walki z rakiem, dotarcie do lekarzy i pozostałego personelu medycznego oraz ich zaangażowanie w działalność na rzecz zwiększania świadomości wśród społeczeństwa są kluczowymi elementami w procesie poprawy dobrostanu zdrowotnego. Zgodnie z koncepcją tzw. pól zdrowotnych Lalonde'a wyznaczającą cztery nadrzędne kategorie determinant zdrowia, styl życia (zachowania prozdrowotne itp.) oraz środowisko życia stanowią elementy decydujące o jakości zdrowia populacji. Ich wpływ oszacowano odpowiednio na poziomie 55% (styl życia) i 20% (środowisko życia).

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



### **Narzędzie 3: Opracowanie i wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu [R<sup>156</sup>].**

Na poziomie regionalnym powinny być wspierane te projekty profilaktyczne, które dotyczą problemów zdrowotnych specyficznych dla danego regionu, ze szczególnym uwzględnieniem programów profilaktycznych w zakresie obszarów uznanych za priorytetowe i pozwalających przeciwdziałać negatywnym skutkom trendów epidemiologicznych.

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

Wsparcie rehabilitacji medycznej skoncentrowane będzie głównie na schorzeniach, które stanowią główne przyczyny dezaktywacji zdrowotnej. Projekty dotyczące rehabilitacji medycznej będą obejmowały kompleksowe i zespołowe działania na rzecz osoby, u której stwierdzono chorobę zaliczaną do grupy schorzeń będących najczęstszą przyczyną dezaktywacji zawodowej. Celem działań podejmowanych w ramach przedmiotowego narzędzia będzie przywrócenie osobie objętej wsparciem pełnej lub maksymalnej możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej lub psychicznej, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Zgodnie z założeniami będą realizowane projekty dotyczące m.in. rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej, psychiatrycznej, onkologicznej, pulmonologicznej oraz rehabilitacji narządów ruchu. W zależności od schorzenia program rehabilitacji może obejmować kilka etapów. Co do zasady pierwszy etap rehabilitacji prowadzony jest już w warunkach szpitalnych i trwa do momentu umożliwiającego opuszczenie szpitala przez pacjenta. Drugi etap może być realizowany w stacjonarnych ośrodkach rehabilitacji (np. na oddziałach rehabilitacyjnych) lub w warunkach domowych. Etap trzeci to tzw. późna rehabilitacja, która powinna trwać przez całe życie

156 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO).

i stanowić element prozdrowotnego trybu życia. Dla procesu sprawnego wdrożenia rehabilitacji trzeciego etapu konieczny jest aktywny udział m.in. edukatorów zdrowotnych, pielęgniarek POZ oraz nadzór lekarzy POZ.

### **Narzędzie 5: Opracowanie i wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie czynników ryzyka w miejscu pracy [R<sup>157</sup>].**

W ramach przedmiotowego narzędzia wspierane będą projekty ukierunkowane na opracowanie i wdrożenie programów ułatwiających powroty do pracy oraz przedsięwzięcia ukierunkowane na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy.

Celem projektów w ramach przedmiotowego typu projektu będzie wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących poprzez wdrożenie w zakładach pracy, w których identyfikowane są czynniki wpływające negatywnie na zdrowie pracowników (np. karcinogeny lub czynniki wywołujące choroby zawodowe), programów naprawczych przyczyniających się do minimalizacji tych czynników.

Projekty w ramach tego typu powinny wykraczać poza standardowe działania w zakresie medycyny pracy. Eliminowanie czynników ryzyka w miejscu pracy nie może ograniczać się do finansowania badań okresowych. Projekty powinny być realizowane w oparciu o pogłębioną analizę występowania niekorzystnych czynników zdrowotnych w środowisku pracy w danym regionie i powinny kierunkować się na wsparcie konkretnych przedsięwzięć w opracowaniu i wdrożeniu rozwiązań organizacyjnych przyczyniających się do eliminacji zidentyfikowanych zagrożeń.

157 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO).

## Narzędzie 6: Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi [R<sup>158</sup>].

Niska zgłaszalność na realizowane programy profilaktyczne dotyczące wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego, szyjki macicy oraz piersi uzasadnia konieczność podjęcia działań zmierzających do poprawy ich efektywności. Przedsięwzięcia 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<sup>159</sup>. W ramach tego narzędzia wspierane będą projekty ukierunkowane na poprawę wykrywalności raka szyjki macicy, piersi, i jelita grubego, w szczególności poprzez następujące działania:

- 1) poprawę systemu monitorowania przebiegu i efektywności programów przesiewowych (cytologia, mammografia, kolonoskopia);**
- 2) ukierunkowanie działań w zakresie profilaktyki na osoby znajdujące się w szczególnej sytuacji społecznej (wykluczeni, o niższym statusie społecznym), premiuwane będą te projekty, które ukierunkowane będą na przebadanie kobiet, które nigdy nie wykonały badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów piersi i szyjki macicy;**
- 3) rozwój programu populacyjnego w kierunku wykrywania raka jelita grubego poprzez objęcie nowych, szerszych grup docelowych (kolonoskopia);**
- 4) dotarcie z informacją o działaniach profilaktycznych poprzez zakłady pracy (spotkania edukacyjne w zakładach pracy);**
- 5) pakiety badań dodatkowych podczas okresowych badań pracowniczych (ściśła współpraca z lekarzami medycyny pracy).**

158 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO).

159 C.L. Richards, C.I. Viadro, J.A. Earp, *Bringing Down the Barriers to Mammography: A Review of Current Research and Interventions*, „Breast Disease” 1998, nr 10, s. 33–45.

## Narzędzie 7: Utworzenie nowych SOR powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć (roboty budowlane, doposażenie) [C<sup>160</sup>].

Biorąc pod uwagę założenia organizacyjne ujęte w Programie Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, zgodnie z którym na 150 tys. ludności powinien przypadać minimum jeden SOR, trzeba stwierdzić, że nadal istnieją luki w dostępie do tej infrastruktury. Według danych MZ w celu osiągnięcia niezbędnego minimum pozwalającego na odciążenie SOR, które obsługują zbyt dużą populację mieszkańców Polski, należy utworzyć około 40 dodatkowych jednostek. Kwestia ta jest tym istotniejsza, że w wyniku starzenia się społeczeństwa należy spodziewać się w kolejnych latach znaczącego wzrostu występowania zdarzeń nagłych, wymagających interwencji ZRM oraz SOR.

Wsparcie ograniczone zostanie wyłącznie do prac wynikających z konieczności dostosowania placówki do obowiązujących przepisów prawa oraz wymogów płatnika w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

W niektórych przypadkach będą to prace związane z przebudową, remontem istniejącej infrastruktury (na bazie aktualnie funkcjonujących izb przyjęć), w innych z budową oddziału, w którym zostanie utworzony SOR. Ponadto zakupiona zostanie aparatura medyczna oraz wyposażenie niezbędne do prawidłowego funkcjonowania tych jednostek organizacyjnych.

Ze środków przyszłej perspektywy finansowej UE planowane jest utworzenie około 30 nowych SOR.

160 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014–2020.

### **Narzędzie 8: Modernizacja istniejących SOR, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie) [C<sup>161</sup>].**

Pomimo znaczącej poprawy infrastruktury SOR, m.in. w wyniku wykorzystania środków europejskich w latach 2007–2013, nadal istnieją potrzeby w zakresie remontu i doposażenia w sprzęt medyczny. W szczególności część SOR posiada zbyt małą, w stosunku do potrzeb, bazę stanowiskową w poszczególnych obszarach wymienionych w rozporządzeniu ministra zdrowia i wymaga zorganizowania oraz wyposażenia kolejnych stanowisk, w szczególności, jak wykazało badanie prowadzone przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, stanowisk wstępnej intensywnej terapii. Rozbudowa lub przebudowa poszczególnych obszarów oddziałów lub ciągów komunikacyjnych zwiększy z kolei dostępność do świadczeń dla osób w stanie nagłym, poprawi ich jakość i komfort leczenia oraz usprawni pracę personelu. Co więcej, SOR, jako jednostki zajmujące się przywracaniem i stabilizacją funkcji życiowych pacjentów w stanie nagłym, ich wstępną diagnostyką (także obrazową) oraz natychmiastowym leczeniem, w tym zabiegowym, zobowiązane są do systematycznego uzupełniania i odnawiania bazy sprzętowej zarówno ze względu na postęp dokonujący się w medycynie, jak i z powodu dużej liczby osób przyjmowanych w ciągu doby, co powoduje szybkie zużywanie się sprzętu. Wsparcie ograniczone zostanie wyłącznie do prac wynikających z konieczności dostosowania placówki do obowiązujących przepisów prawa (*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego*<sup>162</sup>) oraz wymogów płatnika w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego. W perspektywie finansowej 2007–2013 dofinansowanie otrzymało 106 projektów dotyczących SOR

161 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014–2020.

162 Dz.U. 2011, nr 237, poz. 1420 z późn. zm.

i ładowisk, tj. ponad 50% istniejących jednostek. Liczba SOR przewidzianych do dofinansowania w ramach nowej perspektywy finansowej UE wynosi około 50.

### **Narzędzie 9: Modernizacja istniejących CU (roboty budowlane, doposażenie) [C<sup>163</sup>].**

W Polsce istnieje obecnie 14 CU, z czego 13 utworzono dzięki środkom UE na lata 2007–2013. Ograniczona alokacja finansowa pozwoliła na zaspokojenie jedynie najważniejszych potrzeb w zakresie infrastruktury tych jednostek. W nowej perspektywie finansowej przewiduje się dalsze doposażenie oraz remont tych podmiotów. CU bazują na już istniejących oddziałach szpitalnych, a więc również zastanej tam infrastrukturze, a ponadto ze względu na ograniczenia finansowe, doposażenie i prace modernizacyjne zostały ograniczone do minimum. Nadal niezbędne jest wykonanie dodatkowych robót budowlanych oraz zakupu aparatury medycznej, która pozwoli na osiągnięcie pełnej funkcjonalności tej struktury organizacyjnej, ze szczególnym uwzględnieniem oddziałów o charakterze zabiegowym oraz zwiększenia liczby stanowisk intensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii zgodnie z potrzebami oraz wymogami. Konieczne jest również doposażenie zaplecza diagnostycznego o zaawansowaną aparaturę pozwalającą na szybkie i całodobowe diagnozowanie urazów (USG, CT, MRI), endoskopii diagnostycznej i zabiegowej. Wsparcie ograniczone zostanie wyłącznie do prac wynikających z konieczności dostosowania placówki do obowiązujących przepisów prawa (*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego*<sup>164</sup>) oraz wymogów płatnika w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Liczba CU wymagających modernizacji wynosi 14.

163 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014–2020.

164 Dz.U. nr 118, poz. 803.

### **Narzędzie 10: Utworzenie nowych CU (roboty budowlane, doposażenie) [C<sup>165</sup>].**

Zgodnie z art. 39b ust. Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o *Państwowym Ratownictwie Medycznym* CU zabezpiecza populację minimum jednego miliona mieszkańców zamieszkujących obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia w ciągu do 1,5 godziny. Obecnie w Polsce znajduje się 14 CU, z których 13 powstało dzięki finansowaniu lub współfinansowaniu inwestycji ze środków UE na lata 2007–2013. Uruchomienie dodatkowych CU pozwoli na zwiększenie skuteczności udzielania świadczeń ratowniczych oraz spełnienie parametru określonego w ustawie.

Inwestycje będą polegały na utworzeniu nowych CU, zgodnie z wymaganiami m.in. *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego*.

Wsparcie ograniczone zostanie wyłącznie do prac wynikających z konieczności dostosowania placówki do obowiązujących przepisów prawa oraz wymogów płatnika w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

### **Narzędzie 11: Wsparcie przyszpitalnych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy SOR oraz w jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie) [C<sup>166</sup>].**

Brak całodobowych lądowisk czy lotnisk uniemożliwia pełne wykorzystanie lotniczych służb ratowniczych. Budowa, remont i doposażenie baz oraz za-

165 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014–2020.

166 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014–2020.

kup nowoczesnych śmigłowców znacząco zwiększyły możliwości operacyjne LPR, niemniej jednak pełne wykorzystanie tego potencjału wymaga rozbudowy sieci lądowisk przyszpitalnych oraz infrastruktury LPR. Krótki czas transportu pacjenta w stanie nagłego zagrożenia życia stanowi istotny czynnik zwiększający szanse na przeżycie poszkodowanego. Z tego względu przepisy nakładają na SOR obowiązek posiadania lądowiska czy lotniska przyszpitalnego. Wymogu tego nadal nie spełnia około 110 jednostek. Lądowiska czy lotniska są również ważnym elementem infrastruktury „jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego”.

Projekty będą polegały na budowie nowej infrastruktury od podstaw dostosowaniu posiadanego lądowiska czy lotniska do wymagań dla lądowiska czy lotniska całodobowego.

Premiowane będą projekty w ramach, których lotnisko czy lądowisko usytuowane będzie w takiej odległości od SOR lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, aby możliwy był transport poszkodowanego bez pośrednictwa transportu naziemnego.

W ramach narzędzia zostanie wybudowanych lub wyremontowanych około 70 lotnisk czy lądowisk (w tym około 45 przy SOR i około 20 przy jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego).

### **Narzędzie 12: Wsparcie baz LPR (roboty budowlane, doposażenie) oraz wyposażenie śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy [C<sup>167</sup>].**

W ramach środków UE 2007–2013 unowocześniono 11 z 17 baz LPR, wsparcia wymaga więc pozostałych sześć baz. Nowoczesna infrastruktura baz, w tym od-

167 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014–2020.

powiednie wyposażenie zwiększą skuteczność funkcjonowania lotniczych służb ratownictwa medycznego, co pozwoli na skrócenie czasu dotarcia do zdarzenia, m.in. dzięki skróceniu czasu operacyjnego niezbędnego do uruchomienia śmigłowca i wyruszenia do akcji ratowniczej, przyczyniając się do zmniejszenia liczby ofiar śmiertelnych. Ponadto konieczne jest uzupełnienie wyposażenia śmigłowców ratunkowych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy w celu zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów oraz załóg HEMS. Powyższe inwestycje będą dopełnieniem przedsięwzięcia związanego ze stworzeniem w Polsce nowoczesnego lotniczego ratownictwa medycznego (zakup śmigłowców ze środków krajowych, doposażenie śmigłowców w celu zwiększenia ich możliwości operacyjnych ze środków EFRR, modernizacja baz LPR ze środków EFRR, budowa lub modernizacja lotnisk lub lądowisk na potrzeby lotnictwa ratunkowego – ze środków krajowych oraz EFRR).

Projekt zakłada roboty budowlane w 6 bazach i ich doposażenie, budowę stacji paliw w Gdańsku oraz wyposażenie śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy. Obejmuje m.in. zakup i wdrożenie technologii NVG oraz GNSS/EGNOS, zwiększających możliwość bezpiecznego dotarcia śmigłowca ratowniczego do osoby w nagłej potrzebie z wykorzystaniem nowoczesnych i innowacyjnych technologii.

