Krajowe ramy strategiczne

Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020

Warszawa, lipiec 2015

Fundusze Europejskie
Pomoc Techniczna

Ministerstwo Zdrowia

Unia Europejska
Europejskie Fundusze Strukturalne i Inwestycyjne

Krajowe ramy strategiczne

Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020

Ministerstwo Zdrowia

Krajowe ramy strategiczne

Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020

Warszawa, lipiec 2015

Wydawca:
Ministerstwo Zdrowia
www.mz.gov.pl
www.zdrowie.gov.pl

Druk i oprawa:
Drukarnia Biały Kruk Milewscy sp.j.
ul. Tygrysia 50, Sobolewo
15-509 Białystok
tel. 85 868 40 60
e-mail: druk@bialykruk.com

Egzemplarz bezpłatny

12 MLD ZŁOTYCH DLA OCHRONY ZDROWIA W POLSCE W LATACH 2014-2020
SZANSĄ JAKIEJ DOTYCHCZAS NIE BYŁO

Z ogromną przyjemnością i dumą oddajemy w Państwa ręce dokument pn. *Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020.* To pierwszy dokument w skali europejskiej, który w tak precyzyjny sposób opisuje stan krajowego systemu ochrony zdrowia – pokazując jednocześnie jego mocne i słabsze strony, a także wyzwania i szanse przed nim stojące. Jest to opracowanie pionierskie w skali krajowej, w Polsce nie było dotąd dokumentu, który przedstawiałby zarówno długofalową wizję rozwoju systemu ochrony zdrowia, jak i cele strategiczne oraz narzędzia ich realizacji – w sposób kompleksowy opierając się na wiedzy i doświadczeniu z zakresu epidemiologii, demografii, analizy zasobów oraz prognozowania potrzeb.

Jesteśmy przekonani, że Policy Paper stanie się dla Państwa praktycznym przewodnikiem po polskim systemie ochrony zdrowia, ułatwiając tym samym codzienną pracę. Jest to bowiem doskonałe narzędzie ułatwiające wykorzystanie środków unijnych w naszym kraju – zgodnie z ich przeznaczeniem i szczegółowo udokumentowanymi potrzebami. W poprzedniej perspektywie finansowej obszar zdrowia został zasilony środkami europejskimi w kwocie 4,5 mld zł. W chwili obecnej – w perspektywie 2014-2020 – kwota ta jest prawie trzykrotnie wyższa i wynosi blisko 12 mld zł. Jest to szansa, jakiej dotychczas nie było i którą należy jak najlepiej wykorzystać.

Dedykujemy ten dokument wszystkim osobom zaangażowanym w pracę na rzecz szeroko rozumianej ochrony zdrowia licząc, że stanie się on praktycznym i skutecznym narzędziem codziennych działań na rzecz poprawy stanu zdrowia i jakości życia Polaków.

W tym miejscu pragniemy bardzo serdecznie podziękować wszystkim osobom bezpośrednio zaangażowanym w proces powstawania przedmiotowego dokumentu – w szczególności pracownikom Ministerstwa Zdrowia, a także przedstawicielom Narodowego Funduszu Zdrowia, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, władz regionalnych oraz Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju, bez których ten wspólny sukces nie byłby możliwy.

Dziękujemy również szerokiemu gronu naukowców, ekspertów oraz autorów, których ogromna wiedza i bogate doświadczenie stały się dla nas nieocenionym źródłem informacji.

Z życzeniami powodzenia w wypełnianiu ambitnych zadań dla dobra leczonych, leczących i odpowiedzialnych za leczenie,

Ewa Kopacz
Prezes Rady Ministrów

Marian Zembala
Minister Zdrowia

Zakończenie procesu negocjacji strony polskiej z przedstawicielami Komisji Europejskiej.
Bruksela, 25 czerwca 2015 r.

Spis treści

Wprowadzenie **9**

CZĘŚĆ I. Analiza i diagnoza **15**

1. Zdrowie a wzrost gospodarczy i ubóstwo **15**

2. Diagnoza demograficzno-epidemiologiczna dla Polski **17**

2.1. Analiza demograficzna 17

2.2. Analiza epidemiologiczna 21

2.2.1. Sytuacja zdrowotna w Polsce na tle przeciętnej w Unii Europejskiej 21

2.2.2. Chorobowość hospitalizowana i umieralność według grup wieku oraz wybranych grup chorobowych z uwzględnieniem różnic regionalnych 28

2.2.2.1. Wiek przedprodukcyjny – osoby w wieku 0–17 lat 28

2.2.2.2. Wiek produkcyjny – osoby w wieku 18-64 lata 30

2.2.2.3. Wiek poprodukcyjny – osoby w wieku 65 lat i więcej 33

3. Uwarunkowania zdrowia w Polsce **36**

3.1. Styl życia i inne czynniki wpływające na zdrowie 37

3.1.1. Czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych 38

3.1.2. Profilaktyka i promocja zdrowia 39

3.1.3. Nierówności w zdrowiu 48

3.2. Organizacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce 49

3.2.1. Podstawy prawne i zasady organizacji świadczeń zdrowotnych w Polsce 49

3.2.2. Wydatki na ochronę zdrowia 57

3.2.3. Zasoby kadrowe 59

3.2.4. Zasoby infrastrukturalne 69

3.2.5. Jakość systemu opieki zdrowotnej 107

3.2.6. Zarządzanie informacją w ochronie zdrowia 110

3.2.6.1. Uwarunkowania prawne 111

3.2.6.2. Efekty wdrożenia projektów: „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” oraz „Platforma udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych”. 112

3.2.6.3. Międzynarodowe klasyfikacje 117

3.2.6.4. Dostosowanie systemów informatycznych usługodawców do współpracy z Systemem Informacji Medycznej oraz prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. 117

3.2.6.5. Harmonogram działań mających na celu wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej oraz towarzyszących temu inwestycji 119

3.2.6.6. Plany dalszego rozwoju systemów e-zdrowia 120

4. Analiza SWOT – Wyzwania na lata 2014–2020 . . . . . **124**

CZĘŚĆ II. Strategia i wdrażanie **131**

5. Uwarunkowania strategiczne dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce **131**

5.1. System zarządzania strategicznego w Polsce. 131

5.2. Wizja systemu ochrony zdrowia w Polsce w 2020 r. 133

5.3. Struktura celów strategicznych 135

5.3.1. Cel główny 136

5.3.2. Cele długoterminowe do roku 2030 136

5.3.3. Cele operacyjne i kierunki interwencji do roku 2020 139

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 142

6.1. Doświadczenia okresu programowania 2007–2013, a założenia programowania polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia w Polsce 142

6.2. Narzędzia implementacji celów operacyjnych na lata 2014–2020 147

6.2.1. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego A 147

6.2.2. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego B 155

6.2.3. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego C 159

6.2.4. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego D 166

6.3. Efektywność systemu ochrony zdrowia a planowane działania w ramach funduszy strukturalnych na lata 2014-2020 168

6.3.1. Opis wdrażanych i planowanych reform w systemie ochrony zdrowia 169

6.3.2. Reformy a planowany zakres wsparcia z EFSI w latach 2014-2020 183

6.3.2.1. Wzmocnienie Podstawowej Opieki Zdrowotnej 183

6.3.2.2. Deinstytucjonalizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi, rozwój opieki środowiskowej . 187

6.3.2.3. Wdrożenie opieki koordynowanej 191

6.3.2.4. Restrukturyzacja lecznictwa szpitalnego 196

6.3.2.5. Mapowanie potrzeb zdrowotnych 200

6.3.2.6. Wzmocnienie Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego 217

6.3.2.7. Poprawa systemu informacji w ochronie zdrowia 219

6.3.2.8. Wsparcie kształcenia kadr medycznych 220

6.3.2.9. Wsparcie zadań z zakresu zdrowia publicznego 222

6.4. Komplementarność celów i narzędzi z polityką sektorową i działaniami podejmowanymi w ramach środków krajowych 225

6.4.1. Komplementarność celu A 225

6.4.2. Komplementarność celu B 228

6.4.3. Komplementarność celu C 232

6.4.4. Komplementarność celu D 233

CZĘŚĆ III. Koordynacja, monitoring i finansowanie 235

7. Koordynacja, monitoring i ewaluacja działań opisanych w dokumencie „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” 235

7.1. Założenia systemu koordynacji 235

7.2. Założenia systemu monitoringu i ewaluacji 244

7.3. Instrumenty monitoringu opisane w strategiach na lata 2014–2020 i wskaźniki kontekstowe dla ochrony zdrowia zawarte w krajowych i wojewódzkich dokumentach strategicznych 244

7.4. Wskaźniki realizacji celów operacyjnych i narzędzi implementacji w ramach polityki spójności na lata 2014-2020 na rzecz ochrony zdrowia 246

7.5. Mechanizmy zapewniające maksymalizację skuteczności i efektywności działań wdrażanych w latach 2014–2020 250

8. Ramy finansowe 251

Wykaz najważniejszych skrótów 263

Spis załączników 264

Wprowadzenie

Istotnym narzędziem realizacji celów rozwojowych Unii Europejskiej określonych w strategii „Europa 2020”[1] jest polityka spójności, która koncentruje się na wspieraniu działań prowadzących do wyrównania warunków ekonomicznych i społecznych we wszystkich regionach Unii. Polityka spójności realizowana jest przede wszystkim dzięki dwóm funduszom strukturalnym: Europejskiemu Funduszowi Rozwoju Regionalnego (EFRR) oraz Europejskiemu Funduszowi 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”* [2] oraz w zaleceniach Rady UE[3].

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 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[4].

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*(…)[5] uruchomienie 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.

---

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://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_PL_ACT_part1_v1.pdf.

2 *Rada Ministrów przyjęła 22 kwietnia 2014 r. dokument Krajowy Program Reform na rzecz realizacji strategii „Europa 2020”. Aktualizacja 2014-2015.* 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/files/upload/14439/PL_NRP%202014-2015_pl.pdf.

3 *Zalecenia Rady UE z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014 r. oraz zawierające opinie Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014 r. COM (214) 422 final.*

4 *Health 2020. A European policy framework and strategy for 21st century*, s. 11, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1.

5 *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 13032013 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 10832006,* Dz.Urz. UE L 347, 20.12.2013.

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[6], przyjmuje się do tego celu następującą definicję:

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

Rysunek 1 prezentuje powiązanie pomiędzy unijnymi i krajowymi dokumentami strategicznymi a wyzwaniami, celami i źródłami finansowania, dedykowanymi obszarowi ochrony zdrowia w Polsce, ukierunkowanymi na realizację wyżej wymienionych założeń strategicznych.

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

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

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[7] oraz w Position Paper[8].

W ocenie sytuacji w ochronie zdrowia w Polsce, zawartej w części analitycznej zaleceń Rady, stwierdzono, że „poziom ograniczeń w dostępie do opieki zdrowotnej w Polsce spowodowanych długimi kolejkami do świadczeń należy do najdłuższych w Europie". Podkreślono, że „z uwagi na istniejącą niewydolność systemu Polska ma trudności z zapewnieniem odpowiedniej jakości usług opieki zdrowotnej i długoterminowej". Ponadto zwrócono uwagę, że „Polska ma stosunkowo niewielu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a zatem ich rola jako koordynatorów opieki jest relatywnie mała"[9].

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, zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, a w szczególności tych o charakterze przewlekłym, charakterystycznych dla starzejącej się populacji, oraz wzrost kosztów leczenia z powodu urazów i zatruć.

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 obszarze zdrowia*[10]. 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.

---

[7] *Zalecenia Rady UE z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014 r. oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014 r.* COM (214) 422 final, wskazują na konieczność zwiększenia oszczędności kosztowej i efektywności wydatków na opiekę zdrowotną.

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

[9] Dokument roboczy służb KE Ocena krajowego programu reform i programu konwergencji na 2014 r., towarzyszący dokumentowi Zalecenia Rady w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014 r. oraz zawierający opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014 r. Staff Working Document – SWD(2014) 422 final.

[10] Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2011 r., 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 niemedycznych, ds. innowacji B+R, ds. innowacji produktowych, ds. innowacji organizacyjnych, ds. działań projakościowych, ds. ratownictwa medycznego.

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.[11], 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)[12], określającej główne trendy, wyzwania oraz koncepcję rozwoju kraju w perspektywie długookresowej; *Strategii Rozwoju Kraju 2020* (SRK)[13] – 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)[14], *Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego* (SRKL)[15], *Strategia Innowacyjności i Efektywności Gospodarki Dynamiczna Polska 2020* (SIEG)[16] oraz *Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie* (KSRR)[17].

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[18], a także jasną i uporządkowaną strukturę celów i kierunków interwencji, wskazując komplementarność projektowanych działań na rzecz realizacji określonego celu operacyjnego. Ponadto zawarto informacje na temat przeprowadzonych i planowanych działań związanych z reformą sektora ochrony zdrowia wraz z planem ich wdrożenia, a także działań poprawiających dostęp do świadczeń zdrowotnych (również w kontekście efektywności kosztowej).

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 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.

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

[12] *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).

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

[14] *Uchwała nr 17 Rady Ministrów z dnia 12 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia Strategii „Sprawne Państwo 2020"* (M. P. 2013, poz. 136).

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

[16] *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).

[17] *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).

[18] *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych* (Dz. U. Nr 137, poz. 1126).

Ponadto będą one realizowane na bazie silnych ram polityki ochrony zdrowia i 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 zdrowia ze środków unijnych w perspektywie finansowej 2014–2020 na poziomie centralnym oraz regionalnym, wraz z mechanizmami projakościowymi, 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.

1. Zdrowie a wzrost gospodarczy i ubóstwo

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

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**[19]. Rosnące znaczenie sektora ochrony 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)[20].

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

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

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[21]. Tracą pracodawcy, ponieważ z powodu choroby pracowników spadają ich zyski. Pracownicy otrzymują mniejsze wynagrodzenia, co wpływa negatywnie na przychody gospodarstw domowych i powoduje spadek konsumpcji – dla sektora finansów publicznych oznacza to mniejsze podatki i składki, a jednocześnie większe wydatki na zasiłki chorobowe i renty[22].

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

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Łączne koszty schorzeń w Polsce w 2010 r. (z uwzględnieniem utraconej produktywności osób 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)[23]. 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 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[24].

[21] *The European health report 2009. Health and health systems*, WHO 2009, s. 68.

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

[23] 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 (pacjent czy płatnik).

[24] 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.

Istotne jest również powiązanie pomiędzy zdrowiem a ubóstwem. Zagrożenie ubóstwem 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 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.[25] 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**[26]. Ten niekorzystny trend utrzymuje się nadal. **Choroba i niepełnosprawność są w Polsce trzecią w kolejności przyczyną pozostawania biernym zawodowo**.

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 wymaga 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[27]

2.1. Analiza demograficzna

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

Ludność Polski 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 przypadało 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 85 lat i więcej na 100 mężczyzn przypadają

[25] Komunikat Komisji *Europejska platforma współpracy w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym*, SEK (2010) 1564, http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC0758&from=PL.

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

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

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, 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 od ludności 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 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

Źródło: Na podstawie danych Eurostatu.

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).

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

Źródło: GUS

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[28].

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 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[29]. Takie dane dla Polski stawiają ją w gorszej sytuacji niż przeciętna dla państw UE.

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 pięcioleciu 2015–2020 (około 1,2 mln osób) oraz w okresach 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[30].

Osoby w wieku poprodukcyjnym

Od drugiej połowy lat 80. XX stulecia stopniowo zwiększał się udział osób w wieku 65 lat i więcej; 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[31].

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.

[28] Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035, GUS, Warszawa 2008, s. 3, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosci_Pl_2008-2035.pdf.

[29] *Ibidem*, s. 5.

[30] *Ibidem*, s. 3–4.

[31] *Ibidem*, s. 4.

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, pomimo jego ogromnej poprawy, jaka rozpoczęła się wraz ze zmianami ustrojowymi.

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.
Źródło: Eurostat.

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 mieszkanek Polski jest nawet trochę większa od średniej dla państw UE, a długość życia mieszkańców Polski jest krótsza o niecałe trzy lata.

W przypadku liczby lat przeżytych w zdrowiu (na podstawie współczynnika Healthy Life Years – HLY) w Polsce w 2011 r. zaobserwowano wartości dla kobiet 63,3 roku, zaś dla mężczyzn 59,1 roku[32].

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.

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

Źródło: Eurostat.

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 mężczyzn 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.

[32] Zob. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tsdph100&language=en

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

Podobną sytuację obserwuje się w przypadku dalszego 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.

Ogólny poziom umieralności w Polsce systematycznie się obniża od 1991 r., ale jest wciąż znacznie wyższy od poziomu przeciętnego dla krajów UE, co i 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).

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

Źródło: NIZP-PZH

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 mieszkanek Polski występuje w trochę starszym wieku niż w przypadku mężczyzn, tzn. w wieku 45–74 lata.

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.

Umieralność niemowląt, tzn. dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku życia, zmniejsza się w Polsce od wielu lat. **Wprawdzie 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 od przeciętnego 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.

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

Źródło: GUS oraz WHO HFA DB.

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 niewątpliwy problem, to: dolnośląskie, lubuskie, śląskie, kujawsko-pomorskie.

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

Źródło: GUS.

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 [33].

Porównując poziom umieralności z powodu najważniejszych przyczyn zgonów w Polsce i w całej Unii Europejskiej, należy zwrócić uwagę, że zdecydowanie gorsza jest w naszym kraju sytuacja wynikająca z zagrożenia życia chorobami układu krążenia, przede wszystkim osób w wieku aktywności zawodowej, 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.

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.

Kolejnym aspektem, oprócz przyczyn zgonów i hospitalizacji (opisanej poniżej), 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[34]. Należy przy tym zwrócić uwagę, że występowanie urazów, zatruć i innych określonych skutków działania czynników zewnętrznych ma szczególne znaczenie dla osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym.

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

[34] 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%20%C5%9Bwiadczenia%20z%20ubezpiecze%C5%84%20spo%C5%82ecznych%20zwi%C4%85zane%20z%20niezdolno%C5%9Bci%C4%85%20do%20pracy%20w%202010r.pdf.

Badając skutki i koszty społeczne złego stanu zdrowia, 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[35].

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

Umieralność według najważniejszych przyczyn[36] 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.

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 odchyla 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 zatruć 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.

[35] 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%C3%B3b%20ubezpieczonych%20w%20ZUS%20w%20I%20p%C3%B3%C5%82roczu%202012%20roku.pdf.

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

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

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standardowe			
	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
Polska	**52,8**	**52,5**	**46,4**	**43,7**	**56,5**	**53,3**	**47,1**	**45,7**

Źródło: NIZP-PZH

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

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standardowe			
	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
Polska	**10865,8**	**12509,3**	**12367,3**	**12798,8**	**11675,2**	**13207,6**	**12751,7**	**13088,7**

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
Zgony z powodu																
ogółu przyczyn		+										+				
nowotworów złośliwych																
zaburzeń wydzielania wewnętrznego																
chorób układu krążenia																
chorób układu oddechowego																
chorób układu trawiennego																
chorób układu moczowo-płciowego																
z powodu przyczyn zewnętrznych																
Hospitalizacja z powodu:																
ogółu przyczyn		+			+					+						
nowotworów złośliwych		+			+					+						
zaburzeń wydzielania wewnętrznego		+								+	+		+			
chorób układu krążenia		+			+		+			+						
chorób układu oddechowego		+			+				+							
chorób układu trawiennego		+			+					+						
chorób układu moczowo-płciowego		+								+					+	
urazów i zatruć		+			+					+						
chorób układu kostno-stawowego					+		+							+		
z powodu zaburzeń psychicznych	+			+	+											
Suma 1 (umieralność)		1										1				
Suma 2 (hospitalizacja)	1	8		1	8		2		1	7	1		1	1	1	

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 międzywojewódzkie. 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 układu 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 standardowe			
	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
Polska	**439,2**	**437,0**	**422,9**	**421,7**	**441,9**	**430,8**	**407,1**	**399,3**

Źródło: NIZP-PZH

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

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standardowe			
	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

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standardowe			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
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
Polska	**10228,4**	**10964,1**	**10792,7**	**10798,1**	**10167,8**	**10807,2**	**10549,9**	**10498,0**

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
Zgony z powodu																
ogółu przyczyn				+	+							+				
nowotworów złośliwych		+		+	+											
zaburzeń wydzielania wewnętrznego					+							+			+	
chorób układu krążenia				+	+							+				
chorób układu oddechowego														+		
chorób układu trawiennego					+							+				
chorób układu moczowo-płciowego																
z powodu przyczyn zewnętrznych					+		+							+		
Hospitalizacja z powodu:																
ogółu przyczyn					+				+				+			
nowotworów złośliwych													+		+	+
zaburzeń wydzielania wewnętrznego					+								+		+	
chorób układu krążenia				+					+						+	
chorób układu oddechowego			+							+				+	+	
chorób układu trawiennego					+								+	+		
chorób układu moczowo-płciowego					+				+			+				
urazów i zatruć					+					+			+			
chorób układu kostno-stawowego			+						+				+			
z powodu zaburzeń psychicznych					+					+			+			
Suma 1 (umieralność)		1		3	6		1					4		2	1	
Suma 2 (hospitalizacja)			1	1	5				4	3		1	7	3	4	1

Źródło: NIZP-PZH

2.2.2.3. Wiek poprodukcyjny – osoby w wieku 65 lat i więcej

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, jedynie województwo śląskie wyróżnia się niekorzystnie w porównaniu ze średnią ogólnopolską.

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

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standardowe			
	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
Polska	**5127,1**	**5222,6**	**5115,9**	**4994,7**	**4789,9**	**4773,9**	**4577,0**	**4408,3**

Źródło: NIZP-PZH

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 zatruć 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 standardowe			
	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
Polska	**29387,6**	**31960,7**	**31508,2**	**32729,8**	**28423,1**	**30713,1**	**30182,5**	**31311,6**

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
Zgony z powodu																
ogółu przyczyn				+	+							+				
nowotworów złośliwych		+									+				+	
zaburzeń wydzielania wewnętrznego								+				+			+	
chorób układu krążenia			+		+							+				
chorób układu oddechowego		+					+							+		
chorób układu trawiennego					+							+				
chorób układu moczowo-płciowego														+		
z powodu przyczyn zewnętrznych												+				

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

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. najwięcej 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[a]

Województwo	Ogółem	Nowotwory (C00 - D48)	Zaburzenia wydzielania 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-płciowego (N00 - N99)	Urazy, zatrucia i inne określone 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

[a] 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[37]. Prace dotyczące oszacowania stopnia wpływu poszczególnych czynników na zdrowie[38] 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.

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[39].

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, zatruć i innych zewnętrznych przyczyn zgonów.**

[37] 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.

[38] *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".

[39] 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".

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[40].

Jak wynika z przeprowadzonych w Polsce badań, redukcja głównych czynników ryzyka (uwarunkowanych stylem życia) zmniejsza o ponad połowę zachorowalność na chorobę niedokrwienną serca[41].

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.[42], palenie tytoniu w Polsce jest coraz mniej popularne. Wynika to głównie ze spadku powszechności używania tytoniu wśród mężczyzn. 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 piąty dorosły mieszkaniec tych krajów[43].

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 Słoweńcy. 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[44]. 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)[45].

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[46].

---

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

[41] 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).

[42] 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.

[43] *Ibidem*.

[44] *Health at Glance 2013*, s. 59, http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf.

[45] B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, *op.cit.*, s. 296.

[46] 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[47]. 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).

Przegląd programów zdrowotnych realizowanych w województwach

Realizowane na terenie województw projekty dotyczyły różnych chorób, problemów i zagadnień zdrowotnych. Projekty 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 znalazła się w programach w całej Polsce. 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 działanie związane z chorobami innymi niż powyższe. W tej grupie znalazły się, w zależności od województwa, programy dotyczące przykładowo: alergii, chorób i zaburzeń wzroku, słuchu, narządów mowy, wszawicy, chorób układu nerwowego, zaburzeń związanych ze stresem, chorób skóry, chorób zawodowych, autyzmu, chorób wieku podeszłego, chorób tarczycy, chorób genetycznych.

Ponad połowa województw wykazała działania dotyczące prowadzenia szkoły rodzenia, opieki nad kobietą w ciąży, a także edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Wśród innych działań profilaktycznych podjętych w pojedynczych województwach znalazły się m.in.: bezpieczeństwo w ruchu drogowym, związek zdrowia z ekologią, przemoc domowa, poprawa jakości życia, hałas, BHP, edukacja ekologiczna, krwiodawstwo, endoprotezoplastyka. Programy zdrowotne we wszystkich województwach były adresowane do mieszkańców całego województwa lub mieszkańców wybranych powiatów i gmin. 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.

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

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.

Wyniki monitoringu Narodowego Programu Zdrowia 2007–2015 (NPZ) za lata 2009–2011 pokazują zaangażowanie JST w realizację programów zdrowotnych.

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	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%
Polska	**1270**	**55%**	**1878**	**73%**	**2368**	**84%**

Źródło: NIZP-PZH

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 kilkunastu

lat, zgłaszalność na badania diagnostyczne w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów piersi, szyjki macicy i jelita grubego pozostaje na niskim poziomie[48].

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 guidlines for quality assurances in breast cancer screening and diagnosis*[49] 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 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%)[50].

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 województwach podkarpackim (38,5%), małopolskim (36,8%) oraz mazowieckim (32,6%) (wykres 13.).

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

[49] Zob. http://annonc.oxfordjournals.org/content/19/4/614.full.

[50] Analiza porównawcza dynamiki zjawisk w zakresie sytuacji zdrowotnej w regionach na tle deficytów podaży usług zdrowotnych, NIZP-PZH 2014

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

Źródło: Centralny Ośrodek Koordynujący

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 pogłębionej 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.

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

Województwo	Profilaktyczne Programy Zdrowotne	Program Profilaktyki Raka Piersi					
		Etap podstawowy			Etap pogłębionej diagnostyki		
		2009	2010	2011	2009	2010	2011
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
Polska	Liczba zawartych umów	**341**	**350**	**394**	**142**	**144**	**157**
	Liczba świadczeniodawców	**326**	**328**	**369**	**137**	**137**	**145**

Źródło: NIZP-PZH

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 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%.

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 których skierowano zaproszenia), a w 2011 r. było ich 227 321 (6,8%)[51].

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.

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

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

[51] Analiza porównawcza dynamiki zjawisk w zakresie sytuacji zdrowotnej w regionach na tle deficytów podaży usług zdrowotnych, NIZP-PZH 2014

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.

W roku 2009 na realizację programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy zaplanowano ogółem 8 750 950 zł, zaś wykorzystano niemal 96% tej kwoty.

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
Polska	Liczba zawartych umów	**88**	**93**	**96**	**107**	**104**	**111**
	Liczba świadczeniodawców	**87**	**88**	**88**	**106**	**101**	**107**

Źródło: NIZP-PZH

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.

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
Razem	**37793**	**57599**

Źródło: NIZP-PZH

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
Razem	**80**	**92**

Źródło: NIZP-PZH

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 niezwiązanego 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.

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 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*[52], 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

[52] Dz.U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.

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 badań 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 międzywojewódzkie długości trwania życia, a także poziomu umieralności niemowląt. Zmniejszanie nierówności w zdrowiu jest jednym z nadrzędnych celów NPZ oraz DSRK i innych dokumentów strategicznych. Cel ten ma być osiągany 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 właściwy do spraw 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 ds. 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 Narodowy Fundusz Zdrowia (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[53], 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[54].

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[55] i zależy obecnie od liczebności, 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*[56], 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[57], jak również indywidualne i grupowe praktyki lekarskie lub pielęgniarskie. 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

[53] S. Golinowska (red.), op.cit., s. 43.

[54] 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.

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

[56] Dz.U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.

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

Zakłady Opieki Zdrowotnej (SPZOZ) lub jednostki budżetowe. Podmiotami leczniczymi są także instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 *ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych*[58].

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*[59], 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 określane są rozporządzeniami ministra zdrowia, dotyczącymi następujących zakresów:

- podstawowej opieki zdrowotnej;
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- leczenia szpitalnego;
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- rehabilitacji leczniczej;
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
- leczenia stomatologicznego;
- lecznictwa uzdrowiskowego;
- ratownictwa medycznego;
- opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- świadczeń wysokospecjalistycznych;
- programów zdrowotnych.

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

Zgodnie z przepisami *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,* POZ oznacza świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii, udzielane 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.

W ramach POZ funkcjonuje pielęgniarska opieka środowiskowa. Dostępność i organizacja udzielania świadczeń w pielęgniarskiej opiece środowiskowej określona jest w Zarządzeniu Prezesa NFZ. W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pielęgniarka środowiskowa współpracuje z:

1) lekarzem POZ i w porozumieniu z lekarzem wykonuje świadczenia lecznicze;

2) pielęgniarką POZ środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną;

[58] Dz.U. z 2010 r., Nr 96, poz. 618, z późn. zm.

[59] Dz.U. z 2013 r. poz. 672, z późn. zm.

3) położną POZ;

4) pielęgniarką opieki długoterminowej domowej;

5) innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych;

6) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia;

7) rodziną (opiekunami) świadczeniobiorcy.

W ramach POZ realizowana jest również opieka środowiskowa - w miejscu zamieszkania przez położną POZ oraz w miejscu nauki – przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania.

Świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy, od godz. 8.00 danego dnia do godz. 8.00 dnia następnego realizowane są w ramach wyodrębnionej organizacyjnie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna (NiŚOZ) funkcjonuje obecnie w oparciu o zasady określone w zarządzeniu Prezesa NFZ z 15 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (Nr 64/2013/DS0Z).

Celem NiŚOZ jest zapewnienie pacjentom dostępu do świadczeń udzielanych w ramach POZ (tj. zarówno lekarza jak i pielęgniarki POZ) poza normalnymi godzinami pracy przychodni POZ. W przypadkach drobniejszych zachorowań lub urazów, niekwalifikujących się jako stan nagłego zagrożenia zdrowotnego w rozumieniu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, pacjenci powinni w pierwszej kolejności korzystać z pomocy oferowanej przez świadczeniodawców zabezpieczających NiŚOZ na danym terenie, zamiast udawać się do szpitalnych oddziałów ratunkowych lub izb przyjęć.

NiŚOZ zorganizowana jest na zasadzie zapewnienia dostępności świadczeń przez danego świadczeniodawcę na danym obszarze zabezpieczenia. Obszar taki określony jest przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ jako spójny terytorialnie obszar (w szczególności powiat, gmina/gminy, dzielnica/dzielnice miast) wyodrębniony ze względu na konieczność właściwego zabezpieczenia świadczeń, uwarunkowany wielkością populacji i warunkami geograficznymi.

Podmiot leczniczy wyłoniony w ramach przeprowadzonego postępowania do zapewnienia realizacji NiŚOZ na danym obszarze zabezpieczenia wynagradzany jest w formie ryczałtu miesięcznego za gotowość udzielania świadczeń.

Nakłady na podstawową opiekę zdrowotną w latach 2014 – 2015 zostały przedstawione w tabeli poniżej.

Tabela 16. Nakłady na podstawową opiekę zdrowotną w latach 2014–2015

podstawowa opieka zdrowotna	2013	2014	dynamika	2015	dynamika
(w tys. zł.)	7 638 409	7 701 362	100,8%	8 218 037	106,7%

Prognoza wydatków na POZ na najbliższe 3 lata 2016-2018 przedstawiona została w rozdziale 8 Ramy finansowe.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)

Generalną zasadą w polskim publicznym systemie zdrowotnym jest dostęp do lekarza AOS na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, tj. lekarza lub lekarza dentystę, który zawarł umowę z NFZ albo jest zatrudniony w podmiocie, który zawarł taką umowę. Lekarzem kierującym *(gatekeeper)* w polskim systemie nie musi być koniecznie lekarz POZ, może być nim także inny lekarz AOS.

Bez skierowania można uzyskać świadczenia AOS lekarzy wybranych specjalności (ginekologa i położnika, dentysty, wenerologa, onkologa, 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 określanego jako ich rejon[60].

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.

W Polsce rozwinięta jest środowiskowa opieka psychiatryczna. Zespół leczenia środowiskowego finansowany ze środków NFZ udziela porad, sesji, wizyt w miejscu udzielania świadczeń oraz wizyt, porad domowych, środowiskowych w miejscu stałego przebywania świadczeniobiorcy lub innym miejscu poza siedzibą zespołu.

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). Natomiast opieka środowiskowa realizowana jest przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej.

NFZ finansuje koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ZOL i ZPO[61], tj. świadczenia udzielane przez lekarza, pielęgniarkę, badania diagnostyczne, rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego, świadczenia psychologa, terapię zajęciową, leczenie farmakologiczne, leczenie dietetyczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi stosowane przy udzielaniu świadczeń, edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Co warte podkreślenia, koszty wyżywienia i zakwaterowania w ZOL i ZPO są pokrywane przez pacjenta[62]. Takie rozwiązanie jest przykładem współfinansowania w polskim publicznym systemie ubezpieczenia zdrowotnego.

---

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

[61] *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. poz. 1480, z późn. zm.).

[62] *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych* (Dz.U. poz. 731).

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, 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[63].

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

System Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) jest jednym z istotniejszych integralnych elementów systemu ochrony zdrowia. W ramach systemu PRM udzielane są świadczenia zdrowotne pacjentom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, tj. w sytuacji nagłego pogorszenia się zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia. Celem systemu PRM jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. 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.

System PRM jest uzupełniany i wspierany w ciągu dnia przez POZ, a w godzinach nocnych i dniach wolnych od pracy – nocną i świąteczną opiekę medyczną, których działalność dedykowana jest dla pacjentów w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, które nie stanowią bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia. Na stanowiskach dyspozytorów medycznych odbierających zgłoszenia napływające z numeru alarmowego 999 oraz przekierowane przez operatorów numerów alarmowych z centrum powiadamiania ratunkowego odbywa się kwalifikacja zdarzeń pod kątem spełnienia przesłanek świadczących o zaistnieniu stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, a co za tym idzie o konieczności zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego. Powyższa kwalifikacja odbywa się w oparciu o algorytmy zbierania wywiadu medycznego, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (Dz. U. poz. 66). Pacjent, do którego został zadysponowany zespół ratownictwa medycznego przez dyspozytora medycznego, oraz u którego po weryfikacji na miejscu zdarzenia występuje stan nagłego zagrożenia zdrowotnego – jest przewożony przez zespół ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) albo wprost do szpitala udzielającego świadczeń we właściwym zakresie. SOR jest przeznaczony dla pacjentów wymagających pomocy w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i nie zastępuje świadczeń udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ani lekarza poradni specjalistycznej. W przypadku zgłoszenia się do SOR pacjenta niebędącego w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, lekarz SOR może odmówić udzielenia świadczenia i skierować pacjenta do właściwego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń adekwatnych do jego stanu zdrowia pacjenta np. POZ lub nocnej i świątecznej opieki medycznej. Mechanizmy te mają na celu zabezpieczenie dostępności świadczeń zdrowotnych udzielanych w SOR dla osób wymagających nagłej interwencji medycznej – będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Pacjent po wstępnym zabezpieczeniu w SOR lub w Izbie Przyjęć szpitala jest kierowany na właściwy oddział szpitalny, a następnie - w uzasadnionych przypadkach - objęty rehabilitacją i opieką specjalisty w ramach ambulatoryjnej opieki medycznej, dzięki czemu zmniejsza się ryzyko powikłań i ponownego wystąpienia stanu zagrożenia zdrowia lub życia, np. zawału, udaru, itp.

[63] *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego* (Dz.U. poz. 1462).

Planowanie, organizowanie i koordynowanie systemu ratownictwa medycznego należy do zadań wojewodów, natomiast ogólny nadzór nad systemem sprawuje Minister Zdrowia. W ramach tych zadań poszczególni wojewodowie sporządzają wojewódzkie plany działania systemu, które podlegają weryfikacji i zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia. Jednostkami systemu PRM są szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. Ponadto, z systemem współpracują centra urazowe oraz tzw. jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

Podstawową jednostką systemu PRM jest **szpitalny oddział ratunkowy (dalej: SOR)**, będący komórką organizacyjną szpitala, w której udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zadaniem SOR jest przywracanie i stabilizacja funkcji życiowych pacjentów w stanie nagłym, ich wstępna diagnostyka (także obrazowa) oraz natychmiastowe leczenie, w tym zabiegowe. Określenie liczby i rozmieszczenia SOR-ów, jest wypadkową uwzgledniającą kryterium zapewnienia odpowiedniego czasu dotarcia z miejsca zdarzenia do SOR-u (standard tzw. „złotej godziny"), możliwości organizacyjne i infrastrukturalne funkcjonujących szpitali oraz kryterium liczby mieszkańców (z uwzględnieniem średniej krajowej około 150 tys. osób na jeden SOR).

Świadczenia ratownicze udzielane są również na Izbie Przyjęć (IP). Różnice pomiędzy SOR a IP (również w wysokości finansowania) wynikają z odmiennych wymogów jakie muszą spełnić SOR (m.in. liczba personelu medycznego[64] i możliwości diagnostyczno-terapeutyczne). SOR są jednostkami bardziej wyspecjalizowanymi w udzielaniu świadczeń ratunkowych niż IP.

Zespoły ratownictwa medycznego (dalej: ZRM), w tym zespoły lotnicze, odpowiadają za podejmowanie medycznych czynności ratunkowych w warunkach pozaszpitalnych. W ich skład wchodzą m.in. osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Zespoły wyposażone są w specjalistyczne środki transportu sanitarnego.

Zgodnie z pierwotnymi założeniami Programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, wg którego budowany był od roku 1999 system PRM, jeden zespół ratownictwa medycznego powinien przypadać na nie mniej niż 33 tys. mieszkańców (obecnie średnio w kraju wskaźnik ten kształtuje się na poziomie 26 tys. mieszkańców). W nowelizowanej obecnie ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym proponuje się ustalenie udziału specjalistycznych ZRM w ogólnej liczbie zespołów w województwie na poziomie 30%. Przy planowaniu liczby i rozmieszczenia zespołów w terenie wojewoda ma obowiązek uwzględnić następujące parametry czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego:

- mediana czasu dotarcia - w skali każdego miesiąca - jest nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;

- trzeci kwartyl czasu dotarcia - w skali każdego miesiąca - jest nie większy niż 12 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;

- maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

Centrum urazowe (dalej: CU) to wydzielona funkcjonalnie część szpitala, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy oraz inne specjalistyczne oddziały, powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego, tj. osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała. Jeżeli na obszarze danego województwa znajduje się centrum urazowe, to jest ono wskazane w wojewódzkim planie działania systemu PRM, wraz z informacją o zakresie świadczeń opieki zdrowotnej niezbędnych do realizacji jego zadań. CU zabezpiecza populację minimum 1 mln mieszkańców zamieszkujących obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia do centrum w ciągu do 1,5 godziny. Utworzenie każdego nowego centrum urazowego poprzedzone jest przede wszystkim analizą potrzeb w zakresie zachowania czasów dotarcia pacjenta urazowego do CU.

Wykazy tzw. jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego zawierają poszczególne wojewódzkie plany. Ww. jednostki to np. ośrodki replantacyjne, toksykologiczne, oddziały kardiologii inwazyjnej, leczenia hipotermii, oddziały anestezjologii i intensywnej

[64] Pielęgniarka systemu, ratownik medyczny, lekarz systemu

terapii, intensywnej opieki kardiologicznej, leczenia oparzeń, szpitale dziecięce zajmujące się specjalistyczną diagnostyką i leczeniem osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Jednym z elementów infrastruktury niezbędnych dla właściwego funkcjonowania PRM są całodobowe lotniska/lądowiska przy SOR, CU oraz jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, CU powinno dysponować całodobowym lądowiskiem lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie pacjenta urazowego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego. SOR natomiast powinien posiadać całodobowe lotnisko lub lądowisko[65], zlokalizowane w takiej odległości, aby było możliwe przyjęcie osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego. W przypadku braku możliwości technicznych spełnienia tego wymagania dopuszcza się większą odległość oddziału od lotniska lub lądowiska pod warunkiem, że oddział zabezpieczy specjalistyczny środek transportu sanitarnego, a czas trwania transportu osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego specjalistycznym środkiem transportu sanitarnego do oddziału nie przekroczy 5 minut, licząc od momentu przekazania pacjenta przez lotniczy zespół ratownictwa medycznego do specjalistycznego środka transportu sanitarnego. Istotnym z punktu widzenia skuteczności udzielania pomocy medycznej jest zapewnienie dostępu do całodobowych lotnisk/lądowisk również przy jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Kluczowe są ośrodki replantacyjne, leczenia hipotermii, leczenia oparzeń, terapii hiperbarycznej, oddziały toksykologiczne, neurologiczne, leczenia udarów, chirurgii klatki piersiowej, zajmujące się specjalistyczną diagnostyką i leczeniem osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

W ramach systemu PRM pacjenci poszkodowani mają zagwarantowany równy dostęp do możliwie szybkiego uzyskania pomocy medycznej bez względu na to na jakim obszarze kraju się znajdują. Pacjenci poszkodowani są przewożeni do najbliższego SOR/CU zarówno przez naziemne jak i lotnicze zespoły ratownictwa medycznego w zależności od aktualnego stanu zdrowia oraz obrażeń ciała pacjenta.

O tym czy pacjent przewieziony zostanie z miejsca zdarzenia do SOR/CU lub do innego szpitala przez zespół ratownictwa medycznego naziemny bądź lotniczy, decyduje kierownik zespołu ratownictwa medycznego w porozumieniu z dyspozytorem medycznym, biorąc pod uwagę nie względy ekonomiczne, ale stan pacjenta oraz odległość od najbliższego SOR/CU/jednostki, do której pacjent ma być przewieziony.

Kierownik zespołu ratownictwa medycznego lub dyspozytor medyczny decyduje o konieczności użycia śmigłowca do transportu pacjenta w przypadku kiedy:

- czas transportu drogą lotniczą z miejsca zdarzenia/wezwania pacjenta w stanie nagłym, do SOR/CU innego stosownego, jest krótszy od czasu transportu innymi środkami lokomocji i może przynieść korzyść w dalszym procesie leczenia,

- występują okoliczności, które mogą uniemożliwić lub istotnie opóźnić dotarcie przez inne podmioty ratownictwa do poszkodowanego znajdującego się w stanie nagłym (np. topografia terenu), zdarzenie masowe (nagłe zagrożenie, w wyniku którego zapotrzebowanie na medyczne działania ratownicze przekracza możliwości obecnych na miejscu zdarzenia sił i środków oraz zachodzi konieczność prowadzenia segregacji rozumianej jako ustalanie priorytetów leczniczo – transportowych),

- pacjent znajduje się w stanie nagłym, wymagającym pilnej interwencji medycznej.

Transportem lotniczym przewożone są przede wszystkim osoby z mnogimi obrażeniami ciała, ciężkimi poparzeniami, zatruciami, osoby po urazowych amputacjach.

Możliwość przewiezienia pacjenta drogą lotniczą do najbliższego miejsca udzielającego świadczeń zdrowotnych we właściwym zakresie uwarunkowana jest także istnieniem miejsca przeznaczonego do wylądowania lotniczego zespołu ratownictwa medycznego z pacjentem w pobliżu miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego.

[65] Lądowisko powinno spełniać wymagania określone w *ustawie z dnia 3 lipca 2002 r. - Prawo lotnicze* (Dz.U. z 2013 r. poz. 1393, z późn. zm.) oraz w załączniku do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego* (Dz.U. z 2015 r. poz. 178) opisującym szczegółowe wytyczne m.in. w zakresie usytuowania, oznaczenia, oświetlenia lądowiska.

Tym samym zarówno SOR-y, jak i jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego muszą posiadać lotniska lub lądowiska przyszpitalne. Miejsce wypadku czy innego nagłego zdarzenia wymagającego interwencji ratowników medycznych nie powinno mieć znaczenia dla możliwości użycia służb lotniczych, a tym samym możliwości maksymalnie szybkiego transportu poszkodowanego warunkującego uratowanie jego życia.

Działania lotniczych zespołów ratownictwa medycznego skupiają się przede wszystkim na zapewnieniu jak najszybszej pomocy osobom poszkodowanym, bez względu na wyznaczone rejony operacyjne czy granice administracyjne. Możliwość interwencji lotniczych służb ratunkowych powinna być zatem zrównoważona na terenie całego kraju. Ograniczenie dostępu do lotniczych służb ratunkowych może zostać uznane za dyskryminację mieszkańców rejonów operacyjnych, które zostaną wyłączone z działalności LPR.

Brak możliwości użycia do transportu pacjentów znajdujących się w stanie zagrożenia życia drogi lotniczej obniżyłoby znacznie dostępność do świadczeń osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w sytuacji konieczności natychmiastowego przewiezienia ich do SOR/CU/innej jednostki.

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. Funduszami tymi zarządzają wojewódzkie oddziały NFZ, którym wojewodowie powierzają przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów z podmiotami dysponującymi zespołami ratownictwa medycznego.

Działalność lotniczych zespołów ratownictwa medycznego finansowana jest z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia, natomiast świadczenia udzielane w SOR finansowane są oddzielnie przez NFZ, w ramach środków określonych w jego planie finansowym.

Finansowanie świadczeń udzielanych w SOR albo w Izbie Przyjęć (IP) odbywa się w oparciu o stawkę ryczałtu dobowego. Stawkę ryczałtu dobowego za świadczenia udzielane w SOR lub IP stanowi suma składowej za strukturę (równa dobowej wartości stawki bazowej dla SOR albo IP określonej przez dyrektora Oddziału Funduszu) oraz za funkcję (określaną wzorem z uwzględnieniem liczby pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta, na podstawie wykonanych procedur medycznych, liczby dni pobytu i stawki podstawowej za 1 punkt).

Kalkulacja ceny jednostki rozliczeniowej w SOR albo w IP uwzględnia:

– potencjał wykonawczy, tj. personel medyczny, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, możliwości diagnostyczno - terapeutyczne,

– liczbę pacjentów i rodzaj zrealizowanych procedur medycznych pomocy doraźnej.

Podkreślić należy, że zakres świadczeń udzielanych w ramach SOR i Izb Przyjęć jest tożsamy, tj. sprowadza się do świadczenia opieki zdrowotnej, udzielonego w trybie nagłym osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; świadczenia obejmują również świadczenia, które ze względu na stan zdrowia świadczeniobiorcy wymagają niezwłocznego podjęcia czynności związanych z diagnostyką i leczeniem i nie mogą być zrealizowane w tym czasie przez świadczeniodawców udzielających świadczeń w innych rodzajach; świadczenia obejmują w razie konieczności zapewnienie transportu w celu zachowania ciągłości leczenia.

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.

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[66].

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. Od 1 stycznia 2015 r. świadczenia wysokospecjalistyczne kontraktowane są bezpośrednio przez NFZ.

Do tego rodzaju świadczeń zalicza się m.in. niektóre przeszczepy narządów, wybrane świadczenia z zakresu kardiochirurgii, np. operacje wad wrodzonych serca[67]. 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[68]

W Polsce istnieje służba medycyny pracy, której głównym zadaniem jest ochrona zdrowia pracujących, w tym prowadzenie profilaktyki chorób związanych z wykonywaniem pracy. Ze względu na swoją specyfikę koncentruje się ona na chorobach zawodowych i urazach powstałych w miejscu pracy. Jedną z głównych aktywności w ramach świadczeń medycyny pracy jest wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych pracowników. Służba medycyny pracy zajmuje się także 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)

Tabela 17. 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
Polska	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.orgsocial-issues-migration-healthtotal-expenditure-on-health_20758480-tablel).

[66] *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej* (Dz. U. 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. poz. 1445, z późn. zm.).

[68] *Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy* (Dz.U. z 2014 r. poz. 1148).

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%)[69]. 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[70]. W 2012 r. wydatki ogółem na ochronę zdrowia, tj. wydatki bieżące i inwestycyjne wyniosły 107.8 mld zł i stanowiły 6,8% Produktu Krajowego Brutto (6,9 % PKB w 2011 r.). W relacji do PKB bieżące wydatki prywatne kształtowały się w 2012 r. na podobnym poziomie jak w roku 2011 (1,9% PKB), natomiast udział bieżących wydatków publicznych na ochronę zdrowia zmniejszył się z 4,53% do 4,43%[71].

Według danych Narodowego Rachunku Zdrowia 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), w 2012 r. 24 517 mln zł (1,54% 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 gospodarstwa domowe dominowały wydatki na produkty farmaceutyczne, które stanowiły w ostatnich latach ponad 60% wydatków na zdrowie. W najbardziej obciążonych wydatkami na zdrowie gospodarstwach domowych emerytów i rencistów wydatki na leki osiągnęły poziom 75% wydatków na zdrowie[72].

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ przedstawione zostały w tabeli poniżej[73]:

Tabela 18. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ

Rok	Koszty świadczeń opieki zdrowotnej NFZ w tys. zł
2003	29 211 316
2004	30 487 361
2005	33 003 941
2006	35 965 840
2007	40 122 980
2008	49 348 746
2009	55 038 582
2010	56 643 910
2011	58 224 321
2012	59 875 547
2013	62 077 983
2014	64 517 195
2015	65 379 501

Dane Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego MZ

[69] Narodowy Rachunek Zdrowia za 2011 rok, GUS, Warszawa 2013.

[70] *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.

[71] Narodowy Rachunek Zdrowia za 2012 r., GUS Warszawa 2014 http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/4/5/1/z_narodowy_rachunek_zdrowia_2012.pdf

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

[73] Dwie ostatnie wartości pochodzą z planów finansowego NFZ. W 2014 różnica w stosunku do wykonania będzie niewielka, ponieważ jest to plan zaktualizowany w końcu roku.

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[74] tylko kilka ma uregulowane ustawowo kwalifikacje, uprawnienia zawodowe, zasady doskonalenia zawodowego i odpowiedzialności zawodowej (lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, farmaceuta, diagnosta laboratoryjny oraz częściowo ratownik medyczny)[75]. 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.

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

Źródło: WHO HFA DB.

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

[75] *Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. z 2015 r. poz. 464), *ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.), *ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz.U.z 2013 r. poz.757, z późn. zm.), *ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1429, z późn. zm.), *ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1384, z późn. zm.).

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[76] 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 niedostateczną liczbę 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[77].

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

[76] Dane zawarte w raporcie OECD „Health at a Glance: Europe 2014", z których wynika, że w 2012 r. w Polsce na 1000 osób przypadało 2,2 praktykujących lekarzy, są rozbieżne ze wskaźnikiem obliczonym na podstawie danych zawartych w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej prowadzonym przez Naczelną Radę Lekarską.Wskaźnik określający liczbę lekarzy praktykujących (w polskiej nomenklaturze lekarzy tych określa się jako lekarzy wykonujących zawód) na 1000 mieszkańców Polski na dzień 31.12.2012 r. wynosił 3,24, przy założeniu, że liczba lekarzy wykonujących zawód wynosiła 124 851 (według danych zawartych w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej prowadzonym przez Naczelną Radę Lekarską – stan na dzień 31.12.2012 r.) oraz liczba mieszkańców Polski wynosiła 38 533 299 (według danych GUS, Rocznik Demograficzny 2013 – stan na dzień 31.12.2012 r.). Obecnie ww. wskaźnik wynosi 3,34, przy założeniu, że liczba lekarzy wykonujących zawód wynosi 128 570 (według danych zawartych w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej prowadzonym przez Naczelną Radę Lekarską – stan na dzień 6.05.2015 r.) oraz liczba mieszkańców Polski wynosi 38 478 602 (według danych GUS – stan na dzień 31.12.2014 r.). Ww. wskaźnik jest zbliżony do średniego wskaźnika dla 28 krajów Unii Europejskiej, wynoszącego 3,4, plasując Polskę na tym samym miejscu, które zajmuje Francja, Finlandia i Estonia.

[77] 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.

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.

Szczególnie istotną kwestią dotyczącą zasobów kadrowych jest zapewnienie odpowiedniej do potrzeb pacjentów liczby lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej tak, aby względy kadrowe nie stanowiły bariery dla pacjentów w dostępie do POZ. Zgodnie z obowiązującymi przepisami (art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeń z zakresu poz może udzielać lekarz, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń poz:

1) posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub

2) odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub

3) posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub

4) posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub

5) posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub

6) posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii.

W 2012 r. liczba lekarzy posiadających kwalifikacje zgodne z warunkami umowy z NFZ, tj. uprawnianych do przyjmowania deklaracji wyboru lekarza POZ, wynosiła 26 244, w 2014 r. - 26 168 a w 2015 wynosi 24 054.

Ten niekorzystny trend wymaga wzmocnienia działań na rzecz wsparcia kształcenia lekarzy POZ.

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*[78] umożliwiła wdrożenie nowych rozwiązań dotyczących specjalizacji, m.in. w celu skrócenia czasu niezbędnego do uzyskania w Polsce tytułu specjalisty.

[78] Dz. U. z 2011 r., Nr 113, poz. 658.

Tabela 19. 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 wewnętrznych	Pediatrii	Chorób płuc
Polska	**2010**	165,8	80,5	6,0	25,7	14,7	3,6
	2011	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 20. 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
Polska	**2010**	6,0	3,1	6,4	19,4	12,1	4,5	5,9
	2011	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 pielęniarek na 100 tys. ludności w krajach UE w 2011 r.

Źródło : WHO HFA DB.

Wykres 18. Personel pracujący w placówkach ochrony zdrowia – pielęgniarki, wskaźnik na 10 tys. ludności, stan na dzień 31.12.2011 r.

Źródło: NIZP-PZH

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

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 r.

Źródło: NIZP-PZH

Tabela 21. 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.

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 upraktycznienia 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*[79], uwzględnia 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 szkoleniowych. Wspomniana zmiana z roku 2011, dotycząca kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów, zastąpiła system podstawowych i szczegółowych specjalizacji systemem modułowym. Szkolenie specjalistyczne w określonej dziedzinie medycyny składa się z modułu podstawowego, obejmującego podstawową wiedzę teoretyczną i praktyczne umiejętności w danej dziedzinie specjalności medycznej, i modułu specjalistycznego, różniącego się w zależności od wybranego obszaru specjalizacji. Dostępny jest także moduł ujednolicony, który łączy szkolenie podstawowe i specjalizacyjne. 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 specjalizacyjnego w ramach umowy o pracę zawartej na czas realizacji programu specjalizacji z akredytowaną jednostką szkolącą. Powszechnie uznawana jest za najefektywniejszą formę kształcenia specjalizacyjnego 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*[80].

[79] Dz.U. z 2012 r. poz. 900.

[80] Dz. U. z 2012 r. poz. 1489.

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

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

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

Specjalizacja ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną specjalistycznej wiedzy i umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie 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 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, i 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*[81], 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*[82], plany studiów i programy.

[81] Dz.U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.

[82] Dz.U. z 2011 r., Nr 253, poz. 1520.

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 godzin, 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*[83], 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.

Diagności laboratoryjni

Diagności laboratoryjni są grupą zawodową, działającą na podstawie przepisów *ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej*. Mają obowiązek pogłębiania oraz aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych, w tym prawo 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*[84], 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 z danymi Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych w Polsce zarejestrowanych jest 2 716 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 sprawą drugorzędną w kontekście działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej, zwłaszcza 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.*[85] *– Prawo farmaceutyczne* farmaceuta zobowiązany jest do podnoszenia kwalifikacji zawodowych poprzez uczestnictwo w szkoleniach, celem aktualizacji posiadanego zasobu wiedzy oraz stałego dokształcania się w zakresie nowych osiągnięć nauk farmaceutycznych. Farmaceuci to grupy zawodowa licząca ponad 27 tys. osób. Usługi świadczone przez farmaceutów służą zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Ma to szczególne znaczenie w kontekście chorób cywilizacyjnych (m.in. chorób krążenia, układu oddechowego czy chorób nowotworowych). Istotny 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*[86]. Specjalizacje w ramach kształcenia podyplomowego prowadzą wydziały

[83] Dz.U. z 2002 r., Nr 173, poz. 1419, z późn. zm.

[84] Dz.U. z 2004 r., Nr 43, poz. 408, z późn. zm.

[85] Dz. U. z 2008 r., Nr 45, poz. 271, z późn. zm.

[86] Dz. U. z 2003 r., Nr 101, poz. 941, z późn. zm.

albo inne jednostki organizacyjne szkół wyższych, które realizują studia na kierunku farmacja, po uzyskaniu akredytacji ministra zdrowia[87].

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*[88]. Doskonalenie zawodowe ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych jest realizowane w formie kursów doskonalących i seminariów. Stanowią one odpłatną formę wyszkolenia 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 teoretycznej 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 bezpośrednie 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. Niemniej jednak, nabór pilotów odbywa się corocznie, tak aby zapewnione zostało dysponowanie odpowiednimi zasobami kadrowymi.

Na dzień 1 czerwca 2015 r. w strukturze SP ZOZ LPR zatrudnionych jest 82 pilotów śmigłowcowych. Z ww. liczby pilotów, 73 pilotów wykonuje swoje obowiązki w ramach zadań realizowanych przez Śmigłowcową Służbę Ratownictwa Medycznego (HEMS). Kolejnych 5 pilotów uczestniczy natomiast w procesie przygotowania do uzyskania kwalifikacji dowódcy śmigłowca Eurocopter EC 135 w operacjach HEMS.

Według zapisów Instrukcji Operacyjnej SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe:

A. Loty HEMS w nocy mogą wykonywać wszystkie bazy operacyjne HEMS SP ZOZ Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

B. Piloci posiadający doświadczenie lotnicze na typie śmigłowca EC 135 mniejsze niż 150 godzin i w nocy mniejsze niż 25 godzin, mogą wykonywać misje dzienne (z możliwością powrotu do bazy macierzystej w nocy); Zadania wynikające z ograniczeń zawartych w pkt. B, na dzień 01.06.2015 r. realizuje 2 pilotów uczestniczących w operacjach HEMS.

C. Piloci posiadający doświadczenie lotnicze w nocy, na typie śmigłowca EC 135, większe niż 25 godzin (ale mniejsze niż 75 godzin w nocy na typie EC 135 w operacjach HEMS):

---

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

[88] Dz.U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.

– realizują loty HEMS w nocy do najbliższego miejscu zdarzenia miejsca gminnego lub bezpośrednio do miejsca zdarzenia w przypadku autostrad i dróg dwujezdniowych oraz zdarzeń masowych;

– zawsze w asyście jednostek straży pożarnej.

Zadania wynikające z ograniczeń zawartych w pkt. C, na dzień 01.06.2015 r. realizować może 71 pilotów.

D. Piloci posiadający doświadczenie lotnicze w nocy, w operacjach HEMS, na typie śmigłowca EC 135, większe niż 75 godzin:

– mogą realizować loty HEMS w nocy bezpośrednio do miejsca zdarzenia w każdym przypadku;

– zawsze w asyście jednostek straży pożarnej.

Zadania wynikające z ograniczeń zawartych w pkt. D, na dzień 01.06.2015 r. realizować może 6 pilotów.

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[89] – 4 966, publiczne podmioty lecznicze – 823, indywidualne praktyki lekarskie – 290, grupowe praktyki lekarskie – 40[90].

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*[91].

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 (dla celów administracyjnych), zaliczany jest do silnych stron POZ w Polsce[92].

Z danych statystycznych wynika, że podstawowa infrastruktura systemu ochrony zdrowia w Polsce, w przeciwieństwie do świadczeń opieki zdrowotnej związanych z nowoczesnym i kapitałochłonnym sposobem ich udzielania (np. kardiologia inwazyjna, radioterapia), rozlokowana jest raczej równomiernie, choć liczba placówek w aglomeracjach miejskich jest

[89] Dawne Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej.

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

[91] Dz. U. z 2013 r. poz. 1248. Zgodnie z załącznikiem nr 1 część V do tego aktu do **wymaganego sprzętu i wyposażenia** zalicza się: aparat EKG, zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, pozostałe wyposażenie niezbędne do udzielania świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (zestaw przeciwwstrząsowy, stół do badania niemowląt, waga medyczna dla niemowląt, waga medyczna ze wzrostomierzem, tablice do badania ostrości wzroku, sprzęt i pomoce do przeprowadzenia testów przesiewowych dzieci i młodzieży, podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych, zestaw do wykonywania zabiegów i opatrunków, aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych, glukometr, otoskop, lodówka, kozetka lekarska, stolik zabiegowy, szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych, telefon). **Wymagane warunki lokalowe** to: gabinet lekarski, gabinet zabiegowy, punkt szczepień, pomieszczenie do przechowywania dokumentacji medycznej, pomieszczenia sanitarne, poczekalnia dla świadczeniobiorców.

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

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[93].

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)[94].

Tabela 22. 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 świadczeńobiorców na 1 miejsce udzielania świadczeń	liczba lekarzy udzielających świadczeń	w tym: Posiadających kwalifikacje zgodne z warunkami umowy uprawnione do przyjmowania deklaracji wyboru	liczba pacjentów objętych opieką	Średnia liczba świadczeniobiorców na 1 lekarza zgłoszonego przez świadczeniodawcę do realizacji umowy
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	1028	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	1123	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
OW NFZ razem	6 119	9 697		31 979	26 244	3 687 9258	

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

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

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

Tabela 22a. Umowy w zakresie świadczenia lekarza POZ

OW NFZ	Umowy w zakresie: świadczenia lekarza POZ - łącznie						
	liczba umów zawartych na 2014 r. = liczba podmiotów	liczba miejsc udzielania świadczeń	Średnia liczba świadczeniobiorców na 1 miejsce udzielania świadczeń	liczba lekarzy zgłoszonych do realizacji umów	w tym: posiadających kwalifikacje zgodne z warunkami umowy / uprawnione do przyjmowania deklaracji wyboru	liczba pacjentów objętych opieką	Średnia liczba świadczeniobiorców na 1 lekarza uprawnionego do przyjmowania deklaracji wyboru świadczeniobiorców
Dolnośląski	495	1 151	**2 459**	2 633	2 135	2 830 069	**1 326**
Kujawsko-Pomorski	305	495	**4 759**	1 987	1 544	2 355 611	**1 526**
Lubelski	430	613	**3 410**	2 364	1 419	2 090 317	**1 473**
Lubuski	188	381	**2 570**	619	521	979 138	**1 879**
Łódzki	447	765	**3 214**	2 579	1 624	2 458 353	**1 514**
Małopolski	467	619	**5 281**	3 231	2 285	3 268 984	**1 431**
Mazowiecki	672	1 046	**4 888**	4 350	3 155	5 113 147	**1 621**
Opolski	189	244	**3 811**	715	612	929 845	**1 519**
Podkarpacki	339	671	**3 032**	1 520	1 404	2 034 531	**1 449**
Podlaski	237	521	**2 110**	978	725	1 099 486	**1 517**
Pomorski	288	460	**4 648**	2 708	1 633	2 138 112	**1 309**
Śląski	751	1 145	**3 816**	4 197	3 827	4 368 838	**1 142**
Świętokrzyski	184	379	**3 109**	1 067	899	1 178 393	**1 311**
Warmińsko-Mazurski	278	364	**3 796**	886	827	1 381 717	**1 671**
Wielkopolski	632	765	**4 358**	2 445	2 445	3 334 177	**1 364**
Zachodniopomorski	293	405	**4 071**	1 154	1 113	1 648 717	**1 481**
OW NFZ razem*	6 195	10 024		33 433	26 168	37 209 435	

Źródło: Dane z Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego (stan na dzień 25.02.2014 r.).

W 2015 r. zawarto 6226 umów na realizację świadczeń lekarza POZ w 9700 lokalizacjach.

Tabela 23. Umowy w zakresie świadczenia pielęgniarki POZ

OW NFZ	Umowy w zakresie świadczenia pielęgniarki POZ – łącznie						
	liczba umów zawartych na 2013 r. = liczba podmiotów	liczba miejsc udzielania świadczeń	Średnia liczba świadczeniobiorców na 1 miejsce udzielania świadczeń	liczba pielęgniarek zgłoszonych do realizacji umów	w tym: posiadających kwalifikacje zgodne z warunkami umowy uprawnione do przyjmowania deklaracji wyboru	liczba pacjentów objętych opieką	Średnia liczba świadczeniobiorców na 1 pielęgniarkę 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

OW NFZ	Umowy w zakresie świadczenia pielęgniarki POZ – łącznie						
	liczba umów zawartych na 2013 r. = liczba podmiotów	liczba miejsc udzielania świadczeń	Średnia liczba świadczeniobiorców na 1 miejsce udzielania świadczeń	liczba pielęgniarek zgłoszonych do realizacji umów	w tym: posiadających kwalifikacje zgodne z warunkami umowy uprawnione do przyjmowania deklaracji wyboru	liczba pacjentów objętych opieką	Średnia liczba świadczeniobiorców na 1 pielęgniarkę zgłoszoną przez świadczeniodawcę do realizacji umowy
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
OW NFZ razem	6 245	8 063		19 650	18 882	34 769 735	

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

Tabela 23a. Umowy w zakresie świadczenia pielęgniarki POZ

OW NFZ	Umowy w zakresie: świadczenia pielęgniarki POZ- łącznie						
	liczba umów zawartych na 2014 r. = liczba podmiotów	liczba miejsc udzielania świadczeń	Średnia liczba świadczeniobiorców na 1 miejsce udzielania świadczeń	liczba pielęgniarek zgłoszonych do realizacji umów	w tym: posiadających kwalifikacje zgodne z warunkami umowy / uprawnione do przyjmowania deklaracji wyboru	liczba świadczeniobiorców objętych opieką	Średnia liczba świadczeniobiorców na 1 pielęgniarkę uprawnioną do przyjmowania deklaracji wyboru świadczeniobiorców
Dolnośląski	533	688	**4 044**	1 595	1 397	2 782 143	**1 992**
Kujawsko-Pomorski	330	419	**4 860**	1 159	1 091	2 036 340	**1 866**
Lubelski	448	555	**3 742**	1 346	1 268	2 076 569	**1 638**
Lubuski	209	263	**3 554**	435	418	934 651	**2 236**
Łódzki	451	594	**4 115**	1 526	1 348	2 444 409	**1 813**
Małopolski	467	573	**5 171**	1 661	1 564	2 962 839	**1 894**
Mazowiecki	664	995	**5 086**	2 998	2 919	5 060 091	**1 734**
Opolski	159	210	**3 677**	403	341	772 198	**2 265**
Podkarpacki	441	617	**3 039**	1 021	1 021	1 874 891	**1 836**
Podlaski	232	491	**2 169**	974	657	1 065 051	**1 621**
Pomorski	289	381	**5 098**	1 037	998	1 942 186	**1 946**
Śląski	742	972	**4 310**	2 042	2 042	4 189 044	**2 051**
Świętokrzyski	232	313	**3 670**	666	656	1 148 557	**1 751**
Warmińsko-Mazurski	257	297	**4 543**	634	610	1 349 149	**2 212**
Wielkopolski	601	637	**4 726**	1 409	1 409	3 010 324	**2 136**
Zachodniopomorski	281	351	**4 645**	805	805	1 630 349	**2 025**
OW NFZ razem	6 336	8 356		19 711	18 544	35 278 791	

Źródło: Dane Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego (stan na dzień 25.02.2014 r.).

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% wszystkich porad w AOS[95]. Najwięcej specjalistycznych porad lekarskich udziela się w poradniach chirurgicznych (17%), ginekologiczno-położniczych (14%) i okulistycznych (11%)[96].

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 rośnie systematycznie od 2000 roku, podczas gdy liczba jednostek publicznych maleje)[97]. 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*[98].

Stacjonarna opieka zdrowotna[99]

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 w rodzaju leczenie szpitalne[100]. 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*[101].

Zobowiązania ogółem publicznych szpitali w okresie 2009 r. – I kw. 2014 r. kształtowały się na poziomie 9,5 - 10,8 mld zł. Od roku 2009 następował stały wzrost zobowiązań ogółem (wymagalnych i niewymagalnych), by w roku 2012 osiągnąć najwyższy w analizowanym okresie poziom - 10,8 mld zł. W okresie 2013 r. – I kw. 2014 r. zobowiązania ogółem spadły do poziomu 10,1 mld zł.

Natomiast zobowiązania wymagalne w okresie 2009 r. – I kw. 2014 r. kształtowały się na poziomie 2,1 - 2,7 mld zł. Podobnie jak w przypadku zobowiązań ogółem, najwyższa ich wartość przypada na koniec 2012 r. i wynosi 2,7 mld zł. W roku 2013 zobowiązania wymagalne spadły do - najniższego w analizowanym okresie - poziomu 2,1 mld zł, a na koniec I kw. 2014 r. nieznacznie wzrosły do 2,2 mld zł.

Warto zauważyć, że w analizowanym okresie na skutek likwidacji, połączeń oraz przekształceń w spółki kapitałowe zmniejszyła się liczba publicznych szpitali będących samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej – z 605 na koniec 2009 r. do 472 na koniec I kw. 2014 r.

---

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

96 *Ibidem.*

97 *Ibidem*.

98 Dz. U. z 2013 r. poz. 1413, z późn. zm.

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

100 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.

101 Dz. U. z 2013 r. poz. 1520.

Poziom centralny:

Infrastruktura stacjonarnej opieki zdrowotnej[102] 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. W 2012 r. liczba łóżek ogółem w szpitalach ogólnych spadła do 184 962 (891 szpitali ogólnych), a na koniec 2013 r. liczba łóżek ogółem wynosiła 183 961 (943 szpitale ogólne).

Wskaźniki statystyczne liczby łóżek (na 10 tys. ludności) wynosiły w 2009 r. 48, w 2010 r. 47, w 2011 r. oraz 2012 r. 48, w 2013 r. 47,8.

Tabela 24. 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[103]	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.*

Tabela 25. Liczba leczonych ogółem i liczba leczonych na jedno łóżko (lata 2009–2012)

Rok	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.*

[102] Dane według sprawozdania MZ-29.

[103] 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. poz. 594).

Tabela 26. 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			wskaźnik w dniach	w kraju	wskaźnik w dniach	wskaźnik w %	miejsce w kraju
		wskaźnik	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-Pomorski	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 27. Wskaźniki statystyczne przeciętnego pobytu i wykorzystania łóżek (lata 2009–2012)

Rok	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[104].

Tabela 28. Liczba łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców

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

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

[104] 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: interne, chirurgię, pediatrię i ginekologię z położnictwem oraz intensywną terapię, co nie jest zgodne z polską statystyczną definicją szpitala ogólnego, do której zaliczamy wszystkie szpitale od powiatowego, miejskiego, wojewódzkiego, klinicznego do instytutowego, z wyjątkiem szpitala psychiatrycznego. Podobnie w zakresie liczby łóżek szpitalnych statystyki większości krajów unijnych wyróżniają *acute beds*, czyli „ostre łóżka", w dodatku w *short term hospitals,* czyli szpitalach krótkiego pobytu, podczas gdy w naszych zestawieniach dane odnosić się będą do szpitali ogólnych, w tym niepublicznych i liczby łóżek ogółem. Podobna sytuacja jest w przypadku stacjonarnej opieki długoterminowej; w polskim systemie występują zakłady opieki długoterminowej, takie jak np. hospicja stacjonarne, ZOL, ZPO itp., a w innych państwach unijnych jednostki typu *long term care*, czyli opieki długoterminowej, czy *etablissements medico-socio*, czyli zakłady medyczno-socjalne, *nursing home* zwyczajowo nazywane „szpitalami pielęgniarskimi" itp., w których liczba łóżek i zakres świadczeń są dość trudne do porównania. Dla potrzeb analizy zdecydowano więc jedynie na dokonanie porównań liczby łóżek opieki stacjonarnej w rozumieniu „szpitalnych".

jako „inny" niż wymienione w tabeli np. hematologii dziecięcej, nowotworów głowy i szyi itp.) w oddziałach toksykologicznych – 229, transplantologii – 467, chirurgii szczękowej – 534 oraz geriatrycznych – 672.

Analogicznie najwyższe wskaźniki liczby łóżek w oddziałach na 10 tys. ludności zanotowano w oddziałach chorób wewnętrznych – 6,7, chirurgii ogólnej – 5,5, ginekologii i położnictwa – 4,7 oraz rehabilitacji – 4,2, najmniejsze w oddziałach toksykologicznych, transplantologii i chirurgii szczękowej – po 0,1 w każdym z powyższych oraz geriatrii – 0,2.

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 najwięcej pacjentów leczono w oddziałach chorób wewnętrznych – 1 131 661, ginekologiczno-położniczych – 1 099 438, chirurgii ogólnej – 1 040 466, kardiologii – 559 401 oraz pediatrycznych – 445 800 i chirurgii urazowo-ortopedycznej – 450 333, natomiast najmniej 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 najwięcej 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.

Tabela 29. 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

Oddziały	Łóżka		Wskaźnik wykorzystania łóżek	
	liczba łóżek bezwzględna	wskaźnik na 10 tys. ludności	w dniach	w %
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.*

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.

Analizując powyższe wskaźniki,[105] należy stwierdzić, że największe liczby leczonych w 2012 r. zanotowano w województwach łódzkim – 2 450,3, mazowieckim – 2 359,8 i świętokrzyskim – 2 324,0 na 10 tys. mieszkańców, natomiast najmniejsze w województwach pomorskim – 1 741,1, opolskim – 1 811,6 i lubuskim – 1 883,2 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.

[105] 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.

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

Tabela 30. 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	8 156 554	2 116,8	44,5	45 045,7	5,5
Wewnętrzny	1 131 661	293,7	43,9	7 091,3	6,3
Kardiologiczny	559 401	145,2	65,7	2 295,5	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	1 318,0	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	1 040 466	270,0	49,5	4 739,9	4,6
Chirurgiczny dziecięcy	135 856	35,3	63,9	425,9	3,1
Chirurgii urazowo-ortopedycznej	450 533	116,9	41,7	2 454,4	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	2 115,7	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	2 129,7	7,1
Psychiatryczny	60 907	15,8	12,2	1 702,4	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	1 099 438	285,3	60,7	3 925,6	3,6
Pediatryczny	445 800	115,7	43,6	1 946,0	4,4
Rehabilitacyjny	211 886	55,0	13,4	4 937,8	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	1 732,7	4,6
Inny	21 104	5,5	85,4	43,8	2,1

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

Tabela 31. 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	184 962	48,0	x
Dolnośląskie	79	14 670	50,3	5
Kujawsko-pomorskie	41	9 403	44,9	12
Lubelskie	49	11 638	53,7	2
Lubuskie	24	4 466	43,6	15
Łódzkie	65	12 931	51,2	3
Małopolskie	74	14 761	44,0	13
Mazowieckie	113	25 246	47,6	6
Opolskie	26	4 613	45,7	10
Podkarpackie	38	10 000	46,9	9
Podlaskie	32	5 684	47,4	7
Pomorskie	50	8 962	39,1	16
Śląskie	132	25 869	56,0	1
Świętokrzyskie	24	6 481	50,9	4
Warmińsko-mazurskie	42	6 344	43,7	14
Wielkopolskie	65	15 800	45,6	11
Zachodniopomorskie	37	8 094	47,0	8

bez MSW i Ministerstwa Sprawiedliwości.

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

Tabela 32. Wskaźnik liczby leczonych (na 10 tys. mieszkańców) według województw, w 2012 r.

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.*

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 żylaków, drobne zabiegi chirurgiczne), chirurgii urazowej (artroskopie, stabilizacje kostne), okulistyki (zaćma), laryngologii (operacje migdałków) itp. Hospitalizacje jednodniowe wykonują podmioty publiczne i niepubliczne.

W statystyce publicznej wykazywana jest liczba leczonych w trybie dziennym na oddziałach stacjonarnych (tabela 33).

W tabeli 33 wskazano spadek liczby leczonych w trybie dziennym na oddziałach stacjonarnych od 1 322 191 w 2009 do 827 184 w 2012 r. Jednakże należy podkreślić że w 2013 r. liczba leczonych w trybie dziennym na oddziałach stacjonarnych wzrosła do 2 302 121 osób[106].

Tabela 33. 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.*

Analizując dane dotyczące liczby miejsc (łóżek) w szpitalach ogólnych w trybie dziennym w układzie województw, należy stwierdzić, że największą liczbę miejsc wykazały w 2013 r. województwa mazowieckie – 1 141 i śląskie – 600, a najmniejszą województwa, łódzkie –58 i świętokrzyskie – 59. W odniesieniu do liczby leczonych w trybie dziennym najwięcej pacjentów odnotowano w województwach: mazowieckim – 537 278, dolnośląskim – 377 715 i pomorskim – 227 173, najmniej w województwie świętokrzyskim – 3 210.

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.

Tabela 34. Liczba miejsc i leczeni 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	827184	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

[106] Biuletyn CSIOZ

Polska / Województwo	Liczba miejsc	Miejsce w kraju	Leczeni w trybie dziennym liczby bezwzględne	Miejsce w kraju
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.*

Tabela 35. Liczba leczonych w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych według oddziałów w 2012 r.

Oddziały	Leczeni w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych, liczby bezwzględne	Oddziały	Leczeni w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych, liczby bezwzględne
OGÓŁEM, w tym	827 184	Neurologiczny	3 983
Wewnętrzny	14 015	Psychiatryczny	205
Kardiologiczny	5 889	Odwykowy	0
Reumatologiczny	2 686	Chorób zakaźnych	566
Gastrologiczny	4 996	Obserwacyjno-Zakaźny	937
Onkologiczny	129 238	Ginekologiczno-Położniczy	32 240
Nefrologiczny	1 936	Pediatryczny	12 984
Hematologiczny	30 093	Rehabilitacyjny	3 605
Chirurgiczny ogólny	49 193	Przewlekle Chorych	26
Chirurgiczny dziecięcy	3 597	Geriatryczny	15
Chirurgii Urazowo -Ortopedycznej	3 912	Intensywnej Terapii	171
Neurochirurgiczny	575	Chirurgii Szczękowo -Twarzowej	1 387
Kardiochirurgiczny	57	Endokrynologiczny	6 218
Urologiczny	21 320	Transplantologiczny	392
Gruźlicy i Chorób Płuc	321	Toksykologiczny	0
Dermatologiczny	980	Ratunkowy	462 874
Okulistyczny	27 439	Neonatologiczny	154
Otolaryngologiczny	3 914	Inny	1 266

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

Analiza danych Narodowego Funduszu Zdrowia wykazuje, że liczba świadczeń jednodniowych jest większa niż ww. liczba leczonych w trybie dziennym na oddziałach stacjonarnych. Wg danych NFZ w 2013 r. zrealizowano 3 667 875 świadczeń jednodniowych w tym 3 187 718 to świadczenia, które nie były kontraktowane jako jednodniowe, ale faktycznie trwały jeden dzień.[107]

Stacjonarna opieka zdrowotna długoterminowa

Jedną z konsekwencji demograficznego starzenia się społeczeństw jest wzrost liczby osób o ograniczonej samodzielności. Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego oraz szacunki Głównego Urzędu Statystycznego potwierdzają powszechnie występującą prawidłowość, zgodnie z którą odsetek osób niepełnosprawnych wzrasta z wiekiem. Wpływa to na zwiększenie

[107] Dane z NFZ z systemu BO XI stan na 15.01.2015 r. - Są to świadczenia, w których data przyjęcia jest tożsama z datą wypisu i nie zakończyły się ani śmiercią pacjenta ani przekazaniem do innego szpitala.

się udziału osób niesamodzielnych w najstarszych kohortach wieku. Wobec coraz szybszego tempa demograficznego starzenia się polskiego społeczeństwa coraz bardziej istotne staje się zatem trafne oszacowanie skali niesamodzielności wśród ludzi starych oraz związanych z tym potrzeb.

Ankietowe badania GUS dotyczące subiektywnej oceny własnego zdrowia wykazują, że stan zdrowia dorosłych Polaków stale się poprawia, w tym również osób w wieku 65 lat i więcej. W okresie między 2005 a 2012 rokiem wyraźnie (o 10 p.proc.) zmniejszył się odsetek osób starszych, które swoje zdrowie oceniły jako złe lub bardzo złe – jest on jednakże nadal bardzo wysoki.

Ostatnie badania GUS – z 2012 r. – wykazały, że tylko co ósma starsza osoba w Polsce (13%) oceniła swój stan zdrowia jako co najmniej dobry, kolejne 45% zadeklarowało taki sobie stan zdrowia (ani dobry ani zły), a pozostałe 42% wskazało na zły lub bardzo zły (w 2005 r. ocen takich było ponad 50%). Generalnie kobiety zwykle sceptyczniej oceniają swoje zdrowie niż mężczyźni i tę zależność obserwujemy we wszystkich grupach wieku – nie tylko wśród osób starszych.

Relatywnie słabą kondycję zdrowotną osób starszych wyraźnie widać, jeżeli rozpatrzymy inne – obok samooceny – aspekty, np. częstość występowania długotrwałych problemów w postaci chorób przewlekłych, sprawności narządów, mobilności lub ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu.

Jak wskazują wyniki badania zdrowia z 2009 r. – tylko co 9 osoba starsza zadeklarowała, że nie odczuwa długotrwałych problemów zdrowotnych i nie choruje przewlekle, natomiast zdecydowana większość (blisko 90%) potwierdziła występowanie takich problemów.

Ważnym aspektem jest ocena możliwości samodzielnego funkcjonowania, w tym zdolność do samoobsługi oraz wykonywania czynności domowych. Według wyników badania GUS z 2009 r. co 3 starsza osoba miała ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności związanych z samoobsługą. Największą trudność naszym seniorom sprawiało kładzenie się i wstawanie (z łóżka, krzesła), toaleta, a także ubranie się (rozebranie). Z powodu braku pomocy innych osób czy specjalnego wyposażenia lub urządzeń blisko połowa osób starszych musiała samodzielnie pokonywać niedogodności w codziennym funkcjonowaniu[108].

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 (lata 2009-2012) wzrastała zarówno liczba miejsc stacjonarnych i dziennych, jak i liczba pacjentów.

W analizowanym okresie (lata 2009-2012) 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.

Równolegle ze wzrostem liczby miejsc stwierdzono również wzrost liczby pacjentów długoterminowej opieki stacjonarnej: z 58 494 do 76 420, z największymi liczbami pacjentów w ZOL od 33 043 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.

[108] „Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050", Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, listopad 2014 r., str. 16 i 17.

Dotychczasowe badania dotyczące zapotrzebowania na pomoc ze strony innych osób pokazują oczywiście, że wzrostowi liczby ludzi starszych w Polsce towarzyszy coraz szybszy wzrost popytu na świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne, ale dopiero po sporządzeniu map potrzeb w tym obszarze będzie możliwe oszacowanie realnego zapotrzebowania na wsparcie dla osób niesamodzielnych, zarówno w środowisku miejsca zamieszkania, jak i w podmiotach leczniczych.

Powszechnie jednak wiadomo, że wzrostowi zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne towarzyszy coraz szybszy wzrost związanych z tym kosztów.

Tabela 36. 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 37. 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	19 709	105	58 494	4 274	120
Hospicjum Stacjonarne	931	41	14 141	1 737	33
Zakład/Oddział Opiekuńczo-Leczniczy	14 122	0	33 043	10	0
Zakład/Oddział Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny	3 776	0	5 105	0	0
Zakład/Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	4 656	0	11 310	152	0
Zakład/Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny	321	0	481	0	87
Zakład/Oddział Dzienny Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny i Dzienny Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny		64		205	
Zespół Opieki Domowej				2 375	

Bez MON, MSW i Ministerstwa Sprawiedliwości

Źródło: *Analiza porównawcza dynamiki, op. cit*

Tabela 38. 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	21 357	114	62 720	4 353	374
Hospicjum Stacjonarne	1 172	57	15 474	1 969	184
Zakład/Oddział Opiekuńczo-Leczniczy	14 817	57	34 108	199	190
Zakład/Oddział Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny	4 323	0	5 494	0	0
Zakład/Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	5 368	0	13 138	16	0
Zakład/Oddział PielęgnacyjnoOpiekuńczy Psychiatryczny	320	0	475	0	0
Zakład/Oddział Dzienny Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny i Dzienny Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny		64			95
Zespół Opieki Domowej				2 169	

Bez MON, MSW i Ministerstwa Sprawiedliwości

Źródło: *Analiza porównawcza dynamiki, op. cit*

Tabela 39. 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	23 067	118	64 844	5 052	565
Hospicjum Stacjonarne	1 263	41	17 100	2 059	425
Zakład/Oddział Opiekuńczo-Leczniczy	16 436	8	35 519	128	35
Zakład/Oddział Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny	4 452		6 004		
Zakład/Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	5 368		12 225	195	
Zakład/Oddział PielęgnacyjnoOpiekuńczy Psychiatryczny	331		491		
Zakład/Oddział Dzienny Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny i Dzienny Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny		69			105
Zespół Opieki Domowej				2670	

Bez MON, MSW i Ministerstwa Sprawiedliwości

Źródło: *Analiza porównawcza dynamiki, op. cit*

Tabela 40. 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	29 248	252	76 420	5 391	518
Hospicjum Stacjonarne	1 389	30	18 466	3 121	26
Zakład/Oddział Opiekuńczo-Leczniczy	16 069	202	36 419	205	461
Zakład/Oddział Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny	5 074	20	6 540		31
Zakład/Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	6 360		14 490	59	
Zakład/Oddział PielęgnacyjnoOpiekuńczy Psychiatryczny	356		505		
Zakład/Oddział Dzienny Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Psychiatryczny i Dzienny Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny					
Zespół Opieki Domowej				2 152	

Bez MON, MSW i Ministerstwa Sprawiedliwości

Źródło: *Analiza porównawcza dynamiki, op. cit*

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*[109].

Działalność szpitali ponadregionalnych

Ze względu na charakter wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 5 pkt 39 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. 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 z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*, podmiot leczniczy utworzony

[109] Dz. U. z 2013 r. poz. 1480, z późn. zm.

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. Wyżej wymienione cechy szpitali regionalnych uzasadniają wyodrębnienie tych jednostek z grupy wszystkich podmiotów leczniczych. Są to:

- **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.**

Tabela 41. 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[110]	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.

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

W analizowanym okresie w latach 2009–2011, w szpitalach ponadregionalnych nieznacznie wzrosła liczba łóżek (z 25 170 do 25 540) oraz liczba leczonych stacjonarnie (z 1 314 077 do 1 358 302). Podobnie wzrosła liczba miejsc hospitalizacji w trybie dziennym (z 814 do 1 110), a także liczba leczonych (z 241 141 do 285 082).

Tabela 42. Liczba leczonych i liczba łóżek w trybie stacjonarnym w latach 2009–2011

Rok	Leczenie w trybie stacjonarnym	Liczba łóżek
2009	1 314 077	25 170
2010	1 347 025	25 787
2011	1 358 302	25 540

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

Tabela 43. 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 44. 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	1 913	109 735	491 769
Kujawsko-pomorskie	1 563	64 213	390 771
Lubelskie	2 019	100 401	622 530
Łódzkie	2 423	127 290	633 712
Małopolskie	2 437	121 259	628 624
Mazowieckie	5 779	330 897	1 577 690

[110] 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. poz. 594).

Województwo	Liczba łóżek	Liczba leczonych stacjonarnie	Liczba osobodni leczenia
Podlaskie	1 051	48 960	236 307
Pomorskie	1 255	58 591	333 164
Śląskie	3 364	141 877	866 069
Wielkopolskie	2 117	139 113	550 831
Zachodniopomorskie	1 249	71 741	326 077

Tabela 45. 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	2 017	117 591	502 934
Kujawsko-pomorskie	1 602	62 325	380 655
Lubelskie	2 056	102 636	620 659
Łódzkie	2 547	133 186	646 421
Małopolskie	2 452	128 833	647 550
Mazowieckie	6 006	328 966	1 576 465
Podlaskie	1 082	50 510	243 991
Pomorskie	1 179	60 280	30 051
Śląskie	3 343	138 234	814 784
Wielkopolskie	2 183	151 738	577 132
Zachodniopomorskie	1 320	72 729	333 769

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

Tabela 46. 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	1 937	110 101	490 466
Kujawsko-pomorskie	1 508	61 351	361 491
Lubelskie	2 049	104 315	582 321
Łódzkie	2 486	136 367	621 684
Małopolskie	2 432	127 354	635 647
Mazowieckie	5 925	346 059	156 0377
Podlaskie	1 080	52 172	24 998
Pomorskie	1 168	58 476	317 973
Śląskie	3 342	129 221	802 828
Warmińsko-mazurskie	150	4 656	30 286
Wielkopolskie	2 153	155 978	561 510
Zachodniopomorskie	1 310	72 252	333 473

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 województwach 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.

Tabela 47. Leczeni w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych: liczba miejsc, liczba leczonych według województw w 2009 r.

Województwo	Liczba miejsc dziennych	Liczba leczonych
Dolnośląskie	50	27 869
Kujawsko-pomorskie	77	16 024
Lubelskie	11	12 371
Łódzkie	74	1 931
Małopolskie	64	8 974
Mazowieckie	170	88 813
Podlaskie	85	5 533
Pomorskie	76	35 168
Śląskie	63	38 049
Wielkopolskie	120	4 316
Zachodniopomorskie	24	2 093

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

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.

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). Najmniejsze odnotowano w województwach łódzkim (od 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.

Tabela 48. Leczeni w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych: liczba miejsc, liczba leczonych według województw w 2010 r.

Województwo	Liczba miejsc dziennych	Liczba leczonych
Dolnośląskie	60	59 347
Kujawsko-pomorskie	82	15 320
Lubelskie	11	13 295
Łódzkie	90	1 965
Małopolskie	75	26 894
Mazowieckie	526	91 908

Województwo	Liczba miejsc dziennych	Liczba leczonych
Podlaskie	91	4 618
Pomorskie	133	33 474
Śląskie	67	40 045
Wielkopolskie	120	4 356
Zachodniopomorskie	58	5 956

Tabela 49. Leczeni w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych: liczba miejsc, liczba leczonych w 2011 r.

Województwo	Liczba miejsc dziennych	Liczba leczonych
Dolnośląskie	51	61627
Kujawsko-pomorskie	82	14 586
Lubelskie	11	5 949
Łódzkie	98	2 264
Małopolskie	77	27 876
Mazowieckie	255	73 624
Podlaskie	98	4 181
Pomorskie	143	35 547
Śląskie	117	49 581
Warmińsko-mazurskie	0	0
Wielkopolskie	120	4 250
Zachodniopomorskie	58	5 597

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 1 898 poradni psychiatrycznych, w tym: 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. 1 898 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 i 2,7 mln porad psychologów i terapeutów.

W poradniach odwykowych leczono 1 395 677 uzależnionych 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 psychiatrycznej opieki całodobowej funkcjonowało 33 301 łóżek, co stanowiło wskaźnik 8,7 na 10 tys. ludności, z tego 31 980 łóżek psychiatrycznych, co stanowiło wskaźnik 8,4 na 10 tys. ludności, 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.

Odnośnie do liczby zakładów opieki psychiatrycznej, łóżek i leczonych w układzie województw w latach 2009–2010 najwięcej jednostek i łóżek oraz leczonych odnotowano w województwie mazowieckim – 125 (rok 2009) i 132 (rok 2010) zakłady, 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 wzmacnianie systemu PRM. Zarówno jeśli chodzi o pacjentów w podeszłym wieku, jak i cierpiących na choroby układu krążenia, stan ich zdrowia niejednokrotnie ulega gwałtownemu pogorszeniu. W takich przypadkach szybka reakcja i natychmiastowe udzielenie świadczeń decydują o możliwości zapobieżenia nie tylko poważnym skutkom zdrowotnym, ale 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 organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w udzielaniu świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie danego województwa zamieszczone są w wojewódzkich planach działania systemu, sporządzanych przez poszczególnych wojewodów, weryfikowanych i zatwierdzanych przez Ministra Zdrowia[111].

[111] Ramowy wzór planu i szczegółowy zakres danych objętych planem określa *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2014 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów* ratownictwa medycznego (Dz.U. z 2014 r. poz. 1902).

Poniżej przedstawiono stan infrastruktury PRM w podziale na województwa. Najwięcej jednostek systemu zlokalizowanych jest w województwach o największej powierzchni, największym stopniu zaludnienia oraz najsilniej zurbanizowanych.

Tabela 49a. Stan infrastruktury Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce[112]

Województwo	Liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych	Liczba centrów urazowych	Liczba baz lotniczego pogotowia ratunkowego
dolnośląskie	15	1	1
kujawsko-pomorskie	10	1	1
lubelskie	16	1	1
lubuskie	8	1	1
łódzkie	17	1	1
małopolskie	20	1	1
mazowieckie	29	1	2
opolskie	7	1	0
podkarpackie	13	1	1
podlaskie	9	1	2
pomorskie	12	1	1
śląskie	11	1	1
świętokrzyskie	9	0	1
warmińsko-mazurskie	11	1	1
wielkopolskie	23	1	1
zachodniopomorskie	8	0	2 (w tym 1 sezonowa)
Razem	218	14	18

Zespoły Ratownictwa Medycznego (ZRM)

W 2015 r. w ramach ratownictwa medycznego pomoc w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego świadczy 1460,21 zespołów ratownictwa medycznego (w przeliczeniu na tzw. „dobokaretki"[113]). W tej liczbie działa 870,92 zespołów podstawowych (59,6%) oraz 589,29 zespołów specjalistycznych (40,4%).

Wskaźnikiem ilustrującym dostępność świadczeń udzielanych przez system ratownictwa medycznego jest liczba zespołów przypadająca na 100 tys. ludności. W 2015 r. jest on najwyższy w województwie warmińsko-mazurskim i wynosił 5,1, a najniższy w województwie wielkopolskim – 3,34.

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.

SP ZOZ LPR jest jedyną w Polsce jednostką świadczącą usługi w zakresie śmigłowcowej służby ratownictwa medycznego. Jest to odrębny podmiot leczniczy i nie stanowi części SOR czy CU. Lądowiska służące ratownictwu medycznemu są częścią SOR/CU, a nie SP ZOZ LPR, którego struktura składa się z baz usytuowanych w dużych miastach przy lotniskach lub aeroklubach, w których stacjonują śmigłowce i załogi HEMS. SP ZOZ LPR stanowi jeden z integralnych elementów systemu PRM, bez którego nie byłoby uzasadnienia dla budowy lądowisk przy SOR/CU.

[112] wg stanu na marzec 2015 r.

[113] Jedna „dobokaretka" równa jest jednemu zespołowi ratownictwa medycznego działającemu w wymiarze całodobowym w ciągu 365 dni w roku.

Rysunek 4 prezentuje rozmieszczenie oraz zasięg oddziaływania baz LPR w Polsce.

Rysunek 4. Mapa Polski prezentująca rozmieszczenie baz LPR[114]

Szpitalne Oddziały Ratunkowe

Obecnie w Polsce, według danych na czerwiec 2015 r., zakontraktowanych jest 218 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.

Rysunek 5 prezentuje rozmieszczenie SOR w Polsce. Tabela stanowiąca załącznik nr 8 do PP obrazuje natomiast wysokość kontraktów zawartych przez podmioty lecznicze z wojewódzkimi oddziałami NFZ na udzielanie świadczeń w SOR. Łącznie w I półroczu 2015 r. NFZ zakontraktował środki na ten cel w wysokości 430 960 195,19 PLN.

[114] Wg stanu na dzień 23.12.2014 r.

Rysunek 5. Mapa Polski prezentująca rozmieszczenie SOR[115]

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. Rysunek 6 prezentuje rozmieszczenie CU w Polsce.

[115] Wg stanu na dzień 15.06.2015 r.

Rysunek 6. Mapa Polski prezentująca rozmieszczenie CU[116]

Lądowiska/lotniska dla śmigłowców

Zgodnie z *Instrukcją Operacyjną SP ZOZ LPR* wg stanu na 30.04.2015r. w Polsce na 234 lądowisk przyszpitalnych, 147 ma status całodobowych (niezależnie od tego, czy są one zlokalizowane przy szpitalach posiadających SOR, czy też tylko izbę przyjęć).

Liczba lądowisk całodobowych sukcesywnie wzrasta. Wymóg posiadania przez szpitalny oddział ratunkowy dostępu do całodobowego lotniska/lądowiska będzie musiał być spełniony przez wszystkie SOR–y do dnia 1 stycznia 2017 r. (wg obowiązujących obecnie przepisów).

Aparatura medyczna[117]

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, przyśpieszenie 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

[116] Wg stanu na dzień 15.06.2015 r.

[117] Opracowano na podstawie: *Analiza porównawcza*, op. cit.

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 instytutów, 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 wynosi 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 zwielokrotniła się ich liczba w województwie 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 łóżkami 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 kardiotokografii (KTG), ogrzewacze noworodków i sprzęt wspomagający oddychanie noworodków. Do najstarszego sprzętu endoskopowego należą kolposkopy.

Ocenę zasobów aparaturowych w poszczególnych województwach umożliwia m.in. analiza porównawcza, jak też odniesienie do średniej krajowej mierzonej wskaźnikami na 100 tys. mieszkańców[118]. Co do zaopatrzenia w sprzęt medyczny podmiotów leczniczych, można przyjąć, że do województw o najwyższym nasyceniu aparaturą należą województwa śląskie, mazowieckie i łódzkie. Grupę średnią stanowią województwa nieznacznie przekraczające średnią krajową. Są to województwa kujawsko-pomorskie, pomorskie, zachodniopomorskie, podkarpackie i małopolskie oraz z nieco niższą od przeciętnej dla kraju województwa lubelskie, lubuskie, dolnośląskie i podlaskie. Natomiast województwa o najniższych wskaźnikach to opolskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie i wielkopolskie.

[118] 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.

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), kardiomonitory (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 uniezależnienia się od świadczeniodawców ponadregionalnych i prywatnych.

Domeną tych ostatnich są świadczenia w kilku województwach, np. na osiem aparatów MRI w województwie podlaskim, siedem jest własnością osób prywatnych bądź spółek z reguły spoza terenu województwa.

Inną grupą urządzeń, zgłaszanych jako potrzebne, są aparaty używane w położnictwie i neonatologii. Należy to wiązać z faktem, że prawie wszystkie województwa w 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[119], 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 Warszawie, Krakowie i Łodzi oraz Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, najsłabiej Uniwersytetu Medycznego w Olsztynie, Bydgoszczy i Poznaniu oraz CMKP. O braku czy niedoborach sprzętu świadczą informacje o planach inwestycji aparaturowej na lata 2014–2020.

W aparaturowych planach inwestycyjnych na lata 2014–2020 rektorzy wymieniają na pierwszym planie ilościowo największe potrzeby dla szpitali klinicznych, są to pompy infuzyjne w liczbie 3 527 sztuk oraz łóżka szpitalne – 3 462. Kolejne miejsce zajmują kardiomonitory (754), aparaty do tlenoterapii (555), lampy bakteriobójcze (521) oraz respiratory (421) i inkubatory (231). W rektorskich wykazach zwraca uwagę stosunkowo wysoka liczba aparatów wysokospecjalistycznych

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

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 przeskórnego pomiaru i 11 autorefraktometrów do badania wzroku u niemowląt. Uwzględnienie przez uczelnie powyższej aparatury świadczy o docenianiu potrzeb perinatologii i realizacji programów obniżenia umieralności niemowląt, w których to w trójstopniowej opiece nad ciężarnymi szpitale kliniczne odgrywają znaczącą rolę. Do tych szpitali, w myśl założeń trójstopniowej opieki referencyjnej realizowanej coraz lepiej w praktyce, trafiają kobiety w ciąży wysokiego ryzyka, noworodki przedwcześnie urodzone i o niskiej masie, a także obarczone wrodzonymi wadami i innymi patologiami. Zapewnienie wysokiej jakości opieki nabiera szczególnego znaczenia wobec niżu demograficznego i ujemnych prognoz w tym obszarze na przyszłość.

Szpitale 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 zwichniecie 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 decydujący wpływ na większą wykrywalność i dalsze leczenie. Wyniki badań mają znaczenie w ocenie stanu zdrowia badanej populacji i pozwalają na bardziej precyzyjne określenie potrzeb zdrowotnych i dostosowywanie infrastruktury systemu zdrowotnego. Odnosi się to 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, kardiomonitory, 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 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.

Ponadto należy podkreślić, że w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2007–2013, zakłady opieki zdrowotnej mogły występować o środki unijne na dofinansowanie projektów zakupu nowoczesnej aparatury medycznej, dostosowujących ich wyposażenie do obowiązujących standardów oraz umożliwiających poszerzenie zakresu wykonywanych świadczeń zdrowotnych. Jednakże jak wynika z raportu NIK z 2012 r.[120] ponad 30% z 33 skontrolowanych szpitali nie osiągnęło zaplanowanych rezultatów, przede wszystkim przewidywanej liczby udzielanych świadczeń, realizując przyjęte założenia na poziomie od 3,1% do 90,7%. W ocenie NIK na stopień wykorzystania badanej aparatury wpływ miało podejmowanie decyzji o przyznaniu dofinansowania bez analizy potrzeb zdrowotnych i oceny dostępności świadczeń udzielanych z wykorzystaniem tego rodzaju wyposażenia, a także niezapewnienie odpowiedniej koordynacji działań związanych z jej zakupem.

Tabela 50. 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
POLSKA 2012	**1 166**	**3,0**	**755**	**2,0**	**119**	**0,3**	**105**	**0,3**
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

[120] „Zakup i wykorzystanie aparatury medycznej współfinansowanej ze środków regionalnych programów operacyjnych", NIK-4101-03/2012

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
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)

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

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

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

Tabela 51. 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	**185**	**0,5**	**159**	**0,4**	**120**	**0,3**	**110**	**0,3**	**1453**	**3,8**	**1059**	**2,7**
Dolnośląskie	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 op. cit.*

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

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

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

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

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

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)

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

Tabela 52. Wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny wg województw w 2012 r.

Województwo	Sprzęt medyczny typu:									
Legenda: **C** - liczba aparatów **D** - wskaźnik na 100 tys. ludności	Rezonans magnetyczny				Tomograf komputerowy				Tomograf pozytronowy (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.*

Zasoby województw w wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną[121] w 2012 roku we wskaźnikach na 100 tys. mieszkańców:	
1. Województwo śląskie	16,9
2. Województwo mazowieckie	15,7
3. Województwo łódzkie	15,2
4. Województwo kujawsko-pomorskie	14,8
5. Województwo pomorskie	14,6
6. Województwo zachodniopomorskie	14,4
7. Województwo podkarpackie	14,2
8. Województwo małopolskie	14,1
POLSKA	**14,0**
9. Województwo lubuskie	13,8
10. Województwo lubelskie	13,5
11. Województwo dolnośląskie	13,3
12. Województwo podlaskie	13,1
13. Województwo opolskie	12,2
14. Województwo świętokrzyskie	12,0
15. Województwo warmińsko-mazurskie	11,1
16. Województwo wielkopolskie	10,9

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.5. Jakość 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 system opieki zdrowotnej jako pewną całość[122]. Od 20% do 40% polskich gospodarstw domowych nie jest zadowolonych z systemu ochrony zdrowia[123].

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 okołooperacyjnej 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[124]. 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[125].

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

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

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

[125] S. Golinowska (red.), *op.cit.*, s. 197.

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”[126]. 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.

Jakość danych zbieranych w ramach statystyki publicznej to jedno z kluczowych zagadnień realizowanych przez Główny Urząd Statystyczny. Obecnie dane w ramach statystyki publicznej gromadzone są za rok miniony, poza tym zbierane wartości w związku ze zmiennością zasobów w podmiotach sprawozdających oraz jednostkach wojewódzkich często obarczone są błędem, zatem istotne są podejmowane już działania mające na celu odchodzenie od danych gromadzonych na formularzach statystycznych na rzecz tzw. administracyjnego gromadzenia danych tj. w oparciu o rejestry, metadane z indeksu EDM, dane o zdarzeniach medycznych itd. możliwa będzie bieżące monitorowanie sytuacji w systemie informacji medycznej. P1 będzie zawierała dane o zdarzeniach medycznych, z których generowane będą raporty wykorzystywane m.in. na potrzeby szczegółowych analiz oraz podejmowania decyzji dotyczących dalszego rozwoju systemu ochrony zdrowia opartych na wiarygodnych i rzetelnych danych.

Ponadto, dzięki stopniowemu przejściu na administracyjny tryb gromadzenia danych, możliwe będzie dostarczanie danych faktycznych – nieobarczonych błędem statystycznym – oraz skrócenie okresu retencji danych w związku z zapewnieniem dostępu do źródeł w P1, takich jak rejestr pracowników medycznych i rejestr zdarzeń medycznych, oraz w systemach dziedzinowych, jak np. monitorowanie obrotu produktami leczniczymi oraz kształcenie kadry medycznej. Dzięki dostarczeniu w ramach projektu P1 oraz Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia modułów hurtowni danych, możliwe będzie wszechstronne analizowanie zasobów, które będą ustrukturyzowane poprzez zastosowanie w dokumentacji medycznej klasyfikacji i standardów w ramach interoperacyjności semantycznej (ICD-10, ICD-9, Snomed, HL7).

Jednocześnie należy podkreślić, że zgodnie z dokumentem pn. *Kierunki rozwoju polskiej statystyki publicznej do 2017 r.* misją statystyki publicznej jest dostarczanie wiarygodnych, rzetelnych, niezależnych oraz wysokiej jakości informacji statystycznych na temat stanu i zmian zachodzących w społeczeństwie, gospodarce i środowisku naturalnym, odpowiadających na potrzeby użytkowników krajowych i międzynarodowych. Cele strategiczne i operacyjne, wynikające z realizacji misji statystyki publicznej, kształtują politykę jakości, która polega na ciągłym doskonaleniu jakości procesów statystycznych dla lepszego zaspokojenia potrzeb użytkowników, zmniejszenia obciążeń respondentów oraz obniżenia kosztów tworzenia statystyk. Przyjęta definicja jakości w statystyce odwołuje się do satysfakcji użytkowników. W polityce jakości statystyki publicznej wykorzystuje się rekomendacje oparte na standardach międzynarodowych oraz standardach jakości Europejskiego Systemu Statystycznego, tj. *Fundamentalnych Zasadach Statystyki Oficjalnej, Deklaracji Jakości Europejskiego Systemu Statystycznego, Zaleceniach Grupy Kierującej Jakością LEG, Europejskim Kodeksie Praktyk Statystycznych i Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 223/2009 z dnia 11 marca 2009 r. w sprawie statystyki europejskiej.*

W celu wdrażania działań na rzecz poprawy jakości GUS:

- prowadzi szkolenia z zakresu jakości w statystyce publicznej;
- opracowuje plan przeglądów jakości;
- opracowuje wytyczne i instrukcje dla autorów badań;
- umieszcza informacje o jakości danych w publikacjach i opracowaniach statystycznych oraz w metadanych.

Działania na rzecz poprawy jakości danych realizowane są także w ramach prac Narodowego Funduszu Zdrowia i koncentrują się nad projektowaniem zmian w rozporządzeniu MZ w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz zmian w stosownych zarządzeniach Prezesa NFZ. Ww. rozporządzenie wprowadza w zakresie poprawy jakości danych, sprawozdawczość szczegółową dotyczącą badań wykonywanych w ramach POZ, w zakresie zmian związanych z pakietem onkologicznym dane umożliwiające

[126] 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.

weryfikację terminowości wykonywania świadczeń oraz w zakresie kolejek oczekujących wdrażanie większej ilości (istotnych) świadczeń do sprawozdawczości kolejkowej w trybie czasu rzeczywistego za pośrednictwem aplikacji udostępnianej przez Płatnika.

Ponadto Ministerstwo Zdrowia dostrzegając konieczność poprawy i harmonizacji statystyki w ochronie zdrowia dedykowało ten obszar prac wyodrębnionemu nowemu departamentowi. Głównym zadaniem nowo powstałej komórki organizacyjnej będzie przede wszystkim realizacja misji i wizji statystyki publicznej, która jest związana z ciągłą analizą opinii i uwag użytkowników statystyk na temat publikowanych danych i ich wpływu na zmiany w badaniach statystycznych. Ocena jakości badań statystycznych jest przedsięwzięciem kompleksowym, wymagającym zaangażowania wszystkich pracowników statystyki publicznej i obejmującym całościowo prowadzone badania statystyczne, dlatego też do podstawowych zadań ww. departamentu należeć będzie identyfikacja stanu i kondycji badań oraz rozpoznanie zjawisk wpływających pozytywnie lub negatywnie na prowadzone badania statystyczne.

Należy podkreślić, że kluczowa dla poprawy jakości danych w zakresie statystyki ochrony zdrowia jest współpraca z Głównym Urzędem Statystycznym. Wymiana doświadczeń, transfer wiedzy, udostępnienie wyników w zakresie jakości stwarzają podstawy wprowadzenia ulepszeń i poprawy jakości badań wcałym systemie statystyki publicznej. Należy jednocześnie pamiętać, że poprawa jakości nie jest jednorazowym spektakularnym przedsięwzięciem, ale systematycznym i wieloletnim procesem.

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

W zakresie jakości organizacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce kluczową rolę odgrywa zarządzanie informacją, które szerzej zostało przedstawione w rozdziale 3.2.6.

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 inżynieryjnych i przyrodniczych.

Jednocześnie w sektorze zdrowia istnieje duże zainteresowanie podmiotów prywatnych działalnością innowacyjną (np. branża farmaceutyczna, która kontrybuuje 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”[127].

Wprowadzenie rozwiązań innowacyjnych, w tym organizacyjnych, pozwoli na wzrost dostępności oraz jakości usług medycznych i jest istotne z punktu widzenia priorytetu strategii „Europa 2020”, który brzmi: rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu – wspieranie gospodarki charakteryzującej się wysokim poziomem zatrudnienia i zapewniającej spójność gospodarczą, społeczną i terytorialną.

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

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 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 zdrowotnego 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, umożliwia 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 kardiochirurgii, onkologii, neurologii 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.

3.2.6. Zarządzanie informacją w ochronie zdrowia

Elektronizacja wymiany danych w sektorze ochrony zdrowia w Polsce rozpoczęła się w momencie wprowadzenia systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Od kilkunastu lat do codziennych obowiązków świadczeniodawców i aptek należy sprawozdawanie w postaci elektronicznej podstawowych informacji o udzielonych świadczeniach i zrealizowanych receptach w celu uzyskania zapłaty od płatnika (Narodowego Funduszu Zdrowia). Dotyczy to kilkuset milionów zdarzeń rocznie. Jednak Polska jest krajem, w którym na tle innych państw członkowskich UE, identyfikuje się nadal 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.

3.2.6.1. Uwarunkowania prawne

Funkcje, jakie powinny spełniać technologie informacyjno-komunikacyjne (ICT) dla rozwoju ochrony zdrowia określono już w Strategii Lizbońskiej, przyjętej przez Radę Europejską w 2000 r. Ponadto szczegółowe działania dla e-zdrowia zostały 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 dalszego rozwijania usług ICT w ochronie zdrowia.

Postęp we wszystkich dziedzinach cywilizacyjnych przekładający się na dynamiczny rozwój nowych technologii medycznych oraz metod terapeutyczno-diagnostycznych wymaga ciągłego rozwoju powstających systemów oraz informatyzacji kolejnych procesów ochrony zdrowia. Wymagania stawiane państwu przez obywateli stale się zwiększają. Rząd polski wyszedł naprzeciw oczekiwaniom społeczeństwa poprzez przedstawienie planu rozwoju sektora ochrony zdrowia w modelu państwa optimum, sformułowanym w strategii Sprawne Państwo 2020. Dodatkowo w ramach implementacji dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej, Polska wstąpiła do europejskiej Sieci ds. e-zdrowia, mając wpływ na kształtowanie się m. in. takich dokumentów strategicznych jak eHealth Action Plan 2012-2020 – Innovative health care for the 21st century.

Aby sprostać potrzebie dalszego efektywnego wdrażania elektronicznych usług w ochronie zdrowia, w Polsce przyjęto *ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia*[128] wraz z aktami wykonawczymi, które stanowią uwarunkowania prawne procesu informatyzacji sektora.

Niniejsza ustawa wraz z aktami wykonawczymi stanowi podstawę dla wdrażania w Polsce rozwiązań wspierających wymianę i współdziałanie danych medycznych wykorzystywanych w procesie leczenia. Reguluje ona przede wszystkim kwestie dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Przedmiotowa ustawa nakłada na podmioty wykonujące działalność leczniczą obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej oraz komunikację z Systemem Informacji Medycznej. W związku z powyższym dąży się do dostosowania systemów informatycznych wszystkich usługodawców, świadczących usługi medyczne zarówno na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej, jak również stacjonarnej, a więc do wdrażania elektronicznej dokumentacji medycznej na wszystkich poziomach.

Jednocześnie w rozporządzaniu Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej[129] został określony:

1) format elektronicznej dokumentacji medycznej udostępnianej przez usługodawców w SIM, warunki organizacyjno-techniczne jej przetwarzania, udostępniania, autoryzacji oraz zabezpieczenia przed utratą,

2) warunki organizacyjno-techniczne zamieszczania w SIM dokumentów elektronicznych niezbędnych do prowadzenia diagnostyki, ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze i wyroby medyczne i ich pobierania z SIM, zgodnie z zakresem zadań wykonywanych przez usługodawców,

3) warunki organizacyjno-techniczne realizacji dostępu i pobierania danych przetwarzanych w SIM.

Ponadto *w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*[130] zostały określone szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej.

Należy podkreślić, iż z dniem 31 lipca 2014 r. weszła w życie *ustawa z dnia 26 czerwca 2014 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia*[131], która wprowadza zmiany mające na celu wydłużenie terminu zobowiązującego usługodawców do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Zgodnie z zapisami *ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia* do dnia 31 lipca 2017 r. dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci papierowej lub elektronicznej.

[128] Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.

[129] Dz. U. z 2013 r. poz. 463.

[130] Dz. U. z 2014 r. poz. 177, z późn. zm.

[131] Dz.U. z 2014 r. poz. 1161.

Wydłużenie okresu przejściowego pozwoli wszystkim usługodawcom na:

1) kompleksowe przygotowanie procesu wdrożenia, w tym niezbędnych zmian w istniejących procesach biznesowych;

2) właściwe zaplanowanie zmian w systemach informatycznych;

3) optymalne, z punktu widzenia sytuacji ekonomicznej, rozłożenie kosztów zmian, w tym możliwość pozyskania środków finansowych na wprowadzenie zmian z funduszy unijnych;

4) realizację zaplanowanych zmian, w tym szkolenie pracowników medycznych.

Jednocześnie, przyjęte w dniu 24 czerwca 2014 r. przez Radę Ministrów założenia do projektu *ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw* doprecyzowują pojęcie elektronicznej dokumentacji medycznej jako dokumentacji indywidualnej oraz określają termin obowiązku wystawiania recepty jedynie w postaci elektronicznej, który przypada na dzień 1 sierpnia 2016 r. W przypadku wystawiania odpowiednio skierowania oraz zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawy jedynie w postaci elektronicznej – proponowany termin wskazany w projekcie założeń to 1 marca 2017 r. Proponowana zmiana jest uzasadniona z punktu widzenia celów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, która to ustawa koncentruje się na wykorzystaniu i wymianie danych indywidualnych pacjenta.

Powyższe zmiany są podyktowane tym, iż proces informatyzacji ochrony zdrowia jest bardzo złożony i wymaga zaangażowania wszystkich jednostek ochrony zdrowia, aby rozwiązania dostarczane na poziomie centralnym, jak również regionalnym, były ze sobą kompatybilne. Ponadto zdiagnozowana w cyklicznych badaniach regionalnych sytuacja krajowa w zakresie stopnia gotowości podmiotów wykonujących działalność leczniczą do wymiany dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej również wpływa na możliwość dostosowania usługodawców do wymogów wynikających z ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

3.2.6.2. Efekty wdrożenia projektów: „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych" oraz „Platforma udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych"

Ministerstwo Zdrowia od lat pracuje nad informatyzacją sektora ochrony zdrowia. Nowe rozwiązania są zaawansowane technicznie oraz wymagają zmiany dotychczasowych systemów. Pozwolą one na wdrożenie w Polsce modułów udostępniających podstawowe funkcje platformy e-zdrowie, takich jak: wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej, e-Recepta, elektroniczne skierowania, internetowe konto pacjenta, itp. Umożliwią one także skuteczne włączenie pacjenta w proces ochrony zdrowia oraz obniżenie kosztów oraz kompleksowe monitorowanie, w czasie rzeczywistym, udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Tworząc wieloletni plan informatyzacji w ochronie zdrowia, zadecydowano o centralnym wdrożeniu dwóch systemów bazowych dla całej branży, jak również o komplementarnym rozwoju inicjatyw lokalnych w ramach lecznictwa otwartego i zamkniętego, które docelowo zasilać mają systemy centralne. Ze środków funduszy strukturalnych w perspektywie finansowej 2007-2013 finansowana jest budowa „Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych" (Projekt P1) oraz przygotowanie „Platformy udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych" (Projekt P2).

Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (Projekt P1)

Celem Projektu P1 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.

Dzięki wdrożeniu P1 zostaną osiągnięte następujące cele:

- Zapewnienie kompletności i podniesienie dostępności informacji o pacjencie poprzez zgromadzenie ich w centralnym systemie,

- Umożliwienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej pomiędzy podmiotami świadczącymi usługi medyczne,

- Usprawnienie procesu obsługi recept, skierowań i zleceń na zaopatrzenie poprzez zastąpienie dokumentów w postaci papierowej e-Receptą, e-Skierowaniem i e-Zleceniem,

- Usprawnienie rozliczeń pomiędzy usługodawcami a płatnikami finansującymi usługi medyczne.

Zgodnie z zapisami ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych oraz Platforma udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych będą obsługiwały system informacji medycznej w ochronie zdrowia. System ten obejmuje bazy danych funkcjonujące w ramach: Systemu Informacji Medycznej, dziedzinowych systemów teleinformatycznych (Systemu Rejestru Usług Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia, Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, Systemu Monitorowania Zagrożeń, Systemu Monitorowania Dostępności do Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi, Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych) oraz rejestrów medycznych.

Platforma P1, służąca do komunikacji pomiędzy usługodawcami, umożliwia wymianę indeksu (tj. skończonego wyciągu danych) dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Dokumentacja medyczna będzie nadal przechowywana przez usługodawcę, który ją wytworzył. Usługodawca za pośrednictwem Systemu Informacji Medycznej może uzyskać dostęp do danych medycznych, zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej usługobiorcy, zgromadzonych w systemie teleinformatycznym innego usługodawcy, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia ciągłości leczenia lub prowadzonego postępowania diagnostycznego. Szczególnymi dokumentami w procesie wymiany danych będą elektroniczne dokumenty, takie jak recepta, skierowanie i zlecenie na wyroby medyczne, gdyż informacje o tych dokumentach będą wysyłane do SIM w pełnej postaci (wszystkie informacje, jakie niesie ze sobą dany dokument) – SIM będzie kustoszem tych dokumentów. Poprzez SIM odbywać się będzie realizacja świadczeń, do których uprawnia dany dokument. W celu zapewnienia wymiany informacji pomiędzy usługodawcami SIM będzie gromadzić informacje o zdarzeniach medycznych mających miejsce u poszczególnych usługodawców. W celu realizacji tej wymiany zostały wybrane standardy komunikacji, które sprawią, że proces ten będzie mógł przebiegać w sposób zunifikowany.

Na potrzeby wdrożenia mechanizmów komunikowania informacji o zdarzeniu medycznym i dokumentacji medycznej jako podstawę przyjęto standard opracowany przez IHE (Integrating the Healthcare Enterprise – www.ihe.net) w obszarze profilu XDS.b (Cross-Enterprise DocumentSharing w wersji b). Elektroniczna Dokumentacja Medyczna tworzona będzie w oparciu o standard HL7 CDA. Natomiast obrazowe dane medyczne będą zgodne ze standardem DICOM. Współpraca z SIM odbywać się będzie za pomocą wymiany komunikatów w postaci plików XML (standard XML Schema). System zapewni wsparcie dla standardu przesyłania komunikatów SOAP (w wersji co najmniej 1.1) z załącznikami. Do opisu struktury i semantyki serwisu sieciowego (web service) zostanie wykorzystany standard WSDL (w wersji co najmniej 1.X).

Każdy dokument wysyłany do SIM będzie podlegał regułom walidacyjnym przypisanym do konkretnego typu dokumentu. Reguły walidacyjne przypisane do dokumentu nadrzędnego mają zastosowanie do obiektów powiązanych podrzędnych.

System SIM będzie gromadził centralnie dane z dokumentacji medycznej oraz będzie on dynamicznym narzędziem umożliwiającym współpracę (poprzez umożliwienie lokalizacji odpowiedniej dokumentacji medycznej, a następnie jej wymiany) wszystkim kompatybilnym systemom informatycznym w ochronie zdrowia.

Poprawa udziału pacjentów w podejmowaniu świadomych decyzji zdrowotnych

Aby poprawić dostępność do informacji uruchomiony został Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP), czyli ogólnopolski serwis internetowy, w którym znajdują się wszelkie informacje przydatne dla pacjentów oraz możliwość dostępu do historii swojego leczenia.

W ramach realizacji Projektu P1 powstanie Portal Platforma Publikacyjna. Portal wpisuje się w realizację ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia i zgodnie z art. 36 ww. ustawy ma na celu m.in. polepszenie dostępu usługobiorców (pacjentów) do informacji z zakresu ochrony zdrowia, elektronicznego dostępu do danych o udzielonych i planowanych świadczeniach zdrowotnych, umożliwieniu komunikacji oraz elektronicznej wymianie informacji pomiędzy usługobiorcami, a podmiotami sprawującymi nadzór i kontrolę nad funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. Informacje udostępniane na Portalu dotyczyć będą m.in: ogólnych informacji z obszaru zdrowia i profilaktyki (np.: informacje o chorobach, profilaktyce, prowadzonych programach profilaktycznych, zdrowym stylu życia), zasad udzielania pierwszej pomocy, organizacji systemu ochrony zdrowia (w tym odwołania do aktów prawnych dot. funkcjonowania systemu ochrony zdrowia), aktualności, wiadomości medycznych, raportów, statystyk z obszaru systemu ochrony zdrowia, istniejących oraz

budowanych systemów informacyjnych w obszarze ochrony zdrowia. Mocną stronę Portalu stanowić będzie wyszukiwarka świadczeniodawców wraz z informacją o kolejkach oczekujących na świadczenia medyczne, informacje z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, dane geolokalizacyjne, informacje o sposobie rejestracji na świadczenie.

Ponadto, w ramach Platformy P1 powstanie m.in. Internetowe Konto Pacjenta, będące bezpłatną aplikacją internetową, dzięki której każdy otrzyma dostęp do informacji o swoich świadczeniach medycznych finansowanych ze środków publicznych jak i prywatnych. Aplikacja pozwala na dynamiczne zarządzanie i przeglądanie własnej historii leczenia. Podobnie jak w bankowości internetowej, uzyskanie dostępu do Konta odbywać się będzie za pomocą bezpiecznego mechanizmu dostępu. Dzięki tej aplikacji pacjent będzie miał dostęp do swojej historii leczenia i będzie mógł autoryzować odpowiedni personel medyczny do jej odczytu. Dane te będą ściśle powiązane z pacjentem, w związku z tym będą mu pomocne w całym procesie leczenia. Należy podkreślić, iż na życzenie pacjenta dane do IKP będą przekazywane przez wszystkich usługodawców, którzy udzielali poszczególnych świadczeń medycznych danemu pacjentowi. Dane medyczne zawarte w IKP będą mogły być również udostępnione usługodawcy, po wyrażeniu zgody przez pacjenta, którego dana dokumentacja medyczna dotyczy. Udostępnienie funkcjonalności dostarczanej poprzez IKP stanowi punkt zwrotny w filozofii dostępu do personalnej dokumentacji medycznej, będącego prawem każdego pacjenta.

Korzyści z wdrożenia systemów można podzielić ze względu na grupy ich odbiorców, tzn. pacjentów, podmioty medyczne i płatników.

Pacjenci zostaną wyposażeni w narzędzie umożliwiające im pełny dostęp do własnej historii choroby, wykonanych usług, skierowań, zwolnień i recept. Dodatkowo stanie się możliwe monitorowanie dostępności (stanu kolejki) świadczeń zdrowotnych i na tej podstawie podejmowanie decyzji o miejscu leczenia. Zostanie stworzony oficjalny portal medyczny, na którym społeczeństwo będzie mogło znaleźć rzetelne informacje dotyczące profilaktyki chorób, zdrowego trybu życia i walki z nałogami. Poprawi się jakość obsługi pacjentów, poprzez wykorzystanie określonego medium komunikacji pomiędzy nimi a systemem. Elektroniczna obsługa recept zmniejszy ryzyko przepisywania oraz przyjmowania przez pacjentów leków, które mogłyby im zagrażać.

Personel medyczny mający dostęp do kompletnej historii choroby pacjentów będzie miał rzetelne źródło informacji na temat ich leczenia. Ratownicy medyczni będą mieli szybki dostęp do podstawowych danych o stanie zdrowia pacjenta, takich jak: grupa krwi, alergie, przewlekłe choroby, wszczepione urządzenia, co umożliwi podjęcie natychmiastowej i skutecznej interwencji medycznej. Zwiększenie samodzielności pacjenta, jako współodpowiedzialnego twórcy procesu leczenia, doprowadzi do zmniejszenia natężenia ruchu w jednostkach ochrony zdrowia, zminimalizuje czynności związane z informowaniem i obsługą pacjentów przez personel administracyjny.

Platforma udostępniania on-line usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych (Platforma P2)

W styczniu 2013 r. została uruchomiona „Platforma udostępniania on-line usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych" (Platforma P2). Wdrożenie Platformy P2 przyczynia się do upowszechnienia elektronicznej komunikacji w obszarze sektora ochrony zdrowia pomiędzy przedsiębiorcami i podmiotami publicznymi oraz umożliwia elektroniczną rejestrację i aktualizację danych rejestrowych (np. można tą drogą złożyć wniosek o zezwolenie na prowadzenie apteki), daje przedsiębiorcom możliwości składania drogą elektroniczną wniosków do rejestru, elektronicznego przechowywania dokumentów oraz popularyzuje wykorzystanie podpisu elektronicznego i pomaga w pobieraniu danych rejestrowych przez administrację publiczną. Platforma Rejestrów Medycznych (P2) jest uniwersalnym narzędziem informatycznym, służącym do utrzymywania rejestrów oraz świadczenia usług elektronicznych, zapewniającym optymalny poziom bezpieczeństwa. Podczas integracji z Platformą P2, rejestry są przebudowywane do postaci zgodnej z architekturą referencyjną rejestru medycznego. Powoduje to, że komunikują się z Platformą P2 za pomocą webserwisów lub są osadzane w całości na Platformie P2. W 2013 roku z Platformą P2 zintegrowane zostały następujące rejestry:

- Rejestr zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych, punktów aptecznych oraz Rejestr udzielonych zgód na prowadzenie aptek szpitalnych, zakładowych i działów farmacji szpitalnej;
- Rejestr Zezwoleń na Prowadzenie Hurtowni Farmaceutycznej;
- Rejestr Systemów Kodowania;
- Rejestr Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium RP;
- Rejestr Medycznie Wspomaganej Prokreacji;
- System Informatyczny Rezydentur (SIR).

Ponadto prowadzone są prace mające na celu integrację kolejnych rejestrów medycznych w 2014 roku na Platformie P2, tj. rejestru pn. Centralny Wykaz Farmaceutów oraz Listy Diagnostów Laboratoryjnych. Funkcjonalności Platformy Wymiany Dokumentów umożliwiają jednostkom administracji publicznej i przedsiębiorcom pobieranie danych rejestrowych, dwustronną wymianę dokumentów elektronicznych pomiędzy przedsiębiorcami i organami rejestrowymi, bieżące śledzenie stanu realizacji wniosków, uzyskiwanie automatycznego potwierdzania odbioru dokumentu i wiarygodne znakowanie dokumentów elektronicznych (np. znakowanie czasem, podpisywanie elektroniczne).

Poniżej przedstawiono wykaz podmiotowych rejestrów medycznych, które mają zasadnicze znaczenie dla funkcjonowania ochrony zdrowia, procedur medycznych i prowadzenia działalności przez poszczególnych interesariuszy.

Tabela 53. Wykaz rejestrów podmiotowych

Lp.	Nazwa rejestru	Gestor (Gestorzy) rejestru
1.	Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów	Naczelna Izba Lekarska
2.	Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
3.	Centralny Rejestr Sprzeciwów na Pobranie Komórek, Tkanek i Narządów ze Zwłok Ludzkich	Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant"
4.	Centralny Wykaz Ubezpieczonych	Narodowy Fundusz Zdrowia
5.	Ewidencja Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych i Mikrobiologicznych	Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych
6.	Rejestr Diagnostów Laboratoryjnych	Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych
7.	Rejestr Farmaceutów	Okręgowe Izby Aptekarskie, Naczelna Izba Aptekarska
8.	Rejestr Jednostek Współpracujących z Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne	Urzędy Wojewódzkie
9.	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą	Urzędy Wojewódzkie, Ministerstwo Zdrowia, Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych, Okręgowe Izby Lekarskie
10.	Rejestr Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na Terytorium Rzeczpospolitej Polskiej	Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
11.	Rejestr Systemów Kodowania i Klasyfikacji Statystyki Resortowej	Ministerstwo Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
12.	Rejestr Wytwórców/Importerów Farmaceutycznych	Główny Inspektorat Farmaceutyczny
13.	Rejestr Zezwoleń Na Prowadzenie Aptek Ogólnodostępnych, Punktów Aptecznych oraz Rejestr Udzielonych Zgód Na Prowadzenie Aptek Szpitalnych, Zakładowych i Działów Farmacji Szpitalnej	Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny
14.	Rejestr Zezwoleń na Prowadzenie Hurtowni Farmaceutycznej	Główny Inspektorat Farmaceutyczny
15.	Wykaz Refundowanych Produktów Leczniczych i Wyrobów Medycznych	Ministerstwo Zdrowia

Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia reguluje również kwestie związane z tworzeniem oraz prowadzeniem przedmiotowych rejestrów medycznych, gromadzących elementarne dane medyczne dotyczące różnych grup chorób. W myśl art. 19 ustawy Minister Zdrowia może tworzyć i prowadzić lub tworzyć i zlecać prowadzenie przedmiotowych rejestrów medycznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą, w rozumieniu *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*, oraz jednostkom podległym lub nadzorowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Zgodnie z art. 53 ust. 1 *ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia*, podmioty prowadzące do dnia 1 stycznia 2012 r., rejestry, ewidencje, listy, spisy albo inne uporządkowane zbiory danych osobowych lub jednostkowych danych medycznych, w zakresie określonym w art. 19 ust. 1 ustawy, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy tj. do dnia 30 czerwca 2012 r., były zobowiązane przekazać ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacje o ich prowadzeniu oraz zakresie danych w nich zawartych. Jednocześnie, w myśl przepisu art. 19 ust. 3 ustawy, utworzenie przedmiotowego rejestru medycznego powinno zostać poprzedzone analizą potrzeb jego utworzenia.

Powyższy obowiązek dotyczy rejestrów, ewidencji, list, spisów albo innych uporządkowanych zbiorów danych osobowych lub jednostkowych danych medycznych, których podstawa prawna prowadzenia nie wynika w szczególności z obowiązujących przepisów prawa.

Poniższy wykaz stanowi zestawienie przedmiotowych rejestrów medycznych tworzonych w oparciu o art. 20 *ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.*

Tabela 54. Wykaz rejestrów utworzonych w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia

Lp.	Nazwa podmiotu	Nazwa rejestru	Stan prac
1.	Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie	Krajowy Rejestr Nowotworów	rejestr utworzony – rozporządzenie Ministra Zdrowia
2.	Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka"	Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych	rejestr utworzony – rozporządzenie Ministra Zdrowia
3.	Śląskie Centrum Chorób Serca	Ogólnopolski Rejestr Ostrych Zespołów Wieńcowych	rejestr utworzony – rozporządzenie Ministra Zdrowia
4.	Departament Matki i Dziecka MZ	Rejestr Medycznie Wspomaganej Prokreacji	rejestr utworzony – rozporządzenie Ministra Zdrowia

Tabela 55. Wykaz przedmiotowych rejestrów medycznych, dla których przeprowadzono analizę potrzeb utworzenia rejestru medycznego, w celu jego utworzenia

Lp.	Nazwa podmiotu	Nazwa rejestru
1.	Śląskie Centrum Chorób Serca	Ogólnopolski Rejestr Kardiochirurgiczno-Kardiologiczny Przezcewnikowych Implantacji Zastawek Aortalnych POL-TAVI
2.	Instytut Psychiatrii i Neurologii	Ogólnopolski Rejestr Udarów Mózgu
3.	Uniwersytet Medyczny w Łodzi	Ogólnopolski Rejestr Patologii Kardiologicznych u Płodów
4.	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	Rejestr medyczny guzów łagodnych (niezłośliwych) dużych gruczołów ślinowych
5.	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	Rejestr medyczny guzów łagodnych (niezłośliwych) masywu szczękowo-sitowego
6.	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	Krajowy Rejestr Chorych Z Wrodzonym Niedoborem ALFA-1 ANTYTRYPSYNY
7.	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	Rejestr Osób Leczonych w Dzieciństwie z Powodu Nowotworów
8.	Instytut Matki i Dziecka	Centralny Rejestr Badań Przesiewowych Noworodków
9.	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	Krajowy Rejestr Raka Płuc
10.	Szpital Specjalistyczny św. Łukasza w Końskich	Rejestr chorych ze stwardnieniem rozsianym
11.	Centrum Onkologii- Instytut im. Marii Skłodowskiej- Curie w Warszawie	Krajowy Rejestr pn. Program Badań Przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego
12.	Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka"	Ogólnopolski Rejestr Chirurgii Noworodka
13.	Centrum Onkologii- Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie	Krajowy Rejestr Przełyku Barretta
14.	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych
15.	Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego	Ogólnopolski Rejestr Procedur Kardiologii Inwazyjnej

3.2.6.3. Międzynarodowe klasyfikacje

Mając na uwadze konieczność prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, niezbędne będzie stworzenie systemów informatycznych, które będą musiały zapewnić wymianę danych medycznych z zachowaniem odpowiednich standardów. W związku z tym, iż strategicznym kierunkiem jest wprowadzenie obowiązku elektronicznej dokumentacji medycznej, należy zauważyć, iż zdiagnozowane klasyfikacje (ICD-10 i ICD-9) nie są w stanie w wystarczająco szczegółowy sposób opisać wszystkich procedur medycznych, dlatego konieczne jest zaimplementowanie nowych klasyfikacji, ułatwiających prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. W takim przypadku najbardziej niezawodny system to taki, w którym dane do niego wprowadzane są od razu odpowiednio skategoryzowane i zakodowane – identyfikacja informacji medycznej następuje na podstawie specjalnych kodów.

Ogólnie używaną do tego celu terminologią jest słownik SNOMED CT (Systematized Nomenclature Of Medicine Clinical Terms). Jest to słownik zawierający bardzo szeroki zakres terminologii medycznej na różnym poziomie szczegółowości. Obejmuje on różnego typu kody, wyrażenia czy pojęcia dotyczące całego systemu opieki medycznej (np. choroby, procedury medyczne itd.). SNOMED CT zapewnia podstawę ogólnej terminologii dla elektronicznych medycznych (EHR). Zawiera ponad 311 000 pojęć, z których każde ma zdefiniowany unikalny identyfikator. Pojęcia są ze sobą powiązane i mogą być opisane za pomocą różnego typu wyrażeń, np. synonimów. SNOMED CT wykorzystywany jest do przedstawiania informacji klinicznych w elektronicznych kartach zdrowia, a także co jest z tym związane umożliwia skuteczną wymianę danych w systemach klinicznych.

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia zainicjowało prace nad stworzeniem aktualnego tłumaczenia słownika SNOMED CT, celem umożliwienia implementacji polskiej wersji słownika rejestrom i systemom informatycznym działającym w polskiej ochronie zdrowia.

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia uzyskało również od Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej ICN prawo do niekomercyjnego wykorzystywania Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®. Jest ona międzynarodowym standardem dla terminologii pielęgniarskiej i nieodłączną częścią infrastruktury informacyjnej opieki zdrowotnej.

Prawo do udostępniania i wykorzystywania ICNP® umożliwia zainteresowanym podmiotom implementowanie klasyfikacji do swoich systemów przeznaczonych do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.

Ponadto Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia na mocy podpisanych umów ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO) dotyczących udzielenia praw do tłumaczenia i publikacji opracowało polskie wersje międzynarodowych klasyfikacji:

- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-10. W udostępnionej wersji klasyfikacji stany chorobowe pogrupowano w sposób, który jest najbardziej odpowiedni dla ogólnych celów epidemiologicznych oraz do oceny opieki zdrowotnej.

- Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – ICF. Kluczowym celem ICF jest ustanowienie ujednoliconego, standardowego języka i jego struktury pozwalającego na opis zdrowia i stanów związanych ze zdrowiem. Dziedziny przedstawione w ICF dotyczą zdrowia i dziedzin związanych ze zdrowiem. Zostały przedstawione z punktu widzenia ciała ludzkiego, pojedynczej osoby i społeczeństwa oraz umieszczone na dwóch listach: „Funkcje i struktury ciała ludzkiego" i „Aktywność i uczestniczenie".

3.2.6.4. Dostosowanie systemów informatycznych usługodawców do współpracy z Systemem Informacji Medycznej oraz prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.

Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia nakłada na podmioty wykonujące działalność leczniczą obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, przekazywania danych o zdarzeniach medycznych oraz wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej. Celem jest wdrożenie oraz wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej na wszystkich poziomach, zarówno na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej, jak również stacjonarnej. Rozwiązania dostarczane przez CSIOZ skupiają się na dostarczaniu platform oraz aplikacji ogólnokrajowych umożliwiających komunikację pomiędzy usługodawcami. Wymaga to od użytkowników końcowych (podmiotów leczniczych) wdrożenia rozwiązań informatycznych, które zapewnią odpowiednią komunikację. Lokalne systemy informatyczne wdrażane przez poszczególnych usługodawców stosownie do potrzeb nie są objęte wdrożeniem P1, niemniej jednak powinny być przystosowane do współpracy z platformą i zintegrowane z nią zgodnie ze zdefiniowanymi w ramach P1 standardami i interfejsami.

Usługodawcom świadczącym usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, którzy nie posiadają własnych systemów informatycznych, zostanie bezpłatnie udostępniona aplikacja on-line: Aplikacja Usługodawców i Aptek, która stanowi element Platformy P1 i umożliwia wypełnienie przez te podmioty wszystkich obowiązków ustawowych. Aplikacja on--line pozwoli m.in. rejestrować zdarzenia medyczne w systemie, pobierać EDM pacjentów. W przypadku pozostałych podmiotów leczniczych (szpitale, AOS, itp.) współpraca ta będzie odbywała się za pomocą lokalnych systemów informatycznych takich jak na przykład w odniesieniu do szpitali - HiS (szpitalny system informatyczny). Już w obecnej chwili większość palcówek posiada odpowiednie systemy informatyczne. Część z nich będzie jednak wymagała dostosowania do współpracy z P1, w części będzie konieczny zakup nowych systemów. Wsparcie dla tych działań będzie można uzyskać m.in. na poziomie regionalnych programów operacyjnych, które przewidują działania ukierunkowane na realizację projektów z obszaru e-zdrowia. W ramach PO PC mogą natomiast być realizowane projekty o zasięgu ogólnopolskim polegające np. na dostosowaniu infrastruktury teleinformatycznej podmiotów leczniczych o charakterze ponadregionalnym do współpracy z P1. Jeden z takich projektów został zgłoszony przez CSIOZ/MZ w ramach trwającego konkursu w Działaniu 2.1.

W celu zapewnienia kompatybilności systemów informatycznych podmiotów leczniczych z systemem P1, CSIOZ będzie prowadził audyt lokalnych systemów informatycznych. Usługodawcy, których systemy zostaną dostosowane do współpracy z SIM, otrzymają certyfikaty zgodności. Mechanizm audytowania systemów zapewni odpowiedni poziom identyfikacji, uwierzytelnienia oraz bezpieczeństwa przetwarzanych w systemie danych.

Regionalne platformy e-Zdrowia są wysokobudżetowymi inicjatywami, obejmującymi jednocześnie informatyzację od kilku do kilkudziesięciu placówek zlokalizowanych na terenie województw, dla których najczęściej podmiotem tworzącym jest Samorząd Województwa i które obsługują największą liczbę pacjentów w regionie.

Podczas badań przeprowadzonych przez CSIOZ w III kwartale 2013 r. zidentyfikowano w obszarze szeroko pojętej ochrony zdrowia 434 projekty o łącznej wartości 1 647 166 792,64 zł. Jak wynika z uzyskanych wyników badania ankietowego beneficjentów ww. projektów (na ankietę CSIOZ odpowiedziało 32% beneficjentów spośród 434 zidentyfikowanych projektów) do dnia 01.08.2014 roku do prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej było gotowych 76% podmiotów, które udzieliły odpowiedzi na ankietę.

Celem powstania szeregu regionalnych platform e-Zdrowia była możliwość korzystania przez podmioty lecznicze z outsourcingu usług IT lub współdzielenia Data Center, aplikacji i serwerów z innymi placówkami.

Zgodnie z ustawą o SIOZ oraz procedowaną nowelizacją, obowiązek komunikacji z platformą P1 spoczywa na usługodawcach medycznych. Współpraca poprzez platformy regionalne, które wdrażane są przez wiele województw nie jest sprzeczna z tym modelem, wymaga jednak uwzględnienia zasad bezpieczeństwa przewidzianych w ustawie i zaimplementowanych w P1. Komunikacja P1 z usługodawcą jest zabezpieczona poprzez zestawienie dedykowanego kanału (SSL) szyfrowanego za pomocą certyfikatu wygenerowanego dla każdego usługodawcy podczas procesu podłączania jego systemu (lub systemów) do platformy P1. Usługodawcy mogą, zgodnie z projektowaną ustawą, przetwarzać swoje dane medyczne w innym podmiocie, na przykład w platformie regionalnej, która może świadczyć wobec podmiotów usługi archiwum EDM. Platforma P1 dopuści taką współpracę. Jednak obowiązek podłączenia do P1 i odpowiedzialność za bezpieczeństwo danych medycznych spoczywa na usługodawcy i to on jest stroną umowy z P1.

Dodatkowo zabezpieczana jest niezaprzeczalność danych medycznych przekazywanych przez usługodawców (w postaci komunikatów XML) poprzez ich podpisanie certyfikatem usługodawcy (drugim z certyfikatów generowanych podczas podłączania usługodawcy do P1). W tym zakresie platformy regionalne będą włączone w system współpracy z P1.

Warto także zaznaczyć, iż platformy regionalne udostępniają dla podmiotów leczniczych szereg innych funkcjonalności (nie związanych bezpośrednio z P1) polegają one m.in. na umawianiu wizyt on-line, zarządzaniu zasobami placówki, zarządzaniu listą oczekujących, udostępnianiu wyników badań laboratoryjnych. Przykładowo serwerownia zakładu radiologicznego przekazuje wynik badania rtg do szpitala i nie musi łączyć się z P1.

Aby ułatwić realizację projektów w ramach RPO z zakresu e-zdrowia CSIOZ udostępnia wytyczne i rekomendacje dla usługodawców w zakresie budowania i stosowania systemu bezpiecznego przetwarzania elektronicznej dokumentacji medycznej. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom usługodawców, planowane jest udostępnienie wzorców komunikatów, które będą przekazywane z systemów szpitalnych, czy też z Aplikacji Usługodawców i Aptek do Systemu Informacji Medycznej w zakresie elektronicznej recepty, skierowania i zlecenia.

Dodatkowo, w *rozporządzaniu Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej* (Dz. U. poz. 463) określono jednakowe dla wszystkich świadczeniodawców warunki funkcjonowania systemów informatycznych z zakresu e-zdrowia zapobiega to tworzeniu systemów rozproszonych i fragmentarycznych.

Prowadzone będą też szerokie działania informacyjne poprzez wydawanie wytycznych i specyfikacji technicznych dla usługodawców oraz prowadzenie portalu informacyjnego dedykowanego tej tematyce.

Nowelizacja ustawy o SIOZ wprowadzi przepisy umożliwiające podmiotom leczniczym outsourcing przechowywania i archiwizacji dokumentacji medycznej, co zapewni większy poziom bezpieczeństwa danych oraz będzie rozwiązaniem bardziej efektywnym finansowo z punktu widzenia podmiotów leczniczych. Przepisy będą regulować kwestie dostępu do dokumentacji, jej bezpieczeństwa oraz sposobu postępowania z dokumentacją po zaprzestaniu świadczenia usług zdrowotnych przez podmiot leczniczy (elektroniczną dokumentację medyczną po podmiotach zaprzestających udzielania świadczeń zdrowotnych przejmuje SIM).

3.2.6.5. Harmonogram działań mających na celu wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej oraz towarzyszących temu inwestycji

Zakończenie realizacji projektu Platforma P1 upływa w dniu 15 grudnia br. Po zakończeniu realizacji i odbiorów prac funkcjonalności projektu zostaną udostępnione. Ponadto zakłada się że w IV kwartale 2015 r. wejdą w życie przepisy znowelizowanej ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, które będą stanowiły podstawę prawną do przetwarzania danych przez usługodawców oraz narzucą terminy dostosowawcze do wdrożenia przez usługodawców rozwiązań umożliwiających realizację e-usług:.

- e-recepta od 1 sierpnia 2016 roku (w przypadku recepty pro auctore i pro familia – 1 stycznia 2026 roku);
- e-zlecenia i e-skierowania – od 1 marca 2017 roku;
- pozostała elektroniczna dokumentacja medyczna– od 1 sierpnia 2017 r.

Do czasu obligatoryjnego obowiązku wydawania dokumentów w postaci elektronicznej, możliwe będzie sporządzanie dokumentacji zarówno w postaci papierowej, jak i elektronicznej.

Nowelizacja ustawy o SIOZ przewiduje również wprowadzenie zarówno dla kadry medycznej, jak i dla pacjentów elektronicznych kart. Harmonogram dystrybucji elektronicznych kart pacjenta przewiduje, że w 2016 r. karty wydane zostaną dla 6% populacji, w 2017 r. dla 68% populacji, a w 2018 r. dla pozostałych osób. Wszyscy lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, farmaceuci, felczerzy, diagności w laboratoryjnych i ratownicy medyczni będą posiadali Karty Specjalisty Medycznego (KSM). Pozostali pracownicy medyczni, a także pracownicy administracyjni będą mogli otrzymać Kartę Specjalisty Administracyjnego (KSA). Karty w warstwie elektronicznej będą posiadały certyfikat umożliwiający składanie podpisu elektronicznego m.in. w celu podpisania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej (np. w związku z wystawieniem recepty w postaci elektronicznej). KSM wydawana będzie bezpłatnie. Będą również służyły do identyfikacji i uwierzytelniania w systemach teleinformatycznych ochrony zdrowia.

Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, umożliwiającym dostęp do EWUŚ oraz umożliwiającym świadczeniobiorcy potwierdzenie wykonania świadczenia będzie Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ), którą otrzymają świadczeniobiorcy. Podobnie jak KSM i KSA, KUZ będzie służył do identyfikacji i uwierzytelniania jej posiadacza oraz składania podpisu elektronicznego w systemach teleinformatycznych ochrony zdrowia. Potwierdzenie wykonania świadczenia przez świadczeniodawcę kartą KUZ oraz przez pracownika medycznego kartą KSM pozwoli ograniczyć ilość nieprawidłowości związanych z finansowaniem przez NFZ świadczeń, które w rzeczywistości nie zostały udzielone.

Z szacunków prowadzonych przez europejskie instytucje ubezpieczeniowe działające w systemie publicznej opieki zdrowotnej wynika, że w rozwiniętych krajach europejskich poziom nieprawidłowości wynosi od 2 % do 5% rocznego budżetu instytucji. W przypadku NFZ przyjęto średni budżet roczny w wysokości 65 mld zł, a poziom nieprawidłowości, których zatrzymanie będzie możliwe przy użyciu kart generujących podpis elektroniczny określono na 1% tego przychodu. Oznacza to, że wartość tak oszacowanego strumienia nieprawidłowości rocznie może wynosić 650 mln zł. Zaoszczędzone kwoty zostaną przeznaczone na wykonane dodatkowych świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych.

Wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej przyczyni się do „uszczelnienia" systemu ochrony zdrowia z uwagi na ograniczenie liczby nieprawidłowości finansowych związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wynikających z rozliczania świadczeń, które w rzeczywistości nie zostały udzielone. Zwiększy się także poziom prawidłowości wystawiania recept oraz pozostałych dokumentów. Wprowadzenie EDM oznacza także szybszy dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta oraz dostęp do danych historycznych pacjenta, a więc np. brak konieczności powtarzania już wykonanych badań diagnostycznych czy poznanie diagnoz postawionych przez innych lekarzy czy zastosowanych metod leczenia.

Jednym z dokumentów medycznych przetwarzanych w ramach Platformy P1 będzie e-skierowanie do poradni specjalistycznej. Obligatoryjność wystawiania skierowanie w postaci elektronicznej wejdzie w życie z dniem 1 marca 2017 roku. Od tego momentu pacjent będzie mógł zapisać się na wizytę tylko do jednego lekarza specjalisty, dzięki czemu nie będzie zajmował miejsca w kilku poradniach w ramach tego samego skierowania. E-skierowane przechowywane będzie w P1 i po wykorzystaniu na potrzebę zapisu na wizytę możliwość jego dalszego wykorzystania zostanie w sposób automatyczny zablokowana.

Mając na uwadze potrzebę zwiększenia efektywności systemu planuje się pilotaż w obszarze telemedycyny. Ze środków PO PC Ministerstwo Zdrowia planuje zrealizować projekt Platforma Telemedyczna Ministerstwa Zdrowia (projekt zgłoszony w konkursie w Działaniu 2.1). W ramach projektu zostanie wytworzony system dla Telestroke oraz Telemonitoringu, a także zostanie przeprowadzony jego roczny pilotaż. Platforma Telemedyczna skonstruowana została w sposób, który umożliwia jej rozbudowę o kolejne elementy oraz przyłączania się do niej innych niż biorące udział w projekcie podmiotów leczniczych. W wyniku realizacji projektu i na bazie doświadczeń płynącychz jego rocznego pilotażu powstanie raport ewaluacyjny nt. efektywności kosztowej usług telemedycznych, który zostanie wykorzystany do większych zmian systemowych w tym zakresie.

Trwałość inwestycji związanych z uruchomieniem platform centralnych, systemów dziedzinowych, jak również rejestrów medycznych zapewniona jest na gruncie ustawowym. Zgodnie z obowiązującymi w Polsce regulacjami każdorazowo określić należy wpływ aktu normatywnego na sektor finansów publicznych oraz określić jego skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian. Skutki finansowe towarzyszące nowelizacji ustawy o SIOZ obejmują m.in. koszty utrzymania Platformy P1. Środki na ten cel przeznaczane będą na zakup usług, sprzętu oraz zatrudnienie osób do obsługi, bieżącej konserwacji oraz aktualizacji platformy.

3.2.6.6. Plany dalszego rozwoju systemów e-zdrowia

Projekt P1 jest kluczowy dla całego systemu informacji w ochronie zdrowia i stanowi filar dla rozwoju e-zdrowia w Polsce. Z uwagi na ustawowy obowiązek 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 wyników 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".[132]

Ponadto, w odniesieniu do komunikacji drogą elektroniczną:

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

– 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)".[133]

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 między innymi 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 telerahabilitacji pacjenta pozostającego pod zdalną opieką medyczną. Z uwagi na to, że telemedycyna nie powinna być uważana za jeden z obszarów rozwoju handlu elektronicznego, należy wprowadzić stosowne regulacje prawne mocujące jej stosowanie w polskim systemie opieki zdrowotnej wg funkcjonującego systemu rozliczania i finansowania świadczeń. W CSIOZ opracowano rekomendacje w zakresie bezpiecznego przetwarzania elektronicznej dokumentacji medycznej. Prowadzone są także prace nad zmianami prawnymi w zakresie procedur medycznych realizowanych również telemedycznie. W rekomendacjach uwzględniono różne dostępne możliwości zdalnego przetwarzania danych medycznych. Były one udostępnione przez stronę internetową CSIOZ do konsultacji środowiskowych, a także prezentowane i dyskutowane na posiedzeniu Grupy Doradczej Użytkowników projektu P1, w której znajdują swoją reprezentację przedstawiciele kluczowych interesariuszy i udziałowców systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Na podstawie podjętych działań, sukcesywnie – wraz z rozwojem poszczególnych projektów informatycznych w perspektywie 2014 – 2020 – będą wprowadzane odpowiednie zmiany prawne do przepisów polskiego prawa w celu formalnego umożliwienia przetwarzania danych medycznych w chmurze, a także w celu umożliwienia realizacji niektórych procedur medycznych z wykorzystaniem telemedycyny. W szczególności w ramach nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw planuje się zmiany mające na celu jednoznaczne umożliwienie np. monitorowania przez lekarza stanu zdrowia pacjenta bez konieczności osobistego kontaktu. Pojęcie „telemedycyny" odnosić się będzie do diagnostyki, przekazywania wyników badań, dokonywania monitoringu. W zakresie „telemedycyny" nie będzie znajdowała się tzw. medycyna naprawcza. Odpowiedzialność za błąd w realizacji świadczenia zdrowotnego w modelu telemedycyny będzie ponosiła osoba wykonująca zawód medyczny na dotychczasowych zasadach. Jeśli zaś chodzi o prawa pacjentów, to korzystanie z „telekonsultacji" będzie alternatywą dla tradycyjnych form kontaktu z lekarzem i będzie uprawnieniem.

Planuje się także zmiany w *ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, na mocy których jednoznacznie zostanie umożliwione korzystanie z usług podmiotów zewnętrznych (np. w ramach regionalnych platform e-zdrowie czy innych usług komercyjnych) w celu przechowywania i przetwarzania dokumentacji medycznej. Zostaną określone także szczególne przepisy w tym zakresie, niezbędne ze względu na wagę i wrażliwość danych medycznych.

[133] Ibidem, s. 25.

Potrzeby zdrowotne w zakresie e-zdrowia zostały zidentyfikowane przez CSIOZ na etapie realizacji P1 oraz weryfikacji możliwości korzystania z aplikacji przez usługodawców. Dodatkowo CSIOZ przeprowadziło ankietę wśród podmiotów wykonujących działalność leczniczą w Polsce. Ankieta „Badanie stopnia przygotowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą do obowiązków wynikających z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia" miała na celu pozyskanie wiedzy na temat stopnia przygotowania podmiotów leczniczych do obowiązków wynikających z przedmiotowej ustawy. Informacja nt. wyników badania przedstawiona została w PP.

CSIOZ prowadzi także regularne badania projektów regionalnych e-Zdrowie. II edycja badań została przeprowadzona w dniach od 9 września do 4 października 2013 roku. Przedmiotem badań regionalnych są projekty dotyczące budowy systemów teleinformatycznych służących do wymiany danych na temat świadczeń opieki zdrowotnej, udostępnianych przez usługodawców w Systemie Informacji Medycznej (SIM. Badaniem objęto projekty, które dotyczą wdrażania systemów informacyjnych (w tym Elektronicznej Dokumentacji Medycznej - EDM), infrastruktury ICT czy też aparatury medycznej, stanowiącej elementy systemu informatycznego np. telemedycyny czy teleradiologii. Celem badania była weryfikacja stanu realizacji projektów regionalnych, związanych z ochroną zdrowia oraz projektowanych i wdrażanych funkcjonalności systemów regionalnych w zakresie kompatybilności i zapewnienia interoperacyjności z platformą ogólnokrajową P1.

W ramach prowadzenia systematycznej komunikacji i współpracy pomiędzy CSIOZ a poszczególnymi województwami oraz instytucjami realizującymi projekty regionalne z zakresu e-zdrowia, CSIOZ dokonało analizy stanu realizacji projektów regionalnych w obszarze ochrony zdrowia oraz analizy porównawczej funkcjonalności ww. systemów z systemem P1[134]. Analiza ta miała służyć również wypracowaniu skutecznej strategii współdziałania podmiotów w zakresie interoperacyjności budowanych systemów w ochronie zdrowia. Informatyzacja poszczególnych podmiotów wykonujących działalność leczniczą leży w gestii władz regionalnych. Wiele województw wdraża tzw. Platformy Regionalne e-Zdrowie, będące wysokobudżetowymi inicjatywami, obejmującymi jednocześnie informatyzację od kilku do kilkudziesięciu placówek zlokalizowanych na terenie województw, dla których najczęściej podmiotem tworzącym jest Samorząd Województwa, i które obsługują największą liczbę pacjentów w regionie. Analizie szczegółowej zostało poddanych 120 projektów realizowanych na terenie Polski. W ramach badania stwierdzono, że do dnia 1 sierpnia 2014 roku do prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej będzie gotowych 76% projektów poddanych analizie, tj. łącznie 92 Projekty Regionalne. Zakończenie projektu planowane na późniejszy termin niż ustawowy obowiązek stosowania EDM to 23% badanych projektów. Powyższe świadczy o tym, iż działania z zakresu informatyzacji ochrony zdrowia są podejmowane zarówno na poziomie centralnym, jak również regionalnym i obejmują informatyzację placówek ochrony zdrowia na niemalże wszystkich poziomach świadczonych usług medycznych.

Ponad 80% ankietowanych systemów przetwarza lub deklaruje przetwarzanie podstawowych danych medycznych – zlecenia (recepty, skierowania, zapotrzebowania na zaopatrzenie) oraz zdarzenia medyczne, jak również ponad 70% ankietowanych przetwarza lub deklaruje sprawozdawczość do NFZ. Przetwarzanie danych krytycznych i statystycznych oraz informacji z eWUŚ deklaruje 50-60% badanych – tj. planuje lub aktualnie przetwarza wymienione dane. Z danych wynika również, iż 15% ankietowanych nie przewiduje możliwości udostępniania danych do systemów centralnych (dla 12% badanych projektów zaznaczono brak danych, co nie pozwala na wyciągnięcie analogicznego wniosku w ich przypadku). Spośród pozostałych – 39% przewiduje możliwość integracji z P1.

Mając na uwadze możliwość integracji ankietowanych projektów z P1 w przyszłości, zalecane jest podjęcie działań mających na celu zwiększenie liczby projektów przetwarzających interesujące z punktu widzenia Systemu P1 dane. Zalecane jest także podjęcie działań zwiększających odsetek systemów wykorzystujących szczególnie wymagania oraz architekturę systemu P1 do budowy lub wdrażania własnych systemów.

Koordynacja działań w obszarze e-administracji oparta będzie o Podzespół do spraw informatyzacji służby zdrowia utworzony w ramach Zespołu ds. koordynacji działań w obszarze e-administracji, udostępniania informacji sektora publicznego oraz rozwoju kompetencji cyfrowych powołanego na podstawie Zarządzenia nr 16 Ministra Administracji i Cyfryzacji z dnia 20 marca 2015 r. oraz Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

Zgodnie z par. 7 Regulaminu Zespołu ds. koordynacji, Zespół a także jego podzespoły współpracują w zakresie koordynacji obszarów, w których wdrażane będą e-usługi publiczne m.in. z powołanym przez Ministra Zdrowia Komitetem Sterującym do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Współpraca pomiędzy Podzespołem

[134] Analiza stanu realizacji projektów regionalnych w obszarze ochrony zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

a Komitetem Sterującym będzie odbywała się za pośrednictwem Departamentu Infrastruktury i e-Zdrowia Ministerstwa Zdrowia, którego przedstawiciele są członkiem zarówno Zespołu ds. koordynacji oraz powołanego w jego ramach podzespołu ds. informatyzacji służby zdrowia, jaki i Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Ustalenia podjęte w ramach prac podzespołu oraz wypracowane dokumenty będą przekazywane do Komitetu Sterującego w celu udostępnienia członkom Komitetu Sterującego. Najważniejsze wnioski i dokumenty będą przedstawiane na forum Komitetu Sterującego.

Mając na uwadze powyższe oraz wypełniając wytyczne „Strategii Sprawne Państwo 2020", Ministerstwo Zdrowia wraz z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia zaplanowało zgłoszenie do konkursu organizowanego w ramach celu szczegółowego 2 Wysoka dostępność i jakość e-usług publicznych Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014-2020 (PO PC) trzech projektów, których wykaz przedstawiono poniżej.

Tabela 56. Wykaz planowanych projektów krajowych z zakresu e-zdrowia

L.p.	Nazwa projektu
1.	Rozwój Platform P1 i P2 – Rozwój funkcjonalności elektronicznych platform obsługujących System Informacji Medycznej Elektronicznej: Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1) i Platformy Udostępniania on-line Przedsiębiorcom Usług i Zasobów Cyfrowych rejestrów Medycznych (P2)
2.	Platforma Telemedyczna Ministerstwa Zdrowia
3.	Wprowadzenie nowoczesnych e-usług w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia.

Realizacja tych projektów ma wypełnić luki zdiagnozowane podczas analizy projektów regionalnych oraz projektu centralnego, a także zespolić ze sobą funkcjonujące już rozwiązania techniczne. CSIOZ będzie realizowało te projekty jako jednostka kierująca projektem centralnym, tym samym udzielając interesariuszom projektów potrzebnego im wsparcia merytorycznego oraz technicznego.

Równolegle do działań dotyczących rozwoju narzędzi informatycznych wspierających procesy leczenia odbywać się będzie ewolucja i optymalizacja rozwiązań związanych z monitorowaniem i rozliczaniem świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzić będzie prace zmierzające do unowocześnienia i ujednolicenia narzędzi wykorzystywanych do rozliczeń ze świadczeniodawcami, wymiany danych z podmiotami administracji publicznej będącymi udziałowcami systemu ochrony zdrowia (w tym w szczególności z CSIOZ), a także udostępniających pacjentom (osobom uprawnionym) informacje zgromadzone w ramach systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Realizacja tych planów będzie się odbywać w ramach projektu o nazwie Otwarta Platforma Ubezpieczeń Zdrowotnych (OPUZ), który został zgłoszony w ramach konkursu ogłoszonego w Programie Operacyjnym Polska Cyfrowa.

Głównym celem tego przedsięwzięcia jest unowocześnienie i uelastycznienie rozwiązań technicznych w taki sposób, by zasoby i funkcjonalności systemu dostępne były dla zainteresowanych podmiotów w standardowej postaci usług elektronicznych.

Natomiast podkreślić należy, że nadal obowiązywać będzie generalna zasada niezależności systemów płatnika i świadczeniodawców. Każdy podmiot na rynku ochrony zdrowia powinien odpowiadać za swój system informatyczny – jego zakres i efektywność. Dzięki temu zachowana zostanie konkurencyjność rynku dostawców oprogramowania z cała gamą rozwiązań: mniej lub bardziej zaawansowanych funkcjonalnie i technicznie, a przy tym tańszych lub droższych.

Należy się spodziewać, że koncentracja w planach rozwoju systemu NFZ na usługach oferowanych zewnętrznym interesariuszom prowadzić będzie do dalszej standaryzacji zasad wymiany danych, ale także do coraz powszechniejszego przechodzenia na wymianę czy weryfikację danych w tzw. trybie on-line (na bieżąco). Dzięki temu możliwy będzie odpowiedni poziom automatyzacji tych procesów, przekładający się na jakość gromadzonych danych i obniżenie pracochłonności związanej ze sprawozdawczością.

Do poprawy jakości i wiarygodności danych, a także do podniesienia poziomu bezpieczeństwa gromadzonych w systemach ochrony zdrowia informacji ma prowadzić także wydanie, wcześniej wspomnianych, kart elektronicznych wszystkim osobom objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym oraz pracownikom medycznym korzystającym z systemów informatycznych. Jest to drugi etap projektu RUM (Rejestr Usług Medycznych) prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Karty wydane w ramach tego projektu wykorzystywane będą zarówno w systemach związanych z udzielaniem świadczeń finansowanych ze środków publicznych, nadzorowanych przez NFZ, jak i systemach przetwarzania danych medycznych, koordynowanych przez CSIOZ.

Planuje się, że wdrożone rozwiązania będą zgodne z przygotowywanymi obecnie na poziomie Unii Europejskiej regulacjami, w szczególności z rozporządzeniem w sprawie elektronicznej identyfikacji, uwierzytelniania i podpisywania (eIDAS).

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 57. Analiza SWOT dla ochrony zdrowia w Polsce

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Mocne strony	Słabe strony
Uwarunkowania demograficzne	• przeciętnie młodsza ludność Polski od ludności większości krajów Unii Europejskiej • ustabilizowana liczba ludności Polski	• starzenie się społeczeństwa i wzrost współczynnika obciążenia demograficznego (malejąca liczba osób w wieku przedprodukcyjnym oraz produkcyjnym, rosnąca liczba osób w wieku poprodukcyjnym) • niski wskaźnik urodzeń, jak również zjawisko coraz późniejszego wieku, w którym kobiety podejmują decyzje o urodzeniu pierwszego dziecka
Uwarunkowania epidemiologiczne	• obniżająca się umieralność niemowląt • spadek umieralności ogółem osób w wieku 0-17 lat • spadek współczynnika umieralności z powodu nowotworów złośliwych ogółem • nieznaczny trend spadkowy chorobowości hospitalizowanej osób w wieku 18-64 lata z powodu chorób układu krążenia • utrzymujący się wzrost przeciętnej długości trwania życia • wyższa od średniej dla UE długość życia w zdrowiu kobiet • spadek śmiertelności spowodowanej stanami nagłego zagrożenia zdrowotnego	• wyższy od średniej UE współczynnik umieralności niemowląt • wyższa umieralność mężczyzn i kobiet ogółem niż przeciętna w krajach UE we wszystkich grupach wieku • wyższa od średniej UE umieralność osób w wieku 25-64 lat oraz 65 lat i więcej spowodowana chorobami układu krążenia • wyższa od przeciętnej dla krajów UE umieralność mężczyzn ogółem oraz w wieku 25-64 lata z przyczyn zewnętrznych, chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych • wyższa od przeciętnej UE umieralność kobiet w wieku 25-64 lata z powodu chorób układu krążenia oraz nowotworów • rozpowszechnienie zjawiska dezaktywizacji zawodowej z przyczyn zdrowotnych • wysoka częstotliwość urazów powstałych w wyniku wypadków i ich negatywne skutki wpływające na aktywność zawodową • wysoki poziom zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Mocne strony	Słabe strony
Uwarunkowania epidemiologiczne		• wysoki udział chorób i zaburzeń psychicznych oraz chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego w przyczynach orzekania o niezdolności do pracy • duże zróżnicowanie międzywojewódzkie długości trwania życia • niższa niż średnia w UE średnia długość trwania życia mężczyzn i kobiet • większy niż przeciętny dla krajów UE odsetek osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły
Profilaktyka i promocja zdrowia	• realizacja ogólnokrajowych i regionalnych programów zdrowia publicznego • systematyczny wzrost zgłaszalności na badania populacyjne w kierunku wykrywania nowotworów złośliwych • wysoki poziom wyszczepialności w stosunku do średniej UE • zdrowie uznawane jest za jedną z najistotniejszych wartości cenionych przez polskie społeczeństwo (74% wskazań w badaniach CBOS)	• niska świadomość zdrowotna społeczeństwa • ograniczony zakres szczepień obowiązkowych finansowanych ze środków publicznych • niższa niż w innych krajach UE zgłaszalność do udziału w programach profilaktycznych • niska wykrywalność chorób we wczesnych stadiach rozwojowych • rozdrobnienie, ograniczona koordynacja oraz integracja programów zdrowotnych brak wystarczającego powiązania działań profilaktycznych z potrzebami lokalnych społeczności • brak odpowiedniego systemu długookresowego monitoringu efektów programów z obszaru zdrowia publicznego • niewystarczająca liczba programów ukierunkowanych na opiekę nad matką i dzieckiem
Organizacja i finansowanie świadczeń zdrowotnych	• istnienie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego • bezpłatny dostęp do świadczeń gwarantowanych • wysokie zadowolenie społeczeństwa z dostępu do POZ i uzyskiwania jej świadczeń • relatywnie krótki średni czas pobytu na oddziałach szpitalnych w porównaniu do innych krajów UE • rozległa sieć aptek i punktów aptecznych • całodobowy dostęp do świadczeń zdrowotnych w przypadkach nagłych • finansowanie usług szpitalnych i ambulatoryjnych w oparciu o system JGP • zintegrowany system ratownictwa medycznego • wzmocniony nadzór właścicielski podmiotu tworzącego oraz zwiększenie jego odpowiedzialności za sytuację finansową SPZOZ • ułatwiony proces przekształcenia SPZOZ w spółki kapitałowe (zmiana formy organizacyjno-prawnej podmiotu leczniczego)	• niewystarczająca rola podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia • zbyt niska efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia • fragmentacja systemu ochrony zdrowia (rozdrobnienie podmiotów leczniczych, brak integracji lecznictwa szpitalnego z AOS i POZ) • długi okres oczekiwania na uzyskanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych • niewystarczająca jakość i dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie osób nieletnich oraz kobiet w ciąży • niedostateczny związek liczby i struktury kontraktowanych świadczeń z potrzebami zdrowotnymi populacji, a także potrzebami infrastrukturalnymi • wysoki na tle innych państw UE udział wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w wydatkach bieżących (wydatki prywatne na ochronę zdrowia stanowią około 30% ogółu wydatków bieżących) • niski udział leków innowacyjnych w ogólnej liczbie leków refundowanych • nadmierne korzystanie z leków bez recepty w porównaniu z innymi krajami UE • ograniczona podaż usług w zakresie opieki długoterminowej oraz zróżnicowana odpowiedzialność organów publicznych za zaspokajanie potrzeb w tym zakresie • finansowanie POZ głównie w oparciu o stawkę kapitacyjną • białe plamy w strukturze Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Mocne strony	Słabe strony
Organizacja i finansowanie świadczeń zdrowotnych	• wprowadzony mechanizm wsparcia procesu przekształceń dla organów założycielskich SPZOZ (umorzenia i dotacje celowe na spłatę zobowiązań przejętych przez organ założycielski od SPZOZ-u) • usystematyzowany katalog podmiotów wykonujących działalność leczniczą • ujednolicony rejestr podmiotów prowadzących działalność leczniczą • zwiększone gwarancje jakości świadczeń opieki zdrowotnej poprzez wprowadzenie pojęcia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, służących jako kryteria oceny ofert złożonych w postępowaniu o zawarcie umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej • zmodyfikowanie zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych w celu zwiększenia efektywności kosztowej świadczeń opieki zdrowotnej • reforma systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (m.in. utworzenie śmigłowcowej służby ratownictwa medycznego, stworzenie Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, utworzenie Centrów Urazowych, zmiany wymagań dla szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz całodobowych lotnisk/lądowisk, ułatwienia kontraktowania świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego, utworzenie jednolitego i kompleksowego systemu powiadamiania ratunkowego)	• niedostosowanie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego do wymagań, jakim powinny odpowiadać według przepisów prawa • niewystarczająca efektywność organizacyjno-zarządcza i finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) • wysokie zadłużenie SPZOZ • niewystarczający dialog i współpraca administracji państwowej z organizacjami pacjenckimi
Zasoby kadrowe i infrastrukturalne	• duży poziom zaufania społecznego do lekarzy i podejmowanych przez nich działań • wysoka mobilność zawodowa pracowników ochrony zdrowia • likwidacja rocznego stażu podyplomowego dla lekarzy • opracowanie modułowych programów specjalizacji dla lekarzy • system akredytacji placówek uczestniczących w kształceniu podyplomowym kadr medycznych gwarantujący zachowanie wysokiej jakości kształcenia • duże zainteresowanie kadr medycznych udziałem w programach szkoleniowych	• niższy niż średnia UE wskaźnik liczby lekarzy i pielęgniarek/1000 mieszkańców • niedobory kadrowe wielu specjalizacji lekarskich (np. geriatria, pediatria, onkologia, medycyna ratunkowa), co jest niedogodnością m.in. z uwagi na starzenie się społeczeństwa • nierównomierne rozmieszczenie przestrzenne kadry medycznej (koncentracja w regionach, w których znajdują się uczelnie i wysokospecjalistyczne ośrodki medyczne) • podnoszenie się średniej wieku kadry medycznej (szybki proces starzenia się kadr medycznych) • trudności z uzyskaniem miejsc specjalizacji medycznych • niewystarczająco rozwinięte kształcenie podyplomowe, w tym w szczególności kształcenie specjalizacyjne oraz zauważalna konieczność poprawy kompetencji lekarzy, w tym lekarzy POZ, w kontekście wyzwań epidemiologicznych i demograficznych

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Mocne strony	Słabe strony
Zasoby kadrowe i infrastrukturalne	• poprawiający się stan infrastruktury ochrony zdrowia	• niedostosowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych oraz przedstawicieli innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, do zmieniających się potrzeb epidemiologiczno-demograficznych • niedostosowany do oceny trendów demograficznych i epidemiologicznych system szacowania potrzeb kadrowych w ochronie zdrowia • zbyt mała rola praktycznego kształcenia kadr medycznych m.in kształcenia symulacyjnego • ograniczenia w zakresie możliwości praktycznej nauki zawodu kadr medycznych (brak nowoczesnych centrów symulacji medycznej) • brak dostosowania liczby i struktury SPZOZ do potrzeb zdrowotnych ludności • brak odpowiedniego zaplecza organizacyjno-infrastrukturalnego dla działań profilaktycznych, diagnostycznych i medycyny naprawczej, w tym w zakresie opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi • niedostosowana do potrzeb zdrowotnych struktura łóżek szpitalnych (np. niska liczba łóżek lecznictwa długoterminowego, paliatywnego i hospicyjnego, niedobór łóżek geriatrycznych) • niewystarczająca podaż oraz nierównomierne rozmieszczenie wysokospecjalistycznej aparatury medycznej • niedostosowanie podmiotów leczniczych do potrzeb osób starszych oraz niewystarczająco rozwinięta instytucjonalna i pozainstytucjonalne formy opieki nad osobami starszymi • brak map potrzeb zdrowotnych oraz systemu koordynacji procesów inwestycyjnych w podmiotach leczniczych
Jakość w systemie, B+R+I, e-zdrowie	• system akredytacji podmiotów leczniczych • istotny wzrost liczby szpitali w Polsce posiadających certyfikat akredytacyjny (poświadczający wysoką jakość świadczonych usług) • system oceny jakości wysokospecjalistycznych zabiegów medycznych • możliwość elektronicznego sprawdzenia uprawnień pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej • wprowadzenie obowiązku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej • dynamicznie rozwijający się rynek farmaceutyczny • wysoki poziom szkolnictwa medycznego, nauk medycznych • wysokie kwalifikacje i bogate doświadczenie personelu naukowo-technicznego • rozwinięta baza techniczna dla badań na etapie B+R • wysoka jakość osiąganych wyników badań naukowych	• niedostateczny związek między akredytacją w ochronie zdrowia i kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych • deficyty w zakresie jakości świadczeń medycznych • niespójne standardy gromadzenia i udostępniania informacji zdrowotnej – trudności z wykorzystaniem informacji pochodzącej od różnych podmiotów (np. w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej) • brak spójnego systemu informacyjnego (informatycznego) umożliwiającego działania analityczne i strategiczne • ograniczony zakres danych gromadzonych w rejestrach ochrony zdrowia, część rejestrów w postaci papierowej • rozdrobnienie systemów i brak współpracy (interoperacyjności) systemów informatycznych stosowanych przez podmioty lecznicze koordynacji kraj/region przedsięwzięć z zakresu e-zdrowia. • brak koordynacji przedsięwzięć z zakresu e-zdrowia pomiędzy poziomem krajowym a regionalnym • niskie kompetencje informatyczne personelu medycznego, brak kadr e-administracji oraz zarządzania środowiskiem elektronicznej wymiany danych w jednostkach, szczególnie w szpitalach • niskie nakłady na B+R+ I • krajowa produkcja leków oparta głównie na produkcji leków generycznych • niski stopień komercjalizacji badań naukowych w medycynie i farmacji

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Szanse	Zagrożenia
Uwarunkowania demograficzne	• instrumenty polityki prorodzinnej (ulgi podatkowe dla rodzin wielodzietnych, ulgi płacowe, dodatki i zasiłki dla osób utrzymujących rodziny i dzieci, stosowanie preferencji kredytowych dla młodych małżeństw) • instrumenty polityki senioralnej (rozwój usług medycznych dla osób starszych, promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna, rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do osób starszych, rozwój oferty edukacyjnej i możliwości aktywności zawodowej osób starszych) • wprowadzenie finansowania ze środków publicznych programów zdrowotnych mających na celu poprawę wskaźnika dzietności	• zmiany demograficzne (zwiększenie się średniej długości życia oraz spadek dzietności skutkujące zmianą w proporcjach pomiędzy populacją produkcyjną i poprodukcyjną) • zwiększony popyt na usługi podmiotów leczniczych w związku z narastającą wraz z wiekiem pacjentów wielochorobowością • prognozowany na 2035 r. wyższy od średniej UE odsetek osób starszych (w dekadzie 2010-2020 średniorocznie będzie przybywało 200 tys. osób w wieku 65+)
Uwarunkowania epidemiologiczne	• rozwój nowych lub skuteczniejszych metod diagnozy, wykrywania i profilaktyki chorób • rozwój nowych lub skuteczniejszych metod leczenia chorób	• wzrost zapadalności na choroby cywilizacyjne oraz choroby związane z wiekiem senioralnym • nowe zagrożenia zdrowotne związane z mutacjami wirusów i bakterii (narastająca lekooporność wirusów i bakterii) • brak skutecznych metod diagnostyki i terapii nowych chorób • wzrastająca zachorowalność na choroby nowotworowe • rozwijające się ruchy antyszczepionkowe w Polsce i w Europie
Profilaktyka i promocja zdrowia	• rosnąca świadomość zdrowotna społeczeństwa • udział w badaniach profilaktycznych całej populacji objętej skriningiem • wzrastający udział kobiet wykonujących badania profilaktyczne • zmniejszający się odsetek osób palących tytoń, pozytywne zmiany w sposobie odżywiania • wprowadzenie zmian w zakresie programów zdrowotnych (wprowadzenie podziału na programy zdrowotne oraz programy polityki zdrowotnej, zobowiązanie samorządu terytorialnego do realizacji programów polityki zdrowotnej w sposób spójny merytorycznie i organizacyjnie z programami realizowanymi przez MZ i NFZ)	• wzrost odsetka osób dotkniętych nadwagą i otyłością • nie dość szybka dynamika spadku zagrożenia najistotniejszymi czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych • niska zgłaszalność na badania profilaktyczne
Organizacja i finansowanie świadczeń zdrowotnych	• prorozwojowa alokacja wydatków publicznych uwzględniona w dokumentach strategicznych • spadek zadłużenia podmiotów leczniczych • wprowadzenie instrumentów ukierunkowanych na poprawę efektywności alokacji środków publicznych (m.in. mapy potrzeb zdrowotnych, plany zakupów świadczeń opieki zdrowotnej, opinie o celowości planów inwestycyjnych) • wprowadzenie mechanizmów skutecznego nadzoru nad NFZ • uporządkowanie kryteriów wyboru ofert w ramach procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych	• utrzymujące się wysokie zadłużenie podmiotów leczniczych • relatywnie niskie wydatki całkowite na ochronę zdrowia (per capita) • zmniejszanie się zasobów finansowych płatnika w związku z sytuacją gospodarczą (niskie wpływy ze składek) przy wzrastającym popycie na świadczenia zdrowotne • destabilizacja systemu ratownictwa medycznego w razie rozdrobnienia i zmienności świadczeniodawców

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Szanse	Zagrożenia
Organizacja i finansowanie świadczeń zdrowotnych	• wprowadzenie podstaw prawnych i organizacyjnych oraz narzędzi potrzebnych do przeprowadzenia wyceny świadczeń zdrowotnych opartej na danych o rzeczywistych i uzasadnionych kosztach świadczeń • wprowadzenie zmian w zakresie maksymalnego okresu, na jaki mogą być zawierane umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej • wprowadzenie zmian w zakresie zasad prowadzenia list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej • wprowadzenie tzw. świadczeń towarzyszących • upowszechnienie koordynowanej opieki zdrowotnej • poprawienie jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego • zwiększenie współpracy jednostek systemu PRM z jednostkami organizacyjnymi szpitali w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego, CU oraz jednostkami współpracującymi z systemem udzielającymi kwalifikowanej pierwszej pomocy • wzmocnienie pozycji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, m.in. zwiększenie jego roli w procesie diagnostycznym poprzez rozszerzenie listy możliwych badań zlecanych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej • zniesienie obowiązku konsultacji specjalistycznej raz na 12 m-cy, w celu możliwości przedłużenia recepty przez lekarza rodzinnego • wprowadzenie tzw. porady receptowej • zwiększenie liczby lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej poprzez wprowadzenie możliwości wyboru przez pacjenta, czy chce być pod opieką internisty, pediatry czy lekarza rodzinnego • rozwój kompetencji i umiejętności pracowników podstawowej opieki zdrowotnej • wzrost liczby świadczeń o charakterze profilaktycznym • większa czujność onkologiczna lekarzy POZ • szybka diagnostyka onkologiczna • wprowadzenie kompleksowości leczenia pacjentów onkologicznych • zniesienie limitów świadczeń w zakresie onkologii • wyodrębnienie listy oczekujących na świadczenia onkologiczne, wprowadzenie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	

Obszar analizy	Pozytywne	Negatywne
	Szanse	Zagrożenia
Zasoby kadrowe i infrastrukturalne	• postępujący proces komercjalizacji podmiotów leczniczych oraz prowadzone przez podmioty lecznicze działania restrukturyzacyjne • zwiększenie dostępności do diagnostyki i leczenia chorób • poprawa infrastruktury i unowocześnienie podmiotów leczniczych • zmiana systemu kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów, w tym jego upraktycznienie • konsolidacja kształcenia specjalizacyjnego pielęgniarek i położnych • stała poprawa jakości kształcenia kadr medycznych • ustabilizowanie trendów migracyjnych wśród kadr lekarzy i pielęgniarek • kompleksowy rozwój kształcenia podyplomowego kadr medycznych • wzrost uprawnień pielęgniarek i położnych w zakresie ordynowania i/lub zlecania w ramach kontynuacji wybranych leków i wyrobów medycznych oraz wystawiania skierowań na określone badania diagnostyczne (do wdrożenia)	• brak następstwa pokoleń kadry medycznej • niewystarczający poziom zainteresowania deficytowymi specjalizacjami medycznymi, np. geriatrią • niewystarczająca baza dydaktyczna do prowadzenia zajęć praktycznych (brak wystarczającej liczby symulatorów) • inwestycje medyczne niedostosowane do potrzeb zdrowotnych • niepełne wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej z powodu ograniczeń w kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych • postęp technologiczny implikujący potrzebę wymiany sprzętu i aparatury medycznej
Jakość w systemie, B+R+I, e-zdrowie	• rozwój nowych koncepcji zarządzania usługami zdrowotnymi • rozwój benchmarkingu podmiotów leczniczych • rozwój rozwiązań informacyjnych w ochronie zdrowia (platform informacyjno-edukacyjnych, telemedycyny, platform wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej) • wprowadzenie rejestrów najważniejszych danych medycznych i personelu medycznego • postępująca informatyzacja systemu ratownictwa medycznego (rozwiązania telemedyczne w świadczeniach pozaszpitalnych) • powołanie Zespołu ds. koordynacji działań w obszarze e-administracji, udostępniania informacji sektora publicznego oraz rozwoju kompetencji cyfrowych oraz powołanego w jego ramach Podzespołu ds. informatyzacji służby zdrowia, którego podstawowym zadaniem jest koordynacja inwestycji dotyczących e-zdrowia • rosnące nakłady firm informatycznych na rozwój projektów e-zdrowia • postęp naukowy i technologiczny w obszarze medycyny i farmacji • rozwój nowoczesnych technologii medycznych (np. wdrożenie nowych metod przeszczepiania komórek, tkanek i narządów) • polityka UE sprzyjająca wpieraniu B+R w medycynie i farmacji oraz rozwojowi e-zdrowia (liczne programy UE oraz instrumenty wsparcia sektora) • rozwój krajowych programów wspierających innowacje w ochronie zdrowia • zwiększenie świadomości znaczenia sektora ochrona zdrowia dla budowy innowacyjnych produktów i usług	• niewystarczający poziom finansowania ICT w ochronie zdrowia • długotrwałość procesu wdrażania projektów ICT • brak powszechności certyfikacji usług medycznych na wszystkich poziomach świadczeń usług medycznych

CZĘŚĆ II. Strategia i wdrażanie

5. Uwarunkowania strategiczne dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Na sformułowanie celów, kierunków interwencji i narzędzi istotny wpływ miały dokumenty UE i WHO, m.in. :

- *Rozporządzenie 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*[135];
- *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 rozdziale czwartym.

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)[136].

Zagrożenie ubóstwem jest jednym z istotniejszych makrospołecznych uwarunkowań polityki zdrowotnej państwa. Zagrożenie ubóstwem 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, z 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*[137] 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 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 7 przedstawia schemat komplementarnych dokumentów zawierających spójne krajowe strategiczne ramy polityki w obszarze systemu ochrony zdrowia w Polsce.

[135] KOM(2011) 709 Bruksela, 9.11.2011.

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

[137] Dz.U. z 2014 r. poz. 1649, z późn. zm.

Rysunek 7. Schemat dokumentów zawierających krajowe strategiczne ramy polityki w obszarze ochrony zdrowia do 2030 r.

Do głównych strategii zintegrowanych wytyczających priorytety w obszarze zdrowia należą przyjęta 12 lutego 2013 r. SSP i przyjęta 18 czerwca 2013 r. SRKL. Istotne cele w zarządzaniu strategicznym na poziomie regionalnym wyznaczyła KSRR. Celem strategicznym polityki regionalnej, określonym w tym dokumencie, jest efektywne wykorzystywanie specyficznych regionalnych oraz terytorialnych potencjałów rozwojowych dla osiągania celów rozwoju kraju: wzrostu, zatrudnienia i spójności w horyzoncie długookresowym.

Cele regionalne określone są w strategiach rozwoju województw do roku 2020 i dotyczą najistotniejszych sfer oddziałujących na życie mieszkańców, w tym także opieki zdrowotnej. Dzięki spójności strategii wojewódzkich z powyższymi dokumentami krajowymi, zwiększa się efekt synergii wynikający z koordynacji polityki krajowej i regionalnej[138].

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 na rzecz wdrażania SSP w perspektywie do 2020 roku 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

[138] Wyciąg z krajowych i wojewódzkich dokumentów strategicznych zawarty jest w załączniku nr 5.

celu tematycznego nr 9 Umowy partnerstwa[139] (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 dotyczących aktywnego i zdrowego starzenia się, istotnym dokumentem wdrożeniowym są *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*[140].

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"[141]. 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+[142] oraz Perspektywa uczenia się przez całe życie[143].

Ponadto dokumentami o charakterze implementacyjnym, w których zaplanowane są konkretne działania wpisujące się w realizację celów i kierunków interwencji dotyczących ochrony zdrowia zapisanych w strategiach, są przyjęte przez Radę Ministrów programy wieloletnie, np. *Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych, Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego na lata 2013–2016 POLKARD, Narodowy program ochrony zdrowia psychicznego*, a także *Narodowy Program Zdrowiana lata 2007-2015*[144].

Zgodnie z zasadami polityki rozwoju kraju, nowa edycja Narodowego Programu Zdrowia oraz projekty programów polityki zdrowotnej, będą dokumentami operacyjno-wdrożeniowymi zgodnymi z krajowymi ramami strategicznymi.

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

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

[139] 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.

[140] 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).

[141] Program Zintegrowanej Informatyzacji Państwa został przyjęty uchwałą Rady Ministrów 8 stycznia 2014 r.

[142] 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).

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

[144] Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło działania mające na celu opracowanie kolejnej edycji NPZ, obowiązującej po roku 2015.

Wizja systemu ochrony zdrowia w Polsce w 2020 r.

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

Powyższe 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 na najwyższym możliwym 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 „Krajowych Ramach Strategicznych. 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 8. 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 nierozerwalnie łączy się z zasadą „zdrowie we wszystkich politykach"[145]. 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*)[146], a z drugiej wzrostem wartości 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, zatruć 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).**

[145] 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.

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

Cel 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:

- opracowana i wdrożona ustawa o zdrowiu publicznym;
- 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;
- opracowany i wdrożony nowy Narodowy Program Zdrowia wskazujący priorytety dotyczące działań profilaktycznych;
- wzrost rozpowszechnienia 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 kardiochirurgia 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 połogu 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 geriatrii, dostosowanie kształcenia kadr medycznych do identyfikowanych potrzeb oraz nowoczesną organizację geriatrycznych świadczeń zdrowotnych;
- rozwój opieki długoterminowej;

- rozwój opieki na poziomie społeczności lokalnych (deinstytucjonalizacja opieki nad osobami zależnymi);
- zmniejszenie umieralności noworodków i niemowląt;
- poprawa stanu zdrowia kobiet, w szczególności w ciąży i w okresie połogu, oraz dzieci;
- zwiększenie dzietności;
- wdrożenie mechanizmów umożliwiających wykorzystanie map potrzeb do planowania polityki odpowiadającej na zidentyfikowane w mapach wyzwania demograficzne.

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[147].

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;
- udoskonalenie systemów finansowania, kwalifikowania, taryfikacji, kontraktowania, wykonywania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej;
- wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej, wczesna diagnostyka na poziomie POZ, zapewnienie ciągłości i kompleksowości świadczeń;
- 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;

[147] K. Kowalska, W.P. *Kalbarczyk, Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia międzynarodowe. Propozycja dla Polski*, Raport Ernst & Young, Warszawa 2013.

- 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 (praktycznym monopolistą) z podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą, przy ograniczonych możliwościach pozyskiwania innych płatników, np. towarzystw ubezpieczeniowych oferujących komercyjne ubezpieczenia zdrowotne, a także niedostatkiem 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:

- wdrożenie procesu mapowania potrzeb na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej
- 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:[148]

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;

[148] *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych* (Dz.U. Nr 137, poz.1126).

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;
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 najczęstszym 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 30 kierunkach interwencji[149] (tabela 58). Wsparcie tych działań będzie realizowane m.in. ze środków funduszy strukturalnych w latach 2014–2020.

Cele operacyjne

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

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

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

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

[149] Kierunki interwencji wynikające z dokumentów strategicznych, o których mowa w rozdziale 5.1 oraz integralny kierunek interwencji pn. Wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej

Tabela 58. Wykaz celów strategicznych i kierunków interwencji

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

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

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 pn. Matryca logiczna celów operacyjnych i narzędzi implementacji stanowi załącznik nr 6.

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 wyłączenie 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[150] 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[151].

Inwestycje w infrastrukturę

W ramach projektów wzmacniających infrastrukturę ochrony zdrowia w perspektywie finansowej 2007–2013 w większości realizowane były inwestycje punktowe, uwzględniające różnorodne potrzeby poszczególnych podmiotów leczniczych, niezorientowane jednakże na niwelowanie konkretnych obszarów deficytowych w danej dziedzinie lub w danym obszarze. Doświadczenia wskazują na konieczność wzmocnienia koordynacji poziomu regionalnego i centralnego oraz wprowadzenia mechanizmu racjonalizacji przedsięwzięć inwestycyjnych, tj. oceny celowości podejmowania nowych inwestycji w infrastrukturę medyczną[152]. Propozycje rozwiązań zwiększających efektywność wsparcia z funduszy unijnych przedstawiono w rozdziale 7.5. Z uwagi na brak strategicznego podejścia i odpowiedniej koordynacji w perspektywie 2007–2013 nie udało się uniknąć przykładów nieefektywnego wykorzystania środków[153]. 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 335 ambulansów ratowniczych na potrzeby podstawowych i specjalistycznych ZRM, co pozwoliło na wyposażenie 23% ogółu zespołów. Dzięki realizacji tego zadania mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, od chwili wezwania zespołu, jest na bardzo wysokim pozio-

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

[151] *Ibidem*, s. 24.

[152] 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.

[153] 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.

mie 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 pozwalając wyrównać szanse w dostępie do jak najszybciej udzielonej pomocy medycznej dla wszystkich obywateli[154]. 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[155]. 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.

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 możliwości oceny opieki szpitalnej z perspektywy międzynarodowej. Akredytacja jest sprawdzoną i użyteczną metodą, sugestywnie oddziaływająca 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.

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

[155] Raport końcowy badania ewaluacyjnego *Wpływ interwencji finansowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ na osiągnięcie celów szczegółowych ww. Priorytetu*, s. 44.

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 intensywna kampania informująca o założeniach architektonicznych i funkcjonalnościach systemu, budująca „markę" przedsięwzięcia, a także, co szczególnie istotne, o konieczności zapewniania interoperacyjności projektów w zakresie e-zdrowia realizowanych przez regiony z projektem P1.

Zbyt późno udostępniono 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 (SIZW), 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 pomocy mogłoby podnieść jej skuteczność i użyteczność 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[156], 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 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 pespektywie 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[157].

- **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, istot-

[156] IBC Group (2013), Raport z badania *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*; Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, s. 157-160.

[157] *Ibidem*, s. 131

nych z punktu widzenia przeciwdziałania i leczenia chorób będących przyczyną dezaktywizacji zawodowej, umożliwi kompleksowe działanie ukierunkowane na przeciwdziałanie głównym problemom systemu kształcenia kadr medycznych.

6.2. Narzędzia implementacji celów operacyjnych na lata 2014–2020

Przedstawione w rozdziale piątym cele i kierunki interwencji zawarte w dokumentach strategicznych stanowią kluczowy element w zakresie wypełniania warunkowości *ex ante* dla warunku „Istnienie krajowych lub regionalnych strategicznych ram polityki zdrowotnej w zakresie określonym art. 168 TFUE zapewniających stabilność gospodarczą."

Poniżej 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

Rysunek 9. Schemat logiki interwencji celu *Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce*

Źródło: *opracowanie własne*

Narzędzie 1: Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych[158], zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem [C[159]].

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 zaburzeniom zachowania;

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 m.in. 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 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 medyczne, w tym badania.

Ważnym elementem projektów w ramach tego narzędzia będą działania w zakresie edukacji zdrowotnej, które w kontekście aktywnego i zdrowego starzenia się mają znaczenie priorytetowe. Zgodnie z koncepcją tzw. pól zdrowotnych Lalonde'a, wyznaczającą cztery nadrzędne kategorie determinant zdrowia, dwie z nich 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).

Działania związane z edukacją zdrowotną nabierają 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, aktywizacja lekarzy i pozostałego personelu medycznego oraz ich zaangażowanie w działalność na rzecz zwiększania świadomości wśród społeczeństwa są kluczowymi elementami w procesie poprawy dobrostanu zdrowotnego.

Wszystkie działania podejmowane w ramach działań profilaktycznych będą realizowane z poszanowaniem praw pacjenta i obowiązującymi przepisami. W proces opiniowania poszczególnych programów włączona zostanie Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Rola AOTMiT skoncentrowana jest na ocenie skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa planowanych działań, w szczególności ocenie podlegać będą planowane w programie polityki zdrowotnej/programie zdrowotnym korzyści zdrowotne w stosunku do ryzyka (ocena efektywności klinicznej), a także w stosunku do kosztów oczekiwanych efektów zdrowotnych (ocena efektywności ekonomicznej) w kontekście definiowanych potrzeb zdrowotnych, których program będzie dotyczył. Wszystkie programy zdrowotne/programy polityki zdrowotnej będą wdrażane w oparciu o monitoring potrzeb zdrowotnych.

[158] Są to programy polityki zdrowotnej/ programy zdrowotne w rozumieniu art. 5 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2015 r. poz.581, z późn. zm.)

[159] C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (PO WER).

Narzędzie 2: Wdrożenie projektów profilaktycznych[160] dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu [R[161]].

Na poziomie regionalnym będą wspierane te programy profilaktyczne, które dotyczą problemów zdrowotnych specyficznych dla danych obszarów, lub programy profilaktyczne w zakresie przestrzeni uznanych za priorytetowe i pozwalających przeciwdziałać negatywnym skutkom trendów epidemiologicznych w danym regionie. Za specyficzny problem zdrowotny regionu uznaje się jednostkę chorobową/grupę chorób istotnych z punktu widzenia epidemiologicznego danego regionu i wykraczającą/wykraczające poza pięć głównych grup chorób stanowiących istotny problem zdrowotny na poziomie całego kraju.