### **Narzędzie 13: Wsparcie ponadregionalnych<sup>168</sup> podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) [C<sup>169</sup>].**

Projekty będą polegały na przeprowadzeniu niezbędnych z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych prac remontowo-budowlanych oraz wyposażeniu w sprzęt medyczny oddziałów szpitalnych zajmujących się leczeniem osób dorosłych w zakresie chorób:

- 1) układu krążenia;**
- 2) nowotworowych;**
- 3) układu kostno-stawowego i mięśniowego;**
- 4) układu oddechowego;**
- 5) psychicznych**

oraz jednostek diagnostycznych współpracujących z wymienionymi oddziałami.

Wsparcie ograniczone zostanie wyłącznie do prac wynikających z konieczności dostosowania placówki do obowiązujących przepisów prawa oraz wymogów płatnika w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

<sup>168</sup> 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 instytut badawczy prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych, a także podmiot powstały z przekształcenia powyższych jednostek.

<sup>169</sup> C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014–2020.



### **Narzędzie 14: Wsparcie regionalnych<sup>170</sup> podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) [R<sup>171</sup>].**

Projekty będą polegały na przeprowadzeniu niezbędnych, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, prac remontowo-budowlanych oraz wyposażeniu w sprzęt medyczny jednostek zajmujących się leczeniem osób dorosłych w zakresie chorób:

- 1) układu krążenia;**
- 2) nowotworowych;**
- 3) układu kostno-stawowego i mięśniowego;**
- 4) układu oddechowego;**
- 5) psychicznych**

oraz jednostek diagnostycznych współpracujących z wymienionymi oddziałami.

Wsparcie ograniczone zostanie wyłącznie do prac wynikających z konieczności dostosowania placówki do obowiązujących przepisów prawa oraz wymogów płatnika w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

---

170 Regionalny podmiot leczniczy – podmiot leczniczy działający w publicznym systemie ochrony zdrowia z wyłączeniem podmiotów, które będą kwalifikowały się do otrzymania wsparcia w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (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, instytutu badawcze prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych, uczestniczące w systemie ochrony zdrowia).

171 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO).

### **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<sup>172</sup>].**

Projekty będą polegały na przeprowadzeniu niezbędnych, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, prac remontowo-budowlanych oraz wyposażeniu w sprzęt medyczny jednostek zajmujących się leczeniem osób dorosłych, ukierunkowanych na rozwiązywanie problemów dotyczących innych niż wymienione w narzędziu 14 grup chorobowych, wynikających z przeprowadzonej diagnozy sytuacji demograficzno-epidemiologicznej danego regionu oraz zidentyfikowanych ograniczeń w dostępie do świadczeń zdrowotnych.

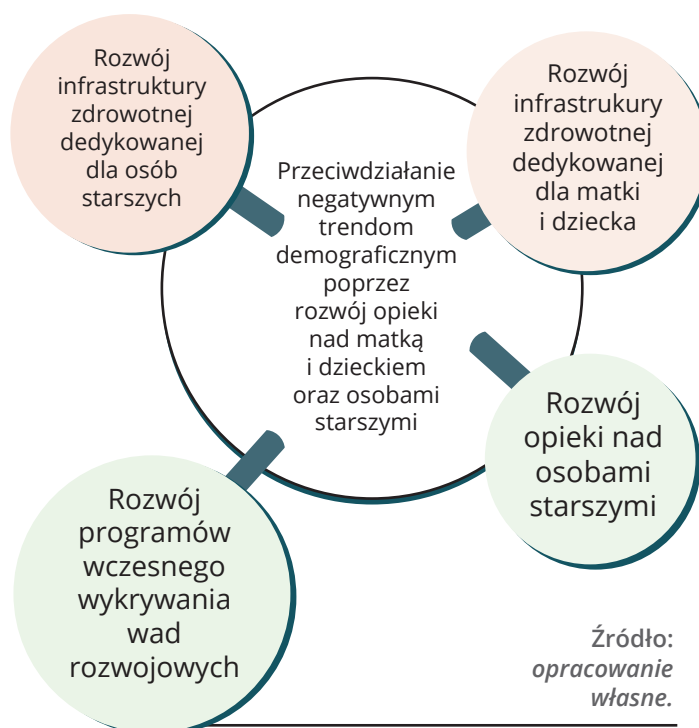
Wsparcie ograniczone zostanie wyłącznie do prac wynikających z konieczności dostosowania placówki do obowiązujących przepisów prawa oraz wymogów płatnika w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

---

172 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO).



**Rysunek 7.**  
Schemat logiki interwencji celu  
*Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi*



### 6.2.2. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego B

**Cel operacyjny 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<sup>173</sup>].**

173 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014–2020.

Projekty będą polegały na przeprowadzeniu niezbędnych, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, prac remontowo-budowlanych oraz wyposażeniu w sprzęt medyczny oddziałów szpitalnych zajmujących się leczeniem w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci oraz jednostek diagnostycznych współpracujących z powyższymi oddziałami.

Wsparcie ograniczone zostanie wyłącznie do prac wynikających z konieczności dostosowania placówki do obowiązujących przepisów prawa oraz wymogów płatnika w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

**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<sup>174</sup>].**

174 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO).

Projekty będą polegały na przeprowadzeniu niezbędnych, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, prac remontowo-budowlanych oraz wyposażeniu w sprzęt medyczny jednostek zajmujących się leczeniem w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz na innych oddziałach zajmujących się leczeniem dzieci.

Wsparcie ograniczone zostanie wyłącznie do prac wynikających z konieczności dostosowania placówki do obowiązujących przepisów prawa oraz wymogów płatnika w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

### **Narzędzie 18: Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki geriatrycznej<sup>175</sup> (roboty budowlane, doposażenie) [R<sup>176</sup>].**

Projekty będą polegały na przeprowadzeniu niezbędnych, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, prac remontowo-budowlanych oraz wyposażeniu w sprzęt medyczny jednostek zajmujących się leczeniem w zakresie geriatryi.

Wsparcie ograniczone zostanie wyłącznie do prac wynikających z konieczności dostosowania placówki do obowiązujących przepisów prawa oraz wymogów płatnika w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

Co do zasady na poziomie regionalnym nie powinna być wspierana infrastruktura szpitali ponadregionalnych oraz PRM, z wyjątkiem inwestycji polegających na modernizacji czy tworzeniu oddziałów ge-

<sup>175</sup> 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.

<sup>176</sup> R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO).

riatrycznych w szpitalach ponadregionalnych, które będą mogły otrzymać wsparcie w ramach RPO.

### **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) [C<sup>177</sup>].**

W ramach przedmiotowego narzędzia wspierane będą projekty przyczyniające się do rozwoju form opieki nad osobami starszymi, m.in. poprzez pilotażowe:

- opracowanie standardu dla dziennego domu opieki zdrowotnej nad osobami starszymi;
- wsparcie działalności dziennych domów opieki nad osobami starszymi;
- szkolenia dla opiekunów (członków rodzin) w zakresie opieki nad osobami starszymi;
- przygotowanie i tworzenie wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego i wspomagającego, połączone z doradztwem w doborze sprzętu, treningami z zakresu samoobsługi wypożyczonego sprzętu oraz przygotowanie warunków do opieki domowej;
- wsparcie projektów teleopieki, czyli doradztwa telefonicznego i bezpośredniej pomocy (lekarzy, pielęgniarek i opiekunów medycznych) na wezwanie w szczególnej sytuacji;
- szkolenia oraz doradztwo w zakresie dostosowania szpitali czy oddziałów do odpowiedniego standardu hospitalizacji osób starszych.

Zakres wsparcia projektów realizowanych w ramach przedmiotowego narzędzia będzie mógł obejmować jeden lub więcej z wymienionych obszarów.

<sup>177</sup> R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO).

## **Narzędzie 20: Opracowanie i wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych [R<sup>178</sup>].**

Co piąte dziecko w Polsce ma różnego rodzaju problemy związane ze słuchem, wymagające stałej lub okresowej opieki audiologicznej, foniatrycznej, logopedycznej, psychologicznej bądź pedagogicznej. Co trzecie dziecko wykazuje problemy ze wzrokiem, a znaczny odsetek populacji z powodu zaburzeń słuchu ma problemy w adaptacji do środowiska szkolnego oraz zaburzenia komunikowania się i ograniczenia w przyswajaniu wiedzy, a zatem mniejszą znajomość języka, trudności w mówieniu, czytaniu i pisanii.

Konieczne jest utworzenie programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania zaburzeń słuchu, wzroku i mowy u dzieci w pierwszej i szóstej klasie szkoły podstawowej. Badania uczniów byłyby wykonywane przez pielęgniarkę w środowisku nauczania i wychowania.

Do celów programu należą:

- **opracowanie systemu badań przesiewowych słuchu, wzroku i mowy, wykonywanych w szkołach (system zarządzania programem, koordynacja działań podmiotów zaangażowanych, podział zadań i kompetencji);**

- **opracowanie i wdrożenie systemu szkoleń pielęgniarek szkolnych;**

- **tworzenie i prowadzenie bazy danych wyników badań przesiewowych słuchu, wzroku i mowy, która posłuży m.in. do monitorowania rzeczywistej skali problemu zaburzeń słuchu, wzroku i mowy u dzieci oraz do prowadzenia analiz i przygotowywania wytycznych mających na celu podnoszenie jakości i ekonomiczności proponowanych świadczeń;**

- **podnoszenie świadomości społecznej w zakresie wiedzy na temat zaburzeń słuchu, wzroku i mowy u dzieci, następstw niezdiagnozowanych i nieleczonej dysfunkcji, możliwości terapii oraz kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych w tym obszarze;**

- **opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji leczniczej dla dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych.**

Ponadto, w ramach przedmiotowego narzędzia, wspierane będą projekty przyczyniające się wczesnego wykrywania i leczenia innych wad rozwojowych, w szczególności dotyczących układu krążenia u noworodków, niemowląt i małych dzieci.

Kolejnym ważnym komponentem wsparcia tej grupy pacjentów będą projekty dotyczące opracowania i wdrożenia programów rehabilitacji leczniczej dla dzieci niepełnosprawnych.

Wczesne wykrycie wad rozwojowych pozwoli na uniknięcie niepełnosprawności wśród dzieci. Opieka nad dzieckiem niepełnosprawnym jest częstym powodem zaprzestania aktywności zawodowej przez jedno z rodziców, tak więc zaproponowany typ narzędzia pozytywnie wpłynie na poprawę sytuacji na rynku pracy osób sprawujących opiekę nad dzieckiem. Podobnie aspekt prozatrudnieniowy należy wskazać odnośnie do projektów dotyczących opracowania i wdrożenia programów rehabilitacji leczniczej dla dzieci niepełnosprawnych. Rehabilitacja ma na celu usprawnienie lub całkowite przywrócenie prawidłowych funkcji różnych narządów ciała. Skuteczna rehabilitacja dzieci niepełnosprawnych tworzy zatem warunki do podjęcia pracy przez rodziców.

178 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO).

**Rysunek 8.**

Schemat logiki interwencji celu *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*



### 6.2.3. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego C

**Cel operacyjny 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<sup>179</sup>].

Zapewnienie efektywnego wsparcia dla systemu opieki zdrowotnej wymaga kontynuowania i wzmocnienia działań podjętych w latach 2007–2013 na rzecz poprawy jakości zarządzania w ochronie zdrowia. Celem przedmiotowego narzędzia jest dążenie do wyeliminowania wszelkich zagrożeń dla poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Działania podejmowane w ramach tego narzędzia będą służyły poprawie efektywności działania podmiotów leczniczych i wyeliminowaniu problemów zarządczych, takich jak: niewłaściwa organizacja pracy i struktury jednostki, niewłaściwe zachowania personelu, niska motywacja do podejmowania działań na rzecz poprawy jakości. Będą również wzmocniały system akredytacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

W ramach przedmiotowego narzędzia wspierane będą przedsięwzięcia ułatwiające wdrożenie innowacji organizacyjnych, restrukturyzację, a także wdrożenie w placówkach ochrony zdrowia standardów akredytacyjnych na wszystkich poziomach świadczenia usług zdrowotnych.

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

## **Narzędzie 22: Wykorzystanie organizacji opieki koordynowanej (OOK) do polepszenia jakości i efektywności dostawy publicznych usług zdrowotnych – pilotaż innowacji organizacyjnej, procesowej i technologicznej [C<sup>180</sup>].**

Proponowane przedsięwzięcie projektowane jest w związku z koniecznością sprostania potrzebom rosnącej populacji osób starszych i wzrostu zachorowań na schorzenia przewlekłe, w zakresie ochrony zdrowia oraz poprawy efektywności działania systemu opieki zdrowotnej. Proponowane innowacyjne rozwiązania wymagają przetestowania w pilotażach o wystarczającej skali, by odpowiedzieć na pytanie o ich użyteczność, wzmocnić podstawy empiryczne oraz uzyskać wysokiej jakości rozwiązania prawne i regulacyjne dla instytucji administracji publicznej. Przedmiotem projektu jest pilotażowe wdrożenie opieki koordynowanej oraz rozwój narzędzi koniecznych do jej upowszechnienia po okresie pilotażu. Głównym celem wdrożenia modelu opieki koordynowanej jest zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej, przy uwzględnieniu akceptowalnego poziomu wydatków, w kontekście starzenia się populacji, konieczności redukcji nierówności w zdrowiu oraz efektywności i stabilności finansowej systemu opieki zdrowotnej.

Wdrożenie OOK przyczyni się do:

- poprawy dostępności do wysokiej jakości opieki zdrowotnej, oferowanej blisko miejsca zamieszkania, oraz w środowisku lokalnym;
- zapewnienia ciągłości i integracji opieki zdrowotnej nad populacją podopiecznych oraz aktywnych pacjentów;
- poprawy jakości medycznej oraz satysfakcji pacjentów z opieki zdrowotnej;

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

## ■ poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej oraz stabilności finansowej systemu i jego składowych.

Zakres projektu będzie obejmował uruchomienie trzech rodzajów pilotaży w każdym z testowanych modeli opieki koordynowanej, tzn. rolę integratora, czyli OOK, będą mogli pełnić świadczeniodawcy funkcjonujący na szczeblu POZ, AOS oraz opieki szpitalnej. Szacuje się, że uruchomionych zostanie od 15 do 30 pilotaży, w których kilkadziesiąt placówek medycznych, najczęściej działających jako konsorcja (OOK), dostarczać będzie usług zdrowotnych w testowanej formie w sumie 200 tys. do 800 tys. osób. Pilotaż będzie obejmował prototypowe wdrożenie modelu organizacyjnego, który docelowo ma być zastosowany w powszechnym kontraktowaniu przez NFZ.

## **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<sup>181</sup>].**

Istnieje konieczność rozbudowy narzędzia umożliwiającego stałe monitorowanie zapotrzebowania na poszczególne zasoby systemu opieki zdrowotnej na podstawie szczegółowych modeli chorobowości. Monitorowanie i ewaluacja zapotrzebowania w zakresie infrastruktury, alokacji przestrzennej zasobów, a także prognoza zapotrzebowania kadr medycznych mają kluczowe znaczenie dla poprawy efektywności i dostępności świadczeń medycznych. Usprawnienie procesu zbierania i przetwarzania powyższych danych oraz przygotowanie narzędzia prognostycznego ułatwi proces podejmowania decyzji w zakresie alokowania środków publicznych

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



w obszarze ochrony zdrowia. W ramach przedmiotowego typu działania planuje się utworzenie systemu alokowania zasobów medycznych, rozwoju infrastruktury i zakupów sprzętowych oraz wspierania i rozwoju doskonalenia kadr medycznych, w kontekście dostarczenia analiz dotyczących zapotrzebowania w oparciu o rzetelne dane wynikające z wielosektorowego modelu planowania zasobów i infrastruktury medycznej. Na model ten będą składały się m.in. moduły demograficzny, epidemiologiczny (w tym prognoza chorobowości), infrastrukturalny oraz edukacyjny.

Opracowanie i wdrożenie narzędzi badania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, monitorowania infrastruktury i sprzętu medycznego, a także zjawisk i problemów występujących na tzw. białym rynku pracy są kluczowymi zagadnieniami podnoszącymi jakość w zakresie planowania zasobów i alokowania środków publicznych w obszarze ochrony zdrowia. W ramach projektu planuje się utworzenie platformy badań i analiz, w której gromadzone będą dane niezbędne do prowadzenia prac badawczych w obszarze planowania infrastruktury, zasobów i kadr medycznych. Zakres danych obejmować będzie m.in. informacje o epidemiologii (chorobowość, dane o wykonywanych świadczeniach zdrowotnych), stanie infrastruktury i zasobów medycznych oraz planowanych inwestycjach, potencjale kadrowym i organizacyjnym podmiotów prowadzących działalność leczniczą (struktura kadry, lokalizacja, dostępność). Platforma badań i analiz umożliwi przeprowadzanie przekrojowych analiz i opracowanie raportów dotyczących popytu na świadczenia zdrowotne, rozwój infrastruktury i zakupy sprzętowe oraz kształcenie i doskonalenie zawodowe kadr medycznych. Będzie stanowiła podstawę dla jednostek odpowiedzialnych za ochronę zdrowia, organów samorządu terytorialnego oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą do monitorowania zapotrzebowania na zasoby niezbędne do świadczenia usług zdrowotnych i dopasowania ich do bieżącego popytu, a także dla przedstawicieli systemu kształcenia kadr medycznych do monitorowania zapotrzebowania na kadry, wskutek czego umożliwi profilowanie ich kształcenia. Zakłada się, że dostęp do przedmiotowego systemu będą miały wszystkie zainteresowane podmioty (np. MZ, JST, podmioty wykonujące działalność leczniczą, CMKP, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (CKPPIP), samorządy zawodów medycznych, uczelnie medyczne).

#### **Narzędzie 24: Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących [C<sup>182</sup>].**

Ułatwienie dostępu do niedrogich trwałych oraz wysokiej jakości usług opieki zdrowotnej nie nastąpi bez wsparcia działań w zakresie poprawy kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi oraz pozostałych pracowników wykonujących czynności administracyjne w podmiotach leczniczych. Wsparcie szkoleniowe dla tej grupy zawodowej jest tym bardziej konieczne, że należy wziąć pod uwagę wymóg dostosowania działalności podmiotów leczniczych do zmieniających się warunków demograficznych i epidemiologicznych.

W celu zagwarantowania prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, niezwykle istotna jest stała poprawa wiedzy i umiejętności pracowników administracyjnych pracujących w sektorze ochrony zdrowia. Wsparcie edukacyjne dla tej grupy zawodowej jest kluczowe dla wsparcia procesów transformacji systemu ochrony zdrowia. Doświadczenia POKL pokazują, że dzięki wsparciu EFS możliwe jest sprawne wdrożenie takich zmian systemowych w sektorze ochrony zdrowia, jak uruchomienie systemu JGP czy przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego.

#### **Narzędzie 25: Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej [C<sup>183</sup> i R<sup>184</sup>].**

Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) umożliwi świadczeniobiorcom wgląd do pełnej dokumentacji medycznej wytworzonej w kraju jak i poza jego granicami oraz transgra-

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

183 Typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014–2020.

184 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO).



niczną wymianę informacji i danych dotyczących zdarzeń medycznych. Upowszechnienie stosowania EDM nastąpi poprzez opracowanie i rozpowszechnienie wśród świadczeniodawców zasad tworzenia struktury elektronicznych dokumentów medycznych, wprowadzenie odpowiednich zmian prawnych w zakresie EDM, usuwających bariery w jej wykorzystywaniu i jej interoperacyjności krajowej i transgranicznej oraz opracowanie rekomendacji interoperacyjności organizacyjnej, semantycznej, technicznej, prawnej systemów informatycznych świadczeniodawców i podmiotów z nimi współpracujących.

EDM i systemy klasy eHR umożliwiające odpowiednie składowanie, udostępnianie i prezentację dokumentacji medycznej drogą elektroniczną stanowią informatyczną podstawę dla właściwego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Ich właściwa integracja albo zapewnienie interoperacyjności – zależnie od koncepcji architektury systemów informatycznych przyjmowanej w poszczególnych implementacjach – z systemami słownikowymi, rejestrowymi, szpitalnymi i aptecznymi są niezbędne dla rozwoju systemów w klasy HIS (*Hospital Information System*), systemów logistycznych w aptekach, platform telemedycznych, systemów wspomaganie decyzji medycznych oraz systemów analitycznych. W ramach tego projektu będą podjęte poniższe działania (w nawiasie wskazano ich realizatorów):

- standaryzacja formatów wymiany dokumentacji medycznej (CSIOZ);
- implementacja standardów wymiany dokumentacji medycznej (regiony, placówki ochrony zdrowia, wsparcie CSIOZ);
- implementacja systemów elektronicznej dokumentacji medycznej w jak największej liczbie placówek ochrony zdrowia (regiony, placówki ochrony zdrowia, systemy);
- zwiększenie stopnia wykorzystania drogi elektronicznej, w tym wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej, wśród usługobiorców i usługodawców (CSIOZ, NFZ).

## Narzędzie 26: Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny [C<sup>185</sup> i R<sup>186</sup>].

Implementacja rozwiązań telemedycznych dla systemu ochrony zdrowia umożliwi efektywne prowadzenie konsultacji medycznych, monitoringu stanu zdrowia pacjenta, rehabilitacji oraz opieki medycznej na odległość. Obecnie w dobie silnej konwergencji cyfrowej ze szczególnym przenikaniem się technologii telemedycznych i technologii bazujących na bezprzewodowym Internecie konieczne jest wykorzystanie tych możliwości w rozwoju technologii e-zdrowia. Dotyczy to zarówno systemów krajowych, jak i współpracy transgranicznej. Szybko rosnąca dojrzałość systemów elektronicznych repozytoriów „komputerowo interpretowalnych wytycznych podstępowania medycznego i ścieżek klinicznych” (Computer Interpretable Guidelines – CIG) oraz CDSS w zasadniczy sposób podnosi sprawność i efektywność systemu ochrony zdrowia. Z tego tytułu należy potraktować ten obszar rozwoju systemów e-zdrowia jako jeden z ważniejszych w perspektywie finansowej 2014–2020. Ważne jest zatem, aby coraz więcej jednostek chorobowych zostało wyposażonych w obsługę wskazanymi w tym miejscu możliwościami. Nie można również zapomnieć o konieczności sukcesywnego dostosowywania systemów klasy HIS i oraz systemów w gabinetach i przychodniach lekarskich do współpracy z systemami telemedycznymi, CIG oraz CDSS.

W ramach tego projektu będą podjęte poniższe działania (w nawiasie wskazano ich realizatorów):

- zwiększenie stopnia wykorzystania procedur medycznych dla telemedycyny (MZ, konsultanci krajowi, towarzystwa medyczne);
- zwiększenie stopnia wykorzystania elektronicznych repozytoriów wytycznych i ścieżek klinicznych oraz systemów wspomagających

185 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014–2020.

186 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO).

nia decyzji medycznych (konsultanci krajowi, placówki ochrony zdrowia, towarzystwa medyczne, ośrodki naukowe, przemysł);

■ **Zwiększenie stopnia wykorzystania telemonitoringu (konsultanci krajowi, regiony, placówki ochrony zdrowia, ośrodki naukowe, przemysł).**

### **Narzędzie 27: Upowszechnienie wykorzystania systemów rejestrowych i systemów klasyfikacji medycznych [C<sup>187</sup>].**

Dalsze upowszechnianie wykorzystania systemów rejestrowych i systemów klasyfikacji medycznych nierozdzielnie wiąże się z działaniem mającym na celu integrację centralnych i lokalnych baz danych i rejestrów w ochronie zdrowia. W systemie ochrony zdrowia funkcjonuje gros rejestrów medycznych będących rejestrami publicznymi, dlatego też priorytetem jest usystematyzowanie funkcjonowania tych rejestrów w celu zapewnienia współpracy pomiędzy nimi, jak również rejestrami referencyjnymi oraz wypracowanie standardów komunikacyjnych między systemami teleinformatycznymi w ochronie zdrowia. Rejestry medyczne i systemy kodowania są niezbędne dla właściwego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Z uwagi na to, że nauki medyczne są otwarte, a wraz z nowymi doniesieniami naukowymi, odpowiednio rozwijane są systemy kodowania, konieczne jest bieżące rozwijanie klasyfikatorów medycznych i odpowiednich dla nich systemów kodowania. Jest to jeden z głównych powodów wspierania dalszego rozwoju systemów rejestrów medycznych i systemów kodowania w perspektywie finansowej 2014–2020. W ramach tego projektu będą podjęte poniższe działania (w nawiasie wskazano ich realizatorów):

■ **dalsza integracja systemów rejestrowych w ochronie zdrowia (CSIOZ, gestorzy rejestrów);**

187 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014–2020.

■ **implementacja nowych klasyfikacji medycznych wykorzystywanych na potrzeby kliniczne, statystyczne czy rozliczeniowe (MZ, CSIOZ, samorządy zawodowe w ochronie zdrowia).**

### **Narzędzie 28: Udostępnianie informatycznych narzędzi wsparcia efektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia [C<sup>188</sup>].**

Struktura systemu ochrony zdrowia jest zmienna w czasie. Konieczne jest dostosowywanie jego organizacji do stwierdzonych i właściwie uzasadnionych potrzeb. System ochrony zdrowia jest również bardzo wrażliwy społecznie i politycznie.

Z tych m.in. powodów konieczne jest dalsze wzmocnienie zastosowania odpowiednich narzędzi analitycznych, które mogą efektywnie wspierać podejmowanie odpowiednich decyzji na poziomie strategicznym i niższym. Ważne jest umożliwienie przeprowadzania odpowiednich analiz diagnostycznych, czyli *post factum*. Nie można jednak zapominać o konieczności budowy i zastosowania informatycznych narzędzi wspierających podejmowanie decyzji na podstawie analiz prognostycznych – *a priori*. Na tej podstawie można skutecznie obniżyć ryzyko podejmowania decyzji błędnych, niosących negatywne konsekwencje dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a ponadto dawać decyzjom obiektywne uzasadnienie.

Kolejnym zagadnieniem niezwykle istotnym dla poprawy jakości zarządzania systemem ochrony zdrowia jest właściwa koordynacja współdziałania systemów informatycznych. Obecnie wiele z nich nie jest skoordynowanych, co obniża sprawność systemu i niepotrzebnie podnosi koszty jego funkcjonowania. Konieczne jest zatem prowadzenie w tym zakresie prac analitycznych, modelowych i koordynacyjnych, aby ustawicznie poprawiać informatyczną tkankę systemu ochrony zdrowia.

188 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014–2020.

W ramach tego projektu będą podjęte poniższe działania (w nawiasie wskazano ich realizatorów):

- tworzenie oraz upowszechnianie wykorzystania narzędzi analitycznych w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia (MZ, jednostki odpowiedzialne za poszczególne obszary funkcjonowania systemu ochrony zdrowia);
- koordynacja efektywnego współdziałania systemów informatycznych w ochronie zdrowia (MZ, CSIOZ, NFZ, inne podmioty odpowiedzialne poszczególne systemy informatyczne w systemie ochrony zdrowia, regiony, systemy lokalne, systemy telemedyczne).

### Narzędzie 29: Poprawa kompetencji cyfrowych świadczeniodawców i świadczeniobiorców [C<sup>189</sup>].

Poprawa kompetencji cyfrowych świadczeniodawców i świadczeniobiorców jest bardzo istotna ze względu na wzrost zakresu wykorzystania ICT w systemie ochrony zdrowia. Umiejętności skorzystania z nowoczesnych rozwiązań systemu ochrony zdrowia są również istotne z powodu zwiększenia dostępności wiarygodnych informacji medycznych oraz o ochronie zdrowia, w celu m.in. wsparcia samokontroli stanu zdrowia oraz edukacji zdrowotnej. Ważne jest to również dla podnoszenia jakości procesu leczniczego i jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jako jednej, spójnej całości. Ten obszar działania wspiera i jest spójny z pozostałymi obszarami funkcjonowania e-zdrowia w Polsce.

W ramach tego projektu będą podjęte poniższe działania (w nawiasie wskazano ich realizatorów):

- szkolenia profesjonalistów w ochronie zdrowia oraz pacjentów z zakresu wykorzystania ICT w ochronie zdrowia (CSIOZ,

189 C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014–2020.

regiony, samorządy zawodowe w ochronie zdrowia);

- wydawanie publikacji naukowych, popularno-naukowych i innych z zakresu wykorzystania technologii ICT w ochronie zdrowia oraz z zakresu informatyki medycznej (CSIOZ, regiony, samorządy zawodowe w ochronie zdrowia);
- przygotowanie platform e-learningowych do przeprowadzenia szkoleń z zakresu edukacji zdrowotnej (CSIOZ, regiony, samorządy zawodowe w ochronie zdrowia);
- przygotowanie systemu szkoleń dla usługodawców w zakresie współpracy systemów usługobiorców z *Elektroniczną Platformą Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych* (CSIOZ, regiony, samorządy zawodowe w ochronie zdrowia).