W celu uniknięcia sytuacji kreowania wielu programów zdrowotnych o charakterze lokalnym (np. na poziomie gminy i powiatu), wspierane będą **Regionalne Programy Zdrowotne,** obejmujące swoim zasięgiem teren więcej niż jednego powiatu, których jednym z elementów wdrożeniowych będą konkursy i w których udział będą mogli brać lokalni aktorzy polityki zdrowotnej, w tym np. jednostki samorządu terytorialnego, podmioty wykonujące działalność leczniczą, organizacje pozarządowe, których statutowa działalność związana jest z promocją zdrowia. **Regionalne Programy Zdrowotne** będą realizowane w odpowiedzi na zdiagnozowane w regionie problemy zdrowotne i tworzone zgodnie ze schematem programu zdrowotnego oraz będą opiniowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

W przedmiotowym narzędziu nie jest możliwa realizacja programów, dla których funkcjonują ogólnopolskie programy zdrowotne/polityki zdrowotnej lub/i dla których trwają pilotaże działań profilaktycznych finansowane ze środków PO WER (15 programów polityki zdrowotnej opracowanych na poziomie krajowym). Ponadto odstępstwo od tej zasady dopuszczalne jest wyłącznie w przypadku indywidualnych zapisów w Regionalnych Programach Operacyjnych wynegocjowanych z Komisją Europejską, wskazujących wprost na daną jednostkę chorobową i pozytywnej rekomendacji Komitetu Sterującego.

Narzędzie 3: Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy [R[162]].

Wsparcie rehabilitacji medycznej skoncentrowane będzie głównie na schorzeniach, które stanowią główne przyczyny dezaktywizacji zawodowej. Projekty dotyczące rehabilitacji medycznej będą obejmowały kompleksowe i zespołowe działania na rzecz osoby, u której stwierdzono chorobę zaliczaną do grupy schorzeń będących najczęstszą przyczyną dezaktywizacji 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. Pierwszy etap rehabilitacji co do zasady 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), w warunkach ambulatoryjnych lub warunkach domowych. Etap trzeci to tzw. późna rehabilitacja, która powinna trwać przez całe życie i stanowić element prozdrowotnego trybu życia. Dla procesu sprawnego wdrożenia rehabilitacji trzeciego etapu wskazany jest aktywny udział m.in. edukatorów zdrowotnych, pielęgniarek POZ oraz wsparcie lekarzy POZ.

Programy rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy będą opiniowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

---

[160] Są to programy polityki zdrowotnej/programy zdrowotne w rozumieniu art. 5 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.)

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

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

Narzędzie 4: Wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy [R[163]].

W ramach przedmiotowego narzędzia wspierane będą projekty ukierunkowane na 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. karcynogeny 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 i powinny koncentrować się na wsparciu konkretnych przedsiębiorstw w opracowaniu i wdrożeniu rozwiązań organizacyjnych przyczyniających się do eliminacji zidentyfikowanych zagrożeń.

Narzędzie 5: Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi [R[164]].

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[165]. **W ramach tego narzędzia wspierane będą projekty ukierunkowane na poprawę wykrywalności raka jelita grubego, szyjki macicy, raka piersi.**

Narzędzie 6: Utworzenie nowych SOR powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęćze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie) [C[166]].

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 32 dodatkowe jednostki. 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.

Projekty będą polegały na przeprowadzeniu niezbędnych, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, robót budowlanych związanych z utworzeniem od podstaw lub w oparciu o istniejącą infrastrukturę funkcjonujących izb przyjęć nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych, a także utworzeniem całodobowych lotnisk/lądowisk dla śmigłowców. Ponadto zakupiona zostanie aparatura medyczna oraz wyposażenie niezbędne do prawidłowego funkcjonowania tych jednostek organizacyjnych.

Zakres wszystkich inwestycji dotyczących utworzenia szpitalnych oddziałów ratunkowych będzie uwzględniał standardy określone w przepisach. Nowe jednostki systemu PRM będą zapewniały odpowiedni poziom organizacji i wyposażenia niezbędny dla udzielania świadczeń ratowniczych.

---

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

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

[165] 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.

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

Standardy w zakresie wyposażenia SOR określone zostały w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego*. W ramach SOR wyróżniamy następujące obszary:

- segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć;
- resuscytacyjno – zabiegowy;
- wstępnej intensywnej terapii;
- terapii natychmiastowej;
- obserwacji;
- konsultacyjny;
- stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, jeśli oddział ma w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego;
- zaplecza administracyjno - gospodarczego.

Dla każdego z nich określone zostały niezbędne wymogi w zakresie ich usytuowania i wyposażenia. Spełnienie tych wymogów warunkuje uzyskanie statutu SOR oraz możliwość zawarcia kontraktu z NFZ na udzielanie świadczeń na SOR.

Ze środków perspektywy finansowej UE 2014-2020 planowane jest utworzenie około 25 nowych SOR, które stanowią najistotniejsze oraz najpilniejsze potrzeby z punktu widzenia systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Pozostałych 7 SOR zostanie utworzonych z wykorzystaniem środków krajowych.[167]

Narzędzie 7: Wsparcie istniejących SOR, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie) [C[168]].

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[169], stanowisk wstępnej intensywnej terapii. Rozbudowa lub przebudowa poszczególnych obszarów oddziałów lub ciągów komunikacyjnych zwiększy z kolei dostępność do świadczeń dla osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, 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.

W perspektywie finansowej 2007–2013 dofinansowanie otrzymało 111 projektów dotyczących SOR i lądowisk, tj. ponad 50% istniejących jednostek. Liczba istniejących SOR przewidzianych do dofinansowania w ramach nowej perspektywy finansowej UE wynosi około 34.[170]

[167] Z uwagi na wstępny etap planowania inwestycji brak jest możliwości na tym etapie oszacować wartości projektów oraz terminy realizacji.

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

[169] Raport Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Szpitalne Poddziały Ratunkowe. Analiza działalności, Kraków 2013 (do użytku wewnętrznego).

[170] W przypadku dostępnej alokacji, liczba ta ulegnie zwiększeniu. Szacuje się, że o wsparcie będzie ubiegało się ok. 150 podmiotów leczniczych.

Ponadto w przypadku, kiedy w celu osiągnięcia pełnej funkcjonalności SOR niezbędne jest przeprowadzenie prac w zakresie budowy/remontu całodobowego lądowiska lub lotniska dla śmigłowców, muszą one zostać ujęte w zakresie rzeczowym projektu.

Narzędzie 8: Modernizacja istniejących CU (roboty budowlane, doposażenie) [C[171]].

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 roboty budowlane w tych podmiotach. 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.

Liczba CU wymagających modernizacji wynosi 14.

Narzędzie 9: Utworzenie nowych CU (roboty budowlane, doposażenie) [C[172]].

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*.

W przypadku, kiedy w celu utworzenia centrum urazowego niezbędne są prace dotyczące szpitalnego oddziału ratunkowego i/lub budowy/remontu całodobowego lądowiska lub lotniska dla śmigłowców, prace te muszą zostać ujęte w zakresie rzeczowym projektu dotyczącego utworzenia centrum urazowego.

Narzędzie 10: Budowa lub remont całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie) [C[173]].

Realizacja narzędzia ma na celu wsparcie infrastruktury transportu medycznego, włącznie z całym, niezbędnym pomocniczym wyposażeniem i urządzeniami, koniecznej dla zapewnienia usług ratownictwa medycznego przez 24 godziny na dobę/7 dni w tygodniu. Projekty będą polegały na budowie lub remoncie całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie).

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

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

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

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

Wykazy tzw. jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego zawierają poszczególne Wojewódzkie Plany Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Ww. jednostki to np. ośrodki replantacyjne, leczenia hipotermii, leczenia oparzeń, terapii hiperbarycznej, oddziały toksykologiczne, neurologiczne, leczenia udarów, chirurgii klatki piersiowej, zajmujące się specjalistyczną diagnostyką i leczeniem osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Narzędzie 11: Wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (roboty budowlane, doposażenie oraz wyposażenia śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy) [C[174]].

Realizacja narzędzia ma na celu wsparcie infrastruktury transportu medycznego, włącznie z całym, niezbędnym pomocniczym wyposażeniem i urządzeniami, koniecznej dla zapewnienia usług ratownictwa medycznego przez 24 godziny na dobę/7 dni w tygodniu.

W ramach środków UE 2007–2013 unowocześniono 11 z 17 baz LPR, pomocy wymaga więc pozostałych sześć baz. Nowoczesna infrastruktura baz, w tym odpowiednie 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 zwiększających możliwość bezpiecznego dotarcia śmigłowca ratowniczego do osoby w nagłej potrzebie z wykorzystaniem nowoczesnych i innowacyjnych technologii.

W ramach narzędzia nie przewiduje się nabycia karetek pogotowia i helikopterów.

Narzędzie 12: Wsparcie ponadregionalnych[175] podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) [C[176]].

Projekty będą polegały na przeprowadzeniu niezbędnych z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych robót budowlanych oraz wyposażeniu w sprzęt medyczny oddziałów szpitalnych oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali ponadregionalnych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych dedykowanych:

1) chorobom układu krążenia;

2) chorobom nowotworowym;

3) zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania;

4) chorobom układu kostno-stawowego i mięśniowego;

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

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

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

5) chorobom układu oddechowego;

oraz pracowni diagnostycznych oraz innych jednostek zajmujących się diagnostyką współpracujących z wymienionymi oddziałami.

W zakresie projektu mogą zostać ujęte działania mające na celu poprawę dostępności infrastruktury dla osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych, a także (jako element projektu) rozwiązania w zakresie informatycznych systemów szpitalnych (oprogramowanie, sprzęt).

Narzędzie 13: Wsparcie regionalnych[177] podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) [R[178]].

Projekty będą polegały na przeprowadzeniu niezbędnych z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych robót budowlanych oraz wyposażeniu w sprzęt medyczny oddziałów szpitalnych oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali regionalnych udzielających świadczeń (zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych) dedykowanych:

1) chorobom układu krążenia;

2) chorobom nowotworowym;

3) zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania

4) chorobom układu kostno-stawowego i mięśniowego;

5) chorobom układu oddechowego;

oraz jednostek diagnostycznych współpracujących z wymienionymi oddziałami,

- w tym w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych, a także wyposażenia w sprzęt medyczny oraz – jako element projektu – rozwiązania w zakresie ICT (oprogramowanie, sprzęt) – w zakresie w jakim rozwiązania te nie są związane z realizacją działań wskazanych w Narzędziu 26: *Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej* oraz Narzędziu 27: *Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny.*

Inwestycje polegające na dostosowaniu istniejącej infrastruktury do obowiązujących przepisów będą kwalifikowalne, pod warunkiem, że ich realizacja jest uzasadniona z punktu widzenia poprawy efektywności (w tym kosztowej) i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Narzędzie 14: 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[179]].

Projekty będą polegały na przeprowadzeniu niezbędnych, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, robót budowlanych oraz wyposażeniu w sprzęt medyczny jednostek zajmujących się leczeniem osób dorosłych, ukierunkowanych na rozwiązywanie problemów dotyczących innych niż wymienione w Narzędziu 13 grup chorobowych, wynikających z przeprowadzonej diagnozy sytuacji demograficzno-epidemiologicznej danego regionu oraz zidentyfikowanych

[177] 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, instytuty badawcze prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych, uczestniczące w systemie ochrony zdrowia).

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

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

ograniczeń w dostępie do świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych, a także wyposażeniu w sprzęt medyczny oraz – jako element projektu – rozwiązania w zakresie ICT (oprogramowanie, sprzęt) w zakresie w jakim rozwiązania te nie są związane z realizacją działań wskazanych w Narzędziu 26: *Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej* oraz Narzędziu 27: *Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny.*

Jeżeli zostaną zidentyfikowane takie potrzeby, inwestycje prowadzone w ramach tego narzędzia mogą dotyczyć także podmiotów udzielających świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Z uwagi na charakter świadczeń realizowanych w POZ, inwestycje prowadzone w ramach tego narzędzia w POZ mogą być ukierunkowane na wszystkie problemy zdrowotne dorosłych i dzieci rozwiązywane w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, przy czym powinny one przyczyniać się do rozwoju opieki koordynowanej[180], z uwzględnieniem form opieki środowiskowej.

Inwestycje polegające na dostosowaniu istniejącej infrastruktury do obowiązujących przepisów będą kwalifikowalne, pod warunkiem, że ich realizacja jest uzasadniona z punktu widzenia poprawy efektywności (w tym kosztowej) i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

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.

Rysunek 10. Schemat logiki interwencji celu *Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi*

Źródło: opracowanie własne

[180] Opieka koordynowana – działania mająca na celu poprawę efektów zdrowotnych, poprzez przezwyciężenie problemu fragmentacji, za pomocą łączenia albo koordynowania działań różnych świadczeniodawców w procesie opieki.

Narzędzie 15: 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[181]].

Projekty będą polegały na przeprowadzeniu niezbędnych, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, robót budowlanych oraz wyposażeniu w sprzęt medyczny oddziałów oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali ponadregionalnych udzielających świadczeń stacjonarnych i całodobowych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci, a także pracowni diagnostycznych oraz innych jednostek zajmujących się diagnostyką współpracujących z powyższymi oddziałami.

W zakresie projektu mogą zostać ujęte działania mające na celu poprawę dostępności infrastruktury dla osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych, a także (jako element projektu) rozwiązania w zakresie informatycznych systemów szpitalnych (oprogramowanie, sprzęt).

Narzędzie 16: Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych jednostek zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, doposażenie) [R[182]].

Projekty będą polegały na przeprowadzeniu niezbędnych, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, robót 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, w tym w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób niepełnosprawnych, oraz – jako element projektu – rozwiązania w zakresie ICT (oprogramowanie, sprzęt) – w zakresie w jakim rozwiązania te nie są związane z realizacją działań wskazanych w Narzędziu 26: *Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej* oraz Narzędziu 27: *Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny.*

Inwestycje polegające na dostosowaniu istniejącej infrastruktury do obowiązujących przepisów będą kwalifikowalne, pod warunkiem, że ich realizacja jest uzasadniona z punktu widzenia poprawy efektywności (w tym kosztowej) i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto w ramach narzędzia możliwe będzie wsparcie szpitali ponadregionalnych w zakresie wynegocjowanym z KE i uwzględnionym w Regionalnym Programie Operacyjnym.

Narzędzie 17: Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej[183] (roboty budowlane, doposażenie) [R[184]].

Projekty będą polegały na przeprowadzeniu niezbędnych, z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych, robót budowlanych oraz wyposażeniu w sprzęt medyczny podmiotów leczniczych zajmujących się leczeniem w zakresie geriatrii, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej, w tym w zakresie dostosowania infrastruktury do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych, a także wyposażeniu w sprzęt medyczny oraz – jako element projektu – rozwiązaniach w zakresie ICT (oprogramowanie, sprzęt).

Inwestycje polegające na dostosowaniu istniejącej infrastruktury do obowiązujących przepisów będą kwalifikowalne, pod warunkiem, że ich realizacja jest uzasadniona z punktu widzenia poprawy efektywności (w tym kosztowej) i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

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

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

[183] 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.

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

Do czasu wprowadzenia właściwych map potrzeb zdrowotnych, będzie możliwe rozpoczynanie inwestycji infrastrukturalnych w kontekście deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej mających na celu wzmocnienie geriatrii, opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej.

Na poziomie regionalnym co do zasady nie powinna być wspierana infrastruktura szpitali ponadregionalnych oraz PRM, z wyjątkiem inwestycji polegających na modernizacji czy tworzeniu oddziałów geriatrycznych w szpitalach ponadregionalnych, które będą mogły otrzymać wsparcie w ramach RPO.

Narzędzie 18: Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, w szczególności poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi) [C[185] oraz R[186]].

Celem przedmiotowego narzędzia jest stymulacja rozwoju zdeinstytucjonalizowanych form opieki nad osobami zależnymi[187] w celu zapobiegania umieszczaniu ich w zakładach stacjonarnych (w szczególności na oddziałach szpitalnych), poprzez rozwój różnorodnych zintegrowanych usług.

W ramach przedmiotowego narzędzia wspierane będą projekty przyczyniające się do rozwoju form opieki nad osobami zależnymi, w tym nad osobami starszymi, poprzez działania o charakterze pilotażowym, a także wdrożeniowym, m.in takie jak:

- opracowanie standardu dla dziennego domu opieki oraz środowiskowych form pomocy/samopomocy i innych alternatywnych form opieki;
- wsparcie tworzenia i działalności dziennych domów opieki oraz innych form opieki nad osobami zależnymi, w tym nad osobami starszymi;
- szkolenia dla opiekunów (w szczególności członków rodzin) w zakresie opieki nad osobami zależnymi, w tym 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 (m. in. lekarzy, pielęgniarek i opiekunów medycznych) na wezwanie w szczególnej sytuacji;
- szkolenia oraz doradztwo w zakresie dostosowania podmiotów leczniczych do potrzeb osób zależnych, w tym osób starszych.

Realizacja projektów o charakterze deinstytucjonalizacyjnym, finansowanych ze środków EFS, przebiegać będzie w dwóch formułach: (a) projekty upowszechniające nowe rozwiązania organizacyjne mogą być finansowane ze środków RPO - po wcześniejszym pilotażu ze środków PO WER (np. opracowanie standardu dziennego domu opieki medycznej) oraz (b) projekty niewymagające działań pilotażowych – ze środków RPO.

W ramach realizacji tego narzędzia wykluczone będzie wsparcie dużych instytucji o charakterze opiekuńczo-pobytowym, świadczących usługi długoterminowej pomocy dla osób niepełnosprawnych, dzieci, osób starszych i chorych psychicznie.[188]

[185] C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (PO WER).

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

[187] Osoba zależna-osoba wymagająca ze względu na stan zdrowia lub wiek opieki lub pomocy innych osób w wykonywaniu czynności życia codziennego.

[188] Domy Pomocy Społecznej.

Narzędzie 19: Wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych [R[189]].

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 pisaniu.

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 nieleczonych 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 do wczesnego wykrywania i leczenia innych wad rozwojowych, w szczególności dotyczących układu krążenia u noworodków, niemowląt i małych dzieci, **projekty dedykowane zwiększeniu bezpieczeństwa porodu oraz opieki poporodowej oraz inne projekty ukierunkowane na specyficzne dla danego regionu problemy epidemiologiczne dzieci i młodzieży wynegocjowane z Komisją Europejską i uwzględnione w Regionalnych Programach Operacyjnych.**

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 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.

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

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.

Rysunek 11. 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*

Źródło: *opracowanie własne*

Narzędzie 20: Działania projakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne [C[190]].

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 w podmiotach leczniczych świadczących szpitalne usługi medyczne.

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 wzmacniały 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.

[190] C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (PO WER).

Narzędzie 21: Działania projakościowe dedykowane podmiotom świadczącym podstawową opiekę zdrowotną [C[191]].

Z powodu starzenia się społeczeństwa spodziewane jest znaczne zwiększenie wydatków na opiekę zdrowotną w perspektywie średnio- i długoterminowej. Wynikające z tego obciążenie dla finansów publicznych można byłoby zmniejszyć, a przy tym poprawić dostęp do opieki zdrowotnej przez wzmocnienie opieki podstawowej. Wymaga to wsparcia działań ukierunkowanych na poprawę efektywności funkcjonowania podmiotów leczniczych świadczących podstawową opiekę zdrowotną. W ramach przedmiotowego narzędzia realizowane będą projekty służące poprawie jakości i efektywności funkcjonowania POZ, m.in. poprzez wsparcie systemu akredytacji jakości tych placówek.

Narzędzie 22: Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do sytemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) służącej polepszeniu jakości i efektywności publicznych usług zdrowotnych (pilotaż nowej formy organizacji, procesu i rozwiązań technologicznych) [C[192]].

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 redukowania nierówności w zdrowiu oraz efektywności i stabilności finansowej systemu opieki zdrowotnej.

Wdrożenie OOK przyczyni się do:

- poprawy dostępu 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;
- poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej oraz stabilności finansowej systemu i jego składowych.

Zakres projektu będzie obejmować 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 200 tys. do 800 tys. osób. Pilotaż będzie obejmować prototypowe wdrożenie modelu organizacyjnego, który docelowo ma być zastosowany w powszechnym kontraktowaniu przez NFZ.

[191] C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (PO WER).

[192] C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (PO WER).

Narzędzie 23: Stworzenie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych (poprawa jakości danych dotyczących m.in. informacji o stanie infrastruktury medycznej, rejestrach medycznych dedykowanych określonym jednostkom chorobowym oraz identyfikacja „białych plam" w opiece zdrowotnej) [C[193]].

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 w obszarze ochrony zdrowia. W ramach przedmiotowego typu działania planuje się utworzenie systemu alokowania zasobów medycznych, rozwoju infrastruktury i zakupów sprzętowych oraz systemu 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, NFZ, JST, podmioty wykonujące działalność leczniczą, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, 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, służące poprawie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju zdolności analitycznych i audytu wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia [C[194]].

Ułatwianie 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 PO KL 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. W ramach ww. typu projektu możliwe będzie również wspieranie przedsięwzięć edukacyjnych o tematyce antykorupcyjnej, adresowanych m.in. do osób zatrudnionych w pionach administracyjnych podmiotów leczniczych, w tym osób zajmujących się zamówieniami publicznymi. Celem szkoleń będzie przybliżanie tematyki postępowań antykorupcyjnych,

[193] C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (PO WER).

[194] C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (PO WER).

przejawów działań nieetycznych, metod zwalczania tej patologii oraz utrwalenie pozytywnych wzorców zachowań w przypadku wystąpienia zjawisk niepożądanych. Nabyta wiedza pozwoli osobom odpowiedzialnym za dystrybucję środków finansowych właściwie reagować i przeciwdziałać korupcji.

Narzędzie 25: Działania na rzecz rozwoju dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia, poprzez m.in. wsparcie współpracy administracji systemu ochrony zdrowia z organizacjami pacjenckimi [C[195]].

Przedmiotowe narzędzie będzie służyło poprawie przejrzystości systemu oraz efektywności jego funkcjonowania poprzez rozwój współpracy administracji państwowej z organizacjami pozarządowymi. Projekty realizowane w ramach tego narzędzia będą służyły inicjowaniu, wspomaganiu i prowadzeniu debat, warsztatów, konferencji, tworzeniu raportów, analiz oraz opracowań związanych z problematyką ochrony zdrowia, które służyć będą rozwojowi dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia. Celem przedmiotowego narzędzia będzie również budowa rozwiązań z zakresu tworzenia i respektowania praw pacjentów w Polsce.

Narzędzie 26: Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej [C[196] i R[197]].

Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) umożliwi świadczeniobiorcom wgląd do pełnej dokumentacji medycznej wytworzonej w kraju, jak i poza jego granicami, oraz transgraniczną 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 wspomagania 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).

[195] C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój lata 2014–2020 (PO WER).

[196] Typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014–2020.

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

Narzędzie 27: Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny [C[198] i R[199]].

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 tzw. „komputerowo interpretowalnych wytycznych postępowania medycznego i ścieżek klinicznych" (CIG – *Computer Interpretable Guidelines*) 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 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 wspomagania 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 28: Upowszechnienie wykorzystania systemów rejestrowych i systemów klasyfikacji medycznych [C[200]].

Dalsze upowszechnianie wykorzystania systemów rejestrowych i systemów klasyfikacji medycznych nierozerwalnie 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);
- implementacja nowych klasyfikacji medycznych wykorzystywanych na potrzeby kliniczne, statystyczne czy rozliczeniowe (MZ, CSIOZ, samorządy zawodowe w ochronie zdrowia).

[198] C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014-2020.

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

[200] C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014–2020.

Narzędzie 29: Udostępnianie informatycznych narzędzi wsparcia efektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia [C[201]].

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 obniżać 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.

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 za poszczególne systemy informatyczne w systemie ochrony zdrowia, regiony, systemy lokalne, systemy telemedyczne).

Narzędzie 30: Poprawa kompetencji cyfrowych świadczeniodawców i świadczeniobiorców [C[202]].

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 równie 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, 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).

[201] C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014–2020.

[202] C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014–2020.

Narzędzie 31: Wsparcie rozwoju prac B+R+I w obszarze zdrowia [C[203] i R[204]].

Nakłady na badania i innowacje powinny być koncentrowane 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:

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**.

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

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

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.

Rysunek 12. Schemat interwencji celu D: Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych

Źródło: *opracowanie własne*

Narzędzie 32: Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej [C[205]].

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 programów praktyk, grantów na studencką działalność naukową dla studentów nauk medycznych oraz grantów dla doktorantów na uczelniach medycznych i w instytutach badawczych.

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.

[205] C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (PO WER).

Narzędzie 33: Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków [C[206]].

Przedmiotowe narzędzie ma na celu wsparcie działań resortu zdrowia w kierunku zapewnienia właściwej liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej, co ma szczególne znaczenie w kontekście starzejącego się społeczeństwa.

W ramach programów rozwojowych przewiduje się finansowanie działań związanych z wdrożeniem tzw. systemu kompetencji zamawianych (niezbędnych z punktu widzenia potrzeb społecznych). Ten typ programów rozwojowych będzie służył m.in. poprawie programów praktyk i staży oraz wzmocnieniu współpracy pomiędzy uczelniami kształcącymi na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo a podmiotami leczniczymi. Dodatkowo, programy rozwojowe służyć będą wzmocnieniu atrakcyjności kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, m.in. poprzez rozwój systemu stypendialnego.

Narzędzie 34: Kształcenie specjalizacyjne lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju [C[207]].

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, staży specjalizacyjnych, a także rozwój liczby i jakości miejsc rezydenckich i pozarezydenckich.

Wspierane będą w szczególności te dziedziny, które są związane ze schorzeniami będącymi istotnymi przyczynami dezaktywizacji zawodowej oraz z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa, np. chirurgia onkologiczna, geriatria, ginekologia onkologiczna, hematologia, medycyna ratunkowa, onkologia kliniczna, patomorfologia, radioterapia onkologiczna, etc.

Rezydentura, zgodnie z przepisami *ustawy z dnia 5 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*.

Narzędzie 35: Kształcenie podyplomowe lekarzy realizowane w innych formach niż specjalizacje w obszarach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy współpracujących z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej [C[208]].

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[209].

[206] C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (PO WER).

[207] C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (PO WER).

[208] C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (PO WER).

[209] 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 zlecenia Ministerstwa Zdrowia, październik 2011 r., s. 82.

W ramach wsparcia kształcenia podyplomowego lekarzy dofinansowane będą kursy doskonalące, m.in. w zakresie onkologii, geriatrii czy ratownictwa medycznego. Szkolenia będą kierowane w szczególności do lekarzy współpracujących z placówkami podstawowej opieki i dotyczyć będą m.in. poprawy ich kompetencji i umiejętności koniecznych do wykonywania czynności zawodowych związanych ze zwiększoną rolą lekarza podstawowej opieki wynikającą między innymi z wdrożenia tzw. pakietu kolejkowego i onkologicznego.

Narzędzie 36: Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi [C[210]].

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej formułuje w odniesieniu do pielęgniarek i położnych obowiązek 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 dokształcających. Przeprowadzone badania wykazują, że aż 62% pielęgniarek podkreśla, iż udział w tych formach doskonalenia zawodowego utrudniają bariery finansowe[211].

W ramach interwencji EFS będą dofinansowane przedsięwzięcia edukacyjne przeznaczone dla tej grupy zawodowej, ukierunkowane na podniesienie kwalifikacji związanych m.in. z: chorobami układu krążenia, chorobami nowotworowymi, chorobami układu oddechowego. Projekty szkoleniowe dedykowane pielęgniarkom i położnym będą również służyły podniesieniu ich kwalifikacji i umiejętności zawodowych niezbędnych w kontekście wdrożenia tzw. pakietu kolejkowego i onkologicznego.

Narzędzie 37: Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno–demograficznych [C[212]].

Skoncentrowanie działań ukierunkowanych na przygotowanie pracowników systemu ochrony zdrowia do zachodzących trendów demograficznych i epidemiologicznych wymaga zaprojektowania wsparcia również dla osób wykonujących inne zawody w ochronie zdrowia, 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 oraz diagnostów laboratoryjnych w odniesieniu do chorób istotnych z punktu widzenia problemu wykluczenia zawodowego.

6.3. Efektywność systemu ochrony zdrowia a planowane działania w ramach funduszy strukturalnych na lata 2014-2020

Komisja Europejska w Komunikacie *Pobudzanie wzrostu gospodarczego: zalecenia dla poszczególnych krajów na 2014 r. (Building growth: Country-specific recommendations 2014)* nakłada na Polskę obowiązek dokonania zmian w systemie ochrony zdrowia mających na celu zwiększenie efektywności systemu, w tym w szczególności efektywności kosztowej.

[210] C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (PO WER).

[211] D. Mytkowski, M. Kosma, E. Niedzielska, op.cit.

[212] C – typ projektu wdrażany z poziomu centralnego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (PO WER).

W Zaleceniach Rady UE w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014 r.[213] podkreślono, że aby zapewnić powodzenie strategii konsolidacji budżetowej, ważne jest jej poparcie kompleksowymi reformami strukturalnymi. W szczególności podniesiono konieczność reform w ochronie zdrowia – poprawę efektywności kosztowej wydatków i ogólnej wydajności sektora opieki zdrowotnej. W opinii Rady UE, *„...z powodu starzenia się społeczeństwa spodziewane jest znaczne zwiększenie wydatków na opiekę zdrowotną w perspektywie średnio- i długoterminowej. Wynikające z tego obciążenie dla finansów publicznych można byłoby zmniejszyć, a przy tym poprawić dostęp do opieki zdrowotnej przez wzmocnienie opieki podstawowej i systemów skierowań oraz wykorzystanie możliwości wzrostu oszczędności w opiece szpitalnej."*

W związku z powyższym, rząd polski prowadzi szereg działań, które mają wpłynąć na spełnienie tych oczekiwań szczegółowo opisanych poniżej.

6.3.1. Opis wdrażanych i planowanych reform w systemie ochrony zdrowia

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618)

Kompleksowe reformy mające na celu zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia rozpoczęły się w 2011 r. – 1 lipca 2011 r. weszła w życie *ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* kompleksowo regulująca sytuację prawną podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Kluczową z punktu widzenia efektywności systemu ochrony zdrowia zmianą jest prawne uregulowanie przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej – SPZOZ – w spółkę kapitałową.

Ustawa wprowadziła następujące rozwiązania mające na celu zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia, w tym efektywności kosztowej:

1. Wzmocniono nadzór nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej:

- Wprowadzono regulacje specyficzne dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej m.in. w zakresie procedury łączenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zasad gospodarki finansowej, źródeł uzyskiwania środków finansowych, szczególnych uprawnień pracowników.

- Wzmocniono nadzór właścicielski podmiotu tworzącego oraz zwiększono jego odpowiedzialność za sytuację finansową samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Podmiot tworzący zobowiązany został do podjęcia określonych działań w przypadku ujemnego wyniku finansowego zakładu. Może on w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten powiększony o koszty amortyzacji ma wartość ujemną – do wysokości tej wartości. Ujemny wynik finansowy i koszty amortyzacji dotyczą okresu objętego sprawozdaniem finansowym. W przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego, podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy podejmuje decyzję o zmianie formy organizacyjno-prawnej (przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową albo jednostkę budżetową) albo o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Przepis ten wprowadza pewien automatyzm działania – nie pozwala na dalsze zadłużanie się SPZOZ-ów. Czas trwania czynności likwidacyjnych nie może być on dłuższy niż 12 miesięcy od otwarcia likwidacji.

2. Ułatwiono proces przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe, który polega na zmianie formy organizacyjno-prawnej podmiotu leczniczego. Spółka powstała w wyniku przekształcenia SPZOZ-u wstępuje we wszystkie prawa i obowiązki, jakie przysługiwały przed przekształceniem samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej na zasadzie sukcesji generalnej.

3. Wprowadzono mechanizmy wsparcia procesu przekształceń dla organów założycielskich SPZOZ w postaci umorzeń oraz w formie dotacji celowych na spłatę zobowiązań przejętych przez organ założycielski od SPZOZ-u. Organy te mogły ubiegać się o przyznanie dotacji do końca 2013 r. W okresie 1 lipca 2011 – 30 czerwca 2014 r. na podstawie ustawy o działalności leczniczej przekształcono 67 SPZOZ, w tym 49 szpitali. Łącznie w latach

[213] ZALECENIE RADY z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014 r. oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014 r.

2012-2013 z dofinansowania skorzystały 34 podmioty tworzące dla 45 SPZOZ przekształconych w tym okresie w spółki prawa handlowego na kwotę ok. 333.800,0 tys. zł[214].

4. Usystematyzowano katalog podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

- Działalność lecznicza może być wykonywana we wszystkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, przy czym szczególne regulacje wprowadza dla prowadzenia działalności szpitalnej. Mogą ją prowadzić samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, jednostka budżetowa, albo spółka kapitałowa.

- Doprecyzowano status prawny tzw. szpitali jednego dnia, które udzielają świadczeń zdrowotnych z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

5. Ujednolicono rejestr podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

Nowelizacje z dnia 11 października 2013 r. oraz 21 marca 2014 r. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

1. *Ustawa z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (Dz.U. poz. 1290) wprowadziła kilka istotnych zmian w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych:

- Zwiększono gwarancję jakości świadczeń opieki zdrowotnej – poprzez określenie w ustawie pojęcia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, służących jako kryteria oceny ofert złożonych w postępowaniu o zawarcie umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

- Dokonano modyfikacji zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych, w celu zwiększenia efektywności kosztowej świadczeń opieki zdrowotnej:

  - usprawniono postępowanie odwoławcze w postępowaniach o zawarcie umów (od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, składany do dyrektora oddziału, a od decyzji dyrektora oddziału – skarga do wojewódzkiego sądu administracyjnego);

  - wprowadzono możliwość przedłużenia okresu obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (o maksymalnie 6 miesięcy) w przypadku ryzyka braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;

  - doprecyzowano sposób realizacji zasady jawności umów i postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, poprzez umieszczanie ofert i informacji o zawartych umowach na stronie internetowej NFZ, z uwzględnieniem maksymalnej kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy wynikającej z zawartej umowy.

2. *Ustawa z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. poz. 619) wprowadziła rozwiązania ukierunkowane na poprawę efektywności pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, rozszerzając możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w POZ w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez lekarzy pediatrów i lekarzy internistów. W POZ bowiem dochodziło do nienależytego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych z powodu braku wystarczającej liczby lekarzy rodzinnych, lekarzy pediatrów i lekarzy internistów. Wyżej wymienieni lekarze, z wyjątkiem lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej, są obowiązani w okresie 3 lat od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej ukończyć kurs w dziedzinie medycyny rodzinnej. Jednocześnie w MZ przygotowano nowelizację przepisów w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, której celem jest poprawienie jakości udzielanych świadczeń w POZ oraz bezpieczeństwa pacjentów.

[214] Źródło: dane własne MZ (Departament Organizacji Ochrony Zdrowia 07.07.2014 r.)

Tzw. pakiet kolejkowy i onkologiczny

Opracowano tzw. pakiet kolejkowy i onkologiczny, stanowiący zbiór przepisów wprowadzających istotne zmiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Ustawy zostały podpisane przez Prezydenta RP w dniu 12 sierpnia 2014 r., obecnie trwają prace nad aktami wykonawczymi. Pakiet tworzą trzy ustawy: *ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*[215], *ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia*[216], *ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw*[217].

Jednym z kluczowych założeń reformy jest zapewnienie pacjentom onkologicznym kompleksowej opieki na każdym etapie choroby oraz wprowadzenie rozwiązań zwiększających dostęp do świadczeń onkologicznych i poprawiających standard opieki nad pacjentem onkologicznym.

Pakiet zawiera również przepisy ukierunkowane na zwiększenie dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych, poprzez skrócenie kolejek oczekujących na świadczenia specjalistyczne oraz poprawę systemu zarządzania listami oczekujących, w tym informowania o długości kolejek. Przewiduje się również m.in. zmianę sposobu zarządzania procesem zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawę funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ww. cele osiągnięte zostaną poprzez:

1. **Wprowadzenie systemowych rozwiązań w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w zakresie onkologii, w szczególności:**

- Wprowadzenie odrębnej kategorii pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń z zakresu onkologii poprzez wyodrębnienie listy oczekujących na ww. świadczenia.

- Wprowadzenie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, na podstawie której odbywać się będzie tzw. szybka diagnostyka onkologiczna, oparta na trzech zasadach: kompleksowość, wysoka jakość i szybkość zrealizowania usługi zdrowotnej. Dzięki karcie informacje o dotychczasowym przebiegu procesu diagnostyczno – terapeutycznego danego pacjenta będą szybciej i łatwiej dostępne dla lekarzy na każdym jego etapie, który nierzadko realizowany jest w różnych placówkach. Wprowadzenie karty usprawni również sprawozdawczość.

- Nowe przepisy przewidują zwiększenie roli lekarza pierwszego kontaktu w leczeniu pacjentów nowotworowych. Tzw. szybka diagnostyka onkologiczna zakłada, że pacjent będzie zgłaszał się do swojego lekarza POZ, którego zadaniem będzie przeprowadzanie diagnostyki podstawowej i na jej podstawie kierowanie na konsultację specjalistyczną. W tym celu lekarz będzie mógł skorzystać z szerokiego wachlarza badań diagnostycznych. W przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego, lekarz POZ będzie kierował pacjenta do onkologa lub innego właściwego specjalisty, wydając mu w tym celu kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, będącą podstawą do wpisania pacjenta na odrębną listę oczekujących na diagnostykę onkologiczną. Lekarz będzie posiadał prawo wydawania ww. karty pod warunkiem osiągania ustalonego minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów. Brak osiągnięcia odpowiedniej wartości wskaźnika będzie skutkował obowiązkiem odbycia przez lekarza POZ szkolenia w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów. Lekarz specjalista będzie kierował pacjenta na diagnostykę wstępną (potwierdzenie/wykluczenie choroby nowotworowej), a następnie w razie konieczności diagnostykę pogłębioną (m.in. określenie stopnia zaawansowania choroby). Wszystkie informacje, szczegółowo opisane w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego, będą podstawą szczegółowego zaplanowania odpowiedniego procesu leczenia. Skróceniu ulegnie więc czas oczekiwania na zdiagnozowanie choroby onkologicznej oraz czas związany z oczekiwaniem na rozpoczęcie leczenia.

- Zniesienie limitów dotyczących świadczeń w zakresie onkologii.

- Określenie maksymalnego terminu, w którym świadczeniodawcy będą zobowiązani udzielić świadczeń pacjentom posiadającym kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego.

[215] Dz. U. z 2014 r. poz.1138

[216] Dz. U. z 2014 r. poz.1135

[217] Dz. U. z 2014 r. poz.1136

- Wprowadzenie kompleksowości w leczeniu pacjentów onkologicznych, między innymi poprzez wyodrębnienie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego planującego i koordynującego proces leczenia, wyznaczenie koordynatora procesu leczenia po określeniu ścieżki postępowania terapeutycznego przez zespół oraz zapewnienia udokumentowanej koordynacji oraz możliwości realizacji leczenia chirurgicznego, chemioterapii oraz radioterapii onkologicznej.

2. **Wprowadzenie zmian w zakresie zasad prowadzenia list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej, ukierunkowanych na rozwiązanie problemów wynikających z nieprawidłowego prowadzenia list oczekujących, co ma wpływ na wydłużenie czasów oczekiwania na leczenie:**

- Zwiększenie częstotliwości oraz zakresu przekazywania przez świadczeniodawców danych o listach oczekujących, co pozwoli Ministrowi Zdrowia i NFZ m.in. na prowadzenie pogłębionych analiz w zakresie czasów oczekiwania i zapotrzebowania na świadczenia, a w perspektywie długookresowej – na podejmowanie działań poprawiających dostęp pacjentów do świadczeń.

- Wprowadzenie obowiązku prowadzenia list oczekujących przez świadczeniodawców w formie elektronicznej, co ułatwi świadczeniodawcom sprawozdawczość oraz efektywne zarządzanie listami oczekujących, a także monitoring NFZ prawidłowości prowadzenia list. Jest to również niezbędne dla zapewnienia pacjentom realizacji prawa do zapisywania się na wizyty drogą elektroniczną, możliwości monitorowania swojego statusu na liście oczekujących oraz otrzymywania informacji o terminie wizyty.

- Zapewnienie pacjentom informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przez danego świadczeniodawcę. Informacje będą publikowane i aktualizowane co najmniej raz w tygodniu przez poszczególne wojewódzkie oddziały NFZ na ich stronach internetowych, na podstawie informacji przekazywanych przez świadczeniodawców. Ww. informacje będzie można uzyskać również za pośrednictwem bezpłatnej infolinii.

- Wyeliminowanie przypadków wpisywania się pacjentów na więcej niż jedną listę oczekujących na to samo świadczenie. W tym celu zaproponowano rozszerzenie zakazu dotyczącego wpisywania się na więcej niż jedną kolejkę na świadczenia udzielane na podstawie skierowań o świadczenia niepodlegające skierowaniom oraz wprowadzenie obowiązku dostarczania oryginału skierowania.

- Wprowadzenie zasady, że zawinione przez świadczeniobiorcę niezgłoszenie się w ustalonym terminie w celu uzyskania świadczenia skutkuje skreśleniem go z listy oczekujących.

- Doprecyzowanie, że na liście oczekujących nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie.

- Uregulowanie sytuacji osoby, która oczekiwała na świadczenie u świadczeniodawcy, którego umowa z NFZ wygasła lub została rozwiązana.

3. **Wprowadzenie zmian w zakresie programów zdrowotnych:**

- Wprowadzenie podziału na programy zdrowotne (opracowywane, finansowane i wdrażane przez NFZ) i programy polityki zdrowotnej (opracowywane, finansowane i wdrażane przez ministrów i jednostki samorządu terytorialnego).

- Zobowiązanie jednostek samorządu terytorialnego do realizacji programów polityki zdrowotnej w sposób spójny merytorycznie i organizacyjnie z programami realizowanymi przez ministrów i NFZ.

4. **Wprowadzenie skierowań do lekarza okulisty i lekarza dermatologa.** Z analiz NFZ wynika, że znacząca większość pacjentów pojawia się u lekarza okulisty jeden lub dwa razy w roku i wymaga jedynie podstawowego badania, które mógłby wykonać samodzielnie lekarz POZ. Podobne wnioski dotyczą pacjentów korzystających z porady lekarza dermatologa. W związku z powyższym, zaproponowano rozwiązanie, zgodnie z zasadą realizacji procesu leczniczego na najniższym możliwym poziomie, ukierunkowane na zwiększenie liczby pacjentów, którym świadczenie zostanie udzielone na poziomie POZ, zmniejszając tym samym długość oczekiwania na świadczenia do specjalistów z zakresu okulistyki i dermatologii.

5. **Wprowadzenie zmian w zakresie maksymalnego okresu, na jakie mogą być zawierane umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.** Zmiany te mają na celu dostosowanie okresu, na jaki zawierane są umowy do czasu amortyzacji inwestycji podjętych w celu realizacji tych umów, przyczyniając się do poprawy efektywności całego systemu ochrony zdrowia. Wieloletnie umowy stanowić będą istotną gwarancję w procesie pozyskiwania

od instytucji finansowych środków niezbędnych do przeprowadzenia potrzebnych procesów inwestycyjnych. Wydłużenie okresu obowiązywania umów wpłynie też pozytywnie na rozwój partnerstwa publiczno-prawnego (PPP). Stabilność finansowa i organizacyjna świadczeniodawcy powoduje u jego pracowników większe poczucie bezpieczeństwa utrzymania miejsca pracy. Dla świadczeniobiorców oznacza to natomiast wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa poprzez zachowanie ciągłości leczenia. Korzyścią płatnika jest natomiast ograniczenie kosztów administracyjnych poprzez obniżenie kosztów transakcyjnych. Wieloletnie umowy są również istotne w kontekście wymagań trwałości projektów realizowanych z udziałem środków UE. Zakłada się:

- Wprowadzenie bezterminowych umów z NFZ w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem opieki nocnej i świątecznej.

- Wydłużenie okresu, na jaki są zawierane umowy z NFZ – do 5 lat w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i 10 lat w przypadku leczenia szpitalnego.

6. Wprowadzenie uproszczeń w zakresie procedur ustalania ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń.

- Wprowadzenie nowych instrumentów ukierunkowanych na poprawę efektywności alokacji środków publicznych. Zróżnicowanie w dostępie do świadczeń w poszczególnych regionach kraju (m.in. w związku z istniejącą strukturą i rozmieszczeniem infrastruktury oraz kontraktowaniem, które często nie uwzględnia poziomu i rodzaju istniejących potrzeb zdrowotnych w danym regionie) stanowi bezpośrednie uzasadnienie dla konieczności wypracowania narzędzi lepszego identyfikowania potrzeb zdrowotnych, lepszego planowania procesów inwestycyjnych oraz skoordynowania polityki zdrowotnej, w tym określania priorytetów tej polityki i prowadzenia okresowych ocen skuteczności podejmowanych działań w zakresie poprawy stanu zdrowia mieszkańców. Nowe rozwiązania będą pomocne w kreowaniu polityki zdrowotnej państwa oraz podniesieniu efektywności i transparentności procesu kontraktowania świadczeniodawców. Będą także w bezpośredni sposób wspierać prowadzenie racjonalnych inwestycji w zakresie ochrony zdrowia i zmniejszać ryzyko podejmowania arbitralnych decyzji. W tym celu wprowadza się obowiązek tworzenia map potrzeb zdrowotnych, które następnie będą podstawą definiowania priorytetów polityki zdrowotnej, wskazujących, które z potrzeb zdrowotnych należy zaspokoić w pierwszej kolejności. Mapy i priorytety będą następnie podstawą do wydawania przez wojewodów opinii o celowości realizacji planów inwestycyjnych, a także tworzenia przez oddziały wojewódzkie NFZ planów zakupów świadczeń opieki zdrowotnej:

a. Mapy potrzeb zdrowotnych:

- Będą służyć do analiz bieżącej i prognozowanej sytuacji demograficznej i zdrowotnej ludności, z uwzględnieniem posiadanych zasobów i infrastruktury medycznej, jak również wskazywać prognozowane potrzeby w zakresie konsumpcji świadczeń zdrowotnych stanowiący tym samym wyznacznik priorytetów w zakresie kontraktowania świadczeń zdrowotnych oraz narzędzie umożliwiające podejmowanie racjonalnych decyzji inwestycyjnych.

- Regionalne mapy będą tworzone dla każdego z województw i będą zawierały opis potrzeb zdrowotnych na poziomie powiatu i województwa. Za sporządzanie map odpowiedzialni będą poszczególni wojewodowie, którzy ww. zadanie będą realizować przy udziale Wojewódzkich Rad do Spraw Potrzeb Zdrowotnych, na podstawie projektów przygotowanych przez NIZP-PZH.

- Na podstawie map regionalnych sporządzana będzie przez NIZP-PZH ogólnopolska mapa potrzeb zdrowotnych, której zadaniem będzie całościowe zobrazowanie sytuacji w kraju poprzez integrację informacji wynikających z map regionalnych, pozwalając na identyfikację obszarów, w których możliwe jest skoordynowane działania kilku województw lub właściwych organów państwa, a także przedstawienie danych w dziedzinach specjalistycznych, zabezpieczanych na terenie całego kraju.

- Mapy będą tworzone będą raz na 5 lat, przy czym co roku będzie następowała ich aktualizacja, pozwalająca na bieżące monitorowanie podjętych działań oraz weryfikację ich zgodności z założeniami i prognozami.

- W stosunku do pierwszych dwóch lat wprowadzone będzie odrębne rozwiązanie – mapy opracowywane będą na okres 3 lat i przez Ministra Zdrowia, co jest potrzebne dla wypracowania spójnej i jednolitej metodologii tworzonych narzędzi i dokumentów, która zapewni sprawne porównanie między województwami oraz stworzenie mapy potrzeb zdrowotnych dla całego kraju. Okres ten pozwoli ponadto na dostarczenie jednolitych dla wszystkich województw rozwiązań dla potencjalnych problemów badawczych.

b. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej:

- Będą ustalane na podstawie wniosków wynikających z map potrzeb zdrowotnych.
- Będą definiowane przez wojewodów w porozumieniu z Wojewódzkimi Radami do Spraw Potrzeb Zdrowotnych.
- Będą tworzone na te same okresy, co mapy potrzeb zdrowotnych.

c. Plany zakupów świadczeń opieki zdrowotnej:

- Będą tworzone na podstawie map potrzeb zdrowotnych oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej – założeniem jest prognozowanie poziomu przyszłych potrzeb (mapy) oraz wskazanie, które z nich (priorytety) powinny być w pierwszej kolejności zaspokojone przez oddziały wojewódzkie NFZ tak, by w jak największym stopniu zabezpieczyć zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne na danym obszarze.
- Będą tworzone przez wojewódzkie oddziały NFZ.
- Będą stanowiły uszczegółowienie sposobu przeznaczenia środków określonych w planie finansowym na poszczególne obszary terytorialne kontraktowania, poszczególne zakresy i rodzaje świadczeń wraz z uzasadnieniem dokonanych alokacji środków finansowych w odniesieniu do przyjętych priorytetów.
- Plany będą również wskazywały maksymalną liczbę świadczeniodawców, z jaką oddział NFZ planuje zawrzeć umowy.
- Plany będą podlegały ocenie przez NFZ i MZ poprzez bieżącą weryfikację stanu zabezpieczenia dostępu do świadczeń na obszarze poszczególnych województw.
- Będą podlegały publikacji celem zwiększenia transparentności procesu kontraktowania świadczeń oraz umożliwienia potencjalnym świadczeniodawcom przygotowania się do konkursów.

d. Opinie o celowości planów inwestycyjnych:

- Będą wydawane przez wojewodów z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, po zasięgnięciu opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
- Będą dotyczyły celowości podejmowania nowych inwestycji w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, tworzenia nowego podmiotu leczniczego lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego.
- Pozytywne opinie będą wydawane w przypadku, gdy na podstawie danych będących w posiadaniu wojewodów i oddziałów NFZ (mapy potrzeb zdrowotnych) można będzie stwierdzić faktyczne braki zasobów.
- Celem jest uniknięcie nadpodaży na lokalnym rynku usług zdrowotnych poprzez tworzenie zasobów nieadekwatnych w stosunku do potrzeb świadczeniobiorców na tym obszarze. Uzyskanie pozytywnej opinii umożliwi świadczeniodawcom perspektywiczny rozwój w oparciu o stabilne warunki finansowe gwarantowane przez NFZ. Z drugiej strony, instrument zapobiegnie chaotycznemu i żywiołowemu rozwojowi rynku usług medycznych.
- Posiadanie pozytywnej opinii wojewody będzie również miało wpływ na ocenę oferty świadczeniodawcy w czasie postępowania kontraktującego świadczenia. Brak pozytywnej opinii skutkować będzie przyznaniem mniejszej liczby punktów. Takie rozwiązanie spowoduje więc, że podmiot nieposiadający pozytywnej opinii będzie musiał przedstawić ofertę znacznie korzystniejszą od ofert podmiotów już funkcjonujących na rynku lub podmiotów, które uzyskały pozytywną opinie wojewody. Tym samym nowy system nie zablokuje dostępu do rynku nowych, innowacyjnych podmiotów, z drugiej zaś strony przestrzegać będzie przez podejmowaniem inwestycji na obszarach i w zakresach, gdzie podaż jest już wysoka i odpowiadająca rzeczywistemu poziomowi popytu na świadczenia.

7. **Uporządkowanie kryteriów wyboru ofert w ramach procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych,** do których należą jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość i cena świadczeń, a także uwzględnianie, na etapie oceny ofert świadczeniodawców, m.in. posiadania pozytywnej opinii wojewody o celowości planów inwestycyjnych.

8. **Wprowadzenie instrumentów skutecznego nadzoru nad NFZ** poprzez m.in. zmiany w sposobie powoływania prezesa NFZ i dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ oraz rad naukowych NFZ i rad naukowych ww. oddziałów. Przewiduje się także udział w Radzie Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawiciela organizacji pacjenckich. Wprowadzenie rozwiązań ugruntowujących podział kompetencji w zakresie kreowania polityki zdrowotnej (Minister Zdrowia) oraz finansowania świadczeń (Narodowy Funduszy Zdrowia), a jednocześnie wspierających współpracę ww. podmiotów.

9. **Wprowadzenie podstaw prawnych i organizacyjnych oraz narzędzi potrzebnych do przeprowadzania wyceny świadczeń zdrowotnych opartej na danych o rzeczywistych i uzasadnionych kosztach świadczeń:**

- Zakłada się określenie standardu prowadzenia rachunku kosztów świadczeń, który byłby zalecanym standardem dla świadczeniodawców udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w celu poprawienia stanu zarządzania i ujednolicenia sposobu identyfikowania, gromadzenia, przetwarzania i interpretowania danych o kosztach świadczeń.

- Określenie ww. standardu będzie należało do zadań Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Powołanie Agencji ma również na celu oddzielanie funkcji płatnika od funkcji jednostki dokonującej wyceny świadczeń, poprzez powierzenie Agencji kompetencji w zakresie taryfikacji świadczeń.

- Taryfa świadczeń będzie zestawieniem danych względnych świadczeń (najczęściej wyrażonych punktowo), natomiast określenie ceny świadczeń będzie się odbywało w drodze negocjacji z potencjalnym świadczeniodawcą.

- Niezbędne dane Agencja pozyska od wybranej grupy świadczeniodawców (stosujących m.in. ww. standard rachunku kosztów), zapewniając tym samym, by ww. wycena była oparta na rzeczywistych, wiarygodnych danych.

10. **Wyodrębnienie tzw. świadczeń towarzyszących w celu zapewnienia przez świadczeniodawcę transportu i zakwaterowania pacjenta w związku z realizacją świadczeń w zakresie onkologii, finansowanych przez NFZ.**

11. **Reforma wzmacnia również pozycję lekarza podstawowej opieki zdrowotnej**, m.in. poprzez rozszerzenie listy możliwych badań zlecanych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto zaproponowane zmiany mają na celu zwiększenie liczby lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej poprzez wprowadzenie możliwości wyboru przez pacjenta, czy chce być pod opieką internisty, pediatry czy lekarza rodzinnego. W celu poprawy dostępności do lekarzy specjalistów planowane jest podwyższenie wyceny pierwszej wizyty, jeśli pacjent zostanie zdiagnozowany i zostanie zaplanowane leczenie w ciągu max. 6 tygodni, po upływie których lekarz specjalista zdecyduje o skierowaniu pacjenta pod opiekę lekarza rodzinnego. Zwiększeniu motywacji do szybkiej diagnostyki i leczenia służyć będzie również wprowadzenie pakietów diagnostycznych przy pierwszej wizycie pacjenta. Planowane jest również zniesienie obowiązku konsultacji specjalistycznej raz na 12 m-cy, w celu możliwości przedłużenia recepty przez lekarza rodzinnego. Dzięki poszerzonemu zakresowi badań, jakie lekarz ten będzie mógł wykonać/zlecić po wprowadzeniu zmian, możliwe będzie zweryfikowanie podejrzenia nowotworu już na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Dzięki temu nowotwory będą wykrywane we wcześniejszych stadiach, a pacjenci szybciej będą mogli podjąć leczenie. Wpłynie to korzystnie nie tylko na przeżywalność pacjentów onkologicznych, ale także na koszty ich leczenia. W celu zachęcenia lekarzy POZ do kierowania pacjentów na badania wprowadzone zostaną nowe produkty finansowe.

12. **Nadanie pielęgniarkom i położnym uprawnień do samodzielnego ordynowania wybranych leków i wyrobów medycznych oraz wystawiania skierowań na określone badania diagnostyczne, a także uprawnień do kontynuacji zleconej przez lekarza farmakoterapii.** Projektowane zmiany wpłyną na efektywne wykorzystanie czasu pracy członków zespołu terapeutycznego, wykorzystanie umiejętności, wiedzy i doświadczenia. Powyższa zmiana ma na celu poprawę dostępności pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez ułatwienie diagnostyki i leczenia w określonym zakresie. Ww. zmiana będzie uprawnieniem, a nie obowiązkiem ww. grup zawodowych. Ponadto przewiduje się przeprowadzenie szeregu dodatkowych kursów dla pielęgniarek i położnych zainteresowanych wykonywaniem ww. uprawnień. Aby zapewnić odpowiedni czas na przygotowanie do nowych zadań, ww. element reformy zacznie obowiązywać od 2016 roku.

13. **Wprowadzenie tzw. porady receptowej.** Lekarz i uprawniona pielęgniarka lub położna będą mogli, bez konieczności osobistego badania pacjenta, wystawić receptę na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację ww. zaopatrzenia. Ponadto recepta oraz zlecenie będą mogły być przekazane osobom trzecim, jeśli taka będzie wola pacjenta.

14. **Wzmocnienie gwarancji bezstronności i zwiększenie transparentności konsultantów krajowych i wojewódzkich w ochronie zdrowia** poprzez wprowadzenie obowiązku oświadczeń związanych z ich współpracą m.in. z sektorem farmaceutycznym, w celu zidentyfikowania występowania konfliktu interesów. Przepisy definiują również konsekwencje niezłożenia oświadczenia bądź złożenia oświadczenia nieprawdziwego.

Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia[218]

Ustawa określiła organizację i zasady działania systemu informacji w ochronie zdrowia oraz wprowadziła następujące rozwiązania, mające na celu zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia:

1. **Tworzony jest System Informacji Medycznej (SIM)**

System Informacji Medycznej jest systemem teleinformatycznym służącym gromadzeniu, analizie i udostępnianiu zasobów cyfrowych zawierających dane i informacje związane z udzielonymi lub planowanymi świadczeniami opieki zdrowotnej. W toku prac nad budową SIM wprowadza się rozwiązania prawne dotyczące obowiązku prowadzenia i wymiany dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Przewiduje się również utworzenie elektronicznego modułu danych medycznych. Wprowadzenie SIM ma na celu znaczne zmniejszenie obowiązków administracyjnych, statystycznych i rozliczeniowych usługodawców oraz zapewnienie kompleksowości danych obrazujących funkcjonowanie systemu.

2. **Tworzone są dziedzinowe systemy teleinformatyczne**

W ramach systemu informacji w ochronie zdrowia tworzone są dziedzinowe systemy teleinformatyczne, które obsługują jednorodne zadaniowo obszary działalności państwa w zakresie ochrony zdrowia. Wyodrębniono m.in. systemy teleinformatyczne połączone ze sobą w ramach systemu informacji w ochronie zdrowia relacjami umożliwiającymi wymianę i automatyczną aktualizację danych z jednoczesnym otwarciem na systemy informacyjne obsługujące organy administracji publicznej w zakresie: rejestru usług medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, statystyki w ochronie zdrowia, ewidencji zasobów ochrony zdrowia, wspomagania Ratownictwa Medycznego, monitorowania zagrożeń, monitorowania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, monitorowania kosztów leczenia i sytuacji finansowo-ekonomicznej podmiotów leczniczych, monitorowania obrotu produktami leczniczymi.

3. **Uregulowano kwestie funkcjonowania rejestrów medycznych**

Rejestry medyczne tworzone są w celu monitorowania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, monitorowania stanu zdrowia populacji oraz profilaktyki zdrowotnej i realizacji programów zdrowotnych. Przyjęcie tego rozwiązania ma szczególne znaczenie dla ładu informacyjnego w ochronie zdrowia. Włączenie wszystkich rejestrów medycznych do systemu informacji w ochronie zdrowia ma na celu integrację wszystkich zbiorów danych w ochronie zdrowia i interoperacyjność systemów, a także na zapobieżenie redundancji danych. Rozwiązania przyjęte w ustawie pozwoliły na rozróżnienie rejestrów medycznych prowadzonych w celach monitorowania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, monitorowania stanu zdrowia populacji oraz profilaktyki zdrowotnej i realizacji programów zdrowotnych i rejestrów medycznych prowadzonych zgodnie z przepisami o dokumentacji medycznej.

4. **Utworzono Platformę udostępniania on-line usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych** (tzw. Platforma on-line). W finalnej fazie tworzenia jest Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (tzw. Platforma P1):

- Zadaniem Platformy on-line jest otwarcie systemów obsługujących system informacji na systemy informacyjne poza resortem ochrony zdrowia (współpraca z Platformą ePUAP) oraz umożliwienie wymiany danych pomiędzy systemami teleinformatycznymi obsługującymi system ochrony zdrowia – co zapobiegnie redundancji danych i nadmiernym obciążeniom statystycznym, administracyjnym i informacyjnym.

[218] Tekst jednolity z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.

- Platforma P1 ma na celu zbudowanie platformy informatycznej umożliwiającej i integrującej udostępnianie przedsiębiorcom w obszarze ochrony zdrowia usług z zakresu e-administracji w szczególności w zakresie:

  - dostępu usługobiorców do informacji o zrealizowanych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej zgromadzonych w SIM oraz raportów z udostępnienia danych ich dotyczących;

  - przekazywania przez usługodawców do SIM informacji o zrealizowanych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej;

  – wymiany pomiędzy usługodawcami danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej, o ile jest to niezbędne do zapewnienia ciągłości leczenia;

  – wymiany dokumentów elektronicznych pomiędzy usługodawcami w celu prowadzenia diagnostyki, ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze i wyroby medyczne (recepty, skierowania zlecenia);

  – dostępu rejestrów medycznych do danych zgromadzonych w SIM w celu uniknięcia wielokrotnego zbierania tych samych danych przez różne podmioty.

Niniejsza ustawa wraz z aktami wykonawczymi stanowi podstawę prawną procesu informatyzacji ochrony zdrowia w Polsce. Rozwiązania prawne, a w ślad za nimi tworzone narzędzia informatyczne, przynoszą korzyści:

- dla pacjentów:

  - Umożliwienie zarządzania bazą wiedzy na temat własnego stanu zdrowia, historii chorób, zastosowanych procedurach medycznych czy przepisanych lekach (Internetowe Konto Pacjenta).

  - Zmniejszenie średniego czasu oczekiwania w kolejce na najbardziej potrzebne usługi dzięki wdrożeniu w ramach systemu scentralizowanych list oczekujących na wybrane świadczenia specjalistyczne.

- dla świadczeniodawców:

  - Zmniejszenie kosztów pozyskania i udostępniania danych medycznych.

  - Dostęp do wiarygodnych danych zarządczych umożliwiający podejmowanie decyzji poprawiających efektywność, w tym kosztową, podmiotu leczniczego.

  - Efektywniejsze wykorzystywanie informacji zebranych na wcześniejszych etapach procesu leczenia, także w innych placówkach prowadzących działalność leczniczą, i związane z tym ograniczenie konieczności wykonywania kosztowych specjalistycznych badań dzięki korzystaniu z istniejącej dokumentacji medycznej.

  - Zapewnienie usługodawcy dostępu do dokumentacji medycznej w miejscu wykonywania usługi dla obywatela.

  - Zwiększone możliwości analityczne związane z elektronicznym sposobem przechowywania danych pozwolą na automatyczne tworzenie sprawozdań statystycznych, a tym samym dalsze zmniejszenie obciążenia usługodawców.

  - Możliwość świadczenia usług z obszaru telemedycyny (skrócenie czasu obsługi pacjenta, optymalizacja kosztów).

- dla systemu ochrony zdrowia:

  - Uszczelnienie systemu poprzez wprowadzenie e-recepty, e-zwolnienia, e-skierowania, e-zlecenia.

  - Wspomaganie zarządzania kryzysowego w kraju. Wiele podmiotów publicznych zaangażowanych w zarządzanie kryzysowe uzyska możliwość pozyskiwania informacji umożliwiających bieżące monitorowanie i reagowanie na zagrożenia.

- Umożliwi automatyczne zbieranie danych o zdarzeniach medycznych i tworzenie statystyk, co z kolei pozwoli na monitorowanie trendów i zbieranie danych np. epidemiologicznych.

- Przeprowadzanie kompleksowych analiz statystycznych w sektorze ochrony zdrowia w oparciu o szeroki zakres danych, które powinny przyczynić się do sprawnego planowania i rozwoju obszaru ochrony zdrowia w Polsce.

- Zapewnienie współpracy międzynarodowej w zakresie wymiany informacji związanej z ochroną zdrowia.

Ponadto finalizowane są prace nad nowelizacją ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.[219]

Projekt zawiera regulacje dotyczące dostosowania innych ustaw m.in. do wprowadzenia elektronicznej postaci recepty, skierowania, zlecenia oraz rejestrów medycznych i dziedzinowych systemów teleinformatycznych, a także doprecyzowuje przepisy dotyczące „telemedycyny". Ponadto rozwiązania zawarte w projekcie mają na celu doprecyzowanie przepisów dotyczących Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, zwanej dalej „KUZ" oraz wprowadzenia Karty Specjalisty Medycznego, zwanej dalej „KSM" i Karty Specjalisty Administracyjnego, zwanej dalej „KSA". Jednym z założonych efektów wprowadzenia ww. kart elektronicznych, związanych z funkcją potwierdzania wykonania świadczenia opieki zdrowotnej jest wyeliminowanie nieprawidłowości występujących w systemie opieki zdrowotnej, polegających na zgłaszaniu do zapłaty przez NFZ udzielenia świadczeń na rzecz pacjentów, którzy w danym dniu ich nie uzyskali, a w związku z tym nie rejestrowali się u świadczeniodawcy oraz udzielenia fikcyjnych świadczeń tym pacjentom, którzy w danym dniu uzyskali inne – najczęściej „tańsze" świadczenie u danego świadczeniodawcy. Ponadto zastosowanie kart KUZ i KSM/KSA dostarczy silnego materiału dowodowego w przypadku podwójnego rozliczenia tego samego świadczenia. Z szacunków prowadzonych przez europejskie instytucje ubezpieczeniowe działające w systemie publicznej opieki zdrowotnej wynika, że w rozwiniętych krajach europejskich poziom nieprawidłowości wynosi od 2 % do 5% rocznego budżetu instytucji. W przypadku NFZ przyjęto średni budżet roczny w wysokości 65 mld zł, a poziom nieprawidłowości, których zatrzymanie będzie możliwe przy użyciu kart generujących podpis elektroniczny określono na 1% tego przychodu. Oznacza to, że wartość tak oszacowanego strumienia nieprawidłowości rocznie może wynosić 650 mln zł.

Projekt wprowadza także przepisy ułatwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz niektórych usług farmaceutycznych, za pośrednictwem teleinformatycznych systemów łączności. Rozwiązania takie już w chwili obecnej funkcjonują na rynku, dlatego też konieczne jest rozwianie pojawiających się w tym zakresie wątpliwości prawnych. Dzięki wprowadzeniu rozwiązań prawnych spodziewany jest wzrost rynku usług telemedycznych, w pierwszej kolejności finansowanych ze środków prywatnych. W długiej perspektywie usługi telemedyczne, w tym w szczególności teleopieka i telemonitoring, przyczynić się mogą do zmniejszenia obciążenia profesjonalistów w podstawowej opiece zdrowotnej.

Projektowaną regulacją dokonuje się również korekty procedur już funkcjonujących w procesie kształcenia lekarzy, lekarzy dentystów, diagnostów laboratoryjnych farmaceutów i ratowników medycznych, pozwalającej na informatyzację systemu kształcenia kadr medycznych. Zmiany są warunkiem niezbędnym do wprowadzenia Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych. Dla wprowadzenia przedmiotowego systemu konieczne jest dokonanie zmian legislacyjnych umożliwiających przepływ informacji i obrót dokumentacji, na każdym z etapów kształcenia, w postaci elektronicznej, a nie jak do tej pory, głównie w wersji papierowej. Zmianom w zakresie kształcenia ratowników medycznych towarzyszy również wprowadzenie regulacji w zakresie prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego oraz prowadzenia rejestru ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych.

Ponadto wprowadza się przepisy dotyczące utworzenia Systemu Obsługi List Refundacyjnych, którego celem będzie przetwarzanie danych niezbędnych do wydania decyzji w sprawie objęcia refundacją leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, i za pomocą którego wnioskodawca w rozumieniu ustawy o refundacji, po uprzednim założeniu konta, składał będzie wnioski, np. wniosek o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu, wniosek o podwyżkę, obniżkę i skrócenie obowiązywania decyzji refundacyjnej. Dzięki wprowadzeniu systemu cały proces zostanie zinformatyzowany, a wnioskodawca będzie miał wgląd w dokumentację na poszczególnych etapach rozpatrywania wniosku.

[219] Założenia do ustawy *o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz innych ustaw* zostały przyjęte przez RM 24.06.2014 r.

Działania prowadzące do poprawy dostępu pacjentów do wysokiej jakości usług medycznych w zakresie ratownictwa medycznego są sukcesywnie wdrażane od 1999 r. Opierając się wówczas na danych dotyczących działania pomocy doraźnej, takich jak czas dotarcia karetki do chorego, wskaźnik zgonów w okresie przedszpitalnym, jednoznacznie stwierdzono, że w Polsce nie ma systemu ratownictwa medycznego, który gwarantowałby udzielenie specjalistycznej pomocy, koniecznej do ratowania zdrowia i życia ofiarom wypadków, katastrof i nagłych zachorowań. Działania podmiotów zajmujących się ratownictwem nie były zharmonizowane i – w efekcie – nie gwarantowały kompleksowej i stosownej do potrzeb pomocy medycznej.

1. Pierwszym etapem było wyodrębnienie obszarów tematycznych wymagających szybkiej i skutecznej naprawy stanowiących podstawę do opracowania Programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne. Założeniem Programu było zintegrowanie wszystkich podmiotów ratownictwa w jeden system mający wspólną sieć łączności alarmowej, procedury ratownicze, oraz sprzęt medyczny umożliwiający realizację zasady „jednych noszy od miejsca zdarzenia do oddziału ratunkowego".

2. W 2000 r. Minister Zdrowia powołał Śmigłowcową Służbę Ratownictwa Medycznego (HEMS) oraz utworzył SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. W latach 2009 - 2010 zakupiono 23 śmigłowce Eurocopter EC 135 w wersji medycznej oraz symulator lotów. Zakup nowych śmigłowców w znaczący sposób usprawnił akcje ratownicze, umożliwiając również loty nocne, dzięki czemu lotnictwo sanitarne zaczęło działać profesjonalnie z utrzymaniem 4 – minutowej gotowości do podejmowania akcji ratowniczych. Kilkakrotnie wzrosła liczba wykonywanych lotów. Obecnie śmigłowce wykonują ponad 5000 misji rocznie, spośród których 70% stanowią loty do zdarzeń (loty HEMS). Zespół HEMS jest w stanie rozpocząć proces leczenia od momentu przylotu na miejsce zdarzenia, a także szybko przetransportować chorego do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) w ramach tzw. złotej godziny. Ponadto, sukcesywnie odnawiana jest infrastruktura baz.W 2009 r. ze środków samorządowych utworzono pierwszą profesjonalną bazę w Płocku. W latach 2010 - 2013 w ramach środków EFRR (Priorytet XII PO IiŚ) i budżetu państwa odnowiono 11 baz (Białystok, Łódź, Poznań, Sanok, Suwałki, Szczecin, Zielona Góra, Gdańsk, Kielce, Kraków, Wrocław). W złym stanie pozostaje nadal 6 baz LPR. Nowoczesna infrastruktura baz, w tym odpowiednie wyposażenie zwiększa skuteczność funkcjonowania lotniczych służb ratownictwa medycznego, co pozwala na skrócenie czasu dotarcia do zdarzenia oraz zwiększenie zasięgu oddziaływania, przyczyniając się do zmniejszenia liczby ofiar śmiertelnych.[220]

3. W 2001 roku utworzono w Polsce system Państwowe Ratownictwo Medyczne, złożony z centrów powiadamiania ratunkowego i szpitalnych oddziałów ratunkowych zintegrowanych w działaniu z zespołami ratownictwa medycznego. Ww. system został utworzony w celu zapewnienia sprawnej i efektywnej realizacji zadania państwa, polegającego na podejmowaniu medycznych działań ratowniczych wobec każdej osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Ustalone zostały kompetencje i standardy postępowań na wszystkich odcinkach „łańcucha przeżycia" od miejsca zdarzenia – ratownictwo przedszpitalne, ratownictwo medyczne i transport sanitarny, aż do działania szpitalnego oddziału ratunkowego włącznie. Jednolitość i kompatybilność sprzętu, jednolite procedury i standardy postępowań miały zagwarantować najwyższy z możliwych poziom opieki medycznej nad osobami w stanie zagrożenia życia oraz niezawodność działania na wszystkich poziomach.[221]

4. Bieżąca analiza funkcjonowania systemu PRM wykazała obszary wymagające dalszych usprawnień, np. w zakresie tworzenia i lokalizacji centrów powiadamiania ratunkowego, wymagań dla szpitalnego oddziału ratunkowego, zasad włączania jednostek do systemu i prowadzenia ich rejestrów, składu osobowego zespołów ratownictwa medycznego. Ponadto dotychczasowe przepisy nie regulowały kwestii związanych z upowszechnieniem edukacji z zakresu pierwszej pomocy. W związku z powyższym w 2006 roku przyjęto ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Jej celem było usprawnienie dotychczasowego funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce, zarówno przez zapewnienie udzielenia świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie opartym o standardy obowiązujące w państwach zachodnich (ratownictwo przedszpitalne oraz wyspecjalizowane oddziały szpitalne), jak również zapewnienie niezbędnych rozwiązań w zakresie powiadamiania o stanach nagłych (centra powiadamiania ratunkowego). Ustawa zapewniła każdej osobie w stanie nagłego zagrożenia

[220] Źródło: http://www.lpr.com.pl/pl/onas.html; Robert Gałązkowski, Grzegorz Michalak, Model realizacji lotów nocnych wykonywanych przez śmigłowce Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Praca poglądowa. [w:] Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2012, Tom 18, Nr 4, s. 383-386.

[221] Uzasadnienie do projektu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, http://orka.sejm.gov.pl/Rejestrd.nsf/wgdruku/2806/$file/2806.pdf

zdrowotnego możliwość zgłoszenia i przyjęcia przez odpowiednie służby wezwania, niezwłocznego przybycia na miejsce zdarzenia właściwych jednostek systemu, niezwłoczne przewiezienie i przyjęcie do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych we właściwym zakresie, zgodnie z zasadą „złotej godziny". Dyslokacja jednostek systemu PRM oparta została o wojewódzkie plany działania systemu. Zespoły ratownictwa medycznego są dysponowane z pomocą systemu powiadamiania ratunkowego (centra powiadamiania ratunkowego i dyspozytornie medyczne). Ambulans wiezie pacjenta do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego albo do szpitala udzielającego świadczeń we właściwym ze względu na rodzaj schorzenia lub urazu zakresie, którego wyposażenie i kadra medyczna gwarantują odpowiedni poziom leczenia specjalistycznego.[222]

5. W kolejnych latach dokonano szeregu nowelizacji przepisów dotyczących ratownictwa medycznego, wynikających z praktycznych aspektów funkcjonowania systemu, które miały na celu usprawnienie jego organizacji i funkcjonowania i zapewnienie udzielenia świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie. Zdefiniowano pojęcia rejonu operacyjnego i obszaru działania, co przyczyniło się do ujednolicenia zasad opracowywania wojewódzkich planów działania systemu, a także usprawnienia przeprowadzania przez NFZ postępowań w sprawie zawarcia umów na zadania zespołów ratownictwa medycznego. Wprowadzono bezterminowe plany działania systemu PRM, podlegające obowiązkowi aktualizacji w każdym czasie, kiedy wystąpi uzasadniona potrzeba związana z zapewnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców. Powyższe zapewniło elastyczne planowanie zasobów ratownictwa medycznego w zależności od aktualnych potrzeb oraz możliwość długoterminowego i płynnego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ. Zmiana ta zapewniła również racjonalne podejmowanie decyzji przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego o długoletnich inwestycjach oraz właściwe gospodarowanie środkami publicznymi.[223]

6. W 2010 r. wprowadzone zostało nowe rozwiązanie polegające na tworzeniu współpracujących z systemem państwowego ratownictwa medycznego centrów urazowych, które zabezpieczają ciągłość szybkiego postępowania diagnostycznego oraz kompleksowe leczenie w jednym, wysokospecjalistycznym szpitalu zaopatrującym mnogie i wielonarządowe obrażenia ciała, przyczyniając się do zmniejszenia powikłań, a także do obniżenia wysokiej śmiertelności i kalectwa pourazowego. Centra urazowe stanowią również bazę dydaktyczną i szkoleniową dla kadry medycznej zapewniającą szkolenie w zakresie aktualnych światowych standardów diagnostycznych i leczniczych. Powyższa organizacja świadczeń zmniejsza koszty leczenia i rehabilitacji pacjenta, bowiem świadczenia zdrowotne są udzielane w oparciu o działania interdyscyplinarne realizowane i konsultowane w jednym podmiocie leczniczym przez zespół lekarzy z różnych dziedzin medycznych, zwany „zespołem urazowym". Podobnie, koszty wyposażenia, a także utrzymywania w stałej gotowości pełnej diagnostyki i zespołu specjalistów w kilkunastu szpitalach, a nie w kilkuset w Polsce zapewnia optymalną, ale i jednocześnie jakościową organizację świadczeń związanych z leczeniem mnogich obrażeń ciała, przy minimalnym w skali kraju obciążeniu finansowym, ponieważ rozwiązania organizacyjne związane z tworzeniem w Polsce centrów urazowych stanowią przedsięwzięcie logistyczno-zadaniowe, a nie przedsięwzięcie polegające na tworzeniu nowych jednostek w podmiotach leczniczych, czy nowych podmiotów. Ograniczona wysokość środków przeznaczonych na utworzenie centrów urazowych spowodowała jednakże, że nie było możliwości odnowienia całej infrastruktury szpitalnej niezbędnej do sprawnego funkcjonowania CU, a w szczególności infrastruktury oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, która jest kluczowa w procesie opieki nad chorymi w stanie zagrożenia życia. W ramach perspektywy finansowej 2007-2013 utworzono 14 centrów urazowych, z czego 13 otrzymało dofinansowanie ze środków EFRR (PO Infrastruktura i Środowisko).

7. Z czasem, konieczna stała się także weryfikacja przepisów określających zadania oraz wymagania stawiane szpitalnym oddziałom ratunkowym (SOR). Jak wynikało z zebranych opinii dyrektorów szpitali, na bazie których działają SOR–y oraz z badania przeprowadzonego na przełomie 2010 i 2011 r. przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, istniała konieczność dostosowania wymagań dla SOR-ów do rzeczywistych potrzeb, z uwzględnieniem liczby przyjmowanych pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wprowadzona została także zmiana, która dała kierownikom szpitali możliwość optymalnej organizacji SOR, z uwzględnieniem specyfiki danego szpitala, co znacząco obniżyło koszty szpitala oraz zwiększyło jego efektywność finansową. Wprowadzona została także konieczność zapewnienia łączności SOR z zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorem medycznym, lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego, z jednostkami organizacyjnymi innych szpitali wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa

[222] Uzasadnienie do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, www.sejm.gov.pl

[223] *Ustawa z dnia 22 października 2010 r o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw*. (Dz.U. Nr 219, poz.1443

medycznego, a także kompleksowej łączności wewnątrzszpitalnej oraz niezależny stały nasłuch na kanale ogólnopolskim w zakresie łączności radiowej.[224] Ponadto, doprecyzowano wymagania w zakresie posiadania przez SOR lądowisk/lotnisk dla śmigłowców. Zgodnie z nowymi przepisami SOR oraz CU „posiada całodobowe lotnisko lub lądowisko". Poprzednie rozporządzenie stanowiło jedynie, że każdy SOR „powinien dysponować lądowiskiem". W SOR/CU zaopatrywane są m.in. osoby z mnogimi obrażeniami ciała, ciężkimi poparzeniami, zatruciami, osoby po urazowych amputacjach, wymagające natychmiastowej replantacji i w takich przypadkach – zgodnie ze standardami europejskimi i światowymi obowiązującymi w medycynie ratunkowej, konieczne jest zapewnienie im natychmiastowego, odległego niejednokrotnie transportu między szpitalnego, celem uzyskania właściwego leczenia. Aktualnie na etapie prac legislacyjnych znajduje się projekt ustawy, w której planuje się umożliwienie funkcjonowania SOR bez posiadania lądowiska/lotniska w przypadku, kiedy ze względów architektonicznych lub technicznych nie jest możliwe wybudowanie takiego lądowiska, pod warunkiem zapewnienia transportu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego ambulansem naziemnym. Ma to istotne znaczenie w przypadku SOR zlokalizowanych w dużych aglomeracjach miejskich, gdzie często uwarunkowania terenu nie pozwalają na wybudowanie lądowiska/lotniska, a jednocześnie liczba SOR z lądowiskami jest na tyle duża, że nie wpłynie to na możliwości funkcjonowania lotniczych służb ratowniczych.

8. Powstawanie całodobowych lotnisk/lądowisk przyszpitalnych jest ponadto kompatybilne z prowadzonymi równolegle działaniami poprawiającymi jakość i dostępność do świadczeń realizowanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego: wyposażanie zespołów w nowe statki powietrzne, stopniowe wydłużanie dyżurów w bazach HEMS oraz remonty, budowa i doposażenie tych baz w poszczególnych województwach. Wymóg posiadania przez szpitalnyoddział ratunkowy dostępu do całodobowego lotniska/lądowiska będzie musiał być spełniony przez wszystkie SOR–y do dnia 1 stycznia 2017 r. (wg obowiązujących obecnie przepisów).

9. Utworzono jednolity i kompleksowy system powiadamiania ratunkowego, gdzie docelowo wszystkie wywołania wiodących numerów alarmowych (112, 997, 998 i 999) na terenie całego kraju trafiają do Centrów Powiadamiania Ratunkowego. Podmioty dysponujące pozostałymi numerami abonenckich usług specjalny (AUS) będą miały możliwość włączenia się do systemu po spełnieniu warunków przewidzianych w *ustawie z dnia 23 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego* (Dz. U. poz. 1635). Efektem wdrażania systemu jest poprawa dostępności usługi powiadamiania alarmowego i zmniejszanie czasu reakcji służb ratunkowych na zgłoszenie, a tym samym poprawa bezpieczeństwa obywateli i zwiększenie efektywności współdziałania służb ratowniczych.

Reformy systemu kształcenia kadr medycznych

Główne kierunki reformy systemu kształcenia kadr medycznych odpowiadają na najistotniejsze bariery i utrudnienia w kształceniu tych grup zawodowych, wśród których wymienić można: długotrwały proces kształcenia, brak pełnej samodzielności zawodowej lekarzy stażystów i lekarzy rezydentów, przez co najmniej kilka lat od zakończenia studiów, deficyt kadry medycznej i obserwowane zagrożenie związane z tzw. luką pokoleniową, przede wszystkim wśród lekarzy specjalistów i pielęgniarek, co wynika m.in. ze wzrostu średniej wieku profesjonalistów medycznych.

1. Reforma kształcenia przeddyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów

Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty[225]) zmieniono dotychczasowy system kształcenia przeddyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów. Zgodnie z wprowadzonymi zmianami, studenci, którzy rozpoczęli studia 1 października 2012 roku, kształceni są według nowego systemu. Zamiast osobnego stażu podyplomowego, szkolenie praktyczne zostało włączone do programu studiów, a od 2013 r. Lekarski Egzamin Końcowy (LEK) i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy (L-DEK) zastąpiły odpowiednio Lekarski Egzamin Państwowy (LEP) i Lekarsko–Dentystyczny Egzamin Państwowy (L-DEP). Nowe egzaminy są warunkiem uzyskania prawa wykonywania zawodu i rozpoczęcia specjalizacji przez lekarzy, którzy dotychczas nie uzyskali specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty. Wprowadzone zmiany likwidujące obowiązkowy roczny staż, umożliwiają wcześniejsze uzyskanie samodzielności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów. Zmiana ta jest powiązana ze zmianą standardów kształcenia na kierunku lekarskim i upraktycznieniem studiów w taki sposób, aby możliwe było uzyskanie umiejętności praktycznych 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,*

[224] Na podstawie informacji uzyskanych od Departamentu Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych w MZ.

[225] Dz.U. z 2011 r. Nr 113, poz. 658

dokumentowania i zaliczania[226], praktycznego nauczania na ostatnim roku studiów, uwzględnia rozwój nowoczesnych metod dydaktycznych realizowanych w oparciu o centra symulacji medycznej.

2. Reforma systemu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy

Lekarze, którzy uzyskali prawo wykonywania zawodu, mogą ubiegać się o przystąpienie do szkolenia specjalizacyjnego w wybranej dziedzinie. Możliwość rozpoczęcia specjalizacji zależy od dostępności wolnych miejsc szkoleniowych.

Nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 2011 r. zreformowała dotychczasowy system szkolenia specjalizacyjnego lekarzy poprzez opracowanie i wdrożenie systemu modułowego. Szkolenie specjalizacyjne w określonej dziedzinie medycyny może być prowadzone według dwumodułowych programów specjalizacji (program specjalizacji składa się z modułu podstawowego, obejmującego podstawową wiedzę teoretyczną i praktyczne umiejętności w danej dziedzinie specjalności medycznej oraz modułu specjalistycznego, różniącego się w zależności od wybranego obszaru specjalizacji) lub według modułów jednolitych, w których szkolenie podstawowe i specjalistyczne jest połączone. Uzyskanie specjalizacji dotychczas uznawanych za szczegółowe dziedziny medycyny w ramach nowego systemu wymaga krótszego okresu, jest możliwe w ciągu 5-6 lat, w porównaniu do 6-9,5 roku w ramach dotychczas obowiązującego systemu. Usprawnienie i skrócenie czasu zdobywania kwalifikacji przez specjalistów poszerza młodej kadrze dostęp do rynku pracy, stanowiąc równocześnie możliwość zaspokajania potrzeb społecznych w tym zakresie. Kamieniem milowym w procesie wdrążania reformy było zatwierdzenie 14 czerwca 2014 r. przez Ministra Zdrowia zreformowanych programów specjalizacji.

Lekarze, którzy w ramach szkolenia specjalizacyjnego zrealizują i zaliczą jeden z modułów podstawowych, nie będą zobowiązani do ponownego odbywania tego modułu w przypadku przystąpienia do kolejnej specjalizacji w innej dziedzinie medycyny, w której obowiązuje konieczność realizacji tego samego modułu. Dzięki przyjęciu takiego rozwiązania lekarz będzie mógł uzyskać kolejny tytuł specjalisty w znacznie krótszym niż dotychczas czasie.

Jednocześnie, dzięki wprowadzeniu systemu modułowego, o rozpoczęcie kolejnej specjalizacji będą mogli ubiegać się również lekarze, którzy specjalizację uzyskali przed wejściem w życie systemu modułowego. W założeniu będą oni mogli odbyć szkolenie według krótszej wersji programu specjalizacji i uzyskać tytuł specjalisty w krótszym czasie, niż w przypadku lekarzy bez specjalizacji.

3. Reforma kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych

W związku z reformą w ramach tzw. pakietu kolejkowego i onkologicznego, który m.in. przewiduje zwiększenie uprawnień zawodowych pielęgniarek i położnych, zaplanowano zmianę obowiązujących standardów kształcenia dla tych grup zawodowych na studniach pierwszego i drugiego stopnia. W standardach tych zostaną rozszerzone szczegółowe efekty kształcenia w zakresie wiedzy i umiejętności w ramach farmakologii oraz doboru stosownych metod diagnostycznych w poszczególnych stanach klinicznych. Termin opracowania nowych treści kształcenia został określony na koniec września 2014 r., a planowany termin wejścia w życie nowych standardów kształcenia to rok akademicki 2015/2016.

Planowany jest również, w ramach kształcenia praktycznego pielęgniarek i położnych, rozwój nowoczesnych metod dydaktycznych realizowanych w oparciu o pielęgniarskie/położnicze centra symulacji medycznej.

4. Reforma kształcenia specjalizacyjnego pielęgniarek i położnych

Od dnia 24 sierpnia 2015 r. obowiązywać będzie nowe *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne*[227], gwarantujące elastyczność i uniwersalność wykorzystania specjalizacyjnego kształcenia podyplomowego w ochronie zdrowia.

Jednym z efektów reformy będzie zmniejszenie liczby dziedzin specjalizacyjnych. Przed reformą szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych były zbyt zawężone tematycznie, co ograniczało możliwości wykonywania przez pielęgniarki i położne specjalistycznych zadań w różnych rodzajach świadczeń. Ponadto połączenie dziedzin wąskich specjalizacji będzie prowadzić do zwiększenia liczby pielęgniarek i położnych z tytułem specjalisty przydatnym w szerszym

[226] Dz.U. z 2012 r. poz. 900

[227] Dz. U. z 2013 r. poz. 1562

zakresie medycznym. Reforma – usankcjonowana w nowym rozporządzeniu – wyodrębnia szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek, uwzględniając w ich treściach moduły programowe specjalizacji, które dotychczas funkcjonowały odrębnie.

Specjalizacje dla pielęgniarek będą mogły być prowadzone w następujących dziedzinach pielęgniarstwa: anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, geriatrycznego, internistycznego, onkologicznego, operacyjnego, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej, pediatrycznego, psychiatrycznego, ratunkowego, rodzinnego oraz w ochronie zdrowia pracujących. Natomiast specjalizacja dla położnych może być prowadzona w dziedzinach pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego i rodzinnego. Dodatkowo, wspólnymi specjalizacjami zarówno dla pielęgniarek i położnych będzie pielęgniarstwo epidemiologiczne i neonatologiczne.

Ponadto w nowym rozporządzeniu dodano 4 dziedziny kursów kwalifikacyjnych, w których pielęgniarki będą mogły podnosić swoje kwalifikacje, tj. diabetologiczny, geriatryczny, neurologiczny, transplantacyjny. Natomiast w ramach kształcenia na poziomie kursu kwalifikacyjnego dla położnych w dziedzinie pielęgniarstwa dodano kurs anestezjologiczny i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii. Po reformie kształcenia podyplomowego kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek będą mogły być realizowane w następujących dziedzinach pielęgniarstwa: anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, diabetologicznego, geriatrycznego, internistycznego, kardiologicznego, nefrologicznego z dializoterapią, neonatologicznego, neurologicznego, onkologicznego, operacyjnego, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej, pediatrycznego, psychiatrycznego, ratunkowego, rodzinnego, środowiska nauczania i wychowania, transplantacyjnego oraz w ochronie zdrowia pracujących. W przypadku położnych, kursy kwalifikacyjne będą mogły być realizowane w następujących dziedzinach pielęgniarstwa: anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii, operacyjnego oraz rodzinnego.

Ponadto w związku z reformą w ramach tzw. pakietu kolejkowego i onkologicznego, który m.in. przewiduje zwiększenie uprawnień zawodowych pielęgniarek i położnych, zaplanowano opracowanie programu kursu specjalistycznego, który będzie przygotowywał do ordynowania i/lub zlecania w ramach kontynuacji leczenia wybranych leków i wyrobów medycznych. Ukończenie tego kursu zagwarantuje, że pielęgniarki i położne będą mogły korzystać ze zwiększonych uprawnień zawodowych od 2016 r.

6.3.2. Reformy a planowany zakres wsparcia z EFSI w latach 2014-2020

Warunkiem koniecznym dla podejmowania interwencji z funduszy europejskich jest ich ukierunkowanie na istotne wyzwania dotyczące reorganizacji systemu opieki zdrowotnej w Polsce w celu poprawy efektywności kosztowej wydatków i ogólnej wydajności sektora opieki zdrowotnej. Do planowanych i wdrażanych już działań w tym obszarze należy zaliczyć:

6.3.2.1. Wzmocnienie Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Poprawa efektywności systemu i wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej jest celem ostatnich trzech nowelizacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W ramach pierwszej nowelizacji z dnia 11 października 2013 r. zwiększono gwarancję jakości świadczeń opieki zdrowotnej – poprzez określenie w ustawie pojęcia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, służących jako kryteria oceny ofert złożonych w postępowaniu o zawarcie umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Co więcej, dokonano modyfikacji zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych w celu zwiększenia efektywności kosztowej świadczeń opieki zdrowotnej. W ramach drugiej nowelizacji z dnia 21 marca 2014 r. rozszerzono możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w POZ przez lekarzy pediatrów i lekarzy internistów. Trzecia nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych będąca częścią tzw. pakietu kolejkowego i onkologicznego wprowadza zmiany w systemie skierowań – wprowadzono skierowania do lekarza okulisty i lekarza dermatologa. Zaproponowane rozwiązanie, zgodnie z zasadą realizacji procesu leczniczego na najniższym możliwym poziomie, ukierunkowane jest na zwiększenie liczby pacjentów, którym świadczenie zostanie udzielone na poziomie POZ, zmniejszając tym samym długość oczekiwania na świadczenia do specjalistów z zakresu okulistyki i dermatologii. Ustawa wzmacnia również pozycję lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, m.in. poprzez rozszerzenie listy możliwych badań zlecanych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (zostało opracowane i wdrożone w życie *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* oraz *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej).* Zwiększenie liczby badań diagnostycznych, które mogą być zlecane przez lekarzy POZ, zostało wprowadzone z dniem 1 stycznia 2015 r.

Pierwsze oceny z wdrażania pakietu onkologicznego wskazują, że nastąpiło wzmocnienie pozycji lekarzy POZ, ponieważ wprowadzone rozwiązania umożliwiły skierowanie pacjenta na szybką ścieżkę diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Do dnia 29 czerwca 2015 r. wystawiono 137 443 karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, z czego 39 942 (ok. 29%) to karty wydane przez lekarzy POZ. Skuteczność rozpoznań wśród przyczyn stanowiących podstawę wydania kart DiLO w POZ wynosiła ok. 75%.

Poza włączeniem lekarza POZ w proces „szybkiej ścieżki onkologicznej", na zwiększenie jego roli w systemie wpływ miało rozszerzenie kompetencji diagnostycznych w ramach umowy z publicznym płatnikiem świadczeń. Włączenie do pakietu badań diagnostycznych lekarza POZ wybranych badań USG, spirometrii, badań poziomu hormonów tarczycy czy PSA, przyczyniło się do poprawy warunków diagnozowania i leczenia schorzeń, co w dłuższym okresie powinno mieć przełożenie na ograniczenie potrzeb korzystania przez lekarza POZ z konsultacji specjalistycznych, a tym samym skrócenie kolejek oczekujących na świadczenia niektórych poradni specjalistycznych. Dodatkowo przyjętym rozwiązaniem, mającym na celu ograniczenie kolejek do lekarzy specjalistów jest uzależnienie wartości stawki kapitacyjnej stosowanej w rozliczeniach świadczeń lekarza POZ od poziomu wykorzystania badań diagnostycznych w realizowanym procesie diagnostyczno-leczniczym, mierzonego wartością wskaźników określonych warunkami umowy.

Niewątpliwie wzmocnieniem POZ będzie możliwość korzystania przez pielęgniarki i położne POZ z nowych uprawnień do samodzielnego ordynowania wybranych leków i wyrobów medycznych oraz wystawiania skierowań na określone badania diagnostyczne, a także uprawnień do kontynuacji zleconej przez lekarza farmakoterapii. Powyższe uprawnienia będą obowiązywać od 2016 r. i mają na celu poprawę dostępności pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez ułatwienie diagnostyki i leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej.

Opisywane rozszerzenie kompetencji pielęgniarek i położnych w umowach POZ oraz planowane wprowadzanie nowych produktów rozliczeniowych dla pielęgniarek i położnych związanych z realizacją zadań z zakresu profilaktyki (opieka nad matką i dzieckiem, profilaktyka wieku rozwojowego, choroby cywilizacyjne) skutkować będzie wzrostem finansowania przedmiotowych świadczeń. Szacuje się, ze skutek finansowy wprowadzanych zmian w 2016 r. wyniesie około 275 mln złotych, z czego ok. 192 mln wynikać będzie ze wzrostu stawek kapitacyjnych w zakresie świadczeń pielęgniarki poz, położnej poz i pielęgniarki szkolnej.

W ramach PO WER przewiduje się wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (w tym na kursach specjalistycznych dot. wystawiania recept przez pielęgniarki i położne). Docelowa liczba pielęgniarek i położnych objętych kształceniem podyplomowym w perspektywie 2014-2020 została ustalona na poziomie 20 tys. pielęgniarek i położnych, z czego 10 tys. – zgodnie z założeniami – będzie mogło skorzystać ze szkoleń do 2018 roku.

Ponadto, przeprowadzone zostały analizy systemu płacenia w podstawowej opiece zdrowotnej i zaplanowane zmiany. Dotychczas pacjenci finansowani byli bazową stawką kapitacyjną. W stawce ujęte są wszystkie koszty związane z leczeniem pacjentów, w tym badania diagnostyczne. Korygowana jest ona odpowiednim współczynnikiem w zależności od: grupy wiekowej, w której znajduje się osoba zapisana do lekarza POZ, charakteru miejsca pobytu (współczynnik dla podopiecznych domów pomocy społecznej (DPS) lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej), leczenia określonych chorób przewlekłych (cukrzycy lub chorób układu krążenia). Dodatkowo w okresach zwiększonej zachorowalności na ostre choroby układu oddechowego (styczeń-marzec, wrzesień-listopad) cała populacja pacjentów u świadczeniodawcy objęta była zwiększonym finansowaniem, wynoszącym 10% stawki bazowej, w przypadku gdy liczba porad udzielona z przyczyny tych schorzeń wynosi co najmniej 30% wszystkich porad. W obecnym systemie finansowani są również pacjenci o niepotwierdzonych uprawnieniach do świadczeń. Poza stawką kapitacyjną finansowane były również dodatkowe porady lekarza POZ, związane m.in. ze stanami nagłymi i transportem sanitarnym, jednak koszty z nich wynikające w skali całego systemu są marginalne – stawka kapitacyjna jest głównym nośnikiem kosztów. W ramach stawki kapitacyjnej finansowane były także świadczenia pielęgniarki POZ, położnej POZ i pielęgniarki szkolnej. Poza stawką kapitacyjną finansowane są również dodatkowe porady pielęgniarki i położnej POZ. Planowane jest, iż docelowo nie będzie dodatkowego finansowania pacjentów leczonych z powodu cukrzycy lub chorób układu krążenia, pacjentów z niepotwierdzonymi uprawnieniami do świadczeń oraz dodatkowym finansowaniem w okresach zwiększonej zachorowalności na ostre choroby układu oddechowego. Ponoszone dotychczas koszty w tych zakresach przeniesione zostaną do stawki bazowej. Pozostawione zostaną natomiast korektory wiekowe oraz grupa DPS. Dodatkowo finansowanie lekarza POZ zwiększone zostanie o ok. 21%, w związku z rozszerzeniem obowiązków sprawozdawczych i zwiększeniem zakresu badań diagnostycznych, co również odzwierciedlone będzie w nowej, wyższej bazowej stawce kapitacyjnej. Dotychczasowe świadczenia finansowane poza stawką kapitacyjną pozostaną bez zmian. Stawka kapitacyjna zostanie ujęta w progresywnym systemie finansowania.

Od stycznia 2015 r. wprowadzony został zadaniowy system finansowania porad zakończonych wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.[228] Świadczeniodawca otrzymuje dodatkowe wynagrodzenie za każdego pacjenta, któremu zostanie wydana karta, zaś finansowanie uzależnione jest od skuteczności rozpoznawania nowotworów, tj. stosunku liczby pacjentów z kartą ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym do liczby pacjentów z inną diagnozą. Im większy będzie udział pacjentów onkologicznych, tym wyższe wynagrodzenie otrzyma świadczeniodawca. Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2015 r. przewiduje zwiększenie środków na POZ w stosunku do rocznego planu finansowego NFZ na 2014 r. oraz analogicznie zmniejszenie środków na leczenie szpitalne[229].

Zmiany w finansowaniu będą stopniowe i skorelowane z koniecznością równoczesnego zapewnienia bezpieczeństwa dla pacjentów leczonych nie tylko w POZ – docelowo trwałe zmiany w budżecie NFZ nastąpią w wyniku wdrażanych ww. reform, których celem jest poprawa efektywności w ochronie zdrowia poprzez wdrożenie zasady subsydiarności, tj. leczenia w pierwszej kolejności na najniższym możliwym szczeblu opieki.

Zaplanowano na lata 2014-2020 także wsparcie dla kształcenia ustawicznego i nabywania umiejętności zawodowych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Aktualnie wdrażane są już działania w tym obszarze, dla których podstawą prawną jest w szczególności znowelizowana w 2011 r. *ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty* i wydane na jej podstawie akty wykonawcze. Zgodnie z ww. ustawą wszyscy lekarze, w tym lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, mają ustawowy obowiązek doskonalenia zawodowego, w szczególności w różnych formach kształcenia podyplomowego. Lekarz wykonuje ww. obowiązek poprzez m.in. realizowanie programu specjalizacji lub umiejętności, udział w kursie medycznym, odbycie praktyki klinicznej w krajowym lub zagranicznym ośrodku specjalistycznym, udział w szkoleniu wewnętrznym organizowanym przez podmiot leczniczy, w którym lekarz udziela świadczeń zdrowotnych, lub przez grupę lekarzy.

Ponadto Minister Zdrowia stwarza możliwość udziału w szkoleniach lekarzy w ramach różnych programów finansowanych ze środków budżetu państwa, przykładowo:

- Minister Zdrowia ze środków będących w jego dyspozycji finansuje realizację *Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków*, który swym zakresem obejmuje m.in. szkolenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Szkolenia te dotyczą zakażeń szpitalnych i racjonalnego stosowania antybiotyków. Zaznaczyć należy, iż często liczba rzeczywistych uczestników szkoleń jest większa aniżeli uprzednio szacowana. W ramach powyższego programu wypracowywane są także rekomendacje postępowania w przypadku danych zakażeń.

- w ramach programu zdrowotnego pn. *Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016*, finansowane są szkolenia z obsługi aparatu do oceny wskaźnika kostkowo-ramiennego oraz seminaria edukacyjne dla lekarzy POZ poświęcone tematyce miażdżycy tętnic kończyn dolnych z uwzględnieniem panujących trendów oraz kursy terapii uciskowej i praktyczne szkolenia dotyczące miejscowego leczenia ran.

- w ramach *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych* realizowanego na podstawie *ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych"* (Dz. U. Nr 143, poz. 1200, z późn. zm.), realizowane są zadania edukacyjne skierowane do personelu medycznego, w tym m.in. szkolenie personelu medycznego z zakresu psychoonkologii.

- w ramach wdrażania pakietu kolejkowego i onkologicznego były organizowane szkolenia dla lekarzy POZ z zakresu wczesnej diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych.

Finansowane były także szkolenia dla lekarzy POZ w ramach projektów finansowanych z EFS w ramach PO KL, np. projekt „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej."

Mając na celu uatrakcyjnienie dla lekarzy specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej, Minister Zdrowia uznał medycynę rodzinną za dziedzinę priorytetową. Umieszczenie danej dziedziny w wykazie dziedzin priorytetowych powinno przyczyniać się do wzrostu zainteresowania lekarzy podejmowaniem szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie. Młodzi lekarze mogą odbywać szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej na podstawie umowy o pracę

[228] Zarządzenie nr 3/2015 Prezesa NFZ z dnia 7 stycznia 2015 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

[229] Zmiany w tym obszarze zostały opisane w rozdziale 8 Ramy finansowe.

zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji w ramach rezydentury, która jest przyznawana i finansowana przez Ministra Zdrowia. Uznanie medycyny rodzinnej za dziedzinę priorytetową stanowi podstawę do ustalenia wyższego zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarza rezydenta odbywającego szkolenie specjalizacyjne w ww. dziedzinie w porównaniu z innymi dziedzinami, niefigurującymi w wykazie specjalizacji priorytetowych. Co więcej, należy podkreślić, że w pierwszym wiosennym postępowaniu kwalifikacyjnym na rok 2015 znacznie wzrosła, w stosunku do analogicznego postępowania kwalifikacyjnego w 2014 r., liczba przyznanych miejsc rezydenckich na specjalizację z medycyny rodzinnej (z 16 do 159).

Wynagrodzenie lekarzy rezydentów określają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia, zgodnie z którym wynagrodzenie lekarza, który zdecyduje się rozpocząć szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury w dziedzinie medycyny rodzinnej, jest wyższe o 13,6% od wynagrodzenia w dziedzinie niepriorytetowej i wynosi 3.602 zł. Po dwóch latach od rozpoczęcia szkolenia w trybie rezydentury wynagrodzenie to wzrasta o kolejne 8% do poziomu 3.890 zł.

Należy również podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia, mimo trudnej sytuacji finansowej, corocznie stara się zapewnić na przyznawanie etatów rezydenckich znaczne środki, uznając rezydenturę za optymalną formę intensywnego i efektywnego szkolenia specjalizacyjnego, zachęcającą lekarza do podejmowania szkolenia w określonej dziedzinie. W dziedzinach niebędących dziedzinami priorytetowymi występuje konieczność dostosowania liczby przyznawanych rezydentur do możliwości finansowych Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie, natomiast rezydentury w dziedzinach priorytetowych są w większości przypadków przyznawane zgodnie z zapotrzebowaniem na nie zgłaszanym przez poszczególnych wojewodów, dzięki czemu znaczna część lekarzy może odbywać szkolenie specjalizacyjne w ramach tej formy szkolenia.

Ponadto należy podkreślić, że kursy specjalizacyjne są bezpłatne: wszystkie uczelnie medyczne otrzymują dotację dydaktyczną, w tym na kształcenie podyplomowe, w ramach której mają obowiązek organizowania kursów specjalizacyjnych. Dotacja ta jest finansowana z budżetu państwa. W Polsce jest 2 831 akredytowanych miejsc specjalizacyjnych w medycynie rodzinnej (stan na dzień 7.01.2015 r.).

W perspektywie finansowej 2014-2020 zaprogramowano rozwój kształcenia ustawicznego lekarzy, w tym lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (Narzędzie 34: *Kształcenie specjalizacyjne lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju* i Narzędzie 35: *Kształcenie podyplomowe lekarzy realizowane w innych formach niż specjalizacje w obszarach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy współpracujących z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej*.) Szkolenia będą kierowane w szczególności do lekarzy współpracujących z placówkami podstawowej opieki i dotyczyć będą m.in. poprawy ich kompetencji i umiejętności koniecznych do wykonywania czynności zawodowych związanych ze zwiększoną rolą lekarza podstawowej opieki wynikającą między innymi z wdrożenia tzw. pakietu kolejkowego i onkologicznego. Dodatkowo w ramach Narzędzia 1.: *Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem,* przewidziano wsparcie lekarzy i pielęgniarek POZ w formie doskonalenia zawodowego z zakresu wdrażania innowacyjnych programów profilaktycznych.

Ponadto na rzecz wzmacniania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce, zostały zaplanowane na lata 2014-2020 działania mające na celu wspieranie inwestycji w sprzęt oraz infrastrukturę podstawowej opieki zdrowotnej, w celu profesjonalizacji opieki zdrowotnej i poprawiania dostępności dla osób starszych i niepełnosprawnych. Wystąpienie takich potrzeb inwestycyjnych może być związane m.in. z reformą zawartą w ramach tzw. pakietu kolejkowego i onkologicznego, gdzie wzmacnia się pozycję lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, m.in. poprzez rozszerzenie listy możliwych badań zlecanych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Należy podkreślić, że w Polsce POZ to przede wszystkim niepubliczne podmioty lecznicze, których stan infrastruktury (budynki, sprzęt) znajdują się na dobrym poziomie. Ponadto, jednostki POZ, w związku z zakresem udzielanych tam świadczeń, wyposażone są w sprzęt medyczny, którego koszt zakupu jest nieporównywalnie niski do kosztu zakupu specjalistycznej aparatury medycznej na potrzeby AOS oraz lecznictwa szpitalnego. Realizacja inwestycji w zakresie POZ, pod warunkiem zidentyfikowania obiektywnych potrzeb w tym zakresie, może być realizowana na poziomie RPO w ramach Narzędzia 14: *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),* Narzędzia 17: *Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej*.

Wdrożenie mapowania potrzeb w ramach POZ zidentyfikuje ewentualne deficyty w dostępie do świadczeń związane z istniejącą infrastrukturą, zasobami kadrowymi i kontraktacją świadczeń. Docelowo na podstawie map potrzeb zdrowotnych będą podejmowane decyzje mające na celu zmniejszenie ewentualnych dysproporcji w dostępie do świadczeń POZ. Przed ostatecznym wejściem w życie map potrzeb zdrowotnych, wsparcie EFRR na rzecz podmiotów POZ, AOS, opieki środowiskowej jest możliwe wyłącznie w kontekście rozwoju opieki koordynowanej oraz na podstawie Planu działań w obszarze zdrowia zaakceptowanego przez Komitet Sterujący.

Realizowane są także działania umożliwiające włączenie świadczeniodawców POZ do Systemu Informacji Medycznej. Resort zdrowia dąży do wdrażania elektronicznej dokumentacji medycznej na wszystkich poziomach *(rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej).*

W ramach wdrażanego projektu: Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1) podmiotom wykonującym działalność leczniczą, również tym świadczącym podstawową opiekę zdrowotną, zostanie udostępniona Aplikacja Usługodawców i Aptek, dzięki której podmioty te będą komunikować się z Systemem Informacji Medycznej. Platforma P1 umożliwi wszystkim świadczeniodawcom, także tym świadczącym podstawową opiekę zdrowotną (podmioty lecznicze, praktyki lekarskie) bezpłatne korzystanie z aplikacji.

W nowej perspektywie finansowej na lata 2014-2020 zaplanowano rozwój warunków umożliwiających włączenie świadczeniodawców POZ do Systemu Informacji Medycznej w ramach narzędzi takich jak:

- Narzędzie 26: *Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej.*
- Narzędzie 27: *Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny.*
- Narzędzie 28: *Upowszechnienie wykorzystania systemów rejestrowych i systemów klasyfikacji medycznych.*
- Narzędzie 29: *Udostępnianie informatycznych narzędzi wsparcia efektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia.*
- Narzędzie 30: *Poprawa kompetencji cyfrowych świadczeniodawców i świadczeniobiorców.*

Włączenie gabinetów POZ do systemu informacji medycznej zaplanowane zostało na styczeń 2016 r. (zakończenie projektu P1).

6.3.2.2. Deinstytucjonalizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi, rozwój opieki środowiskowej

Opublikowany w 2012 roku dokument pn. *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności* stanowi zestaw praktycznych porad, w jaki sposób dokonać trwałego przejścia od opieki instytucjonalnej do alternatywnych rozwiązań świadczonych na poziomie społeczności lokalnych na rzecz osób niepełnosprawnych, starszych, niesamodzielnych, osób chorych psychicznie, a także dzieci. W polskim systemie ochrony zdrowia rozwiązania dotyczące zdeinstytucjonalizowanych form opieki są już wdrażane w ramach modelu opieki środowiskowej, w szczególności w podstawowej opiece zdrowotnej. Dostępność i organizacja udzielania świadczeń w opiece środowiskowej POZ określona jest w Zarządzeniu Prezesa NFZ. Świadczenia te udzielane są między innymi przez pielęgniarkę środowiskową, która współpracuje z:

1) lekarzem POZ i w porozumieniu z lekarzem wykonuje świadczenia lecznicze;
2) pielęgniarką POZ środowiska nauczania i wychowania lub higienistką szkolną;
3) położną POZ;
4) pielęgniarką opieki długoterminowej domowej;
5) innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych;
6) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia;
7) rodziną (opiekunami) świadczeniobiorcy.

W ramach POZ realizowana jest również opieka środowiskowa – w miejscu zamieszkania przez położną POZ oraz w miejscu nauki – przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania. Natomiast w ramach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w zakresie opieki długoterminowej realizowana jest opieka środowiskowa przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej.

Ponadto, zgodnie z celami *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*, następuje rozwój środowiskowej opieki psychiatrycznej (cel 2 NPZ), powstają Centra Zdrowia Psychicznego, w których działają między innymi zespoły leczenia środowiskowego. W Polsce środowiskowa opieka psychiatryczna tworzona jest w dwu odrębnych organizacyjnie i finansowo systemach: opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, przy udziale organizacji pozarządowych (*ustawa o ochronie zdrowia psychicznego i ustawa o pomocy społecznej* umożliwiają realizowanie specjalistycznych usług opiekuńczych w domu pacjenta i środowiskowych domach samopomocy). Dywersyfikacja źródeł finansowania umożliwia istnienie w całym kraju sieci środowiskowej opieki psychiatrycznej. Środowiskowy Dom Samopomocy jest placówką rehabilitacji osób po przebytym leczeniu psychiatrycznym. Celem działalności jest zapobieganie nawrotom choroby psychicznej i przystosowanie do funkcjonowania w środowisku. Cele osiąga się poprzez prowadzenie zajęć profilaktyczno – rehabilitacyjnych dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości uczestników. Obecnie w ramach projektów Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy tworzone są m.in. lokale aktywizujące, które mają na celu umożliwienie osobom, głównie z chorobami psychicznymi, podjęcie próby samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego.

Upowszechnienie modelu opieki środowiskowej, z zaangażowaniem zespołu wielu specjalistów (jak psychiatrzy, pielęgniarki psychiatryczne, terapeuci środowiskowi) będzie możliwe przy racjonalizacji wydatków przeznaczanych na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień. Zadanie to w chwili obecnej jest realizowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – planowany termin ukończenia wyceny tych świadczeń to drugi kwartał 2015 r. Zaproponowane przez AOTMiT zmiany na poziomie finansowania, w pierwszej kolejności opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, będą wspierały koordynację pomiędzy opieką otwartą i zamkniętą, jak również przekształcenie piramidy finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce (zwiększenie udziału finansowania POZ i AOS, zmniejszenie udziału finansowania szpitali).

Zauważenia wymaga także, że stawki kapitacyjne w podstawowej opiece zdrowotnej są zróżnicowane ze względu na grupy wiekowe, z uwzględnieniem wskaźnika demograficznego. Dzieci i osoby starsze mają zwiększoną stawkę kapitacyjną o określone wskaźniki ze względu na większą zachorowalność w tym wieku, większe zapotrzebowanie na badania diagnostyczne oraz na częstsze wizyty u lekarza rodzinnego. Wskaźnik korygujący dla grupy wiekowej pacjentów w wieku powyżej 65 lat wynosi obecnie 2,0. Takie rozwiązanie służy poprawie jakości sprawowanej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej nad tą populacją pacjentów.

Ponadto już obecnie wdrażanym działaniem wpisującym się w obszar rozwoju wielofunkcyjnych zespołów środowiskowych jest inicjatywa, której celem jest poprawa opieki nad osobami starszymi w Polsce. Dotyczy ona działań realizowanych pilotażowo w formule projektu systemowego, realizowanego w ramach POKL, pn. Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej. W ramach projektu prowadzone są szkolenia skierowane do przedstawicieli pięciu grup zawodowych sprawujących opiekę zdrowotną nad osobami starszymi w środowisku ich zamieszkania (w tym lekarzy POZ i pielęgniarek POZ). Dodatkowo w ramach projektu realizowane są działania informacyjno-promocyjne, skierowane do ogółu społeczeństwa, w tym kadr medycznych oraz osób odpowiedzialnych za realizację i finansowanie świadczeń zdrowotnych, na temat potrzeby zapewnienia kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki nad seniorami na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Efektem projektu będzie także wypracowanie modelu opieki nad osobami starszymi na poziomie POZ, opartego na współpracy poszczególnych grup zawodowych objętych projektem.

Dodatkowo realizowany w ramach MF EOG i NMF program PL07 Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych przewiduje obszar interwencji dotyczący lepszego dostosowania opieki zdrowotnej w celu sprostania potrzebom szybko rosnącej populacji osób przewlekle chorych i niesamodzielnych oraz osób starszych. Dofinansowaniem objęto 20 podmiotów na kwotę 110 700 251 zł. W ramach projektów zaplanowano wsparcie dla tworzenia ośrodków teleopieki, wypożyczalni sprzętu na potrzeby pacjenta i pielęgniarek oraz doradztwo dotyczące wyboru sprzętu, szkoleń w zakresie obsługi sprzętu i przygotowania warunków do opieki domowej, zakup sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą, w tym także dla ośrodków opieki długoterminowej, rozbudowę, przebudowę lub remont (modernizację) podmiotów prowadzących działalność leczniczą, łącznie z ośrodkami opieki długoterminowej, szkolenia dla pielęgniarek i innych kadr medycznych w zakresie opieki nad osobami starszymi, publikacje na temat standardów opieki długoterminowej.

Należy podkreślić, że prawne dopuszczenie w Polsce możliwości sprawowania wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym wyłącznie w warunkach domowych, bez konieczności posiadania pomieszczenia służącego udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz możliwości udzielania świadczeń

pielęgnacyjnych lub opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej wyłącznie w warunkach domowych, umożliwia stopniową systemową deintytucjonalizację opieki nad osobami niesamodzielnymi. Przedmiotowa zmiana powinna być wdrażana w oparciu o dogłębną analizę sytuacji lokalnej i politykę opartą na dowodach. Obydwa wymogi kierują uwagę w stronę samorządu lokalnego, który posiada najlepszą wiedzę, w jaki sposób i do jakiego stopnia przeprowadzić lokalną deinstytucjonalizację opieki oraz jakie podmioty mogą brać czynny udział w jej realizacji. Równocześnie należy podkreślić, iż to z poziomu lokalnego mogą być tworzone i wprowadzane najtrwalsze innowacje społeczne i organizacyjne udzielania świadczeń pielęgnacyjnych lub opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej poza instytucjami.

W nowej perspektywie finansowej zaprogramowano w ramach Narzędzia 18: *Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi)*, projekty przyczyniające się do rozwoju nowych form opieki nad tą populacją m.in. poprzez działania o charakterze pilotażowym, a także wdrożeniowym. Jedną z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi będzie planowany do dofinansowania w ramach PO WER Dzienny Dom Opieki Medycznej. W DDOM zapewniona zostanie opieka medyczna w warunkach zbliżonych do domowych dla osób niesamodzielnych, w szczególności osób starszych.

Dodatkowo należy podkreślić, że obszar dotyczący ochrony zdrowia osób starszych jest identyfikowany jako jeden z najważniejszych w polityce senioralnej w Polsce, a postępujący proces starzenia się populacji wymaga wdrożenia działań na zasadzie synergii w różnych obszarach polityki publicznej, które będą stanowić efektywną odpowiedź na to wyzwanie demograficzne. Podstawowym celem działań podejmowanych w zakresie zdrowia i samodzielności osób starszych będzie tworzenie odpowiednich warunków do jak najdłuższego utrzymania dobrego stanu zdrowia i samodzielności.

Szczególnie ważnym przykładem prowadzonych działań na rzecz osób starszych jest opracowany dokument pn. „Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014-2020", przyjęty *Uchwałą 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. z 2014 r. poz. 118).* W pracach nad ww. dokumentem uczestniczyła Rada ds. Polityki Senioralnej, powołana w lutym 2013 r., jako organ pomocniczy MPiPS. Do udziału w jej pracach zaproszono przedstawicieli ministerstw i urzędów centralnych, a także samorządów, organizacji pozarządowych oraz ekspertów. Zgodnie z założeniami ww. dokumentu, celem polityki senioralnej w Polsce będzie wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych.

Główne zidentyfikowane wyzwania dla polityki senioralnej, wokół których wypracowano kierunki interwencji, to m.in. wydłużenie okresu aktywności zawodowej, wykorzystanie potencjału osób starszych w obszarze aktywności społecznej i obywatelskiej, zapotrzebowanie na rozwiązania pozwalające na godzenie życia zawodowego z rodzinnym osób pracujących w wieku 50+ (konieczność sprawowania opieki nad rodzicami lub innymi osobami zależnymi). Polityka senioralna skupia się na takich obszarach jak zdrowie i samodzielność, gdzie wskazano m.in. konieczność rozwoju opieki geriatrycznej i usług opiekuńczych oraz kładzie się nacisk na profilaktykę i odpowiednie przygotowanie się do starości, a także zachęcanie do aktywności fizycznej. Kolejnym istotnym obszarem jest aktywność zawodowa. W dokumencie podkreśla się, że głównym celem polityki senioralnej w tym obszarze jest zaplanowanie działań, które umożliwią jak najlepsze wykorzystanie potencjału osób starszych na rynku pracy i tym samym pozwolą na zwiększenie i przedłużenie aktywności zawodowej osób 50+ oraz 60+. Kolejne obszary polityki to: aktywność społeczna i edukacyjna osób starszych; tu wskazuje się m.in. na edukację prozdrowotną, obywatelską, upowszechnianie wolontariatu, aktywności kulturalnej. W założeniach mowa jest również o tzw. silver economy, czyli srebrnej gospodarce – systemie ekonomicznym ukierunkowanym na wykorzystanie potencjału osób starszych i uwzględniającym ich potrzeby. Autorzy założeń wskazali także na relacje międzypokoleniowe i konieczność budowania pozytywnego wizerunku osób starszych zakładającego spojrzenia na starość jako na naturalny etap życia człowieka i przedstawianie osób starszych jako grupy zróżnicowanej i wnoszącej istotny wkład w życie społeczne.

Kwestie związane z koniecznością podjęcia działań na rzecz osób starszych w obszarze zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych zostały ujęte w rozdziale 2 ww. dokumentu pn. „Zdrowie i samodzielność", w szczególności w podrozdziale 2.1.1 Priorytet 1. pn. „Stworzenie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych" oraz w podrozdziale 2.1.3 Priorytet 3. pn. „Rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych".

Zgodnie z dokumentem rządowym pn. „Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020", przyjętym Uchwałą Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. (M.P. z 2014 r. poz. 118), planowane jest wdrożenie następujących działań priorytetowych w zakresie ochrony zdrowia:

– stworzenie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych (rozwój geriatrii jako specjalizacji, przygotowanie i doskonalenie zawodowe kadry medycznej w kierunku całościowej i kompleksowej opieki nad starszymi pacjentami, wspieranie i rozwój poradni i opieki geriatrycznej w Polsce),

– promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna (przygotowanie do okresu własnej starości pod względem wiedzy na temat zmian fizycznych i psychicznych podczas procesów starzenia i konsekwencji określonych zachowań promocja właściwego stylu życia w sferze zdrowia psychicznego, aktywności intelektualnej, odżywiania, rytmu dnia, rekreacji, higieny ciała i unikania zachowań ryzykownych pod względem zdrowotnym, rozwój i wspieranie aktywności fizycznej),

– rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych (zapewnienie odpowiedniej opieki nad osobami o ograniczonej samodzielności poprzez rozwój usług opiekuńczych, opracowanie i wdrożenie systemu teleopieki oraz wykorzystanie innowacyjnych technologii w ułatwieniu organizacji opieki dla osób starszych, stworzenie systemu wsparcia dla opiekunów nieformalnych, w szczególności na poziomie lokalnym).

Planowane jest uruchomienie Instytutu Geriatrii, który sprawować będzie rolę zintegrowanego centrum opieki nad osobami starszymi. Bazą do utworzenia podmiotu leczniczego, który kompleksowo zajmowałby się opieką medyczną nad osobami starszymi, będzie Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie. Dostosowanie działalności Instytutu Reumatologii do stawianych przed nim zadań nastąpi poprzez reorganizację Instytutu, tj. rozszerzenie jego działalności o geriatrię i dziedziny pokrewne (m. in. psychogeriatrię, neurogeriatrię, neuroortopedię, onkologię i chirurgię, chirurgię onkologiczną, diabetologię, gastroenterologię oraz kardiologię dla osób powyżej 60 roku życia). Rozszerzenie działalności Instytutu Reumatologii o zagadnienia dotyczące geriatrii i gerontologii pozwoli wypełnić lukę istniejącą w tym obszarze, a także opracować lub dostosować do warunków krajowych kompleksowe procedury, wytyczne i standardy związane z opieką medyczną nad osobami starszymi.

Zadania, jakie będą postawione przed zreorganizowanym Instytutem obejmują m.in:

1) prowadzenie badań naukowych w obszarze gerontologii i geriatrii, reumatologii, rehabilitacji, ortopedii i traumatologii, chorób przewlekłych i chorób powodujących niesamodzielność, a także zdrowia publicznego;

2) opracowywanie, analizowanie, ocenianie i wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, w tym nowych procedur medycznych, a także opracowywanie i upowszechnianie metod oceny technologii medycznych;

3) przygotowanie standardów kształcenia dla pracowników medycznych w dziedzinach związanych z opieką nad osobami starszymi;

4) kształcenie kadr medycznych w geriatrii.

W perspektywie finansowej 2014-2020 zaprogramowano działania wdrażające ww. rozwiązania na rzecz osób starszych i niesamodzielnych także w ramach Narzędzia 17: *Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej.*

Biorąc pod uwagę zmiany w strukturze ludności według wieku, a z drugiej – potwierdzaną w licznych badaniach obserwację, iż w okresach późnej starości i następującej po niej długowieczności gwałtownie wzrasta odsetek osób niesamodzielnych, należy się spodziewać, że społeczeństwo polskie stoi przed pilną koniecznością organizacji systemu wszechstronnych świadczeń dla osób o ograniczonym stopniu samodzielności. Na system ten powinny się składać świadczenia opiekuńcze, związane z pomocą w prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz świadczenia opieki długoterminowej, mające przede wszystkim charakter medyczny.

Przez opiekę długoterminową, stosownie do definicji przyjętej na forum ONZ, rozumie się działania podejmowane na rzecz osób wymagających opieki ze stron opiekunów nieformalnych lub formalnych oraz wolontariuszy. Świadczenia opieki długoterminowej stanowią nieodłączną część systemu ochrony zdrowia. Ponieważ jednak osoby, które jej wymagają, często są niezdolne do samoobsługi oraz wykonywania nawet prostych prac w gospodarstwie domowym, świadczenia opieki długoterminowej finansowane ze środków NFZ powinny być realizowane komplementarnie do świadczeń socjalnych realizowanych zwłaszcza w formie usług lub zasiłków przeznaczonych na opłacenie takich usług.

Jednym z problemów o znaczeniu wręcz strategicznym dla zaspokojenia potrzeb osób niesamodzielnych jest więc rozbudowa zintegrowanego sektora opieki długoterminowej. Powinien on obejmować zarówno pomoc instytucjonalną, jak i środowiskową. Wymuszony sytuacją rodzinną i poziomem sprawności, zwłaszcza w późnej starości, popyt na miejsca

w placówkach opiekuńczych będzie wzrastał. Jeszcze szybciej będzie się zwiększało zainteresowanie korzystaniem z pomocy udzielanej w miejscu zamieszkania. Jej zakres będzie jednak uzależniony od składu gospodarstwa domowego osoby niesamodzielnej[230].

Narodowy Fundusz Zdrowia wychodząc naprzeciw potrzebom rozbudowy sektora opieki długoterminowej przygotowuje zmiany w zakresie kontraktacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

W ramach planowanych zmian rozważa się np.:

- w stacjonarnych zakładach opiekuńczych – podniesienie ceny o np. 5 zł za osobodzień;
- w zespołach długoterminowej opieki domowej dla wentylowanych mechanicznie – podniesienie ceny za osobodzień o 5 zł w przypadku, gdy jest ona niższa od kwoty 238 zł za dorosłych wentylowanych mechanicznie i 295 zł za dzieci wentylowane mechanicznie;
- w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej – w związku ze zwiększeniem zakresu uprawnień zawodowych pielęgniarek, proponuje się zwiększenie ceny za osobodzień o 5 zł;
- w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej – w związku z prowadzaną przez AOTMiT wyceną świadczeń realizowanych w opiece paliatywnej i hospicyjnej, podniesienie ceny za osobodzień w hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej, hospicjach domowych oraz poradniach medycyny paliatywnej, zgodnie z przeprowadzoną taryfikacją.

6.3.2.3. Wdrożenie opieki koordynowanej

Istotną rolę w procesie poprawy efektywności w ochronie zdrowia odgrywają planowane działania dotyczące wdrożenia opieki koordynowanej.

Głównym założeniem opieki koordynowanej jest taka optymalizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w wyniku której, droga pacjenta w systemie opieki zdrowotnej (w szczególności pomiędzy poszczególnymi etapami leczenia) jest odpowiednio koordynowana.

Opieka koordynowana – rozumiana będzie jako rozwiązania organizacyjne (procesowe i technologiczne) mające na celu poprawę efektów zdrowotnych (outcomes) poprzez przezwyciężanie fragmentacji procesu leczenia (dostawy – udzielania – usług zdrowotnych) w wyniku zarządzania i koordynacji procesem udzielania (dostawy) usług zdrowotnych w oparciu o zasadę ciągłości leczenia pacjenta (continuum of care). Podstawą funkcjonowania systemu opieki koordynowanej jest wprowadzenie rozwiązań koncentrujących się nie na liczbie (output) jednostkowych świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentowi na różnych poziomach systemu ochrony zdrowia (POZ, AOS, SZP), ale koncentrujących się na instrumentach zapewniających kontynuację procesu leczenia i osiąganiu optymalnych efektów (outcomes) interwencji medycznych.

Koordynacja pomiędzy ww. poziomami systemu ochrony zdrowia ma charakter głównie integracji pionowej. Tworzenie i wdrażanie narzędzi umożliwiających i ułatwiających koordynowanie opieki zdrowotnej, np. disease management – schematy zarządzania przypadkami chorobowymi; clinical pathways – ścieżki kliniczne ustalane dla danych przypadków chorobowych) ma charakter głównie integracji poziomej. Takie podejście w głównej mierze koncentruje zmiany w systemie ochrony zdrowia w kierunku stworzenia kompleksowego modelu opieki zorientowanego na pacjencie oraz pozwala zarówno na polepszenie efektów zdrowotnych (outcomes), jak i zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia w sensie ilości zasobów (pracy, finansów) koniecznych do osiągnięcia określonych rezultatów.

Głównym narzędziem realizacji tego celu jest wypracowanie odpowiednich rozwiązań w zakresie kontraktowania świadczeń zdrowotnych (uwzględniające w szczególności narzędzia populacyjnego zarządzania ryzykami zdrowotnymi). Tak zaprojektowany system ma na celu zwiększenie efektywności systemu opieki zdrowotnej (głównie poprzez zmianę relacji pomiędzy świadczeniami udzielanymi na poziomie ambulatoryjnym i szpitalnym – na rzecz tych pierwszych) oraz poprawę jakości opieki zdrowotnej w wyniku polepszenia systemu organizacji świadczeń.

[230] „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce – PolSenior"; red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowska; Termedia; Warszawa; 2012 r.; str. 449-465.

Dotychczasowe działania

W kontekście opieki koordynowanej w pakiecie kolejkowym i onkologicznym wprowadzono już rozwiązania zapewniające:

- koordynację opieki medycznej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz szpitalnej,
- ścisłe współdziałanie różnych specjalistów przy określaniu sposobu leczenia pacjenta,
- dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim czasie, monitorowanie ruchu pacjentów w systemie.

Wprowadzenie zasady opieki skoordynowanej, np. w leczeniu pacjentów onkologicznych nastąpiło między innymi poprzez wyodrębnienie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego planującego i koordynującego proces leczenia, wyznaczenie koordynatora procesu leczenia po określeniu ścieżki postępowania terapeutycznego przez zespół (leczenie chirurgiczne, chemioterapia oraz radioterapia onkologiczna itp.) oraz udokumentowanie procesu koordynacji. Koordynator koordynuje plan leczenia pacjenta ustalony przez konsylium, dba o to, aby dokumentacja związana z kartą diagnostyki i leczenia pacjenta była kompletna (m.in. aby zawierała potwierdzenia wykonania świadczeń i zakończenia danego etapu leczenia), a także udziela pacjentowi wszystkich niezbędnych informacji związanych z leczeniem onkologicznym.

Należy podkreślić, że Narodowy Fundusz Zdrowia już od 2008 r. finansuje w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ***Program „Kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą (KAOS-cukrzyca)”***. Celem wdrożenia Programu była przewidywana poprawa skuteczności leczenia pacjentów chorych na cukrzycę, prowadzonego w oparciu o aktualnie obowiązujące standardy opieki diabetologicznej. Świadczenia w ramach KAOS-cukrzyca obejmują diagnostykę i terapię realizowaną na rzecz pacjenta (dzieci i dorosłych) w trakcie pracy poradni diabetologicznej, z intencją opuszczenia przez pacjenta placówki po godzinach funkcjonowania i ewentualne zgłoszenie się pacjenta celem dalszego postepowania w kolejnych dniach. Świadczenia w tym zakresie obejmują m.in.:

- wykonanie niezbędnych badań i konsultacji (z wyłączeniem badań potwierdzających wstępne rozpoznanie), w tym zapewnienie konsultacji okulistycznych, kardiologicznych, neurologicznych.
- nadzór nad pacjentem (obserwacja) adekwatny do aktualnego stanu zdrowia wraz z konieczną diagnostyką i monitorowaniem,
- wyrównywanie glikemii, parametrów równowagi wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej.

Program adresowany jest do osób z cukrzycą typu I, dzieci i młodzieży chorujących na cukrzycę, kobiet z cukrzycą ciężarnych oraz osób z cukrzycą typu II, wymagających co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny.

W ramach programu pacjent powinien uzyskać opiekę diabetologiczną wraz z regularnymi badaniami diagnostycznymi, założenie lub korektę osprzętu do pompy insulinowej, konsultacje specjalistów związane z rozpoznaniem powikłań cukrzycy. W przypadku wskazań przewidywane jest wykonywanie wlewów kroplowych leków lub płynów w związku z objawami cukrzycy.

Wśród badań, które powinny być wykonane znajduje się m.in. oznaczanie Hb A1C, ocena przepływów naczyniowych met. Dopplera, ekg, usg, w przypadku wskazań pedobarografii. Istotnym elementem opieki powinna być edukacja w zakresie samokontroli cukrzycy, jak również zasad prawidłowego odżywiania, czy unikania powikłań.

Organizacja udzielania świadczeń powinna zapewniać udzielanie świadczeń w sposób ciągły i regularny, z częstotliwością nie mniejszą niż jeden raz na 3 miesiące. W przypadku niespełnienia tego wymogu, leczenie danego pacjenta przestaje być finansowane stawką kapitacyjną, a świadczeniobiorca jest zobowiązany do wskazania świadczeniobiorcy możliwości dalszego leczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Ponadto, w latach 2011-2013 Polska (przedstawiciele MZ) koordynowała prace podgrupy zajmującej się integrowaną opieką zdrowotną w ramach prowadzonego w Unii Europejskiej procesu refleksji nad nowoczesnymi, elastycznymi i trwałymi systemami zdrowotnymi. Zdobyta w ten sposób wiedza o koordynowaniu opieki zdrowotnej w innych państwach członkowskich została wykorzystana do przygotowania pilotaży, które będą wdrażane w ramach opisanych poniżej działań planowanych na lata 2014-2020. Podniesieniu kompetencji, jeśli chodzi o opiekę koordynowaną, służyło także przygotowanie w ramach projektu współfinansowanego z PO KL pn. *Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki*

zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ opracowania na temat konsolidacji i integracji opieki zdrowotnej.

W nowej perspektywie finansowej na lata 2014-2020 zaplanowano działania mające na celu dalsze wsparcie opieki koordynowanej między innymi w ramach Narzędzia 14: *Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, ukierunkowanych na specyficzne dla regionu grupy chorób, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej.* Projekty realizowane w POZ i AOS w ramach tego narzędzia[231] powinny przyczyniać się do rozwoju opieki koordynowanej z uwzględnieniem form opieki środowiskowej tj. do realizowania działań mających na celu poprawę efektów zdrowotnych, poprzez wyeliminowanie zjawiska fragmentacji opieki nad pacjentem, tak aby zapewniony był kompleksowy i całościowy obraz stanu zdrowia danej osoby, a nie wybiórczy obraz poszczególnych schorzeń. Realizacja procesu będzie możliwa m.in. przy pomocy łączenia albo koordynowania działań różnych świadczeniodawców w procesie opieki nad danym pacjentem, ale również sprawienia, by sam pacjent wykazywał większe zainteresowanie swoją chorobą. Powstaną również inicjatywy lokalne, które zostaną następnie wzmocnione efektami realizacji centralnego projektu w ramach Narzędzia 22: *Przygotowanie, przetestowanie i wdroż*enie *do sytemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) służącej polepszeniu jakości i efektywności publicznych usług zdrowotnych (pilotaż nowej formy organizacji, procesu i rozwiązań technologicznych).* Zgodnie z założeniami testowane będą co najmniej 3 warianty wdrożenia opieki koordynowanej, w tym jeden z nich będzie wariantem opartym na założeniu, że to POZ będzie głównym świadczeniodawcą odpowiedzialnym za „skoordynowaną" usługę medyczną.

Plan wdrożenia koncepcji opieki koordynowanej

Implementacja koncepcji opieki koordynowanej w Polsce nastąpi w trzech etapach (fazach). Zasadniczym celem etapu I będzie wprowadzenie takich standardów organizacyjnych i medycznych, a także modelu finansowania świadczeń, które doprowadzą do integracji i koordynacji etapów profilaktyki diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, które są obecnie zatomizowane. Kolejnymi elementami procesu wdrażania opieki koordynowanej są: (etap II) faza testowa (pilotażowa) wypracowanych modeli opieki koordynowanej w wybranych lokalizacjach oraz III etap – faza wdrożeniowa (finalna) w całym kraju.

Etap I Opracowanie modeli

W pierwszym etapie planowane jest opracowanie minimum trzech modeli opieki koordynowanej, w której zasadniczą rolę będzie odgrywała podstawowa i ambulatoryjna opieka zdrowotna z elementami profilaktyki. Wypracowane w trakcie projektu różnice pomiędzy poszczególnymi modelami będą w szczególności dotyczyły podmiotów pełniących funkcje koordynatora/integratora oraz zakresem populacji, która będzie objęta poszczególnymi formami opieki.

1. Model POZ oparty o tzw. „fund holding" – przewidujący poszerzenie dotychczasowych kompetencji lekarza POZ i umożliwienie szybkich konsultacji z innymi specjalistami opieki ambulatoryjnej w oparciu o fundusze przekazywane na ten cel świadczeniodawcy realizującemu POZ.

2. Model Koordynowanej Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej (KAOZ) – daleko idąca integracja POZ i AOS w oparciu o sprecyzowane standardy medyczne i organizacyjne określające sposób postępowania z pacjentami chorymi przewlekle w różnym stadium zaawansowania choroby.

3. Model Kompleksowej Opieki Zdrowotnej (KOZ) – obejmujący zarówno opiekę ambulatoryjną, jak i szpitalną oraz domową.

Modele będą również uwzględniać elementy prewencji, np. osoby z grupy ryzyka mogą być proszone o wykonywanie regularnych badań kontrolnych; działania te mogą zapobiec wystąpieniu następstw zidentyfikowanego ryzyka.

[231] Będą to projekty infrastrukturalne dedykowane wsparciu podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna opiera się m.in. na poradniach przyszpitalnych. Racjonalność ww. rozwiązania (m.in. możliwość korzystania ze wspólnej bazy sprzętowej oraz kadrowej poradni przyszpitalnej i szpitala) powoduje wprowadzanie w Polsce rozwiązań stymulujących rozwój ww. placówek. Tym samym, zakup nowoczesnej aparatury medycznej do pracowni diagnostycznych współpracujących z oddziałami szpitalnymi, stanowi jednocześnie doposażenie infrastruktury sprzętowej AOS. Rozwiązanie takie wychodzi naprzeciw planowanym reformom, których głównym celem jest wzmocnienie roli AOS i POZ, a także zracjonalizuje liczbę sprzętu poprzez zapobieganiu nadmiernemu kupowaniu drogiej wysokospecjalistycznej aparatury medycznej oddzielnie na potrzeby leczenia szpitalnego i dodatkowo AOS oraz zwiększy stopień wykorzystania ww. aparatury.

Ponadto modele będą uwzględniać kwestie związane z transparentnością procedur zawartych w tych modelach – dostępność ich dla pacjenta.

W każdym z modeli powinno zostać uwzględnione zastosowanie nowych technologii medycznych oraz telemonitoringu, a także aspekt budowania społecznego wsparcia dla chorych. Lekarz w ramach usługi kompleksowej będzie zobowiązany do informowania pacjentów o dalszej ścieżce postępowania medycznego oraz o możliwościach uzyskania tzw. dodatkowego wsparcia np. ze strony różnych grup dotkniętych podobnym problemem zdrowotnym i ich rodzin.

Docelowo planuje się, aby każdy z modeli został przetestowany w co najmniej 2-3 różnych lokalizacjach geograficznych (np. wschód-zachód) i urbanistycznych (miasto-wieś). Jeden realizator pilotażu (większy podmiot, konsorcjum mniejszych podmiotów) we wstępnym założeniu powinien obejmować populację co najmniej 20 tys. w ośrodku wiejskim/małomiejskim i 50 tys. w ośrodku wielkomiejskim. Łącznie pilotaż powinien być realizowany przez nie mniej niż 45 podmiotów leczniczych, w tym co najmniej 40 podmiotów z obszarów Polski mniej rozwiniętych gospodarczo.

Istotnym elementem organizacji opieki koordynowanej jest wypracowanie standaryzowanych zasad/protokołów postępowania medycznego w przypadku populacji obejmujących w szczególności pacjentów najmłodszych i najstarszych oraz pacjentów chorych przewlekle. Dlatego, dla stosowania w ramach ww. modeli organizacyjnych opieki koordynowanej, przewiduje się wypracowanie dla ww. populacji zasad/protokołów postępowania medycznego. Przykładowo dla wybranych z poniższych populacji:

- matki i dzieci do 1 m-ca życia,
- dzieci,
- osoby starsze (65+),
- chorzy ze skrajną niewydolnością nerek,
- chorzy ze skrajnym zaawansowaniem Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (POChP),
- chorzy z niewydolnością układu krążenia,
- chorzy na cukrzycę,
- chorzy z problemami układu nerwowego i zaburzeniami psychicznymi,
- chorzy onkologicznie.

Etap II Faza testowa modeli

Faza testowa (pilotażowa) ma przede wszystkim doprowadzić do opracowania, w oparciu o przygotowane modele opieki koordynowanej, optymalnego sposobu kontraktowania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ. Kontraktowanie powinno ograniczyć do minimum nieracjonalne wydawanie środków publicznych na świadczenia, które nie wynikają wprost z potrzeb zdrowotnych pacjentów, ale na realizację których ma wpływ również sposób rozliczania.

Optymalizacja opieki ambulatoryjnej i przeniesienie do niej wszystkich tych świadczeń, które są możliwe do realizacji poza szpitalem, powinny poprawić dostępność leczenia stacjonarnego dla pacjentów rzeczywiście tego wymagających ze wskazań medycznych (a nie np. z powodu lepszej dostępności do niektórych badań diagnostycznych).

Pilotażowe testowane rozwiązania będą obejmować w szczególności:

– definiowanie zakresu odpowiedzialności (zakresu usług zdrowotnych) do realizacji samodzielnej oraz poprzez sieć współpracujących świadczeniodawców w ramach OOK poszczególnego rodzaju,

– określenie mechanizmów finansowania ww. usług zdrowotnych (np. z zasady z wykorzystaniem kapitacji, fee-for-service, pay-for-performance, itp.),

– wycenę świadczeń i mechanizmów rozkładu ryzyka przy kontraktowaniu blokowym (risk-adjustment),

– opracowanie wytycznych postępowania w najczęstszych schorzeniach oraz narzędzi ich popularyzacji i edukacji personelu medycznego (disease management, clinical pathways),

– opracowanie i implementację zestawu wskaźników jakości,

– zorganizowanie i monitorowanie systemu współpracujących placówek POZ, AOS, SZP,

– monitorowanie przepływu informacji medycznej w sieci współpracujących placówek,

– zastosowanie rozwiązań z zakresu e-zdrowia, w tym telemedycyny do konsultacji specjalistycznych i diagnostycznych.

W związku z powyższym, beneficjenci pilotażowych projektów oraz wszystkich innych projektów, które mają na celu rozwój opieki koordynowanej w Polsce, powinni uwzględnić przygotowując projekty wymogi określone w podrozdziale „Wymogi wyboru projektów w kontekście opieki koordynowanej" (patrz niżej).

III etap – faza wdrożeniowa (finalna) w całym kraju.

Po wypracowaniu pożądanego modelu opieki koordynowanej będzie możliwa finalna faza wdrożeniowa, czyli dalsze jej stopniowe upowszechnienie w całym kraju – aż do objęcia nią docelowo co najmniej połowy ubezpieczonych i umożliwieniem realizowania tego sposobu opieki przez wszystkich świadczeniodawców posiadających umowy z NFZ.

Jednocześnie w ramach zmian w kontraktacji świadczeń Narodowy Fundusz Zdrowia planuje wdrożenie opieki koordynowanej nad wybranymi populacjami:

Opieka koordynowana nad kobietą w ciąży fizjologicznej
Wprowadzenie opieki koordynowanej w przedmiotowym zakresie ma na celu zapewnienie kobietom w ciąży o przebiegu prawidłowym kompleksowej opieki uwzględniającej zarówno porady lekarskie, niezbędne badania diagnostyczne, edukację przedporodową, poród, opiekę położnej w okresie połogu oraz wizyty patronażowe u noworodka.

Rozważa się, aby podmiotem koordynującym i podpisującym umowę był szpital z oddziałem położniczym I poziomu referencyjnego, w którym odbywa się co najmniej 600 porodów rocznie, posiadający w swojej strukturze poradnię ginekologiczno-położniczą zapewniającą wszystkie procedury ambulatoryjne zgodnie ze standardem oraz położną zapewniającą edukację przedporodową i opiekę w okresie połogu.

Koordynator będzie odpowiedzialny za realizację świadczeń zgodnie ze standardami i warunkami określonymi w przepisach prawa, w szczególności w aktualnie obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej oraz w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem.

Świadczenia udzielane będą bez kolejki, zgodnie z harmonogramem wynikającym ze standardu określonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Po zakończeniu opieki (po okresie połogu) przeprowadzona zostanie ankieta satysfakcji pacjenta w celu monitorowania kompleksowości udzielanych świadczeń, dostępności do świadczeń, pełnej realizacji standardów.

Zintegrowana opieka paliatywna
Wstępnie planowane działania w zakresie opieki koordynowanej w kontekście kontraktacji świadczeń w opiece paliatywnej miałyby polegać na dostosowaniu formy opieki nad pacjentem paliatywnym, w zależności od jego stanu zdrowia i potrzeb zgłaszanych przez pacjenta lub jego opiekuna faktycznego oraz potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych, rozpoznanych przez koordynatora (zespół koordynujący).

Proponowane formy opieki nad pacjentem paliatywnym (konsorcjum): hospicja domowe, hospicja stacjonarne, poradnia medycyny paliatywnej, poradnia leczenia bólu, POZ, AOS, oddziały szpitalne, zakład radioterapii, placówki pomocy społecznej np. powiatowe lub miejskie ośrodki pomocy społecznej, opieka dzienna, domy pomocy społecznej.

Celem opieki koordynowanej byłoby zapewnienie opieki zgodnej z potrzebami pacjenta i możliwością sprawowania opieki przez rodzinę lub opiekunów faktycznych. Oznacza to, że pacjent będzie kierowany do takiego rodzaju świadczenia, nie tylko zdrowotnego, jaki będzie najbardziej odpowiedni dla pacjenta. Pacjent paliatywny, w tym będący w ostatnim okresie życia, niekoniecznie musi korzystać z form opieki, jaka kontraktowana jest w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej. Może uzyskać wsparcie w opiece we własnym domu lub ze świadczeń realizowanych w ramach pomocy społecznej.

Kompleksowa Opieka Zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi
Kompleksowa Opieka Zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi opierać się ma na systemie centrów zdrowia psychicznego integrujących opiekę szpitalną, dzienną, ambulatoryjną i środowiskową. Pojedyncze centrum obejmować będzie swoimi działaniami obszar zamieszkiwany przez 50-200 tys. osób i ponosić odpowiedzialność za leczenie tej populacji w zakresie chorób psychicznych. Założeniem jest podpisywanie umowy o udzielanie świadczeń z jednym świadczeniodawcą lub konsorcjum na danym obszarze. Świadczenia finansowane będą w ramach jednego rocznego budżetu. Połączenie różnych form opieki psychiatrycznej w ramach jednego budżetu spowoduje odejście od drogich,

długotrwałych hospitalizacji i przeniesienie opieki do form ambulatoryjnych (środowiskowych). Jednocześnie zachęcać będzie świadczeniodawców do ścisłej współpracy ze służbami socjalnymi w celu identyfikowania osób w kryzysie psychicznym i podejmowania szybkich interwencji terapeutycznych oraz zapewnienia sieci wsparcia społecznego osobom z zaburzeniami psychicznymi. Termin wprowadzenia omawianej kompleksowej opieki psychiatrycznej uzależniony jest od wprowadzenia w życie odpowiednich aktów prawnych: ustawy o zdrowiu publicznym oraz nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Wymogi wyboru projektów w kontekście opieki koordynowanej

Opracowując kryteria wyboru IZ /IP oraz wydając rekomendacje Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia dla projektów, które mają na celu rozwój opieki koordynowanej w Polsce, uwzględnią następujące wymogi wynikające z definicji OOK przyjętej w Policy Paper:

- każdorazowo przed przystąpieniem do realizacji inwestycji określone zostaną założenia współpracy placówek i podmiotów w ramach OOK w tym w odniesieniu do ścieżki przekazywania informacji pomiędzy nimi i konsultacji dot. świadczenia usług przez poszczególne podmioty i placówki;

- zapewniona zostanie współpraca w ramach projektu z wojewódzkim oddziałem NFZ w zakresie udostępniania i wymiany informacji w celu budowania mechanizmów finansowania, wyceny świadczeń i mechanizmów rozkładu ryzyka przez NFZ;

- wprowadzone zostaną wskaźniki jakości dotyczące świadczenia usług zdrowotnych realizowanych w celu rozwoju OOK, a następnie zapewnione zostanie ich monitorowanie;

- uwzględnione zostanie dążenie do szerokiego zastosowania rozwiązań teleinformatycznych, w celu usprawnienia procesu wymiany informacji oraz konsultacji specjalistycznych i diagnostycznych.

W celu zapewnienia sprawnego procesu budowania modeli dostarczania usług zdrowotnych przez świadczeniodawców i NFZ, działania w ramach OOK, mogą wprowadzać między innymi:

- działania mające na celu umieszczenie pacjenta w centrum uwagi wszelkich działań podejmowanych przez świadczeniodawców;

- działania zapewniające kompleksowość i ciągłość opieki nad pacjentem;

- działania podejmowane w sposób zintegrowany – zarówno w relacjach pomiędzy świadczeniodawcami (między innymi w zakresie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej), jak i dotyczące świadczeń oferowanych pacjentowi;

- proces opieki prowadzony w sposób skoordynowany – zarówno w relacjach pomiędzy różnymi świadczeniodawcami (dany świadczeniodawca zarządza procesem opieki), jak i pomiędzy świadczeniodawcami a pacjentem (świadczeniodawca sprawuję funkcję koordynatora opieki);

- działania prowadzone przez świadczeniodawców nakierowane na wynik (outcome);

- proces świadczenia usług oraz jego wyniki podlegające stałemu monitorowaniu i poprawie jakości.

6.3.2.4. Restrukturyzacja lecznictwa szpitalnego

W latach 2011-2014 realizowany był proces przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe. W celu wsparcia procesu przekształceń, Ministerstwo Zdrowia dało możliwość podmiotom tworzącym (właścicielom) ubiegania się o dotację na pokrycie części przejętych zobowiązań finansowych przekształcanych placówek (lata 2011-2014). Forma spółki sprzyja efektywnemu zarządzaniu, otwiera nowe możliwości uzyskiwania przychodów, a także racjonalizuje gospodarowanie zasobami. W okresie od 1 lipca 2011 r. do 31 grudnia 2014 r. 56 publicznych szpitali zostało przekształconych w spółki kapitałowe. Według wewnętrznych analiz, większość z nich poprawiła kondycję finansową, co było efektem nie tylko zmiany formy organizacyjno-prawnej, ale również poprawy zarządzania. Należy spodziewać się, iż w przyszłości proces przekształceń będzie kontynuowany.

Zmiany te mogą wpłynąć bardzo pozytywnie na rozwój Partnerstw Publiczno – Prywatnych (PPP) w sektorze ochrony zdrowia. Wyżej wymienione spółki kapitałowe prowadzące działalność leczniczą posiadają osobowość prawną, działają w szczególnym celu zaspokajania potrzeb o charakterze powszechnym niemających charakteru przemysłowego ani handlowego, a także zależne są kapitałowo i organizacyjnie od publicznych podmiotów tworzących. Spełniają zatem definicję tzw. instytucji prawa publicznego i mogą tym samym występować w roli podmiotu publicznego w umowie PPP. Jednakże dostępne dane wskazują, że partnerstwo publiczno- prywatne rozwija się w polskim sektorze ochrony zdrowia wolno, a formuła PPP jest niedostatecznie wykorzystywana do rozwoju infrastruktury w ochronie zdrowia oraz wzrostu poziomu świadczonych usług medycznych. W celu poprawy zostały podjęte działania na rzecz rozwoju rozwój partnerstw publiczno-prywatnych. Działania te są podejmowane w sposób horyzontalny przez Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, z inicjatywy którego została utworzona Platforma współpracy w zakresie Partnerstwa Publiczno-Prywatnego. Ma ona wypełnić lukę w zakresie pomocy administracji rządowej w przygotowaniu i wdrażaniu projektów ppp. Platforma stanowi forum wymiany informacji, doświadczeń i najlepszych praktyk między samorządami poprzez realizację konkretnych projektów. Celem tej inicjatywy jest skuteczna realizacja projektów aktualnie przygotowywanych oraz wsparcie sektora publicznego w celu przygotowania dobrych projektów na następną perspektywę finansową 2014-2020 oraz stworzenie warunków do swobodnego, kreatywnego działania przez instytucje publiczne oraz dobre przygotowanie kadr. Rezultatem powyższych działań powinny być m.in: upowszechnienie modelu ppp, bardziej efektywna administracja mniejsze koszty przygotowania projektów dzięki dostarczeniu gotowych, standardowych pakietów dokumentacyjnych do wykorzystania przez instytucje zamawiające.

Ministerstwo Zdrowia zbiera i analizuje dane dot. kondycji finansowej podmiotów leczniczych funkcjonujących w formie SPZOZ, niemniej decyzje w kwestii przekształcania kolejnych placówek leżą w gestii ich właścicieli, przede wszystkim jednostek samorządu terytorialnego, które są dominującym podmiotem tworzącym publicznych szpitali w Polsce.

Przegląd zasobów systemu ochrony zdrowia zostanie usprawniany w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych, których istotną częścią będzie analiza alokacji wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych.

Jak już wskazywano, na podstawie map potrzeb zdrowotnych będą wydawane przez wojewodów opinie o celowości planów inwestycyjnych. Opinie będą dotyczyły celowości podejmowania nowych inwestycji w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, tworzenia nowego podmiotu leczniczego lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. Pozytywne opinie będą wydawane w przypadku, gdy na podstawie danych będących w posiadaniu wojewodów i oddziałów NFZ można będzie stwierdzić faktyczne braki zasobów. Celem jest uniknięcie nadpodaży na lokalnym rynku usług zdrowotnych poprzez tworzenie zasobów nieadekwatnych w stosunku do potrzeb świadczeniobiorców na tym obszarze. Uzyskanie pozytywnej opinii umożliwi świadczeniodawcom perspektywiczny rozwój w oparciu o stabilne warunki finansowe gwarantowane przez NFZ. Z drugiej strony, instrument zapobiegnie chaotycznemu i żywiołowemu rozwojowi rynku usług medycznych.

Posiadanie pozytywnej opinii wojewody będzie również miało wpływ na ocenę przez NFZ oferty świadczeniodawcy w czasie postępowania kontraktującego świadczenia. Brak pozytywnej opinii skutkować będzie przyznaniem mniejszej liczby punktów. Takie rozwiązanie spowoduje więc, że podmiot nie posiadający pozytywnej opinii będzie musiał przedstawić ofertę znacznie korzystniejszą od ofert podmiotów już funkcjonujących na rynku lub podmiotów, które uzyskały pozytywną opinie wojewody. Tym samym nowy system nie zablokuje dostępu do rynku nowych, innowacyjnych podmiotów, z drugiej zaś strony przestrzegać będzie przed podejmowaniem inwestycji na obszarach i w zakresach, gdzie podaż jest już wysoka i odpowiadająca rzeczywistemu poziomowi popytu na świadczenia.

Należy podkreślić, że *ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. poz. 1138) przenosi z dniem 1 stycznia 2016 r. kompetencje do określania kryteriów wyboru ofert (tj. jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny) z Prezesa NFZ na Ministra Zdrowia. Tym samym Minister Zdrowia będzie mógł wskazać takie kryteria wyboru ofert, które zapewnią wybór świadczeniodawców charakteryzujących się najwyższą efektywnością udzielanych świadczeń, przy zachowaniu odpowiedniej ich jakości i dostępności. Szczegółowe kryteria wyboru ofert od dnia 1 stycznia 2016 r. zostaną określone, w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń. Minister Zdrowia będzie zatem określał szczegółowe wyznaczniki ww. kryteriów wraz z przypisaniem im odpowiedniej wagi.

Inwestycje finansowane ze środków EFSI będą wspierały reformy ukierunkowane na poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia, co nastąpi m.in. poprzez silne ukierunkowanie wsparcia na projekty prowadzące do poprawy efektywności, w tym finansowej, podmiotów leczniczych oraz dostosowanie struktury (zakres działalności medycznej i zasoby) do aktualnych potrzeb zdrowotnych oraz deficytów w zakresie podaży danego rodzaju świadczeń.

Ponadto, w ramach inwestycji planowanych do realizacji w ponadregionalnych podmiotach leczniczych w ramach PO IiŚ, oceniana będzie m.in. dostępność rozumiana jako zwiększenie dostępności do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych mierzone poprzez m.in. odniesienie się do stopnia wykorzystania łóżek szpitalnych, oczekiwanego skrócenie czasu hospitalizacji, inicjatyw konsolidacyjnych i innych form współpracy, działań w zakresie reorganizacji i restrukturyzacji wewnątrz podmiotów, w celu maksymalizacji wykorzystania infrastruktury, w tym sąsiadującej, oraz stopnia jej dostosowania do istniejących deficytów. W RPO promowane będą także projekty efektywne kosztowo i realizowane przez podmioty, które wykazują największą efektywność finansową, przewidujące działania konsolidacyjne i inne formy współpracy podmiotów leczniczych, a także działania w zakresie reorganizacji i restrukturyzacji wewnątrz podmiotów leczniczych, w celu maksymalizacji wykorzystania infrastruktury, w tym sąsiadującej, oraz stopnia jej dostosowania do istniejących deficytów.

Istotnym działaniem służącym stymulowaniu efektywności systemu ochrony zdrowia jest realizowane przez NFZ stopniowe poszerzanie listy procedur zabiegowych, które mogą być wykonywane w ramach AOS. W efekcie następuje modyfikacja systemu rozliczania świadczeń szpitalnych w celu racjonalizacji zasobów szpitali i przeniesienie ciężaru opieki zdrowotnej na system ambulatoryjny (ang. „out-patientcare services").

Jednocześnie w Polsce postępuje proces konsolidacji podmiotów leczniczych, zarówno publicznych, jak i prywatnych. Obejmuje on łączenie zakładów funkcjonujących w formie SPZOZ, jak również w formie spółek kapitałowych. Czynnikiem decydującym o konsolidacji są kwestie ekonomiczne, takie jak: redukcja i optymalizacja kosztów działalności, oszczędności związane z kosztami zarządzania i administracyjnymi, centralizacja zakupów i inwestycji, itd.

Podmioty lecznicze współpracują także w formie tzw. grup zakupowych, co pozwala zmniejszać koszty zakupu produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Działania te są inicjowane indywidualnie przez podmioty lecznicze i ich właścicieli. Od momentu obowiązywania przepisów *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* dokonano konsolidacji niżej wymienionych podmiotów leczniczych (z 29 na 13).

1. SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny UM w Łodzi połączono z SPZOZ Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym Nr 6 Instytutem Stomatologii UM w Łodzi (Uczelnia Medyczna).

2. Połączenie 110 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ w Elblągu ze Szpitalem Miejskim w Elblągu. Właścicielem połączonego szpitala jest Miasto Elbląg.

3. Włączenie w strukturę Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku (Uczelnia Medyczna) Zespołu Opieki Zdrowotnej dla Szkół Wyższych w Gdańsku (Samorząd Województwa).

4. Połączenie Zespołu Opieki Zdrowotnej w Wodzisławiu Śląskim (Powiat) z Zespołem Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach (Powiat). Połączenie w ramach tego samego powiatu wodzisławskiego.

5. Przejęcie przez Miasto Gliwice 106 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ i połączenie go z Poradnią Psychologiczną – zmiana nazwy na Szpital Miejski Nr 4 z Przychodnią SPZOZ.

6. Połączenie Specjalistycznego Szpitala Klinicznego UM w Poznaniu ze Szpitalem Klinicznym im. Heliodora Święcickiego UM w Poznaniu (Uczelnia Medyczna).

7. Połączenie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku (Uczelnia Medyczna) ze Specjalistycznym ZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. K. Dłuskiego w Białymstoku (Samorząd Województwa).

8. Połączenie Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Rydygiera w Toruniu z Wojewódzkim Ośrodkiem Leczenia Psychiatrycznego oraz Wojewódzkim Szpitalem Obserwacyjno-Zakaźnym w Toruniu. Połączenie Szpitali w ramach jednego podmiotu tworzącego – Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

9. Połączenie Specjalistycznego Rehabilitacyjnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sokolnikach z Wojewódzkim Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc I Rehabilitacji w Łodzi. Połączenie Szpitali w ramach jednego podmiotu tworzącego – Samorządu Województwa Łódzkiego.

10. Połączenie Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Warcie oraz Samodzielnego Publicznego Rehabilitacyjno-Leczniczego Zakładu Opieki Zdrowotnej dla Dzieci w Rafałówce z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu. Połączenie Szpitali w ramach jednego podmiotu tworzącego – Samorządu Województwa Łódzkiego.

11. Połączenie Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 3 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach z Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (Uczelnia Medyczna).

12. Połączenie Szpitala Chorób Wewnętrznych – „Hutniczy" z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie. Połączenie Szpitali w ramach jednego podmiotu tworzącego – Samorządu Województwa Śląskiego.

13. Połączenie Wielkopolskiego Specjalistycznego Szpitala Chorób Płuc i Gruźlicy im. Dr Władysława Biegańskiego w Chodzieży SPZOZ z Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów w Poznaniu. Połączenie Szpitali w ramach jednego podmiotu tworzącego – Samorządu Województwa Wielkopolskiego.

W celu m.in. wzmocnienia procesów konsolidacji podmiotów leczniczych zrealizowany został projekt pn. Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ. W ramach projektu zostało przeszkolonych 6 460 osób, w tym 6 052 reprezentantów podmiotów leczniczych, w szczególności kadry zarządzającej oraz 408 przedstawicieli podmiotów tworzących. Wśród pracowników podmiotów leczniczych zostało przeszkolonych 1 290 liderów rachunku kosztów.

W nowej perspektywie finansowej na lata 2014-2020 w celu wzmocnienie ww. procesów, zaplanowane zostały projekty dedykowane doskonaleniu kadr zarządzających podmiotami leczniczymi (Narzędzie 24: *Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących, służące poprawie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju zdolności analitycznych i audytu wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia).* Wsparcie edukacyjne dla tej grupy zawodowej jest kluczowe dla wsparcia procesów restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia. Doświadczenia PO KL 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.

Ponadto jednym z kluczowych elementów poprawy efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest wsparcie systemu akredytacji na wszystkich poziomach świadczenia usług medycznych, w tym na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. W perspektywie 2007-2013 wspierane były projekty rozwijające i implementujące akredytację na poziomie szpitali. Było to możliwe poprzez wprowadzenie określonych standardami wymogów, które skłoniły szpitale do wprowadzenia modyfikacji i zmiany sposobu dostarczania opieki. Poprawa efektywności funkcjonowania współczesnych systemów ochrony zdrowia poprzez upowszechnianie systemu akredytacji jakości została zaplanowana także na lata 2014-2020 w ramach Narzędzia 20: *Działania projakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne* oraz Narzędzia 21: *Działania projakościowe dedykowane podmiotom świadczącym podstawową opiekę zdrowotną.*

Działania projakościowe będą wspierane poprzez działania na rzecz poprawy infrastruktury szpitali – szpitale zlokalizowane są w przestarzałych budynkach oraz o niefunkcjonalnym układzie pomieszczeń, wciąż posiadają wyeksploatowaną i przestarzałą aparaturę medyczną, co oprócz generowania wysokich kosztów utrzymania (konieczność ciągłych remontów i napraw) negatywnie wpływa również na możliwości diagnostyczne i terapeutyczne, prowadzące m.in. do gorszych wyników leczenia pacjentów oraz wydłużenia czasu ich hospitalizacji. Ponadto, pacjenci narażeni są na przebywanie w złych warunkach oraz na występujące zakażenia szpitalne. W związku z powyższym, konieczne jest odtworzenie i unowocześnienie istniejącej infrastruktury szpitalnej poprzez kompleksowe remonty, zakup nowoczesnej aparatury medycznej oraz dostosowanie liczby i struktury łóżek szpitalnych do aktualnych potrzeb epidemiologiczno-demograficznych. Ponadto, wsparcie szpitali poprawi nie tylko standard i szybkość leczenia pacjentów, ale wpłynie również pozytywnie na efektywność samych podmiotów leczniczych, w tym w zakresie efektywności kosztowej. Celem wsparcia opieki szpitalnej nie jest rozbudowa zasobów infrastrukturalnych, ale ich unowocześnienie i dostosowanie do aktualnych potrzeb. Jedynie w wyjątkowych sytuacjach, popartych szczegółową weryfikacją istnienia faktycznych deficytów w danym zakresie i na danym obszarze terytorialnym (mapy potrzeb zdrowotnych) dopuszcza się możliwość tworzenia nowej infrastruktury np. poprzez utworzenie specjalistycznego oddziału lub zwiększenia liczby łóżek szpitalnych. Analiza informacji zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych wskaże obszary, w których występuje niewystarczająca infrastruktura do zaspokojenia danych potrzeb zdrowotnych oraz te, w których jest ona zbyt nadmierna i przez to nieefektywnie

wykorzystywana. Podczas wyboru projektów do dofinansowanie nacisk położony zostanie na promowanie – poprzez odpowiednie kryteria wyboru – inwestycji efektywnych kosztowo (tj. zakładających osiągnięcie najlepszych efektów przy możliwie najniższych cenach), podmioty lecznicze, które wykazują największą efektywność finansową oraz u których w wyniku realizacji projektu poprawi się efektywność w wymiarze finansowym, inicjatywy konsolidacyjne, podmioty lecznicze, które wykazują największą efektywność w wymiarze technicznym (poziom wykorzystania (obłożenie) łóżek, poziom wykorzystania wyrobów medycznych, stosunek liczby personelu administracyjnego do personelu medycznego), podmioty lecznicze, które realizują/realizowały działania powiązane z infrastrukturą będącą przedmiotem projektu, które przyczynią się do wzmocnienia wzajemnych efektów, powodując ich maksymalizację (tzw. efekt synergii), projekty o największej skali oddziaływania mierzonej % udzielanych świadczeń zdrowotnych pacjentom spoza województwa, w którym podmiot leczniczy prowadzi swoją działalność, projekty obejmujące dostosowanie infrastruktury do potrzeb osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych, w tym w szczególności osób starszych, projekty których elementem jest komponent polegający na budowie/rozbudowie /modernizacji infrastruktury ICT wspomagającej zarządzanie podmiotem leczniczym (wdrożenie jednego z systemów: Picture Achiving and Comunication System, Radiology Information System, Hospital Information System, wdrożenie innych rozwiązań mających na celu umożliwienie prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, projekty których elementem jest komponent przyczyniający się do poprawy efektywności energetycznej, w szczególności do obniżenia zużycia energii lub efektywniejszego jej wykorzystywania/ zmniejszenia energochłonności przez obiekt, tj. działania w zakresie termomodernizacji. Wszystkie te elementy są zbieżne z wprowadzanymi w Polsce reformami, ukierunkowanymi m.in. na restrukturyzację i przekształcanie publicznych szpitali, jak również wprowadzanie w nich nowoczesnych modeli organizacyjnych i zarządczych, przy jednoczesnej poprawie jakości dostępności świadczeń zdrowotnych. Wsparcie szpitali na poziomie centralnym dotyczyć będzie infrastruktury szpitali ponadregionalnych, tj. podmiotów udzielających specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, nierzadko unikalnych w skali kraju. W tym przypadku, dodatkowo występuje istotny poziom komplementarności w stosunku do PO WER (szpitale kliniczne i instytuty badawcze stanowią bazę do kształcenia kadr medycznych) oraz PO IR (ww. jednostki prowadzą działalność B+R). Natomiast na poziomie regionalnym, wspierana będzie infrastruktura szpitali regionalnych i lokalnych gdzie szczególnie istotne jest odpowiednie uwzględnienie potrzeb zdrowotnych mieszkańców danego obszaru oraz poziomu podaży na lokalnym rynku usług zdrowotnych, w tym m.in. w zakresie deficytów podażowych odnośnie świadczeń dedykowanych osobom starszym.

6.3.2.5. Mapowanie potrzeb zdrowotnych

Zaplanowano proces mający na celu systematyczną poprawę jakości szacowania potrzeb zdrowotnych. Dotychczasowy model szacowania potrzeb zdrowotnych był opracowywany w oparciu o opinie konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny, do zadań których należy m.in. inicjowanie prowadzenia badań epidemiologicznych na obszarze kraju oraz ocena metod i wyników tych badań; kontrola dostępności do świadczeń zdrowotnych; kontrola wyposażenia podmiotów leczniczych w aparaturę i sprzęt medyczny, aparaturę analityczną oraz aparaturę do przygotowywania i badania produktów leczniczych oraz kontrola ich efektywnego wykorzystania przy realizacji zadań dydaktycznych zgodnie z określonymi standardami, a także prognozowanie potrzeb zdrowotnych populacji w dziedzinie właściwej dla danego konsultanta.

Niedoskonałość obecnego systemu mapowania potrzeb zdrowotnych sprawiła, że podjęto szereg działań zmierzających do wzmocnienia tego procesu. Wdrożono finansowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki projekt pn. *Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych*. W ramach projektu zostaną opracowane narzędzia prognostyczne służące wsparciu decyzji zarządczych podejmowanych w systemie ochrony zdrowia w zakresie chorób kardiologicznych i onkologicznych, stanowiących największe obciążenie systemu ze względu na koszty leczenia.

Ponadto w celu systemowego wdrożenia mapowania potrzeb zdrowotnych zaprojektowano zmiany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w wyniku których decyzje dotyczące planów zakupów świadczeń zdrowotnych oraz inwestycji w ochronie zdrowia będą oparte o zmapowane, zgodnie z ww. ustawą, potrzeby zdrowotne. Rozporządzenie w sprawie zakresu map potrzeb zdrowotnych ma zapewnić spójność i porównywalność map, zarówno pomiędzy mapami wojewódzkimi (regionalnymi) jak i różnymi okresami, w których mapy będą tworzone. Regionalne mapy potrzeb zdrowotnych składać się będą z części opisujących sytuację demograficzną i epidemiologiczną, stan i wykorzystanie zasobów, jak również prognozę potrzeb zdrowotnych. Ich treść będzie obejmowała analizę dla poszczególnych powiatów oraz porównania między nimi na tle całego województwa. Za ich opracowanie, od roku 2021 będą odpowiedzialni wojewodowie we współpracy z Radą Wojewódzką, w skład której wejdą między innymi przedstawiciele urzędów marszałkowskich.

Zgodnie z ww. ustawą, w okresie przejściowym obejmującym dwie pierwsze edycje map, podmiotem odpowiedzialnym za przygotowanie map potrzeb zdrowotnych będzie **minister właściwy do spraw zdrowia** i będą one dotyczyły lecznictwa szpitalnego. Wnioski z map regionalnych uzupełnione o analizę świadczeń udzielanych w poszczególnych województwach oraz porównania pomiędzy nimi w odniesieniu do wskaźnika ogólnopolskiego będą składały się na przygotowaną i udostępnioną przez Ministerstwo Zdrowia ogólnopolską mapę potrzeb zdrowotnych.

Część demograficzna map będzie zawierać analizę takich aspektów jak liczba ludności, struktura ludności ze względu na płeć i wiek, liczba urodzeń, współczynniki płodności oraz zagęszczenie ludności. Analiza wskaźników dotyczących wymienionych kwestii pozwoli na dokonanie dokładnego opisu populacji wystawionej na ryzyko, której potrzeby zdrowotne będą analizowane poprzez określenie jej wielkości, struktury, rozmieszczenia oraz zdefiniowanie pozostałych charakterystycznych cech. Opis ten będzie również stanowić źródło informacji o dominujących grupach potencjalnych pacjentów na analizowanym obszarze a wyniki tej części opracowania będą stanowić podstawę do dokonywanych prognoz.

Istotnym elementem map będzie również analiza porównawcza i przestrzenna struktury zgonów ze względu na określone przyczyny. Analizie będą poddane zarówno wartości bezwzględne jak i wskaźniki w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Wartości bezwzględne pozwolą na wskazanie najbardziej problematycznych obszarów, natomiast przeliczenie ich wartości na 100 tys. ludności umożliwi porównywalność pomiędzy poszczególnymi jednostkami terytorialnymi. Dzięki temu możliwe będzie wskazanie obszarów różniących się istotnie od przeciętych wartości.

Część dotycząca stanu i wykorzystania zasobów będzie zawierać informacje o liczbie świadczeniodawców z podziałem na zakres udzielanych przez nich świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mapy będą zawierać informacje o strukturze jednostki, częstości korzystania z poradni specjalistycznych z uwzględnieniem rozpoznań oraz czasu oczekiwania na wizytę. Ich analiza pozwoli na statyczny opis potencjału infrastruktury medycznej w jednostkach stacjonarnej opieki zdrowotnej oraz potrzeb zdrowotnych, które mogą być w nich zrealizowane. W przypadku podmiotów, w których są realizowane hospitalizacje, analizie zostanie poddana liczba i rodzaje oddziałów szpitalnych oraz liczba znajdujących się na nich łóżek w ujęciu bezwzględnym oraz w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Dwa ostatnie wskaźniki są miarą dostępnej infrastruktury medycznej służącej realizowaniu świadczeń względem pacjentów szpitalnych. Przedstawienie ich wartości w odniesieniu do 100 tys. ludności umożliwi porównywalność poszczególnych jednostek terytorialnych i odniesienie ich wartości do poziomu wojewódzkiego/krajowego. Wymienione aspekty stanowią podstawę statystycznego opisu, którego celem jest dostarczenie informacji o alokacji przestrzennej świadczeniodawców i zakresie zaspakajanych w nich potrzeb zdrowotnych analizowanej populacji. Jest też źródłem informacji o przestrzennym zróżnicowaniu infrastruktury medycznej oraz o wynikających z tego zróżnicowania potencjalnych problemach w dostępie do usług medycznych. Analiza stanu i wykorzystania zasobów pozwoli dodatkowo na wskazanie poziomu wykorzystania zasobów i ocenę ich efektywności. Będzie ona dokonana między innymi poprzez ocenę wskaźnika rocznego obłożenia (tj. ilorazu liczby osobodni hospitalizowanych na danym oddziale w roku i średniej liczby dostępnych łóżek w roku na danym oddziale) w odniesieniu do dostępnej liczby łóżek szpitalnych. Dodatkowo przeprowadzona będzie analiza obłożeń dziennych (ilorazu liczby osobodni hospitalizowanych na danym oddziale danego dnia i średniej liczby dostępnych łóżek w dniu na danym oddziale), która umożliwi wskazanie trendów i sezonowości na przestrzeni analizowanego okresu. Celem oceny efektywności posiadanych zasobów jest wskazanie jednostek, które efektywnie wykorzystują posiadane zasoby i są w stanie w pełni zaspokoić potrzeby zgłaszane przez świadczeniobiorców, zachowując odpowiednie bezpieczeństwo i jakość udzielanych świadczeń. Ich analiza pozwoli na optymalizację alokacji zasobów, a przez to podniesienie jakości świadczonych usług medycznych. Jest to istotne z punktu widzenia pacjenta, ponieważ przekłada się na możliwość zaspokojenia zgłaszanych przez niego potrzeb zdrowotnych na odpowiednio wysokim poziomie przy jednoczesnym zagwarantowaniu dostępności do danego świadczenia.

Kolejną częścią analizy stanu i wykorzystania zasobów będzie analiza udzielonych świadczeń według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10. Pozwoli ona na określenie przeciętnego profilu analizowanej jednostki i identyfikację podmiotów o strukturze odbiegającej od przeciętnego poziomu w województwie/kraju. Umożliwi to wskazanie świadczeniodawców zaspokajających dany typ potrzeb zdrowotnych, uwzględniając realne potrzeby populacji. Część ta będzie stanowić niezbędne uzupełnienie analizy dotyczącej analizy struktury infrastrukturalnej świadczeniodawców. Dodatkowo w przypadku podmiotów realizujących hospitalizacje mapa będzie zawierać analizę przeciętnego czasu pobytu w ramach danego rozpoznania i świadczeniodawcy. Przeciętny czas pobytu w szpitalu jest często wykorzystywany jako miernik efektywności. Analiza średniego czasu hospitalizacji w ramach danego rozpoznania i świadczeniodawcy będzie stanowić jedną ze składowych prognoz potrzebnych zasobów i analizy wrażliwości przyjętych założeń w zależności od realizacji poszczególnych scenariuszy, która pozwoli na dynamiczną analizę czasu przy zmianie jednego z określających dany scenariusz parametrów.

Innym elementem map, opracowywanym w ramach analizy stanu i wykorzystania zasobów będzie analiza migracji pacjentów pomiędzy poszczególnymi jednostkami podziału terytorialnego państwa. Pozwala ona na zdefiniowanie potrzeb zdrowotnych, za którymi migrują pacjenci, określenie, w których jednostkach podziału administracyjnego są zaspakajane poszczególne potrzeby oraz jakie ośrodki specjalizują się w realizacji danych świadczeń.

Trzecim elementem map, obok analizy demograficznej i epidemiologicznej oraz analizy stanu i wykorzystania zasobów będą prognozy, które obejmują prognozy dotyczące epidemiologii oraz wynikającego z płynących potrzeb zapotrzebowania na świadczenia medyczne. Dokonywane prognozy będą dotyczyć wskaźników i współczynników opisanych w części demograficznej map. Wyniki tych prognoz wraz dostępnymi prognozami demograficznymi zostaną wykorzystane do określania oczekiwanej wielkości populacji narażonej na ryzyko choroby. W efekcie mapy będą zawierać prognozy dotyczące między innymi liczby osobodni hospitalizacji, liczby osób hospitalizowanych oraz prognozowanej liczby potrzebnych łóżek szpitalnych. Dokonane prognozy zostaną poddane analizie wrażliwości, biorącej pod uwagę zmianę wartości kluczowych warunków brzegowych. Efekty prognoz dostarczą informacji pozwalających na określenie odpowiednich propozycji zmian funkcjonującego systemu ochrony zdrowia, poprzez poznanie przyszłych tendencji i wskazanie elementów, które mogą w przyszłości stać się szczególnie problematyczne i wymagać wzmożonej uwagi.

W ramach nowej perspektywy finansowanej na lata 2014-2020 ze środków EFS planowane jest wsparcie działań rozwijających system 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 [Narzędzie 23: *Stworzenie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych (poprawa jakości danych dotyczących m.in. informacji o stanie infrastruktury medycznej, rejestrach medycznych dedykowanych określonym jednostkom chorobowym oraz identyfikacja „białych plam" w opiece zdrowotnej)]*. Planowane są do dofinansowania w ramach PO WER przedsięwzięcia, które dostarczą 33 modele analityczne.

Mapy potrzeb zdrowotnych będą przygotowane w następującej kolejności:

1. Utworzenie map potrzeb zdrowotnych dla chorób kardiologicznych oraz onkologicznych (na poziomie: POZ, AOS, szpital) – 31 grudnia 2015 r.[232].

2. Przeszkolenie kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi i przedstawicieli samorządu terytorialnego z korzystania z informatycznej implementacji wypracowanych rozwiązań w zakresie map dla potrzeb kardiologicznych oraz onkologicznych – 31 grudnia 2015 r.

3. Sporządzenie map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w *ustawie z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (obejmujących prognozowanie liczby chorych, wykorzystanie oraz potrzeby w zakresie infrastruktury i potrzeb w lecznictwie szpitalnym) – 1 kwietnia 2016 r. (na okres 30.06.2016-31.12.2018)[233]

4. Stworzenie map potrzeb dla innych chorób obejmujących wszystkie elementy systemu tj. POZ, AOS, szpitali (w ramach projektu planowanego do realizacji z EFS w ramach PO WER). Mapy powinny być uzupełnieniem map potrzeb zdrowotnych utworzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przygotowane w następującym porządku (1) mapy potrzeb, (2) mapy świadczeń, (3) mapy infrastruktury zdrowotnej uwzględniające tworzoną infrastrukturę lub infrastrukturę użytkowaną, (4) mapy dostępnych zasobów ludzkich. Mapy będą przygotowywane w kolejności wynikającej z istotności danej choroby dla kosztów systemu oraz dla ograniczeń w dostępności do świadczeń (listy oczekujących).

5. Aktualizowanie i udoskonalanie map potrzeb zdrowotnych obejmujących onkologię, kardiologię oraz inne grupy chorób, które będą uwzględniały potrzeby zdrowotne pacjentów, świadczenia, które je zaspokajają, jak również ograniczenia w postaci dostępnej infrastruktury czy kadry medycznej. Docelowo mapy będą uwzględniały wszystkie rodzaje udzielanych świadczeń (świadczenia udzielane w szpitalu, AOS i POZ) – od 2016 r. jako proces ciągły.

[232] Zgodnie z Action Plan dla warunkowości ex ante

[233] Zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Kamienie milowe sporządzania map potrzeb zdrowotnych

Do 31 grudnia 2015 r. utworzone zostaną mapy potrzeb zdrowotnych dla chorób kardiologicznych oraz onkologicznych (na poziomie: POZ, AOS, szpital) oraz zostanie przeszkolona kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi, a także przedstawiciele samorządów terytorialnych z korzystania z informatycznej implementacji wypracowanych rozwiązań w zakresie map dla potrzeb kardiologicznych oraz onkologicznych.

Tzw. „mapy onkologiczne i kardiologiczne" są efektem projektu pn. *Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych*, który realizowany jest w ramach Podziałania 2.3.3 Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia PO KL. Projekt zakłada poprawę jakości zarządzania zasobami systemu ochrony zdrowia poprzez opracowanie i popularyzację narzędzi prognostycznych. Narzędzia wypracowane w ramach projektu będą wspierały decyzje zarządcze dotyczące grup chorób kardiologicznych i onkologicznych. Wyselekcjonowanie tych grup chorób jest bardzo istotne, ponieważ stanowią one największe obciążenie systemu ze względu na umieralność i koszty leczenia.

Realizacja projektu jest odpowiedzią na potrzebę tworzenia map potrzeb zdrowotnych, których celem jest zdefiniowanie obecnych oraz prognozowanych potrzeb zdrowotnych ludności i następnie wykorzystanie tej informacji do dokonania racjonalizacji alokowania zasobów w systemie ochrony zdrowia. W projekcie, w ramach prac analitycznych, zostaną sporządzone modele chorobowości, które pozwalają na oszacowanie i prognozowanie liczby chorych oraz kosztów związanych z ich leczeniem. Dzięki temu będzie możliwa poprawa planowania strategicznego zarówno na szczeblu centralnym np. Centrala NFZ, jak i regionalnym (na poziomie województw np. oddział wojewódzki NFZ). Umożliwi to również wsparcie decyzji na poziomie operacyjnym w poszczególnych podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Kluczowym etapem projektu były warsztaty dotyczące wypracowania:

- modelu prognostycznego w obszarze chorobowości (240 osób),
- modelu prognostycznego w obszarze optymalizacji kontraktowania usług medycznych oraz planowania inwestycyjnego dla chorób onkologicznych i kardiologicznych (140 osób).

Warsztaty, prowadzone przez ekspertów z zakresu ochrony zdrowia, ekonomistów oraz specjalistów ds. modelowania, były płaszczyzną do prowadzenia dyskusji nad przyjętą metodyką prognozowania. W warsztatach brali udział również przedstawiciele podmiotów leczniczych.

Kolejnym, istotnym elementem wdrożeniowym projektu są ogólnopolskie szkolenia dla kadry zarządzającej szpitali i przedstawicieli dysponentów środków publicznych w ochronie zdrowia w zakresie wykorzystania regionalnych map potrzeb zdrowotnych oraz analiz i prognoz dotyczących wybranych grup chorób onkologicznych i kardiologicznych w zarządzaniu w ochronie zdrowia (odrębne szkolenia w zakresie onkologii i kardiologii dedykowane poszczególnym województwom).

Interesariuszami działań projektowych w zakresie tworzenia map potrzeb zdrowotnych w obszarze chorób onkologicznych i kardiologicznych są również instytucje i ograny korzystające z analiz dotyczących sektora ochrony zdrowia w Polsce, m.in.: Ministerstwo Zdrowia, członkowie sejmowej Komisji Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, członkowie Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, władze powiatowe i gminne oraz podmioty lecznicze.

Kluczowe etapy realizacji projektu to:

- prace analityczne oraz opracowanie narzędzi badawczych do opracowania modeli prognostycznych – od września 2014 r.
- przeprowadzenie warsztatów dotyczących modelu prognostycznego w obszarze chorobowości oraz modelu prognostycznego w obszarze optymalizacji kontraktowania usług medycznych oraz planowania inwestycyjnego dla chorób onkologicznych i kardiologicznych – do końca maja 2015 r.
- przeprowadzenie szkoleń dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi, przedstawicieli samorządu terytorialnego z wykorzystania map potrzeb kardiologicznych i onkologicznych – do końca listopada 2015 r.

Dalsze tworzenie map potrzeb zdrowotnych realizowane będzie w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Opracowanych zostanie 30 deskryptywnych modeli empirycznych dla 30 grup chorób. Każdy powyższy model będzie się składał z 3 modułów:

I. Lecznictwo zamknięte (uwzględniające szpital, hospicja, opiekę długoterminową, Świadczenia Odrębnie Kontraktowane, Świadczenia Wysokospecjalistyczne)

II. AOS (świadczenia diagnostyczno-lecznicze w ramach AOS, ASDK)

III. POZ programy zdrowotne realizowane w ramach POZ (tzw. preventive care)

30 grup chorób zostało zdefiniowanych na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób – ICD-10. Ponieważ klasyfikacja ICD-10 łączy w grupy chorób wszystkie jednostki chorobowe należące do danej kategorii (wg umiejscowienia), niezbędne było wprowadzenie dalszych podziałów biorąc pod uwagę dane epidemiologiczne, wydatki publiczne związane z poszczególnymi jednostkami chorobowymi, wpływ na populację. Zdecydowano się np. wyodrębnić z grupy ICD-10 Nowotwory: nowotwory złośliwe (guzy lite i czerniaka), nowotwory niezłośliwe, hematologię. Podobnie podzielono grupę chorób układu krążenia: na kardiologię i pozostałe choroby układu krążenia.

Dla każdego z modułów (w każdym modelu) zostanie stworzona lista wskaźników w oparciu o międzynarodowe standardy/mierniki jakości wykorzystywane w innych krajach. Wskaźniki te zostaną skorygowane o wiedzę ekspercką z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Posłużą one do oceny efektywności leczenia i diagnostyki w każdym module oraz wskażą ważne z punktu widzenia każdej z analizowanych grup chorób zmienne. Zmienne te zostaną poddane szczegółowej analizie z wykorzystaniem technik analizy ekonomicznej i ilościowej, co umożliwi zmapowanie niezbędnych komponentów systemu oraz odpowiednie wnioskowanie.

Do 1 kwietnia 2016 r. zostanie opracowanych 16 regionalnych map potrzeb zdrowotnych i jedna ogólnopolska mapa potrzeb zdrowotnych – tzw. mapy ustawowe. Będą się one odnosiły wyłącznie do lecznictwa szpitalnego (w rozumieniu ustawy) i podzielone zostaną na grupy chorób. Pierwsza edycja map ustawowych stanowić będzie podstawę do rozwoju Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (dalej: BASiW). Mapy (regionalne i ogólnopolską) na pierwsze dwa okresy tj. od 30 czerwca 2016 r. do 31 grudnia 2018 r. oraz od 1 stycznia 2019 r. – do 31 grudnia 2021 r. sporządza minister właściwy do spraw zdrowia. Mapę ogólnopolską na następne lata sporządza NIZP-PZH, natomiast mapy regionalne będą sporządzali wojewodowie w porozumieniu z Wojewódzką Radą ds. Potrzeb Zdrowotnych na podstawie projektu opracowanego przez NIZP-PZH. Zgodnie z przepisami PZH monitoruje aktualność map, a wyniki tego monitoringu przedstawia corocznie do 30 czerwca.

Do połowy 2016 r. opracowane zostaną deskryptywne modele empiryczne, niezbędne dla opracowania map potrzeb zdrowotnych dla 15 chorób w zakresie lecznictwa zamkniętego. Pierwsze 15 modeli dotyczyć będzie następujących grup chorób:

1. choroby układu kostno-mięśniowego,
2. choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku starczego),
3. układu nerwowego (pozostałe choroby),
4. choroby układu krążenia,
5. choroby układu oddechowego (przewlekłe),
6. choroby układu oddechowego (ostre),
7. choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego,
8. choroby dziecięce,
9. choroby psychiczne,
10. ciąża, poród, połóg,
11. cukrzyca,
12. hematologia (nowotwory),
13. hematologia (pozostałe),
14. nowotwory niezłośliwe,
15. wady wrodzone.

Do końca 2016 r. opracowanych zostanie kolejnych 15 deskryptywnych modeli empirycznych niezbędnych dla opracowania map potrzeb zdrowotnych dla lecznictwa zamkniętego dla następujących grup chorób:

1. choroby metaboliczne,
2. choroby oka i okolic,

3. choroby skóry,
4. choroby układu moczowo – płciowego (mężczyzn),
5. choroby układu moczowo – płciowego (kobiet),
6. choroby układu moczowo – płciowego (moczowy),
7. choroby układu trawiennego (wątroba i trzustka),
8. choroby układu trawiennego (górny odcinek bez wątroby i trzustki),
9. choroby układu trawiennego (dolny odcinek),
10. choroby uszu i wyrostka sutkowatego,
11. choroby zakaźne (WZW),
12. choroby zakaźne (HIV),
13. choroby zakaźne (inne),
14. stomatologię,
15. urazy (złamania, zatrucia etc.).

Do końca grudnia 2016 r. zostanie opracowanych także pierwszych 15 modeli niezbędnych dla opracowania map potrzeb zdrowotnych dla AOS i POZ dla następujących grup chorób: choroby układu kostno-mięśniowego, choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku starczego), układu nerwowego (pozostałe choroby), choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego (przewlekłe), choroby układu oddechowego (ostre), choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego, choroby dziecięce, choroby psychiczne, ciąża, poród, połóg, cukrzyca, hematologia (nowotwory), hematologia (pozostałe), nowotwory niezłośliwe, wady wrodzone.

Do końca 2017 r. kolejne 15 modeli niezbędnych dla opracowania map potrzeb zdrowotnych dla AOS i POZ dla następujących grup chorób: choroby metaboliczne, choroby oka i okolic, choroby skóry, choroby układu moczowo – płciowego (mężczyzn), choroby układu moczowo – płciowego (kobiet), choroby układu moczowo – płciowego (moczowy), choroby układu trawiennego (wątroba i trzustka), choroby układu trawiennego (górny odcinek bez wątroby i trzustki), choroby układu trawiennego (dolny odcinek), choroby uszu i wyrostka sutkowatego, choroby zakaźne (WZW), choroby zakaźne (HIV), choroby zakaźne (inne), stomatologię, urazy (złamania, zatrucia etc.).

Ponadto w ramach projektu wdrożeniowego realizowanego w ramach PO WER, od lipca 2015 r. do grudnia 2018 r. przewiduje się następujące etapy prac:

1) Etap analityczno-wdrożeniowy, w którym zebrane zostaną dane krajowe i międzynarodowe niezbędne do modelowania map potrzeb zdrowotnych, przeprowadzone zostaną prace zespołów medycznych odpowiedzialnych za każdy z 30 modeli chorobowych, stworzone zostaną opracowania merytoryczne oraz bazy analiz niezbędne do wdrożenia. W etapie tym przewiduje się pracę 30 zespołów merytorycznych.

   Harmonogram prac zespołów zakłada rozpoczęcie pracy nad 15 pierwszymi modelami chorób niezbędnych dla opracowania map potrzeb zdrowotnych w podziale na III moduły w okresie 07.2015 r. – 12.2016 r. oraz kolejnymi 15 modelami chorób w podziale na III moduły w okresie 07.2016 r. – 12.2017 r.

   Etap ten jest kluczowym elementem prac koncepcyjnych nad przygotowaniem poszczególnych modeli chorobowych niezbędnych dla opracowania map potrzeb zdrowotnych. Istotnym działaniem tego etapu będą warsztaty eksperckich grup roboczych, w których będą brali udział eksperci medyczni, eksperci ekonometrycy, eksperci ds. wdrażania modeli, a także przedstawiciele organizacji pacjenckich. Efektem prac grup będzie opracowanie założenia do poszczególnych modeli, w tym w szczególności w zakresie metodologii analiz danych na potrzeby opracowania modelu w konkretnym obszarze chorobowości.

2) Etap upowszechniania, w którym opracowane zostaną publikacje dotyczące modeli niezbędnych dla opracowania map potrzeb zdrowotnych, oraz prowadzone będą spotkania z interesariuszami, podczas których zostaną zaprezentowane wyniki prac. Etap realizowany będzie od 01.2018 r. do 12.2018 r.

Podsumowując – w ramach całościowego projektu systemowego realizowanego przez Departament Analiz i Strategii MZ powstanie łącznie 30 modeli analitycznych jednostek chorobowych. Do końca 2016 r. powstaną mapy potrzeb zdrowotnych w 15 jednostkach chorobowych (uwzględniające 5 grup chorób określonych w rozdziale 6.2 Policy paper) w obszarze POZ, AOS, lecznictwo szpitalne. Po 2016 r. powstanie kolejnych 15 modeli dla pozostałych 15 jednostek chorobowych, przy jednoczesnej możliwości aktualizacji/ulepszaniu map powstałych na pierwszym etapie realizacji projektu.

Sposób wykorzystania map potrzeb zdrowotnych:

Istotną funkcją map potrzeb zdrowotnych będzie możliwość ich użycia do monitoringu zaspokajania potrzeb zdrowotnych. Bezpośrednim efektem powstania map będzie geograficzne określenie deficytów w zakresie potrzeb zdrowotnych. W perspektywie długofalowej mapa potrzeb zdrowotnych będzie służyła również monitoringowi ich zaspokajania poprzez tworzenie analiz porównawczych rekomendacji wypływających z map potrzeb zdrowotnych z informacjami o decyzjach poszczególnych interesariuszy i decydentów systemu ochrony zdrowia w zakresie alokowania poszczególnych zasobów systemu ochrony zdrowia i decyzji inwestycyjnych.

Mapy potrzeb zdrowotnych będą ważnym narzędziem dla koordynacji wydatkowania środków z EFSI w ramach prac Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.[234] Zgodność z mapami stanowi warunek uczestnictwa projektów w procedurze selekcji.

Pierwszym testem dla efektywnego wykorzystania i monitoringu korzystania z map potrzeb zdrowotnych będzie wykorzystanie map onkologicznych i kardiologicznych dla uruchomienia inwestycji infrastrukturalnych ze środków funduszy strukturalnych. Działania w zakresie pilotażowego wykorzystania map potrzeb zdrowotnych będą pierwszym etapem projektu pn. *Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych*, który planowany jest do uruchomienia w ramach Działania 5.2 PO WER – *Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych*. Test mapy onkologicznej obejmować będzie wszystkie województwa i interesariuszy, natomiast test mapy kardiologicznej obejmować będzie wszystkie województwa na etapie wydawania opinii wojewody o zasadności danej inwestycji w sektorze ochrony zdrowia.

Uruchamianie procesów zmierzających do wyboru inwestycji objętych mapowaniem będzie sprzężone z powstawaniem kolejnych map potrzeb zdrowotnych w danym obszarze, z uwzględnieniem derogacji od tej zasady opisanych w rozdziale 7.1, która będzie obowiązywać wyłącznie w przypadku, gdy mapy potrzeb zdrowotnych w danym obszarze interwencji nie będą dostępne.