### Narzędzie 30. Wsparcie rozwoju prac B+R+I w obszarze zdrowia [C<sup>190</sup> i R<sup>191</sup>].

Nakłady na badania i innowacje powinny być skoncentrowane na priorytetowych obszarach, w których region lub państwo dysponują przewagą czy zdolnościami (capacity) lub posiadają potencjał rozwojowy, a także przyczynią się do transformacji gospodarki kraju lub regionu. Spośród 16 **krajowych inteligentnych specjalizacji** trzy przypisano do obszaru zdrowe społeczeństwo:

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

191 R – typ projektu wdrażany z poziomu regionalnego w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO).

- 1. Technologie inżynierii medycznej, w tym biotechnologie medyczne.**
- 2. Diagnostyka i terapia chorób cywilizacyjnych oraz w medycynie spersonalizowanej.**
- 3. Technologie wytwarzania i wytwarzanie produktów leczniczych.**

Do mocnych stron inteligentnych specjalizacji w obszarze zdrowego społeczeństwa zalicza się m.in. liczną kadrę naukową, rozwiniętą bazę techniczną dla badań na etapie B+R, wysoką jakość osiąganych wyników badań naukowych, naukochłonność branży, wysoki udział eksportu w produkcji sprzedanej, wysoka jakość produktów. Do szans można także zaliczyć starzenie się społeczeństw jako zjawisko powodujące wzrost zapotrzebowania na innowacyjne rozwiązania z dziedziny opieki zdrowotnej. Jako słabe strony obszaru specjalizacji identyfikuje się brak mechanizmów transferu wiedzy do przemysłu, przez co mała liczba opracowań naukowych kończy się sukcesem komercyjnym, małą liczbę przedsiębiorstw high-tech., niski poziom wydatków na sferę B+R pochodzący ze środków pozabudżetowych, zwłaszcza w porównaniu do liderów europejskich, emigrację kadry naukowej.

Środki ukierunkowane będą na wzmacnianie zdolności i potencjału do prowadzenia badań naukowych w Polsce i ich komercjalizacji, wsparcie projektów B+R realizowanych samodzielnie przez przedsiębiorstwa jak i wspólnie z jednostkami naukowymi, a także na rzecz generowania i absorpcji innowacyjnych rozwiązań przez firmy.

Na poziomie krajowym działania ukierunkowane zostaną na następujące działania:

■ **wsparcie przedsiębiorstw rozpoczynających lub rozwijających działalność B+R w obszarze medycyny i farmacji, które planują realizację projektów badawczo-rozwojowych samodzielnie bądź we współpracy z zewnętrznymi podmiotami, w tym z innymi przedsiębiorstwami oraz jednostkami naukowymi;**

■ **wsparcie przedsiębiorstw z sektora małych i średnich przedsiębiorstw w zakresie prowadzenia procesu komercjalizacji wyników prac B+R z obszaru medycyny i farmacji;**

■ **wsparcie dla tworzenia i rozwoju infrastruktury B+R przedsiębiorstw działających w obszarze innowacji medycznych i farmaceutycznych, poprzez inwestycje w aparaturę, sprzęt, technologie i inną niezbędną infrastrukturę, która służy tworzeniu innowacyjnych produktów i usług;**

■ **wsparcie przedsiębiorstw i jednostek naukowych w udziale w programach międzynarodowych, takich jak *Horyzont 2020* czy COSME;**

■ **wsparcie inwestycji w nowoczesną infrastrukturę badawczą m.in. poprzez wsparcie powstawania międzynarodowych agend badawczych, rozwój kadr sektora B+R.**

Na poziomie regionalnym (w ramach RPO) wspierane będą projekty jednostek naukowych polegające na stworzeniu nowej lub rozwoju istniejącej infrastruktury badawczej zgodnej ze **strategią regionalnej inteligentnej specjalizacji**.

**Rysunek 9.**  
Schemat interwencji celu D: Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych



#### 6.2.4. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego D

**Cel operacyjny 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<sup>192</sup>].

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

Dla praktycznego nauczania klinicznego studentów ogromne znaczenie ma kształcenie w nowoczesnych centrach symulacji medycznej, wyposażonych w fantomy, symulatory sal operacyjnych, karetek pogotowia itd.

Planowane projekty będą obejmowały m.in. tworzenie centrów symulacji medycznej, rozwój systemu praktycznego nauczania i egzaminowania na kierunkach lekarskich, finansowanie krajowych i zagranicznych praktyk czy staży, zagranicznych wizyt studyjnych, grantów na studencką działalność naukową dla studentów nauk medycznych oraz grantów dla doktorantów na uczelniach medycznych i w instytutach badawczych.

Narzędziem służącym poprawie jakości nauczania na kierunkach medycznych będą również programy rozwojowe dla uczelni medycznych. Założeniem MZ jest, aby tworzenie programów odbyło się w oparciu o jednolity standard, który ma zawierać elementy przyczyniające się do kompleksowego i trwałego wzmocnienia ich rozwoju. Obligatoryjnymi elementami programów będą działania przyczyniające się do wzmocnienia mobilności naukowej studentów kierunków medycznych, a także kadry dydaktycznej i zarządzającej (poprzez uczelniane programy stypendialne, staże zagraniczne, obozy naukowe).



Programy rozwojowe będą służyły realizacji projektów edukacyjnych o charakterze praktycznym, jak również poprawie funkcjonowania laboratoriów medycznych na uczelniach. Kluczowym elementem programu będzie utworzenie bądź modernizacja medycznego centrum symulacji.

### **Narzędzie 32: Wsparcie systemu kształcenia praktycznego studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo poprzez tworzenie centrów symulacji medycznej do nauki pielęgniarstwa i położnictwa [C<sup>193</sup>].**

Kształcenie pielęgniarek i położnych prowadzone jest obecnie w 73 instytucjach szkolnictwa wyższego (publicznych i niepublicznych). Analiza raportów Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych wskazuje, że w zakresie kształcenia zawodowego kadr pielęgniarstwa i położnictwa, podobnie jak w przypadku kierunku lekarskiego, zauważalne są ograniczenia w zakresie możliwości praktycznej nauki zawodu, co wynika z braku nowoczesnych centrów symulacji medycznej (wyposażonych w fantomy i symulatory sprzętu medycznego).

### **Narzędzie 33: Wsparcie kształcenia specjalistycznego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju [C<sup>194</sup>].**

Analiza doświadczeń we wsparciu z EFS kształcenia specjalistycznego lekarzy wskazuje na konieczność zintensyfikowania działań związanych z rozwojem miejsc szkoleniowych, poprzez rozwój programów specjalizacyjnych, finansowanie kursów specjalistycznych, a także rozwój miejsc rezydenckich. Rezydentura, zgodnie z przepisami *Ustawy z dnia 5*

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

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

*grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, jest jednym z trybów odbywania specjalizacji lekarskich w Polsce. Charakteryzuje się tym, że lekarz odbywa ją na podstawie umowy o pracę, która jest obecnie finansowana z Funduszu Pracy (dawniej z budżetu państwa).

Przesłanką wyboru dziedzin medycyny do objęcia wsparciem w tego typu projekcie jest *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny*. Chodzi w szczególności te dziedziny, które są związane ze schorzeniami będącymi istotnymi przyczynami dezaktywacji zawodowej oraz z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa, np. **chirurgia onkologiczna, geriatryka, ginekologia onkologiczna, hematologia, medycyna ratunkowa, onkologia kliniczna, patomorfologia, radioterapia onkologiczna**.

### **Narzędzie 34: Wsparcie kształcenia podyplomowego lekarzy realizowanego w innych formach niż specjalizacje [C<sup>195</sup>].**

Zgodnie z *Ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty* lekarze są zobowiązani do nabywania nowych umiejętności i podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych. Obowiązek ten może być spełniony poprzez samokształcenie i udział w różnych formach kształcenia ustawicznego. Planuje się przeznaczenie finansowania UE na kursy doskonalące, polegające na pogłębianiu wiedzy w wybranych dziedzinach medycyny, na które jest powszechne zapotrzebowanie społeczne<sup>196</sup>.

W ramach wsparcia kształcenia podyplomowego lekarzy dofinansowane będą kursy doskonalące, m.in. w zakresie onkologii, geriatryki czy ratownictwa medycznego, dla lekarzy niebędących w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z wymienionych dziedzin.

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

196 D. Mytkowski, M. Kosma, E. Niedzielska, *Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, badanie ewaluacyjne zrealizowane na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, październik 2011 r., s. 82.



### Narzędzie 35: Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych [C<sup>197</sup>].

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzek i położnych formułuje w odniesieniu do pielęgniarek i położnych obowiązki polegający na ustawicznym aktualizowaniu swojej wiedzy i umiejętności oraz zapewnia prawo do uczestniczenia w różnych formach kształcenia podyplomowego. Kształcenie ustawiczne realizowane jest w formie szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych, kursów specjalistycznych oraz kursów doksztalających. Pielęgniarki i położne będą mogły wybierać spośród 17 dziedzin, w których będzie prowadzona specjalizacja. W dwóch dziedzinach będą mogły się specjalizować zarówno pielęgniarki jak i położne. Wybór dziedzin kształcenia prowadzonego w ramach planowanego projektu wynika przede wszystkim z aktualnych trendów epidemiologiczno-demograficznych. Przeprowadzone badania wykazują, że aż 62% pielęgniarek podkreśla, iż udział w tych formach doskonalenia zawodowego utrudniają bariery finansowe<sup>198</sup>. W ramach interwencji EFS będą dofinansowane przedsięwzięcia edukacyjne przeznaczone dla tej grupy zawodowej, ukierunkowane na podniesienie kwalifikacji związanych m.in. z:

- chorobami układu krążenia (np. poprzez organizację kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego i kursu specjalistycznego uwzględniającego zagadnienia kardiologii inwazyjnej);
- chorobami nowotworowymi (np. poprzez organizację kursu specjalistycznego w zakresie profilaktyki, opieki oraz wczesnego wykrywania chorób nowotworowych);

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

198 D. Mytkowski, M. Kosma, E. Niedzielska, op.cit.

- chorobami układu oddechowego (np. poprzez organizację kursu specjalistycznego w zakresie opieki nad pacjentem z POCHP oraz wykonywanie badania spirometrycznego).

### Narzędzie 36: Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów medycznych [C<sup>199</sup>].

Skoncentrowanie działań ukierunkowanych na przygotowanie pracowników systemu ochrony zdrowia do zachodzących trendów demograficznych i epidemiologicznych wymaga zaprojektowania wsparcia również dla osób wykonujących inne zawody medyczne, których umiejętności i kwalifikacje mają istotne znaczenie z punktu widzenia przyjętej logiki interwencji EFS dla ochrony zdrowia, a więc przeciwdziałaniu negatywnym trendom demograficznym i chorobom będącym istotnymi przyczynami dezaktywizacji zawodowej. W związku z tym realizowane będzie wsparcie **dla ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych, pilotów LPR** (ich kwalifikacje i umiejętności są istotne głównie w kontekście grupy schorzeń kardiologicznych i właściwego sposobu postępowania w przypadku urazów), **fizjoterapeutów, terapeutów środowiskowych, opiekunów medycznych** (ich kwalifikacje i umiejętności są istotne głównie z punktu widzenia zachodzących procesów związanych ze starzejącym się społeczeństwem). Dodatkowo wysokie kwalifikacje fizjoterapeutów mają znaczenie w odniesieniu do chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego), **diagnostów laboratoryjnych** (ich kwalifikacje i umiejętności istotne są głównie w kontekście wykrywalności, a tym samym przeciwdziałania chorobom istotnym z punktu widzenia problemu wykluczenia zawodowego), oraz **farmaceutów** (rozwój ich kwalifikacji i umiejętności ma istotne znaczenie z punktu widzenia zapobiegania i leczenia schorzeń, w tym również tych istotnych z punktu widzenia trwałej nieobecności na rynku pracy).

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

### 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**

Program działań w zakresie zdrowia publicznego w Polsce wyznacza obecnie NPZ, zgodnie z którym działania profilaktyczne koncentrują się na zmniejszeniu zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu, z powodu nowotworów, przewlekłych chorób układu oddechowego, zapobieganiu zaburzeniom psychicznym, zmniejszeniu przedwczesnej zachorowalności i ograniczeniu negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego, zmniejszeniu częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczeniu ich skutków oraz zwiększeniu skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom.

Profilaktyczne programy zdrowotne, aktualnie fi-

nansowane ze środków krajowych (NFZ, budżet państwa, budżet JST) są i będą w latach 2014–2020 istotnymi narzędziami realizacji powyższego celu operacyjnego. Zaliczamy do nich:

1. Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków NFZ – Świadczenia lekarza POZ w ramach realizacji profilaktyki chorób układu krążenia.

2. Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków NFZ – Program profilaktyki gruźlicy – porada profilaktyczna.

3. Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków NFZ – 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.

4. Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków NFZ – Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy. Program profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki.

5. Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków NFZ – Program wczesnego wykrywania jaskry.

6. Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków NFZ – Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) – etap podstawowy. Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) – etap specjalistyczny.

7. Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych – finansowany z budżetu państwa z części 46.

8. Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD – finansowany z budżetu państwa z części 46.

**9. Program badań przesiewowych noworodków – finansowany z budżetu państwa z części 46.**

**10. Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2009–2013<sup>200</sup>.**

**11. Program monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej – finansowany z budżetu państwa z części 46.**

**12. Narodowy program przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym – Moduł I: Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym i Moduł II: Narodowy program profilaktyki i edukacji diabetologicznej – finansowany z budżetu państwa z części 46.**

**13. Ogólnopolski program wczesnej diagnostyki obrazowej nowotworów u dzieci w latach 2012–2016 – finansowany z budżetu państwa z części 46.**

**14. Krajowy program zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS na lata 2012–2016 – finansowany z budżetu państwa z części 46.**

**15. Krajowy program przeciwdziałania narkomanii – finansowany z budżetu państwa z części 46.**

**16. Narodowy program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych – finansowany z budżetu państwa z części 46.**

**17. Działania profilaktyczne ukierunkowane na specyficzne problemy zdrowotne w regionach – finansowane ze środków JST.**

W celu skoordynowania polityki w zakresie zdrowia publicznego w Polsce podjęto prace nad projektem rozwiązań systemowych w obszarze zdrowia publicznego – projekt założeń do projektu *Ustawy o zdrowiu publicznym*<sup>201</sup>.

Wdrożenie planowanych w powyższym projekcie rozwiązań przyczyni się do zniwelowania wykazanych w części diagnostycznej „Policy paper w ochronie zdrowia na lata 2014–2020” problemów w obszarze profilaktyki, w szczególności zniweluje aktywność działań profilaktycznych, brak koordynacji i możliwości kontynuacji programów prozdrowotnych, pozwoli na wdrożenie strategicznego podejścia do planowania działań profilaktycznych w regionie i w kraju. MZ, pracując nad projektowanymi rozwiązaniami systemowymi, dokonało przeglądu funkcjonowania systemu usług publicznych w zakresie zdrowia publicznego. Na tej podstawie projektuje się zmiany mające doprowadzić do stworzenia skoordynowanego systemu zdrowia publicznego, w ramach którego nastąpi określenie zadań szczegółowych, ustalenie kompetencji instytucji zajmujących się zdrowiem publicznym, powołanie nowych organów, wybór instrumentów i narzędzi dla efektywnego monitoringu i analizy stanu zdrowia mieszkańców Polski, ukształtowanie zasad współpracy i realizacji programów zdrowotnych na poziomie centralnym, samorządów, a także wskazanie środków finansowych na realizację tych zadań.

Kompatybilnym projektem jest projekt założeń do projektu *Ustawy o instytucjach systemu ubezpieczeń zdrowotnych* (w zakresie mapowania potrzeb zdrowotnych)<sup>202</sup>.

Projekt przewiduje stworzenie instrumentu umożliwiającego lepsze planowanie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych oraz planowanie inwestycji w postaci regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych. Stanowiąc one będą ważny instrument polityki zdrowotnej państwa. Będą one obiektywnym odzwierciedleniem problemów i potrzeb zdrowotnych populacji danego regionu (województwa lub w przyszłości kilku województw) oraz stanu infrastruktury medycznej,

<sup>200</sup> Obecnie w Ministerstwie Zdrowia trwa końcowa faza prac nad nową edycją programu.

<sup>201</sup> W Ministerstwie Zdrowia trwają obecnie prace nad tym projektem.

<sup>202</sup> W Ministerstwie Zdrowia trwają obecnie prace nad tym projektem.

z uwzględnieniem zróżnicowania występującego na obszarach poszczególnych powiatów. Regionalne mapy potrzeb zdrowotnych sporządzane będą w oparciu o najszerszy zakres możliwych do uzyskania wiarygodnych i aktualnych danych epidemiologicznych, demograficznych oraz dotyczących zasobów medycznych (jak np. zasoby kadrowe, infrastrukturalne). Będą one wykorzystywane w procesie tworzenia regionalnej polityki w zakresie zdrowia, w tym planowania inwestycji oraz zawierania umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie poszczególnych województw. Uwzględnienie w tym procesie danych zawartych w mapach potrzeb pozwoli na poprawę zabezpieczenia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych. Opisane programy zdrowotne, finansowane z budżetu państwa oraz budżetów JST, uwzględniają także działania mające na celu podniesienie poziomu diagnostyki i leczenia poprzez m.in. rozwój nowoczesnej infrastruktury ochrony zdrowia, bowiem programy zdrowotne powinny realizować cel profilaktyki wtórnej, polegającej na wczesnym wykrywaniu chorób, ich pełnej diagnozie i wdrożeniu skutecznego leczenia<sup>203</sup>.

Aktualnie ze środków krajowych finansowane są i będą w latach następnych duże wieloletnie programy inwestycyjne mające na celu rozwój infrastruktury ponadregionalnej:

- 1. Przebudowa i rozbudowa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.**
- 2. Wieloletni program medyczny rozbudowy i przebudowy Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy.**
- 3. Nowa siedziba Szpitala Uniwersyteckiego – Kraków-Prokocim.**
- 4. Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie.**

<sup>203</sup> Na podstawie: prof. Wojciech Hanke, zastępca przewodniczącego Komitetu Zdrowia Publicznego PAN – K. Rożko, *Kiedy profilaktyka ma sens i znaczenie*, [w:] „Rynek Zdrowia” 2013, nr 10, s. 16.

## **5. Szpital Pediatryczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie.**

**W latach 2014–2020 planowane są do wdrożenia nowe duże projekty inwestycyjne, takie jak:**

- 1. Centrum Medycyny Nieinwazyjnej w Gdańsku;**
- 2. Wieloletni program przebudowy i rozbudowy samodzielnego Szpitala Klinicznego nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie;**
- 3. Budowa Zachodniego Centrum Chorób Serca i Naczyń w Poznaniu.**

Rozwój infrastruktury ochrony zdrowia finansowany jest i będzie w latach następnych także z budżetu państwa z części 46. w ramach Narodowego programu wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD na lata 2013–2016, Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, Narodowego programu rozwoju medycyny transplantacyjnej na lata 2011–2020 oraz innych mniejszych inwestycji dla szpitali klinicznych, instytutów badawczych oraz LPR. Ponadto w ramach wdrażania kierunku interwencji *zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków* planowane jest kontynuowanie, finansowanego z budżetu państwa Narodowego programu bezpieczeństwa ruchu drogowego GAMBIT.

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 krajowych w porządku zgodnym z opisanymi dla celu 1 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<sup>204</sup>.

204 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.

### 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**

Wyzwania wynikające z procesu starzenia się społeczeństwa wymagają podjęcia wielokierunkowych działań, których celem jest zapewnienie godnego starzenia się w zdrowiu oraz tworzenie warunków do aktywności zawodowej i społecznej osób starszych. W *Rządowym programie na rzecz aktywności społecznej osób starszych na lata 2012–2020* zaplanowano opracowanie i wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących polityki senioralnej w Polsce. Narzędziem realizacji jest międzyresortowy dokument *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*<sup>205</sup> ukierunkowany m.in. na rozwiązanie wskazanych w części diagnostycznej „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” deficytów w zakresie opieki zdrowotnej nad osobami starszymi. Efektem realizacji tego narzędzia będzie wdrożenie kompleksowego systemu opieki nad osobami starszymi i powszechne wdrożenie standardów i procedur medycznych dla osób starszych oraz rozwój geriatry w Polsce, w szczególności rozwój kadr medycznych i infrastruktury geriatrycznej.

Ponadto w ramach tego narzędzia zaplanowano działania edukacyjne ukierunkowane na przygotowanie osób do okresu własnej starości (wiedza na temat zmian fizycznych i psychicznych podczas procesów starzenia i konsekwencji określonych zachowań), stworzenie mechanizmów pomocy psychologicznej dla osób przeżywających kryzys lub wymagających wsparcia w związku z zakończeniem aktywności zawodowej, procesem starzenia się i zmianami ról w rodzinie oraz w społeczeństwie, rozwój efektywnej edukacji prozdrowotnej we wszystkich okresach życia człowieka – promowanie zdrowego stylu życia w każdym wieku, rozwój

205 *Uchwała nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020* (M.P. 2014, poz. 118).



i wspieranie aktywności fizycznej oraz rozwój usług opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych.

Drugim istotnym narzędziem ukierunkowanym na systemowe rozwiązywanie problemów wynikających z prognozowanych trendów demograficznych jest Program Solidarność pokoleń: Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+ – Program Solidarność pokoleń szerzej ujmuje kwestie aktywizacji zawodowej osób w wieku 50+ i jest komplementarny względem Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020. Istotnym rozwiązaniem systemowym proponowanym w Programie „Solidarność pokoleń” jest systematyczne monitorowanie ryzyka powstawania niezdolności do pracy u osób powyżej 50 roku życia, we współpracy różnych instytucji (w tym ZUS, NFZ, MZ, MPIPS) w ujęciu regionalnym, jak też w ramach różnych sektorów czy branż i zawodów. Program zakłada wdrożenie skoordynowanych na poziomie kraj-region działań profilaktycznych ukierunkowanych na problemy zdrowotne osób w starszym wieku oraz na profilaktykę starzenia się – systemowe działania skierowane do osób w wieku aktywności zawodowej mające na celu wspieranie utrzymania dobrego stanu zdrowia i kondycji fizycznej pracowników jako podstawy zdolności do pracy (badania okresowe, bilanse zdrowia dla osób 50+ i 60+). Ponadto program przewiduje działania promocyjne i upowszechniające zdrowy styl życia i profilaktykę zdrowotną. Działania te kierowane będą do całego społeczeństwa, ale szczególny nacisk położony będzie na pracowników w wieku 50+. W ich ramach istotne będzie kreowanie pozytywnej atmosfery dla działań na rzecz dbania o zdrowie i uświadamianie, krótko- i długookresowych, korzyści z tego płynących. Obejmować one będą przede wszystkim akcje uświadamiające w zakresie czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, możliwości zapobiegania osteoporozie, chorobom kręgosłupa, słuchu, wzroku jako głównym przyczynom niepełnosprawności osób starszych. Ponadto program zakłada rozwój wczesnej rehabilitacji jako istotnego czynnika w re-aktywizacji zawodowej.

Istotnym narzędziem wspierającym powyższe działania jest finansowanie rozwoju ZOL. Z budżetu państwa finansowany jest obecnie Dom Lekarza Seniora oraz Dom Pracownika Służby Zdrowia.

Przygotowanie do aktywnego i zdrowego starzenia nie może ograniczać się tylko do działań ukierunkowanych na osoby w wieku 50+. Aby przeciwdziałać negatywnym trendom demograficznym, należy wdrażać systemowe działania ukierunkowane na opiekę nad matką i dzieckiem. W związku z powyższym podjęto prace nad wprowadzeniem rozwiązań mających na celu rozszerzenie możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w POZ w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez lekarzy pediatrów i lekarzy internistów (projekt *Ustawy o zmianie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*<sup>206</sup>). Aktualnie w POZ dochodzi do nienależytego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych z powodu braku wystarczającej liczby lekarzy rodzinnych, lekarzy pediatrów i lekarzy internistów. Obecnie lekarze interniści i pediatrzy mogą udzielać świadczeń z zakresu POZ, jednakże dotyczy to tylko tych osób, które posiadały takie kwalifikacje w dniu wejścia w życie stosownych przepisów, tj. 29 września 2007 r. Jednocześnie w MZ przygotowano nowelizację *Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej*. Celem nowelizacji jest poprawienie jakości udzielanych świadczeń w POZ oraz bezpieczeństwa pacjentów. Ponadto, w ramach działań finansowanych ze środków krajowych, planuje się kontynuowanie w latach 2014–2020 działań profilaktycznych w ramach następujących narzędzi:

### **Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków NFZ – Program badań prenatalnych**

Badania wykonuje się u kobiet w ciąży, spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- 1) wiek powyżej 35 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia);**
- 2) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka;**

<sup>206</sup> Projekt wpłynął do Sejmu 18 października 2013 r. – Druk Sejmowy nr 1849.



**3) stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka;**

**4) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową;**

**5) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.**

### **Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013–2016<sup>207</sup>**

Głównym celem programu jest zapewnienie parom dotkniętym niepłodnością równego i sprawiedliwego dostępu do świadczenia zdrowotnego – zapłodnienia pozaustrojowego, a jednocześnie zapewnienie najwyższego standardu leczenia pacjentom, zwiększenie skuteczności leczenia niepłodności oraz, co istotne dla przyszłych rozwiązań systemowych, uzyskanie danych pozwalających na opracowanie modelu refundacji systemowej.

### **Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków<sup>208</sup>**

Celem programu jest wyodrębnienie i objęcie specjalistyczną opieką kobiet ciężarnych z rozpoznanymi wadami rozwojowymi i chorobami płodu. W ramach pro-

<sup>207</sup> Jest to wieloletni program zdrowotny realizowany na podstawie art. 48 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obecnie obejmuje lata 2013–2016.

<sup>208</sup> Jest to wieloletni program zdrowotny realizowany na podstawie art. 48 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Poprzednia edycja obejmowała lata 2009–2013. Obecnie w MZ trwają prace nad kolejną edycją programu.

gramu wdrażany jest m.in. szeroko zakrojony program szkoleniowo-edukacyjny dotyczący diagnostyki prenatalnej i współczesnych możliwości leczenia płodu.

### **Program badań przesiewowych noworodków w Polsce<sup>209</sup>**

Program ma na celu prowadzenie badań przesiewowych noworodków w kierunku fenyloketonurii, wrodzonej niedoczynności tarczycy oraz mukowiscydozy oraz innych rzadkich wad metabolizmu. Badanie przesiewowe noworodków jest postępowaniem profilaktycznym, które polega na wstępnej identyfikacji chorób wrodzonych, za pomocą testów analitycznych, przed wystąpieniem objawów klinicznych. Choroby te, niewykryte w pierwszym miesiącu życia, prowadzą do zaburzeń rozwoju i często do ciężkiej niepełnosprawności intelektualnej, wykluczającej samodzielne funkcjonowanie osoby chorej w społeczeństwie. Szacuje się, że w Polsce rodzi się blisko 400 dzieci z wadami metabolizmu. Jedynym sposobem na uratowanie tych dzieci jest wczesna diagnostyka biochemiczna, którą wykonuje się na podstawie analizy krwi noworodków.

### **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**

Ponadto w ramach rozwoju infrastruktury medycznej dedykowanej tej populacji ze środków krajowych finansowane są wspomniane już w opisie celu A wieloletnie programy inwestycyjne:

- Szpital Pediatryczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego;
- przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie;
- nowa siedziba Szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim.

<sup>209</sup> Jest to wieloletni program zdrowotny realizowany na podstawie art. 48 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obejmuje on lata 2009–2014. Trwają przygotowania do nowej edycji.

Polityka prorodzinna w Polsce realizowana jest m.in. poprzez wdrażanie programu *Rozwój instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3. Maluch*<sup>210</sup> finansowanego ze środków krajowych. Działania te mają szeroki wymiar – pozwalają uwolnić rezerwy zasobów pracy zaangażowane obecnie w rodzinną opiekę nad małymi dziećmi (nie tylko rodzice, ale i osoby starsze, które z tego względu mogą przedwcześnie opuszczać rynek pracy). W ramach systemu opieki nad dziećmi w wieku do lat trzech istotne jest także zapewnienie właściwej opieki edukacyjnej. Wczesna edukacja i opieka nad dzieckiem sprzyja pomyślnemu przebiegowi uczenia się w kolejnych latach, a także integracji społecznej i rozwojowi osobistemu, a na dalszym etapie życia zwiększa szanse na zatrudnienie.

W latach 2014–2020 w ramach krajowego Programu FIO (będącego kontynuacją Programu operacyjnego Fundusz Inicjatyw Obywatelskich) wyspecjalizowane organizacje pozarządowe oraz podmioty ekonomii społecznej, będą mogły uzyskać dofinansowanie ze środków krajowych na prowadzenie działań związanych z opieką nad dziećmi od 0 do trzech lat. W najbliższej perspektywie planowane są działania o charakterze pozalegisłacyjnym, dotyczące głównie promowania podejmowania przez osoby w wieku 50 + zatrudnienia jako opiekunowie do dzieci.

Istotnym narzędziem planowanym do wdrożenia w perspektywie 2014–2020 ukierunkowanym na opiekę nad dziećmi jest **wsparcie dla rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi – dostęp do usług, wyrównywanie dysfunkcji**.

Obowiązujące przepisy oświatowe umożliwiają organizowanie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością przez różne podmioty publiczne (JST różnego szczebla) oraz niepubliczne, zapewniając jednocześnie finansowanie realizacji tego zadania z budżetu państwa. Środki finansowe na realizację wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci przekazywane są z budżetu państwa JST w ramach części oświatowej subwencji ogólnej na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju, wydanej przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną. Planowane na lata

2014–2020 działania polegają na objęciu wczesnym wspomaganie rozwoju także dzieci zagrożonych niepełnosprawnością.