Ponadto mapy będą wykorzystywane przez NFZ przy planowaniu zakupów świadczeń opieki zdrowotnej oraz przez wojewodów na mocy ustawy (art. 95c) do ustalania priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. Plany zakupów świadczeń opieki zdrowotnej będą tworzone przez wojewódzkie oddziały NFZ. Założeniem jest prognozowanie poziomu przyszłych potrzeb (mapy) oraz wskazanie, które z nich (priorytety) powinny być w pierwszej kolejności zaspokojone przez oddziały wojewódzkie NFZ, tak by w jak największym stopniu zabezpieczyć zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne na danym obszarze. Plany zakupów świadczeń zdrowotnych będą stanowiły uszczegółowienie sposobu przeznaczenia środków określonych w planie finansowym na poszczególne obszary terytorialne kontraktowania, poszczególne zakresy i rodzaje świadczeń wraz z uzasadnieniem dokonanych alokacji środków finansowych w odniesieniu do przyjętych priorytetów. Plany będą również wskazywały maksymalną liczbę świadczeniodawców, z jaką oddział NFZ planuje zawrzeć umowy. Plany będą podlegały ocenie przez NFZ i MZ poprzez bieżącą weryfikację stanu zabezpieczenia dostępu do świadczeń na obszarze poszczególnych województw. Plany zakupów świadczeń opieki zdrowotnej będą podlegały publikacji celem zwiększenia transparentności procesu kontraktowania świadczeń oraz umożliwienia potencjalnym świadczeniodawcom przygotowania się do konkursów.

Wojewodowie na podstawie map będą wydawali opinie o celowości realizacji inwestycji. Opinia taka, o ile pozytywna, będzie stanowić swego rodzaju promesę dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, że podejmowane przez nie inwestycje są racjonalne, efektywne kosztowo i uzasadnione rynkowo, co należy uznać za jeden ze sposobów stymulacji efektywności działalności podmiotów leczniczych. Opisany proces jest regulowany przepisami rangi ustawowej, co zapewnia jego wykonalność oraz trwałość w dłuższej perspektywie czasowej.

Skuteczna realizacja założeń interwencji publicznej będzie możliwa dzięki wykorzystaniu map potrzeb zdrowotnych przez interesariuszy systemu opieki zdrowotnej. Sposób wykorzystania ustawowych map potrzeb zdrowotnych przez głównych interesariuszy jest regulowany na poziomie ustawowym. Zostanie on uzupełniony przez wdrożenie narzędzi wypracowanych w trakcie realizacji projektu finansowanego w ramach PO WER, co pozwoli na stworzenie spójnego systemu wspomagającego zarządzanie w ochronie zdrowia (dalej: komponent MPZ – BASiW), zwłaszcza w okresie, w którym mapy ustawowe będą obejmowały jedynie lecznictwo szpitalne. Podstawą komponentu MPZ – BASiW będzie platforma analityczna, zawierająca wyniki wielowymiarowych analiz epidemiologicznych, systemowych oraz ilościowych. Umożliwi ona dokonanie prognoz kluczowych zmiennych z punktu widzenia poszczególnych interesariuszy

[234] W rozdziale 7.1 opisano szczegółowo sposób wykorzystania map potrzeb zdrowotnych w procesie wyboru projektów finansowanych z EFSI

oraz przeprowadzenie analiz wrażliwości. Dostęp do platformy będzie otwarty, a jej zawartość merytoryczna zostanie opracowana w oparciu o deskryptywne modele empiryczne. Poszczególni interesariusze systemu (np. wojewodowie, świadczeniodawcy) po identyfikacji (tj. zalogowaniu się) będą mieli dostęp do dodatkowych funkcjonalności, odpowiadających ich potrzebom. W tabeli poniżej zaprezentowano sposób wdrożenia wypracowanych rozwiązań w celu stosowania skutecznej interwencji publicznej, w odniesieniu do poszczególnych interesariuszy systemu.

Tabela 59. Sposób wdrożenia wypracowanych rozwiązań dotyczących map potrzeb zdrowotnych

	Nazwa Interesariusza	Zakres skutecznej interwencji publicznej
Komponent ustawowy	Minister właściwy do spraw zdrowia	Opracowywanie i ocena efektów programów polityki zdrowotnej, a także nadzór nad ich realizacją.
	NFZ	Sporządzenie planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na następny rok.
	NFZ	Opracowanie, wdrażanie i realizowanie programów zdrowotnych.
	Prezes NFZ	Określenie oczekiwanego efektu interwencji (art. 146 ust. 3 pkt 1), dzięki modułowi analizy wrażliwości.
	Wojewoda	Ustalenie priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej.
	Wojewoda	Wydanie opinii o celowości inwestycji.
	Wojewoda, powiat, gmina	Opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu.
	Inwestorzy	Redukcja ryzyka. Uzyskanie pozytywnej opinii o celowości inwestycji stanowić będzie dla inwestorów swojego rodzaju promesę o zasadności realizowanej inwestycji (swoista gwarancja popytu na oferowane usługi).
Komponent MPZ - BASiW	Minister Zdrowia	Stworzenie ram krajowej polityki zdrowotnej opartej na udokumentowanym podejściu evidenced-based (informed) policy making. Otwarty dostęp do MPZ-BASiW przesunie ciężar dyskusji na merytoryczne aspekty rozwiązań.
	NIZP-PZH	Wykorzystanie wkładu merytorycznego do ustawowych MPZ (po dwóch pierwszych edycjach map tworzonych przez MZ).
	AOTMiT, Rada Taryfikacji	Określenie nowych produktów finansowych na podstawie prognoz potrzeb. Wskazanie potrzeb w zakresie modyfikacji istniejących produktów na podstawie praktyk sprawozdawczych zobrazowanych w MPZ.
	Wojewoda	Dostęp online do modułu generującego automatyczny raport, wraz ze wskaźnikami, grafikami, tabelami zawierającymi informacje istotne z punktu wojewody. Analiza jakości i efektywności poszczególnych świadczeniodawców, monitoring trendów demograficznych i migracji pacjentów za świadczeniami.
	Organy właścicielskie/ założycielskie	Kontrola uznaniowości decyzji inwestycyjnych. Organy założycielskie/ właścicielskie będą zobowiązane do uargumentowania zasadności podjętych decyzji, w przypadku sprzeczności z wnioskami zawartymi w MPZ.
	Inwestorzy	Ograniczenie asymetrii informacji: MPZ będą definiowały priorytety regionalnych polityk oraz dostarczały szczegółowego opisu funkcjonującego systemu. W związku z powyższym: a) Inwestorzy będą mieli dostęp do jednolitej informacji – eliminacja zjawiska insiderinformation. Nietypowe interwencje będą musiały zostać odniesione do wyników analizy zapewnionych przez MPZ. b) Inwestorzy będą posiadali wspólny oraz spójny jasny obraz systemu wraz ze zidentyfikowanymi obszarami do potencjalnego zagospodarowania (w tym tzw. białe plamy) – wzmocnienie znaczenia konkurowania jakością świadczeń. c) Inwestorzy będą mogli w łatwy sposób identyfikować obszary z potencjalnie najwyższą stopą zwrotu, tj. zarówno obszary geograficzne jak i obszary świadczeń – zwiększenie konkurencji.

	Nazwa Interesariusza	Zakres skutecznej interwencji publicznej
Komponent MPZ - BASiW	Świadczeniodawcy	Zmniejszenie asymetrii informacji między świadczeniodawcami, dzięki dostępowi do wyników wielowymiarowej analizy porównawczej jednostek (automatycznie generowany raport wraz z edycji, tj. dodania wybranych wskaźników, grafik, tabel). Dostępowi zapewniony będzie dzięki funkcjonowaniu platformy, opracowanej w ramach projektu. Ze względu na aspekty prawne, niektóre wymiary analizy zostaną zanonimizowane, tj.: świadczeniodawca będzie w stanie zidentyfikować wartość parametru dla swojej jednostki, jednak nie będzie w stanie przypisać pozostałych wartości do konkretnych innych świadczeniodawców.
	Pacjenci, świadczeniodawcy	Upowszechnienie informacji o jakości świadczeń, analiza migracji pacjentów za świadczeniami zmniejszy asymetrię informacji pomiędzy świadczeniodawcami a świadczeniobiorcami. Decyzje pacjentów będą więc wpływać na stopień wykorzystania kontraktów, w konsekwencji definiując wskaźniki na następne okresy rozliczeniowe. Decyzje pacjentów, oparte na informacji z MPZ – BASiW będą więc faworyzowały rozwój efektywnych jednostek, uruchomiając tzw. spiralę śmierci względem jednostek nieefektywnych, świadczących usługi na najniższym poziomie. W efekcie zwiększona zostanie presja do poprawy funkcjonowania jednostek i jakości świadczonych usług.
	Komitet Sterujący	Powiązanie możliwości ubiegania się o środki unijne po uzyskaniu opinii wojewody. Opinia ta ma być stworzona na bazie map potrzeb zdrowotnych (analogicznie jak w komponencie ustawowym). Wydaje rekomendacje do fiszek projektów wybieranych w procedurze pozakonkursowej w obszarze zdrowia oraz wydaje rekomendacje dla kryteriów wyboru w konkursach, które mają na celu wybranie inwestycji zgodnych z mapami potrzeb zdrowotnych.

Jak wskazano, wdrożenie komponentu ustawowego jest zagwarantowane na poziomie ustawowym. Gwarantem sukcesu wdrożenia komponentu MPZ – BASiW jest wysoki stopień użyteczności wyników projektu dla interesariuszy systemu opieki zdrowotnej. Zwiększenie skuteczności wdrożenia MPZ – BASiW zostało również zagwarantowane dzięki publikacjom, warsztatom oraz konferencjom służącym przybliżeniu wypracowanych funkcjonalności odpowiednim interesariuszom systemu opieki zdrowotnej (zarówno aspekty techniczne, tj. wygenerowanie raportu, jak i interpretacja jego poszczególnych składowych). Spodziewany jest również efekt kontrolno-motywacyjny opinii publicznej zarówno na szczeblu lokalnym, jak i krajowym – dzięki prostemu dostępowi do niepublikowanych dotąd analiz oraz danych możliwa będzie szybka identyfikacja działań rozbieżnych z rzeczywistymi potrzebami społeczeństwa oraz wymuszenie działań zaradczo-naprawczych. Opisany proces tworzenia części merytorycznej, oparty na rzetelnej wiedzy instytucjonalnej, akademickiej oraz wiedzy uzyskanej na podstawie analizy komparatystycznej rozwiązań istniejących w różnych systemach ochrony zdrowia, jest gwarantem braku uznaniowości oraz celowych zniekształceń wniosków płynących z analiz – wypracowana metodologia zostanie upubliczniona, a przez to możliwa do weryfikacji.

Realizowany w ramach PO WER projekt, oparty z jednej strony na wiedzy akademickiej i systemowej, a z drugiej na wiedzy medycznej, ekonomicznej i statystycznej, dostarczy podstaw do wnioskowania o kształtowaniu się fundamentalnych zmiennych opisujących zachowanie się systemu. Wiedza taka jest niezbędna do podejmowania decyzji zgodnie z *evidenced based policy*. Wypracowane rozwiązania uzupełnione o model chorobowości ogólnej oraz modele dotyczące infrastruktury oraz planowania kadr medycznych, dostarczą narzędzi do dokonania obiektywnego opisu systemu, prognozowania oraz oceny zasadności realizowanych/planowanych przedsięwzięć. Również przewidziany w ustawie system współpracy pomiędzy Ministerstwem Zdrowia, NIZP-PZH oraz jednostkami samorządu terytorialnego jest gwarantem podtrzymania funkcjonowania wypracowanych rozwiązań (tj. obiektywnej oceny, możliwości dokonywania prognoz w oparciu o wiarygodną metodologię oraz ocenę zasadności realizowanych przedsięwzięć). Ustawowe zobligowanie NIZP-PZH do monitoringu i aktualizacji map, gwarantuje bieżący dostęp do możliwie najaktualniejszych informacji, prognoz i ich weryfikacji, co z kolei pozwala na stwierdzenie, że efekt końcowy realizowanego projektu będzie użyteczny dla wielu podmiotów tworzących system opieki zdrowotnej.

Przewiduje się wypracowanie platformy współpracy z wybranymi wojewodami oraz działającymi przy nich Wojewódzkimi Radami do spraw Potrzeb Zdrowotnych w celu stworzenia regionalnych planów działań zmierzających do osiągnięcia optymalnych wskaźników w ochronie zdrowia w Polsce, wskazanych w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych.

Mapy potrzeb zdrowotnych w ratownictwie medycznym

W odniesieniu do Sytemu PRM mapy potrzeb zdrowotnych istnieją w postaci Wojewódzkich Planów Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (dalej: Plany lub WPDSPRM). Należy zaznaczyć, że Plany powinny być spójne i skutecznie koordynowane na poziomie krajowym, czemu będzie służyć skonsolidowana krajowa mapa Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Zasady tworzenia Wojewódzkich Planów Działania Systemu PRM, zostały uregulowane w odrębnej ustawie dedykowanej ww. systemowi (*ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym*). Wynika to ze specyfiki systemu PRM, w tym m.in. charakteru udzielanych świadczeń zdrowotnych, odrębnych zasad w zakresie planowania, organizacji, kontraktowania, finansowania jednostek działających w ratownictwie medycznym. Przykładowo, w przypadku ratownictwa medycznego trendy epidemiologiczne nie wpływają na planowanie zasobów, w przeciwieństwie do pozostałych dziedzin. System PRM planowany jest w oparciu o konieczność zapewnienia równego dostępu do pomocy medycznej w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia dla wszystkich mieszkańców kraju, a finansowanie przez NFZ polega na płaceniu za gotowość, a nie za wykonanie procedur medycznych. W pozostałych dziedzinach planowanie struktury podmiotów leczniczych opiera się przede wszystkim o aktualną sytuację demograficzno-epidemiologiczną, która przekłada się na zapotrzebowanie na świadczenia finansowane w ramach limitów wyznaczanych w kontraktach z NFZ. W konsekwencji, zakres map dotyczących systemu RM (WPDSPRM) oraz zasady ich tworzenia są inne niż w przypadku map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w *ustawie z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.*

Istotnym i wartym podkreślenia jest jednak fakt, iż za planowanie zarówno systemu PRM, jak i pozostałych dziedzin medycyny odpowiadają wojewodowie, co zapewnia spójność działań i wzajemną korelację przedmiotowych map potrzeb zdrowotnych.

W odniesieniu do zmapowania systemu PRM zadanie jest już w pełni zrealizowane. Istnieją wszystkie plany dotyczące systemu, przyszłe działania będą dotyczyły wyłącznie ich aktualizacji.

Planowanie faktycznych potrzeb zdrowotnych w zakresie świadczeń wykonywanych w systemie PRM realizowane jest na poziomie wojewódzkim – przez wojewodów: zgodnie z art. 19 ust. 2 i art. 21 *ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym* oraz art. 95a – e *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* organem właściwym w zakresie planowania, organizowania, koordynowania i nadzoru nad systemem PRM na terenie województwa jest wojewoda. Minister Zdrowia, natomiast przygotowując najpierw program i kolejno przepisy prawne normujące organizację i funkcjonowanie systemu PRM wskazuje minimalne kryteria i wymogi organizacyjne dla wojewodów do jego tworzenia. Minister Zdrowia zgodnie z art. 19 ust. 1 *ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym* sprawuje także nadzór nad utworzonym systemem PRM na trenie kraju.

System PRM działa na podstawie wojewódzkich planów działania systemu PRM. Plany (oraz ich aktualizacje) sporządzane są przez poszczególnych wojewodów (ustawa reguluje również zasady uzgodnień dokumentu z innymi podmiotami, w tym m.in. JST, dyrektorem wojewódzkiego oddziału NFZ, Szefem Wojewódzkiego Sztabu Wojskowego, Komendantem Wojskowego Obwodu Profilaktyczno-Leczniczego, komendantem wojewódzkim Państwowej Straży Pożarnej, komendantem wojewódzkim Policji, komendantem oddziału Straży Granicznej). Plan uzgadniany jest z Oddziałem Wojewódzkim NFZ w zakresie liczby i rozmieszczenia SOR-ów, CU oraz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

Wojewoda przekazuje projekt aktualizacji Planu Ministrowi Zdrowia, w celu zatwierdzenia. Minister Zdrowia przed zatwierdzeniem projektu planu dokonuje jego analizy głównie pod względem:

- liczby i rozmieszczenia jednostek systemu istniejących i planowanych do utworzenia, z uwzględnieniem sytuacji na terenie całego kraju, w tym z uwzględnieniem województw sąsiadujących;
- organizacji systemu powiadamiania ratunkowego na potrzeby PRM;
- wskaźników liczby mieszkańców i obciążenia wykonywanymi świadczeniami w przeliczeniu na jednostkę systemu PRM.

Minister Zdrowia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania projektu aktualizacji Planu może zgłosić zastrzeżenia do poszczególnych postanowień projektu aktualizacji Planu lub uzupełnić projekt aktualizacji Planu o część dotyczącą lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. Minister Zdrowia może wydać wojewodzie zalecenia co do zmiany treści Planu, a Wojewoda zobowiązany jest uwzględnić zalecenia.

Zatwierdzony przez Ministra Zdrowia Plan jest podstawą do zawierania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych.

Szczegółowy zakres danych objętych Planem oraz poziom ich szczegółowości, a także ramowy wzór Planu określa *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2014 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego*. Zgodnie z przepisami ww. rozporządzenia plan zawiera:

1. Charakterystykę potencjalnych zagrożeń dla życia lub zdrowia ludzi, mogących wystąpić na obszarze województwa, uwzględniając specyfikę zagrożeń lokalnych, w tym w szczególności dane dotyczące;

    a. sieci komunikacyjnej, w tym dróg, którymi są przewożone towary niebezpieczne w rozumieniu ustawy *z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych* (Dz. U. Nr 227, poz. 1367, z późn. zm.),

    b. struktury demograficznej i urbanistyki, ze szczególnym uwzględnieniem zakładów o zwiększonym ryzyku i zakładów o dużym ryzyku w rozumieniu *ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. – Prawo ochrony środowiska* (Dz. U. z 2013 r. poz. 1232, z późn. zm.),

    c. analizy zagrożeń, które wystąpiły na obszarze województwa w latach poprzedzających rok opracowania planu lub jego aktualizacji, w tym analizy ryzyka wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu *ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej* (Dz. U. z 2014 r. poz. 333, z późn. zm.);

2. Informacje o jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, o których mowa w art. 32 ust. 1 *ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym,* zwanej dalej „ustawą", centrach urazowych oraz o szpitalach posiadających jednostki organizacyjne wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, z uwzględnieniem danych dotyczących:

    a. liczby, rodzaju i rozmieszczenia w poszczególnych rejonach operacyjnych zespołów ratownictwa medycznego, z określeniem obszaru działania dla każdego zespołu i z uwzględnieniem maksymalnego czasu dotarcia do granic obszaru działania,

    b. liczby, rodzaju i miejsc stacjonowania specjalistycznych środków transportu wykorzystywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego na potrzeby systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwanego dalej „systemem", wraz z ich zasięgiem działania, oraz o lądowiskach przyszpitalnych, w tym o odległościach lądowiska od szpitali,

    c. liczby i rozmieszczenia szpitalnych oddziałów ratunkowych w poszczególnych powiatach,

    d. liczby i rozmieszczenia centrów urazowych, wraz z informacją o zakresie świadczeń opieki zdrowotnej niezbędnych do realizacji zadań centrum urazowego, jeżeli znajduje się ono na obszarze danego województwa,

    e. liczby i rozmieszczenia jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego,

    f. liczby i rozmieszczenia szpitali, wraz z profilem oddziałów i liczbą łóżek oraz liczbą łóżek możliwą do zwiększenia,

    g. liczby, rodzaju oraz rozmieszczenia w poszczególnych powiatach jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ustawy, z określeniem:

        – liczby ratowników posiadających ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika,

– maksymalnego czasu osiągnięcia pełnej gotowości do współpracy z jednostkami systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy, rozumianego jako czas liczony od momentu przyjęcia zgłoszenia przez osobę uprawnioną do dysponowania jednostki współpracującej z systemem do momentu wyjazdu tej jednostki z miejsca stacjonowania,

– wyposażenia niezbędnego do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz środków łączności i środków transportu;

3. Informacje o planowanych na kolejne lata, nowych, przenoszonych lub likwidowanych jednostkach systemu lub centrach urazowych na obszarze województwa, w szczególności o:

   a. liczbie, rozmieszczeniu i rodzaju zespołów ratownictwa medycznego,

   b. liczbie i rozmieszczeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych,

   c. liczbie i rozmieszczeniu centrów urazowych;

4. Opis struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz informacje o lokalizacji centrów powiadamiania ratunkowego i stanowisk dyspozytorów medycznych na obszarze województwa, w szczególności dane dotyczące;

   a. nazwy miejscowości, w której zlokalizowane jest centrum powiadamiania ratunkowego,

   b. adresu, pod którym są zlokalizowane stanowiska dyspozytorów medycznych,

   c. terenu działania stanowisk dyspozytorów medycznych danej lokalizacji,

   d. liczby stanowisk dyspozytorów medycznych oraz liczby dyspozytorów medycznych,

   e. organizacji i procedur koordynacji działań jednostek systemu, ze wskazaniem kompetencji i trybu podejmowanych działań, w szczególności w zdarzeniach, których skutkiem jest znaczna liczba osób poszkodowanych,

   f. liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń przyjmowanych na stanowiskach dyspozytorów medycznych,

   g. struktury i organizacji systemów teleinformatycznych oraz rodzajów łączności radiowej wykorzystywanych na stanowiskach dyspozytorów medycznych, ze wskazaniem rodzajów wykorzystywanych urządzeń oraz oprogramowania;

5. Sposób współpracy wojewody i dysponentów jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy, z organami administracji publicznej i jednostkami systemu z innych województw, w szczególności informacje o:

   a. procedurach współpracy,

   b. kompetencjach i trybie podejmowanych działań,

   c. obiegu i wymianie informacji,

   d. liczbie i rozmieszczeniu jednostek systemu wzdłuż wojewódzkich granic administracyjnych, ze wskazaniem danych kontaktowych stanowisk dyspozytorów medycznych i stanowisk lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego;

6. Sposób współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15 ustawy, na obszarze województwa, w szczególności informacje o:

   a. procedurach współpracy,

   b. organizacji wspólnych ćwiczeń i analizie działań ratowniczych oraz procedurach powiadamiania, dysponowania i koordynowania działań ratowniczych w przypadku zdarzeń pojedynczych i zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób,

c. kompetencjach i trybie podejmowanych działań,

d. obiegu i wymianie informacji.

7. Mapy stanowiące część planu wykonane w skali co najwyżej 1:250 000, a poziom ich szczegółowości uwzględnia:

a. granice województwa, powiatów, miast na prawach powiatów, miast i gmin;

b. przebieg dróg krajowych, wojewódzkich i powiatowych;

c. przebieg głównych linii kolejowych;

d. rzeki, jeziora i inne zbiorniki wodne;

e. położenie miejscowości oraz ich nazwy;

f. lokalizację lądowisk dla śmigłowców;

g. lokalizację funkcjonujących i planowanych jednostek systemu;

h. lokalizację szpitali, w których funkcjonują centra urazowe.

Planowanie rozmieszczenia jednostek systemu PRM, w tym SOR, opiera się na kilku czynnikach wpływających na możliwość sprawnego funkcjonowania systemu. Kierowanie się wyłącznie przelicznikiem liczby ludności przypadającej na SOR byłoby zbyt dużym uproszczeniem, powodującym występowanie licznych nieprawidłowości w realizowaniu podstawowych celów, i powodowałoby stawianie w gorszej sytuacji województwa mniej zaludnione, np. lubelskie, gdzie odległości pomiędzy SOR-ami uniemożliwiałyby dotarcie zespołu ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do SOR w czasie porównywalnym do innych obszarów Polski, tworząc tym samym nierówności w dostępnie do ratownictwa medycznego.

Planując system Państwowego Ratownictwa Medycznego, należy zapewnić równomierny dostęp do pomocy medycznej wszystkim potencjalnym poszkodowanym uwzględniając m.in. zróżnicowanie terytorialne kraju.

W ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne pacjenci poszkodowani mają zagwarantowany równy dostęp do możliwie szybkiego uzyskania pomocy medycznej, bez względu na to, na jakim obszarze kraju się znajdują. Pacjenci poszkodowani są przewożeni do najbliższego SOR/CU przez naziemne lub lotnicze zespoły ratownictwa medycznego w zależności od aktualnego stanu zdrowia oraz stopnia obrażeń ciała pacjenta.

Zgodnie *z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym* Wojewódzki Plan Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego zawiera m.in. odpowiednią do potrzeb liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych i ich rozmieszczenie, kierując się kryterium zapewnienia odpowiedniego czasu dotarcia z miejsca zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego oraz liczbą zdarzeń.

1. Czas dotarcia z miejsca zdarzenia do SOR zależy przede wszystkim od rodzaju środka transportu (naziemny czy powietrzny):

- w przypadku lotniczych zespołów ratownictwa medycznego na czas dotarcia wpływają m.in.:
  - odległość do najbliższego SOR posiadającego lądowisko/lotnisko;
  - stan pacjenta – w przypadku pacjentów z dużymi obrażeniami istnieje konieczność transportu do CU lub szpitala udzielającego świadczeń stacjonarnych w odpowiednich zakresach, np. replantacji kończyn, chirurgii szczękowo-twarzowej, itd;
  - warunków atmosferycznych.

- w przypadku naziemnych zespołów ratownictwa medycznego na czas dotarcia wpływają m.in.:
  - odległość do najbliższego SOR;
  - stan dróg;
  - rozmieszczenie dróg;
  - system sygnalizacji świetlnej;
  - natężenie ruchu drogowego;

- warunki atmosferyczne;
- topografia terenu;
- utrudnienia wynikające ze specyficznego usytuowania terenu na którym doszło do zdarzenia nagłego (np. możliwość występowania mostów zwodzonych, przejazdów kolejowych, terenów bagnistych, duże rozlewiska wodne i jeziora).

2. Liczba zdarzeń natomiast uzależniona jest m.in. od:
   - urbanistyki – w tym występowaniem zakładów o zwiększonym ryzyku i zakładów o dużym ryzyku;
   - wielkości terenów rolniczych;
   - gęstości rozmieszczenia dróg i rodzaju dróg (obecność tras szybkiego ruchu zwiększa ryzyko występowania wypadków drogowych);
   - natężenia ruchu;
   - gęstości zaludnienia, w tym występowania wzmożonego ruchu turystów, studentów, itp.;
   - topografii terenu (tereny górzyste, występowanie akwenów wodnych, rzek);
   - warunków atmosferycznych;
   - specyfiki występowania chorób ludności związanej z danym terenem (np. Śląsk).

3. Dodatkowo z punktu widzenia zabezpieczenia systemu ratownictwa medycznego ważne są takie czynniki jak wielkość województwa, obecność granic państwa, usytuowanie jednostek systemu na styku granic województw.

Tabela 60 zawiera różnice w zakresie struktury województw śląskiego i wielkopolskiego wpływające na sposób rozmieszczenia i liczbę SOR w ww. regionach.

Tabela 60. Porównanie województwa wielkopolskiego i dolnośląskiego na podstawie WPDSPRM

Czynniki	WPD PRM dla woj. Śląskiego	WPDPRM dla woj. Wielkopolskiego
Struktura demograficzna Rozmieszczenie ludności	Liczba ludności – 4 642 942 osób, z czego 78,2% stanowią mieszkańcy miast. Gęstość zaludnienia – 376 os/km^2 (o ok. 255 osób więcej niż przeciętnie w kraju). Pod względem gęstości zaludnienia województwo śląskie zajmuje w dalszym ciągu 1 miejsce na tle innych województw.	Liczba ludności 3 467 016 osób, z czego 56% stanowią mieszkańcy miast. Gęstość zaludnienia – 116 os/km^2 (nieco mniejsza od średniej krajowej). Najwyższy wskaźnik zaludnienia notuje się w centralnej części województwa, najniższy na północy i północnym zachodzie. Największą jednostką osadniczą jest aglomeracja poznańska.
Obszar geograficzny	Wielkość województwa – 12 333,09 km^2 Pod względem geograficznym województwo śląskie należy do Wyżyny Śląskiej, Jury Krakowsko-Częstochowskiej, Kotliny Oświęcimskiej oraz Beskidów. Ponadto w tych obszarach geograficznych można wyróżnić mniejsze, takie jak np. Garb Tarnogórski, Płaskowyż Rybnicki czy Kotlinę Raciborską.	Wielkość województwa – 29 826 km^2 (pod względem powierzchni jest drugim województwem w Polsce) Województwo wielkopolskie położone jest na obszarze pojezierzy południowo-bałtyckich i nizin środkowopolskich. Pod względem ukształtowania terenu dominują płaskie lub faliste wysoczyzny i równiny.

Czynniki	WPD PRM dla woj. Śląskiego	WPDPRM dla woj. Wielkopolskiego
Uwarunkowania urbanistyczne/przemysłowe	Województwo śląskie jest najbardziej zurbanizowanym województwem w Polsce. Specyficzny charakter województwa śląskiego, który stanowi silnie zurbanizowany teren, spowodował, że na jego terenie bardzo często występuje rozwinięta zabudowa przemysłowa oraz zwarta zabudowa mieszkalna, którą cechuje wielkoblokowe budownictwo wielorodzinne.	Główne złoża węgla brunatnego znajdujące się w rejonie Konina, Turku i Koła stanowiąc bazę i zaplecze surowcowe dla przemysłu energetycznego (Zespół Elektrowni Pątnów – Adamów – Konin). Przedsiębiorstwo to produkuje ponad 10% krajowej energii elektrycznej. W okolicach Kościana działa obecnie największa i najnowocześniejsza w Polsce kopalnia gazu ziemnego. Zaopatruje ona w surowiec powiat kościański oraz zielonogórskie elektrociepłownie.
Uwarunkowania środowiskowe	Na terenie województwa należy liczyć się z wystąpieniem katastrof budowlanych w obiektach przemysłowych, komunikacyjnych i budynkach mieszkalnych. W województwie śląskim funkcjonuje ok. 1 000 zakładów pracy, które produkują bądź wykorzystują w swojej działalności toksyczne środki przemysłowe.	Na terenie województwa istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych awarii przemysłowych w zakładach zwiększonego ryzyka (ZZR) i dużego ryzyka (ZDR). Na terenie województwa wielkopolskiego (według stanu na dzień 31 grudnia 2013 r.) znajduje się 14 ZDR oraz 25 ZZR. Z danych przesłanych przez Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska (WIOŚ) wynika, że główną substancją składowaną w tych zakładach jest propan. W mniejszych ilościach magazynowane są różnego rodzaju kwasy i środki chemiczne wykorzystywane do konserwacji urządzeń i w procesie produkcyjnym. W przypadku transportu drogowego zagrożenie dla zdrowia i życia mieszkańców województwa wielkopolskiego stwarza również przewóz towarów niebezpiecznych zgodnie z umową ADR (umowa europejska). Najwięcej transportów towarów niebezpiecznych odbywa się na autostradzie A2 oraz drogach krajowych i wojewódzkich.
Sieć komunikacyjna	Teren województwa śląskiego pokryty jest gęstą siecią dróg: krajowych, wojewódzkich, powiatowych, gminnych i lokalnych oraz dysponuje najlepiej rozwiniętą siecią komunikacji miejskiej w kraju. Z wyznaczonych 10 korytarzy transeuropejskiej sieci transportowej – 4 przechodzące przez obszar Polski, 2 z nich przebiegają przez województwo śląskie: korytarz III – Berlin – Wrocław – Katowice – Kraków – Lwów; korytarz VI – Gdańsk – Katowice – Żylina. Przez teren województwa prowadzi 10 głównych tras drogowych.	Przez teren województwa wielkopolskiego przebiega około 1 500 km dróg krajowych oraz około 200 km autostrady, a także kilkanaście tysięcy kilometrów dróg wojewódzkich, powiatowych i gminnych. Sieć linii kolejowych w Polsce obejmuje łącznie około 19 000 km, z czego w obszarze obsługiwanym przez Polskie Koleje Państwowe Polskie Linie Kolejowe (PKP PLK) Zakład Linii Kolejowych w Poznaniu, znajduje się ok. 857 km torów.

Czynniki	WPD PRM dla woj. Śląskiego	WPDPRM dla woj. Wielkopolskiego
Sieć komunikacyjna	Przez obszar województwa śląskiego przebiegają również historycznie ukształtowane ważne szlaki kolejowe o kierunku północ – południe i wschód – zachód, z czego trzy linie kolejowe magistralne zaliczane są do międzynarodowej sieci „E". W województwie realizuje się około 50% krajowych przewozów kolejowych. Istotne znaczenie ma znajdujący się w Tarnowskich Górach węzeł kolejowy, który należy do największych w Europie. Przez teren województwa przebiega 12 głównych tras kolejowych.	

KOORDYNACJA SYTEMU PRM

Nadzór nad systemem PRM na terenie kraju sprawuje minister właściwy ds. zdrowia. Planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa jest zadaniem wojewody.

1. Minister Zdrowia w ramach nadzoru:

   - zatwierdza WPDSPRM;
   - może żądać od wojewody wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie województwa;
   - może przeprowadzać kontrole dysponentów jednostek na zasadach określonych w przepisach o działalności leczniczej

– co zapewnia koordynacje i spójność systemu na poziomie całego kraju oraz zapobiega dublowaniu się jednostek.

2. W ramach nadzoru wojewoda jest uprawniony do przeprowadzenia kontroli:

   - jednostek współpracujących z systemem pod względem spełniania przez nie wymagań w zakresie zapewnienia gotowości operacyjnej, dysponowania ratownikami oraz środkami łączności niezbędnymi dla zapewnienia gotowości;
   - dysponentów jednostek działających na obszarze województwa w trybie i na zasadach określonych w przepisach o działalności leczniczej;
   - podmiotów prowadzących kursy udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy.

3. System działa na obszarze województw na podstawie WPDSPRM sporządzanego przez wojewodę. Plan w razie potrzeb podlega aktualizacji. Z uwagi na konieczność elastycznego planowania systemu PRM w celu dostosowania niezbędnych zasobów do aktualnie występujących potrzeb, aktualizacja WPDSPRM może następować w dowolnym momencie kiedy wystąpi taka potrzeba. Mechanizm ten zapewnia rozlokowanie jednostek systemu oraz jednostek współpracujących z systemem adekwatnie do potrzeb.

4. Ponadto Minister Zdrowia powołuje konsultantów krajowych[235] w dziedzinie ratownictwa medycznego, a wojewodowie, w porozumieniu z Ministrem Zdrowia, powołują wojewódzkich konsultantów w dziedzinie ratownictwa medycznego.

[235] Na podstawie *ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia*

Do zadań konsultantów krajowych oraz konsultantów wojewódzkich należy m.in.:

- przeprowadzanie kontroli podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych dotyczącej realizacji kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w zakresie wynikającym z programów kształcenia;

- kontrola dostępności świadczeń zdrowotnych;

- kontrola wyposażenia podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w aparaturę i sprzęt medyczny, aparaturę analityczną oraz aparaturę do przygotowywania i badania produktów leczniczych i kontrola ich efektywnego wykorzystania w realizacji zadań dydaktycznych;

- informowanie organów administracji rządowej, podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Rzecznika Praw Pacjenta o uchybieniach stwierdzonych w wyniku kontroli;

- sporządzanie opinii dotyczącej oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych w dziedzinie medycyny, farmacji oraz w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia reprezentowanej przez właściwego konsultanta;

- sporządzanie rocznego raportu dokumentującego wykonywanie zadań w zakresie obejmującym reprezentowaną przez właściwego konsultanta dziedzinę medycyny, farmacji lub inną dziedzinę mającą zastosowanie w ochronie zdrowia.

Dodatkowo do zadań konsultanta krajowego należy m.in.:

- inicjowanie prowadzenia badań epidemiologicznych na obszarze kraju oraz ocena metod i wyników tych badań;

- prognozowanie potrzeb zdrowotnych w reprezentowanej przez konsultanta krajowego dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia;

Roczny raport konsultanci krajowi składają w terminie do dnia 31 marca za rok poprzedni do Ministra Zdrowia.

5. Dane niezbędne do celów planowania, organizowania oraz koordynowania systemu PRM zwarte są w ewidencjach oraz rejestrach. Zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym wojewoda prowadzi:

    - rejestr jednostek współpracujących z systemem PRM (w świetle projektu nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia rejestr od 1 sierpnia 2017 roku prowadzony będzie wyłącznie w postaci elektronicznej),

    - ewidencja jednostek systemu PRM tj. szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz zespołów ratownictwa medycznego (w świetle projektu nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia ewidencja od 1 sierpnia 2017 roku prowadzona będzie wyłącznie w postaci elektronicznej).

Wspomniany wyżej projekt nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia przewiduje także utworzenie ewidencji centrów urazowych i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Jego uruchomienie przewidziano na 1 sierpnia 2017 roku.

Projekt nowelizacji ustawy o SIOZ przewiduje także utworzenie rejestru ratowników medycznych oraz rejestru dyspozytorów medycznych. Rejestry będą stanowiły efektywne narzędzie ułatwiające m.in. ocenę zapotrzebowania na kadrę medyczną w systemie PRM i powstaną do końca 2016 roku.

Ponadto tworzony jest System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, w ramach którego funkcjonować będzie baza danych zdarzeń medycznych i czynności ratunkowych. Głównym zadaniem SWD PRM jest zapewnienie sprawnej obsługi zdarzeń przekazywanych przez Centra Powiadamiania Ratunkowego (CPR), wsparcie procesu dysponowania siłami oraz środkami wykorzystywanymi w celu obsługi zdarzeń medycznych. System umożliwi przyjmowanie zgłoszeń alarmowych na stanowiskach dyspozytorów medycznych, dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, wizualizację miejsca zgłoszenia alarmowego oraz miejsca wystąpienia zdarzenia alarmowego oraz pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego. Głównym użytkownikiem systemu będą

dyspozytorzy medyczni oraz zespoły ratownictwa medycznego. Danymi o zdarzeniach medycznych i czynnościach ratunkowych dysponować będą także lekarze koordynatorzy ratownictwa medycznego. Zaimplementowane funkcjonalności systemu umożliwi monitorowanie działalności zespołów ratownictwa medycznego na terenie całego kraju, jak również monitorowanie dostępności sił i środków systemu PRM, stanu realizowanych zdarzeń, koordynację oraz wymianę informacji. Dyspozytorzy medyczni wykonują swoje zadania w dyspozytorniach medycznych, znajdujących się w strukturach dysponentów zespołów ratownictwa medycznego. Liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych ustala się przyjmując, że jedno stanowisko powinno przypadać na 200 tys. ludności, przy czym w jednej lokalizacji nie mogą się znajdować mniej niż 2 stanowiska. Sposób organizacji systemu powiadamiania ratunkowego uwzględniany jest w Wojewódzkich Planach Działania Systemu PRM.

Pomiędzy województwami graniczącymi zawierane są także porozumienia przewidujące wzajemną pomoc oraz udział sił i środków systemu PRM w zdarzeniach poza granicami macierzystego województwa. Istotą porozumień jest przyjęte założenie, że pomoc medyczna udzielana będzie bez względu na przebieg granic województw. Koordynacja wspólnych działań ZRM z różnych województw zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2009 r. w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego* (Dz. U. Nr 39, poz. 322) należy do kompetencji lekarza koordynatora ratownictwa medycznego. Porozumienia zawierają m.in. wykaz jednostek systemu PRM (SOR i zespołów ratownictwa medycznego) w danych województwach, co zapewnia również koordynację tworzenia jednostek w województwach sąsiadujących ze sobą.

W celu wzmocnienia skutecznej koordynacji i spójności 16-stu regionalnych WPDSPRM, przygotowana zostanie mapa krajowa obejmująca istniejące i planowane jednostki systemu PRM, tj. SOR oraz centra urazowe, lądowiska i bazy LPR.

6.3.2.6. Wzmocnienie Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego

Efektywność systemu ochrony zdrowia to m.in. szybkie i skuteczne udzielanie pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Skuteczne zaopatrzenie poszkodowanych oraz szybka diagnostyka warunkuje możliwość uratowania życia oraz szybszego powrotu do zdrowia. Ma to bardzo istotne znaczenie w kontekście przebiegu dalszego leczenia pacjentów (m.in. ilość wykonywanych procedur, długość pobytu w szpitalu, długość rehabilitacji) oraz ich aktywności zawodowej, a w konsekwencji wpływa na koszty leczenia oraz wysokość wypłacanych świadczeń z ubezpieczeń społecznych związanych z niezdolnością do pracy (renty, świadczenia rehabilitacyjne, zwolnienia od pracy). Stworzenie zatem kompleksowego, skutecznego i efektywnego systemu ratownictwa medycznego warunkuje nie tylko dłuższe życie w zdrowiu ludności, ale także generuje oszczędności w systemie publicznych świadczeń zdrowotnych oraz ubezpieczeń społecznych.

Kompleksowy, zrównoważony system ratownictwa medycznego to spójne działanie poszczególnych jednostek systemu wyposażonych w nowoczesny i kompatybilny sprzęt. System zapewnia każdemu człowiekowi (bez względu na zamożność, płeć, wiek czy narodowość) w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia możliwość:

a) natychmiastowego wezwania pomocy (centra powiadamiania ratunkowego),

b) niezwłocznego przybycia na miejsce zdarzenia właściwych jednostek systemu (zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego),

c) podjęcia na miejscu zdarzenia właściwych działań ratowniczych według określonych kompetencji, standardów postępowania oraz zapewnienie stosownego do potrzeb transportu sanitarnego (naziemnego lub powietrznego),

d) niezwłocznego przyjęcia do najbliższego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Centrum Urazowego lub oddziału szpitalnego stosownego do rodzaju nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, gdzie zostanie wykonana kompleksowa diagnostyka oraz udzielona fachowa pomoc medyczna.

Poszczególne elementy systemu muszą ze sobą ściśle współpracować, aby osoba znajdująca się w stanie nagłego zagrożenia życia miała szansę na szybkie i skuteczne udzielenie pomocy. Bardzo ważne jest zapewnienie niezbędnej infrastruktury w odniesieniu do każdego z ww. elementów, gdyż braki w chociaż jednym z nich powodują, że system nie może działać lub działa w sposób dysfunkcjonalny. System ratownictwa medycznego stanowi swego rodzaju sieć, w przypadku której brak któregokolwiek z elementów powoduje brak możliwości jej w pełni skutecznego działania.

Pomimo wsparcia projektów systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego ze środków PO IiŚ 2007-2013 istnieje konieczność efektywnego dopełnienia istniejących już zasobów w taki sposób, aby domknąć „nieszczelności" systemu i stworzyć w pełni kompleksowy i zrównoważony system. Wobec tego planowane ze środków PO IiŚ 2014-2020 inwestycje będą miały na celu zoptymalizowanie działania systemu, zgodnie z modelem docelowym wypracowanym w toku ww. reform

systemu PRM w Polsce i zapewnienia porównywalnych parametrów (zasoby, parametry jakości i szybkości leczenia) do najlepiej rozwiniętych Państw Członkowskich UE.

Aby spełnić ten cel jednostki systemu państwowego ratownictwa medycznego wspierane ze środków PO IiŚ 2014-2020 będą rozmieszczone w sposób równomierny na terenie całego kraju, tak aby każda osoba przebywająca na terytorium Polski, niezależnie od miejsca zdarzenia (wypadku) miała możliwość uzyskania świadczeń w możliwie najszybszym czasie. Miejsce zdarzenia nie powinno mieć wpływu na czas oczekiwania na podjęcie czynności ratowniczych. Wszyscy powinni mieć równy dostęp do świadczeń niezależnie od tego, w jakim regionie Polski przebywają, czy to jest miasto czy wieś, wschodnia czy zachodnia część kraju. Konieczne będzie zatem zrównoważenie dyslokacji elementów systemu PRM oraz uzupełnianie brakujących ogniw w tym zakresie, w sposób adekwatny do zagrożeń charakteryzujących różne obszary kraju oraz zapewniający w porównywalnym stopniu niezbędną ochronę całej ludności, niezależnie od miejsca zamieszkania.

Rozmieszczenie jednostek systemu dokonane jest w oparciu o kryterium „zapewnienia odpowiedniego czasu dotarcia z miejsca zdarzenia do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego" oraz kryterium „liczby zdarzeń". Ich ilość i rozmieszczenie uwzględnia także: liczbę mieszkańców i gęstość zaludnienia, warunki geograficzno-topograficzne, a także rodzaje lokalnych zagrożeń (tereny przemysłowe, turystyczne). Standardem dla rozmieszczenia Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych jest ponadto zasada „złotej godziny", tj. czasu od wystąpienia pierwszych objawów choroby lub urazu zagrażającego zdrowiu lub życiu pacjenta do momentu wdrożenia kompleksowego leczenia właściwego ze względu na ciężkość i rodzaj schorzenia lub urazu.

Uwzględniając powyższe kryteria, przyjęto zatem zasadę, że jeden Szpitalny Oddział Ratunkowy powinien przypadać na około 150 - 300 tys. ludności (ze względu na różną gęstość zaludnienia).[236] W przypadku natomiast Centrów Urazowych powinno ono zabezpieczyć populację nie mniejszą niż 1 mln mieszkańców, zamieszkującą obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia do centrum urazowego w ciągu 1,5 godziny.[237] Wynika to nie tylko z wysokich kosztów, ale też z konieczności odpowiednio dużego napływu pacjentów, celem zapewnienia wykorzystania posiadanych środków dla jak największej liczby poszkodowanych oraz nabywania i zachowania niezbędnego doświadczenia i sprawności zawodowej zatrudnionych tam osób.[238]

Jednym z kryteriów umożliwiających spełnienie powyższych założeń związanych z czasem dotarcia z poszkodowanym z miejsca zdarzenia do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Centrum Urazowego jest warunek posiadania przez te podmioty całodobowego lądowiska/lotniska, co umożliwi w nagłych najtrudniejszych przypadkach maksymalnie skrócić czas dotarcia pacjenta do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych adekwatnych do jego stanu zdrowia. Centrum Urazowe powinno dysponować całodobowym lądowiskiem lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie pacjenta urazowego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Natomiast SOR powinien posiadać całodobowe lotnisko lub lądowisko[239], zlokalizowane w takiej odległości, aby było możliwe przyjęcie osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego. W przypadku braku możliwości technicznych spełnienia tego kryterium dopuszcza się większą odległość oddziału od lotniska lub lądowiska pod warunkiem, że oddział zabezpieczy specjalistyczny środek transportu sanitarnego, a czas trwania transportu osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego specjalistycznym środkiem transportu sanitarnego do oddziału nie przekroczy 5 minut, licząc od momentu przekazania pacjenta przez lotniczy zespół ratownictwa medycznego do specjalistycznego środka transportu sanitarnego.

[236] Takie założenia przyjmuje również Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej. *Program Ratownictwa i Ochrony Ludności na lata 2014 – 2020*, przyjęty w dniu 29 kwietnia 2014 r. przez RM, s. 9. Uzasadnienie do projektu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, http://orka.sejm.gov.pl/Rejestrd.nsf/wgdruku/2806/$file/2806.pdf, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej w sprawie „Ustawy o Ratownictwie Medycznym", Wrocław, wersja z 1 marca 2006 r.

[237] Zgodnie z założeniami przygotowanymi przez zespół ds. ośrodków urazowych powołany na polecenie Ministerstwa Zdrowia w oparciu o dane dotyczące epidemiologii wypadków drogowych w Polsce (liczba zdarzeń, czas dotarcia, śmiertelność w urazach), a także doświadczenia innych krajów w zakresie tworzenia sieci ośrodków urazowych (m. in. Niemiec, Wielkiej Brytanii, USA, Kanady). L. Brongel, *Założenia programu utworzenia ośrodków urazowych w Polsce*, Kraków 2006. Uzasadnienie do Ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/2122.

[238] L. Brongel, *Założenia programu utworzenia ośrodków urazowych w Polsce*, Kraków 2006. Uzasadnienie do Ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wydruku/2122.

[239] Lądowisko powinno spełniać wymagania określone w *ustawie z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze* (Dz. U. z 2013 r. poz. 1393, z późn. zm.) oraz w załączniku do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego* (Dz.U. z 2015 r. poz. 178) opisującym szczegółowe wytyczne m.in. w zakresie usytuowania, oznaczenia, oświetlenia lądowiska.

SOR-y w większości przypadków zlokalizowane są w podmiotach leczniczych zapewniających całodobowy dostęp w lokalizacji do świadczeń w oddziałach specjalistycznych istotnych w przypadku postępowania z pacjentem, który znajduje się w stanie zagrożenia zdrowia lub życia (np. neurochirurgia, chirurgia klatki piersiowej, okulistyka). Zatem wartością dodaną powstania nowych SOR będzie zwiększenie zdolności organizacyjnej podmiotów leczniczych do możliwości udzielania świadczeń ratunkowych, co przekłada się na dostępność i skuteczność udzielanych świadczeń ratujących życie. W długofalowej analizie można przełożyć te kwestie na wzrost efektywności kosztowej gospodarki.

W dużym uproszczeniu – więcej uratowanych osób, zmniejszenie osób niezdolnych do pracy, to zmniejszenie kosztów leczenia i rehabilitacji, jak również liczby zwolnień lekarskich więcej – pracujących – zwiększenie PKB.

Biorąc pod uwagę założenia dotyczące funkcjonowania systemu PRM opisane w pkt. 6.3.2.5, Ministerstwo Zdrowia zidentyfikowało, że do efektywnego funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce potrzebne jest utworzenie dodatkowo **ok. 30 Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych** (planowane wsparcie ze środków PO IiŚ 2014-2020), a także **6 centrów urazowych** (planowane wsparcie ze środków PO IiŚ 2014-2020).Warto podkreślić, iż znacząca część ww. jednostek de facto pełni ww. role, jednak znaczące braki infrastrukturalne uniemożliwiają formalne usankcjonowanie ich statusu oraz wpływają negatywnie na szybkość i jakość udzielanej tam pomocy. Planowane jest również wsparcie już istniejących SOR i CU, ukierunkowane na zapewnienie zrównoważonych zasobów ww. jednostek na terenie całego kraju. Jednocześnie, istotne jest zminimalizowanie czasu dotarcia na miejsce zdarzenia przez lotnicze zespoły ratownicze, co jest możliwe m.in. dzięki skróceniu czasu operacyjnego niezbędnego do uruchomienia śmigłowca i wyruszenia do akcji ratowniczej oraz zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów i załóg ratowniczych. W tym celu ze środków PO IiŚ 2014-2020 planowane jest również utworzenie **ok. 60 lądowisk całodobowych**[240] a także niezbędne jest wsparcie **inwestycji w infrastrukturę 6 baz LPR** (remont, budowa, doposażenie w sprzęt) oraz uzupełnienie wyposażenia śmigłowców ratunkowych w **sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych w tym w nocy.** Ma to bardzo istotne znaczenie w przypadku wystąpienia zdarzenia nagłego w terenie nieoświetlonym. W takim przypadku brak specjalistycznego sprzętu naprowadzającego w śmigłowcach uniemożliwia wylądowanie na miejscu zdarzenia.

Realizacja powyższych inwestycji (SOR, CU, lądowiska, LPR) pozwoli na zwiększenie efektywności systemu ratownictwa medycznego przede wszystkim poprzez wypełnienie luk w dostępie do infrastruktury ratownictwa medycznego, zmniejszając tym samym wskaźnik liczby ludności przypadających statystycznie na 1 SOR do 152 tys. (obecnie 180 tys.) oraz zapewni zabezpieczenie przez centrum urazowe pomocy dla populacji minimum jednego miliona osób zamieszkujących obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia w czasie do 1,5 godziny. Zwiększy się nasycenie zaawansowanej aparatury medycznej pozwalającej na szybkie i całodobowe diagnozowanie urazów.

Nie bez znaczenia jest także fakt, że inwestycje w poprawę funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego mają także wymiar transgraniczny. Dzięki nim dostęp do świadczeń z tego zakresu będzie w Polsce na takim samym poziomie jak w pozostałych państwach członkowskich UE. Niwelowanie różnic w poziomie ratownictwa medycznego jest o tyle istotne, że w sytuacji nagłego zagrożenia życia i zdrowia decydujące znaczenie ma czas dotarcia do najbliższej jednostki udzielającej świadczeń ratunkowych (tzw. „złota godzina"), w rejonach przygranicznych może to oznaczać przewożenie pacjentów poza terytorium państwa, na którym doszło do zdarzenia. Należy zatem unikać sytuacji, w których pacjenci byliby transportowani do bardziej oddalonych miejsc, ponieważ najbliżej zlokalizowane podmioty udzielające świadczeń ratunkowych są w innym państwie członkowskim UE, w którym stan infrastruktury ratunkowej jest wyraźnie gorszy.

6.3.2.7. Poprawa systemu informacji w ochronie zdrowia

W ramach wdrażanych reform w latach 2007-2013 podjęto szereg działań, mających na celu rozwój systemu informacji w ochronie zdrowia w Polsce. Jedną z głównych przesłanek była potrzeba przystosowania funkcjonującego systemu do wymogów stawianych krajom UE, w ramach budowy europejskiego społeczeństwa informacyjnego. Ważnym czynnikiem był także stan rozwiązań informacyjnych, tj. ich różnorodność oraz niezależność. Systemy te nie były w stanie dostarczyć odpowiedniego poziomu wsparcia przy obsłudze pacjentów, ani zapewnić integralności i kompletności informacji, a stosowane w nich technologie utrudniały, a często uniemożliwiały wymiany informacji i danych. Kluczowe projekty dotyczyły budowy Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1) oraz Platformy udostępniania on-line usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych (P2). Obszar ten został również uregulowany prawnie poprzez stosowną ustawę i akty wykonawcze. Resort zdrowia dąży do

[240] Dotychczas ze środków unijnych utworzonych zostało 68 całodobowych lądowisk przy szpitalnych oddziałach ratunkowych.

wdrażania elektronicznej dokumentacji medycznej na wszystkich poziomach (*rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej*).

Realizacja tych działań umożliwi organom administracji publicznej, przedsiębiorcom (m.in. podmiotom leczniczym, aptekom, praktykom lekarskim) i obywatelom gromadzenie, analizę i udostępnienie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych. Przyczyni się także do poprawy jakości funkcjonowania administracji publicznej, odpowiedzialnej za sektor ochrony zdrowia, podnosząc zdolności instytucji publicznych poprzez informatyzację służb publicznych i otoczenia biznesowego, za pośrednictwem stworzonych usług e-Zdrowia. Poprzez budowę Platformy P2 powstało uniwersalne narzędzie informatyczne, służące do utrzymywania rejestrów oraz świadczenia usług elektronicznych dla świata zewnętrznego, zapewniające optymalny poziom bezpieczeństwa.

Kontynuacją reformy systemu informacji w ochronie zdrowia są finalizowane obecnie prace nad opisanym w rozdziale 6.3.1 projektem ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Znowelizowane przepisy pozwolą na pełne wdrożenie rozwiązań w zakresie elektronizacji systemu informacji w ochronie zdrowia obejmujące w szczególności elektroniczną receptę, elektroniczne skierowanie, elektroniczne zlecenie. Projekt nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia przewiduje także 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.

W ramach nowej perspektywy 2014-2020 powyższe reformy będą wspierane w ramach narzędzi takich jak:

- Narzędzie 26: *Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej.*
- Narzędzie 27: *Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny.*
- Narzędzie 28: *Upowszechnienie wykorzystania systemów rejestrowych i systemów klasyfikacji medycznych.*
- Narzędzie 29: *Udostępnianie informatycznych narzędzi wsparcia efektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia.*
- Narzędzie 30: *Poprawa kompetencji cyfrowych świadczeniodawców i świadczeniobiorców.*

Zaplanowane jest dalsze rozwijanie systemu informacji ochrony zdrowia w Polsce, m.in. poprzez rozwój funkcjonalności platform P1 i P2 oraz dostosowanie infrastruktury świadczeniodawców do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, poprzez zakup sprzętu komputerowego i systemów informatycznych. Zgodnie z przyjętymi założeniami podmioty te będą zobligowane do przejścia wyłącznie na elektroniczną dokumentację medyczną w sierpniu 2017 r. Zaplanowany jest także do realizacji rozwój warunków umożliwiających włączenie świadczeniodawców POZ do Systemu Informacji Medycznej.

6.3.2.8. Wsparcie kształcenia kadr medycznych

Główny kierunek wdrażanej od 2011 r. reformy systemu kształcenia podyplomowego na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym[241] zmierza do skrócenia czasu uzyskania przez lekarza pełni praw wykonywania zawodu. W starym systemie lekarz po zakończeniu studiów i zdaniu lekarskiego egzaminu państwowego (lekarsko – dentystycznego egzaminu państwowego) otrzymywał jedynie ograniczone prawo wykonywania zawodu. Pełnię praw wykonywania zawodu nabywał dopiero po zakończeniu rocznego stażu. Oznaczało to, że od momentu rozpoczęcia studiów lekarskich do momentu uzyskania pełni praw wykonywania zawodu lekarza mijało 7 lat (6 lat studiów oraz 1 rok stażu podyplomowego). Zgodnie z nowym standardem kształcenia studenci medycyny nabywają umiejętności praktyczne na ostatnim roku studiów. Dzięki reformie absolwenci kierunków medycznych uzyskają pełne prawo wykonywania zawodu bezpośrednio po studiach i zdaniu lekarskiego egzaminu końcowego (lekarsko – dentystycznego egzaminu końcowego), co znacznie ułatwi likwidację deficytu kadry lekarskiej. Skrócenie czasu nabywania uprawień lekarskich stanowi priorytetowe wyzwanie dla polskiego systemu kształcenia na kierunku lekarskim. Kluczowe staje się wsparcie uczelni medycznych w rozwoju kształcenia praktycznego m.in. poprzez rozwój kształcenia symulacyjnego. **Poprawa jakości kształcenia wyższego na kierunkach medycznych** jest jednym z celów PO WER. Jednym z narzędzi realizacji tego celu w zakresie kształcenia

[241] *Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*

lekarzy będzie m.in. *realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej.* Programy rozwojowe będą instrumentem służącym poprawie jakości nauczania na kierunkach medycznych (do wskaźnika wliczane będą programy rozwojowe opracowane (zatwierdzone przez rektora uczelni lub inną osobę upoważnioną po podejmowania wiążących decyzji zgodnie z właściwym dokumentem: KRS lub statut) przez uczelnie kształcące na kierunkach: lekarskim i/lub lekarsko-dentystycznym, pielęgniarskim i/lub położniczym). Obligatoryjnymi elementami programów rozwojowych będą działania przyczyniające się do wzmocnienia kształcenia praktycznego studentów. Programy rozwojowe będą służyły realizacji projektów edukacyjnych o charakterze praktycznym. **Kluczowym elementem programu będzie utworzenie centrum symulacji.** Centrum symulacji jest obiektem wyposażonym w zaawansowane technologicznie symulatory pacjenta. Sale symulacyjne wyposażone są w niezbędny sprzęt medyczny (m.in. aparat do znieczulenia, respiratory, defibrylatory, kardiomonitory, laryngoskopy etc.) oraz system audio-wideo do rejestracji sesji symulacyjnych, co pozwala na uzyskanie przez studentów umiejętności praktycznych.

Symulacja medyczna to odtworzenie możliwej sytuacji klinicznej w warunkach pracowni dydaktycznej, z możliwością interakcji osób uczących się. Symulacja medyczna jest jedną z metod nauczania postępowania praktycznego w stanach zagrożenia życia i procedur inwazyjnych na etapie kształcenia przeddyplomowego. Studenci mają możliwości ćwiczenia przypadków skomplikowanych oraz rzadkich z wykorzystaniem wystandaryzowanych scenariuszy w kontrolowanych i powtarzalnych warunkach dla grup studentów. Symulacja medyczna nie ma na celu zastąpienia kontaktu z pacjentem w czasie szkolenia przeddyplomowego, lecz lepsze przygotowanie studentów do takiego kontaktu. Kształcenie symulacyjne ma za zadanie nabycie, a także sprawdzenie wiedzy i umiejętności praktycznych w warunkach klinicznych, ale w bezpiecznym środowisku, w którym popełnienie błędu nie powoduje krzywdy pacjenta.

Kształcenie podyplomowe

Kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów realizowane w ramach specjalizacji wspierane jest finansowo przez Ministra Zdrowia, który co roku przyznawał ok. 3 000 miejsc rezydenckich (w roku 2014 w postępowaniu wiosennym przyznano 500 miejsc, zaś w postępowaniu jesiennym 2 500 miejsc rezydenckich). W 2015 r. zaplanowano zwiększenie tej liczby o ok. 3 500 miejsc. Na pierwsze postępowanie kwalifikacyjne w marcu 2015 r. przyznanych zostało 1 612 rezydentur, a na drugie planuje się przyznać około 4 915 rezydentur. Środki finansowe przeznaczone na realizację rezydentur w 2015 r. wynoszą około 702,75 mln zł.

Na kształcenie podyplomowe lekarzy i innych kadr medycznych zostaną również przekazane środki EFS, w tym w szczególności na wparcie systemu kształcenia specjalizacyjnego, wg zreformowanych programów kształcenia, obejmujące m.in. kształcenie modułowe. Istotnym elementem zaprojektowanego wsparcia będzie realizacja projektów edukacyjnych poprawiających kompetencje lekarzy poprzez ich udział w przedsięwzięciach szkoleniowych w formie kursów doskonalących. Planuje się przeznaczenie finansowania UE na kursy w wybranych dziedzinach medycyny, na które jest zapotrzebowanie z punktu widzenia potrzeb pacjenta.

W ramach wsparcia kształcenia podyplomowego lekarzy dofinansowane będą kursy doskonalące dedykowane w szczególności lekarzom pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej m.in. w zakresie np. onkologii, kardiologii czy geriatrii.

Jednym z celów PO WER jest *Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju.* Realizacji tego celu będą służyły takie typy działania jak:

- kształcenie specjalizacyjne lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno- demograficznych kraju;
- kształcenie podyplomowe lekarzy realizowane w innych formach niż specjalizacje w obszarach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju;
- kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi;
- doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych.

6.3.2.9. Wsparcie zadań z zakresu zdrowia publicznego

Profilaktyka zdrowotna jest tym obszarem, który z jednej strony wpływa na wydłużenie aktywności zawodowej osób pracujących (skuteczne zapobieganie lub/i wczesne wykrycie zmian chorobowych na wczesnym etapie zmniejsza prawdopodobieństwo dezaktywizacji zawodowej z przyczyn zdrowotnych), a z drugiej strony jest skutecznym narzędziem poprawy efektywności finansowej systemu (zapobieganie chorobom i leczenie wczesnych faz chorobowych jest tańsze i bardziej skuteczne niż leczenie zaawansowanych form). Analiza wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia wskazuje, że 5% populacji ubezpieczonych „wykorzystuje" 60% środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia w Polsce, w tym na leczenie najciężej chorych (1% populacji) przeznaczanych jest 28,7% środków finansowych. Działania profilaktyczne są jednym z kluczowych obszarów planowanych do wsparcia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 8.10 aktywne i zdrowe starzenie się i przyczynią do wzrostu liczby realizowanych programów profilaktycznych.

Zaplanowane na lata 2014-2020 działania finansowane z EFS będą wspierały jeden z kluczowych elementów tzw. reformy kolejkowej i onkologicznej. Reforma obejmuje m.in wsparcie długofalowej, stałej opieki po zakończeniu terapii prowadzonej przez lekarza rodzinnego na podstawie programu opieki przygotowanego przez lekarza specjalistę. Realizacja założeń reformy onkologicznej wymaga podjęcia szeregu działań w zakresie rozwoju obecnie realizowanych programów populacyjnych oraz wparcia działań nakierowanych na poprawę współpracy pomiędzy wysokospecjalistycznymi ośrodkami terapeutycznymi a szpitalami ogólnymi oraz podstawową opieką zdrowotną. Działania te będą wspierane w ramach jednego z typu projektu PO WER, tj. narzędzia pn. *Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem.* Dodatkowo funkcjonujące programy populacyjne (dot. wczesnego wykrywania nowotworu szyjki macicy, piersi oraz jelita grubego) oraz nowe projekty profilaktyczne dot. chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu, programy ukierunkowane na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, będą wpierane ze środków RPO (ścisła koordynacja zostanie zagwarantowana m.in. poprzez obowiązek uwzględniania planowanych konkursów w ramach ww. typu projektu w Planie Działań uzgadnianym w ramach Komitetu Sterującego oraz poprzez *Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020*.

Należy podkreślić, że mając na uwadze konieczność uniknięcia rozproszenia działań, a także w celu zapewnienia spójności, efektywności i wysokiej jakości podejmowanych działań, środki EFS będą przeznaczane na przeciwdziałanie istotnym problemom zdrowotnym. Oznacza to, że konkursy organizowane przez władze regionalne ze środków EFS na wsparcie działań profilaktycznych mogą być ogłaszane w oparciu o Regionalne Programy Zdrowotne (RPZ), które będą opracowywane w odpowiedzi na zdiagnozowane w regionie problemy zdrowotne i będą tworzone zgodnie ze schematem programu zdrowotnego, w tym będą opiniowane przez AOTMiT. RPZ będą stanowiły ramy działania dla wszystkich regionalnych aktorów zaangażowanych w działania profilaktyczne. Jednym z działań wdrożeniowych RPZ powinny być konkursy EFS w ramach, których składane będą projekty (EFS) przez potencjalnych realizatorów. Oznacza to, że ocenie AOTMiT podlegać będą Regionalne Programy Zdrowotne, a nie pojedyncze projekty EFS. Zgodnie z założeniami, projekty składane w ramach konkursu EFS będą działaniem implementacyjnym RPZ. Eksperci uczestniczący w ocenie merytorycznej wniosków o dofinansowanie zobowiązani są do oceny zgodności podejmowanych działań z RPZ. Po uzyskaniu opinii AOTMiT jednostka samorządu terytorialnego w trybie konkursowym powinna wyłonić podmioty do realizacji/wdrażania. W tym celu powinna zostać opracowana dokumentacja konkursowa zgodna z Wytycznymi horyzontalnymi dot. wyboru projektu. Regionalny Program Zdrowotny powinien być załącznikiem do dokumentacji konkursowej.

Ponadto z uwagi na konieczność skoordynowania działań podejmowanych przez administrację rządową i samorządy terytorialne Prezes Rady Ministrów w styczniu 2015 r. powołał Pełnomocnika Rządu ds. projektu ustawy o zdrowiu publicznym.[242] Projektowana ustawa kompleksowo określi zadania z zakresu zdrowia publicznego, sposób ich koordynowania i finansowania. Potrzeba przygotowania projektowanej ustawy wynika przede wszystkim z konieczności utworzenia mechanizmów pozwalających na osiągnięcie poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Wiele działań ukierunkowanych na poprawę sytuacji zdrowia publicznego realizowanych jest w ramach zadań ustawowych przez organy centralne, jednostki samorządu terytorialnego oraz współpracujące z nimi organizacje pozarządowe. Wymagają one jednak koordynacji i wsparcia. Wszelkie działania podejmowane przez instytucje i podmioty zajmujące się problematyką zdrowia publicznego powinny być ukierunkowane na promowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i wyrównywanie nierówności zdrowotnych. Projektowana ustawa ma na celu usystematyzowanie zadań z zakresu zdrowia publicznego realizowanych obecnie, zapewnienie ich ciągłości, adekwatności i kompleksowości.

[242] Projekt ustawy o zdrowiu publicznym został przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 07.07.2015r.

Projekt ustawy zakłada wskazanie w strukturze wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia środków przeznaczanych na zadania z zakresu zdrowia publicznego. Planuje się przeznaczanie kwoty 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia na zadania związane z promocją zdrowia oraz profilaktyką chorób (w tym środki ze wspomnianej powyżej rezerwy celowej w wysokości nie większej niż 0,5% kosztów świadczeń). Środki te pozostają w dyspozycji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, ich wydatkowanie będzie się odbywać zgodnie z przepisami *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, tj. poprzez udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty, które zawarły z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę.

Dla zdrowia publicznego kluczowa jest trwała, oparta o rozwiązania systemowe współpraca międzysektorowa na wszystkich szczeblach administracji rządowej i samorządowej, na każdym etapie organizowania działań z zakresu zdrowia publicznego. Projektowana ustawa wzmocni mechanizmy diagnozowania problemów zdrowia publicznego i racjonalnego planowania interwencji w obszarze zdrowia publicznego przez podmioty odpowiedzialne za prowadzenie polityki zdrowotnej. Projektowana ustawa umożliwi wspieranie jednostek samorządu terytorialnego, w szczególności małych gmin, w realizowaniu ustawowych obowiązków związanych z promowaniem i ochroną zdrowia. Wsparcie to będzie polegało przede wszystkim na dostarczaniu wiedzy o wpływie czynników determinujących zdrowie oraz umiejętności skutecznego tworzenia warunków lokalnych sprzyjających utrzymaniu i poprawianiu stanu zdrowia – polegających na realizacji programów polityki zdrowotnej i koordynowaniu działań jednostek organizacyjnych działających w ramach sektora zdrowotnego, edukacji czy pomocy społecznej z organizacjami pozarządowymi, kościołami i związkami wyznaniowymi oraz wszelkimi podmiotami przyczyniającymi się do zmian w stanie zdrowia społeczeństwa.

Funkcje zdrowia publicznego realizowane dzięki przyjęciu ustawy będą odpowiadały celom z zakresu zdrowia publicznego wynikającym z dokumentów regionu europejskiego WHO – „Zdrowie 2020: Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek" i „Zdrowie 2020: Europejska polityka wspierająca działania rządów i społeczeństw na rzecz zdrowia i dobrostanu człowieka" oraz w „Wieloletnim programie działań w dziedzinie zdrowia Unii Europejskiej na lata 2014-2020" tj. przede wszystkim takim celom jak:

1) promocja zdrowia i zapobieganie chorobom;

2) poprawa zdrowia całego społeczeństwa i wyrównywanie nierówności społecznych w zdrowiu;

3) wspieranie innowacyjności i stabilności systemu opieki zdrowotnej;

4) wzmocnienie przywództwa i procesów rządzenia z udziałem podmiotów działających na rzecz zdrowia.

Istotne dla projektowanej regulacji są również dokumenty dotyczące zdrowia psychicznego, jak Zielona Księga: *Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej z 2005 r.* oraz *Deklaracja Helsińska (Mental Health Declaration for Europe Facing the Challenges, Building Solutions).*

Zgodnie z ustawą w celu realizacji polityki zdrowia publicznego i mając na uwadze stan zdrowia społeczeństwa, rozpowszechnienie czynników warunkujących zdrowie oraz efektywność i skuteczność zadań podejmowanych na rzecz poprawy stanu zdrowia i jakości życia Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, Narodowy Program Zdrowia, zwany dalej „NPZ".

W Narodowym Programie Zdrowia zostaną określone:

1) cel strategiczny NPZ, ukierunkowany na wydłużenie życia w zdrowiu ludności Rzeczypospolitej Polskiej i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu,

2) cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego, ukierunkowane na zmniejszenie narażenia społeczeństwa na największe zagrożenia dla zdrowia społeczeństwa,

3) zadania służące realizacji celów operacyjnych,

4) podmioty odpowiedzialne za realizację zadań,

5) realizatorzy zadań,

6) tryb i wysokość finansowania zadań,

7) wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ

– mając na uwadze stan zdrowia społeczeństwa, skalę występowania czynników ryzyka zdrowotnego i czynników o działaniu ochronnym dla zdrowia oraz efektywność i skuteczność zadań podejmowanych na rzecz poprawy stanu zdrowia i jakości życia.

NPZ będzie ustanawiany na czas nie krótszy niż okresy pięcioletnie i będzie przyczyniał się do realizacji Strategii Rozwoju Kraju 2020 oraz Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego, oraz pozostanie komplementarny z celami, kierunkami i priorytetami określonymi w rozdziale 5 Policy paper.

Dla prowadzenia międzysektorowej polityki zdrowia publicznego planuje się utworzenie Rady do Spraw Zdrowia Publicznego, pełniącej funkcję opiniodawczo-doradczą dla Pełnomocnika Rządu ds. projektu ustawy o zdrowiu publicznym i stanowiącej forum współdziałania w zakresie zdrowia publicznego. W jej skład będą wchodzić przedstawiciele administracji publicznej, a także najważniejszych podmiotów biorących udział w działaniach na rzecz zdrowia publicznego, w tym jednostki naukowe, przedstawiciele pracodawców, organizacje pozarządowe. Zadania Rady ds. Zdrowia Publicznego będą komplementarne do zadań Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, w odniesieniu do planowanych interwencji w obszarze zdrowia publicznego. Do zadań Rady ds. Zdrowia Publicznego należy bowiem opiniowanie i ewaluacja Narodowego Programu Zdrowia. Wnioski z tej ewaluacji będą służyły Członkom Komitetu Sterującego do decyzji dotyczących przyjmowanych do Planu działań w sektorze zdrowia projektów dotyczących zdrowia publicznego w szczególności profilaktyki.

Dzięki zmianom będącym efektem ustawy, a także przyjęcia NPZ, będzie możliwe systemowe wzmocnienie działań na rzecz zapobiegania chorobom i podnoszenia potencjału zdrowia, poprzez inicjatywy takie jak:

1) kampanie edukacyjne mające na celu kształtowanie nawyków oraz postaw prozdrowotnych;

2) promowanie spożycia zdrowych produktów, ograniczenie spożycia soli i tłuszczów nasyconych oraz trans, a także powszechne poradnictwo dietetyczne dostosowane do indywidualnych potrzeb;

3) oferowanie pomocy w leczeniu z uzależnienia od tytoniu, informowanie i ostrzeganie o ryzyku zdrowotnym związanym z używaniem tytoniu;

4) pomoc w ograniczaniu spożycia alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych oraz prowadzenie skutecznych działań z zakresu lecznictwa uzależnień, w tym uzależnień behawioralnych;

5) wspieranie osób z problemami zdrowia psychicznego, takimi jak depresja czy zaburzenia nerwicowe;

6) poprawa warunków panujących w szkołach i miejscu pracy;

7) wczesna diagnostyka chorób, a przez to ich skuteczniejsze i szybsze leczenie;

8) rozwój badań naukowych;

9) stałe monitorowanie stanu zdrowia, rozpowszechnienia chorób i czynników ryzyka (z wykorzystaniem informacji gromadzonych na potrzeby tworzenia map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a *ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*);

10) stałe monitorowanie mających wpływ na zdrowie postaw i zachowań ludzi w różnych grupach społecznych;

11) monitorowanie skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji.

Monitorowanie stanu zdrowia populacji, związane z realizacją NPZ, będzie skorelowane ze zbieraniem danych na potrzeby opracowania map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95c *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Zarówno Minister Zdrowia, jak i Wojewódzkie Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych, będą korzystać z tych samych danych demograficznych i epidemiologicznych. Projektowana ustawa o zdrowiu publicznym umożliwi wzbogacenie dostępnych danych o dane dotyczące faktycznego stanu zdrowia mieszkańców (a nie wyłącznie dane o korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej).

6.4. 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 najistotniejsze działania finansowane ze środków krajowych komplementarne do przedstawionych w rozdziale 6.2 narzędzi implementacji celów operacyjnych na lata 2014–2020.

6.4.1. 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 *Narodowy Program Zdrowia*, 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 oraz 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 finansowane 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[243].**

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.**

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 również cel profilaktyki wtórnej, polegającej na wczesnym wykrywaniu chorób, ich pełnej diagnozie i wdrożeniu skutecznego leczenia[244].

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.**

5. **Szpital Pediatryczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie.**

[243] Została przyjęta nowa edycja programu na lata 2014-2017

[244] 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.

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[245].

Ponadto szereg działań komplementarnych dla celu A realizowanych jest w ramach projektów dofinansowanych ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014 w szczególności w ramach Programu PL13 Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

Program ma na celu przyczynianie się do ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu. Jest realizowany w partnerstwie z norweskim Dyrektoriatem ds. Zdrowia. Składa się z projektu predefiniowanego oraz 24 projektów pilotażowych dotyczących szeroko zakrojonych działań w zakresie zdrowia publicznego w społecznościach lokalnych w wybranych powiatach.

Beneficjentem projektu predefiniowanego jest Ministerstwo Zdrowia. W realizacji projektu, jako partnerzy uczestniczą m.in. Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Konsorcjum Nauka i Zdrowie, w którego skład wchodzą: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (jako lider Konsorcjum), Instytut Zdrowia Publicznego CM UJ oraz Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. W realizacji przedsięwzięcia poza ekspertami polskimi uczestniczą eksperci norwescy. Celem Projektu jest ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu dzięki poprawie zarządzania w ochronie zdrowia głównie na poziomie wojewódzkim i powiatowym, w tym wypracowanie narzędzi takich jak m.in.: model programu profilaktycznego, ekspercki projekt międzysektorowej strategii opartej na faktach (evidence based) mającej na celu ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

Projekty są realizowane w odpowiedzi na zidentyfikowane w powiatach problemy epidemiologiczne (najczęstsze przyczyny zgonów). Projekty wybrane do dofinansowania mają na celu przeciwdziałać tym przyczynom ze wskazaniem jednego głównego czynnika. Można je podzielić na 5 głównych obszarów oddziaływania:

1. Promocja zdrowia w zakresie chorób układu krążenia. Powiaty realizujące projekty z tego obszaru to np.:
   a. Powiat Kutnowski;
   b. Powiat Janowski;
   c. Powiat Strzeliński.

2. Promocja zdrowia w zakresie nowotworów. Powiaty realizujące projekty z tego obszaru to np.:
   a. Powiat Koszaliński;
   b. Powiat Sztumski;
   c. Powiat Wąbrzeski.

3. Profilaktyka chorób układu oddechowego. Powiaty realizujące projekty z tego obszaru to:
   a. Powiat Ostrołęcki;
   b. Powiat Ostródzki.

[245] W dniu 20 czerwca 2013 r. Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego przyjęła nowy Narodowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2013-2020.

4. Promocja zdrowia w zakresie redukcji zewnętrznych przyczyn zgonów. Powiaty realizujące projekty z tego obszaru to:
   a. Powiat Olecki;
   b. Powiat Pułtuski.

5. Promocja zdrowia w zakresie chorób układu trawiennego. Powiaty realizujące projekty z tego obszaru to:
   a. Miasto Łódź;
   b. Powita Świdwiński.

6.4.2. 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*[246] ukierunkowany m.in. na rozwiązanie wskazanych w części diagnostycznej Policy paper 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 geriatrii 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 i wspieranie aktywności fizycznej oraz rozwój usług opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych.

Programem wdrażającym ww. działania jest *Rządowy Program „Senior-WIGOR”*. Do 2020 roku Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej przeznaczy około 370 mln zł na utworzenie dziennych domów i klubów dla seniorów. W 2015 roku zaplanowano powstanie 100 takich miejsc.

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

[246] *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).

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 on 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 reaktywizacji 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, 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;

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[247]

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[248]

Celem programu jest wyodrębnienie i objęcie specjalistyczną opieką kobiet ciężarnych z rozpoznanymi wadami rozwojowymi i chorobami płodu. W ramach programu wdrażany jest m.in. szeroko zakrojony program szkoleniowo-edukacyjny dotyczący diagnostyki prenatalnej i współczesnych możliwości leczenia płodu.

Program badań przesiewowych noworodków w Polsce[249]

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,

[247] 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 na lata 2014-2017*. (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz.1027, z późn.zm.) Obecnie obejmuje lata 2013-2016.

[248] Jest to wieloletni program zdrowotny realizowany na podstawie ww. art. 48 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na lata 2014-2017*. Poprzednia edycja obejmowała lata 2009-2013.

[249] 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*. Obejmował on lata 2009-2014. Nowa edycja została przyjęta na lata 2015-2018.

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.

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.

Polityka prorodzinna w Polsce realizowana jest m.in. poprzez wdrażanie programu *Rozwój instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3. Maluch*[250] 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 Fundusz Inicjatyw Obywatelskich* (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 pozalegislacyjnym, 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 wspomagania 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 wspomagania rozwoju dzieci przekazywane są z budżetu państwa JST w ramach części oświatowej subwencji ogólnej na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju, wydanej przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną. Planowane na lata 2014–2020 działania polegają na objęciu wczesnym wspomaganiem rozwoju także dzieci zagrożonych niepełnosprawnością.

Ponadto, szereg działań komplementarnych dla celu B realizowanych jest w ramach projektów dofinansowanych ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego na lata 2009-2014 oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014.

Program PL07 Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych

Program przewiduje obszary interwencji dotyczące lepszego dostosowania opieki zdrowotnej w celu sprostania potrzebom szybko rosnącej populacji osób przewlekle chorych i niesamodzielnych oraz osób starszych jak również poprawy opieki perinatalnej:

A. Lepsze dostosowanie opieki zdrowotnej w celu sprostania potrzebom szybko rosnącej populacji osób przewlekle chorych i niesamodzielnych oraz osób starszych:

Dofinansowaniem o łącznej wysokości 110 700 251 zł objęto 20 podmiotów. W ramach przedmiotowych projektów zaplanowano m.in. następujące działania:

[250] Program realizowany przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

- stworzenie Centrum Rehabilitacji w Rawiczu;
- stworzenie kompleksowego Zakładu Rehabilitacji w Grójcu;
- wdrożenie programu edukacyjnego w zakresie opieki długoterminowej realizowanego w Krakowie;
- rozbudowa i doposażenie Hospicjum dla Dzieci w Rzeszowie;
- realizacja we Wrocławiu programu kompleksowej opieki w domu chorego;
- przebudowa i doposażenie Zakładu Opiekuńczo-Pielęgnacyjnego Psychiatrycznego w Suwałkach oraz uruchomienie punktu poradnictwa i wsparcia dla pacjentów i ich rodzin;
- remont i doposażenie Domów Pomocy Społecznej Powiatu Limanowskiego;
- szkolenia personelu Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego i Rehabilitacji Medycznej w zakresie nawiązywania kontaktu z osobą niepełnosprawną, niesamodzielną, starszą, oraz z zaburzeniami psychicznymi;
- wdrożenie w części obszaru województwa pomorskiego programu zindywidualizowanej, ciągłej, wielospecjalistycznej i kompleksowej rehabilitacji dla przewlekle chorych dzieci i młodzieży, u których choroba powoduje niepełnosprawność sprzężoną i skutkuje brakiem samodzielności;
- kompleksowy remont i modernizacja infrastruktury budynku Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie w celu poprawy zdrowia i komfortu życia mieszkańców DPS;
- stworzenie 56 łóżkowego, nowego skrzydła zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego oraz organizacja turnusów profilaktyki upadków dla osób starszych w Sokołach;
- szkolenia dla pielęgniarek i innych kadr medycznych w zakresie opieki nad osobami starszymi,
- publikacje na temat standardów opieki długoterminowej.

B. Poprawa opieki perinatalnej – świadczenia z zakresu profilaktyki, diagnostyka i leczenie w celu zwiększenia liczby urodzeń

Dofinansowaniem o łącznej wysokości 55 465 254 zł objęto 8 podmiotów. W ramach przedmiotowych projektów zaplanowano m.in. następujące działania:

- rozbudowa i wyposażenie pawilonu położniczo-ginekologicznego o część Oddziału Patologii Ciąży oraz szkolenia specjalistyczne dla lekarzy Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Zdroje" w Szczecinie;
- przebudowa i modernizacja Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Noworodkowego w Zespole Opieki Zdrowotnej w Chełmnie wraz z realizacją programu profilaktycznego USG bioder u noworodków;
- promocja karmienia naturalnego wraz z utworzeniem Banku Mleka Kobiecego i Poradni Laktacyjnej w Samodzielnym Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu;
- rozbudowa budynku Specjalistycznego Szpitala Ginekologiczno-Położniczego im. E. Biernackiego z przeznaczeniem na Centrum Diagnostyki Kobiet i Noworodków w Wałbrzychu;
- przebudowa części budynku Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu na potrzeby oddziału neonatologicznego;
- przebudowa części traktu porodowego w budynku Milickiego Centrum Medycznego w Miliczu;
- realizacja w powiecie tarnowskim programów promocji zdrowia prokreacyjnego, profilaktycznego dla kobiet planujących ciąże, profilaktycznego wczesnego wykrywania wad wrodzonych płodu, promocji karmienia piersią.

6.4.3. 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".

Struktura

Jak poprawić strukturę systemu opieki zdrowotnej?

Procesy

Jak poprawić procesy: zarządzanie systemem opieki zdrowotnej?

Wyniki

Jak osiągnąć zamierzone wyniki?

Komplementarne do narzędzi w ramach celu C działania realizowane przez Ministerstwo Zdrowia mają na celu

- 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 do pięciu lat;
- rozwijanie akredytacji podmiotów leczniczych działających w lecznictwie uzależnień;
- usprawnienie nadzoru epidemiologicznego nad szpitalami w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych;
- usprawnienie nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi.

Ponadto, komplementarnym do projektowanego w ramach celu C narzędzia 31 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 nowoczesnym, elastycznym i stabilnym systemom opieki zdrowotnej*[251]. 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

[251] 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.

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.

6.4.4. 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 proponowanymi kierunkami reformy kształcenia kadr medycznych, a 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. Bezzwrotna 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.

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).

CZĘŚĆ III. Koordynacja, monitoring i finansowanie

7. Koordynacja, monitoring i ewaluacja działań opisanych w dokumencie „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020”

7.1. Założenia systemu koordynacji

Z uwagi na fakt, że dokument „Krajowe ramy strategiczne. 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 Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju 2030, Strategii Rozwoju Kraju 2020 oraz strategii zintegrowanych w szczególności Strategii Sprawne Państwo 2020 i Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020.

Przedmiotem monitoringu jest postęp wdrożenia celów określonych w dokumencie „Krajowe ramy strategiczne. 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 odbywać się będzie na trzech poziomach:

- **strategicznym** – prowadzonym przez władze centralne, które odpowiedzialne są za tworzenie i aktualizację ram strategicznych dla sektora ochrony zdrowia poprzez wyznaczanie głównych kierunków działań;

- **operacyjnym (technicznym)** – prowadzonym przez powołany do tego celu Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Realizacja tego poziomu wspomagana będzie przez Departament Funduszy Europejskich MZ we współpracy z innymi departamentami merytorycznymi resortu, w partnerstwie z podmiotami mającymi wpływ na kształt polityki zdrowotnej w Polsce;

- **wykonawczym –** będzie prowadzony poprzez wdrażanie konkretnych działań (narzędzi) zgodnych z celami Policy paper. Poziom wykonawczy realizowany będzie zarówno na szczeblu centralnym (poprzez działania NFZ, COK, MZ), jak i na szczeblu regionalnym (poprzez działania oddziałów wojewódzkich NFZ, instytucji zarządzających RPO).

Poziom strategiczny
Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego
Minister właściwy ds. zdrowia

Rola:

- wyznaczanie kierunków w zakresie polityki i programowania strategicznego w ochronie zdrowia

Poziom operacyjny (techniczny)
Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

Rola:

- koordynacja interwencji podejmowanych w sektorze zdrowia ze środków UE

- monitoring realizacji działań

Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia

Monitoring i koordynacja wdrażania poszczególnych celów, osiągania oczekiwanych rezultatów, jak również zapewnianie komplementarności i efektywności wsparcia EFSI w sektorze zdrowia odbywa się w oparciu o prace Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.

Komitet Sterujący posiada status podkomitetu w ramach Komitetu do spraw Umowy Partnerstwa, utworzonego na podstawie art. 14l *ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju*. Tym samym stanowi on gremium skupiające przedstawicieli strony rządowej, samorządowej, organizacji pozarządowych oraz przedstawicieli innych podmiotów mających wpływ na sytuację w ochronie zdrowia. Specjalistyczna wiedza przedstawicieli poszczególnych instytucji służyć ma zapewnieniu mechanizmu koordynacji na najwyższym poziomie oraz sprawnemu wypracowywaniu rozwiązań.

Warunkiem koniecznym dla podejmowania interwencji w sektorze zdrowia jest ich zgodność z uzgodnionym przez Komitet Sterujący Planem działań w sektorze zdrowia podejmowanych ze środków unijnych na poziomie krajowym i regionalnym.

Plan działań – bezpośrednio powiązany z Umową Partnerstwa oraz uwzględniający inwestycje podejmowane ze środków krajowych (w tym w ramach konkursów na zadania finansowane ze środków publicznych oraz kontraktów na świadczone usługi) – zawiera m.in. rekomendacje dla komitetów monitorujących co do trybów i kryteriów wyboru projektów w ramach naborów ogłaszanych w programach krajowych i regionalnych, listę potencjalnych projektów realizowanych na poziomie krajowym i regionalnym utworzoną po analizie pod kątem komplementarności i efektywności kosztowej propozycji przedstawionych przez właściwe IZ. Ponadto, skoordynowaniu podlegać będzie podejście do problematyki pomocy publicznej w ramach wsparcia sektora zdrowia we wszystkich programach operacyjnych. Zadaniem Komitetu Sterującego będzie również zapewnienie spójności zasad dla EFSI z mechanizmami mającymi zastosowanie dla wydatków krajowych określającymi plany potrzeb zdrowotnych.

Koordynacja przez Komitet Sterujący interwencji podejmowanych w sektorze zdrowia ze środków UE odbywa się poprzez:

- uzgadnianie Planu działań w sektorze zdrowia uwzględniającego projekty planowane do finansowania w ramach PO WER, PO IiŚ 2014-2020 oraz regionalnych programów operacyjnych, w tym również w obszarze e-zdrowia, z uwzględnieniem projektów realizowanych ze środków krajowych i innych funduszy, stanowiącego rekomendację dla Instytucji Zarządzających/Instytucji Pośredniczących ww. programów operacyjnych;

- dokonywanie oceny efektywności i skuteczności wykorzystania funduszy strukturalnych w sektorze zdrowia;

- opracowywanie rozwiązań służących efektywnemu wdrażaniu środków funduszy strukturalnych w sektorze zdrowia;

- wydawanie rekomendacji do proponowanych do dofinansowania projektów pozakonkursowych w sektorze zdrowia na podstawie przedstawionych przez Instytucję Zarządzającą/Instytucję Pośredniczącą fiszek (o ile dotyczy to w oparciu o mapy potrzeb);

- wydawanie rekomendacji do proponowanych kryteriów wyboru w ramach konkursów organizowanych przez IZ/IP w celu wyłonienia projektów do dofinansowania w sektorze zdrowia (o ile dotyczy w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych);

- ewaluacja Planów działań w sektorze zdrowia i wydawanie rekomendacji dla Instytucji Pośredniczących/Instytucji Zarządzających programami operacyjnymi w części dotyczącej sektora zdrowia;

- przygotowywanie ekspertyz, opinii, rekomendacji, wytycznych, podręczników itp. jako elementu koordynacji działań podejmowanych w sektorze zdrowia.

Sekretariat zapewniający obsługę prac Komitetu Sterującego umiejscowiony będzie w Departamencie Funduszy Europejskich w Ministerstwie Zdrowia

Członkami Komitetu Sterującego z prawem głosu są:

– minister właściwy do spraw zdrowia – Przewodniczący Komitetu Sterującego,

– dyrektor departamentu właściwego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia – zastępca Przewodniczącego Komitetu Sterującego w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia,

- przedstawiciel departamentu Instytucji Pośredniczącej PO IiŚ 2014-2020 w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia,
- przedstawiciel departamentu Instytucji Pośredniczącej PO WER w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia,
- przedstawiciel departamentu właściwego do spraw nadzoru nad powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia,
- przedstawiciel departamentu właściwego do spraw budżetu, finansów i inwestycji w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia,
- przedstawiciel departamentu właściwego do spraw analiz i strategii w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia,
- przedstawiciel departamentu właściwego do spraw organizacji ochrony zdrowia w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia,
- przedstawiciel departamentu właściwego do spraw polityki zdrowotnej w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia,
- przedstawiciel departamentu właściwego do spraw Instytucji Zarządzającej PO IiŚ 2014-2020,
- przedstawiciel departamentu właściwego do spraw Instytucji Zarządzającej PO WER,
- przedstawiciel departamentu właściwego do spraw Instytucji Zarządzającej Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa,
- przedstawiciel departamentu właściwego do spraw koordynacji Umowy Partnerstwa w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego,
- przedstawiciel departamentu właściwego do spraw pomocy publicznej oraz trwałości projektów w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego;
- przedstawiciel ministra właściwego do spraw pracy i polityki społecznej,
- przedstawiciel ministra właściwego do spraw cyfryzacji,
- przedstawiciel Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
- przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia,
- przedstawiciel Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia,
- przedstawiciel Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
- przedstawiciel Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Dolnośląskiego,
- przedstawiciel Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Kujawsko-Pomorskiego,
- przedstawiciel Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Lubelskiego,
- przedstawiciel Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Lubuskiego,
- przedstawiciel Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Łódzkiego,
- przedstawiciel Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Małopolskiego,
- przedstawiciel Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Mazowieckiego,

– przedstawiciel Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Opolskiego,

– przedstawiciel Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podkarpackiego,

– przedstawiciel Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego,

– przedstawiciel Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Pomorskiego,

– przedstawiciel Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Śląskiego,

– przedstawiciel Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Świętokrzyskiego,

– przedstawiciel Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Warmińsko-Mazurskiego,

– przedstawiciel Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Wielkopolskiego,

– przedstawiciel Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego,

– trzech przedstawicieli pozarządowych organizacji pacjenckich, a do momentu ich wyłonienia przez Radę Działalności Pożytku Publicznego – jeden przedstawiciel wskazany przez organizacje pacjenckie oraz dwóch przedstawicieli Komitetu do spraw Umowy Partnerstwa reprezentujących stronę społeczną,

– przedstawiciel reprezentatywnych organizacji związkowych w rozumieniu ustawy z dnia 6 lipca 2001 r. o Trójstronnej Komisji do spraw społeczno-gospodarczych i wojewódzkich komisjach dialogu społecznego (Dz. U. z 2001 r. Nr 100, poz. 1080, z późn. zm.),

– przedstawiciel reprezentatywnych organizacji pracodawców w rozumieniu ustawy z dnia 6 lipca 2001 r. o Trójstronnej Komisji do spraw społeczno-gospodarczych i wojewódzkich komisjach dialogu społecznego (Dz. U. z 2001 r. Nr 100, poz. 1080, z późn. zm.).

Ponadto w posiedzeniach Komitetu Sterującego w randze stałych obserwatorów, z prawem do zgłaszania uwag i prezentowania swojego stanowiska, jednakże bez prawa do udziału w głosowaniu uczestniczą:

– przedstawiciel departamentu właściwego do spraw zdrowia publicznego w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia,

– przedstawiciel departamentu właściwego do spraw pielęgniarstwa i położnictwa w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia,

– przedstawiciel departamentu właściwego do spraw Instytucji Zarządzającej Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego,

– przedstawiciel Głównego Urzędu Statystycznego,

– przedstawiciel Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

Skład Komitetu Sterującego został określony w taki sposób, aby osoby biorące udział w jego pracach posiadały odpowiednie kompetencje właściwe dla zadań realizowanych przez Komitet Sterujący:

– Udział strony samorządowej reprezentującej wszystkie 16 Instytucji Zarządzających Regionalnymi Programami Operacyjnymi jest niezbędny z uwagi na konieczność właściwego ukierunkowania interwencji w obszarze ochrony zdrowia, i wdrożenia mechanizmu zapobiegania pokrywania się i powielania interwencji.

– Narodowy Fundusz Zdrowia jako podmiot posiadający niezbędne dane w zakresie kontraktacji świadczeń medycznych będzie zobowiązany do każdorazowego wydawania opinii w sprawie fiszki dla projektu pozakonkursowego oraz Planu działań w sektorze zdrowia. Ponadto NFZ będzie opracowywał informację o zakontraktowanych świadczeniach zdrowotnych przez NFZ na dany rok. Dane te będą niezbędne do oceny przedkładanych pod obrady Komitetu Sterującego dokumentów, co służyć będzie zapewnieniu skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji ze środków UE.

– Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji będzie uczestniczyła w ocenie programów profilaktycznych.

– Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia będzie wspierało prace Komitetu Sterującego w zakresie programów akredytacji.

– Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia dostarczy między innymi dane statystyczne niezbędne do przeprowadzanych analiz oraz będzie wspierało prace Komitetu Sterującego w zakresie koordynacji usług e-Zdrowia.

W posiedzeniach Komitetu, na zaproszenie przewodniczącego, mogą uczestniczyć również inne osoby, np. konsultanci medyczni oraz reprezentanci organizacji zawodowych pracowników sektora ochrony zdrowia, w tym samorządów zawodowych np. Naczelnej Izby Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Izby Aptekarskiej oraz Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

Komitet Sterujący będzie realizował zadania w zakresie współpracy również z innymi gremiami działającymi w obszarze zdrowia np. z planowanym do powołania w ramach projektu ustawy o zdrowiu publicznym Komitetem Sterującym Narodowego Programu Zdrowia i Radą do Spraw Zdrowia Publicznego.

Zadania Rady ds. Zdrowia Publicznego będą komplementarne do zadań Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, w odniesieniu do planowanych interwencji w obszarze zdrowia publicznego. Do zadań Rady ds. Zdrowia Publicznego należy bowiem opiniowanie i ewaluacja Narodowego Programu Zdrowia. Wnioski z tej ewaluacji będą służyły Członkom Komitetu Sterującego do decyzji dotyczących przyjmowanych do Planu działań w sektorze zdrowia projektów dotyczących zdrowia publicznego w szczególności profilaktyki.

Ponadto koordynacja działań w obszarze e-administracji oparta będzie o Podzespół do spraw informatyzacji służby zdrowia utworzony w ramach Zespołu ds. koordynacji działań w obszarze e-administracji, udostępniania informacji sektora publicznego oraz rozwoju kompetencji cyfrowych powołanego na podstawie Zarządzenia nr 16 Ministra Administracji i Cyfryzacji z dnia 20 marca 2015 r. oraz o Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.

Zgodnie z Regulaminu Zespołu ds. koordynacji, Zespół, a także jego podzespoły współpracują w zakresie koordynacji obszarów, w których wdrażane będą e-usługi publiczne m.in. z powołanym przez Przewodniczącego Komitetu ds. Umowy Partnerstwa Komitetem Sterującym do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia.

Współpraca pomiędzy Podzespołem a Komitetem Sterującym będzie odbywała się za pośrednictwem Departamentu Infrastruktury i e-Zdrowia Ministerstwa Zdrowia, którego przedstawiciele są członkiem zarówno Zespołu ds. Koordynacji oraz powołanego w jego ramach podzespołu ds. informatyzacji służby zdrowia, jak i Komitetu Sterującego ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia. Ustalenia podjęte w ramach prac podzespołu oraz wypracowane dokumenty będą przekazywane do Komitetu Sterującego w celu udostępnienia członkom Komitetu Sterującego. Najważniejsze wnioski i dokumenty będą przedstawiane na forum Komitetu Sterującego.