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 dnia 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, położu 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;**

■ **Program wieloletni: Szpital Pediatryczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie – komplementarność z narzędziem 16;**

■ **Projekt Ustawy o zmianie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw – komplementarność z narzędziami 16, 17, 18, 19, 20.**

<sup>210</sup> Program realizowany przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

**Struktura**

*Jak poprawić strukturę systemu opieki zdrowotnej?*

**Procesy**

*Jak poprawić procesy: zarządzanie systemem opieki zdrowotnej?*

**Wyniki**

*Jak osiągnąć zamierzone wyniki?*

**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**

W ramach realizacji celu 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, zasadniczym zagadnieniem jest skoncentrowanie się nie na tym „co ma być zrobione”, ale „jak to ma być osiągnięte”.

Odpowiedzią na powyższe pytania jest m.in. wdrożenie wspomnianych już wcześniej działań:

- uporządkowanie koncepcji i funkcji instytucji systemów opieki zdrowotnej oraz decentralizacja zarządzania systemem na poziom regionalny i lokalny;
- 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.

Aktualnie trwają prace w MZ nad projektem założeń do projektu *Ustawy o instytucjach systemu ubezpieczenia zdrowotnego*<sup>211</sup>. Projekt, jak już wspomniano, zakłada stworzenie instrumentu umożliwiającego lepsze planowanie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych oraz planowanie inwestycji w postaci regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych. Stanowiąc one będą ważny instrument polityki zdrowotnej państwa.

Konsekwencją tych zmian będzie również zdefiniowanie systemu ubezpieczenia zdrowotnego, który będzie obejmował zasady powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (określone w Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) oraz instytucje systemu ubezpieczenia zdrowotnego, których celem działania będzie zapewnienie efektywnego funkcjonowania i stabilności tego systemu oraz należytej ochrony interesu świadczeniobiorców. Narzędziem uzupełniającym powyższe działania realizującym cel C w zakresie poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej będzie także:

- wprowadzenie nowego modelu rachunku kosztów, nowego modelu zbierania danych kosztowych – przygotowanie i wdrożenie przepisów prawnych regulujących taryfikację świadczeń zdrowotnych zgodnie z nową metodologią;
- opracowanie i wdrożenie rozwiązań dotyczących dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych;
- wdrożenie rozwiązań dotyczących e-zdrowia: e-recepty, e-skierowania, e-zlecenia, e-KUZ oraz powiązanej z nią KSM.

<sup>211</sup> Opis tego projektu został umieszczony także w podrozdziale 6.3.1, odnoszącym się do celu A.

Aktualnie w MZ przygotowane są podstawy prawne do realizacji tych działań – przygotowano projekt założeń do projektu *Ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz innych ustaw*<sup>212</sup>. W projekcie założeń do ustawy zawarte są szczególne rozwiązania mające na celu pełne wdrożenie rozwiązań w zakresie elektronicznej sytemu informacji w ochronie zdrowia obejmujących elektroniczną receptę, elektroniczne skierowanie oraz elektroniczne zlecenie. Projekt nowelizacji przewiduje zmiany w *Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty* umożliwiające efektywniejsze wykorzystanie rozwiązań informatycznych w telemedycynie. Zmiany mają na celu umożliwienie np. monitorowania stanu zdrowia pacjenta bez konieczności osobistego kontaktu lekarza z pacjentem, a za pośrednictwem rozwiązań teleinformatycznych np. Elektronicznej Platformy Konsultacyjnej Usług Telemedycznych.

Działania na rzecz poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej i zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych zaplanowano także we wspomnianym już projekcie *Ustawy o zmianie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*, który wdraża cel C poprzez wprowadzenie rozwiązań mających na celu rozszerzenie możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w POZ w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez lekarzy pediatrów i lekarzy internistów. Zmiany zawarte w projekcie ustawy odnoszą się również do sposobu wyboru lekarza pediatry i internisty.

Ponadto projekt ustawy wprowadza nowe rozwiązania dotyczące wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w zakresie POZ, tak aby złożona przez świadczeniobiorcę deklaracja wyboru nie traciła ważności w przypadku zmiany miejsca pracy przez lekarza, pielęgniarkę czy położną.

Powyższa zmiana ma dać pacjentom poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych, a świadczeniodawcom ułatwienie zarządzania i rozliczania usług z NFZ, w sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń przez lekarza, pielęgniarkę czy położną. Obecnie deklaracja wyboru ma charakter deklaracji imiennej,

co powoduje, że w przypadku zmian w tym zakresie zarówno pacjenci, jak i świadczeniodawcy mają problemy z uzyskaniem czy rozliczeniem świadczeń. Pacjent będzie mógł wybrać dowolnego lekarza, pielęgniarkę lub położną, składając, tak jak dotychczas, jedną lub kilka deklaracji wyboru z tą różnicą, że będzie to również wybór świadczeniodawcy, u którego dany lekarz, pielęgniarka lub położna udzielają świadczeń. W przypadku zmiany miejsca zatrudnienia przez wybranego przez siebie lekarza, pielęgniarkę czy położną, pacjent będzie mógł wybrać nowego świadczeniodawcę, u którego osoba ta rozpoczęła udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Jednocześnie w MZ przygotowano nowelizację rozporządzeń ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych m.in. z zakresu POZ, AOS, lecznictwa szpitalnego, rehabilitacji medycznej. Zaproponowane rozwiązania przyczynią się do poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Inne działania na rzecz poprawy jakości:

■ **opracowanie i wdrożenie zestawu standardów akredytacyjnych w ramach realizacji Ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia;**

■ **wdrożenie standardów w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad dziećmi w wieku od 0 do pięciu lat;**

■ **rozwijanie akredytacji podmiotów leczniczych działających w lecznictwie uzależnień;**

■ **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.**

Komplementarnym do projektowanego w ramach celu C narzędzia 30 dedykowanego wsparciu rozwoju prac badawczych, rozwojowych i innowacyjności w obszarze ochrony zdrowia jest m.in. program *Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych* (STRATEGMED). Źródłem finansowania programu jest dotacja celowa na realizację strategicznych programów badań naukowych i prac rozwojowych NCBiR. Program STRATEGMED odpowiada na wyzwania, o których mowa w *Konkluzjach Rady: Ku nowocze-*

212 Projekt przesłano pod obrady Komitetu Rady Ministrów do Spraw Cyfryzacji.



snym, elastycznym i stabilnym systemom opieki zdrowotnej<sup>213</sup>. Dzięki realizacji programu STRATEGMED nastąpi transfer innowacyjnych usług, produktów i technologii w zakresie profilaktyki, diagnostyki, terapii i rehabilitacji z polskich instytucji naukowych do otoczenia gospodarczego. Realizacja programu stworzy szansę na znalezienie nisz na rynku globalnym, które mogą stać się polskimi specjalnościami. Utworzone lub rozwinięte zostaną podmioty gospodarcze, działające w tym obszarze nauki i gospodarki. Stworzone zostaną podstawy do rozwoju w kraju zastosowań nowych technologii medycznych oraz informatycznych i materiałowych w specjalnościach medycznych i w naukach pokrewnych. Działania te doprowadzą do zwiększenia innowacyjności i konkurencyjności polskiej gospodarki oraz do zintensyfikowania współpracy międzynarodowej w obszarze nauk medycznych i pokrewnych.

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 dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* – komplementarność z narzędziami 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**

Narzędzia implementacji celu D są komplementarne z wprowadzonymi poniższymi aktami prawnymi kierunkami reformy kształcenia kadr medycznych. *Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyści* – ostatnia nowelizacja tej ustawy (z 2011 r.) wyznaczyła kierunek reformy kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów w Polsce. Wprowadzone zmiany polegają m.in. na likwidacji obowiązkowego rocznego stażu podyplomowego (niezbędnego wcześniej do uzyskania prawa wykonywania zawodu) i umożliwiają wcześniejsze uzyskanie samodzielności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyistów. Zmiana ta jest powiązana ze zmianą standardów kształcenia na kierunku lekarskim i uprzątnieniem studiów w taki sposób, aby absolwenci uzyskali umiejętności praktyczne już w ostatnich latach studiów. Zmiana standardów kształcenia oraz wprowadzenie zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie ramowego programu zajęć praktycznych oraz sposobu ich odbywania, dokumentowania i zaliczania*, praktycznego nauczania na ostatnim programowo roku studiów, uwzględnia rozwój nowoczesnych metod dydaktycznych realizowanych w oparciu o centra symulacji medycznej. Przepisy znowelizowanej *Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści* wyznaczyły także nowe reguły

<sup>213</sup> W dokumencie 2011/C 202/04 (Dz.Urz. UE C 202, 08.07.2011, s. 10) stwierdza się, że państwa członkowskie UE stoją przed wspólnym wyzwaniem, jakim są starzejące się społeczeństwa, wzrost zachorowalności na choroby przewlekłe oraz rosnące koszty opieki zdrowotnej, jak również ograniczone środki publiczne przeznaczone na służbę zdrowia. Zgodnie z przyjętymi wnioskami, państwa członkowskie zachęcane są, aby postrzegać politykę zdrowotną nie jako źródło wydatków, ale jako inwestycję i motor ekonomicznego rozwoju.

kształcenia specjalizacyjnego – wprowadzono „modułowy system specjalizacji”, bardziej elastyczny i dostosowany do zmieniających się potrzeb systemu ochrony zdrowia. Usprawnienie i skrócenie czasu zdobywania kwalifikacji przez specjalistów poszerza młodej kadrze dostęp do rynku pracy, dając równocześnie możliwość zaspokajania potrzeb społecznych w tym zakresie. Jednym z trybów odbywania przez lekarzy i lekarzy dentystów szkolenia specjalizacyjnego jest rezydentura, tj. szkolenie specjalizacyjne w ramach umowy o pracę zawartej na czas realizacji programu specjalizacji z akredytowaną jednostką szkolącą. Rezydentury są najefektywniejszą formą kształcenia specjalizacyjnego lekarzy. Skierowane są przede wszystkim do młodych lekarzy. Lekarze ubiegają się o ich otrzymanie w konkursowym postępowaniu kwalifikacyjnym. Rezydentury stanowią bardzo istotne wsparcie dla szpitali, bowiem wynagrodzenie lekarzy rezydentów pokrywane jest ze środków będących w dyspozycji ministra zdrowia. Rezydentury są przyznawane m.in. w tzw. priorytetowych dziedzinach medycyny określonych w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny*.

*Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej* stanowi podstawę prawną do kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego pielęgniarek i położnych, a *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształtującą w zawodzie pielęgniarki i położnej*<sup>214</sup>, szczegółowo reguluje zasady realizacji i czas trwania studiów pomostowych dla pielęgniarek i położnych. Należy podkreślić, że zostały zmienione standardy kształcenia na kierunku pielęgniarstwo i na kierunku położnictwo i co najistotniejsze od roku akademickiego 2012/2013 zniesione zostały limity przyjęć na te studia.

W odniesieniu do kształcenia podyplomowego powyższa ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej obliguje CKPPIp do opracowania nowych programów kształcenia podyplomowego dla danego

rodzaju i danej dziedziny lub zakresu, które będą obowiązywały wszystkich realizatorów tego kształcenia. Ponadto, zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 roku w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne*<sup>215</sup>, została zmniejszona liczba dziedzin pielęgniarstwa, w których pielęgniarki i położne będą mogły odbywać specjalizację (z 26 do 17). Zmniejszenie liczby dziedzin szkoleń specjalizacyjnych wynika z faktu, że do chwili obecnej szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych były zbyt zawężone tematycznie, co ograniczało możliwości wykonywania przez pielęgniarki i położne specjalistki zadań w różnych rodzajach świadczeń. Przedmiotowe rozporządzenie gwarantuje elastyczność i uniwersalność wykorzystania specjalizacyjnego kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w ochronie zdrowia. Powyższe rozwiązania dotyczące reformy kształcenia kadr medycznych komplementarne są także z zapisanymi w dokumentach strategicznych działaniami na rzecz rozwoju infrastruktury uczelni medycznych, szpitali klinicznych i instytutów badawczych stanowiących bazę do kształcenia praktycznego kadr medycznych.

**Ze środków krajowych finansowane są i będą w latach 2014–2020 następujące działania komplementarne z narzędziami zaplanowanymi w ramach celu D:**

**1. Rozwój uczelni medycznych – finansowanie inwestycji w uczelniach medycznych, dotacja dydaktyczna dla uczelni medycznych na kształcenie studentów i doktorantów.**

**2. Bezwrotna pomoc materialna z budżetu państwa dla studentów i doktorantów.**

**3. Wspieranie wymiany akademickiej w zakresie kształcenia i doskonalenia zawodowego w ramach środkowoeuropejskiego Programu Studiów Uniwersyteckich CEEPUS.**

**4. Rozwój specjalizacji lekarskich – finansowanie etatów rezydenckich i kursów specjalizacyjnych dla lekarzy.**

214 Dz.U. 2012, poz. 770.

215 Dz.U. 2013, poz.1562 ( rozporządzenie wejdzie w życie 24 sierpnia 2015 r.).



**5. Rozwój kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych – finansowanie specjalizacji.**

**6. Rozwój kształcenia specjalizacyjnego diagnostów laboratoryjnych i farmaceutów – finansowanie kursów specjalizacyjnych.**

**7. Szkolenia pracowników ochrony zdrowia na temat przeciwdziałania przemocy w rodzinie.**

**8. Realizacja projektu *Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV).***

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 dnia 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 dnia 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 dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny – komplementarność z narzędziem 33;***

■ ***Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej – komplementarność z narzędziami 32, 35;***

■ ***Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 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.**

## 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 dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” 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 obwoływać 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 wspomaganą 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, Instytutu Zarządzającego RPO).

## Poziom strategiczny

### Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju Ministerstwo Zdrowia

Rola: ■ Wytaczanie 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.