Wysoki poziom reprezentacji oraz decyzyjności członków Komitetu zapewniany jest przez wymóg delegowania przez instytucje strony rządowej przedstawicieli w randze sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu lub upoważnionych przedstawicieli w randze dyrektorów departamentów lub biur albo ich zastępców.

Co do zasady, spotkania Komitetu Sterującego będą odbywać się w zależności od potrzeb, jednak nie rzadziej niż dwa razy w roku. W przypadku konieczności przeprowadzenia bardziej szczegółowej dyskusji w odniesieniu do specyficznych zagadnień, przewodniczący może podjąć decyzję o zwołaniu spotkania Komitetu Sterującego na poziomie roboczym, w składzie adekwatnym do specjalistycznej tematyki, która będzie omawiana. Szczegółowy tryb pracy Komitetu określa regulamin.

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.

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

Rola:

- działania wdrożeniowe (realizacja narzędzi implementacji);

- monitoring realizacji działań.

Syntetyczny opis działań wdrożeniowych zawarty jest rozdziale 6.2 Narzędzia implementacji celów operacyjnych na lata 2014-2020. Sprawne i efektywne wdrożenie wszystkich założeń i narzędzi przewidzianych w ramach Policy paper wymaga zaangażowania zarówno władz centralnych, jak i regionalnych. Potrzeba koordynacji regionalnych działań w sektorze zdrowia z krajowymi kierunkami reform dotyczy zarówno obszarów związanych z działaniami profilaktycznymi, jak i infrastrukturalnymi. Skuteczna koordynacja wdrażania poszczególnych narzędzi ma kluczowe znaczenie dla **maksymalizacji efektów zaplanowanych działań.** Właściwe mechanizmy koordynacyjne przyczyniają się do osiągania celów operacyjnych i związanych z nimi wskaźników, stymulowania komplementarności, a przede wszystkim zapewnienia spójności, skuteczności i efektywności projektowanych interwencji.

Rola Komitetu Sterującego w procesie wyboru projektów finansowanych ze środków EFSI

Krok 1
Rekomendacje Komitetu Sterującego (KS) dotyczące kryteriów wyboru projektów jako element Planu działań w sektorze zdrowia

Członkowie Komitetu Sterującego będą dysponować wiedzą niezbędną do wydania rekomendacji (Skład Komitetu Sterującego został określony w taki sposób, aby osoby biorące udział w jego pracach posiadały odpowiednie kompetencje merytoryczne). Ponadto dokumenty będące przedmiotem prac Komitetu Sterującego będą konsultowane ze specjalistami posiadającymi wiedzę i doświadczenie właściwą dla danego tematu. Zasady współpracy przedstawicieli różnych instytucji uczestniczących w pracach Komitetu Sterującego przewidują zarówno wsparcie techniczne, jak i merytoryczne prac analitycznych Komitetu.

Na podstawie zdobytej wiedzy Komitet Sterujący będzie przygotowywał propozycje kryteriów wyboru projektów do objęcia wsparciem, które stanowić będą horyzontalne rekomendację dla Instytucji Zarządzających/Pośredniczących (uchwała Komitetu Sterującego w sprawie kryteriów wyboru projektów). Propozycje kryteriów wyboru projektów będą następnie przedkładane pod obrady właściwych Komitetów Monitorujących.

Krok 2

Przyjęcie rekomendowanych przez Komitet Sterujący kryteriów wyboru projektów przez Komitety Monitorujące PO IiŚ, PO WER i RPO

↓

Zgłoszenie przez IZ/IP propozycji przedsięwzięć/interwencji do Planu działań w sektorze zdrowia pod obrady Komitetu Sterującego

W *Wytycznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014-2020* w rozdziale 5 pkt 18 i 19 wskazano, iż Instytucja Zarządzająca/Instytucja Pośrednicząca ma obowiązek konsultowania kryteriów przy ich opracowywaniu z właściwymi komitetami/zespołami/ciałami koordynacyjnymi powołanymi ze względu na postanowienia Umowy Partnerstwa lub programu operacyjnego oraz, że **IZ/IP opracowując kryteria uwzględnia rekomendacje i zalecenia ciał, o których mowa powyżej.** W związku z powyższym rekomendowane przez Komitet Sterujący kryteria wyboru projektów będą przedstawiane do zatwierdzenia Komitetom Monitorującym. Rekomendowane przez Komitet Sterujący kryteria wyboru projektów powinny być uwzględnione przez IZ/IP na etapie przygotowywania i zgłaszania propozycji przedsięwzięć/interwencji do Planu działań w sektorze zdrowia. W opracowanym wzorze Planu działań w sektorze zdrowia (druk zgłoszeniowy w EXCEL) uwzględniono rubrykę dotycząca zgłoszenia planowanych przez IZ/IP kryteriów wyboru projektów konkursowych. W odniesieniu do projektów pozakonkursowych stosowna rubryka została uwzględniona we wzorze fiszki projektu pozakonkursowego, która stanowi integralny element Planu działań w sektorze zdrowia.

Każda z Instytucji Zarządzających będzie informować członków Komitetów Monitorujących odpowiedzialnych za zatwierdzanie kryteriów wyboru projektów o zasadności uwzględniania rekomendacji Komitetu Sterującego oraz ryzyka wynikającego z nieuwzględnienia tych rekomendacji. W przypadku gdyby, pomimo podjęcia stosownych kroków przez IZ – Komitet Monitorujący przyjął kryteria inne, niekonsumujące stosownych rekomendacji Komitetu Sterującego, zostanie to udokumentowane w protokole w celu zachowania ścieżki audytu.

Jednocześnie należy podkreślić, że Komitet Sterujący ma możliwość podjęcia w drodze uchwały decyzji o niewpisaniu do Planu działania w sektorze zdrowia, projektów pozakonkursowych i konkursów niezgodnych z rekomendowanymi przez Komitet Sterujący kryteriami wyboru.

Krok 3

Wpisanie do Planu działań w sektorze zdrowia kryteriów wyboru projektów

↓

Wybór projektów

Każda z instytucji zarządzających regionalnym programem operacyjnym lub instytucji pośredniczących w uzgodnieniu z instytucją zarządzającą danego krajowego programu operacyjnego, będzie odpowiedzialna za przygotowanie projektu Planu działań w sektorze zdrowia dotyczącego danego programu operacyjnego.

W projekcie tym IZ/IP będą przedkładały Członkom Komitetu Sterującego informacje niezbędne do podjęcia decyzji dotyczącej uwzględnienia/nieuwzględnienia w Planie działań proponowanych przez IZ/IP:

1) projektów pozakonkursowych

2) kryteriów wyboru projektów konkursowych.

Informacje te obejmować będą między innymi uzasadnienie wyboru danego projektu pozakonkursowego lub konkursu w kontekście zmapowanych potrzeb zdrowotnych. Powyższa procedura umożliwi Członkom Komitetu Sterującego przeanalizowanie zasadności doboru dla danego konkursu lub projektu pozakonkursowego kryteriów oraz podjęcie decyzji o wyborze projektów pozakonkursowych i konkursów.

Zgodność z mapami potrzeb zdrowotnych jest elementem oceny proponowanych do Planu działań projektów inwestycyjnych realizowanych zarówno w trybie pozakonkursowym jak i konkursowym z EFRR. W przypadku inwestycji realizowanych na potrzeby POZ i AOS mapy potrzeb zdrowotnych będą wykorzystywane natychmiast po ich przyjęciu przez Ministerstwo Zdrowia.

Fiszki dla projektów pozakonkursowych będą przedkładały IZ/IP odpowiadające w programie operacyjnym za obszar zdrowia. Do fiszki pozakonkursowego projektu inwestycyjnego uwarunkowanego zgodnością z mapami potrzeb zdrowotnych, IZ/IP zobowiązana będzie (o ile dotyczy), dołączyć opinię właściwego wojewody o celowości realizacji inwestycji, o której mowa w art. 95d *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* lub w przypadku inwestycji realizowanych w zakresie Państwowego Ratownictwa Medycznego – Wojewódzki Plan Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego i mapę ogólnopolską.

Opinia wojewody wydawana będzie w odniesieniu do projektów pozakonkursowych i konkursowych dotyczących utworzenia nowego podmiotu leczniczego lub nowych jednostek podmiotu leczniczego, przy pomocy których ma być wykonywania działalność lecznicza w rodzaju lecznictwo szpitalne lub innych inwestycji/remontów w lecznictwie szpitalnym o wartości przekraczającej 3 miliony w ciągu 2 lat, a w przypadku podmiotów realizujących ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne inwestycji o wartości przekraczającej 2 miliony w ciągu 2 lat. Opinie taką wojewoda wydaje na podstawie mapy regionalnej potrzeb zdrowotnych, ustalonych priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, po zasięgnięciu opinii dyrektora właściwego oddziału NFZ.

Jeżeli ww. opinia właściwego wojewody o celowości realizacji inwestycji będzie negatywna lub w Wojewódzkim Planie Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego nie przewidziano inwestycji, projekt inwestycyjny, który jest uwarunkowany zgodnością z mapami potrzeb zdrowotnych, nie będzie mógł być ostatecznie przyjęty do Planu działań w sektorze zdrowia. W przypadku projektów dla których nie jest wymagana opinia wojewody o celowości realizacji danej inwestycji, Komitet Sterujący będzie podejmował rozstrzygnięcia dotyczące zgodności z mapami potrzeb tj. wpisania (lub nie) danego projektu pozakonkursowego do Planu działań, na podstawie analizy danych z innych źródeł (dostępne rejestry, ekspertyzy i inne opracowania). Ponadto należy podkreślić, że zgodnie ze wzorem fiszki, zostaną dostarczone przez IZ/IP informacje umożliwiające Członom Komitetu Sterującego ocenę zgodności danego projektu z mapami potrzeb zdrowotnych.

Ponadto Narodowy Fundusz Zdrowia oraz departament właściwy do spraw analiz i strategii Ministerstwa Zdrowia będzie opracowywał każdorazowo opinię w sprawie projektu pozakonkursowego oraz propozycji działań zgłoszonych przez IZ/IP do Planu działań w sektorze zdrowia. Niezwłocznie po sporządzeniu opinii, zostaną one przekazane do wiadomości właściwej instytucji zarządzającej/instytucji pośredniczącej, pozostałych członków Komitetu Sterującego, stałych obserwatorów oraz ich zastępców.

Wyjątki od zasady dotyczącej zgodności projektów infrastrukturalnych z mapami potrzeb zdrowotnych: [252]

- do czasu wprowadzenia właściwych map potrzeb zdrowotnych istnieje możliwość rozpoczynania inwestycji infrastrukturalnych w kontekście opieki koordynowanej, które mają na celu wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz środowiskowych form opieki. W tym przypadku Komitet Sterujący będzie podejmował decyzje oparte na diagnozie lub danych dostępnych w rejestrach, które umożliwią weryfikację zasadności ich realizacji;

- do czasu wprowadzenia właściwych map potrzeb zdrowotnych istnieje możliwość rozpoczynania inwestycji infrastrukturalnych w kontekście deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej, które mają na celu wzmocnienie geriatrii, opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej;

- istnieje możliwość realizacji inwestycji w zakresie ratownictwa medycznego, w odniesieniu do którego uznaje się Wojewódzkie Plany Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (WPDSPRM) za spełniające rolę i funkcjonalność map potrzeb zdrowotnych, pod warunkiem przygotowania skonsolidowanej mapy krajowej

[252] Zgodnie z kierunkowymi zasadami wyboru projektów wpisanymi do programów operacyjnych – wydatki ponoszone w ramach projektów dotyczących infrastruktury w zakresie opieki szpitalnej (w tym przygotowanie i ponoszenie w ich ramach wydatków) mogą być certyfikowane po wprowadzeniu map potrzeb w dziedzinie medycyny oraz rodzaju świadczeń zbieżnym tematycznie z zakresem danego projektu. W drodze wyjątku od warunku określonego w pkt.2, inwestycje dotyczące infrastruktury w kontekście opieki koordynowanej mające na celu wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz środowiskowych form opieki mogą być współfinansowane od razu po przyjęciu przez Komitet Sterujący Planu działań.

obejmującej istniejące i planowane jednostki systemu PRM, tj. SOR oraz centra urazowe, lądowiska i bazy LPR. Celem stworzenia mapy skonsolidowanej jest uzyskanie skutecznej koordynacji i spójności szesnastu regionalnych WPDSPRM.

Krok 4

Przyjęcie Planu działań w sektorze zdrowia stanowiącego Rekomendacje Komitetu Sterującego dotyczące wyboru projektów w trybie pozakonkursowym

oraz

dołączenie do Planu działań w sektorze zdrowia listy wybranych przez IZ/IP projektów konkursowych

Na podstawie zgromadzonych informacji, opinii, ekspertyz, Komitet Sterujący będzie weryfikował zgłaszane do Planu działań w sektorze zdrowia przez IZ/IP propozycje projektów i podejmował decyzje dotyczące wpisania ich do Planu działań. Należy podkreślić, iż w przypadku projektów pozakonkursowych informacje, które IZ/IP przedłoży w fiszce projektu, pozwolą na ocenę jego komplementarności z innymi planowanymi lub już wdrażanymi krajowymi inwestycjami, ocenę efektywności oraz jak już wspomniano ocenę zgodności z mapami potrzeb zdrowotnych. Stosowane będą narzędzia pomocnicze pozwalające na koordynację interwencji oraz zapobieganie nakładaniu się interwencji. W celu analizy komplementarności projektów realizowanych w trybie pozakonkursowym, będą przyjmowane przez Komitet Sterujący dokumenty uwzględniające programy, działania czy projekty finansowane z innych źródeł – ze środków krajowych (w tym w ramach konkursów na zadania finansowane ze środków publicznych) oraz środków europejskich (np. MF EOG i NMF). Natomiast w celu zapewnienia skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji ze środków UE przyjmowany będzie dokument przedstawiający informacje o zakontraktowanych świadczeniach zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Krok 5

Ostateczny wybór projektów pozakonkursowych i konkursowych do realizacji przez IZ i IP w oparciu o kryteria wyboru projektów przyjęte przez Komitet Monitorujący z uwzględnieniem rekomendacji Komitetu Sterującego dotyczących kryteriów wyboru projektów

Wybór projektów do dofinansowania będzie odbywał się na podstawie kryteriów zatwierdzonych przez komitet monitorujący właściwy dla każdego programu operacyjnego, w trybach i na zasadach określonych w *ustawie z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.*

Zarówno projekty pozakonkursowe jak i projekty wybrane w trybie konkursowym na podstawie rekomendowanych przez Komitet Sterujący kryteriów będą częścią Planu działań w sektorze zdrowia. Wykaz projektów wraz z dołączoną do planu działań listą projektów finansowanych z innych źródeł (np. z budżetu państwa, budżetu JST, ze środków SPPW lub MF EOG i NMF), będą stanowić punkt odniesienia podczas podejmowania decyzji przez Komitet Sterujący w następnych latach.

Uzgadnianie Planu działań w sektorze zdrowia oraz wydawanie wiążących rekomendacji dotyczących propozycji projektów pozakonkursowych oraz kryteriów wyboru projektów konkursowych będzie następowało w formie uchwały Komitetu Sterującego. Obrady Komitetu Sterującego będą nagrywane, a protokoły z posiedzeń Komitetu Sterującego przechowywane na potrzeby audytu.

Obecność w składzie Komitetu przedstawicieli instytucji zarządzających regionalnymi oraz krajowymi programami operacyjnymi gwarantuje sprawny przepływ informacji oraz przyczyni się do zapewnienia spójności zasad wdrażania projektów z zakresu ochrony zdrowia. W poszczególnych programach operacyjnych zawarte są zapisy zapewniające uwzględnienie rekomendacji Komitetu Sterującego przez Komitety Monitorujące. Niemniej, w uzasadnionych przypadkach, np. pilny termin posiedzenia Komitetu Monitorującego umożliwiający uruchomienie wsparcia, istnieje możliwość warunkowego przyjęcia do realizacji projektów w zakresie ochrony zdrowia. W takim przypadku projekty, które uzyskały warunkową zgodę Komitetu Monitorującego, muszą niezwłocznie uzyskać aprobatę Komitetu Sterującego w postaci potwierdzenia właściwymi rekomendacjami. W przypadku braku pozytywnej rekomendacji Komitetu Sterującego, wydatki ponoszone w ramach tych projektów nie podlegają certyfikacji.

7.2. Założenia systemu monitoringu i ewaluacji

Komitet Sterujący na bieżąco analizuje kwestie związane z ochroną zdrowia, w szczególności pod kątem zapewnienia skuteczności i efektywności podejmowanych interwencji ze środków UE, osiągania oczekiwanych rezultatów oraz wpływu realizacji Planów działań na cele Policy Paper, Umowy Partnerstwa i programów operacyjnych. Ocenę stopnia realizacji Planów działań umożliwia przyznanie Komitetowi Sterującemu uprawnienia do przeprowadzania/zlecania ich ewaluacji i wydawania na tej podstawie rekomendacji dla instytucji zarządzających programami operacyjnymi w części dotyczącej sektora zdrowia. Ponadto monitoring będzie opierał się na bieżącej analizie osiągania wskaźników rezultatu i produktu, o których mowa w rozdziale 7.4 oraz wskaźników kontekstowych – strategicznych (tabela 61).

Komitet Sterujący stanowi także forum współpracy i wymiany dobrych praktyk oraz pełni funkcje doradcze. W tym celu, jak też mając na uwadze harmonizację stosowanych zasad wydatkowania środków, obowiązujących standardów i tworzenie spójnych ram odniesienia, możliwe jest opracowywanie w ramach Komitetu rozwiązań służących monitorowaniu efektywności wdrażaniu środków funduszy strukturalnych w sektorze zdrowia, poprzez np. przygotowywanie opinii, rekomendacji, wytycznych czy podręczników.

Istotnym instrumentem w zakresie monitoringu i ewaluacji „Krajowych ram strategicznych. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020" jest możliwość zlecania przez MZ przeglądu jakości i zgodności podejmowanych działań finansowanych ze środków publicznych służących realizacji celów określonych w tym dokumencie. Raz w roku MZ przygotuje raport oceniający stan realizacji poszczególnych celów. Dodatkowo, na wniosek Komitetu Sterującego możliwe jest zlecanie badań ewaluacyjnych i ekspertyz w zakresie dotyczącym realizowanych celów. Ponadto, w 2018 r. zostanie przeprowadzony śródokresowy przegląd założeń „Krajowych Ram Strategicznych. 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.).

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 realizacji 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 Dokumencie 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 ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego.

„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 oraz ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego.

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 wskaźniki kontekstowe dla obszaru zdrowia zawarte w dokumentach strategicznych.

Tabela 61. 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***
Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia EHCI (pozycja w rankingu)		27**	wzrost
Liczba jednostek koncentratu krwinek czerwonych (KKCz) wydanych do lecznictwa na 1 000 osób	27,35	28,04	34,91
Liczba lekarzy dentystów na 1 tys. ludności (OECD Health Data)	0,33	0,34	wzrost
Liczba lekarzy na 1 tys. ludności (OECD Health Data)	2,16	2,19	wzrost
Liczba lekarzy na 10 tys. ludności (KSRR)	34,9	35,3	50,4
Liczba lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie geriatrii na 100 tys. ludności	0,60	0,66	1,5
Liczba pielęgniarek i położnych na 10 tys. ludności	61,2	62,9	65,7
Liczba pielęgniarek na 1 tys. ludności (OECD Health Data)	5,21	5,21	wzrost
Liczba położnych na 1 tys. ludności (OECD Health Data)	0,59	0,59	wzrost
Liczba przeszczepień narządów na 1 mln mieszkańców	34,96	38,17	57,5
Odsetek noworodków objętych badaniami przesiewowymi w kierunku rzadkich wad metabolizmu (%)	28,6	43,2	100
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
Przeciętne trwanie życia w zdrowiu mężczyzn (lata)	58,5	59, 1	69
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 1 000 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

* wartości docelowe, ** wartości dla 2012 r., *** Wskaźnik określony w DSRK 2030 dla roku docelowego 2030.

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

Na potrzeby realizacji wdrażania celów operacyjnych i narzędzi implementacji przyjęto wskaźniki produktu i rezultatu oraz zaplanowano ich wartości docelowo w roku 2023. W tabeli stanowiącej załącznik nr 7 do Policy paper, przyporządkowano do celów operacyjnych zaplanowane do monitorowania wskaźniki.

Poniżej przedstawiono wskaźniki dla realizacji narzędzi finansowanych z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja i Rozwój (PO WER) i Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 (PO IiŚ)

Program Operacyjny Wiedza Edukacja i Rozwój

Narzędzie 1: Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem, a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem – EFS

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/ strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.
Liczba opracowanych programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy	15	Liczba wdrożonych programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy	15
		Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym dofinansowanej w ramach EFS	65 000
Liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które zostały przeszkolone z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS	12 238	Liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które dzięki EFS podniosły swoje kompetencje z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS	10 403

Narzędzie 18: Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi) – EFS

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/ strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.
Liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte narzędziami deinstytucjonalizacji i opieki nad osobami zależnymi	40	Liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostały utworzone w ramach programu	400

Narzędzie 20: Działania projakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne – EFS

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/ strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą objętych wsparciem w programie	150	Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu	128

Narzędzie 21: Działania projakościowe dedykowane podmiotom świadczącym podstawową opiekę zdrowotną – EFS

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/ strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.
Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które zostały objęte działaniami projakościowymi w ramach programu	620	Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu	527

Narzędzie 22: Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK), służącej polepszeniu jakości i efektywności publicznych usług zdrowotnych (pilotaż nowej formy organizacji, procesu i rozwiązań technologicznych) – EFS

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/ strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.
Liczba podmiotów (koordynatorów procesu) wykonujących działalność leczniczą objętych pilotażem modelu opieki koordynowanej	45	Liczba podmiotów (koordynatorów procesu) wykonujących działalność leczniczą, które wdrożyły model opieki koordynowanej w ramach programu	45

Narzędzie 23: Stworzenie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych (poprawa jakości danych dotyczących m.in. informacji o stanie infrastruktury medycznej, rejestrach medycznych dedykowanych określonym jednostkom chorobowym oraz identyfikacja „białych plam" w opiece zdrowotnej) – EFS

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/ strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.
Liczba opracowanych analitycznych modeli sektorowych chorobowości w zakresie głównych grup chorób	30	Łączna liczba wdrożeń modeli analitycznych na rzecz ochrony zdrowia	528
Liczba opracowanych analitycznych modeli prognozowania chorobowości	1		
Liczba opracowanych analitycznych wielosektorowych modeli planowania zasobów i infrastruktury medycznej	1		
Liczba opracowanych modeli analizy danych w zakresie medycznego rynku pracy	1		

Narzędzie 24: Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących, służące poprawie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju zdolności analitycznych i audytu wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia – EFS

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/ strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.
Liczba pracowników administracji systemu ochrony zdrowia objętych wsparciem EFS w celu poprawy efektywności jego funkcjonowania	10 000	Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS podnieśli kompetencje w zakresie zarządzania i kontroli	9 000

Narzędzie 25: Działania na rzecz rozwoju dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia, poprzez m.in. wsparcie współpracy administracji systemu ochrony zdrowia z organizacjami pacjenckimi – EFS

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/ strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.
Liczba organizacji pozarządowych zajmujących się problematyką ochrony zdrowia objętych wsparciem w ramach programu	45	Liczba organizacji pozarządowych, które zostały włączone w proces konsultacji społecznych dotyczących działań podejmowanych przez administrację państwową w obszarze ochrony zdrowia	45

Narzędzie 32: Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej – EFS

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/ strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.
Liczba programów rozwojowych uczelni kształcących na kierunkach medycznych opracowanych dzięki wsparciu z EFS	42	Liczba wdrożonych programów rozwojowych na uczelniach kształcących na kierunkach medycznych opracowanych dzięki wsparciu z EFS	42

Narzędzie 33: Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków – EFS

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/ strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.
Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków EFS	12 500	Liczba osób, które dzięki wsparciu programu uzyskały uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej	10 625

Narzędzie 34: Kształcenie specjalizacyjne lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju – EFS

Narzędzie 35: Kształcenie podyplomowe lekarzy realizowane w innych formach niż specjalizacje w obszarach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy współpracujących z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej – EFS

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/ strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.
Liczba lekarzy objętych kształceniem podyplomowym w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno- demograficznymi	15 700	Liczba lekarzy, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kwalifikacje zawodowe w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	13 345

Narzędzie 36: Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi – EFS

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/ strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.
Liczba pielęgniarek i położnych objętych kształceniem podyplomowym w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	20 000	Liczba pielęgniarek i położnych, które po zakończeniu udziału w programie uzyskały kwalifikacje w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	17 000

Narzędzie 37: Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych – EFS

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/ strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.
Liczba przedstawicieli innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS zostali objęci wsparciem w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno- demograficznymi	7 200	Liczba przedstawicieli innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kompetencje zawodowe w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	6 120

Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014-2020

Narzędzie 6: Utworzenie nowych SOR powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie) – EFRR

Narzędzie 7: Wsparcie istniejących SOR, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie) – EFRR

Narzędzie 8: Modernizacja istniejących CU (roboty budowlane, doposażenie) – EFRR

Narzędzie 9: Utworzenie nowych CU (roboty budowlane, doposażenie) – EFRR

Narzędzie 10: Budowa lub remont całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie) – EFRR

Narzędzie 11: Wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (roboty budowlane, doposażenie) oraz wyposażenia śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy – EFRR

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/ strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.
Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	90	Średnia liczba osób przypadająca na SOR	152 tys.

Narzędzie 12: Wsparcie ponadregionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) – EFRR

Narzędzie 14: 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

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/ strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.
Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	43	Średni czas pobytu pacjenta na łóżkach leczniczych w Polsce.	6,3

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

Na potrzeby opracowania dokumentu „Krajowe ramy strategiczne. 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[253].

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, projekt będzie musiał przedstawiać adekwatność powyższych działań do aktualnej i prognozowanej sytuacji epidemiologiczno-demograficznej oraz do potrzeb wskazywanych przez płatnika. **W ten sposób do dofinansowania przyjęte będą wyłącznie projekty: uzasadnione z punktu widzenia potrzeb i deficytów w zakresie sytuacji epidemiologiczno-demograficznej oraz podaży usług zdrowotnych na danym obszarze, a także z punktu widzenia ich pozytywnego wpływu na racjonalne zasady gospodarowania i efektywność podmiotów leczniczych.**

Jak wynika z doświadczeń perspektywy finansowej 2007–2013, istotną barierą w realizacji wsparcia jakości w ochronie zdrowia było ograniczenie grupy potencjalnych odbiorców wyłącznie do kadry zarządzającej zakładami opieki zdrowotnej. Ze względu na wielowymiarowy i dynamiczny charakter zmian systemowych przyczyniających się do poprawy jakości w ochronie zdrowia, konieczne jest umożliwienie jak największej grupie osób zaangażowanych w prace systemu, obycia 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

[253] Analiza porównawcza dynamiki zjawisk w zakresie sytuacji zdrowotnej w regionach na tle deficytów podaży usług zdrowotnych, NIZP-PZH 2014

programu akredytacji dla szpitali, przy jednoczesnym wsparciu certyfikacji pozostałych obszarów świadczenia usług zdrowotnych, w tym przede wszystkim na poziomie POZ.

8. Ramy finansowe

Finansowanie wydatków na zdrowie w latach 2010–2014

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 domowych oraz wydatki związane z prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym[254].

W poniższej analizie wydatków na zdrowie uwzględniano dane dotyczące wysokości wydatków przeznaczonych na ten cel z budżetu państwa (ujętych w budżecie środków krajowych), JST oraz NFZ. W ramach wydatków NFZ wzięto pod uwagę koszty świadczeń zdrowotnych. Przedstawione dane pochodzą ze sprawozdań rocznych z wykonania budżetu państwa, sprawozdań z wykonania wydatków za IV kwartał JST w dziale ochrona zdrowia oraz sprawozdań z wykonania planu finansowego NFZ. W celu zachowania porównywalności danych w analizie wykonania wydatków na zdrowie w kończącej się perspektywie finansowej do analizy wzięto lata 2010–2014.

Tabela 62. Wydatki publiczne na zdrowie w PKB w latach 2010 – 2014

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014
Wydatki publiczne na zdrowie (w mld zł)	70,9	73,4	74,1	77,5	78,8
Dynamika wydatków na zdrowie % (rok do roku)	102,1	103,5	101,0	104,6	101,7
PKB (%)	103,0	104,3	101,9	101,6	103,4
PKB (w mld zł)	1 412,1	1 524,7	1 595,3	1 635,7	1 728,7
Inflacja (%)	102,0	104,3	103,7	101,6	100,0
Udział wydatków publicznych na zdrowie	5,0	4,8	4,6	4,7	4,6

Jednym z najważniejszych wskaźników dotyczących wielkości wydatków publicznych na zdrowie jest ich procentowy udział w PKB (tabela 62). We wskazanym okresie wydatki publiczne na zdrowie stanowiły średnio 4,7 % PKB. W ujęciu nominalnym wydatki publiczne na zdrowie wzrosły z 70 857,9 mln zł w roku 2010 do 78 830,0 mln zł w 2014 r., tj. o 11,1%, co roku średnio o 2,6%.

Wzrost wydatków na zdrowie w poszczególnych latach w porównaniu do dynamiki wzrostu cen oraz PKB przedstawia wykres 34.

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).

[254] B Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, *op.cit.*, s. 306.

Wykres 34. Wzrost wydatków na zdrowie w poszczególnych latach w porównaniu do dynamiki wzrostu cen oraz PKB

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

Wykres 35. Wydatki publiczne na zdrowie, w mld zł

Zintensyfikowane będą działania w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego. Bardzo ważne będzie zapewnienie odpowiedniej dostępności do świadczeń zdrowotnych w powiązaniu z wysokim poziomem udzielania tych świadczeń, co wymaga zmiany w sposobie finansowania opieki zdrowotnej oraz rozwiniętej i racjonalnie rozmieszczonej infrastruktury służby zdrowia.

Wypracowany i wdrożony zostanie taki system opieki zdrowotnej, który zapewniałby jego skuteczne funkcjonowanie w warunkach limitowanych możliwości finansowania z budżetu państwa. Konieczne jest opracowanie nowego modelu finansowania, uwzględniającego dopływ środków prywatnych. Przy konstruowaniu nowego systemu, będą uwzględniane przede wszystkim wyzwania demograficzne oraz choroby cywilizacyjne.

Wyzwania demograficzne to starzenie się społeczeństwa, czyli zmiana struktury wieku potencjalnych pacjentów i innych beneficjentów opieki zdrowotnej. Nacisk powinien zostać położony na te segmenty ochrony zdrowia, które będą sprzyjać realizacji polityki dzietności, przede wszystkim wsparcie programów leczenia bezpłodności, rozszerzenie zakresu i promocji badań prenatalnych, zapewnienie odpowiedniej opieki okołoporodowej oraz opieki nad matką i dzieckiem itd., a w związku z rosnącą długością życia – geriatrii, opieki długoterminowej i paliatywnej. Odpowiednio do zachodzących zmian demograficznych dostosowane zostaną kierunki i standardy kształcenia służb medycznych (w tym zachęty do studiowania na preferowanych kierunkach), prowadzące do zapewnienia odpowiedniej liczby geriatrów, czy w kontekście polityki stawiającej na dzietność, opieki zdrowotnej dla najmłodszych (obecnie w obu tych segmentach występują deficyty).

Zakłada się rozwój obszarów i środków zapobiegania i ograniczania, szczególnie wśród dzieci i młodzieży, narastającej zapadalności na takie choroby jak: cukrzyca, choroby psychiczne, ortopedyczne i będące skutkami uzależnień. Odbywać się to będzie przy współudziale opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w szkole. Kontynuowana będzie również realizacja priorytetu walki z nowotworami i chorobami krążenia.

Działania państwa nakierowane zostaną nie tylko na leczenie, ale przede wszystkim na profilaktykę i zapobieganie chorobom. Będą one obejmowały zwiększenie świadomości zdrowotnej i 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, dzięki czemu będzie mógł wykonywać i zlecać jedynie potrzebne procedury. Pozwoli touszczelnić i usprawnić system, który stanie się bardziej przejrzysty i funkcjonalny, a jednocześnie zwiększy się efektywność świadczenia usług zdrowotnych.

Priorytetowe zainteresowanie państwa dotyczy wzrostu zdolności do skutecznego reagowania w sytuacjach kryzysowych oraz eliminowania sytuacji mogących stwarzać lub stwarzających zagrożenie dla życia i zdrowia obywateli, tj. przede wszystkim doskonalenie i rozwijanie systemu reagowania kryzysowego. W związku z tym potrzebne będą: rozwój i doskonalenie ogniw tworzących system ratowniczy, w tym modernizacja wyposażenia, właściwy dobór i szkolenie kadr oraz stosowne do potrzeb finansowanie; rozwój i utrzymanie we właściwej sprawności systemów prognozowania, ostrzegania, alarmowania i powiadamiania. Wyspecjalizowane działania dotyczyć będą m.in. wdrażania planów zarządzania ryzykiem powodziowym.[255]

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 zdrowia. Przewidziano w niej zwiększenie nakładów publicznych w obszarze ochrony zdrowia do 6,1% PKB w 2020 r.

[255] SRK, s. 64–66.

Tabela 63. Podział wydatków na poszczególne kategorie oraz ich finansowanie ze środków publicznych

Rodzaj wydatków	2010				2011				2012				2013				2014			
	NFZ	BP	JST	razem	NFZ	BP	JST	razem	NFZ	BP	JST	razem	NFZ	BP	JST	razem	NFZ	BP	JST	razem
	w mln złotych																			
Podstawowa opieka zdrowotna	7 248,8			7 248,8	7 334,7			7 334,7	7 554,5			7 554,5	7 638,4			7 638,4	7 700,3			7 700,3
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	4 196,9		157,3	4 354,2	4 437,2		72,2	4 509,4	5 046,4		54,8	5 101,2	5 250,9		63,8	5 314,7	5 309,6		52,9	5 362,5
Leczenie szpitalne	26 905,7	289,5	1 421,8	28 617,0	27 552,1	607,0	1 367,8	29 526,9	29 437,1	548,6	1 142,9	31 128,6	30 558,8	485,7	1 118,9	32 163,4	30 362,2	560,3	965,0	31 887,5
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1953,8	39,3	126,5	2 119,6	2 015,2	38,2	68,0	2121,4	2 158,6	40,8	42,5	2 241,9	2 239,6	40,7	50,2	2 330,5	2 324,7	39,8	44,5	2 409,0
Rehabilitacja oraz leczenie uzdrowiskowe	2 305,5		9,1	2 314,6	2 390,7		2,9	2 393,6	2 581,5		11,8	2 593,3	2 675,6		23,2	2 698,8	2 705,4		9,4	2 714,9
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	1 352,2	10,5	13,0	1 375,7	1 430,5	10,4	17,9	1 458,8	1 462,5	9,5	20,0	1 492,1
Leczenie stomatologiczne	1 689,3		2,3	1 691,6	1 710,3		2,2	1 712,5	1 771,4		2,0	1 773,4	1 773,1		2,2	1 775,3	1 795,1		2,5	1 797,6
Ratownictwo medyczne*	1 761,9	2 102,3	12,5	3 876,7	1 794,6	1 842,6	30,2	3 667,4	1 867,4	1 921,3	6,7	3 795,4	1 878,1	1 942,4	9,8	3 830,3	1 886,4	1 941,1	11,0	3 838,5
Profilaktyka	130,9	788,6	735,4	1654,9	146,7	815,5	748,9	1711,1	151,8	925,3	760,9	1 838,0	152,5	913,5	769,2	1 835,2	175,7	829,6	769,2	1 774,5
Refundacja (leków, wyrobów medycznych itp.)**	8 774,3			8 774,3	9 152,2			9 152,2	7 128,4			7 128,4	7 183,8			7 183,8	8 016,9			8 016,9
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	1564,2	324,0	0,1	1 888,3	1 661,1	373,8	0,1	2 035,0	1 707,6	318,2	0,1	2 025,9
Pozostałe	589,9	3 314,7	1 372,2	5 276,8	623,8	3 868,2	1 683,3	6 175,3	668,2	3 468,9	1 398,5	5 535,6	1 470,1	3 763,9	1 713,1	6 947,1	2 037,2	3 604,9	1 765,7	7 407,8
Medycyna pracy		1,0	91,0	92,0		0,9	87,5	88,4		1,1	81,9	83,0		1,3	86,5	87,8		1,2	78,7	79,9
Staże, specjalizacje medyczne oraz dotacja dydaktyczna***		1 286,9		1 286,9		1 997,9		1 997,9		2 038,8		2 038,8		2 243,9		2 243,9		2 322,8		2 322,8
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	61 281,7	9 279,3	3 515,1	74 076,1	63 912,5	9 775,6	3 854,9	77 543,0	65 483,7	9 627,3	3 719,0	78 830,0

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

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

**** w tym staże podyplomowe lekarzy i pielęgniarek od 2009 r. wypłacane ze srodków Funduszu Pracy

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

Zgodnie z wytycznymi ministra finansów dotyczącymi stosowania jednakowych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw (aktualizacja – maj 2015 r.) scenariusz realnego wzrostu PKB oraz średnioroczna dynamika wzrostu cen towarów i usług na lata 2014–2020 przedstawia tabela 64.

Tabela 64. Wzrost PKB oraz średnioroczna dynamika wzrostu cen towarów i usług na lata 2014-2020

Wyszczególnienie	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PKB dynamika (%)	103,4	103,4	103,8	103,9	104,0	103,9	103,8
PKB w mld zł	1 728,7	1 796,5	1 888,3	1 995,0	2 125,3	bd	bd
CPI (%)	100,0	99,8	101,7	101,8	102,5	102,5	102,5

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 65.

Tabela 65. Kształtowanie się wydatków publicznych na zdrowie

Rok	Przewidywana wielkośc wydatków publicznych na zdrowie (w mld zł)
2015	86,2
2016	90,6
2017	95,8
2018	102,0
2019	111,7
2020	118,1

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 (WPFP), w części dotyczącej działań rozwojowych – dokument ten stanowi odzwierciedlenie priorytetów i głównych kierunków interwencji SRK oraz realizujących je strategii zintegrowanych w perspektywie wieloletniej. W Wieloletnim planie finansowym państwa na realizację zadań w ramach funkcji 20 – Zdrowie, planuje się przeznaczyć z budżetu państwa łącznie w latach 2015–2018 kwotę 45,3 mld zł.

Wieloletni Program Finansowy Państwa jest dokumentem strategicznym, tworzonym na podstawie art. 104 ust. 1 pkt 2 *ustawy o finansach publicznych* (Dz. U. z 2013 r. poz. 885 z późn. zm.). WPFP zawiera Program konwergencji oraz określenie celów głównych funkcji państwa wraz z miernikami stopniach realizacji. Coroczna aktualizacja Programu

konwergencji przedstawia średniookresową prognozę sytuacji gospodarczej Polski oraz stan finansów publicznych uwzględniając aktualne wyzwania. W WPFP na lata 2015-2018 jako priorytet w zakresie ochrony zdrowia wskazano zapewnienie trwałego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń ratujących życie. Planowane działania obejmują również działania zwiększające dostępność leczenia, w tym przede wszystkim pakiety działań znoszących limity w leczeniu onkologicznym, a także umożliwiających skrócenie kolejek w ramach pozostałych specjalizacji.

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 zwalczania chorób nowotworowych.
2. Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej.
3. Przebudowa i rozbudowa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.
4. Wieloletni Program medyczny rozbudowy i przebudowy Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy.
5. Nowa siedziba Szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim.
6. Przebudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie.
7. Szpital Pediatryczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie.
8. Budowa Centrum Medycyny Nieinwazyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

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 2015 r. przewiduje się realizację 13 programów zdrowotnych, z których większość będzie kontynuowana w następnych latach.

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 z EFRR zaplanowano ponad 468 mln euro (rozdział 6.2, narzędzia 6–12, 15), a w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój z EFS około 400 mln euro (rozdział 6.2 narzędzia 1, 18, 20–25, 32–37) na finansowanie priorytetowych działań w ochronie zdrowia.

Środki europejskie na realizację priorytetowych dla danego regionu działań w ochronie zdrowia (rozdział 6.2 narzędzia 2–5, 13, 14, 16-19, 26, 27, 31) 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.

Działanie zmierzające do stabilizacji systemu finansowania wydatków na zdrowie

W celu przeciwdziałania sytuacji ekonomicznej, która miałaby negatywny wpływ na budżet państwa, a tym samym na wysokość wydatków na zdrowie, wprowadzona została stabilizująca reguła wydatkowa, której stosowanie od 1 stycznia 2015 roku jest wiążące. Reguła wydatkowa obejmuje ok. 90% wydatków sektora instytucji rządowych i samorządowych, które podzielone są na dwie grupy. Pierwsza obejmuje budżet państwa, Fundusz Ubezpieczeń Społecznych, Fundusz Pracy, Fundusz Emerytalno – Rentowy, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz fundusze utworzone, powierzone lub przekazane Bankowi Gospodarstwa Krajowego. Drugą grupę instytucji objętych regułą wydatkową stanowią: Narodowy Fundusz Zdrowia oraz jednostki samorządu terytorialnego i ich związki, o których mowa w art. 139 ust. 2 ustawy o finansach publicznych.

Prawnie wiążący limit wydatkowy na dany rok stanowi ogół wydatków pomniejszony o prognozowane wydatki jednostek z grupy drugiej, do której należą wydatki NFZ. Oznacza to, że w przypadku, gdy prognozy będą wskazywały na szybszy wzrost wydatków Funduszu, niż wynikałoby to z reguły wydatkowej, to ciężar dostosowania będą musiały ponieść jednostki zaliczane do grupy pierwszej.

Nieprzekraczalny limit wydatków ma charakter zagregowany, co oznacza, że ewentualny, niemający pokrycia w składce zdrowotnej wzrost wydatków na opiekę zdrowotną do planowanych 6,1% PKB jest możliwy, jednakże musi wówczas znaleźć odzwierciedlenie w odpowiednim ograniczeniu innych wydatków publicznych, aby w ten sposób nie dopuścić do pogorszenia sytuacji polskich finansów publicznych.

Klauzule wyjścia, które zezwalają na zawieszenie reguły wydatkowej, są przewidziane jedynie w razie ogłoszenia stanu wojennego, wyjątkowego albo klęski żywiołowej na całym terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Nieprzestrzeganie reguły wydatkowej wiąże się z takimi samymi konsekwencjami, jak złamanie ustawy o finansach publicznych.

W stosunku do roku 2009, w którym Polska została objęta procedurą nadmiernego deficytu, istotnemu ograniczeniu uległy czynniki ryzyka mogące mieć wpływ na destabilizację polskich finansów publicznych. Jednakże w związku ze zmianami demograficznymi pojawiły się nowe wyzwania, które mogą mieć wpływ na finanse publiczne w długim okresie. W celu monitorowania stabilności fiskalnej krajów członkowskich Komisja Europejska i grupa robocza do spraw starzenia się ludności (AWG) działające przy Komitecie Polityki Gospodarczej (EPC) przygotowują raz na trzy lata długookresowe prognozy wydatków sektora instytucji rządowych i samorządowych związanych ze starzeniem się ludności, publikowane w Ageing Report. Między innymi na ich podstawie, w celu oceny stabilności fiskalnej, liczone są wskaźniki obrazujące napięcie fiskalne, odpowiednio w średnim okresie – obecnie do 2030 r. (wskaźnik S1) oraz długim – nieskończonym horyzoncie czasowym (wskaźnik S2). Podczas ostatniej oceny, zarówno w średnim, jak i długim horyzoncie czasowym Polska została zakwalifikowana do krajów o średnim poziomie ryzyka. Szacunki Komisji Europejskiej ze stycznia 2014 roku wskazują na relatywnie korzystną sytuację Polski na tle innych krajów europejskich. Wskaźnik S1 ukształtował się na poziomie 0,7% PKB (wobec średniej unijnej wynoszącej 1,3% PKB), co oznacza, że aby w 2030 roku dług sektora instytucji rządowych i samorządowych wyniósł w Polsce 60% PB, do 2030 roku konieczna jest sumaryczna poprawa pierwotnego wyniku strukturalnego o 0,7% PKB.

Wskaźnik S2 oszacowano na poziomie 2,7% PKB (średnia unijna 4,0% PKB). Oznacza to, że aby finanse publiczne Polski były zrównoważone w nieskończonym horyzoncie czasowym, musiałoby nastąpić jednorazowe dostosowanie w wysokości 2,7% PKB. Dostosowanie to jest związane zarówno z komponentem dotyczącym początkowej pozycji budżetowej (1,5 pkt. proc.), jak i komponentem dotyczącym kosztów starzenia (1,2 pkt. proc), z czego dodatkowe koszty wynikać mają ze wzrostu kosztów opieki długoterminowej i zdrowotnej (2,0 pkt. proc.), skorygowanych o ujemny subkomponent dotyczący kosztów emerytur (-0,8 pkt. proc).

Polska zamierza wyjść z procedury nadmiernego deficytu w 2016 roku, biorąc pod uwagę planowane wielkości w 2015 roku. Oznacza to, że 2014 r. jest ostatnim, w którym deficyt sektora przekracza 3% PKB (prognozuje się, że wyniesie on 3,3% PKB). W kolejnych latach deficyt będzie ulegał dalszemu zmniejszeniu, w związku z wprowadzeniem stabilizującej reguły wydatkowej, której celem jest ukształtowanie wyniku sektora na poziomie średniookresowego celu budżetowego (MTO ang. medium-term objective równego 1% PKB). W efekcie poprawie ulegnie początkowa pozycja budżetowa, co będzie działało w kierunku obniżenia koniecznego dostosowania i może przyczynić się do zakwalifikowania Polski do krajów o niskim poziomie ryzyka zarówno w średnim, jak i długim okresie.

Ponadto, wprowadzone zmiany w ramach polityki fiskalnej będą minimalizować ryzyko ponownego powiększenia nierównowagi finansów publicznych w Polsce. Wprowadzona reguła wydatkowa będzie działała stabilizująco na finanse publiczne w średnim i długim okresie oraz będzie korygowała ewentualne nierównowagi, minimalizując jednocześnie ryzyko nadmiernego zaostrzenia polityki fiskalnej. Istotne jest, jak już wspomniano powyżej, że wiążący limit stabilizującej reguły wydatkowej jest wyznaczany na podstawie kwoty wydatków dla wszystkich podmiotów objętych zakresem reguły po uwzględnieniu kosztów NFZ oraz wydatków jednostek samorządu terytorialnego. Reguła nie ogranicza zatem wydatków na opiekę zdrowotną, a jedynie poprzez ograniczenie innych kategorii wydatków, ma na celu zapewnić stabilność finansów publicznych.

W odniesieniu do jednostek samorządu terytorialnego od 2011 roku obowiązuje reguła co najmniej zrównoważonego wyniku bieżącego budżetu samorządowego, a od 2014 roku – indywidualne limity zadłużenia. Reguły te mają na celu ograniczenie ryzyka nadmiernego zadłużania się lub utraty płynności jednostek samorządu terytorialnego przy jednoczesnym ułatwieniu pozyskiwania środków unijnych przez JST szczególnie na projekty przynoszące dochód.

Poza zasadami określającymi kształtowanie się wydatków na poziomie całego sektora finansów publicznych, sposób i zasady finansowania wydatków na ochronę zdrowia określa *ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Przepisy ustawy dotyczące gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia określają wymogi dotyczące planu finansowego Funduszu. Zgodnie z nimi plan NFZ musi być zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów. Ponadto, planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki NFZ nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla danego oddziału w roku poprzednim, zaplanowanych w planie finansowym.

Prezes NFZ w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia sporządza coroczną prognozę przychodów na kolejne 3 lata. Na tej podstawie oraz na podstawie informacji przez poszczególne oddziały Prezes NFZ sporządza coroczną prognozę kosztów na kolejne 3 lata. Prognozy te stanowią podstawę do sporządzenia planów finansowych na rok następny.

Prognoza stanowiąca podstawę do sporządzenia projektu planu finansowego na rok 2015 przedstawiono poniżej.

Tabela 66. Prognoza przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2014-2017

Rok	Łącznie (ZUS +KRUS) (tys. zł)	ZUS (tys. zł)	KRUS (tys. zł)	Wzrost (%)
2014 *	64 302 927	61 054 203	3 248 724	
2015 **	66 851 769	63 563 365	3 288 404	4,0%
2016 ***	70 363 509	66 972 280	66 972 280	5,3%
2017 ***	74 348 097	70 879 093	3 469 004	5,7%

*plan finansowy NFZ na rok 2014 z dn. 30.12.2014 r.,
**plan finansowy NFZ na rok 2015 z dn. 27.11.2014 r.,
*** Prognoza przychodów NFZ ze składek na lata 2015- 2017 z dn. 28.07.2014 r.

Tabela 67. Łączne przychody NFZ w latach 2015 – 2017 (ze wszystkich źródeł)

Rok	Przychody ogółem (w tys. zł)	Wzrost przychodów rok do roku (w proc)
Plan na 2014 *	66 909 138	
Plan 2015**	69 669 953	104,13
2016***	73 001 533	104,78
2017***	77 016 121	105,50

*plan finansowy NFZ na rok 2014 z dn. 30.12.2014 r.
**plan finansowy NFZ na rok 2015 z dn. 27.11.2014 r.
*** Prognoza przychodów NFZ ze składek na lata 2015-2017 z dn. 28.07.2014 r.

Wymienione przepisy gwarantują co najmniej taki sam poziom wydatków NFZ na świadczenia zdrowotne, jednocześnie uwzględniając bieżącą sytuację mającą wpływ na wysokość przychodów, z których świadczenia te są finansowane.

Podsumowując, przedstawione powyżej działania pozwalają ograniczyć ryzyko destabilizacji sektora finansów publicznych oraz nadmiernego wzrostu wydatków publicznych i deficytu, zachowując jednocześnie możliwość zwiększenia wydatków na opiekę zdrowotną i gwarantując, że ich poziom nie będzie się zmniejszał. Biorąc pod uwagę przewidywane tempo wzrostu PKB oraz stały udział wydatków na zdrowie możliwe jest osiągnięcie w 2020 roku poziomu wydatków na zdrowie w wysokości określonej w średniookresowej Strategii Rozwoju Kraju (W SRK 2020 przewidziano zwiększenie nakładów publicznych w obszarze ochrony zdrowia do 6,1% PKB w 2020 r.)

Kierunki zmian finansowania wydatków na zdrowie

W bieżącym rozdziale oraz w rozdziale 3.2.2 przedstawiono ogólny dotychczasowy poziom oraz strukturę wydatków publicznych na zdrowie. Dokument poza przewidywaniami dotyczącymi przyszłego poziomu tych wydatków zawiera również planowane zmiany dotyczące organizacji funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (rozdział 6.3.2.) , a co za tym idzie zmian w poziomie finansowania poszczególnych usług medycznych, kierując się efektywną pod względem kosztów koncentracją środków na priorytetowe potrzeby opieki zdrowotnej.

Podstawowe, opisane w Policy Paper zmiany w zakresie organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia zmierzają w kierunku zwiększenia roli podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Zgodnie ze wskazanym powyżej kierunkiem zmian Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia 17 grudnia 2014 r. podpisał zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Nr 86/2014/DSOZ), zgodnie z którym nastąpiło m. in. zwiększenie stawki kapitacyjnej o 40 zł za pacjenta, wprowadzenie 2 poziomów finansowania motywacyjnego oraz wprowadzenie nowego wskaźnika korygującego w grupie wiekowej 40-65 lat.Główne zmiany wprowadzone w tym zarządzeniu dotyczące finansowania POZ, w efekcie spowodują jego wzrost o 1 080 mld zł w roku 2015 tj. ok. 14% wartości z 2014 r.

Wprowadzone zmiany dostosowują zarządzenie do obowiązujących aktów prawnych, w szczególności do znowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz wydanego na jej podstawie *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie z sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej*. (Dz. U. poz. 1440). 7 stycznia 2015 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia podpisał kolejne zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Nr 3/2015/DSOZ), którego efektem jest jeszcze wzrost finansowania POZ.

Na koniec maja 2015 r. plan finansowy NFZ (po zmianach) przewidywał kwotę 8 218 037 tys. zł na świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jednakże przewidywane przez NFZ wykonanie jest większe i zakłada wzrost do 8 880 611 tys. zł.

Zmiany finansowania znajdą swoje odzwierciedlenie także w planie finansowym NFZ na 2016 r. Zmiany struktury finansowania będą wprowadzane stopniowo przy jednoczesnym uwzględnieniu konieczności zapewnienia bezpieczeństwa dla pacjentów leczonych nie tylko w ramach POZ. Docelowo, trwałe zmiany w budżecie NFZ nastąpią w wyniku wdrażanych reform, których celem jest poprawa efektywności w ochronie zdrowia poprzez wprowadzenie zasady subsydiarności tj. leczenia w pierwszej kolejności na możliwie najniższym szczeblu lecznictwa.

Wartości prognoz kosztów na lata 2016 – 2018, które są aktualnie przedmiotem ustaleń pomiędzy MZ, MF i NFZ, w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej prezentuje tabela poniżej.

Tabela 68. Wartość prognoz na lata 2016-2018

Poz.	Wyszczególnienie	Plan* finansowy na 2014 rok [tys. zł]	Plan finansowy** na rok 2015 [tys. zł]	Prognoza*** na rok 2016 [tys. zł]	Prognoza*** na rok 2017 [tys. zł]	Prognoza*** na rok 2018 [tys. zł]
1	2	3	4	5	6	7
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	7 707 818	8 218 037	9 349 821	9 530 254	9 902 937
	dynamika wzrostu względem roku poprzedniego		***6,62%***	***13,77%***	***1,93%***	***3,91%***
	dynamika wzrostu względem roku 2014		***6,62%***	***6,62%***	***23,64%***	***28,48%***

* z dnia 31 grudnia 2014 r.

** z dnia 28 maja 2015 r

*** projekt prognozy z dnia 9 czerwca 2015 r., planowana data zatwierdzenia – 15 czerwca 2015 r.

Poniższy wykres obrazuje zmianę nakładów na poszczególne rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej w NFZ w roku 2016 w porównaniu do roku 2015:

Wykres 36. Zmiana nakładów na poszczególne rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej w OW NFZ w roku 2016 w porównaniu do roku 2015

Innym kierunkiem zmian w ochronie zdrowia jest zintensyfikowanie działań zmierzających do podniesienia poziomu profilaktyki i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu. Przygotowany przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej „Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu", który został przyjęty przez Radę Ministrów 12 sierpnia 2014 roku zawiera plan finansowy prezentujący wysokość wydatków na poszczególne działania. Plan ten został oparty na planach budżetu państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego i funduszy celowych na rok 2014. Wydatki na lata kolejne zaplanowano na niezmniejszonym poziomie. Podstawę opracowania ww. planu stanowiły również wydatki przyjętych planów wieloletnich. Na podstawie zatwierdzonych planów budżetowych na rok 2014 oraz planowanych wydatków w kolejnych latach wydatki na działania opisane w Programie wyniosą w latach 2014–2020 180 228 744 tys. zł, to jest blisko 25 747 000 tys. zł rocznie. Z tej kwoty 111 755 579 tys. zł będzie pochodziło ze środków budżetu państwa, 58 431 778 tys. zł ze środków samorządowych, 4 726 982 tys. zł z funduszy celowych, 3 353 441 tys. zł ze środków prywatnych. Ze środków tych 21 901 966 tys. zł planuje się w latach 2014-2020 przeznaczyć na finansowanie realizacji Priorytetu IV Programu „Bezpieczeństwo i aktywność osób starszych".

Zmiany demograficzne i starzenie się społeczeństwa wpłynęły także na wdrożenie działań wprowadzających zmiany w alokacji kosztów opieki zdrowotnej, polegające na skierowaniu dodatkowego strumienia środków przeznaczonego na opiekę nad osobami starszymi. Tendencja ta ma już swoje odzwierciedlenie w wydatkach NFZ. Wartość umów w zakresie opieki geriatrycznej uległa zwiększeniu z kwoty 44,7 mln. zł w roku 2009 do kwoty 63,3 mln. zł w roku 2013. W 2014 roku NFZ na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie geriatrii, zawarł umowy na łączną kwotę 60 mln. zł.

Poza zmianami w finansowaniu opieki zdrowotnej spowodowanymi zmianą kierunków alokacji wydatków stanowiącą odzwierciedlenie przyjętych priorytetów w zakresie ochrony zdrowia, ważnym elementem systemu finansowania jest ocena efektywności finansowania poszczególnych działań.

Przeprowadzona ekspertyza pod nazwą „Koszty utraconej produktywności z powodu chorób w Polsce z uwzględnieniem wpływu na rynek pracy i na gospodarkę" wykazała, że największe koszty utraconej produktywności generują takie grupy chorobowe jak: choroby układu krążenia (17,5% ogółu kosztów), choroby układu kostno – mięśniowego i tkanki łącznej (9,6%), zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (9,5%), urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (9,4%), nowotwory (8,8%) oraz choroby układu oddechowego (7,4%). Leczenie i technologie medyczne, które przyczyniają się do zmniejszenia całkowitych kosztów opieki nad osobami zagrożonymi zachorowaniem

na niektóre z ww. grup chorób, objęte są dodatkowym finansowaniem w ramach programów profilaktyki zdrowotnej Ministra Zdrowia.

Dla programów zdrowotnych (od 1 stycznia 2015 r. dla programów polityki zdrowotnej) zgodnie z przepisami *zarządzania Ministra Zdrowia z 11 marca 2010 roku w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych* (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2010 r., Nr 4 poz. 32), dla wnioskowanego do uruchomienia programu zdrowotnego należy przedstawić efektywność ekonomiczną programu czyli skutki finansowe jego wdrożenia, jakich spodziewamy się po zrealizowaniu programu. Dalsza ocena pod kątem efektywności kosztowej przeprowadzana jest przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Ocenie efektywności podlegają również kwestie związane z refundacją poszczególnych technologii lekowych. Zgodnie z zapisami *ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* (Dz.U. Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), Minister Zdrowia podejmując decyzje w przedmiocie refundacji produktów leczniczych ma na uwadze uzyskanie jak największych efektów zdrowotnych w ramach dostępnych środków publicznych, uwzględniając jednocześnie szereg pomocniczych, ale nie restrykcyjnych kryteriów:

- stanowisko Komisji Ekonomicznej;
- rekomendację Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- istotność stanu klinicznego, którego dotyczy wniosek o objęcie refundacją;
- skuteczność kliniczną i praktyczną;
- bezpieczeństwo stosowania;
- relację korzyści zdrowotnych do ryzyka stosowania;
- stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych dotychczas refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, w porównaniu z wnioskowanym;
- konkurencyjność cenową;
- wpływ na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorców;
- istnienie alternatywnej technologii medycznej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach, oraz jej efektywności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania;
- wiarygodność i precyzję oszacowań kryteriów, o których mowa w pkt 3-10;
- priorytety zdrowotne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31a ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- wysokość progu kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość, ustalonego w wysokości trzykrotności PKB na jednego mieszkańca, o którym mowa w art. 6 ust. 1 *ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto* (Dz.U. Nr 114, poz. 1188 oraz z 2009 r. Nr 98, poz. 817), a w przypadku braku możliwości wyznaczenia tego kosztu – koszt uzyskania dodatkowego roku życia

- biorąc pod uwagę inne możliwe do zastosowania w danym stanie klinicznym procedury medyczne, które mogą być zastąpione przez wnioskowany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny.

Wymienione wyżej kryteria gwarantują realizację postulatu dotyczącego dofinansowania leczenia oraz tych technologii medycznych, które przyczyniają się do zmniejszenia całkowitych kosztów opieki, biorąc pod uwagę koszty pośrednie.

Tabela 69.

Lp	Program	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	ogółem
		w tys. zł.							
1	Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych	250 00	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	Narodowa 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	Budowa Centrum Medycyny Nieinwazyjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego		21 619	67 296	98 410	200 500	64 345	141 830	**594 000**
9	Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce	272 780	272 787	221 729					**767 296**
10	Narodowy program leczenia hemofilii i pokrewne skazy krwotoczne na lata 2012-2018	296 892	179 694	295 506	318 516	343 536			**1 434 144**
11	Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych	12 862	9 000	18 100	17 100	17 100	17 100	17 100	**108 362**
12	Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo – naczyniowego	13 344	15 929	16 487					**45 760**
13	Program psychiatrycznej oopieki zdrowotnej	0	200						**200**
14	Program badań przesiewowych noworodków w Polsce	19 877	22 772	25 266	29 578	31 235			**128 728**
15	Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków	1 320	1 500	1 468	1 503				**5 791**
16	Narodowy program ochrony antybiotyków w Polsce	632	1 500						**2 132**
17	Program monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej	200	300			Razem: 5.619.954			**500**
18	Krajowy program zmniejszania umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc przez tworzenie pododdziałów nieinwazyjnych wentylacji (PWN)	0	495						**495**
19	Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013-2016	79 885	85 900						**165 785**

Wykaz najważniejszych skrótów:

AOS – Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

AUS – Abonenckie usługi specjalne

AOTMiT – Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

BAC – Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa

CDSS – Clinical Decision Support Systems

CIG – Computer Interpretable Guidelines

CKPPiP – Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

CMKP – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

COK – Centralny Ośrodek Koordynujący

CSIOZ – Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

CT – Computer tomography

CU – Centrum Urazowe

DICOM – Digital Imaging and Communications In Medicine

DRG – Diagnosis related groups

DSRK – Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju. Polska 2030. Trzecia Fala Nowoczesności

EDM – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

EFRR – Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego

EFS – Europejski Fundusz Społeczny

EHIS – European Health Interview Survey

EKG – Elektrokardiografia

EMS – Emergency Medical Service

eWUŚ – System Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców

GUS – Główny Urząd Statystyczny

HBV – Hepatitis B virus

HCV – Hepatitis C virus

HDI – Human Development Index

HEMS – Helicopter Emergency Medical Service

HIS – Hospital Information System

HIV – Human immunodeficiency virus

HLY – Healthy Life Years

ICT – Information and communications technology

IKP – Internetowe Konto Pacjenta

JCI – Joint Commission International

JGP – Jednorodne grupy pacjentów

JST – Jednostka samorządu terytorialnego

KAOS – Kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna

KRUS – Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

KSRR – Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie

KTG – Kardiotokografia

L-DEK – Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy

L-DEP – Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy

LEK – Lekarski Egzamin Końcowy

LEP – Lekarski Egzamin Państwowy

LPR – Lotnicze Pogotowie Ratunkowe

MF EOG – Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego

MPiPS – Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

MRI – Magnetic resonance imaging

MZ – Ministerstwo Zdrowia

NCBiR – Narodowe Centrum Badań i Rozwoju

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NIK – Najwyższa Izba Kontroli

NIZP-PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

NMF – Norweski Mechanizm Finansowy

NPZ – Narodowy Program Zdrowia 2007-2015

OOK – organizacja opieki koordynowanej

OPUZ – Otwarta Platforma Ubezpieczeń Zdrowotnych

PBP – Program badań przesiewowych

PET – Positron emission tomography

PIOZ – Program Informatyzacji Ochrony Zdrowia

PKB – Produkt Krajowy Brutto

PO IG – Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka

PO IiŚ – Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko

PO KL – Program Operacyjny Kapitał Ludzki

POChP – Przewlekła obturacyjna choroba płuc

PO IG – Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka

PO PC – Program Operacyjny Polska Cyfrowa

PO WER – Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020

POZ – Podstawowa opieka zdrowotna

PRM – Państwowe Ratownictwo Medyczne

Projekt P1 – Projekt Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych

Projekt P2 – Projekt Platforma udostępniania on-line usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych

ROPS – Regionalne Ośrodki Polityki Społecznej

RP – Rzeczpospolita Polska

RPO – Regionalne Programy Operacyjne

RTG – Rentgenografia

RUM – Rejestr Usług Medycznych

SIEG – Strategia Innowacyjności i Efektywności Gospodarki „Dynamiczna Polska 2020"

SIM – System Informacji Medycznej

SIMP – System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki

SIR – System Informatyczny Rezydentur

SIZW – Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia

SNOMED CT – Systematized Nomenclature Of Medicine Clinical Terms

SOR – Szpitalny oddział ratunkowy

SPPW – Szwajcarsko-Polski Program Współpracy

SPZOZ – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

SRK – Strategia Rozwoju Kraju 2020

SRKL – Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego

SSP – Strategia „Sprawne Państwo"

UE – Unia Europejska

UKG – Ultrasonokardiografia

USG – Ultrasonografia

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia

ZOL – Zakład opiekuńczo-leczniczy

ZPO – Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy

ZRM – Zespół Ratownictwa Medycznego

ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Spis załączników:

Załącznik nr 1 – Analiza zbiorcza sytuacji zdrowotnej w województwach na tle podaży usług zdrowotnych

Załącznik nr 2 – Chorobowość i umieralność wg grup wiekowych i grup chorób

Załącznik nr 3 – Infrastruktura opieki psychiatrycznej

Załącznik nr 4 – Dynamika nasycenia aparaturą medyczną

Załącznik nr 5 – Ochrona zdrowia w strategiach krajowych i wojewódzkich

Załącznik nr 6 – Matryca logiczna celów operacyjnych i narzędzi implementacji

Załącznik nr 7 – Wskaźniki realizacji celów operacyjnych i narzędzi implementacyjnych

Załącznik nr 8 – Wysokość kontraktów NFZ zawartych na udzielanie świadczeń w SOR

Załącznik nr 1 Analiza zbiorcza sytuacji zdrowotnej w województwach na tle podaży usług zdrowotnych[1]

W załączniku przedstawiono dla każdego województwa zestawienie parametrów reprezentujących analizowane obszary sytuacji w województwach w postaci wykresów pudełkowych tzw. boxplotów[2]. Każdy z analizowanych parametrów w województwie przedstawiono w odniesieniu do jego wielkości we wszystkich województwach oraz w połowie (50%) województw centralnych ze względu na wartość parametru, a także w odniesieniu do mediany dla całego kraju. Poszczególne elementy oceny odnoszą się do:

1) stanu zdrowia (umieralność i chorobowość hospitalizowana według wybranych rozpoznań i 3 grup wieku), uczestnictwa w programach polityki zdrowotnej (program profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi),
2) infrastruktury podmiotów wykonujących świadczenia zdrowotne,
3) wyposażenia w aparaturę wysokospecjalistyczną,
4) kadry – przedstawiono wskaźniki liczby personelu medycznego oraz lekarzy specjalistów wg województw,
5) wskaźników oczekiwania na wizytę u specjalisty AOS i oczekiwania na przyjęcie do szpitala wg wybranych oddziałów,
6) wydatków NFZ na leczenie mieszkańca województwa w zakresie POZ, AOS i leczenia szpitalnego.
7) liczby orzeczeń pierwszorazowych o niepełnosprawności wydanych przez ZUS.

W diagramach przedstawiono ostatnie dostępne dane tj. z roku 2011 lub 2012.

Czerwony punkt oznacza miejsce województwa na tle wszystkich województw. Środkowa linia jest wartością przeciętną dla całego kraju (mediana), a końce szarego słupka: lewy – minimum, a prawy maksimum. Zaciemniona część słupka to zakres 25% poniżej mediany i 25% powyżej mediany a więc 50% województw, które mają poziom wskaźnika zbliżony do przeciętnego w kraju. Pozycja województwa wychodząca poza zaciemnioną część obszaru wg przyjętych zasad analizy uznana została za korzystną lub niekorzystną (w zależności od cechy) i oznaczona w kolumnie po prawej stronie diagramu jako „+" lub „-".

WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE

Mimo, że przeciętne trwanie życia osób obu płci w województwie dolnośląskim jest tylko nieznacznie niższe niż przeciętnie w kraju, sytuacja zdrowotna ludności w regionie jest zła. Świadczy o tym duża liczba pacjentów oczekujących na leczenie specjalistyczne i szpitalne (przy równocześnie niezbyt długim okresie oczekiwania), a także wysoka umieralność z powodu nowotworów i chorób układu krążenia.

Obu tym przyczynom towarzyszą niekorzystne zjawiska w zakresie opieki medycznej. Na przyjęcie do szpitala na odział kardiologiczny czeka się najdłużej w Polsce (51 dni), choć na innych oddziałach sytuacja pod tym względem nie odbiega od przeciętnej w kraju. Jednocześnie liczba łóżek na oddziałach kardiologicznych jest nieco niższa niż przeciętnie w Polsce. Zarówno w przypadku chorób układu krążenia, jak i nowotworów częstość hospitalizacji osób dorosłych jest bardzo niska, choć trzeba wziąć pod uwagę, że dane te są niedoszacowane. Kobiety w województwie praktycznie nie biorą udziału w badaniach skriningowych raka piersi (1% uczestniczek to najniższy odsetek w Polsce).

Najważniejsze zadania w dziedzinie poprawy stanu zdrowia mieszkańców województwa powinny dotyczyć tych właśnie dwóch grup chorób.

Najpoważniejsze problemy zdrowotne wśród dzieci i młodzieży to wysoka na tle kraju umieralność z powodu chorób nowotworowych oraz duże rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zarówno leczonych ambulatoryjnie, jak i w szpitalach. Jednocześnie w województwie pracuje mało lekarzy – specjalistów pediatrii.

[1] Analiza zbiorcza sytuacji zdrowotnej w regionach na tle podaży usług zdrowotnych przygotowana została przez NIZP-PZH – w ramach opracowania pn. *Analiza porównawcza dynamiki zjawisk w zakresie sytuacji zdrowotnej w regionach na tle deficytów podaży usług zdrowotnych*.

[2] Forma graficznej prezentacji.

Tabela 1.1. Przeciętne trwanie życia (2012 r.), umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych (2012 r.) oraz współczynniki umieralności i chorobowości szpitalnej według grup wieku oraz głównych grup przyczyn (2011 r.)

DOLNOŚLĄSKIE			Polska				
Parametr		Wartość /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Trwanie życia M		**72,3**	70,6	72,7	74,3		
Trwanie życia K		**80,3**	79,8	80,8	82,3		
Zgony niemowląt		**4,6**	3,6	4,4	6,3		
Przyczyny ogółem	A00-Y98 zgony 0-17	**51,0**	34,2	41,8	55,6		
	A00-T98 hosp. 0-17	**10729,4**	9141,5	12151,6	15717,5		
	A00-Y98 zgony 18-64	**450,5**	316,6	427,9	555,3		
	A00-T98 hosp. 18-64	**7931,5**	7931,5	10749,5	13426,8		
	A00-Y98 zgony 65+	**5092,2**	4741,8	4955,5	5479,9		
	A00-T98 hosp. 65+	**24673,5**	24673,5	33632,3	42011,2		
Ch. ukł. krążenia	I00-I99 zgony 0-17	**1,4**	0,2	0,9	1,7		
	I00-I99 hosp. 0-17	**136,9**	67,2	168,0	454,4		
	I00-I99 zgony 18-64	**127,1**	67,5	116,9	134,7		–
	I00-I99 hosp. 18-64	**977,6**	977,6	1475,6	1783,3		
	I00-I99 zgony 65+	**2906,5**	2114,2	2648,7	3066,2		–
	I00-I99 hosp. 65+	**7750,8**	7750,8	11138,4	14905,8		
Ch. nowotworowe	C00-C97 zgony 0-17	**3,6**	0,6	2,7	4,4		–
	C00-C97 hosp. 0-17	**185,1**	52,6	89,9	185,1		
	C00-C97 zgony 18-64	**144,6**	97,5	133,7	155,6		–
	C00-C97 hosp. 18-64	**425,7**	396,7	507,0	935,8		
	C00-C97 zgony 65+	**1179,1**	900,9	1090,6	1238,7		–
	C00-C97 hosp. 65+	**1883,2**	1883,2	2337,8	3489,4		
Przyczyny zewn.	V00-Y98 zgony 0-17	**6,5**	4,9	7,5	16,5		
	S00-T98 hosp. 0-17	**873,8**	550,9	1203,4	1480,5		
	V00-Y98 zgony 18-64	**57,5**	47,4	66,5	77,0		
	S00-T98 hosp. 18-64	**725,3**	616,3	893,1	1261,5		
	V00-Y98 zgony 65+	**101,6**	94,4	124,1	140,0		+
	S00-T98 hosp. 65+	**1319,5**	1077,1	1600,3	2092,5		
Ch. ukł. oddech.	J00-J98 zgony 0-17	**1,6**	0,5	2,0	4,2		
	J00-J98 hosp. 0-17	**2565,8**	1818,9	2886,6	3637,4		
	J00-J98 zgony 18-64	**13,0**	9,2	15,0	25,2		+
	J00-J98 hosp. 18-64	**586,8**	393,9	577,7	690,5		
	J00-J98 zgony 65+	**214,6**	206,3	287,9	402,6		+
	J00-J98 hosp. 65+	**1962,9**	1612,0	2373,3	3195,6		
Ch. ukł. traw.	K00-K93 zgony 0-17	**0,2**	0	0	0,5		–
	K00-K93 hosp. 0-17	**897,4**	628,8	901,4	1393,2		
	K00-K93 zgony 18-64	**30,3**	20,8	28,0	41,3		
	K00-K93 hosp. 18-64	**837,4**	813,6	1132,5	1369,4		
	K00-K93 zgony 65+	**152,1**	118,3	158,3	206,6		
	K00-K93 hosp. 65+	**2312,2**	2312,2	3158,4	3820,2		
Ch. ukł. kostno-stawowego	M00-M99 zgony 0-17	**-**	-	-	-		
	M00-M99 hosp. 0-17	**306,9**	193,9	326,6	856,8		
	M00-M99 zgony 18-64	**0,8**	0,2	0,8	1,3		
	M00-M99 hosp. 18-64	**748,6**	554,4	752,5	1057,3		
	M00-M99 zgony 65+	**6,1**	0,7	5,4	7,8		
	M00-M99 hosp. 65+	**1765,3**	1302,3	1919,8	2957,9		

Tabela 1.2. Wydatki NFZ (2012 r.), łóżka szpitalne, aparatura specjalistyczna, personel medyczny (2011 r.), lekarze specjaliści i kobiety (%) objęte programami skriningowymi, 2012 r.

DOLNOŚLĄSKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Wydatki NFZ per capita [PLN]	Ogółem	**1633,3**	1275,6	1415,6	1973,4		+
	POZ	**189,0**	178,7	188,9	199,6		
	AOS	**157,2**	131,7	147,2	170,7		
	Leczenie szpitalne	**765,7**	699,8	756,8	859,0		
Łóżka szpitalne	Łóżka na 10 tys. ludności	**50,3**	39,1	47,0	56,0		
	Wykorzystanie łóżka [%]	**65,3**	61,8	66,8	72,9		
	Hospitalizowani w ciągu roku na 1 łóżko	**44,0**	36,7	43,4	50,3		
	Łóżka na oddziałach wewnętrznych na 10 tys.	**7,2**	5,1	6,8	8,4		
	Łóżka na oddziałach kardiologicznych na 10 tys.	**2,0**	1,3	2,1	3,1		
	Łóżka na oddziałach onkologicznych na 10 tys.	**1,7**	0,6	1,2	1,7		
	Łóżka na oddziałach gruźlicy i chorób płuc na 10 tys.	**2,9**	1,4	2,0	3,4		+
	Łóżka na oddziałach chirurgii na 10 tys.	**6,1**	4,2	5,6	6,2		+
	Łóżka na oddziałach chirurgii urazowej na 10 tys.	**2,4**	1,8	2,6	3,8		
Aparatura	Akcelerator liniowy na 100 tys. ludności	**0,3**	0,0	0,3	0,5		
	Tomograf komputerowy na 100 tys. ludności	**1,4**	0,7	1,4	1,9		
	Rezonans magnetyczny na 100 tys. ludności	**0,8**	0,2	0,6	0,8		+
	Aparatura wys. spec. na 100 tys. ludności	**13,3**	10,9	14,0	16,9		
Personel medyczny	Lekarze ogółem na 10 tys. ludności	**37,8**	23,8	35,3	46,5		+
	Pielęgniarki na 10 tys. ludności	**79,3**	62,1	72,15	94,4		+
	Położne na 10 tys. ludności	**8,2**	7,4	8,65	12,1		
	Ratownicy medyczni na 10 tys. ludności	**3,3**	1,8	3,2	4,1		
Lekarze specjaliści	Specjaliści ogółem na 100 tys. ludności	**167,6**	116,6	174,3	202,7		
	Specjaliści chorób wewn. na 100 tys. ludności	**27,3**	16,5	24,6	33,7		
	Specjaliści pediatrii na 100 tys. ludności	**13,0**	9,6	13,8	17,6		–
	Specjaliści chorób płuc na 100 tys. ludności	**3,4**	2,6	3,7	5,2		
	Specjaliści chirurgii na 100 tys. ludności	**21,0**	16,7	20,8	24,7		
Programy	Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi [%]	**1,0**	1,0	42,8	50,4		–
	Program Profilaktyki i WW Raka Szyjki Macicy [%]	**25,6**	18,2	25,6	34,3		

Tabela 1.3. Liczba osób oczekujących (na 100 tys. ludności) i przeciętny (mediana) czas oczekiwania (dni) do poradni specjalistycznej lub na oddział szpitalny dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" za okres sprawozdawczy listopad 2013 r.

DOLNOŚLĄSKIE			Polska				
	Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Przychodnie specjalistyczne	Chirurgii uraz.-ortop., osoby/ludn.	**1093,7**	78,7	312,8	1093,7		–
	Chirurgii uraz.-ortop., dni	**32,0**	12,0	29,0	38,0		
	Chorób naczyń, osoby/ludn.	**245,0**	0,7	38,7	245,0		–
	Chorób naczyń, dni	**90,0**	1,0	58,5	141,0		
	Endokrynologiczna, osoby/ludn.	**255,0**	74,6	206,7	446,9		
	Endokrynologiczna, dni	**156,0**	56,0	101,5	156,0		–
	Kardiologiczna, osoby/ludn.	**470,8**	113,7	296,0	488,6		–
	Kardiologiczna, dni	**58,0**	38,0	82,0	108,0		+
	Neurologiczna, osoby/ludn.	**972,4**	89,7	316,8	972,4		–
	Neurologiczna, dni	**37,0**	12,0	31,0	54,0		
	Okulistyczna, osoby/ludn.	**1728,4**	138,9	701,6	1728,4		–
	Okulistyczna, dni	**33,0**	10,0	36,5	75,0		
	Urologiczna, osoby/ludn.	**443,3**	62,9	216,7	443,3		–
	Urologiczna, dni	**45,0**	22,0	44,0	75,0		
	Tomografii komp., osoby/ludn.	**310,8**	72,0	210,7	547,6		–
	Tomografii komp. , dni	**22,0**	14,0	45,5	64,0		
Oddziały szpitalne	Chirurgiczny, osoby/ludn.	**222,9**	46,4	127,2	268,2		–
	Chirurgiczny, dni	**32,0**	12,0	29,0	44,0		
	Chirurgii uraz.-ortop. , osoby/ludn.	**314,5**	27,9	194,8	684,4		
	Chirurgii uraz.-ortop. , dni.	**139,0**	2,0	101,0	185,0		
	Kardiologiczny, osoby/ludn.	**26,1**	1,4	13,6	61,6		
	Kardiologiczny, dni	**51,0**	4,0	25,0	51,0		–
	Neurochirurgiczny, osoby/ludn.	**55,3**	1,4	27,5	367,8		
	Neurochirurgiczny, dni	**84,0**	8,0	83,0	354,0		
	Okulistyczny, osoby/ludn.	**79,4**	1,3	30,2	82,5		–
	Okulistyczny, dni	**38,0**	13,0	37,5	163,0		
	Otorynolaryngolog., osoby/ludn.	**319,5**	52,8	153,7	371,9		–
	Otorynolaryngolog., dni	**121,0**	21,0	121,0	246,0		
	Urologiczny, osoby/ludn.	**106,8**	11,1	32,3	106,8		–
	Urologiczny, dni.	**33,0**	5,0	33,0	47,0		

Tabela 1.4. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej, współczynniki na 100 tys. ludności, 2011 r.

DOLNOŚLĄSKIE		Polska				Ocena
Parametr	Wartość	Min	Med	Max		
F00-F99 ambulatoria 0-18	**1940,3**	832,8	1467,3	2470,6		–
F00-F99 opieka całodobowa 0-17	**172,8**	52,5	118,6	242,9		–
F00-F99 ambulatoria 19-64	**3715,6**	2223,0	4178,2	5369,2		
F00-F99 opieka całodobowa 18-64	**562,5**	483,7	640,6	836,6		+
F00-F99 ambulatoria 65+	**3825,5**	1571,1	3812,0	5732,2		
F00-F99 opieka całodobowa 65+	**430,3**	336,0	463,7	765,8		

Tabela 1.5. Orzeczenia pierwszorazowe o niepełnosprawności, współczynniki na 100 tys. ludności, ZUS 2012 r.

DOLNOŚLĄSKIE		Polska				Ocena
Parametr	Współcz. /100 tys.	Min	Med	Max		
Przyczyny ogółem	**174,7**	82,9	174,4	242,4		
Nowotwory (C00-D48)	**42,0**	19,2	38,5	54,9		
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	**14,1**	8,4	20,2	28,0		
Choroby układu krążenia (I00-I99)	**39,6**	19,0	40,8	56,2		
Choroby układu kostno - stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	**20,9**	5,9	18,9	35,7		

WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE

Na podstawie analizy przeciętnego trwania życia stan zdrowia mężczyzn w województwie kujawsko-pomorskim jest średni w skali ogólnopolskiej, zaś kobiet – nieznacznie gorszy. Województwo cechuje najwyższy w Polsce poziom umieralności niemowląt. W porównaniu z resztą kraju województwo wyróżnia się dużą umieralnością dorosłych z powodu chorób układu oddechowego. Również wysoka jest częstość hospitalizacji z tego powodu osób w wieku poprodukcyjnym, ale dla osób w wieku produkcyjnym nie różni się ona od przeciętnej dla ogółu województw. Liczba łóżek na oddziałach gruźlicy i chorób płuc nie odbiega od średniej, ale na oddziałach wewnętrznych należy do najniższych w kraju. Jednocześnie w województwie mało jest lekarzy – specjalistów chorób płuc. Wyróżniającym się problemem zdrowotnym w województwie są nowotwory złośliwe – częściej niż przeciętnie w kraju hospitalizowane i również częściej stanowiące przyczynę niepełnosprawności. Czas oczekiwania na wykonanie tomografii komputerowej należy do najdłuższych w Polsce. Duże są również potrzeby w dziedzinie leczenia ambulatoryjnego zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania u dzieci i młodzieży (najwyższy w Polsce współczynnik leczonych na 100 tys. ludności) oraz u osób w wieku poprodukcyjnym. Województwo cechuje słabe na tle kraju wykorzystanie łóżek szpitalnych i ponadprzeciętnie długie okresy oczekiwania na leczenie. Szczególnie trudna jest sytuacja w zakresie chirurgii urazowej (przy najniższej w Polsce liczbie łóżek na 10 tys. ludności na leczenie czeka się 180 dni, podczas gdy w kraju średnio 100 dni), a zwłaszcza neurochirurgii (najdłuższa w kraju kolejka: 368 osób/100 tys. ludności, w Polsce przeciętnie 28; okres oczekiwania na leczenie 299 dni, średnio – 83 dni). Ponadprzeciętnie długi czas oczekiwania na leczenie na oddziałach urologicznych i okulistycznych łączy się z odległymi terminami wizyt w poradniach tych specjalności (na wizytę u okulisty czeka się najdłużej w Polsce – 75 dni, średnio w kraju 36 dni). Trudna jest również sytuacja w placówkach neurologicznych, gdzie wysoka liczba oczekujących łączy się z najdłuższym w kraju okresem oczekiwania na wizytę (54 dni, gdy w Polsce średnio 31 dni).Liczba orzeczeń o niepełnosprawności z ogółu przyczyn, a także chorób układu krążenia i nowotworów złośliwych jest największa w kraju, zaś z powodu chorób układu kostno-stawowego mięśniowego i tkanki łącznej należy do najwyższych. Poprawa dostępności leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego różnych specjalności jest najpilniejszym zadaniem w dziedzinie ochrony zdrowia mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego.

Tabela 1.6. Przeciętne trwanie życia (2012 r.), umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych (2012 r.) oraz współczynniki umieralności i chorobowości szpitalnej według grup wieku oraz głównych grup przyczyn (2011 r.)

KUJAWSKO-POMORSKIE			Polska				
Parametr		Wartość /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Trwanie życia M		**72,8**	70,6	72,7	74,3		
Trwanie życia K		**80,3**	79,8	80,8	82,3		
Zgony niemowląt		**6,3**	3,6	4,4	6,3		–
Przyczyny ogółem	A00-Y98 zgony 0-17	**50,9**	34,2	41,8	55,6		
	A00-T98 hosp. 0-17	**14839,3**	9141,5	12151,6	15717,5		
	A00-Y98 zgony 18-64	**433,0**	316,6	427,9	555,3		
	A00-T98 hosp. 18-64	**11657,5**	7931,5	10749,5	13426,8		
	A00-Y98 zgony 65+	**4954,5**	4741,8	4955,5	5479,9		
	A00-T98 hosp. 65+	**34759,6**	24673,5	33632,3	42011,2		
Ch. ukł. krążenia	I00-I99 zgony 0-17	**1,5**	0,2	0,9	1,7		–
	I00-I99 hosp. 0-17	**265,5**	67,2	168,0	454,4		
	I00-I99 zgony 18-64	**120,8**	67,5	116,9	134,7		
	I00-I99 hosp. 18-64	**1562,8**	977,6	1475,6	1783,3		
	I00-I99 zgony 65+	**2492,2**	2114,2	2648,7	3066,2		+
	I00-I99 hosp. 65+	**11472,1**	7750,8	11138,4	14905,8		
Ch. nowotworowe	C00-C97 zgony 0-17	**3,5**	0,6	2,7	4,4		
	C00-C97 hosp. 0-17	**126,8**	52,6	89,9	185,1		
	C00-C97 zgony 18-64	**143,9**	97,5	133,7	155,6		
	C00-C97 hosp. 18-64	**716,2**	396,7	507,0	935,8		
	C00-C97 zgony 65+	**1171,3**	900,9	1090,6	1238,7		
	C00-C97 hosp. 65+	**2957,5**	1883,2	2337,8	3489,4		
Przyczyny zewn.	V00-Y98 zgony 0-17	**6,5**	4,9	7,5	16,5		
	S00-T98 hosp. 0-17	**1323,4**	550,9	1203,4	1480,5		
	V00-Y98 zgony 18-64	**65,7**	47,4	66,5	77,0		
	S00-T98 hosp. 18-64	**814,8**	616,3	893,1	1261,5		
	V00-Y98 zgony 65+	**97,0**	94,4	124,1	140,0		+
	S00-T98 hosp. 65+	**1473,9**	1077,1	1600,3	2092,5		
Ch. ukł. oddech.	J00-J98 zgony 0-17	**2,0**	0,5	2,0	4,2		
	J00-J98 hosp. 0-17	**3527,5**	1818,9	2886,6	3637,4		
	J00-J98 zgony 18-64	**17,4**	9,2	15,0	25,2		–
	J00-J98 hosp. 18-64	**586,6**	393,9	577,7	690,5		
	J00-J98 zgony 65+	**367,5**	206,3	287,9	402,6		–
	J00-J98 hosp. 65+	**2958,2**	1612,0	2373,3	3195,6		
Ch. ukł. traw.	K00-K93 zgony 0-17	**0**	0	0	0,5		
	K00-K93 hosp. 0-17	**1302,6**	628,8	901,4	1393,2		
	K00-K93 zgony 18-64	**28,5**	20,8	28,0	41,3		
	K00-K93 hosp. 18-64	**1282,2**	813,6	1132,5	1369,4		
	K00-K93 zgony 65+	**160,8**	118,3	158,3	206,6		
	K00-K93 hosp. 65+	**3492,2**	2312,2	3158,4	3820,2		
Ch. ukł. kostno-stawowego	M00-M99 zgony 0-17		-	-	-		
	M00-M99 hosp. 0-17	**474,5**	193,9	326,6	856,8		
	M00-M99 zgony 18-64	**0,5**	0,2	0,8	1,3		
	M00-M99 hosp. 18-64	**1001,8**	554,4	752,5	1057,3		
	M00-M99 zgony 65+	**5,3**	0,7	5,4	7,8		
	M00-M99 hosp. 65+	**2213,3**	1302,3	1919,8	2957,9		

Tabela 1.7. Wydatki NFZ (2012 r.), łóżka szpitalne, aparatura specjalistyczna, personel medyczny (2011 r.), lekarze specjaliści i kobiety (%) objęte programami skriningowymi, 2012 r.

KUJAWSKO-POMORSKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Wydatki NFZ per capita [PLN]	Ogółem	**1406,8**	1275,6	1415,6	1973,4		
	POZ	**194,3**	178,7	188,9	199,6		+
	AOS	**145,1**	131,7	147,2	170,7		
	Leczenie szpitalne	**769,5**	699,8	756,8	859,0		
Łóżka szpitalne	Łóżka na 10 tys. ludności	**44,9**	39,1	47,0	56,0		
	Wykorzystanie łóżka [%]	**62,8**	61,8	66,8	72,9		–
	Hospitalizowani w ciągu roku na 1 łóżko	**42,5**	36,7	43,4	50,3		
	Łóżka na oddziałach wewnętrznych na 10 tys.	**5,3**	5,1	6,8	8,4		–
	Łóżka na oddziałach kardiologicznych na 10 tys.	**2,3**	1,3	2,1	3,1		
	Łóżka na oddziałach onkologicznych na 10 tys.	**1,0**	0,6	1,2	1,7		
	Łóżka na oddziałach gruźlicy i chorób płuc na 10 tys.	**2,4**	1,4	2,0	3,4		
	Łóżka na oddziałach chirurgii na 10 tys.	**5,6**	4,2	5,6	6,2		
	Łóżka na oddziałach chirurgii urazowej na 10 tys.	**1,8**	1,8	2,6	3,8		–
Aparatura	Akcelerator liniowy na 100 tys. ludności	**0,4**	0,0	0,3	0,5		
	Tomograf komputerowy na 100 tys. ludności	**1,4**	0,7	1,4	1,9		
	Rezonans magnetyczny na 100 tys. ludności	**0,5**	0,2	0,6	0,8		
	Aparatura wys. spec. na 100 tys. ludności	**14,8**	10,9	14,0	16,9		
Personel medyczny	Lekarze ogółem na 10 tys. ludności	**28,8**	23,8	35,3	46,5		
	Pielęgniarki na 10 tys. ludności	**66,7**	62,1	72,15	94,4		
	Położne na 10 tys. ludności	**8,6**	7,4	8,65	12,1		
	Ratownicy medyczni na 10 tys. ludności	**3,1**	1,8	3,2	4,1		
Lekarze specjaliści	Specjaliści ogółem na 100 tys. ludności	**175,5**	116,6	174,3	202,7		
	Specjaliści chorób wewn. na 100 tys. ludności	**25,6**	16,5	24,6	33,7		
	Specjaliści pediatrii na 100 tys. ludności	**17,3**	9,6	13,8	17,6		+
	Specjaliści chorób płuc na 100 tys. ludności	**3,1**	2,6	3,7	5,2		–
	Specjaliści chirurgii na 100 tys. ludności	**20,6**	16,7	20,8	24,7		
Programy	Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi [%]	**39,9**	1,0	42,8	50,4		
	Program Profilaktyki i WW Raka Szyjki Macicy [%]	**25,6**	18,2	25,6	34,3		

Tabela 1.8. Liczba osób oczekujących (na 100 tys. ludności) i przeciętny (mediana) czas oczekiwania (dni) do poradni specjalistycznej lub na oddział szpitalny dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" za okres sprawozdawczy listopad 2013 r.

KUJAWSKO-POMORSKIE			Polska				
	Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Przychodnie specjalistyczne	Chirurgii uraz.-ortop., osoby/ludn.	**300,6**	78,7	312,8	1093,7		
	Chirurgii uraz.-ortop., dni	**30,0**	12,0	29,0	38,0		
	Chorób naczyń, osoby/ludn.	**33,5**	0,7	38,7	245,0		
	Chorób naczyń, dni	**59,0**	1,0	58,5	141,0		
	Endokrynologiczna, osoby/ludn.	**298,2**	74,6	206,7	446,9		–
	Endokrynologiczna, dni	**107,0**	56,0	101,5	156,0		
	Kardiologiczna, osoby/ludn.	**296,3**	113,7	296,0	488,6		
	Kardiologiczna, dni	**79,0**	38,0	82,0	108,0		
	Neurologiczna, osoby/ludn.	**448,0**	89,7	316,8	972,4		–
	Neurologiczna, dni	**54,0**	12,0	31,0	54,0		–
	Okulistyczna, osoby/ludn.	**912,4**	138,9	701,6	1728,4		
	Okulistyczna, dni	**75,0**	10,0	36,5	75,0		–
	Urologiczna, osoby/ludn.	**225,1**	62,9	216,7	443,3		
	Urologiczna, dni	**65,0**	22,0	44,0	75,0		–
	Tomografii komp., osoby/ludn.	**201,8**	72,0	210,7	547,6		
	Tomografii komp. , dni	**51,0**	14,0	45,5	64,0		
Oddziały szpitalne	Chirurgiczny, osoby/ludn.	**268,2**	46,4	127,2	268,2		–
	Chirurgiczny, dni	**29,0**	12,0	29,0	44,0		
	Chirurgii uraz.-ortop. , osoby/ludn.	**145,9**	27,9	194,8	684,4		
	Chirurgii uraz.-ortop. , dni.	**180,0**	2,0	101,0	185,0		–
	Kardiologiczny, osoby/ludn.	**14,9**	1,4	13,6	61,6		
	Kardiologiczny, dni	**9,0**	4,0	25,0	51,0		
	Neurochirurgiczny, osoby/ludn.	**367,8**	1,4	27,5	367,8		–
	Neurochirurgiczny, dni	**299,0**	8,0	83,0	354,0		–
	Okulistyczny, osoby/ludn.	**37,0**	1,3	30,2	82,5		
	Okulistyczny, dni	**56,0**	13,0	37,5	163,0		
	Otorynolaryngolog., osoby/ludn.	**162,9**	52,8	153,7	371,9		
	Otorynolaryngolog., dni	**125,0**	21,0	121,0	246,0		
	Urologiczny, osoby/ludn.	**47,9**	11,1	32,3	106,8		–
	Urologiczny, dni.	**40,0**	5,0	33,0	47,0		

Tabela 1.9. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej, współczynniki na 100 tys. ludności, 2011 r.

KUJAWSKO-POMORSKIE		Polska				
Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
F00-F99 ambulatoria 0-18	**2470,6**	832,8	1467,3	2470,6		–
F00-F99 opieka całodobowa 0-17	**144,7**	52,5	118,6	242,9		
F00-F99 ambulatoria 19-64	**4762,9**	2223,0	4178,2	5369,2		
F00-F99 opieka całodobowa 18-64	**524,3**	483,7	640,6	836,6		+
F00-F99 ambulatoria 65+	**5119,4**	1571,1	3812,0	5732,2		–
F00-F99 opieka całodobowa 65+	**401,5**	336,0	463,7	765,8		+

Tabela 1.10. Orzeczenia pierwszorazowe o niepełnosprawności, współczynniki na 100 tys. ludności, ZUS 2012 r.

KUJAWSKO-POMORSKIE		Polska				
Parametr	Współcz. /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Przyczyny ogółem	**242,4**	82,9	174,4	242,4		–
Nowotwory (C00-D48)	**54,9**	19,2	38,5	54,9		–
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	**19,9**	8,4	20,2	28,0		
Choroby układu krążenia (I00-I99)	**56,2**	19,0	40,8	56,2		–
Choroby układu kostno - stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	**33,6**	5,9	18,9	35,7		–

WOJEWÓDZTWO LUBELSKIE

Na podstawie analizy przeciętnego trwania życia stan zdrowia mężczyzn w województwie lubelskim należy uznać za średni w skali ogólnopolskiej, zaś kobiet – za nieznacznie lepszy.

Na tle kraju, województwo cechuje wyższy niż przeciętny poziom umieralności najstarszych mieszkańców – z powodu ogółu przyczyn, a także chorób układu krążenia (współczynnik zgonów z tego powodu jest najwyższy w całym kraju) oraz chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Częstość hospitalizacji z tych przyczyn jest również wysoka.

Stosunkowo wysoka jest również umieralność dzieci i młodzieży z powodu przyczyn zewnętrznych, a także chorób układu krążenia (najwyższy w kraju współczynnik zgonów). W tej sytuacji niepokoić może niska w skali kraju liczba specjalistów pediatrii w województwie. W lubelskim mało jest również specjalistów chorób wewnętrznych.

Infrastruktura, a także dostęp do leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego w województwie kształtują się na poziomie ogólnopolskim lub w wielu przypadkach lepszym. Poprawa sytuacji zdrowotnej ludności, oprócz uzupełnienia specjalistycznej kadry lekarskiej wymaga zintensyfikowania działań w dziedzinie profilaktyki i promocji zdrowia, zwłaszcza w zakresie chorób układu krążenia i układu kostno-stawowego.

Tabela 1.11. Przeciętne trwanie życia (2012 r.), umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych (2012 r.) oraz współczynniki umieralności i chorobowości szpitalnej według grup wieku oraz głównych grup przyczyn (2011 r.)

LUBELSKIE			Polska				
Parametr		Wartość /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Trwanie życia M		**72,4**	70,6	72,7	74,3		
Trwanie życia K		**81,5**	79,8	80,8	82,3		
Zgony niemowląt		**4,8**	3,6	4,4	6,3		
Przyczyny ogółem	A00-Y98 zgony 0-17	**42,2**	34,2	41,8	55,6		
	A00-T98 hosp. 0-17	**13765,9**	9141,5	12151,6	15717,5		
	A00-Y98 zgony 18-64	**424,2**	316,6	427,9	555,3		
	A00-T98 hosp. 18-64	**12458,9**	7931,5	10749,5	13426,8		
	A00-Y98 zgony 65+	**5296,9**	4741,8	4955,5	5479,9		–
	A00-T98 hosp. 65+	**38259,5**	24673,5	33632,3	42011,2		
Ch. ukł. krążenia	I00-I99 zgony 0-17	**1,7**	0,2	0,9	1,7		–
	I00-I99 hosp. 0-17	**154,7**	67,2	168,0	454,4		
	I00-I99 zgony 18-64	**119,3**	67,5	116,9	134,7		
	I00-I99 hosp. 18-64	**1656,7**	977,6	1475,6	1783,3		
	I00-I99 zgony 65+	**3066,2**	2114,2	2648,7	3066,2		–
	I00-I99 hosp. 65+	**14852,4**	7750,8	11138,4	14905,8		
Ch. nowotworowe	C00-C97 zgony 0-17	**2,2**	0,6	2,7	4,4		
	C00-C97 hosp. 0-17	**52,6**	52,6	89,9	185,1		
	C00-C97 zgony 18-64	**119,4**	97,5	133,7	155,6		+
	C00-C97 hosp. 18-64	**446,5**	396,7	507,0	935,8		
	C00-C97 zgony 65+	**968,6**	900,9	1090,6	1238,7		+
	C00-C97 hosp. 65+	**1898,4**	1883,2	2337,8	3489,4		
Przyczyny zewn.	V00-Y98 zgony 0-17	**10,4**	4,9	7,5	16,5		–
	S00-T98 hosp. 0-17	**1242,8**	550,9	1203,4	1480,5		
	V00-Y98 zgony 18-64	**69,3**	47,4	66,5	77,0		
	S00-T98 hosp. 18-64	**1124,5**	616,3	893,1	1261,5		
	V00-Y98 zgony 65+	**122,6**	94,4	124,1	140,0		
	S00-T98 hosp. 65+	**1828,8**	1077,1	1600,3	2092,5		
Ch. ukł. oddech.	J00-J98 zgony 0-17	**1,4**	0,5	2,0	4,2		+
	J00-J98 hosp. 0-17	**2982,4**	1818,9	2886,6	3637,4		
	J00-J98 zgony 18-64	**14,7**	9,2	15,0	25,2		
	J00-J98 hosp. 18-64	**663,8**	393,9	577,7	690,5		
	J00-J98 zgony 65+	**299,9**	206,3	287,9	402,6		
	J00-J98 hosp. 65+	**3105,6**	1612,0	2373,3	3195,6		
Ch. ukł. traw.	K00-K93 zgony 0-17	**0**	0	0	0,5		
	K00-K93 hosp. 0-17	**868,1**	628,8	901,4	1393,2		
	K00-K93 zgony 18-64	**27,5**	20,8	28,0	41,3		
	K00-K93 hosp. 18-64	**1179**	813,6	1132,5	1369,4		
	K00-K93 zgony 65+	**155,7**	118,3	158,3	206,6		
	K00-K93 hosp. 65+	**3349,9**	2312,2	3158,4	3820,2		
Ch. ukł. kostno-stawowego	M00-M99 zgony 0-17		-	-	-		
	M00-M99 hosp. 0-17	**261,8**	193,9	326,6	856,8		
	M00-M99 zgony 18-64	**0,9**	0,2	0,8	1,3		
	M00-M99 hosp. 18-64	**884,2**	554,4	752,5	1057,3		
	M00-M99 zgony 65+	**7,1**	0,7	5,4	7,8		–
	M00-M99 hosp. 65+	**2289,6**	1302,3	1919,8	2957,9		

Tabela 1.12. Wydatki NFZ (2012 r.), łóżka szpitalne, aparatura specjalistyczna, personel medyczny (2011 r.), lekarze specjaliści i kobiety (%) objęte programami skriningowymi, 2012 r.

LUBELSKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Wydatki NFZ per capita [PLN]	Ogółem	**1340,7**	1275,6	1415,6	1973,4		
	POZ	**199,6**	178,7	188,9	199,6		+
	AOS	**131,7**	131,7	147,2	170,7		–
	Leczenie szpitalne	**767,0**	699,8	756,8	859,0		
Łóżka szpitalne	Łóżka na 10 tys. ludności	**53,7**	39,1	47,0	56,0		+
	Wykorzystanie łóżka [%]	**72,9**	61,8	66,8	72,9		+
	Hospitalizowani w ciągu roku na 1 łóżko	**41,7**	36,7	43,4	50,3		–
	Łóżka na oddziałach wewnętrznych na 10 tys.	**8,4**	5,1	6,8	8,4		+
	Łóżka na oddziałach kardiologicznych na 10 tys.	**2,3**	1,3	2,1	3,1		
	Łóżka na oddziałach onkologicznych na 10 tys.	**1,2**	0,6	1,2	1,7		
	Łóżka na oddziałach gruźlicy i chorób płuc na 10 tys.	**3,4**	1,4	2,0	3,4		+
	Łóżka na oddziałach chirurgii na 10 tys.	**6,2**	4,2	5,6	6,2		+
	Łóżka na oddziałach chirurgii urazowej na 10 tys.	**2,5**	1,8	2,6	3,8		
Aparatura	Akcelerator liniowy na 100 tys. ludności	**0,3**	0,0	0,3	0,5		
	Tomograf komputerowy na 100 tys. ludności	**1,9**	0,7	1,4	1,9		+
	Rezonans magnetyczny na 100 tys. ludności	**0,4**	0,2	0,6	0,8		
	Aparatura wys. spec. na 100 tys. ludności	**13,5**	10,9	14,0	16,9		
Personel medyczny	Lekarze ogółem na 10 tys. ludności	**36,8**	23,8	35,3	46,5		
	Pielęgniarki na 10 tys. ludności	**75,4**	62,1	72,15	94,4		
	Położne na 10 tys. ludności	**9,8**	7,4	8,65	12,1		+
	Ratownicy medyczni na 10 tys. ludności	**3,9**	1,8	3,2	4,1		+
Lekarze specjaliści	Specjaliści ogółem na 100 tys. ludności	**196,9**	116,6	174,3	202,7		+
	Specjaliści chorób wewn. na 100 tys. ludności	**21,0**	16,5	24,6	33,7		–
	Specjaliści pediatrii na 100 tys. ludności	**11,9**	9,6	13,8	17,6		–
	Specjaliści chorób płuc na 100 tys. ludności	**5,2**	2,6	3,7	5,2		+
	Specjaliści chirurgii na 100 tys. ludności	**21,5**	16,7	20,8	24,7		
Programy	Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi [%]	**44,9**	1,0	42,8	50,4		
	Program Profilaktyki i WW Raka Szyjki Macicy [%]	**28,1**	18,2	25,6	34,3		+

Tabela 1.13. Liczba osób oczekujących (na 100 tys. ludności) i przeciętny (mediana) czas oczekiwania (dni) do poradni specjalistycznej lub na oddział szpitalny dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" za okres sprawozdawczy listopad 2013 r.

LUBELSKIE			Polska				
	Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Przychodnie specjalistyczne	Chirurgii uraz.-ortop., osoby/ludn.	**303,8**	78,7	312,8	1093,7		
	Chirurgii uraz.-ortop., dni	**21,0**	12,0	29,0	38,0		+
	Chorób naczyń, osoby/ludn.	**0,7**	0,7	38,7	245,0		+
	Chorób naczyń, dni	**58,0**	1,0	58,5	141,0		
	Endokrynologiczna, osoby/ludn.	**279,5**	74,6	206,7	446,9		–
	Endokrynologiczna, dni	**64,0**	56,0	101,5	156,0		+
	Kardiologiczna, osoby/ludn.	**309,1**	113,7	296,0	488,6		
	Kardiologiczna, dni	**38,0**	38,0	82,0	108,0		+
	Neurologiczna, osoby/ludn.	**313,2**	89,7	316,8	972,4		
	Neurologiczna, dni	**15,0**	12,0	31,0	54,0		+
	Okulistyczna, osoby/ludn.	**700,3**	138,9	701,6	1728,4		
	Okulistyczna, dni	**18,0**	10,0	36,5	75,0		+
	Urologiczna, osoby/ludn.	**225,9**	62,9	216,7	443,3		
	Urologiczna, dni	**29,0**	22,0	44,0	75,0		+
	Tomografii komp., osoby/ludn.	**135,2**	72,0	210,7	547,6		+
	Tomografii komp. , dni	**39,0**	14,0	45,5	64,0		
Oddziały szpitalne	Chirurgiczny, osoby/ludn.	**54,3**	46,4	127,2	268,2		+
	Chirurgiczny, dni	-	12,0	29,0	44,0		
	Chirurgii uraz.-ortop. , osoby/ludn.	**91,3**	27,9	194,8	684,4		+
	Chirurgii uraz.-ortop. , dni.	**2,0**	2,0	101,0	185,0		+
	Kardiologiczny, osoby/ludn.	**6,4**	1,4	13,6	61,6		
	Kardiologiczny, dni	-	4,0	25,0	51,0		
	Neurochirurgiczny, osoby/ludn.	**51,9**	1,4	27,5	367,8		
	Neurochirurgiczny, dni	**103,0**	8,0	83,0	354,0		
	Okulistyczny, osoby/ludn.	**1,3**	1,3	30,2	82,5		+
	Okulistyczny, dni	-	13,0	37,5	163,0		
	Otorynolaryngolog., osoby/ludn.	**142,1**	52,8	153,7	371,9		
	Otorynolaryngolog., dni	**21,0**	21,0	121,0	246,0		+
	Urologiczny, osoby/ludn.	**51,0**	11,1	32,3	106,8		–
	Urologiczny, dni.	**21,0**	5,0	33,0	47,0		

Tabela 1.14. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej, współczynniki na 100 tys. ludności, 2011 r.

LUBELSKIE		Polska				
Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
F00-F99 ambulatoria 0-18	**936,4**	832,8	1467,3	2470,6		+
F00-F99 opieka całodobowa 0-17	**110,0**	52,5	118,6	242,9		
F00-F99 ambulatoria 19-64	**4549,5**	2223,0	4178,2	5369,2		
F00-F99 opieka całodobowa 18-64	**714,4**	483,7	640,6	836,6		
F00-F99 ambulatoria 65+	**4240,0**	1571,1	3812,0	5732,2		
F00-F99 opieka całodobowa 65+	**460,3**	336,0	463,7	765,8		

Tabela 1.15. Orzeczenia pierwszorazowe o niepełnosprawności, współczynniki na 100 tys. ludności, ZUS 2012 r.

LUBELSKIE		Polska				
Parametr	Współcz. /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Przyczyny ogółem	**170,6**	82,9	174,4	242,4		
Nowotwory (C00-D48)	**34,2**	19,2	38,5	54,9		
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	**21,5**	8,4	20,2	28,0		
Choroby układu krążenia (I00-I99)	**41,9**	19,0	40,8	56,2		
Choroby układu kostno - stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	**21,4**	5,9	18,9	35,7		

WOJEWÓDZTWO LUBUSKIE

Na podstawie analizy przeciętnego trwania życia stan zdrowia mieszkańców województwa lubuskiego należy uznać za nieznacznie gorszy niż przeciętnie w kraju. Jednak rzeczywisty poziom umieralności we wszystkich grupach wieku wyraźnie przewyższa ogólnopolski. Najgorsza jest sytuacja wśród dzieci i młodzieży, gdzie najwyższemu w kraju współczynnikowi zgonów towarzyszy niska częstość hospitalizacji z ogółu przyczyn. Województwo charakteryzuje również najwyższa w Polsce umieralność z przyczyn zewnętrznych osób w tej grupie wieku. Ich skłonność do zachowań ryzykownych łączyć się może z szerszym spektrum problemów – województwo lubuskie odznacza się również najwyższym w kraju współczynnikiem dzieci i młodzieży leczonych całodobowo z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Jednocześnie bardzo niska jest liczba leczonych ambulatoryjnie, co świadczyć może albo o zbyt małych możliwościach korzystania z opieki poradni, albo o poważnym zaawansowaniu chorób, wymagającym już leczenia szpitalnego. Trzeba dodać, że w województwie lubuskim liczba osób dorosłych leczonych z powodu tej grupy chorób (zarówno ambulatoryjnie, jak i całodobowo) jest również wysoka w skali kraju. Wysoka umieralność w województwie ma wyraźny związek z niedostatkiem opieki medycznej. Poziom hospitalizacji schorzeń ponadprzeciętnie często stanowiących przyczynę zgonu (choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu trawiennego i kostno-stawowego) nie odbiega od średniej krajowej. Liczba łóżek na 10 tys. ludności jest niska, więc tym bardziej zwraca uwagę ich słabe wykorzystanie. Liczba lekarzy w województwie (24 na 10 tys. ludności) jest najniższa w Polsce (średnio 35/10 tys.), brakuje specjalistów chorób wewnętrznych i chorób płuc. Szczególnie trudna sytuacja dotyczy chorób układu krążenia. W lubuskim występuje ponadprzeciętnie wysoka umieralność z tego powodu wśród osób w wieku produkcyjnym, są one również częstą przyczyną niepełnosprawności. Jednocześnie liczba lóżek na oddziałach kardiologicznych (na 10 tys. ludności) jest najniższa w Polsce, a okres oczekiwania na leczenie jest bardzo długi (50 dni, średnio w kraju – 25 dni). Na wizytę w poradni chorób naczyń czeka się najdłużej w Polsce (141 dni, przy przeciętnej – 59 dni). Poprawa sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa wymaga złożonych działań, zarówno w dziedzinie organizacji usług medycznych, jak i edukacji oraz profilaktyki.

Tabela 1.16. Przeciętne trwanie życia (2012 r.), umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych (2012 r.) oraz współczynniki umieralności i chorobowości szpitalnej według grup wieku oraz głównych grup przyczyn (2011 r.)

LUBUSKIE			Polska				
Parametr		Wartość /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Trwanie życia M		**72,3**	70,6	72,7	74,3		
Trwanie życia K		**80,3**	79,8	80,8	82,3		
Zgony niemowląt		**4,3**	3,6	4,4	6,3		
Przyczyny ogółem	A00-Y98 zgony 0-17	**55,6**	34,2	41,8	55,6		–
	A00-T98 hosp. 0-17	**11078,3**	9141,5	12151,6	15717,5		
	A00-Y98 zgony 18-64	**458,0**	316,6	427,9	555,3		–
	A00-T98 hosp. 18-64	**10937,2**	7931,5	10749,5	13426,8		
	A00-Y98 zgony 65+	**5165,4**	4741,8	4955,5	5479,9		–
	A00-T98 hosp. 65+	**34152,3**	24673,5	33632,3	42011,2		
Ch. ukł. krążenia	I00-I99 zgony 0-17	**1,0**	0,2	0,9	1,7		
	I00-I99 hosp. 0-17	**129,2**	67,2	168,0	454,4		
	I00-I99 zgony 18-64	**128,8**	67,5	116,9	134,7		–
	I00-I99 hosp. 18-64	**1474,2**	977,6	1475,6	1783,3		
	I00-I99 zgony 65+	**2651,1**	2114,2	2648,7	3066,2		
	I00-I99 hosp. 65+	**11104,4**	7750,8	11138,4	14905,8		
Ch. nowotworowe	C00-C97 zgony 0-17	**2,1**	0,6	2,7	4,4		
	C00-C97 hosp. 0-17	**89,6**	52,6	89,9	185,1		
	C00-C97 zgony 18-64	**147,3**	97,5	133,7	155,6		–
	C00-C97 hosp. 18-64	**682,0**	396,7	507,0	935,8		
	C00-C97 zgony 65+	**1176,0**	900,9	1090,6	1238,7		–
	C00-C97 hosp. 65+	**2815,8**	1883,2	2337,8	3489,4		
Przyczyny zewn.	V00-Y98 zgony 0-17	**16,5**	4,9	7,5	16,5		–
	S00-T98 hosp. 0-17	**1031,4**	550,9	1203,4	1480,5		
	V00-Y98 zgony 18-64	**67,2**	47,4	66,5	77,0		
	S00-T98 hosp. 18-64	**916,0**	616,3	893,1	1261,5		
	V00-Y98 zgony 65+	**104,9**	94,4	124,1	140,0		
	S00-T98 hosp. 65+	**1784,1**	1077,1	1600,3	2092,5		
Ch. ukł. oddech.	J00-J98 zgony 0-17	**2,6**	0,5	2,0	4,2		
	J00-J98 hosp. 0-17	**3075,3**	1818,9	2886,6	3637,4		
	J00-J98 zgony 18-64	**12,0**	9,2	15,0	25,2		+
	J00-J98 hosp. 18-64	**527,3**	393,9	577,7	690,5		
	J00-J98 zgony 65+	**255,7**	206,3	287,9	402,6		
	J00-J98 hosp. 65+	**2601,1**	1612,0	2373,3	3195,6		
Ch. ukł. traw.	K00-K93 zgony 0-17	**0**	0	0	0,5		
	K00-K93 hosp. 0-17	**874,0**	628,8	901,4	1393,2		
	K00-K93 zgony 18-64	**34,9**	20,8	28,0	41,3		–
	K00-K93 hosp. 18-64	**1052,0**	813,6	1132,5	1369,4		
	K00-K93 zgony 65+	**163,1**	118,3	158,3	206,6		
	K00-K93 hosp. 65+	**3006,8**	2312,2	3158,4	3820,2		
Ch. ukł. kostno-stawowego	M00-M99 zgony 0-17		-	-	-		
	M00-M99 hosp. 0-17	**607,2**	193,9	326,6	856,8		
	M00-M99 zgony 18-64	**1,3**	0,2	0,8	1,3		–
	M00-M99 hosp. 18-64	**718,4**	554,4	752,5	1057,3		
	M00-M99 zgony 65+	**6,2**	0,7	5,4	7,8		
	M00-M99 hosp. 65+	**1686,3**	1302,3	1919,8	2957,9		

Tabela 1.17. Wydatki NFZ (2012 r.), łóżka szpitalne, aparatura specjalistyczna, personel medyczny (2011 r.), lekarze specjaliści i kobiety (%) objęte programami skriningowymi, 2012 r.

LUBUSKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Wydatki NFZ per capita [PLN]	Ogółem	**1415,6**	1275,6	1415,6	1973,4		
	POZ	**191,3**	178,7	188,9	199,6		
	AOS	**159,2**	131,7	147,2	170,7		+
	Leczenie szpitalne	**738,5**	699,8	756,8	859,0		
Łóżka szpitalne	Łóżka na 10 tys. ludności	**43,6**	39,1	47,0	56,0		–
	Wykorzystanie łóżka [%]	**61,8**	61,8	66,8	72,9		–
	Hospitalizowani w ciągu roku na 1 łóżko	**43,2**	36,7	43,4	50,3		
	Łóżka na oddziałach wewnętrznych na 10 tys.	**6,3**	5,1	6,8	8,4		
	Łóżka na oddziałach kardiologicznych na 10 tys.	**1,3**	1,3	2,1	3,1		–
	Łóżka na oddziałach onkologicznych na 10 tys.	**1,5**	0,6	1,2	1,7		
	Łóżka na oddziałach gruźlicy i chorób płuc na 10 tys.	**1,4**	1,4	2,0	3,4		–
	Łóżka na oddziałach chirurgii na 10 tys.	**5,6**	4,2	5,6	6,2		
	Łóżka na oddziałach chirurgii urazowej na 10 tys.	**2,5**	1,8	2,6	3,8		
Aparatura	Akcelerator liniowy na 100 tys. ludności	**0,3**	0,0	0,3	0,5		
	Tomograf komputerowy na 100 tys. ludności	**1,1**	0,7	1,4	1,9		–
	Rezonans magnetyczny na 100 tys. ludności	**0,6**	0,2	0,6	0,8		
	Aparatura wys. spec. na 100 tys. ludności	**13,8**	10,9	14,0	16,9		
Personel medyczny	Lekarze ogółem na 10 tys. ludności	**23,8**	23,8	35,3	46,5		–
	Pielęgniarki na 10 tys. ludności	**63,9**	62,1	72,15	94,4		
	Położne na 10 tys. ludności	**8,1**	7,4	8,65	12,1		
	Ratownicy medyczni na 10 tys. ludności	**3,6**	1,8	3,2	4,1		
Lekarze specjaliści	Specjaliści ogółem na 100 tys. ludności	**170,8**	116,6	174,3	202,7		
	Specjaliści chorób wewn. na 100 tys. ludności	**17,3**	16,5	24,6	33,7		–
	Specjaliści pediatrii na 100 tys. ludności	**13,4**	9,6	13,8	17,6		
	Specjaliści chorób płuc na 100 tys. ludności	**3,1**	2,6	3,7	5,2		–
	Specjaliści chirurgii na 100 tys. ludności	**21,6**	16,7	20,8	24,7		
Programy	Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi [%]	**50,4**	1,0	42,8	50,4		+
	Program Profilaktyki i WW Raka Szyjki Macicy [%]	**26,2**	18,2	25,6	34,3		

Tabela 1.18. Liczba osób oczekujących (na 100 tys. ludności) i przeciętny (mediana) czas oczekiwania (dni) do poradni specjalistycznej lub na oddział szpitalny dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" za okres sprawozdawczy listopad 2013 r.

LUBUSKIE			Polska				
	Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Przychodnie specjalistyczne	Chirurgii uraz.-ortop., osoby/ludn.	**363,9**	78,7	312,8	1093,7		
	Chirurgii uraz.-ortop., dni	**35,0**	12,0	29,0	38,0		
	Chorób naczyń, osoby/ludn.	**43,8**	0,7	38,7	245,0		
	Chorób naczyń, dni	**141,0**	1,0	58,5	141,0		–
	Endokrynologiczna, osoby/ludn.	**187,1**	74,6	206,7	446,9		
	Endokrynologiczna, dni	**77,0**	56,0	101,5	156,0		
	Kardiologiczna, osoby/ludn.	**270,7**	113,7	296,0	488,6		
	Kardiologiczna, dni	**82,0**	38,0	82,0	108,0		
	Neurologiczna, osoby/ludn.	**383,8**	89,7	316,8	972,4		
	Neurologiczna, dni	**39,0**	12,0	31,0	54,0		
	Okulistyczna, osoby/ludn.	**1117,8**	138,9	701,6	1728,4		–
	Okulistyczna, dni	**38,0**	10,0	36,5	75,0		
	Urologiczna, osoby/ludn.	**347,7**	62,9	216,7	443,3		–
	Urologiczna, dni	**52,0**	22,0	44,0	75,0		
	Tomografii komp., osoby/ludn.	**127,8**	72,0	210,7	547,6		+
	Tomografii komp. , dni	**22,0**	14,0	45,5	64,0		
Oddziały szpitalne	Chirurgiczny, osoby/ludn.	**79,9**	46,4	127,2	268,2		
	Chirurgiczny, dni	**13,0**	12,0	29,0	44,0		+
	Chirurgii uraz.-ortop. , osoby/ludn.	**401,4**	27,9	194,8	684,4		–
	Chirurgii uraz.-ortop. , dni.	**160,0**	2,0	101,0	185,0		–
	Kardiologiczny, osoby/ludn.	**8,1**	1,4	13,6	61,6		
	Kardiologiczny, dni	**50,0**	4,0	25,0	51,0		–
	Neurochirurgiczny, osoby/ludn.	**73,7**	1,4	27,5	367,8		
	Neurochirurgiczny, dni	**125,0**	8,0	83,0	354,0		
	Okulistyczny, osoby/ludn.	**3,7**	1,3	30,2	82,5		+
	Okulistyczny, dni	**-**	13,0	37,5	163,0		
	Otorynolaryngolog., osoby/ludn.	**144,4**	52,8	153,7	371,9		
	Otorynolaryngolog., dni	**155,0**	21,0	121,0	246,0		–
	Urologiczny, osoby/ludn.	**32,2**	11,1	32,3	106,8		
	Urologiczny, dni.	**47,0**	5,0	33,0	47,0		–

Tabela 1.19. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej, współczynniki na 100 tys. ludności, 2011 r.

LUBUSKIE		Polska				
Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
F00-F99 ambulatoria 0-18	**832,8**	832,8	1467,3	2470,6		+
F00-F99 opieka całodobowa 0-17	**242,9**	52,5	118,6	242,9		–
F00-F99 ambulatoria 19-64	**5349,9**	2223,0	4178,2	5369,2		–
F00-F99 opieka całodobowa 18-64	**747,5**	483,7	640,6	836,6		–
F00-F99 ambulatoria 65+	**4577,0**	1571,1	3812,0	5732,2		–
F00-F99 opieka całodobowa 65+	**663,0**	336,0	463,7	765,8		–

Tabela 1.20. Orzeczenia pierwszorazowe o niepełnosprawności, współczynniki na 100 tys. ludności, ZUS 2012 r.

LUBUSKIE		Polska				
Parametr	Współcz. /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Przyczyny ogółem	**174,0**	82,9	174,4	242,4		
Nowotwory (C00-D48)	**46,7**	19,2	38,5	54,9		–
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	**12,6**	8,4	20,2	28,0		+
Choroby układu krążenia (I00-I99)	**46,7**	19,0	40,8	56,2		–
Choroby układu kostno - stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	**18,6**	5,9	18,9	35,7		

WOJEWÓDZTWO ŁÓDZKIE

Na podstawie przeciętnego trwania życia, wyraźnie krótszego niż w innych województwach, stan zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego należałoby uznać za najgorszy w kraju. Umieralność osób dorosłych z powodu ogółu przyczyn jest tu najwyższa w Polsce. Wysoka jest również umieralność niemowląt. O złym stanie zdrowia mieszkańców województwa świadczy też jedna z najwyższych w kraju liczba orzeczeń o niepełnosprawności (na 100 tys. ludności).

Województwo cechuje wysoka umieralność osób dorosłych z powodu chorób układu krążenia, przy wysokim poziomie hospitalizacji z tego powodu.

Problem stanowią również nowotwory złośliwe, z powodu których umiera ponadprzeciętnie dużo osób w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym (w tej grupie najwyższa w Polsce wartość współczynnika zgonów). Jednak poziom hospitalizacji nie odbiega wyraźnie od ogólnopolskiego. W województwie są trudności z wykonaniem badania tomograficznego. Mimo średniej w skali kraju liczby aparatów, długość kolejki i czas oczekiwania na badanie należą do dłuższych w Polsce. Udział kobiet w Programie Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy jest jednym z niższych w kraju. Kolejny problem stanowią choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Umieralność z ich powodu osób w wieku poprodukcyjnym jest najwyższa w Polsce, a jednocześnie poziom hospitalizacji należy do najniższych w kraju.

Wysoka jest również umieralność dorosłych z przyczyn zewnętrznych oraz chorób układu trawiennego, przy wysokim poziomie hospitalizacji.

Poważnym problemem w województwie są zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Częstość leczenia z tego powodu jest ponadprzeciętnie wysoka we wszystkich grupach wieku, wśród dorosłych współczynniki na 100/tys. ludności należą do najwyższych w Polsce, zarówno dla opieki ambulatoryjnej, jak i całodobowej. Mimo to, choroby te najczęściej w kraju stają się przyczyną niepełnosprawności.

Okres oczekiwania na leczenie szpitalne jest z reguły krótszy niż przeciętnie w Polsce. Wskaźniki dotyczące infrastruktury i personelu medycznego należą do najkorzystniejszych w kraju (wyjątek stanowi tu niższa niż przeciętnie liczba łóżek na oddziałach chirurgii). Bardzo dobry na tle całej Polski jest dostęp do leczenia ambulatoryjnego.

Tak niekorzystna sytuacja zdrowotna ludności, przy stosukowo dobrym poziomie infrastruktury i nasycenia kadrą, wymaga podjęcia wszechstronnych działań dla poprawy skuteczności leczenia zwłaszcza chorób układu krążenia, nowotworów i chorób układu kostno-stawowego, zarówno organizacyjnych w celu optymalnego wykorzystania posiadanych zasobów, jak i edukacyjno-profilaktycznych, ukierunkowanych na stopniowe ograniczenie skali potrzeb. Intensyfikacja działań w zakresie promocji zdrowia wydaje się niezbędna dla poprawy sytuacji w województwie.

Tabela 1.21. Przeciętne trwanie życia (2012 r.), umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych (2012 r.) oraz współczynniki umieralności i chorobowości szpitalnej według grup wieku oraz głównych grup przyczyn (2011 r.)

ŁÓDZKIE			Polska				
Parametr		Wartość /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Trwanie życia M		**70,6**	70,6	72,7	74,3		–
Trwanie życia K		**79,8**	79,8	80,8	82,3		–
Zgony niemowląt		**6,0**	3,6	4,4	6,3		–
Przyczyny ogółem	A00-Y98 zgony 0-17	**40,8**	34,2	41,8	55,6		
	A00-T98 hosp. 0-17	**15074,5**	9141,5	12151,6	15717,5		
	A00-Y98 zgony 18-64	**555,3**	316,6	427,9	555,3		–
	A00-T98 hosp. 18-64	**13426,8**	7931,5	10749,5	13426,8		
	A00-Y98 zgony 65+	**5479,9**	4741,8	4955,5	5479,9		–
	A00-T98 hosp. 65+	**37124,6**	24673,5	33632,3	42011,2		
Ch. ukł. krążenia	I00-I99 zgony 0-17	**0,9**	0,2	0,9	1,7		
	I00-I99 hosp. 0-17	**227,3**	67,2	168,0	454,4		
	I00-I99 zgony 18-64	**134,7**	67,5	116,9	134,7		–
	I00-I99 hosp. 18-64	**1783,3**	977,6	1475,6	1783,3		
	I00-I99 zgony 65+	**2952,7**	2114,2	2648,7	3066,2		–
	I00-I99 hosp. 65+	**13360,0**	7750,8	11138,4	14905,8		
Ch. nowotworowe	C00-C97 zgony 0-17	**3,9**	0,6	2,7	4,4		–
	C00-C97 hosp. 0-17	**121,6**	52,6	89,9	185,1		
	C00-C97 zgony 18-64	**155,6**	97,5	133,7	155,6		–
	C00-C97 hosp. 18-64	**562,5**	396,7	507,0	935,8		
	C00-C97 zgony 65+	**1070,6**	900,9	1090,6	1238,7		
	C00-C97 hosp. 65+	**2386,2**	1883,2	2337,8	3489,4		
Przyczyny zewn.	V00-Y98 zgony 0-17	**6,6**	4,9	7,5	16,5		
	S00-T98 hosp. 0-17	**1480,5**	550,9	1203,4	1480,5		
	V00-Y98 zgony 18-64	**77,0**	47,4	66,5	77,0		–
	S00-T98 hosp. 18-64	**1241,3**	616,3	893,1	1261,5		
	V00-Y98 zgony 65+	**140,0**	94,4	124,1	140,0		–
	S00-T98 hosp. 65+	**1929,1**	1077,1	1600,3	2092,5		
Ch. ukł. oddech.	J00-J98 zgony 0-17	**2,0**	0,5	2,0	4,2		
	J00-J98 hosp. 0-17	**3637,4**	1818,9	2886,6	3637,4		
	J00-J98 zgony 18-64	**16,5**	9,2	15,0	25,2		
	J00-J98 hosp. 18-64	**599,8**	393,9	577,7	690,5		
	J00-J98 zgony 65+	**304,1**	206,3	287,9	402,6		
	J00-J98 hosp. 65+	**2334,8**	1612,0	2373,3	3195,6		
Ch. ukł. traw.	K00-K93 zgony 0-17	**0**	0	0	0,5		
	K00-K93 hosp. 0-17	**1183,6**	628,8	901,4	1393,2		
	K00-K93 zgony 18-64	**41,3**	20,8	28,0	41,3		–
	K00-K93 hosp. 18-64	**1354,8**	813,6	1132,5	1369,4		
	K00-K93 zgony 65+	**206,6**	118,3	158,3	206,6		–
	K00-K93 hosp. 65+	**3516,1**	2312,2	3158,4	3820,2		
Ch. ukł. kostno-stawowego	M00-M99 zgony 0-17	**-**	-	-	-		
	M00-M99 hosp. 0-17	**262,7**	193,9	326,6	856,8		
	M00-M99 zgony 18-64	**0,6**	0,2	0,8	1,3		
	M00-M99 hosp. 18-64	**554,4**	554,4	752,5	1057,3		
	M00-M99 zgony 65+	**7,8**	0,7	5,4	7,8		–
	M00-M99 hosp. 65+	**1406,5**	1302,3	1919,8	2957,9		

Tabela 1.22. Wydatki NFZ (2012 r.), łóżka szpitalne, aparatura specjalistyczna, personel medyczny (2011 r.), lekarze specjaliści i kobiety (%) objęte programami skriningowymi, 2012 r.

ŁÓDZKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Wydatki NFZ per capita [PLN]	Ogółem	**1538,3**	1275,6	1415,6	1973,4		
	POZ	**196,6**	178,7	188,9	199,6		+
	AOS	**138,4**	131,7	147,2	170,7		–
	Leczenie szpitalne	**799,4**	699,8	756,8	859,0		+
Łóżka szpitalne	Łóżka na 10 tys. ludności	**51,2**	39,1	47,0	56,0		+
	Wykorzystanie łóżka [%]	**69,1**	61,8	66,8	72,9		
	Hospitalizowani w ciągu roku na 1 łóżko	**47,9**	36,7	43,4	50,3		+
	Łóżka na oddziałach wewnętrznych na 10 tys.	**7,2**	5,1	6,8	8,4		
	Łóżka na oddziałach kardiologicznych na 10 tys.	**3,1**	1,3	2,1	3,1		+
	Łóżka na oddziałach onkologicznych na 10 tys.	**1,2**	0,6	1,2	1,7		
	Łóżka na oddziałach gruźlicy i chorób płuc na 10 tys.	**2,1**	1,4	2,0	3,4		
	Łóżka na oddziałach chirurgii na 10 tys.	**5,0**	4,2	5,6	6,2		–
	Łóżka na oddziałach chirurgii urazowej na 10 tys.	**2,8**	1,8	2,6	3,8		
Aparatura	Akcelerator liniowy na 100 tys. ludności	**0,3**	0,0	0,3	0,5		
	Tomograf komputerowy na 100 tys. ludności	**1,5**	0,7	1,4	1,9		
	Rezonans magnetyczny na 100 tys. ludności	**0,5**	0,2	0,6	0,8		
	Aparatura wys. spec. na 100 tys. ludności	**15,2**	10,9	14,0	16,9		+
Personel medyczny	Lekarze ogółem na 10 tys. ludności	**42,2**	23,8	35,3	46,5		+
	Pielęgniarki na 10 tys. ludności	**94,4**	62,1	72,15	94,4		+
	Położne na 10 tys. ludności	**12,1**	7,4	8,65	12,1		+
	Ratownicy medyczni na 10 tys. ludności	**2,7**	1,8	3,2	4,1		
Lekarze specjaliści	Specjaliści ogółem na 100 tys. ludności	**192,8**	116,6	174,3	202,7		
	Specjaliści chorób wewn. na 100 tys. ludności	**33,6**	16,5	24,6	33,7		+
	Specjaliści pediatrii na 100 tys. ludności	**17,6**	9,6	13,8	17,6		+
	Specjaliści chorób płuc na 100 tys. ludności	**4,0**	2,6	3,7	5,2		
	Specjaliści chirurgii na 100 tys. ludności	**20,2**	16,7	20,8	24,7		
Programy	Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi [%]	**42,8**	1,0	42,8	50,4		
	Program Profilaktyki i WW Raka Szyjki Macicy [%]	**23,4**	18,2	25,6	34,3		–

Tabela 1.23. Liczba osób oczekujących (na 100 tys. ludności) i przeciętny (mediana) czas oczekiwania (dni) do poradni specjalistycznej lub na oddział szpitalny dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" za okres sprawozdawczy listopad 2013 r.

ŁÓDZKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Przychodnie specjalistyczne	Chirurgii uraz.-ortop., osoby/ludn.	**176,7**	78,7	312,8	1093,7		+
	Chirurgii uraz.-ortop., dni	**20,0**	12,0	29,0	38,0		+
	Chorób naczyń, osoby/ludn.	**12,0**	0,7	38,7	245,0		
	Chorób naczyń, dni	**1,0**	1,0	58,5	141,0		+
	Endokrynologiczna, osoby/ludn.	**139,6**	74,6	206,7	446,9		+
	Endokrynologiczna, dni	**56,0**	56,0	101,5	156,0		+
	Kardiologiczna, osoby/ludn.	**199,4**	113,7	296,0	488,6		+
	Kardiologiczna, dni	**77,0**	38,0	82,0	108,0		
	Neurologiczna, osoby/ludn.	**157,8**	89,7	316,8	972,4		+
	Neurologiczna, dni	**15,0**	12,0	31,0	54,0		+
	Okulistyczna, osoby/ludn.	**525,5**	138,9	701,6	1728,4		
	Okulistyczna, dni	**14,0**	10,0	36,5	75,0		+
	Urologiczna, osoby/ludn.	**120,4**	62,9	216,7	443,3		
	Urologiczna, dni	**22,0**	22,0	44,0	75,0		+
	Tomografii komp., osoby/ludn.	**315,2**	72,0	210,7	547,6		–
	Tomografii komp. , dni	**52,0**	14,0	45,5	64,0		–
Oddziały szpitalne	Chirurgiczny, osoby/ludn.	**49,6**	46,4	127,2	268,2		+
	Chirurgiczny, dni	**-**	12,0	29,0	44,0		
	Chirurgii uraz.-ortop. , osoby/ludn.	**182,9**	27,9	194,8	684,4		
	Chirurgii uraz.-ortop. , dni.	**101,0**	2,0	101,0	185,0		
	Kardiologiczny, osoby/ludn.	**23,3**	1,4	13,6	61,6		
	Kardiologiczny, dni	**-**	4,0	25,0	51,0		
	Neurochirurgiczny, osoby/ludn.	**12,0**	1,4	27,5	367,8		+
	Neurochirurgiczny, dni	**78,0**	8,0	83,0	354,0		
	Okulistyczny, osoby/ludn.	**82,5**	1,3	30,2	82,5		–
	Okulistyczny, dni	**37,0**	13,0	37,5	163,0		
	Otorynolaryngolog., osoby/ludn.	**52,8**	52,8	153,7	371,9		+
	Otorynolaryngolog., dni	**36,0**	21,0	121,0	246,0		+
	Urologiczny, osoby/ludn.	**15,9**	11,1	32,3	106,8		+
	Urologiczny, dni.	**13,0**	5,0	33,0	47,0		+

Tabela 1.24. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej, współczynniki na 100 tys. ludności, 2011 r.

ŁÓDZKIE		Polska				Ocena
Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	
F00-F99 ambulatoria 0-18	**1591,4**	832,8	1467,3	2470,6		
F00-F99 opieka całodobowa 0-17	**154,9**	52,5	118,6	242,9		–
F00-F99 ambulatoria 19-64	**5369,2**	2223,0	4178,2	5369,2		–
F00-F99 opieka całodobowa 18-64	**821,7**	483,7	640,6	836,6		–
F00-F99 ambulatoria 65+	**5732,2**	1571,1	3812,0	5732,2		–
F00-F99 opieka całodobowa 65+	**532,0**	336,0	463,7	765,8		–

Tabela 1.25. Orzeczenia pierwszorazowe o niepełnosprawności, współczynniki na 100 tys. ludności, ZUS 2012 r.

ŁÓDZKIE		Polska				Ocena
Parametr	Współcz. /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	
Przyczyny ogółem	**212,3**	82,9	174,4	242,4		–
Nowotwory (C00-D48)	**39,0**	19,2	38,5	54,9		
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	**28,0**	8,4	20,2	28,0		–
Choroby układu krążenia (I00-I99)	**44,7**	19,0	40,8	56,2		
Choroby układu kostno - stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	**18,2**	5,9	18,9	35,7		

WOJEWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE

Województwo małopolskie należy do województw o wyższej od przeciętnej dla całego kraju długości życia, zarówno mężczyzn, jak i kobiet (74,0; 81,9). Umieralność ogółem i współczynniki umieralności według analizowanych przyczyn nie wykraczają powyżej przeciętnej dla całego kraju, a dla niektórych przyczyn są wyraźnie niższe – dotyczy to szczególnie chorób układu oddechowego i przyczyn zewnętrznych u najmłodszych (0-17 lat), a także, choć nie tak wyraźnie, w grupie wieku 18-64 lata.

Odmiennie przedstawia się problem chorób układu kostno-stawowego, które stanowią w tym województwie ważną przyczynę zgonu osób najstarszych (65 i więcej lat), są częściej niż przeciętnie w kraju przyczyną hospitalizacji osób dorosłych, ale równocześnie nie stają się szczególnie często przyczyną niepełnosprawności.

Szczególnego omówienia wymagają zaburzenia psychiczne, gdyż częściej niż przeciętnie w kraju leczy się tu ambulatoryjnie dzieci i młodzież oraz osoby w wieku produkcyjnym. Natomiast we wszystkich grupach wieku rzadsze niż przeciętnie jest całodobowe leczenie z tych przyczyn. Należy dodać, że leczenie szpitalne w województwie małopolskim (współczynniki hospitalizacji) jest przeważnie na poziomie niższym niż ogólnokrajowy, za wyjątkiem chorób układu kostno-stawowego. Okres oczekiwania na wizytę w ambulatoryjnej poradni specjalistycznej w województwie małopolskim przedstawiał się szczególnie niekorzystnie w zakresie chorób naczyń (130 dni), endokrynologii (150 dni), neurologii (44 dni) i urologii (64 dni). Jednak ogólnie sytuacja w zakresie oczekiwania na wizytę w AOS była dość dobra. Na przyjęcie do szpitali mieszkańcy małopolskiego czekali szczególnie długo w porównaniu z mieszkańcami innych województw, w przypadku oddziałów neurochirurgii 214 dni (średnio w kraju – 83 dni).

Wydatki NFZ na świadczenia zdrowotne ogółem w województwie małopolskim nie wykraczały poza przeciętne w całym kraju, chociaż finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej oraz leczenia szpitalnego było niższe od ogólnopolskiego. Równocześnie pewne niedobory w stosunku do poziomu krajowego widoczne są w zakresie łóżek na oddziałach chirurgii, liczby specjalistów chirurgii na 100 tys. mieszkańców i ratowników medycznych. Nieco lepiej niż w kraju wygląda nasycenie województwa specjalistami z zakresu chorób wewnętrznych i chorób płuc, lepsze jest też nieco wykorzystanie łóżek szpitalnych 70% (w kraju 67%).

Gorzej niż przeciętnie w całym kraju pod względem uczestnictwa realizowane są programy wczesnego wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy.

Podsumowując uznać można, że w województwie małopolskim sytuacja zdrowotna jest dość dobra mimo stosunkowo niskich nakładów NFZ na świadczenia zdrowotne. Problemem są zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży oraz w populacji pracujących, a także choroby układu kostno-stawowego zwłaszcza u najstarszych osób.

Tabela 1.26. Przeciętne trwanie życia (2012 r.), umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych (2012 r.) oraz współczynniki umieralności i chorobowości szpitalnej według grup wieku oraz głównych grup przyczyn (2011 r.)

MAŁOPOLSKIE			Polska				
Parametr		Wartość /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Trwanie życia M		**74,0**	70,6	72,7	74,3		+
Trwanie życia K		**81,9**	79,8	80,8	82,3		+
Zgony niemowląt		**4,2**	3,6	4,4	6,3		
Przyczyny ogółem	A00-Y98 zgony 0-17	**36,8**	34,2	41,8	55,6		+
	A00-T98 hosp. 0-17	**11768,6**	9141,5	12151,6	15717,5		
	A00-Y98 zgony 18-64	**341,5**	316,6	427,9	555,3		+
	A00-T98 hosp. 18-64	**9546,0**	7931,5	10749,5	13426,8		
	A00-Y98 zgony 65+	**4787,6**	4741,8	4955,5	5479,9		+
	A00-T98 hosp. 65+	**30577,8**	24673,5	33632,3	42011,2		
Ch. ukł. krążenia	I00-I99 zgony 0-17	**0,8**	0,2	0,9	1,7		
	I00-I99 hosp. 0-17	**99,2**	67,2	168,0	454,4		
	I00-I99 zgony 18-64	**96,8**	67,5	116,9	134,7		+
	I00-I99 hosp. 18-64	**1204,4**	977,6	1475,6	1783,3		
	I00-I99 zgony 65+	**2584,6**	2114,2	2648,7	3066,2		
	I00-I99 hosp. 65+	**10553,3**	7750,8	11138,4	14905,8		
Ch. nowotworowe	C00-C97 zgony 0-17	**2,6**	0,6	2,7	4,4		
	C00-C97 hosp. 0-17	**90,2**	52,6	89,9	185,1		
	C00-C97 zgony 18-64	**113,0**	97,5	133,7	155,6		+
	C00-C97 hosp. 18-64	**597,0**	396,7	507,0	935,8		
	C00-C97 zgony 65+	**1055,1**	900,9	1090,6	1238,7		
	C00-C97 hosp. 65+	**2795,9**	1883,2	2337,8	3489,4		
Przyczyny zewn.	V00-Y98 zgony 0-17	**4,9**	4,9	7,5	16,5		+
	S00-T98 hosp. 0-17	**1142,5**	550,9	1203,4	1480,5		
	V00-Y98 zgony 18-64	**49,2**	47,4	66,5	77,0		+
	S00-T98 hosp. 18-64	**789,1**	616,3	893,1	1261,5		
	V00-Y98 zgony 65+	**125,8**	94,4	124,1	140,0		
	S00-T98 hosp. 65+	**1446,2**	1077,1	1600,3	2092,5		
Ch. ukł. oddech.	J00-J98 zgony 0-17	**0,5**	0,5	2,0	4,2		+
	J00-J98 hosp. 0-17	**2735,2**	1818,9	2886,6	3637,4		
	J00-J98 zgony 18-64	**9,2**	9,2	15,0	25,2		+
	J00-J98 hosp. 18-64	**459,5**	393,9	577,7	690,5		
	J00-J98 zgony 65+	**229,2**	206,3	287,9	402,6		+
	J00-J98 hosp. 65+	**2330,3**	1612,0	2373,3	3195,6		
Ch. ukł. traw.	K00-K93 zgony 0-17	**0**	0	0	0,5		
	K00-K93 hosp. 0-17	**812,9**	628,8	901,4	1393,2		
	K00-K93 zgony 18-64	**22,8**	20,8	28,0	41,3		+
	K00-K93 hosp. 18-64	**905,1**	813,6	1132,5	1369,4		
	K00-K93 zgony 65+	**142,4**	118,3	158,3	206,6		+
	K00-K93 hosp. 65+	**2636,2**	2312,2	3158,4	3820,2		
Ch. ukł. kostno-stawowego	M00-M99 zgony 0-17		-	-	-		
	M00-M99 hosp. 0-17	**856,8**	193,9	326,6	856,8		
	M00-M99 zgony 18-64	**1,0**	0,2	0,8	1,3		
	M00-M99 hosp. 18-64	**807,8**	554,4	752,5	1057,3		
	M00-M99 zgony 65+	**7,3**	0,7	5,4	7,8		–
	M00-M99 hosp. 65+	**2210,6**	1302,3	1919,8	2957,9		

Tabela 1.27. Wydatki NFZ (2012 r.), łóżka szpitalne, aparatura specjalistyczna, personel medyczny (2011 r.), lekarze specjaliści i kobiety (%) objęte programami skriningowymi, 2012 r.

MAŁOPOLSKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Wydatki NFZ per capita [PLN]	Ogółem	**1482,8**	1275,6	1415,6	1973,4		
	POZ	**185,7**	178,7	188,9	199,6		–
	AOS	**142,5**	131,7	147,2	170,7		
	Leczenie szpitalne	**717,4**	699,8	756,8	859,0		–
Łóżka szpitalne	Łóżka na 10 tys. ludności	**44,0**	39,1	47,0	56,0		–
	Wykorzystanie łóżka [%]	**69,9**	61,8	66,8	72,9		+
	Hospitalizowani w ciągu roku na 1 łóżko	**43,1**	36,7	43,4	50,3		
	Łóżka na oddziałach wewnętrznych na 10 tys.	**6,3**	5,1	6,8	8,4		
	Łóżka na oddziałach kardiologicznych na 10 tys.	**2,1**	1,3	2,1	3,1		
	Łóżka na oddziałach onkologicznych na 10 tys.	**1,1**	0,6	1,2	1,7		
	Łóżka na oddziałach gruźlicy i chorób płuc na 10 tys.	**2,3**	1,4	2,0	3,4		
	Łóżka na oddziałach chirurgii na 10 tys.	**4,2**	4,2	5,6	6,2		–
	Łóżka na oddziałach chirurgii urazowej na 10 tys.	**2,8**	1,8	2,6	3,8		
Aparatura	Akcelerator liniowy na 100 tys. ludności	**0,4**	0,0	0,3	0,5		
	Tomograf komputerowy na 100 tys. ludności	**1,6**	0,7	1,4	1,9		
	Rezonans magnetyczny na 100 tys. ludności	**0,4**	0,2	0,6	0,8		
	Aparatura wys. spec. na 100 tys. ludności	**14,1**	10,9	14,0	16,9		
Personel medyczny	Lekarze ogółem na 10 tys. ludności	**35,9**	23,8	35,3	46,5		
	Pielęgniarki na 10 tys. ludności	**70,2**	62,1	72,15	94,4		
	Położne na 10 tys. ludności	**8,7**	7,4	8,65	12,1		
	Ratownicy medyczni na 10 tys. ludności	**2,3**	1,8	3,2	4,1		–
Lekarze specjaliści	Specjaliści ogółem na 100 tys. ludności	**173,2**	116,6	174,3	202,7		
	Specjaliści chorób wewn. na 100 tys. ludności	**28,5**	16,5	24,6	33,7		+
	Specjaliści pediatrii na 100 tys. ludności	**15,2**	9,6	13,8	17,6		
	Specjaliści chorób płuc na 100 tys. ludności	**4,6**	2,6	3,7	5,2		+
	Specjaliści chirurgii na 100 tys. ludności	**18,7**	16,7	20,8	24,7		–
Programy	Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi [%]	**36,8**	1,0	42,8	50,4		–
	Program Profilaktyki i WW Raka Szyjki Macicy [%]	**21,5**	18,2	25,6	34,3		–

Tabela 1.28. Liczba osób oczekujących (na 100 tys. ludności) i przeciętny (mediana) czas oczekiwania (dni) do poradni specjalistycznej lub na oddział szpitalny dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" za okres sprawozdawczy listopad 2013 r.

MAŁOPOLSKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Przychodnie specjalistyczne	Chirurgii uraz.-ortop., osoby/ludn.	**281,3**	78,7	312,8	1093,7		
	Chirurgii uraz.-ortop., dni	**38,0**	12,0	29,0	38,0		–
	Chorób naczyń, osoby/ludn.	**77,0**	0,7	38,7	245,0		
	Chorób naczyń, dni	**130,0**	1,0	58,5	141,0		–
	Endokrynologiczna, osoby/ludn.	**162,3**	74,6	206,7	446,9		+
	Endokrynologiczna, dni	**150,0**	56,0	101,5	156,0		–
	Kardiologiczna, osoby/ludn.	**261,8**	113,7	296,0	488,6		
	Kardiologiczna, dni	**92,0**	38,0	82,0	108,0		
	Neurologiczna, osoby/ludn.	**200,9**	89,7	316,8	972,4		+
	Neurologiczna, dni	**44,0**	12,0	31,0	54,0		–
	Okulistyczna, osoby/ludn.	**350,0**	138,9	701,6	1728,4		+
	Okulistyczna, dni	**55,0**	10,0	36,5	75,0		–
	Urologiczna, osoby/ludn.	**118,8**	62,9	216,7	443,3		
	Urologiczna, dni	**64,0**	22,0	44,0	75,0		–
	Tomografii komp., osoby/ludn.	**267,0**	72,0	210,7	547,6		
	Tomografii komp. , dni	**50,0**	14,0	45,5	64,0		
Oddziały szpitalne	Chirurgiczny, osoby/ludn.	**94,1**	46,4	127,2	268,2		
	Chirurgiczny, dni	**29,0**	12,0	29,0	44,0		
	Chirurgii uraz.-ortop. , osoby/ludn.	**333,7**	27,9	194,8	684,4		–
	Chirurgii uraz.-ortop. , dni.	**110,0**	2,0	101,0	185,0		
	Kardiologiczny, osoby/ludn.	**37,9**	1,4	13,6	61,6		
	Kardiologiczny, dni	**17,0**	4,0	25,0	51,0		
	Neurochirurgiczny, osoby/ludn.	**20,7**	1,4	27,5	367,8		
	Neurochirurgiczny, dni	**214,0**	8,0	83,0	354,0		–
	Okulistyczny, osoby/ludn.	**37,1**	1,3	30,2	82,5		
	Okulistyczny, dni	**19,0**	13,0	37,5	163,0		+
	Otorynolaryngolog., osoby/ludn.	**107,2**	52,8	153,7	371,9		+
	Otorynolaryngolog., dni	**133,0**	21,0	121,0	246,0		
	Urologiczny, osoby/ludn.	**19,4**	11,1	32,3	106,8		
	Urologiczny, dni.	**41,0**	5,0	33,0	47,0		

Tabela 1.29. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej, współczynniki na 100 tys. ludności, 2011 r.

MAŁOPOLSKIE		Polska				Ocena
Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	
F00-F99 ambulatoria 0-18	**1696,8**	832,8	1467,3	2470,6		–
F00-F99 opieka całodobowa 0-17	**52,5**	52,5	118,6	242,9		+
F00-F99 ambulatoria 19-64	**4934,6**	2223,0	4178,2	5369,2		–
F00-F99 opieka całodobowa 18-64	**483,7**	483,7	640,6	836,6		+
F00-F99 ambulatoria 65+	**4193,3**	1571,1	3812,0	5732,2		
F00-F99 opieka całodobowa 65+	**336,0**	336,0	463,7	765,8		+

Tabela 1.30. Orzeczenia pierwszorazowe o niepełnosprawności, współczynniki na 100 tys. ludności, ZUS 2012 r.

MAŁOPOLSKIE		Polska				Ocena
Parametr	Współcz. /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	
Przyczyny ogółem	**138,1**	82,9	174,4	242,4		
Nowotwory (C00-D48)	**33,4**	19,2	38,5	54,9		
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	**14,8**	8,4	20,2	28,0		
Choroby układu krążenia (I00-I99)	**30,6**	19,0	40,8	56,2		
Choroby układu kostno - stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	**16,3**	5,9	18,9	35,7		

WOJEWÓDZTWO MAZOWIECKIE

Na podstawie analizy przeciętnego trwania życia stan zdrowia mężczyzn w województwie mazowieckim należy uznać za średni w skali ogólnopolskiej, zaś kobiet – za nieznacznie lepszy.

Województwo cechuje ponadprzeciętna umieralność dorosłych z powodu chorób układu trawiennego, a w przypadku osób w wieku poprodukcyjnym również z powodu chorób układu oddechowego. Częstość hospitalizacji z tych przyczyn jest nieco niższa niż przeciętnie w kraju.

Województwo mazowieckie odznacza się również wysoką umieralnością z przyczyn zewnętrznych osób w wieku produkcyjnym. Jednocześnie liczba ratowników medycznych (na 10 tys. ludności) jest najniższa w całym kraju.

Wyraźny problem zdrowotny stanowią zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży – częstość leczenia ambulatoryjnego tych chorób należy do najwyższych w Polsce.

Generalnie infrastruktura oraz dostęp do leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego kształtują się na poziomie ogólnopolskim lub lepszym. Wyjątek stanowią poradnie chirurgii urazowo-ortopedycznej i neurologiczne, gdzie na wizytę czeka się ponadprzeciętnie długo w skali całego kraju.

Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej ponadprzeciętnie często stają się przyczyną niepełnosprawności.

Udział kobiet w programach profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów jest niski. Poprawa stanu zdrowia ludności wymaga przede wszystkim rozszerzenia działań profilaktycznych i edukacyjnych, zwłaszcza w dziedzinie wypadków, chorób układu trawiennego i oddechowego.

Tabela 1.31. Przeciętne trwanie życia (2012 r.), umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych (2012 r.) oraz współczynniki umieralności i chorobowości szpitalnej według grup wieku oraz głównych grup przyczyn (2011 r.)

MAZOWIECKIE			Polska				
Parametr		Wartość /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Trwanie życia M		**72,9**	70,6	72,7	74,3		
Trwanie życia K		**81,3**	79,8	80,8	82,3		
Zgony niemowląt		**3,8**	3,6	4,4	6,3		+
Przyczyny ogółem	A00-Y98 zgony 0-17	**38,8**	34,2	41,8	55,6		+
	A00-T98 hosp. 0-17	**14977,4**	9141,5	12151,6	15717,5		
	A00-Y98 zgony 18-64	**419,3**	316,6	427,9	555,3		
	A00-T98 hosp. 18-64	**10670,4**	7931,5	10749,5	13426,8		
	A00-Y98 zgony 65+	**4941,0**	4741,8	4955,5	5479,9		
	A00-T98 hosp. 65+	**31896,3**	24673,5	33632,3	42011,2		
Ch. ukł. krążenia	I00-I99 zgony 0-17	**0,8**	0,2	0,9	1,7		
	I00-I99 hosp. 0-17	**240,6**	67,2	168,0	454,4		
	I00-I99 zgony 18-64	**119,0**	67,5	116,9	134,7		
	I00-I99 hosp. 18-64	**1405,7**	977,6	1475,6	1783,3		
	I00-I99 zgony 65+	**2646,3**	2114,2	2648,7	3066,2		
	I00-I99 hosp. 65+	**11036,1**	7750,8	11138,4	14905,8		
Ch. nowotworowe	C00-C97 zgony 0-17	**2,5**	0,6	2,7	4,4		
	C00-C97 hosp. 0-17	**86,9**	52,6	89,9	185,1		
	C00-C97 zgony 18-64	**130,4**	97,5	133,7	155,6		
	C00-C97 hosp. 18-64	**511,0**	396,7	507,0	935,8		
	C00-C97 zgony 65+	**1082,5**	900,9	1090,6	1238,7		
	C00-C97 hosp. 65+	**2289,4**	1883,2	2337,8	3489,4		
Przyczyny zewn.	V00-Y98 zgony 0-17	**9,2**	4,9	7,5	16,5		
	S00-T98 hosp. 0-17	**1193,1**	550,9	1203,4	1480,5		
	V00-Y98 zgony 18-64	**76,3**	47,4	66,5	77,0		–
	S00-T98 hosp. 18-64	**916,3**	616,3	893,1	1261,5		
	V00-Y98 zgony 65+	**130,0**	94,4	124,1	140,0		–
	S00-T98 hosp. 65+	**1693,5**	1077,1	1600,3	2092,5		
Ch. ukł. oddech.	J00-J98 zgony 0-17	**2,0**	0,5	2,0	4,2		
	J00-J98 hosp. 0-17	**2816,6**	1818,9	2886,6	3637,4		
	J00-J98 zgony 18-64	**16,6**	9,2	15,0	25,2		
	J00-J98 hosp. 18-64	**509,8**	393,9	577,7	690,5		
	J00-J98 zgony 65+	**398,6**	206,3	287,9	402,6		–
	J00-J98 hosp. 65+	**2134,4**	1612,0	2373,3	3195,6		
Ch. ukł. traw.	K00-K93 zgony 0-17	**0**	0	0	0,5		
	K00-K93 hosp. 0-17	**905,4**	628,8	901,4	1393,2		
	K00-K93 zgony 18-64	**30,8**	20,8	28,0	41,3		–
	K00-K93 hosp. 18-64	**1051,0**	813,6	1132,5	1369,4		
	K00-K93 zgony 65+	**186,8**	118,3	158,3	206,6		–
	K00-K93 hosp. 65+	**2954,6**	2312,2	3158,4	3820,2		
Ch. ukł. kostno-stawowego	M00-M99 zgony 0-17	**-**	-	-	-		
	M00-M99 hosp. 0-17	**193,9**	193,9	326,6	856,8		
	M00-M99 zgony 18-64	**-**	0,2	0,8	1,3		
	M00-M99 hosp. 18-64	**733,1**	554,4	752,5	1057,3		
	M00-M99 zgony 65+	**0,7**	0,7	5,4	7,8		+
	M00-M99 hosp. 65+	**1947,7**	1302,3	1919,8	2957,9		

Tabela 1.32. Wydatki NFZ (2012 r.), łóżka szpitalne, aparatura specjalistyczna, personel medyczny (2011 r.), lekarze specjaliści i kobiety (%) objęte programami skriningowymi, 2012 r.

MAZOWIECKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Wydatki NFZ per capita [PLN]	Ogółem	**1973,4**	1275,6	1415,6	1973,4		+
	POZ	**191,0**	178,7	188,9	199,6		
	AOS	**155,2**	131,7	147,2	170,7		
	Leczenie szpitalne	**859,0**	699,8	756,8	859,0		+
Łóżka szpitalne	Łóżka na 10 tys. ludności	**47,6**	39,1	47,0	56,0		
	Wykorzystanie łóżka [%]	**72,1**	61,8	66,8	72,9		+
	Hospitalizowani w ciągu roku na 1 łóżko	**49,5**	36,7	43,4	50,3		+
	Łóżka na oddziałach wewnętrznych na 10 tys.	**6,2**	5,1	6,8	8,4		
	Łóżka na oddziałach kardiologicznych na 10 tys.	**2,9**	1,3	2,1	3,1		+
	Łóżka na oddziałach onkologicznych na 10 tys.	**1,2**	0,6	1,2	1,7		
	Łóżka na oddziałach gruźlicy i chorób płuc na 10 tys.	**1,7**	1,4	2,0	3,4		
	Łóżka na oddziałach chirurgii na 10 tys.	**5,5**	4,2	5,6	6,2		
	Łóżka na oddziałach chirurgii urazowej na 10 tys.	**3,5**	1,8	2,6	3,8		+
Aparatura	Akcelerator liniowy na 100 tys. ludności	**0,3**	0,0	0,3	0,5		
	Tomograf komputerowy na 100 tys. ludności	**1,8**	0,7	1,4	1,9		+
	Rezonans magnetyczny na 100 tys. ludności	**0,6**	0,2	0,6	0,8		
	Aparatura wys. spec. na 100 tys. ludności	**15,7**	10,9	14,0	16,9		+
Personel medyczny	Lekarze ogółem na 10 tys. ludności	**46,5**	23,8	35,3	46,5		+
	Pielęgniarki na 10 tys. ludności	**74,1**	62,1	72,15	94,4		
	Położne na 10 tys. ludności	**8,0**	7,4	8,65	12,1		
	Ratownicy medyczni na 10 tys. ludności	**1,8**	1,8	3,2	4,1		–
Lekarze specjaliści	Specjaliści ogółem na 100 tys. ludności	**202,7**	116,6	174,3	202,7		+
	Specjaliści chorób wewn. na 100 tys. ludności	**30,3**	16,5	24,6	33,7		+
	Specjaliści pediatrii na 100 tys. ludności	**15,9**	9,6	13,8	17,6		+
	Specjaliści chorób płuc na 100 tys. ludności	**3,4**	2,6	3,7	5,2		
	Specjaliści chirurgii na 100 tys. ludności	**24,3**	16,7	20,8	24,7		+
Programy	Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi [%]	**32,6**	1,0	42,8	50,4		–
	Program Profilaktyki i WW Raka Szyjki Macicy [%]	**20,4**	18,2	25,6	34,3		–

Tabela 1.33. Liczba osób oczekujących (na 100 tys. ludności) i przeciętny (mediana) czas oczekiwania (dni) do poradni specjalistycznej lub na oddział szpitalny dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" za okres sprawozdawczy listopad 2013 r.

MAZOWIECKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Przychodnie specjalistyczne	Chirurgii uraz.-ortop., osoby/ludn.	**273,6**	78,7	312,8	1093,7		
	Chirurgii uraz.-ortop., dni	**37,0**	12,0	29,0	38,0		–
	Chorób naczyń, osoby/ludn.	**10,6**	0,7	38,7	245,0		
	Chorób naczyń, dni	**32,0**	1,0	58,5	141,0		+
	Endokrynologiczna, osoby/ludn.	**167,6**	74,6	206,7	446,9		
	Endokrynologiczna, dni	**105,0**	56,0	101,5	156,0		
	Kardiologiczna, osoby/ludn.	**309,0**	113,7	296,0	488,6		
	Kardiologiczna, dni	**85,0**	38,0	82,0	108,0		
	Neurologiczna, osoby/ludn.	**248,6**	89,7	316,8	972,4		
	Neurologiczna, dni	**45,0**	12,0	31,0	54,0		–
	Okulistyczna, osoby/ludn.	**492,1**	138,9	701,6	1728,4		
	Okulistyczna, dni	**46,0**	10,0	36,5	75,0		
	Urologiczna, osoby/ludn.	**107,7**	62,9	216,7	443,3		+
	Urologiczna, dni	**43,0**	22,0	44,0	75,0		
	Tomografii komp., osoby/ludn.	**159,3**	72,0	210,7	547,6		
	Tomografii komp. , dni	**26,0**	14,0	45,5	64,0		
Oddziały szpitalne	Chirurgiczny, osoby/ludn.	**142,8**	46,4	127,2	268,2		
	Chirurgiczny, dni	**27,0**	12,0	29,0	44,0		
	Chirurgii uraz.-ortop. , osoby/ludn.	**209,6**	27,9	194,8	684,4		
	Chirurgii uraz.-ortop. , dni.	**70,0**	2,0	101,0	185,0		
	Kardiologiczny, osoby/ludn.	**61,6**	1,4	13,6	61,6		–
	Kardiologiczny, dni	**29,0**	4,0	25,0	51,0		
	Neurochirurgiczny, osoby/ludn.	**28,5**	1,4	27,5	367,8		
	Neurochirurgiczny, dni	**41,0**	8,0	83,0	354,0		
	Okulistyczny, osoby/ludn.	**8,9**	1,3	30,2	82,5		+
	Okulistyczny, dni	**40,0**	13,0	37,5	163,0		
	Otorynolaryngolog., osoby/ludn.	**371,9**	52,8	153,7	371,9		–
	Otorynolaryngolog., dni	**92,0**	21,0	121,0	246,0		
	Urologiczny, osoby/ludn.	**36,7**	11,1	32,3	106,8		
	Urologiczny, dni.	**34,0**	5,0	33,0	47,0		

Tabela 1.34. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej, współczynniki na 100 tys. ludności, 2011 r.

MAZOWIECKIE		Polska				Ocena
Parametr	Wartość	Min	Med	Max		
F00-F99 ambulatoria 0-18	**2320,8**	832,8	1467,3	2470,6		–
F00-F99 opieka całodobowa 0-17	**118,1**	52,5	118,6	242,9		
F00-F99 ambulatoria 19-64	**4061,9**	2223,0	4178,2	5369,2		
F00-F99 opieka całodobowa 18-64	**601,0**	483,7	640,6	836,6		
F00-F99 ambulatoria 65+	**3798,6**	1571,1	3812,0	5732,2		
F00-F99 opieka całodobowa 65+	**499,6**	336,0	463,7	765,8		

Tabela 1.35. Orzeczenia pierwszorazowe o niepełnosprawności, współczynniki na 100 tys. ludności, ZUS 2012 r.

MAZOWIECKIE		Polska				Ocena
Parametr	Współcz. /100 tys.	Min	Med	Max		
Przyczyny ogółem	**203,2**	82,9	174,4	242,4		
Nowotwory (C00-D48)	**43,6**	19,2	38,5	54,9		
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	**21,0**	8,4	20,2	28,0		
Choroby układu krążenia (I00-I99)	**45,1**	19,0	40,8	56,2		
Choroby układu kostno - stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	**25,2**	5,9	18,9	35,7		–

WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE

Na podstawie analizy przeciętnego trwania życia stan zdrowia mieszkańców województwa opolskiego należy uznać za średni w skali kraju, jednak rzeczywisty poziom umieralności z większości przyczyn jest wyraźnie niższy od ogólnopolskiego.

Województwo cechuje wyższa niż przeciętnie w Polsce częstość hospitalizacji dzieci i młodzieży z powodu nowotworów, chorób układu oddechowego oraz zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, a osób dorosłych – z powodu chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Zwraca również uwagę wysoka w skali kraju liczba hospitalizacji osób w starszym wieku z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania przy niskiej częstości korzystania z lecznictwa ambulatoryjnego. Skuteczność leczenia i rehabilitacji jest jednak wysoka, częstości orzekania niepełnosprawności z ogółu przyczyn, a także zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania oraz chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej należą do najniższych w kraju.

Długość okresu oczekiwania na leczenie w poradniach specjalistycznych i oddziałach szpitalnych nie odbiega od wartości ogólnopolskich. Wyjątek stanowią oddziały okulistyczne, gdzie kolejki są ponadprzeciętnie długie, a czas oczekiwania wynosi 152 dni, przy średniej krajowej 38 dni.

W porównaniu z resztą kraju w województwie pracuje mało lekarzy, w tym lekarzy specjalistów (zwłaszcza w zakresie chirurgii), a także mało położnych.

Wyposażenie w wysokospecjalistyczną aparaturę diagnostyczną, w tym urządzenia rezonansu magnetycznego i akceleratory liniowe jest niższe niż przeciętnie w Polsce.

Uzupełnienie braków kadrowych i sprzętowych powinno przyczynić się do dalszej poprawy sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa.

Tabela 1.36. Przeciętne trwanie życia (2012 r.), umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych (2012 r.) oraz współczynniki umieralności i chorobowości szpitalnej według grup wieku oraz głównych grup przyczyn (2011 r.)

OPOLSKIE			Polska				
Parametr		Wartość /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Trwanie życia M		**73,1**	70,6	72,7	74,3		
Trwanie życia K		**80,6**	79,8	80,8	82,3		
Zgony niemowląt		**4,3**	3,6	4,4	6,3		
Przyczyny ogółem	A00-Y98 zgony 0-17	**34,2**	34,2	41,8	55,6		+
	A00-T98 hosp. 0-17	**11246,9**	9141,5	12151,6	15717,5		
	A00-Y98 zgony 18-64	**383,6**	316,6	427,9	555,3		
	A00-T98 hosp. 18-64	**9845,5**	7931,5	10749,5	13426,8		
	A00-Y98 zgony 65+	**4817**	4741,8	4955,5	5479,9		+
	A00-T98 hosp. 65+	**33112,3**	24673,5	33632,3	42011,2		
Ch. ukł. krążenia	I00-I99 zgony 0-17	**0,6**	0,2	0,9	1,7		+
	I00-I99 hosp. 0-17	**102,7**	67,2	168,0	454,4		
	I00-I99 zgony 18-64	**106,2**	67,5	116,9	134,7		
	I00-I99 hosp. 18-64	**1477,0**	977,6	1475,6	1783,3		
	I00-I99 zgony 65+	**2663,4**	2114,2	2648,7	3066,2		
	I00-I99 hosp. 65+	**11779,2**	7750,8	11138,4	14905,8		
Ch. nowotworowe	C00-C97 zgony 0-17	**0,6**	0,6	2,7	4,4		+
	C00-C97 hosp. 0-17	**159,0**	52,6	89,9	185,1		
	C00-C97 zgony 18-64	**125,0**	97,5	133,7	155,6		
	C00-C97 hosp. 18-64	**402,9**	396,7	507,0	935,8		
	C00-C97 zgony 65+	**997,8**	900,9	1090,6	1238,7		+
	C00-C97 hosp. 65+	**1962,4**	1883,2	2337,8	3489,4		
Przyczyny zewn.	V00-Y98 zgony 0-17	**8,7**	4,9	7,5	16,5		
	S00-T98 hosp. 0-17	**550,9**	550,9	1203,4	1480,5		
	V00-Y98 zgony 18-64	**47,4**	47,4	66,5	77,0		+
	S00-T98 hosp. 18-64	**616,3**	616,3	893,1	1261,5		
	V00-Y98 zgony 65+	**104,2**	94,4	124,1	140,0		
	S00-T98 hosp. 65+	**1077,1**	1077,1	1600,3	2092,5		
Ch. ukł. oddech.	J00-J98 zgony 0-17	**0,6**	0,5	2,0	4,2		+
	J00-J98 hosp. 0-17	**3187,9**	1818,9	2886,6	3637,4		
	J00-J98 zgony 18-64	**14,6**	9,2	15,0	25,2		
	J00-J98 hosp. 18-64	**537,0**	393,9	577,7	690,5		
	J00-J98 zgony 65+	**206,3**	206,3	287,9	402,6		+
	J00-J98 hosp. 65+	**2220,5**	1612,0	2373,3	3195,6		
Ch. ukł. traw.	K00-K93 zgony 0-17	**0**	0	0	0,5		
	K00-K93 hosp. 0-17	**873,0**	628,8	901,4	1393,2		
	K00-K93 zgony 18-64	**26,1**	20,8	28,0	41,3		
	K00-K93 hosp. 18-64	**1138,2**	813,6	1132,5	1369,4		
	K00-K93 zgony 65+	**134,6**	118,3	158,3	206,6		+
	K00-K93 hosp. 65+	**3310,0**	2312,2	3158,4	3820,2		
Ch. ukł. kostno-stawowego	M00-M99 zgony 0-17		-	-	-		
	M00-M99 hosp. 0-17	**346,2**	193,9	326,6	856,8		
	M00-M99 zgony 18-64	**0,8**	0,2	0,8	1,3		
	M00-M99 hosp. 18-64	**1057,3**	554,4	752,5	1057,3		
	M00-M99 zgony 65+	**5,0**	0,7	5,4	7,8		
	M00-M99 hosp. 65+	**2957,9**	1302,3	1919,8	2957,9		

Tabela 1.37. Wydatki NFZ (2012 r.), łóżka szpitalne, aparatura specjalistyczna, personel medyczny (2011 r.), lekarze specjaliści i kobiety (%) objęte programami skriningowymi, 2012 r.

OPOLSKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Wydatki NFZ per capita [PLN]	Ogółem	**1359,7**	1275,6	1415,6	1973,4		
	POZ	**178,7**	178,7	188,9	199,6		–
	AOS	**144,3**	131,7	147,2	170,7		
	Leczenie szpitalne	**725,8**	699,8	756,8	859,0		–
Łóżka szpitalne	Łóżka na 10 tys. ludności	**45,7**	39,1	47,0	56,0		
	Wykorzystanie łóżka [%]	**65,6**	61,8	66,8	72,9		
	Hospitalizowani w ciągu roku na 1 łóżko	**39,7**	36,7	43,4	50,3		–
	Łóżka na oddziałach wewnętrznych na 10 tys.	**7,9**	5,1	6,8	8,4		+
	Łóżka na oddziałach kardiologicznych na 10 tys.	**1,4**	1,3	2,1	3,1		–
	Łóżka na oddziałach onkologicznych na 10 tys.	**1,0**	0,6	1,2	1,7		
	Łóżka na oddziałach gruźlicy i chorób płuc na 10 tys.	**2,8**	1,4	2,0	3,4		+
	Łóżka na oddziałach chirurgii na 10 tys.	**5,8**	4,2	5,6	6,2		
	Łóżka na oddziałach chirurgii urazowej na 10 tys.	**2,8**	1,8	2,6	3,8		
Aparatura	Akcelerator liniowy na 100 tys. ludności	**0,2**	0,0	0,3	0,5		–
	Tomograf komputerowy na 100 tys. ludności	**1,2**	0,7	1,4	1,9		
	Rezonans magnetyczny na 100 tys. ludności	**0,2**	0,2	0,6	0,8		–
	Aparatura wys. spec. na 100 tys. ludności	**12,2**	10,9	14,0	16,9		–
Personel medyczny	Lekarze ogółem na 10 tys. ludności	**24,4**	23,8	35,3	46,5		–
	Pielęgniarki na 10 tys. ludności	**70,0**	62,1	72,15	94,4		
	Położne na 10 tys. ludności	**7,5**	7,4	8,65	12,1		–
	Ratownicy medyczni na 10 tys. ludności	**3,4**	1,8	3,2	4,1		
Lekarze specjaliści	Specjaliści ogółem na 100 tys. ludności	**150,4**	116,6	174,3	202,7		–
	Specjaliści chorób wewn. na 100 tys. ludności	**24,2**	16,5	24,6	33,7		
	Specjaliści pediatrii na 100 tys. ludności	**13,6**	9,6	13,8	17,6		
	Specjaliści chorób płuc na 100 tys. ludności	**4,5**	2,6	3,7	5,2		
	Specjaliści chirurgii na 100 tys. ludności	**19,7**	16,7	20,8	24,7		–
Programy	Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi [%]	**41,3**	1,0	42,8	50,4		
	Program Profilaktyki i WW Raka Szyjki Macicy [%]	**27,8**	18,2	25,6	34,3		

Tabela 1.38. Liczba osób oczekujących (na 100 tys. ludności) i przeciętny (mediana) czas oczekiwania (dni) do poradni specjalistycznej lub na oddział szpitalny dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" za okres sprawozdawczy listopad 2013 r.

OPOLSKIE			Polska				
	Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Przychodnie specjalistyczne	Chirurgii uraz.-ortop., osoby/ludn.	**321,8**	78,7	312,8	1093,7		
	Chirurgii uraz.-ortop., dni	**31,0**	12,0	29,0	38,0		
	Chorób naczyń, osoby/ludn.	**9,9**	0,7	38,7	245,0		+
	Chorób naczyń, dni	**33,0**	1,0	58,5	141,0		
	Endokrynologiczna, osoby/ludn.	**213,2**	74,6	206,7	446,9		
	Endokrynologiczna, dni	**120,0**	56,0	101,5	156,0		
	Kardiologiczna, osoby/ludn.	**391,5**	113,7	296,0	488,6		–
	Kardiologiczna, dni	**98,0**	38,0	82,0	108,0		
	Neurologiczna, osoby/ludn.	**270,9**	89,7	316,8	972,4		
	Neurologiczna, dni	**32,0**	12,0	31,0	54,0		
	Okulistyczna, osoby/ludn.	**598,5**	138,9	701,6	1728,4		
	Okulistyczna, dni	**49,0**	10,0	36,5	75,0		
	Urologiczna, osoby/ludn.	**62,9**	62,9	216,7	443,3		+
	Urologiczna, dni	**45,0**	22,0	44,0	75,0		
	Tomografii komp., osoby/ludn.	**219,4**	72,0	210,7	547,6		
	Tomografii komp. , dni	**47,0**	14,0	45,5	64,0		
Oddziały szpitalne	Chirurgiczny, osoby/ludn.	**143,2**	46,4	127,2	268,2		
	Chirurgiczny, dni	**29,0**	12,0	29,0	44,0		
	Chirurgii uraz.-ortop. , osoby/ludn.	**207,5**	27,9	194,8	684,4		
	Chirurgii uraz.-ortop. , dni.	**98,0**	2,0	101,0	185,0		
	Kardiologiczny, osoby/ludn.	**1,4**	1,4	13,6	61,6		+
	Kardiologiczny, dni	**-**	4,0	25,0	51,0		
	Neurochirurgiczny, osoby/ludn.	**103,1**	1,4	27,5	367,8		–
	Neurochirurgiczny, dni	**162,0**	8,0	83,0	354,0		
	Okulistyczny, osoby/ludn.	**50,3**	1,3	30,2	82,5		–
	Okulistyczny, dni	**152,0**	13,0	37,5	163,0		–
	Otorynolaryngolog., osoby/ludn.	**217,9**	52,8	153,7	371,9		–
	Otorynolaryngolog., dni	**118,0**	21,0	121,0	246,0		
	Urologiczny, osoby/ludn.	**19,9**	11,1	32,3	106,8		
	Urologiczny, dni.	**21,0**	5,0	33,0	47,0		

Tabela 1.39. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej, współczynniki na 100 tys. ludności, 2011 r.

OPOLSKIE		Polska				
Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
F00-F99 ambulatoria 0-18	**1404,7**	832,8	1467,3	2470,6		
F00-F99 opieka całodobowa 0-17	**158,5**	52,5	118,6	242,9		–
F00-F99 ambulatoria 19-64	**3535,5**	2223,0	4178,2	5369,2		+
F00-F99 opieka całodobowa 18-64	**601,7**	483,7	640,6	836,6		
F00-F99 ambulatoria 65+	**2771,1**	1571,1	3812,0	5732,2		+
F00-F99 opieka całodobowa 65+	**529,9**	336,0	463,7	765,8		–

Tabela 1.40. Orzeczenia pierwszorazowe o niepełnosprawności, współczynniki na 100 tys. ludności, ZUS 2012 r.

OPOLSKIE		Polska				
Parametr	Współcz. /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Przyczyny ogółem	**117,8**	82,9	174,4	242,4		+
Nowotwory (C00-D48)	**37,8**	19,2	38,5	54,9		
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	**8,4**	8,4	20,2	28,0		+
Choroby układu krążenia (I00-I99)	**34,7**	19,0	40,8	56,2		
Choroby układu kostno - stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	**9,3**	5,9	18,9	35,7		+

WOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE

Mężczyźni w województwie podkarpackim żyją najdłużej, a kobiety – niemal najdłużej (po mieszkankach woj. podlaskiego) w Polsce. Na podstawie przeciętnego trwania życia stan zdrowia mieszkańców województwa podkarpackiego należy uznać za jeden z najlepszych w kraju. Umieralność osób dorosłych należy do najniższych w Polsce, zaś dzieci i młodzieży jest przeciętna w skali kraju, głównie z powodu bardzo wysokiej umieralności niemowląt.

Istotnym problemem wśród mieszkańców województwa są zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. Niepełnosprawność z tego powodu orzekana jest tu częściej niż przeciętnie w kraju. Jednocześnie częstość leczenia (zarówno szpitalnego, jak i ambulatoryjnego) osób w wieku poprodukcyjnym należy do najniższych w Polsce, podobnie jak poziom hospitalizacji dzieci i młodzieży.

Częstość hospitalizacji dorosłych z ogółu przyczyn, a także z przyczyn zewnętrznych jest najwyższa w Polsce. Ponadprzeciętnie wysoki jest również poziom hospitalizacji z powodu chorób układu trawiennego, a wśród osób w wieku poprodukcyjnym również układu oddechowego. Czas oczekiwania na leczenie specjalistyczne (również ambulatoryjne) należy do najkrótszych w kraju. Liczba łóżek szpitalnych (na 10 tys. ludności) nie różni się od średniej w kraju, z wyjątkiem oddziałów wewnętrznych, gdzie jest wyraźnie niższa. Wyposażenie w wysokospecjalistyczną aparaturę diagnostyczną jest przeciętne w skali kraju, mało jest tylko akceleratorów liniowych. Warto podkreślić, że wydatki NFZ na leczenie szpitalne (liczone *per capita*) są najniższe w Polsce. Tak samo jest w przypadku wydatków na ambulatoryjne leczenie specjalistyczne (oraz wydatków ogółem).

Niepokojąco niska jest liczba lekarzy pracujących w województwie – 24 na 10 tys. ludności, przy średniej w kraju 35/10 tys.

Najpilniejsze działania w zakresie poprawy stanu zdrowia ludności dotyczyć powinny obniżenia umieralności niemowląt oraz poprawa opieki psychiatrycznej w celu zmniejszenia ryzyka niepełnosprawności z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.

Tabela 1.41. Przeciętne trwanie życia (2012 r.), umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych (2012 r.) oraz współczynniki umieralności i chorobowości szpitalnej według grup wieku oraz głównych grup przyczyn (2011 r.)

PODKARPACKIE			Polska				
Parametr		Wartość /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Trwanie życia M		**74,3**	70,6	72,7	74,3		+
Trwanie życia K		**82,1**	79,8	80,8	82,3		+
Zgony niemowląt		**6,2**	3,6	4,4	6,3		–
Przyczyny ogółem	A00-Y98 zgony 0-17	**40,1**	34,2	41,8	55,6		
	A00-T98 hosp. 0-17	**12534,5**	9141,5	12151,6	15717,5		
	A00-Y98 zgony 18-64	**316,6**	316,6	427,9	555,3		+
	A00-T98 hosp. 18-64	**13343,5**	7931,5	10749,5	13426,8		
	A00-Y98 zgony 65+	**4830,1**	4741,8	4955,5	5479,9		+
	A00-T98 hosp. 65+	**42011,2**	24673,5	33632,3	42011,2		
Ch. ukł. krążenia	I00-I99 zgony 0-17	**0,7**	0,2	0,9	1,7		
	I00-I99 hosp. 0-17	**127,4**	67,2	168,0	454,4		
	I00-I99 zgony 18-64	**93,2**	67,5	116,9	134,7		+
	I00-I99 hosp. 18-64	**1694,2**	977,6	1475,6	1783,3		
	I00-I99 zgony 65+	**2793,3**	2114,2	2648,7	3066,2		
	I00-I99 hosp. 65+	**14905,8**	7750,8	11138,4	14905,8		
Ch. nowotworowe	C00-C97 zgony 0-17	**2,1**	0,6	2,7	4,4		
	C00-C97 hosp. 0-17	**87,5**	52,6	89,9	185,1		
	C00-C97 zgony 18-64	**97,5**	97,5	133,7	155,6		+
	C00-C97 hosp. 18-64	**503,0**	396,7	507,0	935,8		
	C00-C97 zgony 65+	**900,9**	900,9	1090,6	1238,7		+
	C00-C97 hosp. 65+	**2584,3**	1883,2	2337,8	3489,4		
Przyczyny zewn.	V00-Y98 zgony 0-17	**6,3**	4,9	7,5	16,5		+
	S00-T98 hosp. 0-17	**1329,7**	550,9	1203,4	1480,5		
	V00-Y98 zgony 18-64	**53,5**	47,4	66,5	77,0		+
	S00-T98 hosp. 18-64	**1261,5**	616,3	893,1	1261,5		
	V00-Y98 zgony 65+	**100,2**	94,4	124,1	140,0		+
	S00-T98 hosp. 65+	**2092,5**	1077,1	1600,3	2092,5		
Ch. ukł. oddech.	J00-J98 zgony 0-17	**1,9**	0,5	2,0	4,2		
	J00-J98 hosp. 0-17	**2914,2**	1818,9	2886,6	3637,4		
	J00-J98 zgony 18-64	**11,6**	9,2	15,0	25,2		+
	J00-J98 hosp. 18-64	**593,4**	393,9	577,7	690,5		
	J00-J98 zgony 65+	**274,3**	206,3	287,9	402,6		
	J00-J98 hosp. 65+	**3139,6**	1612,0	2373,3	3195,6		
Ch. ukł. traw.	K00-K93 zgony 0-17	**0,5**	0	0	0,5		–
	K00-K93 hosp. 0-17	**994,7**	628,8	901,4	1393,2		
	K00-K93 zgony 18-64	**20,8**	20,8	28,0	41,3		+
	K00-K93 hosp. 18-64	**1332,1**	813,6	1132,5	1369,4		
	K00-K93 zgony 65+	**148,0**	118,3	158,3	206,6		+
	K00-K93 hosp. 65+	**3652,5**	2312,2	3158,4	3820,2		
Ch. ukł. kostno-stawowego	M00-M99 zgony 0-17		-	-	-		
	M00-M99 hosp. 0-17	**395,3**	193,9	326,6	856,8		
	M00-M99 zgony 18-64	**0,2**	0,2	0,8	1,3		+
	M00-M99 hosp. 18-64	**841,6**	554,4	752,5	1057,3		
	M00-M99 zgony 65+	**3,8**	0,7	5,4	7,8		+
	M00-M99 hosp. 65+	**1882,3**	1302,3	1919,8	2957,9		

Tabela 1.42. Wydatki NFZ (2012 r.), łóżka szpitalne, aparatura specjalistyczna, personel medyczny (2011 r.), lekarze specjaliści i kobiety (%) objęte programami skriningowymi, 2012 r.

PODKARPACKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Wydatki NFZ per capita [PLN]	Ogółem	**1275,6**	1275,6	1415,6	1973,4		–
	POZ	**186,9**	178,7	188,9	199,6		
	AOS	**132,0**	131,7	147,2	170,7		–
	Leczenie szpitalne	**699,8**	699,8	756,8	859,0		–
Łóżka szpitalne	Łóżka na 10 tys. ludności	**46,9**	39,1	47,0	56,0		
	Wykorzystanie łóżka [%]	**66,8**	61,8	66,8	72,9		
	Hospitalizowani w ciągu roku na 1 łóżko	**42,7**	36,7	43,4	50,3		
	Łóżka na oddziałach wewnętrznych na 10 tys.	**5,9**	5,1	6,8	8,4		–
	Łóżka na oddziałach kardiologicznych na 10 tys.	**2,1**	1,3	2,1	3,1		
	Łóżka na oddziałach onkologicznych na 10 tys.	**1,3**	0,6	1,2	1,7		
	Łóżka na oddziałach gruźlicy i chorób płuc na 10 tys.	**1,9**	1,4	2,0	3,4		
	Łóżka na oddziałach chirurgii na 10 tys.	**5,6**	4,2	5,6	6,2		
	Łóżka na oddziałach chirurgii urazowej na 10 tys.	**2,6**	1,8	2,6	3,8		
Aparatura	Akcelerator liniowy na 100 tys. ludności	**0,2**	0,0	0,3	0,5		–
	Tomograf komputerowy na 100 tys. ludności	**1,5**	0,7	1,4	1,9		
	Rezonans magnetyczny na 100 tys. ludności	**0,6**	0,2	0,6	0,8		
	Aparatura wys. spec. na 100 tys. ludności	**14,2**	10,9	14,0	16,9		
Personel medyczny	Lekarze ogółem na 10 tys. ludności	**24,2**	23,8	35,3	46,5		–
	Pielęgniarki na 10 tys. ludności	**78,1**	62,1	72,15	94,4		
	Położne na 10 tys. ludności	**11,3**	7,4	8,65	12,1		+
	Ratownicy medyczni na 10 tys. ludności	**4,1**	1,8	3,2	4,1		+
Lekarze specjaliści	Specjaliści ogółem na 100 tys. ludności	**168,2**	116,6	174,3	202,7		
	Specjaliści chorób wewn. na 100 tys. ludności	**23,2**	16,5	24,6	33,7		
	Specjaliści pediatrii na 100 tys. ludności	**13,7**	9,6	13,8	17,6		
	Specjaliści chorób płuc na 100 tys. ludności	**4,4**	2,6	3,7	5,2		
	Specjaliści chirurgii na 100 tys. ludności	**20,1**	16,7	20,8	24,7		
Programy	Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi [%]	**38,5**	1,0	42,8	50,4		
	Program Profilaktyki i WW Raka Szyjki Macicy [%]	**24,0**	18,2	25,6	34,3		

Tabela 1.43. Liczba osób oczekujących (na 100 tys. ludności) i przeciętny (mediana) czas oczekiwania (dni) do poradni specjalistycznej lub na oddział szpitalny dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" za okres sprawozdawczy listopad 2013 r.

PODKARPACKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Przychodnie specjalistyczne	Chirurgii uraz.-ortop., osoby/ludn.	**103,6**	78,7	312,8	1093,7		+
	Chirurgii uraz.-ortop., dni	**25,0**	12,0	29,0	38,0		
	Chorób naczyń, osoby/ludn.	**-**	0,7	38,7	245,0		
	Chorób naczyń, dni	**-**	1,0	58,5	141,0		
	Endokrynologiczna, osoby/ludn.	**74,6**	74,6	206,7	446,9		+
	Endokrynologiczna, dni	**76,0**	56,0	101,5	156,0		+
	Kardiologiczna, osoby/ludn.	**151,7**	113,7	296,0	488,6		+
	Kardiologiczna, dni	**61,0**	38,0	82,0	108,0		+
	Neurologiczna, osoby/ludn.	**169,3**	89,7	316,8	972,4		+
	Neurologiczna, dni	**19,0**	12,0	31,0	54,0		
	Okulistyczna, osoby/ludn.	**369,4**	138,9	701,6	1728,4		+
	Okulistyczna, dni	**30,0**	10,0	36,5	75,0		
	Urologiczna, osoby/ludn.	**95,2**	62,9	216,7	443,3		+
	Urologiczna, dni	**23,0**	22,0	44,0	75,0		+
	Tomografii komp., osoby/ludn.	**115,1**	72,0	210,7	547,6		+
	Tomografii komp. , dni	**14,0**	14,0	45,5	64,0		+
Oddziały szpitalne	Chirurgiczny, osoby/ludn.	**58,5**	46,4	127,2	268,2		
	Chirurgiczny, dni	**14,0**	12,0	29,0	44,0		+
	Chirurgii uraz.-ortop. , osoby/ludn.	**148,5**	27,9	194,8	684,4		
	Chirurgii uraz.-ortop. , dni.	**14,0**	2,0	101,0	185,0		+
	Kardiologiczny, osoby/ludn.	**12,2**	1,4	13,6	61,6		
	Kardiologiczny, dni	**4,0**	4,0	25,0	51,0		+
	Neurochirurgiczny, osoby/ludn.	**1,4**	1,4	27,5	367,8		+
	Neurochirurgiczny, dni	**8,0**	8,0	83,0	354,0		+
	Okulistyczny, osoby/ludn.	**23,3**	1,3	30,2	82,5		
	Okulistyczny, dni	**47,0**	13,0	37,5	163,0		
	Otorynolaryngolog., osoby/ludn.	**93,4**	52,8	153,7	371,9		+
	Otorynolaryngolog., dni	**68,0**	21,0	121,0	246,0		+
	Urologiczny, osoby/ludn.	**11,1**	11,1	32,3	106,8		+
	Urologiczny, dni.	**5,0**	5,0	33,0	47,0		+

Tabela 1.44. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej, współczynniki na 100 tys. ludności, 2011 r.

PODKARPACKIE		Polska				Ocena
Parametr	Wartość	Min	Med	Max		
F00-F99 ambulatoria 0-18	**1529,8**	832,8	1467,3	2470,6		
F00-F99 opieka całodobowa 0-17	**59,1**	52,5	118,6	242,9		+
F00-F99 ambulatoria 19-64	**4770,7**	2223,0	4178,2	5369,2		
F00-F99 opieka całodobowa 18-64	**595,6**	483,7	640,6	836,6		
F00-F99 ambulatoria 65+	**3390,3**	1571,1	3812,0	5732,2		+
F00-F99 opieka całodobowa 65+	**343,5**	336,0	463,7	765,8		+

Tabela 1.45. Orzeczenia pierwszorazowe o niepełnosprawności, współczynniki na 100 tys. ludności, ZUS 2012 r.

PODKARPACKIE		Polska				Ocena
Parametr	Współcz. /100 tys.	Min	Med	Max		
Przyczyny ogółem	**151,9**	82,9	174,4	242,4		
Nowotwory (C00-D48)	**27,5**	19,2	38,5	54,9		+
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	**26,0**	8,4	20,2	28,0		–
Choroby układu krążenia (I00-I99)	**29,6**	19,0	40,8	56,2		+
Choroby układu kostno - stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	**19,2**	5,9	18,9	35,7		

WOJEWÓDZTWO PODLASKIE

Podlaskie jest województwem o przeciętnej w kraju długości życia mężczyzn i najdłuższym trwaniu życia kobiet, ale o wyższej od przeciętnej umieralności niemowląt. Wysoka na tle kraju jest także umieralność z powodu chorób układu oddechowego i przyczyn zewnętrznych. W obu przypadku mamy do czynienia również z wyższą od przeciętnej hospitalizacją, co wskazuje na istotne problemy zdrowotne dotyczące urazów i chorób układu oddechowego. Natomiast bardzo wysoka umieralność związana z chorobami układu kostno-stawowego nie idzie w parze z dużą liczbą hospitalizacji. Warto równocześnie odnotować najniższą w kraju liczbę orzeczeń o niepełnosprawności z tej przyczyny.

Na podkreślenie zasługuje najniższa w kraju umieralność z powodu chorób układu krążenia w grupie wieku 18-64 lata i stosunkowo niska umieralność z powodu chorób nowotworowych.

Zaburzenia psychiczne w województwie podlaskim stanowią niewątpliwy problem u osób dorosłych, gdyż częstość hospitalizacji osób dorosłych z powodu tych chorób jest najwyższa w Polsce. Mniej niż w całym kraju hospitalizuje się dzieci i młodzieży.

Oczekiwanie na przyjęcie do specjalisty jest w województwie podlaskim szczególnie długie w zakresie chorób naczyń 131 dni (mediana krajowa 58 dni).

Przyjęcie na oddział szpitalny nie jest w województwie podlaskim problemem większym niż przeciętnie w całym kraju, za wyjątkiem otolaryngologii, gdzie czas oczekiwania wynosi 246 dni i jest dwa razy dłuższy od przeciętnego. Stosunkowo korzystna sytuacja widoczna jest w zakresie niepełnosprawności, gdyż w 2012 roku wydano tu najmniej orzeczeń w całym kraju, zarówno z ogółu przyczyn, jak i chorób układu krążenia oraz chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Niska częstość niepełnosprawności dotyczy również niepełnosprawności z powodu nowotworów, a także zaburzeń psychicznych (może w związku najwyższą w kraju hospitalizacją osób dorosłych).

Warto zaznaczyć, że wydatki NFZ ogółem na leczenie mieszkańców województwa podlaskiego w 2012 były niższe niż przeciętne w kraju, za wyjątkiem ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Natomiast niższe od przeciętnej były wydatki na POZ.

Jeśli chodzi o infrastrukturę identyfikuje się m.in. niedobór tomografów komputerowych, co przekłada się na najdłuższe w kraju oczekiwanie na badanie tego rodzaju – 64 dni (najdłużej w kraju). Analiza zasobów kadrowych wskazuje na dobrą sytuację na tle kraju (liczba lekarzy, w tym specjalistów, a także położnych i ratowników medycznych jest powyżej mediany).

Podsumowując można stwierdzić, że sytuacja zdrowotna w województwie podlaskim przy stosunkowo niewielkich wydatkach na świadczenia zdrowotne jest dobra, zwłaszcza w odniesieniu do kobiet, które żyją najdłużej w kraju. Doposażenia wymaga natomiast aparatura wysokospecjalistyczna, szczególnie jeśli chodzi o tomografy komputerowe.

Tabela 1.46. Przeciętne trwanie życia (2012 r.), umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych (2012 r.) oraz współczynniki umieralności i chorobowości szpitalnej według grup wieku oraz głównych grup przyczyn (2011 r.)