---

Monitoring i koordynacja wdrażania poszczególnych celów, jak również wyznaczenie głównych wyzwań dla poszczególnych podmiotów zaangażowanych w proces jego realizacji odbywa się w oparciu o prace Grupy Roboczej ds. Koordynacji Polityki Zdrowotnej. W skład Grupy wchodzi m.in. przedstawiciele:

- Ministerstwa Zdrowia,
- Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju,
- samorządowych władz wojewódzkich,
- Narodowego Funduszu Zdrowia (w tym oddziałów wojewódzkich),
- Centrum Monitorowania 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. Do jego zadań należy w szczególności:

- a) przewodniczenie posiedzeniom grupy;**
- b) wyznaczanie terminów, miejsca i porządku spotkań grupy;**
- c) zawiadamianie członków czy zastępców członków grupy o miejscu i terminie posiedzeń;**
- d) zapraszanie na posiedzenia grupy ekspertów, przedstawicieli innych instytucji, grup społecznych i zawodowych;**

- e) podpisywanie uchwał grupy i protokołów z posiedzeń;**
- f) zlecanie wykonania ekspertyz niezbędnych do realizacji zadań grupy;**
- g) reprezentowanie grupy w sprawach dotyczących jej działalności.**

#### **Natomiast do zadań członków czy zastępców członków Grupy należy:**

- a) zapoznanie się z dokumentacją dotyczącą zagadnień omawianych na jej posiedzeniach;**
- b) aktywne uczestnictwo w realizacji zadań grupy;**
- c) przedstawienie opinii i propozycji dotyczących przedsięwzięć z zakresu ochrony zdrowia możliwych do dofinansowania w ramach RPO oraz programów krajowych, w szczególności w zakresie kryteriów wyboru projektów konkursowych, jak i obszarów merytorycznych rekomendowanych do wsparcia w trybie pozakonkursowym (systemowym, indywidualnym).**

Grupa stanowi forum współpracy i wymiany dobrych praktyk oraz pełni funkcje doradcze, w tym opiniuje działania podejmujące przez poszczególne podmioty zaangażowane we wdrożenie polityki zdrowotnej w Polsce. Efektem jej prac 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 dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” w kolejnych 12 miesiącach, który może zawierać:

- analizę problemów w ochronie zdrowia (o charakterze strategicznym i operacyjnym) i zadań realizowanych oraz planowanych do realizacji w perspektywie długo i średniookresowej;
- główne informacje o planowanych konkursach MZ oraz oddziałów wojewódzkich NFZ

na świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych;

- informację o planowanych konkursach z programów operacyjnych dot. obszarów zdrowia (RPO oraz programy krajowe);
- rekomendacje dot. kryteriów wyboru projektów w ramach konkursów ogłaszanych w ramach programów centralnych i regionalnych współfinansowanych z funduszy strukturalnych.
- rekomendacje czy opinie dotyczące propozycji projektów realizowanych w trybie pozakonkursowym.

Istotnym instrumentem w zakresie monitoringu i ewaluacji „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” jest możliwość zlecenia przez MZ przeglądu jakości i zgodności podejmowanych działań finansowanych ze środków publicznych służących realizacji celów określonych w tym dokumencie. Raz w roku MZ przygotowuje raport oceniający stan realizacji poszczególnych celów. Dodatkowo, na wniosek grupy możliwe jest zlecenie badań ewaluacyjnych i ekspertyz w zakresie dotyczącym realizowanych celów. Ponadto w 2018 r. zostanie przeprowadzony śródk okresowy 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 dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” 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 osiągnięcia 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 na pracach Grupy Roboczej ds. Koordynacji Polityki Zdrowotnej.** Podstawowym narzędziem osiągnięcia celów określonych przez „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” 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. Celem uczestnictwa ekspertów w weryfikacji projektów jest rzetelna i bezstronna ocena wniosków o dofinansowanie przez osoby legitymujące się specjalistyczną wiedzą lub umiejętnościami z poszczególnych dziedzin objętych danym programem operacyjnym. Bazę ekspertów w obszarze zdrowia prowadzi się w dwóch obszarach: profilaktyka i infrastruktura, przy czym ekspertem można być w jednym lub w obu obszarach. 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** dotyczących działań w zakresie ochrony zdrowia finansowanych ze środków wspólnotowych.

■ **Tabela 53.** Tabela koordynacji w zakresie ochrony zdrowia

Lp.	Temat	Działania z poziomu krajowego	Zakres interwencji ROP
1	PI 8.10 Aktywne i zdrowe starzenie się	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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</li> <li>■ Ogólnokrajowe programy w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Opracowanie i wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu</li> <li>■ Opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy</li> <li>■ Opracowanie i wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy</li> <li>■ Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i piersi</li> </ul>



■ **Tabela 53.** Tabela koordynacji w zakresie ochrony zdrowia

Lp.	Wyłączenia/ograniczenia interwencji z RPO	Narzędzia koordynacji
1	<p>Koszty kampanii medialnych promujących udział w działaniach profilaktycznych oraz kształcenia kadr medycznym ponoszone są przez władze centralne</p> <p>Działania profilaktyczne powinny koncentrować się na pięciu głównych typach schorzeń dezaktywizujących rynek pracy w Polsce:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ chorobach układu krążenia,</li> <li>■ chorobach nowotworowych,</li> <li>■ chorobach (zaburzeniach) psychicznych,</li> <li>■ chorobach układu kostno-stawowego i mięśniowego,</li> <li>■ chorobach układu oddechowego</li> <li>■ lub na innych typach schorzeń pod warunkiem, że zostaną one uznane za istotny problem zdrowotny regionu</li> </ul> <p><b>Ponadto działania władz regionalnych w zakresie profilaktyki powinny:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ koncentrować się na dotarciu do osób znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji, tj. wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym, o niskim statusie społecznym i ekonomicznym,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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”</li> <li>■ 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</li> <li>■ Rekomendacje, opinie i stanowiska ministra zdrowia w zakresie działań profilaktycznych wraz z prowadzeniem publicznej bazy tych stanowisk;</li> <li>■ 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;</li> <li>■ Prowadzenie przez MZ witryny internetowej służącej komunikowaniu, koordynacji, monitorowaniu, wymianie doświadczeń i dobrych praktyk.</li> <li>■ Prowadzenie przez MZ punktów informacyjnych dot. działań w zakresie ochrony zdrowia finansowanych ze środków wspólnotowych.</li> </ul>

■ **Tabela 53.** Tabela koordynacji 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Działania pro jakościowe dedykowane podmiotom wykonującym działalność leczniczą w każdym obszarze opieki zdrowotnej</li> <li>■ Poprawa systemu monitorowania potrzeb zdrowotnych (poprawa jakości danych dotyczących m.in. zapotrzebowania na kadry medyczne, infrastrukturę oraz identyfikację „białych plam” w opiece zdrowotnej)</li> <li>■ Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących</li> <li>■ Wdrożenie organizacji opieki koordynowanej (OOK) służącej polepszeniu jakości i efektywności publicznych usług zdrowotnych (pilotaż nowej formy organizacji, procesu i rozwiązań technologicznych)</li> <li>■ Wypracowanie standardów usług w zakresie usług społecznych (w tym opiekuńczych) i zdrowotnych wobec osób zależnych i niesamodzielnych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Opracowanie i wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych</li> </ul>

■ **Tabela 53.** Tabela koordynacji w zakresie ochrony zdrowia

Lp.	Wyłączenia/ograniczenia interwencji z RPO	Narzędzia koordynacji
2	Brak	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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”</li> <li>■ Rekomendacje dotyczące kryteriów wyboru projektów w ramach konkursów ogłaszanych w ramach programów centralnych i regionalnych współfinansowanych z funduszy strukturalnych.</li> <li>■ 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;</li> <li>■ Prowadzenie przez MZ witryny internetowej służącej komunikowaniu, koordynacji, monitorowaniu, wymianie doświadczeń i dobrych praktyk w zakresie projektów realizowanych w ramach obszaru</li> <li>■ Prowadzenie przez MZ punktów informacyjnych dot. działań w zakresie ochrony zdrowia finansowanych ze środków wspólnotowych</li> </ul>

■ **Tabela 53.** Tabela koordynacji w zakresie ochrony zdrowia

Lp.	Temat	Działania z poziomu krajowego	Zakres interwencji ROP
3	<p>PI 9.1. Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszenia nierówności w zakresie stanu zdrowia oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia</li> <li>■ 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,</li> <li>■ Ponadregionalne podmioty lecznicze – szpitale ogólnodostępne (z wyłączeniem podmiotów prowadzących leczenie 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wzmocnienie regionalnej infrastruktury ochrony zdrowia</li> <li>■ 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</li> </ul>

■ **Tabela 53.** Tabela koordynacji w zakresie ochrony zdrowia

Lp.	Wyłączenia/ograniczenia interwencji z RPO	Narzędzia koordynacji
3	<p>Wsparcie w ramach RPO nie może co do zasady obejmować:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ wsparcia infrastruktury ratownictwa medycznego</li> <li>■ 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).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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</li> <li>■ wsparcia infrastruktury innej niż infrastruktura istotna z punktu widzenia trendów demograficznych, tj. dedykowana opiece nad matką i dzieckiem oraz osobom starszym</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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”</li> <li>■ Rekomendacje dotyczące kryteriów wyboru projektów w ramach konkursów ogłoszanych w ramach programów centralnych i regionalnych współfinansowanych z funduszy strukturalnych.</li> <li>■ Prowadzenie przez MZ witryny internetowej służącej komunikowaniu, koordynacji, monitorowaniu, wymianie doświadczeń i dobrych praktyk w zakresie projektów realizowanych w ramach obszaru.</li> <li>■ Prowadzenie przez MZ punktów informacyjnych dot. działań w zakresie ochrony zdrowia finansowanych ze środków wspólnotowych</li> </ul>

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 kluczowe potrzeby i deficyty w ujęciu ogólnokrajowym i regionalnym, w oparciu o analizę danych dotyczących zasobów kadrowych i infrastrukturalnych<sup>216</sup>. 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, ale 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 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 do 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 ob-**

**szarze, 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 systemu, odbycia szkoleń i wymiany doświadczeń. Stąd postulowaną zmianą w tym zakresie będzie rozszerzenie potencjalnej grupy osób biorących udział w szkoleniach na wszystkie grupy zawodowe istotne z punktu widzenia podniesienia 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, jak 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 dla 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 „wielostronnej koordynacji” oraz „zarządzania wielopoziomowego”, przez aktywne współdziałanie podmiotów różnych szczebli administracji publicznej. W każdym dokumencie strategicznym zawarty jest rozdział dotyczący monitoringu danej strategii.

**Strategia Rozwoju Kraju 2020.** Proces strategicznego monitorowania realizowany będzie poprzez obowiązkowe roczne sprawozdania na temat postępów reali-

216 Analiza porównawcza..., *op.cit.*



zacji działań. Sprawozdania z realizacji SRK (w rytmie rocznym) obejmujące m.in. stan wykonania strategicznych zadań państwa, wraz z rekomendacjami dotyczącymi ewentualnych niezbędnych działań służących zapewnieniu jego terminowej i skutecznej realizacji będą rozpatrywane przez Komitet Koordynacyjny ds. Polityki Rozwoju. Jednocześnie, roczne sprawozdania z realizacji SRK przyjmowane będą przez Radę Ministrów i przekazywane Sejmowi i Senatowi.

**Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego.** System monitorowania SRKL opiera się na cyklicznej sprawozdawczości z realizacji działań podejmowanych w ramach strategii. Działania te zostaną zawarte w narzędziach realizacji SRKL, które zawarte są w Dokumentie Implementacyjnym. Poszczególne resorty będą przekazywały koordynatorowi strategii sprawozdania za miniony rok z realizacji SRKL. Sprawozdania te posłużą do opracowania rocznego raportu z realizacji SRKL. Jednocześnie koordynator strategii będzie corocznie przekazywał informacje z realizacji SRKL w roku poprzednim do Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju, które przygotowywać będzie informację zbiorczą o realizacji Strategii Rozwoju Kraju 2020, przekazywaną do Sejmu i Senatu.

**Strategia „Sprawne Państwo”.** Głównym narzędziem wdrażania strategii i bieżącego monitoringu jest Plan działań SSP przygotowany przez Koordynatora przy współpracy z właściwymi ministrami i centralnymi organami administracji rządowej bezpośrednio zaangażowanymi w realizację SSP. Plan działań określa w szczególności kluczowe przedsięwzięcia o charakterze legislacyjnym i o charakterze programowym wraz ze wskazaniem organów odpowiedzialnych za ich realizację. Monitorowanie będzie służyć wspomaganiu wdrażania strategii i jednocześnie dostarczać rzetelnych informacji na temat skuteczności podejmowanych działań i stopnia osiągnięcia celów strategii. Będzie opierać się na wskaźnikach monitorowania, planie działań, analizach i ewaluacjach oraz innych materiałach umożliwiających zbieranie danych świadczących o wdrażaniu strategii. Koordynator będzie corocznie przygotowywał sprawozdanie o postępach wdrażania strategii za rok poprzedni na podstawie informacji otrzymywanych od podmiotów zaangażowanych w realizację SSP. Sprawozdania będą przedkładane Komitetowi Koordynacyjnemu do spraw Polityki Rozwoju, Komitetowi Monitorującemu oraz ministrowi właściwe-

mu do spraw rozwoju regionalnego, który koordynuje opracowanie rocznego sprawozdania z realizacji Strategii rozwoju kraju 2020.

**Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie.** Monitorowanie i ewaluacja polityki regionalnej są prowadzone za pomocą systemu umożliwiającego analizę wszystkich procesów w układzie terytorialnym. Tworzony jest we współpracy z prezesem GUS oraz Głównym Urzędem Geodezji i Kartografii. Jego głównymi elementami instytucjonalnymi będą obserwatoria rozwoju oraz jednostki ewaluacyjne na poziomie krajowym i regionalnym. Elementem systemu raportowania dotyczącego przebiegu realizacji polityki regionalnej, do którego należy na poziomie strategicznym raport o rozwoju społeczno-gospodarczym, regionalnym i przestrzennym, przygotowywany przez ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego i samorządy województw, są roczne raporty nt. polityki regionalnej i przestrzennej (łącznie z polityką miejską, rozwoju obszarów wiejskich itp.) o charakterze bardziej operacyjnym. Służą one wspomaganiu dyskusji na temat efektywności mechanizmów wykonawczych polityki regionalnej wśród aktorów polityki regionalnej oraz stanowią podstawę do podejmowania działań operacyjnych w obszarze koordynacji i realizacji polityki regionalnej.

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 GUS.

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 54.** 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 <sup>217</sup>
Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia EHCI (pozycja w rankingu)		27	wzrost
Liczba jednostek koncentratu krwinek czerwonych (KKCz) wydanych do leczenia na 1000 osób	27,35	28,04	34,91
Liczba lekarzy dentyistów 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 geriatricy 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

217 Wskaźnik określony w DSRK 2030 dla roku docelowego 2030.

**Tabela 54.** 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 <sup>218</sup>
Przeciętne trwanie życia w zdrowiu mężczyzn (lata)	58,5	59,1	69 <sup>219</sup>
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

<sup>218</sup> Wskaźnik określony w DSRK 2030 dla roku docelowego 2030.

<sup>219</sup> Wskaźnik określony w DSRK 2030 dla roku docelowego 2030.

**Tabela 54.** 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 jeli- ta 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 żo- łądka (%)	17,6		wzrost
Współczynnik współpłacenia przez pacjen- tów 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 złośli- wego 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 cho- rób 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**

Tabelę 55 wskaźników realizacji celów operacyjnych i narzędzi implementacji sporządzono na podstawie katalogów wskaźników zawartych w projektach na-

stępujących 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 na dzień sporządzenia Policy paper nie zostało zakończone.

Tabela 55. 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	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
<b>Cel ogólny</b> A: Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i leczenia ukierunkowane na główne problemy epidemiologiczne w Polsce	<b>Narzędzie 1:</b> Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wyspecjalizowanym 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		<b>Narzędzie 3:</b> Opracowanie i wdrożenie programów profilaktycznych dot. chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu EFS				
	<b>Narzędzie 2:</b> Ogólnokrajowe programy w zakresie edukacji zdrowotnej i promocii zdrowego stylu życia EFS (CT 9, PI 8.10)	Liczba wdrożonych programów profilaktycznych	15		<b>Narzędzie 4:</b> Opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ulatwiających powroty do pracy EFS  <b>Narzędzie 5:</b> Opracowanie i wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy EFS  <b>Narzędzie 6:</b> Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi EFS				

Nazwy i wartości wskaźników dla narzędzi dotyczących ochrony zdrowia w poszczególnych województwach określone są w Regionalnych Programach Operacyjnych



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

		Komponent Centralny				Komponent Regionalny			
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
<b>Cel ogólny</b> A: Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i leczenia ukierunkowany na główne problemy epidemiczno-logiczne w Polsce	<b>Narzędzie 10:</b> 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 ratownictwa medycznego	121	Średnia liczba osób dająca na szpitalny oddział ratunkowy	152 tys.				
	<b>Narzędzie 11:</b> Wsparcie przyśpi- talnych całodo- bowych iotnisk lub ładówisk dla śmigłowców - przy SOR-ach oraz jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i leczenia ukierunkowanego (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	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego		
<p><b>Cel ogólny</b>                      A: Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i leczenia ukierunkowane na główne problemy epidemiczno-logiczne w Polsce</p>	<p><b>Narzędzie 13:</b>                      Wsparcie ponadregionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych i stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) EFRR (CT 9, PI 9.1)</p>	<p>Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego</p>	<p>50</p>	<p>Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego</p>	<p>Do określenia na późniejszym etapie prac</p>	<p>Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego</p>	<p>Narzędzie 14:                      Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych i stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) EFRR (CT 9, PI 9.1)</p>	<p>Nazwa wskaźnika produktu</p>	<p>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)</p>	<p>Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego</p>	<p>wartość wskaźnika rezultatu strategicznego</p>

Komponent Centralny		Komponent Regionalny			
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
<b>Cel ogólny</b> B: Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dziećmi oraz osobami starszymi	Narzędzie <b>16</b> : 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	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego  Do określenia na późniejszym etapie prac	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego  Do określenia na późniejszym etapie prac
	Narzędzie <b>17</b> : 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 <b>18</b> : 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	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
<p><b>Narzędzie 19:</b> Wypracowanie i wdrożenie rozwiązań systemowych i standardów usług w zakresie tworzenia i rozwoju alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym starszymi i niepełnosprawnymi).</p> <p><b>EFS (CT 9, PI 9.7)</b></p>	<p><b>Narzędzie 20:</b> Opracowanie i wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych EFS</p>	<p>Liczba podmiotów leczniczych objętych wsparciem</p>	<p>220</p>	<p>Liczba podmiotów, które wdrożyły działania projektowe</p>	<p>176</p>	<p>Nazwy i wartości wskaźników dla narzędzi dotyczących ochrony zdrowia w poszczególnych województwach określone są w Regionalnych Programach Operacyjnych</p>	<p>Wartość wskaźnika produktu</p>	<p>Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego</p>	<p>wartość wskaźnika rezultatu strategicznego</p>

Komponent Centralny		Komponent Regionalny			
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
<b>Cel ogólny</b> C: Poprawa efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej	<b>Narzędzie 21:</b> Działania proaktywne 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 (CT 9, PI 9.7)	Liczba podmiotów leczniczych objętych wsparciem	220	Liczba podmiotów leczniczych, które wdrożyły działania proaktywne	176



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
<b>Cel ogólny</b> C: Poprawa efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej	Narzędzie <b>23</b> : 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 <b>24</b> : 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 ponieśli 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 wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego		
<b>Cel ogólny</b> 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	Liczba regionów posiadających dostęp do platform telemedycznych	Narzędzie 26 Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny EFRR (CT 9, PI 9.1)	Udział systemów klasy HIS lub telemedycznych wykorzystujących rozwiązania typu CDSS lub CIG pośród wszystkich systemów klasy HIS lub telemedycznych	16	70%	Udział systemów klasy HIS lub telemedycznych wykorzystujących rozwiązania typu CDSS lub CIG pośród wszystkich systemów klasy HIS lub telemedycznych	70%	
					25%								
					20%								

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

Komponent Centralny		Komponent Regionalny					
Nazwa celu operacyjnego	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego	
<b>Cel ogólny</b> C: Poprawa efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej	Narzędzie <b>28</b> Upowszechnienie informatycznych narzędzi wsparcia efektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia EFRR (CT 9, PI 9.1)	Liczba systemów informatycznych wspomagających zarządzanie systemem ochrony zdrowia	2	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego Udział podmiotów wykonujących działalność leczniczą, udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, monitorowanych systemami oceny efektywności działania	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego Wartość wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego Wartość wskaźnika produktu
		Liczba platform internetowych udostępnionych przez MZ dla pacjenta	1	Udział instytucji ochrony zdrowia wykorzystujących narzędzia analityczne w podejmowaniu decyzji strategicznych na poziomie centralnym/regionalnym	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego Wartość wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego Wartość wskaźnika produktu
	Narzędzie <b>29</b> 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	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego Wartość wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego Wartość wskaźnika produktu

		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				
<b>Cel ogólny</b> C: Poprawa efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej	Narzędzie <b>29</b> Poprawa kompetencji cyfrowych usługodawców i usługobiorców EFRR (CT 9, PI 9.1)	Liczba programów edukacyjnych w zakresie poprawy kompetencji cyfrowych usługodawców i usługobiorców	3	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego Udział usługobiorców korzystających z co najmniej jednej klasy systemów: 1. P1.IKP 2. P1.eRecepta 3. NFZ.ZIP 4. Systemy telemedyczne	40%	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego					
											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



Komponent Centralny						Komponent Regionalny					
Nazwa celu operacyjnego	<p><b>Narzędzie 30</b> Wsparcie rozwoju prac badawczych, rozwojowych i innowacyjnych (B+R+) w obszarze ochrony zdrowia EFRR (CT 9, PI 9.1)</p> <p><b>Cel ogólny</b> C: Poprawa efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej</p>					Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika produktu	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
						Narzędzie 30 Wsparcie rozwoju prac badawczych, rozwojowych i innowacyjnych (B+R+) 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	
<b>Cel ogólny</b> D: Wsparcie systemu kształcenia i podpiłowania kadr medycznych w kontekście dostawiania zasobów do zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej	<b>Narzędzie 33:</b> Wsparcie kształcenia specjalistycznego 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						
	<b>Narzędzie 34</b> Wsparcie kształcenia podpiłowanego lekarzy realizowanego w innych formach niż specjalizacje. EFS (CT 9, PI 10.3)	Liczba pielęgniarek i położnych objętych podpiłowaniem w programie	30 000	Liczba pielęgniarek i położnych, które uzyskały kwalifikacje po opuszczeniu programu	19 200						
	<b>Narzędzie 36</b> Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów medycznych EFS (CT 9, PI 10.3)	Liczba przedstawicieli innych zawodów medycznych i 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

Wydatki na zdrowie według WHO obejmują wydatki publiczne, tj. wydatki sektora rządowego i samorządowego, oraz wydatki prywatne. Wydatki sektora publicznego stanowią sumę nakładów na utrzymanie, przywrócenie lub poprawę zdrowia opłacanych przez instytucje rządowe i państwowe oraz innych płatników np. kasy chorych czy fundusz zdrowia. Wydatki te obejmują również płatności transferowe na rzecz gospodarstw domowych rekompensujące koszty opieki medycznej oraz pozabudżetowe środki na finansowanie ochrony zdrowia. Na wydatki prywatne składają się w głównej mierze wydatki bezpośrednie gospodarstw do-

mowych oraz wydatki związane z prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym<sup>220</sup>.

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 ana-

<sup>220</sup> B Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, *op.cit.*, s. 306.

■ **Tabela 56.** 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

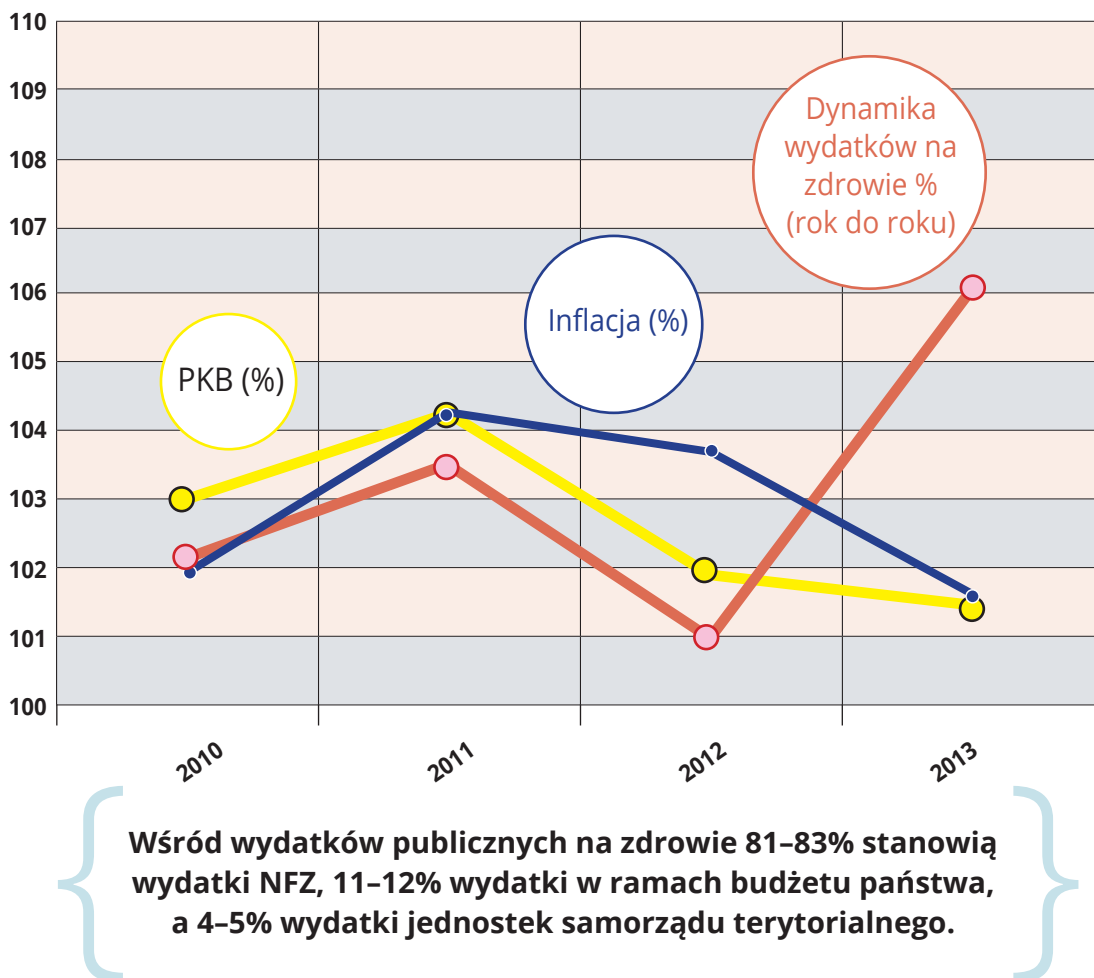
lizie wykonania wydatków na zdrowie w kończącej się perspektywie finansowej do analizy wzięto lata 2010–2013.

Jednym z najważniejszych wskaźników dotyczących wielkości wydatków publicznych na zdrowie jest ich procentowy udział w PKB (tabela 56). 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%.

Wzrost wydatków na zdrowie w poszczególnych latach w porównaniu do dynamiki wzrostu cen oraz PKB przedstawia wykres 33.

**Wykres 33.** Wzrost wydatków na zdrowie w poszczególnych latach w porównaniu do dynamiki wzrostu cen oraz PKB



**Wykres 34.** Wydatki publiczne na zdrowie, w mld zł



**Tabela 57.** 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
Stáže, 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



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 zapewniłby 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 – geriatry, 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 współdziałaniu opieki lekarskiej i pielęgniarstwa 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 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).

Zbudowana zostanie 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. Wspecjalizowane działania dotyczyć będą m.in. wdrażania planów zarządzania ryzykiem powodziowym<sup>221</sup>.

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 dla realizacji priorytetowych kierunków strategicznej interwencji w obszarze ochrony

<sup>221</sup> SRK, s. 64–66.

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 makroekono-

micznych 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 tabela 58.

**Tabela 58.** Wzrost 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, że w kolejnych latach wydatki te będą kształtowały się jak przedstawiono w tabeli 59.**

Rok	Przewidywana wielkość wydatków na zdrowie (w mld zł)
2014	82,6
2015	87,8
2016	93,9
2017	100,3
2018	106,9
2019	113,6
2020	120,2

**Tabela 59.** Kształtowanie się wydatków publicznych na zdrowie

Powyższe szacunki nie uwzględniają wydatków prywatnych ponoszonych przez gospodarstwa domowe oraz 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 wydatków rozwojowych w ramach Wieloletniego planu finansowego państwa (WPF), w części dotyczącej działań rozwojowych – dokument ten stanowi odzwierciedlenie priorytetów i głównych kierunków interwencji SRK oraz realizujących je strategii zintegrowanych w perspektywie wieloletniej. W Wieloletnim planie finansowym państwa 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 szereg programów zdrowotnych, których celem jest dążenie do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa oraz związanej z nim 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 r. przewiduje się realizację 15 programów zdrowotnych, z których większość będzie kontynuowana w następnych latach.

**Tabela 60.** 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	w tys. zł							ogółem
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
13	Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej 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	<b>Narodowy program przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym, w tym:</b>	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 wczesniej diagnostyki obrazowej nowotworów u dzieci w latach 2012-2016	1 000	1 000	1 000					3 000
25	Krajowy program zmniejszania umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc przez tworzenie pododdziałów 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 finan-

sowanie 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

1. Załącznik nr 1 ■ Analiza sytuacji zdrowotnej w województwach.
2. Załącznik nr 2 ■ Chorobowość i umieralność (według grup wiekowych i grup chorób).
3. Załącznik nr 3 ■ Infrastruktura opieki psychiatrycznej.
4. Załącznik nr 4 ■ Dynamika nasycenia aparaturą w województwach.
5. Załącznik nr 5 ■ Ochrona zdrowia w strategiach krajowych i wojewódzkich.



NARODOWA  
STRATEGIA SPÓJNOŚCI



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