PODLASKIE			Polska				
Parametr		Wartość /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Trwanie życia M		**73,1**	70,6	72,7	74,3		
Trwanie życia K		**82,3**	79,8	80,8	82,3		+
Zgony niemowląt		**5,1**	3,6	4,4	6,3		–
Przyczyny ogółem	A00-Y98 zgony 0-17	**40,3**	34,2	41,8	55,6		
	A00-T98 hosp. 0-17	**15717,5**	9141,5	12151,6	15717,5		
	A00-Y98 zgony 18-64	**369,3**	316,6	427,9	555,3		+
	A00-T98 hosp. 18-64	**10828,6**	7931,5	10749,5	13426,8		
	A00-Y98 zgony 65+	**4880,4**	4741,8	4955,5	5479,9		
	A00-T98 hosp. 65+	**34193,7**	24673,5	33632,3	42011,2		
Ch. ukł. krążenia	I00-I99 zgony 0-17	**0,9**	0,2	0,9	1,7		
	I00-I99 hosp. 0-17	**454,4**	67,2	168,0	454,4		
	I00-I99 zgony 18-64	**67,5**	67,5	116,9	134,7		+
	I00-I99 hosp. 18-64	**1215,7**	977,6	1475,6	1783,3		
	I00-I99 zgony 65+	**2564,2**	2114,2	2648,7	3066,2		
	I00-I99 hosp. 65+	**11172,3**	7750,8	11138,4	14905,8		
Ch. nowotworowe	C00-C97 zgony 0-17	**3,1**	0,6	2,7	4,4		
	C00-C97 hosp. 0-17	**143,8**	52,6	89,9	185,1		
	C00-C97 zgony 18-64	**111,5**	97,5	133,7	155,6		+
	C00-C97 hosp. 18-64	**427,0**	396,7	507,0	935,8		
	C00-C97 zgony 65+	**1090,3**	900,9	1090,6	1238,7		
	C00-C97 hosp. 65+	**2088,2**	1883,2	2337,8	3489,4		
Przyczyny zewn.	V00-Y98 zgony 0-17	**7,1**	4,9	7,5	16,5		
	S00-T98 hosp. 0-17	**1256,9**	550,9	1203,4	1480,5		
	V00-Y98 zgony 18-64	**69,9**	47,4	66,5	77,0		
	S00-T98 hosp. 18-64	**1077,4**	616,3	893,1	1261,5		
	V00-Y98 zgony 65+	**133,3**	94,4	124,1	140,0		–
	S00-T98 hosp. 65+	**1949,2**	1077,1	1600,3	2092,5		
Ch. ukł. oddech.	J00-J98 zgony 0-17	**2,7**	0,5	2,0	4,2		–
	J00-J98 hosp. 0-17	**3287,1**	1818,9	2886,6	3637,4		
	J00-J98 zgony 18-64	**13,6**	9,2	15,0	25,2		
	J00-J98 hosp. 18-64	**614,9**	393,9	577,7	690,5		
	J00-J98 zgony 65+	**330,7**	206,3	287,9	402,6		
	J00-J98 hosp. 65+	**3195,6**	1612,0	2373,3	3195,6		
Ch. ukł. traw.	K00-K93 zgony 0-17	**0**	0	0	0,5		
	K00-K93 hosp. 0-17	**1393,2**	628,8	901,4	1393,2		
	K00-K93 zgony 18-64	**25,5**	20,8	28,0	41,3		+
	K00-K93 hosp. 18-64	**1271,9**	813,6	1132,5	1369,4		
	K00-K93 zgony 65+	**170,8**	118,3	158,3	206,6		
	K00-K93 hosp. 65+	**3820,2**	2312,2	3158,4	3820,2		
Ch. ukł. kostno-stawowego	M00-M99 zgony 0-17		-	-	-		
	M00-M99 hosp. 0-17	**203,9**	193,9	326,6	856,8		
	M00-M99 zgony 18-64	**1,0**	0,2	0,8	1,3		
	M00-M99 hosp. 18-64	**622,9**	554,4	752,5	1057,3		
	M00-M99 zgony 65+	**7,6**	0,7	5,4	7,8		–
	M00-M99 hosp. 65+	**1493,6**	1302,3	1919,8	2957,9		

Tabela 1.47. Wydatki NFZ (2012 r.), łóżka szpitalne, aparatura specjalistyczna, personel medyczny (2011 r.), lekarze specjaliści i kobiety (%) objęte programami skriningowymi, 2012 r.

PODLASKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Wydatki NFZ per capita [PLN]	Ogółem	**1309,8**	1275,6	1415,6	1973,4		–
	POZ	**184,6**	178,7	188,9	199,6		–
	AOS	**167,5**	131,7	147,2	170,7		+
	Leczenie szpitalne	**762,3**	699,8	756,8	859,0		
Łóżka szpitalne	Łóżka na 10 tys. ludności	**47,4**	39,1	47,0	56,0		
	Wykorzystanie łóżka [%]	**67,1**	61,8	66,8	72,9		
	Hospitalizowani w ciągu roku na 1 łóżko	**43,6**	36,7	43,4	50,3		
	Łóżka na oddziałach wewnętrznych na 10 tys.	**8,0**	5,1	6,8	8,4		+
	Łóżka na oddziałach kardiologicznych na 10 tys.	**1,5**	1,3	2,1	3,1		
	Łóżka na oddziałach onkologicznych na 10 tys.	**1,4**	0,6	1,2	1,7		
	Łóżka na oddziałach gruźlicy i chorób płuc na 10 tys.	**2,6**	1,4	2,0	3,4		
	Łóżka na oddziałach chirurgii na 10 tys.	**5,7**	4,2	5,6	6,2		
	Łóżka na oddziałach chirurgii urazowej na 10 tys.	**2,6**	1,8	2,6	3,8		
Aparatura	Akcelerator liniowy na 100 tys. ludności	**0,4**	0,0	0,3	0,5		
	Tomograf komputerowy na 100 tys. ludności	**0,7**	0,7	1,4	1,9		–
	Rezonans magnetyczny na 100 tys. ludności	**0,4**	0,2	0,6	0,8		
	Aparatura wys. spec. na 100 tys. ludności	**13,1**	10,9	14,0	16,9		
Personel medyczny	Lekarze ogółem na 10 tys. ludności	**40,7**	23,8	35,3	46,5		+
	Pielęgniarki na 10 tys. ludności	**75,8**	62,1	72,15	94,4		
	Położne na 10 tys. ludności	**10,3**	7,4	8,65	12,1		+
	Ratownicy medyczni na 10 tys. ludności	**4,0**	1,8	3,2	4,1		+
Lekarze specjaliści	Specjaliści ogółem na 100 tys. ludności	**198,0**	116,6	174,3	202,7		+
	Specjaliści chorób wewn. na 100 tys. ludności	**23,9**	16,5	24,6	33,7		
	Specjaliści pediatrii na 100 tys. ludności	**13,9**	9,6	13,8	17,6		
	Specjaliści chorób płuc na 100 tys. ludności	**3,7**	2,6	3,7	5,2		
	Specjaliści chirurgii na 100 tys. ludności	**20,2**	16,7	20,8	24,7		
Programy	Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi [%]	**44,9**	1,0	42,8	50,4		
	Program Profilaktyki i WW Raka Szyjki Macicy [%]	**25,6**	18,2	25,6	34,3		

Tabela 1.48. Liczba osób oczekujących (na 100 tys. ludności) i przeciętny (mediana) czas oczekiwania (dni) do poradni specjalistycznej lub na oddział szpitalny dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" za okres sprawozdawczy listopad 2013 r.

PODLASKIE			Polska				
	Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Przychodnie specjalistyczne	Chirurgii uraz.-ortop., osoby/ludn.	**92,6**	78,7	312,8	1093,7		+
	Chirurgii uraz.-ortop., dni	**-**	12,0	29,0	38,0		
	Chorób naczyń, osoby/ludn.	**125,5**	0,7	38,7	245,0		–
	Chorób naczyń, dni	**131,0**	1,0	58,5	141,0		–
	Endokrynologiczna, osoby/ludn.	**446,9**	74,6	206,7	446,9		–
	Endokrynologiczna, dni	**96,0**	56,0	101,5	156,0		
	Kardiologiczna, osoby/ludn.	**471,5**	113,7	296,0	488,6		–
	Kardiologiczna, dni	**101,0**	38,0	82,0	108,0		–
	Neurologiczna, osoby/ludn.	**417,2**	89,7	316,8	972,4		
	Neurologiczna, dni	**17,0**	12,0	31,0	54,0		
	Okulistyczna, osoby/ludn.	**361,9**	138,9	701,6	1728,4		+
	Okulistyczna, dni	**15,0**	10,0	36,5	75,0		+
	Urologiczna, osoby/ludn.	**126,0**	62,9	216,7	443,3		
	Urologiczna, dni	**51,0**	22,0	44,0	75,0		
	Tomografii komp., osoby/ludn.	**243,7**	72,0	210,7	547,6		
	Tomografii komp. , dni	**64,0**	14,0	45,5	64,0		–
Oddziały szpitalne	Chirurgiczny, osoby/ludn.	**46,4**	46,4	127,2	268,2		+
	Chirurgiczny, dni	**-**	12,0	29,0	44,0		
	Chirurgii uraz.-ortop. , osoby/ludn.	**170,9**	27,9	194,8	684,4		
	Chirurgii uraz.-ortop. , dni.	**155,0**	2,0	101,0	185,0		
	Kardiologiczny, osoby/ludn.	**3,9**	1,4	13,6	61,6		+
	Kardiologiczny, dni	**8,0**	4,0	25,0	51,0		+
	Neurochirurgiczny, osoby/ludn.	**26,4**	1,4	27,5	367,8		
	Neurochirurgiczny, dni	**82,0**	8,0	83,0	354,0		
	Okulistyczny, osoby/ludn.	**20,2**	1,3	30,2	82,5		
	Okulistyczny, dni	**21,0**	13,0	37,5	163,0		
	Otorynolaryngolog., osoby/ludn.	**267,0**	52,8	153,7	371,9		–
	Otorynolaryngolog., dni	**246,0**	21,0	121,0	246,0		–
	Urologiczny, osoby/ludn.	**11,9**	11,1	32,3	106,8		+
	Urologiczny, dni.	**33,0**	5,0	33,0	47,0		

Tabela 1.49. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej, współczynniki na 100 tys. ludności, 2011 r.

PODLASKIE		Polska				
Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
F00-F99 ambulatoria 0-18	**1295,8**	832,8	1467,3	2470,6		
F00-F99 opieka całodobowa 0-17	**61,1**	52,5	118,6	242,9		+
F00-F99 ambulatoria 19-64	**4046,4**	2223,0	4178,2	5369,2		
F00-F99 opieka całodobowa 18-64	**836,6**	483,7	640,6	836,6		–
F00-F99 ambulatoria 65+	**4647,3**	1571,1	3812,0	5732,2		–
F00-F99 opieka całodobowa 65+	**765,8**	336,0	463,7	765,8		–

Tabela 1.50. Orzeczenia pierwszorazowe o niepełnosprawności, współczynniki na 100 tys. ludności, ZUS 2012 r.

PODLASKIE		Polska				
Parametr	Współcz. /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Przyczyny ogółem	**82,9**	82,9	174,4	242,4		+
Nowotwory (C00-D48)	**28,1**	19,2	38,5	54,9		+
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	**10,8**	8,4	20,2	28,0		+
Choroby układu krążenia (I00-I99)	**19,0**	19,0	40,8	56,2		+
Choroby układu kostno - stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	**5,9**	5,9	18,9	35,7		+

WOJEWÓDZTWO POMORSKIE

Trwanie życia mężczyzn w województwie pomorskim jest nieco wyższe od przeciętnego w kraju, podczas gdy u kobiet mieści się ono w przeciętnej dla Polski; również przeciętna w skali kraju jest umieralność niemowląt.

Niekorzystnie przedstawia się w województwie pomorskim umieralność osób powyżej 65 roku życia z powodu nowotworów, a także chorób układu oddechowego. Niewielka, ale wyższa od przeciętnej jest umieralność z powodu chorób układu trawiennego u dzieci i młodzieży. Stosunkowo dobrze wygląda w tym województwie sytuacja osób najstarszych (65+) – niska umieralność ogółem i niska hospitalizacją ogółem. Również w przypadku chorób układu krążenia u najstarszych i najmłodszych (0-17 lat) niskiej umieralności towarzyszy niska hospitalizacja.

Dobrze w województwie pomorskim wygląda sytuacja w zakresie chorób psychicznych, gdyż liczba leczonych na 100 tys. mieszkańców w szpitalach psychiatrycznych nie przekracza przeciętnej dla kraju, a dla leczenia ambulatoryjnego osób najstarszych jest niższa niż przeciętnie w kraju. Równocześnie bardzo mało jest orzeczeń o niepełnosprawności z powodu zaburzeń psychicznych.

Oczekiwanie na wizytę u specjalisty w województwie pomorskim nie jest bardziej uciążliwe w porównaniu do innych województw, gdyż mimo dużej liczby osób oczekujących, czas oczekiwania na wizytę nie wykracza poza przeciętną ogólnokrajową. To samo dotyczy przyjęcia do szpitala. Jedynie w zakresie chirurgii i urologii czas oczekiwania jest nieco dłuższy.

Jeśli chodzi o infrastrukturę, to województwo pomorskie ma mniej łóżek szpitalnych ogółem niż inne województwa i stosunkowo słabo je wykorzystuje (64%). Mniej niż przeciętnie w kraju jest w tym województwie łóżek na oddziałach wewnętrznych, onkologicznych oraz chirurgicznych.

Również mniej niż przeciętnie w kraju jest w województwie pomorskim pielęgniarek i położnych oraz ratowników medycznych. Przy dostatecznej liczbie lekarzy ogółem, brak jest w porównaniu z innym województwami – specjalistów.

Wydatki NFZ ogółem na leczenie w pomorskim nie przekraczają, za wyjątkiem AOS, wydatków przeciętnych w innych województwach co, w połączeniu z niezłą sytuacją zdrowotną potwierdzoną małą liczbą orzeczeń o niepełnosprawności może świadczyć o dobrze prowadzonej polityce zdrowotnej w tym województwie (Program Zdrowy Pomorzanin). Poprawy wymaga opieka onkologiczna zwłaszcza nad osobami starszymi (65+), gdyż jest tu największa w kraju liczba zgonów z tej przyczyny przy bardzo niskiej hospitalizacji osób w tej grupie wieku i małej liczbie łóżek onkologicznych w stosunku do mieszkańców województwa.

Tabela 1.51. Przeciętne trwanie życia (2012 r.), umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych (2012 r.) oraz współczynniki umieralności i chorobowości szpitalnej według grup wieku oraz głównych grup przyczyn (2011 r.)

POMORSKIE			Polska				
Parametr		Wartość /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Trwanie życia M		**73,3**	70,6	72,7	74,3		+
Trwanie życia K		**80,9**	79,8	80,8	82,3		
Zgony niemowląt		**4,1**	3,6	4,4	6,3		
Przyczyny ogółem	A00-Y98 zgony 0-17	**41,3**	34,2	41,8	55,6		
	A00-T98 hosp. 0-17	**10366,9**	9141,5	12151,6	15717,5		
	A00-Y98 zgony 18-64	**379,2**	316,6	427,9	555,3		
	A00-T98 hosp. 18-64	**8347,4**	7931,5	10749,5	13426,8		
	A00-Y98 zgony 65+	**4741,8**	4741,8	4955,5	5479,9		+
	A00-T98 hosp. 65+	**26939,2**	24673,5	33632,3	42011,2		
Ch. ukł. krążenia	I00-I99 zgony 0-17	**0,2**	0,2	0,9	1,7		+
	I00-I99 hosp. 0-17	**67,2**	67,2	168,0	454,4		
	I00-I99 zgony 18-64	**108,8**	67,5	116,9	134,7		
	I00-I99 hosp. 18-64	**1073,6**	977,6	1475,6	1783,3		
	I00-I99 zgony 65+	**2114,2**	2114,2	2648,7	3066,2		+
	I00-I99 hosp. 65+	**8995,2**	7750,8	11138,4	14905,8		
Ch. nowotworowe	C00-C97 zgony 0-17	**3,1**	0,6	2,7	4,4		
	C00-C97 hosp. 0-17	**56,4**	52,6	89,9	185,1		
	C00-C97 zgony 18-64	**135,8**	97,5	133,7	155,6		
	C00-C97 hosp. 18-64	**396,7**	396,7	507,0	935,8		
	C00-C97 zgony 65+	**1238,7**	900,9	1090,6	1238,7		–
	C00-C97 hosp. 65+	**2021,4**	1883,2	2337,8	3489,4		
Przyczyny zewn.	V00-Y98 zgony 0-17	**7,5**	4,9	7,5	16,5		
	S00-T98 hosp. 0-17	**804,1**	550,9	1203,4	1480,5		
	V00-Y98 zgony 18-64	**61,7**	47,4	66,5	77,0		
	S00-T98 hosp. 18-64	**748,9**	616,3	893,1	1261,5		
	V00-Y98 zgony 65+	**128,4**	94,4	124,1	140,0		
	S00-T98 hosp. 65+	**1420,3**	1077,1	1600,3	2092,5		
Ch. ukł. oddech.	J00-J98 zgony 0-17	**2,4**	0,5	2,0	4,2		
	J00-J98 hosp. 0-17	**2858,9**	1818,9	2886,6	3637,4		
	J00-J98 zgony 18-64	**13,5**	9,2	15,0	25,2		
	J00-J98 hosp. 18-64	**416,7**	393,9	577,7	690,5		
	J00-J98 zgony 65+	**371**	206,3	287,9	402,6		–
	J00-J98 hosp. 65+	**1832,7**	1612,0	2373,3	3195,6		
Ch. ukł. traw.	K00-K93 zgony 0-17	**0,4**	0	0	0,5		–
	K00-K93 hosp. 0-17	**735,8**	628,8	901,4	1393,2		
	K00-K93 zgony 18-64	**24,5**	20,8	28,0	41,3		+
	K00-K93 hosp. 18-64	**882,7**	813,6	1132,5	1369,4		
	K00-K93 zgony 65+	**168,4**	118,3	158,3	206,6		
	K00-K93 hosp. 65+	**2631,9**	2312,2	3158,4	3820,2		
Ch. ukł. kostno-stawowego	M00-M99 zgony 0-17		-	-	-		
	M00-M99 hosp. 0-17	**291,5**	193,9	326,6	856,8		
	M00-M99 zgony 18-64	**0,9**	0,2	0,8	1,3		
	M00-M99 hosp. 18-64	**624,2**	554,4	752,5	1057,3		
	M00-M99 zgony 65+	**5,4**	0,7	5,4	7,8		
	M00-M99 hosp. 65+	**1302,3**	1302,3	1919,8	2957,9		

Tabela 1.52. Wydatki NFZ (2012 r.), łóżka szpitalne, aparatura specjalistyczna, personel medyczny (2011 r.), lekarze specjaliści i kobiety (%) objęte programami skriningowymi, 2012 r.

POMORSKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Wydatki NFZ per capita [PLN]	Ogółem	**1525,5**	1275,6	1415,6	1973,4		
	POZ	**184,5**	178,7	188,9	199,6		–
	AOS	**161,7**	131,7	147,2	170,7		+
	Leczenie szpitalne	**731,3**	699,8	756,8	859,0		
Łóżka szpitalne	Łóżka na 10 tys. ludności	**39,1**	39,1	47,0	56,0		–
	Wykorzystanie łóżka [%]	**64,4**	61,8	66,8	72,9		–
	Hospitalizowani w ciągu roku na 1 łóżko	**44,5**	36,7	43,4	50,3		
	Łóżka na oddziałach wewnętrznych na 10 tys.	**5,1**	5,1	6,8	8,4		–
	Łóżka na oddziałach kardiologicznych na 10 tys.	**2,2**	1,3	2,1	3,1		
	Łóżka na oddziałach onkologicznych na 10 tys.	**0,9**	0,6	1,2	1,7		–
	Łóżka na oddziałach gruźlicy i chorób płuc na 10 tys.	**1,5**	1,4	2,0	3,4		–
	Łóżka na oddziałach chirurgii na 10 tys.	**4,9**	4,2	5,6	6,2		–
	Łóżka na oddziałach chirurgii urazowej na 10 tys.	**1,9**	1,8	2,6	3,8		–
Aparatura	Akcelerator liniowy na 100 tys. ludności	**0,3**	0,0	0,3	0,5		
	Tomograf komputerowy na 100 tys. ludności	**1,4**	0,7	1,4	1,9		
	Rezonans magnetyczny na 100 tys. ludności	**0,7**	0,2	0,6	0,8		+
	Aparatura wys. spec. na 100 tys. ludności	**14,6**	10,9	14,0	16,9		
Personel medyczny	Lekarze ogółem na 10 tys. ludności	**37,1**	23,8	35,3	46,5		
	Pielęgniarki na 10 tys. ludności	**62,1**	62,1	72,15	94,4		–
	Położne na 10 tys. ludności	**7,4**	7,4	8,65	12,1		–
	Ratownicy medyczni na 10 tys. ludności	**2,1**	1,8	3,2	4,1		–
Lekarze specjaliści	Specjaliści ogółem na 100 tys. ludności	**151,7**	116,6	174,3	202,7		–
	Specjaliści chorób wewn. na 100 tys. ludności	**25,1**	16,5	24,6	33,7		
	Specjaliści pediatrii na 100 tys. ludności	**15,1**	9,6	13,8	17,6		
	Specjaliści chorób płuc na 100 tys. ludności	**3,3**	2,6	3,7	5,2		
	Specjaliści chirurgii na 100 tys. ludności	**16,7**	16,7	20,8	24,7		–
Programy	Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi [%]	**47,6**	1,0	42,8	50,4		
	Program Profilaktyki i WW Raka Szyjki Macicy [%]	**29,9**	18,2	25,6	34,3		+

Tabela 1.53. Liczba osób oczekujących (na 100 tys. ludności) i przeciętny (mediana) czas oczekiwania (dni) do poradni specjalistycznej lub na oddział szpitalny dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" za okres sprawozdawczy listopad 2013 r.

POMORSKIE			Polska				
	Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Przychodnie specjalistyczne	Chirurgii uraz.-ortop., osoby/ludn.	**375,0**	78,7	312,8	1093,7		
	Chirurgii uraz.-ortop., dni	**23,0**	12,0	29,0	38,0		
	Chorób naczyń, osoby/ludn.	**13,1**	0,7	38,7	245,0		
	Chorób naczyń, dni	**23,0**	1,0	58,5	141,0		+
	Endokrynologiczna, osoby/ludn.	**291,0**	74,6	206,7	446,9		–
	Endokrynologiczna, dni	**64,0**	56,0	101,5	156,0		+
	Kardiologiczna, osoby/ludn.	**488,6**	113,7	296,0	488,6		–
	Kardiologiczna, dni	**43,0**	38,0	82,0	108,0		+
	Neurologiczna, osoby/ludn.	**474,4**	89,7	316,8	972,4		–
	Neurologiczna, dni	**26,0**	12,0	31,0	54,0		
	Okulistyczna, osoby/ludn.	**811,6**	138,9	701,6	1728,4		
	Okulistyczna, dni	**35,0**	10,0	36,5	75,0		
	Urologiczna, osoby/ludn.	**231,5**	62,9	216,7	443,3		
	Urologiczna, dni	**31,0**	22,0	44,0	75,0		
	Tomografii komp., osoby/ludn.	**369,8**	72,0	210,7	547,6		–
	Tomografii komp. , dni	**47,0**	14,0	45,5	64,0		
Oddziały szpitalne	Chirurgiczny, osoby/ludn.	**190,0**	46,4	127,2	268,2		
	Chirurgiczny, dni	**43,0**	12,0	29,0	44,0		–
	Chirurgii uraz.-ortop. , osoby/ludn.	**181,5**	27,9	194,8	684,4		
	Chirurgii uraz.-ortop. , dni.	**94,0**	2,0	101,0	185,0		
	Kardiologiczny, osoby/ludn.	**42,3**	1,4	13,6	61,6		–
	Kardiologiczny, dni	**37,0**	4,0	25,0	51,0		
	Neurochirurgiczny, osoby/ludn.	**217,6**	1,4	27,5	367,8		–
	Neurochirurgiczny, dni	**161,0**	8,0	83,0	354,0		
	Okulistyczny, osoby/ludn.	**24,3**	1,3	30,2	82,5		
	Okulistyczny, dni	**13,0**	13,0	37,5	163,0		+
	Otorynolaryngolog., osoby/ludn.	**203,6**	52,8	153,7	371,9		
	Otorynolaryngolog., dni	**121,0**	21,0	121,0	246,0		
	Urologiczny, osoby/ludn.	**62,4**	11,1	32,3	106,8		–
	Urologiczny, dni.	**43,0**	5,0	33,0	47,0		–

Tabela 1.54. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej, współczynniki na 100 tys. ludności, 2011 r.

POMORSKIE		Polska				Ocena
Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	
F00-F99 ambulatoria 0-18	**1619,0**	832,8	1467,3	2470,6		
F00-F99 opieka całodobowa 0-17	**105,4**	52,5	118,6	242,9		
F00-F99 ambulatoria 19-64	**3629,4**	2223,0	4178,2	5369,2		+
F00-F99 opieka całodobowa 18-64	**605,2**	483,7	640,6	836,6		
F00-F99 ambulatoria 65+	**3281,2**	1571,1	3812,0	5732,2		+
F00-F99 opieka całodobowa 65+	**450,6**	336,0	463,7	765,8		

Tabela 1.55. Orzeczenia pierwszorazowe o niepełnosprawności, współczynniki na 100 tys. ludności, ZUS 2012 r.

POMORSKIE		Polska				Ocena
Parametr	Współcz. /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	
Przyczyny ogółem	**108,7**	82,9	174,4	242,4		+
Nowotwory (C00-D48)	**24,6**	19,2	38,5	54,9		+
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	**9,6**	8,4	20,2	28,0		+
Choroby układu krążenia (I00-I99)	**22,7**	19,0	40,8	56,2		+
Choroby układu kostno - stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	**14,8**	5,9	18,9	35,7		+

WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE

Na podstawie analizy przeciętnego trwania życia stan zdrowia mieszkańców województwa śląskiego należy uznać za jeden z najgorszych w kraju. Umieralność dzieci i młodzieży oraz osób w wieku produkcyjnym jest wyższa niż przeciętnie w Polsce, natomiast umieralność najstarszych mieszkańców nie różni się od poziomu krajowego.

Zapotrzebowanie na usługi medyczne jest bardzo duże i mimo bardzo korzystnych w skali kraju wskaźników dotyczących nakładów finansowych, infrastruktury (liczby łóżek, aparatury) i kadr medycznych (lekarze specjaliści wielu dziedzin, pielęgniarki) potrzeby ludności nie zawsze są zaspokajane. I tak, mimo dużej liczby łóżek na oddziałach kardiologicznych, okres oczekiwania na leczenie jest jednym z najdłuższych w kraju – 48 dni, przy średniej w Polsce – 25 dni. W dodatku trudny jest dostęp do poradni kardiologicznej, na wizytę u specjalisty czeka się najdłużej w całym kraju. Jednocześnie umieralność osób w wieku produkcyjnym z powodu chorób układu krążenia jest jedną z najwyższych w Polsce, przy średniej w skali kraju częstości hospitalizacji. Podobne zjawisko występuje dla chorób układu trawiennego u dorosłych. Natomiast w przypadku chorób układu oddechowego u dzieci i młodzieży oraz przyczyn zewnętrznych u osób w wieku starszym (65 lat i więcej) ponadprzeciętnie wysokiej umieralności towarzyszy niski w skali kraju poziom hospitalizacji.

Problem stanowi również dostęp do leczenia urologicznego, czasy oczekiwania na wizytę w poradni specjalistycznej oraz leczenie na oddziale szpitalnym należą do najdłuższych w Polsce.

Liczba pacjentów hospitalizowanych w ciągu roku na jedno łóżko jest najniższa w Polsce, słabe jest również procentowe wykorzystanie łóżek.

Mimo dużej liczby tomografów, kolejki do wykonania badania są najdłuższe w kraju, a okres oczekiwania (57 dni) jest znacznie dłuższy niż przeciętnie w Polsce (46 dni).

Trudna sytuacja zdrowotna mieszkańców województwa wymaga podjęcia wszechstronnych działań zarówno organizacyjnych w celu optymalnego wykorzystania posiadanych zasobów, jak i edukacyjno-profilaktycznych, ukierunkowanych na stopniowe zmniejszenie rozmiaru potrzeb.

Tabela 1.56. Przeciętne trwanie życia (2012 r.), umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych (2012 r.) oraz współczynniki umieralności i chorobowości szpitalnej według grup wieku oraz głównych grup przyczyn (2011 r.)

ŚLĄSKIE			Polska				
Parametr		Wartość /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Trwanie życia M		**72,0**	70,6	72,7	74,3		–
Trwanie życia K		**80,0**	79,8	80,8	82,3		–
Zgony niemowląt		**4,4**	3,6	4,4	6,3		
Przyczyny ogółem	A00-Y98 zgony 0-17	**51,3**	34,2	41,8	55,6		–
	A00-T98 hosp. 0-17	**11533,0**	9141,5	12151,6	15717,5		
	A00-Y98 zgony 18-64	**467,8**	316,6	427,9	555,3		–
	A00-T98 hosp. 18-64	**10509,7**	7931,5	10749,5	13426,8		
	A00-Y98 zgony 65+	**4880,7**	4741,8	4955,5	5479,9		
	A00-T98 hosp. 65+	**30344,7**	24673,5	33632,3	42011,2		
Ch. ukł. krążenia	I00-I99 zgony 0-17	**0,9**	0,2	0,9	1,7		
	I00-I99 hosp. 0-17	**181,3**	67,2	168,0	454,4		
	I00-I99 zgony 18-64	**126,8**	67,5	116,9	134,7		–
	I00-I99 hosp. 18-64	**1483,4**	977,6	1475,6	1783,3		
	I00-I99 zgony 65+	**2658,6**	2114,2	2648,7	3066,2		
	I00-I99 hosp. 65+	**10840,8**	7750,8	11138,4	14905,8		
Ch. nowotworowe	C00-C97 zgony 0-17	**3,3**	0,6	2,7	4,4		
	C00-C97 hosp. 0-17	**104,2**	52,6	89,9	185,1		
	C00-C97 zgony 18-64	**137,6**	97,5	133,7	155,6		
	C00-C97 hosp. 18-64	**499,3**	396,7	507,0	935,8		
	C00-C97 zgony 65+	**1090,8**	900,9	1090,6	1238,7		
	C00-C97 hosp. 65+	**2177,6**	1883,2	2337,8	3489,4		
Przyczyny zewn.	V00-Y98 zgony 0-17	**7,5**	4,9	7,5	16,5		
	S00-T98 hosp. 0-17	**1260,5**	550,9	1203,4	1480,5		
	V00-Y98 zgony 18-64	**63,5**	47,4	66,5	77,0		
	S00-T98 hosp. 18-64	**870,1**	616,3	893,1	1261,5		
	V00-Y98 zgony 65+	**130,2**	94,4	124,1	140,0		–
	S00-T98 hosp. 65+	**1440,5**	1077,1	1600,3	2092,5		
Ch. ukł. oddech.	J00-J98 zgony 0-17	**3,3**	0,5	2,0	4,2		–
	J00-J98 hosp. 0-17	**2356,0**	1818,9	2886,6	3637,4		
	J00-J98 zgony 18-64	**16,7**	9,2	15,0	25,2		
	J00-J98 hosp. 18-64	**568,7**	393,9	577,7	690,5		
	J00-J98 zgony 65+	**214,3**	206,3	287,9	402,6		+
	J00-J98 hosp. 65+	**1981,6**	1612,0	2373,3	3195,6		
Ch. ukł. traw.	K00-K93 zgony 0-17	**0,3**	0	0	0,5		–
	K00-K93 hosp. 0-17	**926,6**	628,8	901,4	1393,2		
	K00-K93 zgony 18-64	**38,6**	20,8	28,0	41,3		–
	K00-K93 hosp. 18-64	**1126,8**	813,6	1132,5	1369,4		
	K00-K93 zgony 65+	**175,6**	118,3	158,3	206,6		–
	K00-K93 hosp. 65+	**2975,2**	2312,2	3158,4	3820,2		
Ch. ukł. kostno-stawowego	M00-M99 zgony 0-17		-	-	-		
	M00-M99 hosp. 0-17	**361,4**	193,9	326,6	856,8		
	M00-M99 zgony 18-64	**0,5**	0,2	0,8	1,3		
	M00-M99 hosp. 18-64	**923,5**	554,4	752,5	1057,3		
	M00-M99 zgony 65+	**4,2**	0,7	5,4	7,8		
	M00-M99 hosp. 65+	**2272,4**	1302,3	1919,8	2957,9		

Tabela 1.57. Wydatki NFZ (2012 r.), łóżka szpitalne, aparatura specjalistyczna, personel medyczny (2011 r.), lekarze specjaliści i kobiety (%) objęte programami skriningowymi, 2012 r.

ŚLĄSKIE			Polska				
	Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Wydatki NFZ per capita [PLN]	Ogółem	**1786,6**	1275,6	1415,6	1973,4		+
	POZ	**188,8**	178,7	188,9	199,6		
	AOS	**170,7**	131,7	147,2	170,7		+
	Leczenie szpitalne	**751,2**	699,8	756,8	859,0		
Łóżka szpitalne	Łóżka na 10 tys. ludności	**56,0**	39,1	47,0	56,0		+
	Wykorzystanie łóżka [%]	**63,9**	61,8	66,8	72,9		–
	Hospitalizowani w ciągu roku na 1 łóżko	**36,7**	36,7	43,4	50,3		–
	Łóżka na oddziałach wewnętrznych na 10 tys.	**8,2**	5,1	6,8	8,4		+
	Łóżka na oddziałach kardiologicznych na 10 tys.	**2,4**	1,3	2,1	3,1		
	Łóżka na oddziałach onkologicznych na 10 tys.	**1,7**	0,6	1,2	1,7		
	Łóżka na oddziałach gruźlicy i chorób płuc na 10 tys.	**2,6**	1,4	2,0	3,4		
	Łóżka na oddziałach chirurgii na 10 tys.	**5,6**	4,2	5,6	6,2		
	Łóżka na oddziałach chirurgii urazowej na 10 tys.	**3,8**	1,8	2,6	3,8		+
Aparatura	Akcelerator liniowy na 100 tys. ludności	**0,4**	0,0	0,3	0,5		
	Tomograf komputerowy na 100 tys. ludności	**1,6**	0,7	1,4	1,9		
	Rezonans magnetyczny na 100 tys. ludności	**0,7**	0,2	0,6	0,8		+
	Aparatura wys. spec. na 100 tys. ludności	**16,9**	10,9	14,0	16,9		+
Personel medyczny	Lekarze ogółem na 10 tys. ludności	**36,2**	23,8	35,3	46,5		
	Pielęgniarki na 10 tys. ludności	**79,9**	62,1	72,15	94,4		+
	Położne na 10 tys. ludności	**9,1**	7,4	8,65	12,1		
	Ratownicy medyczni na 10 tys. ludności	**3,1**	1,8	3,2	4,1		
Lekarze specjaliści	Specjaliści ogółem na 100 tys. ludności	**192,9**	116,6	174,3	202,7		
	Specjaliści chorób wewn. na 100 tys. ludności	**33,7**	16,5	24,6	33,7		+
	Specjaliści pediatrii na 100 tys. ludności	**15,8**	9,6	13,8	17,6		+
	Specjaliści chorób płuc na 100 tys. ludności	**3,7**	2,6	3,7	5,2		
	Specjaliści chirurgii na 100 tys. ludności	**24,7**	16,7	20,8	24,7		+
Programy	Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi [%]	**42,7**	1,0	42,8	50,4		
	Program Profilaktyki i WW Raka Szyjki Macicy [%]	**25,6**	18,2	25,6	34,3		

Tabela 1.58. Liczba osób oczekujących (na 100 tys. ludności) i przeciętny (mediana) czas oczekiwania (dni) do poradni specjalistycznej lub na oddział szpitalny dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" za okres sprawozdawczy listopad 2013 r.

ŚLĄSKIE			Polska				
	Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Przychodnie specjalistyczne	Chirurgii uraz.-ortop., osoby/ludn.	**323,8**	78,7	312,8	1093,7		
	Chirurgii uraz.-ortop., dni	**27,0**	12,0	29,0	38,0		
	Chorób naczyń, osoby/ludn.	**55,2**	0,7	38,7	245,0		
	Chorób naczyń, dni	**83,0**	1,0	58,5	141,0		
	Endokrynologiczna, osoby/ludn.	**188,8**	74,6	206,7	446,9		
	Endokrynologiczna, dni	**140,0**	56,0	101,5	156,0		–
	Kardiologiczna, osoby/ludn.	**295,7**	113,7	296,0	488,6		
	Kardiologiczna, dni	**108,0**	38,0	82,0	108,0		–
	Neurologiczna, osoby/ludn.	**297,3**	89,7	316,8	972,4		
	Neurologiczna, dni	**33,0**	12,0	31,0	54,0		
	Okulistyczna, osoby/ludn.	**762,1**	138,9	701,6	1728,4		
	Okulistyczna, dni	**46,0**	10,0	36,5	75,0		
	Urologiczna, osoby/ludn.	**231,3**	62,9	216,7	443,3		
	Urologiczna, dni	**66,0**	22,0	44,0	75,0		–
	Tomografii komp., osoby/ludn.	**547,6**	72,0	210,7	547,6		–
	Tomografii komp. , dni	**57,0**	14,0	45,5	64,0		–
Oddziały szpitalne	Chirurgiczny, osoby/ludn.	**220,6**	46,4	127,2	268,2		–
	Chirurgiczny, dni	**42,0**	12,0	29,0	44,0		
	Chirurgii uraz.-ortop. , osoby/ludn.	**444,4**	27,9	194,8	684,4		–
	Chirurgii uraz.-ortop. , dni.	**116,0**	2,0	101,0	185,0		
	Kardiologiczny, osoby/ludn.	**39,0**	1,4	13,6	61,6		–
	Kardiologiczny, dni	**48,0**	4,0	25,0	51,0		–
	Neurochirurgiczny, osoby/ludn.	**7,3**	1,4	27,5	367,8		+
	Neurochirurgiczny, dni	**37,0**	8,0	83,0	354,0		+
	Okulistyczny, osoby/ludn.	**35,9**	1,3	30,2	82,5		
	Okulistyczny, dni	**20,0**	13,0	37,5	163,0		+
	Otorynolaryngolog., osoby/ludn.	**123,2**	52,8	153,7	371,9		
	Otorynolaryngolog., dni	**76,0**	21,0	121,0	246,0		
	Urologiczny, osoby/ludn.	**35,4**	11,1	32,3	106,8		
	Urologiczny, dni.	**42,0**	5,0	33,0	47,0		–

Tabela 1.59. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej, współczynniki na 100 tys. ludności, 2011 r.

ŚLĄSKIE		Polska				Ocena
Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	
F00-F99 ambulatoria 0-18	**1567,0**	832,8	1467,3	2470,6		
F00-F99 opieka całodobowa 0-17	**120,3**	52,5	118,6	242,9		
F00-F99 ambulatoria 19-64	**4378,6**	2223,0	4178,2	5369,2		
F00-F99 opieka całodobowa 18-64	**675,9**	483,7	640,6	836,6		
F00-F99 ambulatoria 65+	**3488,8**	1571,1	3812,0	5732,2		
F00-F99 opieka całodobowa 65+	**427,9**	336,0	463,7	765,8		

Tabela 1.60. Orzeczenia pierwszorazowe o niepełnosprawności, współczynniki na 100 tys. ludności, ZUS 2012 r.

ŚLĄSKIE		Polska				Ocena
Parametr	Współcz. /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	
Przyczyny ogółem	**186,4**	82,9	174,4	242,4		
Nowotwory (C00-D48)	**38,0**	19,2	38,5	54,9		
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	**21,6**	8,4	20,2	28,0		
Choroby układu krążenia (I00-I99)	**39,6**	19,0	40,8	56,2		
Choroby układu kostno - stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	**23,5**	5,9	18,9	35,7		

WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE

Na podstawie analizy przeciętnego trwania życia stan zdrowia mężczyzn w województwie świętokrzyskim należy uznać za średni w skali ogólnopolskiej, zaś kobiet – za dobry. Umieralność z ogółu przyczyn osób w wieku poprodukcyjnym jest wyższa niż przeciętnie w kraju, w pozostałych grupach wieku kształtuje się na poziomie ogólnopolskim.

Wyróżniającym się problemem jest duża umieralność z przyczyn zewnętrznych osób w wieku produkcyjnym, której towarzyszy wysoki poziom hospitalizacji z powodu urazów.

Generalnie częstość hospitalizacji osób dorosłych jest wysoka, zarówno z powodu ogółu przyczyn, jak i chorób układu krążenia, nowotworów, urazów, chorób układu trawiennego, a w przypadku osób w wieku produkcyjnym również chorób układu oddechowego oraz zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Dzieci i młodzież hospitalizowane są częściej niż przeciętnie z powodu nowotworów oraz chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej.

Wskaźniki dotyczące łóżek szpitalnych i personelu medycznego kształtują się na poziomie ogólnopolskim lub lepszym, ale niskie jest wyposażenie w wysokospecjalistyczną aparaturę diagnostyczną z wyjątkiem tomografów komputerowych i urządzeń do rezonansu magnetycznego.

Dostęp do leczenia szpitalnego jest lepszy niż przeciętnie w kraju, podobnie jak do placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Niekorzystny wyjątek stanowią poradnie kardiologiczne, gdzie na wizytę czeka się średnio 105 dni, podczas gdy w Polsce 82 dni.

Najpilniejsze działania w celu poprawy sytuacji zdrowotnej ludności powinny dotyczyć przyczyn wysokiej umieralności i hospitalizacji osób w wieku poprodukcyjnym, szczególnie chorób układu krążenia, a także pierwszo- i drugorzędowej prewencji wypadków komunikacyjnych.

Tabela 1.61. Przeciętne trwanie życia (2012 r.), umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych (2012 r.) oraz współczynniki umieralności i chorobowości szpitalnej według grup wieku oraz głównych grup przyczyn (2011 r.)

ŚWIĘTOKRZYSKIE			Polska				
Parametr		Wartość /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Trwanie życia M		**72,7**	70,6	72,7	74,3		
Trwanie życia K		**81,5**	79,8	80,8	82,3		
Zgony niemowląt		**4,8**	3,6	4,4	6,3		
Przyczyny ogółem	A00-Y98 zgony 0-17	**46,7**	34,2	41,8	55,6		
	A00-T98 hosp. 0-17	**14047,3**	9141,5	12151,6	15717,5		
	A00-Y98 zgony 18-64	**434,6**	316,6	427,9	555,3		
	A00-T98 hosp. 18-64	**13226,7**	7931,5	10749,5	13426,8		
	A00-Y98 zgony 65+	**5162,1**	4741,8	4955,5	5479,9		–
	A00-T98 hosp. 65+	**38028,0**	24673,5	33632,3	42011,2		
Ch. ukł. krążenia	I00-I99 zgony 0-17	**0,9**	0,2	0,9	1,7		
	I00-I99 hosp. 0-17	**210,9**	67,2	168,0	454,4		
	I00-I99 zgony 18-64	**119,7**	67,5	116,9	134,7		
	I00-I99 hosp. 18-64	**1703,8**	977,6	1475,6	1783,3		
	I00-I99 zgony 65+	**2816,4**	2114,2	2648,7	3066,2		–
	I00-I99 hosp. 65+	**13775,7**	7750,8	11138,4	14905,8		
Ch. nowotworowe	C00-C97 zgony 0-17	**0,9**	0,6	2,7	4,4		+
	C00-C97 hosp. 0-17	**131**	52,6	89,9	185,1		
	C00-C97 zgony 18-64	**129,7**	97,5	133,7	155,6		
	C00-C97 hosp. 18-64	**935,8**	396,7	507,0	935,8		
	C00-C97 zgony 65+	**987,3**	900,9	1090,6	1238,7		+
	C00-C97 hosp. 65+	**3276,7**	1883,2	2337,8	3489,4		
Przyczyny zewn.	V00-Y98 zgony 0-17	**5,6**	4,9	7,5	16,5		+
	S00-T98 hosp. 0-17	**1213,6**	550,9	1203,4	1480,5		
	V00-Y98 zgony 18-64	**73,5**	47,4	66,5	77,0		–
	S00-T98 hosp. 18-64	**1133,7**	616,3	893,1	1261,5		
	V00-Y98 zgony 65+	**124,2**	94,4	124,1	140,0		
	S00-T98 hosp. 65+	**1973,1**	1077,1	1600,3	2092,5		
Ch. ukł. oddech.	J00-J98 zgony 0-17	**1,3**	0,5	2,0	4,2		+
	J00-J98 hosp. 0-17	**2799,3**	1818,9	2886,6	3637,4		
	J00-J98 zgony 18-64	**15,2**	9,2	15,0	25,2		
	J00-J98 hosp. 18-64	**636,4**	393,9	577,7	690,5		
	J00-J98 zgony 65+	**273,4**	206,3	287,9	402,6		
	J00-J98 hosp. 65+	**2844,1**	1612,0	2373,3	3195,6		
Ch. ukł. traw.	K00-K93 zgony 0-17	**0**	0	0	0,5		
	K00-K93 hosp. 0-17	**954,7**	628,8	901,4	1393,2		
	K00-K93 zgony 18-64	**27,3**	20,8	28,0	41,3		
	K00-K93 hosp. 18-64	**1369,4**	813,6	1132,5	1369,4		
	K00-K93 zgony 65+	**151,3**	118,3	158,3	206,6		
	K00-K93 hosp. 65+	**3600,7**	2312,2	3158,4	3820,2		
Ch. ukł. kostno-stawowego	M00-M99 zgony 0-17		-	-	-		
	M00-M99 hosp. 0-17	**770,9**	193,9	326,6	856,8		
	M00-M99 zgony 18-64	**0,5**	0,2	0,8	1,3		
	M00-M99 hosp. 18-64	**730,6**	554,4	752,5	1057,3		
	M00-M99 zgony 65+	**2,6**	0,7	5,4	7,8		+
	M00-M99 hosp. 65+	**1476,3**	1302,3	1919,8	2957,9		

Tabela 1.62. Wydatki NFZ (2012 r.), łóżka szpitalne, aparatura specjalistyczna, personel medyczny (2011 r.), lekarze specjaliści i kobiety (%) objęte programami skriningowymi, 2012 r.

ŚWIĘTOKRZYSKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Wydatki NFZ per capita [PLN]	Ogółem	**1343,0**	1275,6	1415,6	1973,4		
	POZ	**188,7**	178,7	188,9	199,6		
	AOS	**137,0**	131,7	147,2	170,7		–
	Leczenie szpitalne	**789,2**	699,8	756,8	859,0		+
Łóżka szpitalne	Łóżka na 10 tys. ludności	**50,9**	39,1	47,0	56,0		+
	Wykorzystanie łóżka [%]	**68,1**	61,8	66,8	72,9		
	Hospitalizowani w ciągu roku na 1 łóżko	**45,7**	36,7	43,4	50,3		
	Łóżka na oddziałach wewnętrznych na 10 tys.	**7,6**	5,1	6,8	8,4		
	Łóżka na oddziałach kardiologicznych na 10 tys.	**2,5**	1,3	2,1	3,1		+
	Łóżka na oddziałach onkologicznych na 10 tys.	**1,2**	0,6	1,2	1,7		
	Łóżka na oddziałach gruźlicy i chorób płuc na 10 tys.	**1,9**	1,4	2,0	3,4		
	Łóżka na oddziałach chirurgii na 10 tys.	**5,9**	4,2	5,6	6,2		
	Łóżka na oddziałach chirurgii urazowej na 10 tys.	**2,9**	1,8	2,6	3,8		+
Aparatura	Akcelerator liniowy na 100 tys. ludności	**0,3**	0,0	0,3	0,5		
	Tomograf komputerowy na 100 tys. ludności	**1,7**	0,7	1,4	1,9		+
	Rezonans magnetyczny na 100 tys. ludności	**0,6**	0,2	0,6	0,8		
	Aparatura wys. spec. na 100 tys. ludności	**12,0**	10,9	14,0	16,9		–
Personel medyczny	Lekarze ogółem na 10 tys. ludności	**27,9**	23,8	35,3	46,5		
	Pielęgniarki na 10 tys. ludności	**78,1**	62,1	72,15	94,4		
	Położne na 10 tys. ludności	**9,6**	7,4	8,65	12,1		
	Ratownicy medyczni na 10 tys. ludności	**2,7**	1,8	3,2	4,1		
Lekarze specjaliści	Specjaliści ogółem na 100 tys. ludności	**186,9**	116,6	174,3	202,7		
	Specjaliści chorób wewn. na 100 tys. ludności	**27,8**	16,5	24,6	33,7		
	Specjaliści pediatrii na 100 tys. ludności	**14,3**	9,6	13,8	17,6		
	Specjaliści chorób płuc na 100 tys. ludności	**3,7**	2,6	3,7	5,2		
	Specjaliści chirurgii na 100 tys. ludności	**22,2**	16,7	20,8	24,7		+
Programy	Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi [%]	**38,8**	1,0	42,8	50,4		
	Program Profilaktyki i WW Raka Szyjki Macicy [%]	**26,3**	18,2	25,6	34,3		

Tabela 1.63. Liczba osób oczekujących (na 100 tys. ludności) i przeciętny (mediana) czas oczekiwania (dni) do poradni specjalistycznej lub na oddział szpitalny dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" za okres sprawozdawczy listopad 2013 r.

ŚWIĘTOKRZYSKIE			Polska				
	Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Przychodnie specjalistyczne	Chirurgii uraz.-ortop., osoby/ludn.	**78,7**	78,7	312,8	1093,7		+
	Chirurgii uraz.-ortop., dni	**12,0**	12,0	29,0	38,0		+
	Chorób naczyń, osoby/ludn.	**10,6**	0,7	38,7	245,0		
	Chorób naczyń, dni	**44,0**	1,0	58,5	141,0		
	Endokrynologiczna, osoby/ludn.	**80,5**	74,6	206,7	446,9		+
	Endokrynologiczna, dni	**88,0**	56,0	101,5	156,0		
	Kardiologiczna, osoby/ludn.	**113,7**	113,7	296,0	488,6		+
	Kardiologiczna, dni	**105,0**	38,0	82,0	108,0		–
	Neurologiczna, osoby/ludn.	**89,7**	89,7	316,8	972,4		+
	Neurologiczna, dni	**12,0**	12,0	31,0	54,0		+
	Okulistyczna, osoby/ludn.	**138,9**	138,9	701,6	1728,4		+
	Okulistyczna, dni	**10,0**	10,0	36,5	75,0		+
	Urologiczna, osoby/ludn.	**81,8**	62,9	216,7	443,3		+
	Urologiczna, dni	**25,0**	22,0	44,0	75,0		+
	Tomografii komp., osoby/ludn.	**72,0**	72,0	210,7	547,6		+
	Tomografii komp. , dni	**15,0**	14,0	45,5	64,0		+
Oddziały szpitalne	Chirurgiczny, osoby/ludn.	**54,5**	46,4	127,2	268,2		+
	Chirurgiczny, dni	**12,0**	12,0	29,0	44,0		+
	Chirurgii uraz.-ortop. , osoby/ludn.	**27,9**	27,9	194,8	684,4		+
	Chirurgii uraz.-ortop. , dni.	**-**	2,0	101,0	185,0		
	Kardiologiczny, osoby/ludn.	**5,6**	1,4	13,6	61,6		
	Kardiologiczny, dni	**9,0**	4,0	25,0	51,0		
	Neurochirurgiczny, osoby/ludn.	**3,6**	1,4	27,5	367,8		+
	Neurochirurgiczny, dni	**26,0**	8,0	83,0	354,0		+
	Okulistyczny, osoby/ludn.	**6,5**	1,3	30,2	82,5		+
	Okulistyczny, dni	**35,0**	13,0	37,5	163,0		
	Otorynolaryngolog., osoby/ludn.	**61,3**	52,8	153,7	371,9		+
	Otorynolaryngolog., dni	**-**	21,0	121,0	246,0		
	Urologiczny, osoby/ludn.	**11,4**	11,1	32,3	106,8		+
	Urologiczny, dni.	**10,0**	5,0	33,0	47,0		+

Tabela 1.64. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej, współczynniki na 100 tys. ludności, 2011 r.

ŚWIĘTOKRZYSKIE		Polska				
Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
F00-F99 ambulatoria 0-18	**985,0**	832,8	1467,3	2470,6		+
F00-F99 opieka całodobowa 0-17	**82,5**	52,5	118,6	242,9		+
F00-F99 ambulatoria 19-64	**4294,6**	2223,0	4178,2	5369,2		
F00-F99 opieka całodobowa 18-64	**809,8**	483,7	640,6	836,6		–
F00-F99 ambulatoria 65+	**3851,8**	1571,1	3812,0	5732,2		
F00-F99 opieka całodobowa 65+	**467,1**	336,0	463,7	765,8		

Tabela 1.65. Orzeczenia pierwszorazowe o niepełnosprawności, współczynniki na 100 tys. ludności, ZUS 2012 r.

ŚWIĘTOKRZYSKIE		Polska				
Parametr	Współcz. /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Przyczyny ogółem	**121,8**	82,9	174,4	242,4		+
Nowotwory (C00-D48)	**19,2**	19,2	38,5	54,9		+
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	**15,1**	8,4	20,2	28,0		
Choroby układu krążenia (I00-I99)	**25,4**	19,0	40,8	56,2		+
Choroby układu kostno - stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	**13,8**	5,9	18,9	35,7		+

WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO-MAZURSKIE

Długość życia mężczyzn w województwie warmińsko mazurskim jest niższa od przeciętnej w kraju, a długość życia kobiet nie odbiega od średniej. Najniższa w kraju jest tu umieralność niemowląt, niska jest też umieralność z powodu chorób układu krążenia osób najstarszych (65+). Natomiast problemem są choroby układu oddechowego – umieralność z ich powodu, zarówno dzieci i młodzieży, jak i osób dorosłych jest najwyższa w kraju. Wysoka jest też umieralność z powodu chorób układu kostno-stawowego osób w wieku produkcyjnym. Jednocześnie, w województwie warmińsko-mazurskim najczęściej w całym kraju orzeka się niepełnosprawność z tego powodu. Wysokie są również współczynniki niepełnosprawności z ogółu przyczyn i chorób układu krążenia.

W województwie warmińsko-mazurskim problemem jest dostęp do specjalistów zwłaszcza w zakresie kardiologii (101 dni), neurologii (39 dni), okulistyki (59 dni), urologii (75 dni). Jeśli chodzi o leczenie szpitalne, to na przyjęcie na oddział neurochirurgiczny czeka się 354 dni (mediana krajowa 83 dni), a okulistyczny 136 dni (najdłużej w kraju). Długie oczekiwanie wynikać może z braku personelu medycznego: lekarzy, w tym specjalistów i pielęgniarek. Województwo generalnie odczuwa niedobory kadrowe, brak jest również specjalistów chorób wewnętrznych i chorób płuc oraz położnych.

Stosunkowo mało jest w warmińsko-mazurskim łóżek szpitalnych, ale są one dość dobrze wykorzystane (73%). Brak jest wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, gdyż wskaźnik wyposażenia należy do najniższych w kraju. Mimo tych braków dobrze w porównaniu z innymi województwami realizowane są programy wczesnego wykrywania raka szyjki macicy i raka piersi.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych ogółem oraz leczenia szpitalnego kształtuje się na poziomie niższym niż w większości województw. Wydaje się, że województwo warmińsko-mazurskie wymaga doposażenia w aparaturę wysokospecjalistyczną, a także zwiększenia kadry lekarzy, w tym specjalistów, których brak powoduje długie oczekiwanie na wizytę w AOS. Ważnym problemem są choroby układu oddechowego we wszystkich grupach wieku, przy czym należy zwrócić uwagę na brak specjalistów chorób płuc w tym województwie.

Tabela 1.66. Przeciętne trwanie życia (2012 r.), umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych (2012 r.) oraz współczynniki umieralności i chorobowości szpitalnej według grup wieku oraz głównych grup przyczyn (2011 r.)

WARMIŃSKO-MAZURSKIE			Polska				
Parametr		Wartość /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Trwanie życia M		**71,7**	70,6	72,7	74,3		–
Trwanie życia K		**81,0**	79,8	80,8	82,3		
Zgony niemowląt		**3,6**	3,6	4,4	6,3		+
Przyczyny ogółem	A00-Y98 zgony 0-17	**50,1**	34,2	41,8	55,6		
	A00-T98 hosp. 0-17	**11566,7**	9141,5	12151,6	15717,5		
	A00-Y98 zgony 18-64	**431,5**	316,6	427,9	555,3		
	A00-T98 hosp. 18-64	**8525,6**	7931,5	10749,5	13426,8		
	A00-Y98 zgony 65+	**4956,4**	4741,8	4955,5	5479,9		
	A00-T98 hosp. 65+	**26567,3**	24673,5	33632,3	42011,2		
Ch. ukł. krążenia	I00-I99 zgony 0-17	**1,4**	0,2	0,9	1,7		
	I00-I99 hosp. 0-17	**126,4**	67,2	168,0	454,4		
	I00-I99 zgony 18-64	**100,9**	67,5	116,9	134,7		+
	I00-I99 hosp. 18-64	**1079**	977,6	1475,6	1783,3		
	I00-I99 zgony 65+	**2378,0**	2114,2	2648,7	3066,2		+
	I00-I99 hosp. 65+	**8713,0**	7750,8	11138,4	14905,8		
Ch. nowotworowe	C00-C97 zgony 0-17	**2,8**	0,6	2,7	4,4		
	C00-C97 hosp. 0-17	**81,5**	52,6	89,9	185,1		
	C00-C97 zgony 18-64	**131,5**	97,5	133,7	155,6		
	C00-C97 hosp. 18-64	**458,5**	396,7	507,0	935,8		
	C00-C97 zgony 65+	**1163,1**	900,9	1090,6	1238,7		
	C00-C97 hosp. 65+	**2200,8**	1883,2	2337,8	3489,4		
Przyczyny zewn.	V00-Y98 zgony 0-17	**12,9**	4,9	7,5	16,5		–
	S00-T98 hosp. 0-17	**1028,7**	550,9	1203,4	1480,5		
	V00-Y98 zgony 18-64	**74,7**	47,4	66,5	77,0		–
	S00-T98 hosp. 18-64	**740,3**	616,3	893,1	1261,5		
	V00-Y98 zgony 65+	**94,4**	94,4	124,1	140,0		+
	S00-T98 hosp. 65+	**1132,8**	1077,1	1600,3	2092,5		
Ch. ukł. oddech.	J00-J98 zgony 0-17	**4,2**	0,5	2,0	4,2		–
	J00-J98 hosp. 0-17	**2544,8**	1818,9	2886,6	3637,4		
	J00-J98 zgony 18-64	**25,2**	9,2	15,0	25,2		–
	J00-J98 hosp. 18-64	**393,9**	393,9	577,7	690,5		
	J00-J98 zgony 65+	**402,6**	206,3	287,9	402,6		–
	J00-J98 hosp. 65+	**2411,8**	1612,0	2373,3	3195,6		
Ch. ukł. traw.	K00-K93 zgony 0-17	**0**	0	0	0,5		
	K00-K93 hosp. 0-17	**843,2**	628,8	901,4	1393,2		
	K00-K93 zgony 18-64	**29,7**	20,8	28,0	41,3		
	K00-K93 hosp. 18-64	**813,6**	813,6	1132,5	1369,4		
	K00-K93 zgony 65+	**118,3**	118,3	158,3	206,6		+
	K00-K93 hosp. 65+	**2451,4**	2312,2	3158,4	3820,2		
Ch. ukł. kostno-stawowego	M00-M99 zgony 0-17	**-**	-	-	-		
	M00-M99 hosp. 0-17	**294,7**	193,9	326,6	856,8		
	M00-M99 zgony 18-64	**1,2**	0,2	0,8	1,3		–
	M00-M99 hosp. 18-64	**901,7**	554,4	752,5	1057,3		
	M00-M99 zgony 65+	**4,3**	0,7	5,4	7,8		
	M00-M99 hosp. 65+	**2312,8**	1302,3	1919,8	2957,9		

Tabela 1.67. Wydatki NFZ (2012 r.), łóżka szpitalne, aparatura specjalistyczna, personel medyczny (2011 r.), lekarze specjaliści i kobiety (%) objęte programami skriningowymi, 2012 r.

WARMIŃSKO-MAZURSKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Wydatki NFZ per capita [PLN]	Ogółem	**1331,0**	1275,6	1415,6	1973,4		–
	POZ	**186,2**	178,7	188,9	199,6		
	AOS	**140,0**	131,7	147,2	170,7		
	Leczenie szpitalne	**705,5**	699,8	756,8	859,0		–
Łóżka szpitalne	Łóżka na 10 tys. ludności	**43,7**	39,1	47,0	56,0		–
	Wykorzystanie łóżka [%]	**70,3**	61,8	66,8	72,9		+
	Hospitalizowani w ciągu roku na 1 łóżko	**46,0**	36,7	43,4	50,3		+
	Łóżka na oddziałach wewnętrznych na 10 tys.	**7,5**	5,1	6,8	8,4		
	Łóżka na oddziałach kardiologicznych na 10 tys.	**1,5**	1,3	2,1	3,1		
	Łóżka na oddziałach onkologicznych na 10 tys.	**0,6**	0,6	1,2	1,7		–
	Łóżka na oddziałach gruźlicy i chorób płuc na 10 tys.	**1,4**	1,4	2,0	3,4		–
	Łóżka na oddziałach chirurgii na 10 tys.	**5,0**	4,2	5,6	6,2		–
	Łóżka na oddziałach chirurgii urazowej na 10 tys.	**2,4**	1,8	2,6	3,8		
Aparatura	Akcelerator liniowy na 100 tys. ludności	**0**	0,0	0,3	0,5		–
	Tomograf komputerowy na 100 tys. ludności	**1,2**	0,7	1,4	1,9		
	Rezonans magnetyczny na 100 tys. ludności	**0,6**	0,2	0,6	0,8		
	Aparatura wys. spec. na 100 tys. ludności	**11,1**	10,9	14,0	16,9		–
Personel medyczny	Lekarze ogółem na 10 tys. ludności	**24,4**	23,8	35,3	46,5		–
	Pielęgniarki na 10 tys. ludności	**63,7**	62,1	72,15	94,4		–
	Położne na 10 tys. ludności	**7,5**	7,4	8,65	12,1		–
	Ratownicy medyczni na 10 tys. ludności	**3,7**	1,8	3,2	4,1		+
Lekarze specjaliści	Specjaliści ogółem na 100 tys. ludności	**164,3**	116,6	174,3	202,7		–
	Specjaliści chorób wewn. na 100 tys. ludności	**20,6**	16,5	24,6	33,7		–
	Specjaliści pediatrii na 100 tys. ludności	**13,3**	9,6	13,8	17,6		
	Specjaliści chorób płuc na 100 tys. ludności	**2,8**	2,6	3,7	5,2		–
	Specjaliści chirurgii na 100 tys. ludności	**23,3**	16,7	20,8	24,7		+
Programy	Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi [%]	**49,3**	1,0	42,8	50,4		+
	Program Profilaktyki i WW Raka Szyjki Macicy [%]	**34,3**	18,2	25,6	34,3		+

Tabela 1.68. Liczba osób oczekujących (na 100 tys. ludności) i przeciętny (mediana) czas oczekiwania (dni) do poradni specjalistycznej lub na oddział szpitalny dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" za okres sprawozdawczy listopad 2013 r.

WARMIŃSKO-MAZURSKIE			Polska				
	Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Przychodnie specjalistyczne	Chirurgii uraz.-ortop., osoby/ludn.	**455,5**	78,7	312,8	1093,7		–
	Chirurgii uraz.-ortop., dni	**23,0**	12,0	29,0	38,0		
	Chorób naczyń, osoby/ludn.	**-**	0,7	38,7	245,0		
	Chorób naczyń, dni	**-**	1,0	58,5	141,0		
	Endokrynologiczna, osoby/ludn.	**223,8**	74,6	206,7	446,9		
	Endokrynologiczna, dni	**98,0**	56,0	101,5	156,0		
	Kardiologiczna, osoby/ludn.	**251,6**	113,7	296,0	488,6		
	Kardiologiczna, dni	**101,0**	38,0	82,0	108,0		–
	Neurologiczna, osoby/ludn.	**501,1**	89,7	316,8	972,4		–
	Neurologiczna, dni	**39,0**	12,0	31,0	54,0		
	Okulistyczna, osoby/ludn.	**952,4**	138,9	701,6	1728,4		–
	Okulistyczna, dni	**59,0**	10,0	36,5	75,0		–
	Urologiczna, osoby/ludn.	**376,9**	62,9	216,7	443,3		–
	Urologiczna, dni	**75,0**	22,0	44,0	75,0		–
	Tomografii komp., osoby/ludn.	**191,9**	72,0	210,7	547,6		
	Tomografii komp. , dni	**44,0**	14,0	45,5	64,0		
Oddziały szpitalne	Chirurgiczny, osoby/ludn.	**111,6**	46,4	127,2	268,2		
	Chirurgiczny, dni	**35,0**	12,0	29,0	44,0		
	Chirurgii uraz.-ortop. , osoby/ludn.	**140,0**	27,9	194,8	684,4		+
	Chirurgii uraz.-ortop. , dni.	**55,0**	2,0	101,0	185,0		
	Kardiologiczny, osoby/ludn.	**3,8**	1,4	13,6	61,6		+
	Kardiologiczny, dni	**22,0**	4,0	25,0	51,0		
	Neurochirurgiczny, osoby/ludn.	**136,3**	1,4	27,5	367,8		–
	Neurochirurgiczny, dni	**354,0**	8,0	83,0	354,0		–
	Okulistyczny, osoby/ludn.	**38,0**	1,3	30,2	82,5		
	Okulistyczny, dni	**163,0**	13,0	37,5	163,0		–
	Otorynolaryngolog., osoby/ludn.	**184,3**	52,8	153,7	371,9		
	Otorynolaryngolog., dni	**134,0**	21,0	121,0	246,0		–
	Urologiczny, osoby/ludn.	**37,2**	11,1	32,3	106,8		
	Urologiczny, dni.	**37,0**	5,0	33,0	47,0		

Tabela 1.69. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej, współczynniki na 100 tys. ludności, 2011 r.

WARMIŃSKO-MAZURSKIE		Polska				
Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
F00-F99 ambulatoria 0-18	**1116,5**	832,8	1467,3	2470,6		
F00-F99 opieka całodobowa 0-17	**119,1**	52,5	118,6	242,9		
F00-F99 ambulatoria 19-64	**2972,5**	2223,0	4178,2	5369,2		+
F00-F99 opieka całodobowa 18-64	**742,2**	483,7	640,6	836,6		
F00-F99 ambulatoria 65+	**3466,4**	1571,1	3812,0	5732,2		
F00-F99 opieka całodobowa 65+	**507,5**	336,0	463,7	765,8		

Tabela 1.70. Orzeczenia pierwszorazowe o niepełnosprawności, współczynniki na 100 tys. ludności, ZUS 2012 r.

WARMIŃSKO-MAZURSKIE		Polska				
Parametr	Współcz. /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Przyczyny ogółem	**218,4**	82,9	174,4	242,4		–
Nowotwory (C00-D48)	**41,5**	19,2	38,5	54,9		
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	**20,5**	8,4	20,2	28,0		
Choroby układu krążenia (I00-I99)	**54,4**	19,0	40,8	56,2		–
Choroby układu kostno - stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	**35,7**	5,9	18,9	35,7		–

WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE

Przeciętna długość trwania życia mieszkańców województwa wielkopolskiego, trochę większa od ogólnopolskiej w przypadku mężczyzn i na poziomie przeciętnym w przypadku kobiet wskazuje, że stan zdrowia mieszkańców województwa można ogólnie uznać za zbliżony do mieszkańców Polski ogółem. Niewątpliwie istotny problem zdrowotny stanowią w województwie choroby nowotworowe wśród osób dorosłych, a szczególnie w starszym wieku, gdyż zarówno poziom umieralności z ich powodu, jak też częstość ich hospitalizacji oraz częstość orzeczeń o niepełnosprawności z ich powodu są wyraźnie wyższe od poziomu ogólnopolskiego. Równocześnie można przypuszczać, że w województwie jest obecna świadomość tego problemu, gdyż liczba łóżek na oddziałach onkologicznych należy do największych w kraju, a udział kobiet w programach wczesnego wykrywania raka piersi jest również wyższy od przeciętnego. Natomiast niekorzystnie na tym tle wygląda najniższy w kraju udział w programach wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. Wyraźny problem zdrowotny w województwie wielkopolskim stanowią również choroby układu oddechowego wśród osób dorosłych, gdyż zarówno częstość hospitalizacji z ich powodu, jak też poziom umieralności nimi spowodowanej są wyraźnie wyższe od przeciętnego dla całej Polski. W tym kontekście zwraca uwagę najniższy wskaźnik nasycenia specjalistami chorób płuc. Niezbyt korzystna sytuacja w województwie występuje również w przypadku problemów zdrowia psychicznego. Do najwyższych w kraju zalicza się częstość orzeczeń o niepełnosprawności z powodu zaburzeń psychicznych i wyższa od przeciętnej dla Polski jest częstość hospitalizacji osób dorosłych. Natomiast na najniższym poziomie jest wskaźnik osób dorosłych leczonych w ramach opieki ambulatoryjnej, co może wskazywać na niezaspokojone potrzeby w tym zakresie. Wysoka w skali kraju jest częstość orzekania o niepełnosprawności z ogółu przyczyn, w tym oprócz wspomnianych wyżej nowotworów i zaburzeń psychicznych, również chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Do niekorzystnych zjawisk należy zaliczyć dużą liczbę oczekujących i długi czas oczekiwania na przyjęcie na oddział chirurgiczny i chirurgii urazowo-ortopedycznej przy stosunkowo dużej liczbie łóżek na oddziałach chirurgii i średniej na oddziałach chirurgii urazowej. Wskazane jest dokładne przeanalizowanie sytuacji w tym zakresie ze szczególnym zwróceniem uwagi na przyczyny niskiego wskaźnika liczby specjalistów chirurgii w województwie.

Tabela 1.71. Przeciętne trwanie życia (2012 r.), umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych (2012 r.) oraz współczynniki umieralności i chorobowości szpitalnej według grup wieku oraz głównych grup przyczyn (2011 r.)

WIELKOPOLSKIE			Polska				
Parametr		Wartość /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Trwanie życia M		**73,2**	70,6	72,7	74,3		
Trwanie życia K		**80,8**	79,8	80,8	82,3		
Zgony niemowląt		**4,1**	3,6	4,4	6,3		
Przyczyny ogółem	A00-Y98 zgony 0-17	**37,6**	34,2	41,8	55,6		+
	A00-T98 hosp. 0-17	**13884,3**	9141,5	12151,6	15717,5		
	A00-Y98 zgony 18-64	**396,5**	316,6	427,9	555,3		
	A00-T98 hosp. 18-64	**12714,1**	7931,5	10749,5	13426,8		
	A00-Y98 zgony 65+	**5056,9**	4741,8	4955,5	5479,9		
	A00-T98 hosp. 65+	**36699,5**	24673,5	33632,3	42011,2		
Ch. ukł. krążenia	I00-I99 zgony 0-17	**0,7**	0,2	0,9	1,7		
	I00-I99 hosp. 0-17	**222,2**	67,2	168,0	454,4		
	I00-I99 zgony 18-64	**104,7**	67,5	116,9	134,7		
	I00-I99 hosp. 18-64	**1715,1**	977,6	1475,6	1783,3		
	I00-I99 zgony 65+	**2534,1**	2114,2	2648,7	3066,2		+
	I00-I99 hosp. 65+	**12022,1**	7750,8	11138,4	14905,8		
Ch. nowotworowe	C00-C97 zgony 0-17	**2,6**	0,6	2,7	4,4		
	C00-C97 hosp. 0-17	**87,5**	52,6	89,9	185,1		
	C00-C97 zgony 18-64	**137,2**	97,5	133,7	155,6		
	C00-C97 hosp. 18-64	**860,0**	396,7	507,0	935,8		
	C00-C97 zgony 65+	**1179,3**	900,9	1090,6	1238,7		–
	C00-C97 hosp. 65+	**3489,4**	1883,2	2337,8	3489,4		
Przyczyny zewn.	V00-Y98 zgony 0-17	**9,1**	4,9	7,5	16,5		
	S00-T98 hosp. 0-17	**1301,0**	550,9	1203,4	1480,5		
	V00-Y98 zgony 18-64	**54,9**	47,4	66,5	77,0		+
	S00-T98 hosp. 18-64	**988,6**	616,3	893,1	1261,5		
	V00-Y98 zgony 65+	**125,6**	94,4	124,1	140,0		
	S00-T98 hosp. 65+	**1814,9**	1077,1	1600,3	2092,5		
Ch. ukł. oddech.	J00-J98 zgony 0-17	**1,8**	0,5	2,0	4,2		
	J00-J98 hosp. 0-17	**3145,3**	1818,9	2886,6	3637,4		
	J00-J98 zgony 18-64	**19,2**	9,2	15,0	25,2		–
	J00-J98 hosp. 18-64	**690,5**	393,9	577,7	690,5		
	J00-J98 zgony 65+	**361,3**	206,3	287,9	402,6		
	J00-J98 hosp. 65+	**2779,5**	1612,0	2373,3	3195,6		
Ch. ukł. traw.	K00-K93 zgony 0-17	**0**	0	0	0,5		
	K00-K93 hosp. 0-17	**1046,6**	628,8	901,4	1393,2		
	K00-K93 zgony 18-64	**27,1**	20,8	28,0	41,3		
	K00-K93 hosp. 18-64	**1242,6**	813,6	1132,5	1369,4		
	K00-K93 zgony 65+	**153,1**	118,3	158,3	206,6		
	K00-K93 hosp. 65+	**3479,1**	2312,2	3158,4	3820,2		
Ch. ukł. kostno-stawowego	M00-M99 zgony 0-17		-	-	-		
	M00-M99 hosp. 0-17	**252,8**	193,9	326,6	856,8		
	M00-M99 zgony 18-64	**0,6**	0,2	0,8	1,3		
	M00-M99 hosp. 18-64	**739,9**	554,4	752,5	1057,3		
	M00-M99 zgony 65+	**2,0**	0,7	5,4	7,8		+
	M00-M99 hosp. 65+	**2350,6**	1302,3	1919,8	2957,9		

Tabela 1.72. Wydatki NFZ (2012 r.), łóżka szpitalne, aparatura specjalistyczna, personel medyczny (2011 r.), lekarze specjaliści i kobiety (%) objęte programami skriningowymi, 2012 r.

WIELKOPOLSKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Wydatki NFZ per capita [PLN]	Ogółem	**1553,4**	1275,6	1415,6	1973,4		
	POZ	**196,4**	178,7	188,9	199,6		+
	AOS	**151,0**	131,7	147,2	170,7		
	Leczenie szpitalne	**734,5**	699,8	756,8	859,0		
Łóżka szpitalne	Łóżka na 10 tys. ludności	**45,6**	39,1	47,0	56,0		
	Wykorzystanie łóżka [%]	**66,7**	61,8	66,8	72,9		
	Hospitalizowani w ciągu roku na 1 łóżko	**50,3**	36,7	43,4	50,3		+
	Łóżka na oddziałach wewnętrznych na 10 tys.	**5,8**	5,1	6,8	8,4		–
	Łóżka na oddziałach kardiologicznych na 10 tys.	**1,8**	1,3	2,1	3,1		
	Łóżka na oddziałach onkologicznych na 10 tys.	**1,7**	0,6	1,2	1,7		
	Łóżka na oddziałach gruźlicy i chorób płuc na 10 tys.	**1,7**	1,4	2,0	3,4		
	Łóżka na oddziałach chirurgii na 10 tys.	**6,1**	4,2	5,6	6,2		+
	Łóżka na oddziałach chirurgii urazowej na 10 tys.	**2,6**	1,8	2,6	3,8		
Aparatura	Akcelerator liniowy na 100 tys. ludności	**0,3**	0,0	0,3	0,5		
	Tomograf komputerowy na 100 tys. ludności	**1,3**	0,7	1,4	1,9		
	Rezonans magnetyczny na 100 tys. ludności	**0,2**	0,2	0,6	0,8		–
	Aparatura wys. spec. na 100 tys. ludności	**10,9**	10,9	14,0	16,9		–
Personel medyczny	Lekarze ogółem na 10 tys. ludności	**30,8**	23,8	35,3	46,5		
	Pielęgniarki na 10 tys. ludności	**63,3**	62,1	72,15	94,4		–
	Położne na 10 tys. ludności	**9,5**	7,4	8,65	12,1		
	Ratownicy medyczni na 10 tys. ludności	**2,3**	1,8	3,2	4,1		–
Lekarze specjaliści	Specjaliści ogółem na 100 tys. ludności	**116,6**	116,6	174,3	202,7		–
	Specjaliści chorób wewn. na 100 tys. ludności	**16,5**	16,5	24,6	33,7		–
	Specjaliści pediatrii na 100 tys. ludności	**9,6**	9,6	13,8	17,6		–
	Specjaliści chorób płuc na 100 tys. ludności	**2,6**	2,6	3,7	5,2		–
	Specjaliści chirurgii na 100 tys. ludności	**16,9**	16,7	20,8	24,7		–
Programy	Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi [%]	**48,4**	1,0	42,8	50,4		+
	Program Profilaktyki i WW Raka Szyjki Macicy [%]	**18,2**	18,2	25,6	34,3		–

Tabela 1.73. Liczba osób oczekujących (na 100 tys. ludności) i przeciętny (mediana) czas oczekiwania (dni) do poradni specjalistycznej lub na oddział szpitalny dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" za okres sprawozdawczy listopad 2013 r.

WIELKOPOLSKIE			Polska				
	Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Przychodnie specjalistyczne	Chirurgii uraz.-ortop., osoby/ludn.	**405,4**	78,7	312,8	1093,7		–
	Chirurgii uraz.-ortop., dni	**35,0**	12,0	29,0	38,0		
	Chorób naczyń, osoby/ludn.	**91,4**	0,7	38,7	245,0		
	Chorób naczyń, dni	**75,0**	1,0	58,5	141,0		
	Endokrynologiczna, osoby/ludn.	**200,1**	74,6	206,7	446,9		
	Endokrynologiczna, dni	**106,0**	56,0	101,5	156,0		
	Kardiologiczna, osoby/ludn.	**283,7**	113,7	296,0	488,6		
	Kardiologiczna, dni	**82,0**	38,0	82,0	108,0		
	Neurologiczna, osoby/ludn.	**320,4**	89,7	316,8	972,4		
	Neurologiczna, dni	**30,0**	12,0	31,0	54,0		
	Okulistyczna, osoby/ludn.	**900,7**	138,9	701,6	1728,4		
	Okulistyczna, dni	**69,0**	10,0	36,5	75,0		–
	Urologiczna, osoby/ludn.	**208,3**	62,9	216,7	443,3		
	Urologiczna, dni	**36,0**	22,0	44,0	75,0		
	Tomografii komp., osoby/ludn.	**276,1**	72,0	210,7	547,6		
	Tomografii komp. , dni	**50,0**	14,0	45,5	64,0		
Oddziały szpitalne	Chirurgiczny, osoby/ludn.	**208,2**	46,4	127,2	268,2		–
	Chirurgiczny, dni	**44,0**	12,0	29,0	44,0		–
	Chirurgii uraz.-ortop. , osoby/ludn.	**684,4**	27,9	194,8	684,4		–
	Chirurgii uraz.-ortop. , dni.	**185,0**	2,0	101,0	185,0		–
	Kardiologiczny, osoby/ludn.	**39,3**	1,4	13,6	61,6		–
	Kardiologiczny, dni	**28,0**	4,0	25,0	51,0		
	Neurochirurgiczny, osoby/ludn.	**17,9**	1,4	27,5	367,8		
	Neurochirurgiczny, dni	**77,0**	8,0	83,0	354,0		
	Okulistyczny, osoby/ludn.	**61,0**	1,3	30,2	82,5		–
	Okulistyczny, dni	**94,0**	13,0	37,5	163,0		–
	Otorynolaryngolog., osoby/ludn.	**183,2**	52,8	153,7	371,9		
	Otorynolaryngolog., dni	**129,0**	21,0	121,0	246,0		
	Urologiczny, osoby/ludn.	**27,7**	11,1	32,3	106,8		
	Urologiczny, dni.	**24,0**	5,0	33,0	47,0		

Tabela 1.74. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej, współczynniki na 100 tys. ludności, 2011 r.

WIELKOPOLSKIE		Polska				Ocena
Parametr	Wartość	Min	Med	Max		
F00-F99 ambulatoria 0-18	**1069,8**	832,8	1467,3	2470,6		
F00-F99 opieka całodobowa 0-17	**93,4**	52,5	118,6	242,9		
F00-F99 ambulatoria 19-64	**2223,0**	2223,0	4178,2	5369,2		+
F00-F99 opieka całodobowa 18-64	**691,0**	483,7	640,6	836,6		
F00-F99 ambulatoria 65+	**1571,1**	1571,1	3812,0	5732,2		+
F00-F99 opieka całodobowa 65+	**488,8**	336,0	463,7	765,8		

Tabela 1.75. Orzeczenia pierwszorazowe o niepełnosprawności, współczynniki na 100 tys. ludności, ZUS 2012 r.

WIELKOPOLSKIE		Polska				Ocena
Parametr	Współcz. /100 tys.	Min	Med	Max		
Przyczyny ogółem	**213,4**	82,9	174,4	242,4		–
Nowotwory (C00-D48)	**44,4**	19,2	38,5	54,9		–
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	**24,2**	8,4	20,2	28,0		–
Choroby układu krążenia (I00-I99)	**44,0**	19,0	40,8	56,2		
Choroby układu kostno - stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	**30,1**	5,9	18,9	35,7		–

WOJEWÓDZTWO ZACHODNIOPOMORSKIE

Przeciętna długość trwania życia mieszkańców województwa zachodniopomorskiego, nieznacznie niższa od ogólnopolskiej wskazuje, że ich stan zdrowia, zarówno mężczyzn jak i kobiet, można uznać za zbliżony do ogółu mieszkańców Polski.

Bardzo niekorzystna jest jednak sytuacja dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat, których poziom umieralności należy do najwyższych w kraju, przy równoczesnej najniższej częstości hospitalizacji z powodu ogółu przyczyn. Osoby w tej grupie wieku charakteryzuje również najwyższa w Polsce umieralność z powodu nowotworów złośliwych, przy trochę niższej niż przeciętna częstości hospitalizacji, i jedna z najwyższych umieralność z powodu chorób układu krążenia oraz z powodu przyczyn zewnętrznych. Za niepokojące należy uznać, że temu wysokiemu poziomowi zagrożenia życia młodych osób z powodu przyczyn zewnętrznych, towarzyszy jeden z najniższych poziomów częstości hospitalizacji, co może wskazywać na pewne braki w systemie ratownictwa medycznego.

Niewątpliwie istotny problem zdrowotny stanowią w województwie choroby nowotworowe, gdyż zarówno poziom umieralności z ich powodu, jak też częstość ich hospitalizacji oraz częstość orzeczeń o niepełnosprawności z ich powodu są wyraźnie wyższe od poziomu ogólnopolskiego. Równocześnie liczba łóżek na oddziałach onkologicznych jest największa w kraju, a udział kobiet programach wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy należy do najwyższych w Polsce.

W województwie często orzekana jest niepełnosprawność z powodu chorób układu krążenia, przy niskim poziomie hospitalizacji z tego powodu osób dorosłych. Zwraca również uwagę fakt, że jednej z najniższych w kraju częstości hospitalizacji z powodu chorób układu trawiennego, towarzyszy wyższy od przeciętnego poziom umieralności, co szczególnie wyraźnie zaznacza się w populacji osób najstarszych. Może to wskazywać na niezaspokojone potrzeby zdrowotne w odniesieniu do tej grupy chorób.

Tabela 1.76. Przeciętne trwanie życia (2012 r.), umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych (2012 r.) oraz współczynniki umieralności i chorobowości szpitalnej według grup wieku oraz głównych grup przyczyn (2011 r.)

ZACHODNIOPOMORSKIE			Polska				
Parametr		Wartość /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa; mediana; minimum; środkowe 50%; maksimum	Ocena
Trwanie życia M		**72,6**	70,6	72,7	74,3		
Trwanie życia K		**80,5**	79,8	80,8	82,3		
Zgony niemowląt		**4,5**	3,6	4,4	6,3		
Przyczyny ogółem	A00-Y98 zgony 0-17	**53,1**	34,2	41,8	55,6		–
	A00-T98 hosp. 0-17	**9141,5**	9141,5	12151,6	15717,5		
	A00-Y98 zgony 18-64	**447,7**	316,6	427,9	555,3		
	A00-T98 hosp. 18-64	**9281,0**	7931,5	10749,5	13426,8		
	A00-Y98 zgony 65+	**4960,0**	4741,8	4955,5	5479,9		
	A00-T98 hosp. 65+	**29542,6**	24673,5	33632,3	42011,2		
Ch. ukł. krążenia	I00-I99 zgony 0-17	**1,6**	0,2	0,9	1,7		–
	I00-I99 hosp. 0-17	**209,7**	67,2	168,0	454,4		
	I00-I99 zgony 18-64	**114,7**	67,5	116,9	134,7		
	I00-I99 hosp. 18-64	**1153,3**	977,6	1475,6	1783,3		
	I00-I99 zgony 65+	**2619,6**	2114,2	2648,7	3066,2		
	I00-I99 hosp. 65+	**8815,4**	7750,8	11138,4	14905,8		
Ch. nowotworowe	C00-C97 zgony 0-17	**4,4**	0,6	2,7	4,4		–
	C00-C97 hosp. 0-17	**84,8**	52,6	89,9	185,1		
	C00-C97 zgony 18-64	**146,0**	97,5	133,7	155,6		–
	C00-C97 hosp. 18-64	**770,5**	396,7	507,0	935,8		
	C00-C97 zgony 65+	**1171,6**	900,9	1090,6	1238,7		
	C00-C97 hosp. 65+	**3224,5**	1883,2	2337,8	3489,4		
Przyczyny zewn.	V00-Y98 zgony 0-17	**13,0**	4,9	7,5	16,5		–
	S00-T98 hosp. 0-17	**750,8**	550,9	1203,4	1480,5		
	V00-Y98 zgony 18-64	**67,9**	47,4	66,5	77,0		
	S00-T98 hosp. 18-64	**858,6**	616,3	893,1	1261,5		
	V00-Y98 zgony 65+	**124,0**	94,4	124,1	140,0		
	S00-T98 hosp. 65+	**1507,1**	1077,1	1600,3	2092,5		
Ch. ukł. oddech.	J00-J98 zgony 0-17	**2,5**	0,5	2,0	4,2		
	J00-J98 hosp. 0-17	**1818,9**	1818,9	2886,6	3637,4		
	J00-J98 zgony 18-64	**16,5**	9,2	15,0	25,2		
	J00-J98 hosp. 18-64	**402,2**	393,9	577,7	690,5		
	J00-J98 zgony 65+	**275,9**	206,3	287,9	402,6		
	J00-J98 hosp. 65+	**1612**	1612,0	2373,3	3195,6		
Ch. ukł. traw.	K00-K93 zgony 0-17	**0**	0	0	0,5		
	K00-K93 hosp. 0-17	**628,8**	628,8	901,4	1393,2		
	K00-K93 zgony 18-64	**28,9**	20,8	28,0	41,3		
	K00-K93 hosp. 18-64	**861,4**	813,6	1132,5	1369,4		
	K00-K93 zgony 65+	**180,4**	118,3	158,3	206,6		–
	K00-K93 hosp. 65+	**2468,1**	2312,2	3158,4	3820,2		
Ch. ukł. kostno-stawowego	M00-M99 zgony 0-17		-	-	-		
	M00-M99 hosp. 0-17	**416,6**	193,9	326,6	856,8		
	M00-M99 zgony 18-64	**0,8**	0,2	0,8	1,3		
	M00-M99 hosp. 18-64	**756,3**	554,4	752,5	1057,3		
	M00-M99 zgony 65+	**5,5**	0,7	5,4	7,8		
	M00-M99 hosp. 65+	**1891,9**	1302,3	1919,8	2957,9		

Tabela 1.77. Wydatki NFZ (2012 r.), łóżka szpitalne, aparatura specjalistyczna, personel medyczny (2011 r.), lekarze specjaliści i kobiety (%) objęte programami skriningowymi, 2012 r.

ZACHODNIOPOMORSKIE			Polska				
Parametr		Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Wydatki NFZ per capita [PLN]	Ogółem	**1415,7**	1275,6	1415,6	1973,4		
	POZ	**192,2**	178,7	188,9	199,6		
	AOS	**149,2**	131,7	147,2	170,7		
	Leczenie szpitalne	**779,6**	699,8	756,8	859,0		+
Łóżka szpitalne	Łóżka na 10 tys. ludności	**47,0**	39,1	47,0	56,0		
	Wykorzystanie łóżka [%]	**64,8**	61,8	66,8	72,9		
	Hospitalizowani w ciągu roku na 1 łóżko	**41,8**	36,7	43,4	50,3		–
	Łóżka na oddziałach wewnętrznych na 10 tys.	**6,1**	5,1	6,8	8,4		
	Łóżka na oddziałach kardiologicznych na 10 tys.	**1,6**	1,3	2,1	3,1		
	Łóżka na oddziałach onkologicznych na 10 tys.	**1,7**	0,6	1,2	1,7		
	Łóżka na oddziałach gruźlicy i chorób płuc na 10 tys.	**1,5**	1,4	2,0	3,4		–
	Łóżka na oddziałach chirurgii na 10 tys.	**5,6**	4,2	5,6	6,2		
	Łóżka na oddziałach chirurgii urazowej na 10 tys.	**2,7**	1,8	2,6	3,8		
Aparatura	Akcelerator liniowy na 100 tys. ludności	**0,5**	0,0	0,3	0,5		+
	Tomograf komputerowy na 100 tys. ludności	**1,3**	0,7	1,4	1,9		
	Rezonans magnetyczny na 100 tys. ludności	**0,3**	0,2	0,6	0,8		–
	Aparatura wys. spec. na 100 tys. ludności	**14,4**	10,9	14,0	16,9		
Personel medyczny	Lekarze ogółem na 10 tys. ludności	**34,7**	23,8	35,3	46,5		
	Pielęgniarki na 10 tys. ludności	**62,7**	62,1	72,15	94,4		–
	Położne na 10 tys. ludności	**8,0**	7,4	8,65	12,1		
	Ratownicy medyczni na 10 tys. ludności	**3,4**	1,8	3,2	4,1		
Lekarze specjaliści	Specjaliści ogółem na 100 tys. ludności	**176,3**	116,6	174,3	202,7		
	Specjaliści chorób wewn. na 100 tys. ludności	**22,9**	16,5	24,6	33,7		
	Specjaliści pediatrii na 100 tys. ludności	**13,5**	9,6	13,8	17,6		
	Specjaliści chorób płuc na 100 tys. ludności	**4,6**	2,6	3,7	5,2		+
	Specjaliści chirurgii na 100 tys. ludności	**22,0**	16,7	20,8	24,7		
Programy	Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi [%]	**50,4**	1,0	42,8	50,4		+
	Program Profilaktyki i WW Raka Szyjki Macicy [%]	**30,5**	18,2	25,6	34,3		+

Tabela 1.78. Liczba osób oczekujących (na 100 tys. ludności) i przeciętny (mediana) czas oczekiwania (dni) do poradni specjalistycznej lub na oddział szpitalny dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" za okres sprawozdawczy listopad 2013 r.

ZACHODNIOPOMORSKIE			Polska				
	Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Przychodnie specjalistyczne	Chirurgii uraz.-ortop., osoby/ludn.	**427,0**	78,7	312,8	1093,7		–
	Chirurgii uraz.-ortop., dni	**29,0**	12,0	29,0	38,0		
	Chorób naczyń, osoby/ludn.	**135,4**	0,7	38,7	245,0		–
	Chorób naczyń, dni	**55,0**	1,0	58,5	141,0		
	Endokrynologiczna, osoby/ludn.	**245,3**	74,6	206,7	446,9		
	Endokrynologiczna, dni	**122,0**	56,0	101,5	156,0		–
	Kardiologiczna, osoby/ludn.	**341,1**	113,7	296,0	488,6		
	Kardiologiczna, dni	**74,0**	38,0	82,0	108,0		
	Neurologiczna, osoby/ludn.	**398,6**	89,7	316,8	972,4		
	Neurologiczna, dni	**16,0**	12,0	31,0	54,0		+
	Okulistyczna, osoby/ludn.	**702,8**	138,9	701,6	1728,4		
	Okulistyczna, dni	**29,0**	10,0	36,5	75,0		
	Urologiczna, osoby/ludn.	**242,8**	62,9	216,7	443,3		–
	Urologiczna, dni	**40,0**	22,0	44,0	75,0		
	Tomografii komp., osoby/ludn.	**201,9**	72,0	210,7	547,6		
	Tomografii komp. , dni	**22,0**	14,0	45,5	64,0		
Oddziały szpitalne	Chirurgiczny, osoby/ludn.	**164,9**	46,4	127,2	268,2		
	Chirurgiczny, dni	**43,0**	12,0	29,0	44,0		–
	Chirurgii uraz.-ortop. , osoby/ludn.	**206,6**	27,9	194,8	684,4		
	Chirurgii uraz.-ortop. , dni.	**43,0**	2,0	101,0	185,0		+
	Kardiologiczny, osoby/ludn.	**1,9**	1,4	13,6	61,6		+
	Kardiologiczny, dni	-	4,0	25,0	51,0		
	Neurochirurgiczny, osoby/ludn.	**23,6**	1,4	27,5	367,8		
	Neurochirurgiczny, dni	**12,0**	8,0	83,0	354,0		+
	Okulistyczny, osoby/ludn.	**24,4**	1,3	30,2	82,5		
	Okulistyczny, dni	**24,0**	13,0	37,5	163,0		
	Otorynolaryngolog., osoby/ludn.	**122,2**	52,8	153,7	371,9		
	Otorynolaryngolog., dni	**105,0**	21,0	121,0	246,0		
	Urologiczny, osoby/ludn.	**32,4**	11,1	32,3	106,8		
	Urologiczny, dni.	**33,0**	5,0	33,0	47,0		

Tabela 1.79. Leczeni w zakładach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej i w zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej, współczynniki na 100 tys. ludności, 2011 r.

ZACHODNIOPOMORSKIE		Polska				
Parametr	Wartość	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
F00-F99 ambulatoria 0-18	**1047,8**	832,8	1467,3	2470,6		
F00-F99 opieka całodobowa 0-17	**141,4**	52,5	118,6	242,9		
F00-F99 ambulatoria 19-64	**3685,6**	2223,0	4178,2	5369,2		
F00-F99 opieka całodobowa 18-64	**577,4**	483,7	640,6	836,6		+
F00-F99 ambulatoria 65+	**3618,7**	1571,1	3812,0	5732,2		
F00-F99 opieka całodobowa 65+	**453,0**	336,0	463,7	765,8		

Tabela 1.80. Orzeczenia pierwszorazowe o niepełnosprawności, współczynniki na 100 tys. ludności, ZUS 2012 r.

ZACHODNIOPOMORSKIE		Polska				
Parametr	Współcz. /100 tys.	Min	Med	Max	parametr dla województwa / mediana / minimum / środkowe 50% / maksimum	Ocena
Przyczyny ogółem	**196,1**	82,9	174,4	242,4		
Nowotwory (C00-D48)	**48,5**	19,2	38,5	54,9		–
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99)	**21,0**	8,4	20,2	28,0		
Choroby układu krążenia (I00-I99)	**45,7**	19,0	40,8	56,2		–
Choroby układu kostno - stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (M00 - M99)	**18,6**	5,9	18,9	35,7		

Załącznik nr 2 Chorobowość i umieralność wg grup wiekowych i grup chorób

Umieralność oraz chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet według grup wiekowych (0-17 lat, 18-64 lata oraz 65 lat i więcej) oraz grup chorobowych (nowotwory złośliwe, choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego, choroby układu kostno-stawowego oraz przyczyny zewnętrzne)

Tabela 2.1. Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 0-17 lat z powodu nowotworów złośliwych

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	2,3	2,8	3,7	3,6	2,3	2,7	3,5	3,4
Kujawsko-pomorskie	3,1	4,4	2,4	3,5	3,2	4,5	2,3	3,4
Lubelskie	3,9	1,2	2,8	2,2	4,2	1,2	2,9	2,3
Lubuskie	4,0	1,5	1,5	2,1	4,2	1,6	1,5	2,1
Łódzkie	3,9	4,2	2,2	3,9	3,8	4,2	2,3	3,9
Małopolskie	1,5	1,7	2,4	2,6	1,6	1,7	2,4	2,6
Mazowieckie	3,4	2,6	2,9	2,5	3,4	2,5	2,9	2,5
Opolskie	2,2	2,2	3,4	0,6	2,6	2,3	3,3	0,7
Podkarpackie	2,7	3,4	2,1	2,1	2,7	3,4	2,0	2,2
Podlaskie	4,2	2,2	1,7	3,1	4,5	2,1	1,6	3,0
Pomorskie	3,0	3,3	3,5	3,1	3,1	3,4	3,5	3,0
Śląskie	2,7	3,1	2,7	3,3	2,7	3,1	2,6	3,3
Świętokrzyskie	2,0	1,7	3,0	0,9	2,4	2,0	2,5	1,0
Warmińsko-mazurskie	3,0	1,4	3,1	2,8	3,0	1,4	3,1	2,8
Wielkopolskie	4,3	2,5	3,8	2,6	4,4	2,4	3,8	2,7
Zachodniopomorskie	2,4	3,1	4,4	4,4	2,3	3,1	4,5	4,4
Polska	**3,0**	**2,7**	**2,9**	**2,8**	**3,1**	**2,7**	**2,9**	**2,8**

Tabela 2.2. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 0-17 lat z powodu nowotworów złośliwych

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	98,5	105,3	71,0	185,1	100,7	106,8	69,4	183,8
Kujawsko-pomorskie	224,5	291,6	241,7	126,8	231,4	297,5	247,5	129,4
Lubelskie	141,5	54,1	52,4	52,6	149,8	56,4	52,1	53,1
Lubuskie	149,6	104,8	69,0	89,6	157,1	107,2	69,6	90,9
Łódzkie	235,7	190,6	138,7	121,6	243,3	193,8	140,1	123,4
Małopolskie	58,2	80,2	104,4	90,2	57,4	80,4	104,8	89,2
Mazowieckie	157,3	162,1	103,4	86,9	158,8	161,8	102,5	86,5

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Opolskie	101,6	135,9	74,3	159,0	105,3	139,0	74,3	155,5
Podkarpackie	101,8	100,4	104,0	87,5	106,1	103,9	102,9	88,0
Podlaskie	278,5	220,8	180,7	143,8	282,6	225,2	180,1	143,3
Pomorskie	49,0	69,2	68,5	56,4	52,2	69,7	67,3	56,3
Śląskie	173,7	152,3	104,4	104,2	178,1	156,1	103,9	104,8
Świętokrzyskie	125,6	143,0	123,1	131,0	126,7	145,8	125,0	131,9
Warmińsko-mazurskie	185,9	138,7	101,0	81,5	188,4	138,0	99,0	81,2
Wielkopolskie	183,9	97,1	74,9	87,5	188,8	96,5	74,6	87,9
Zachodniopomorskie	165,2	116,6	70,5	84,8	174,5	119,6	71,2	85,4
Polska	**148,9**	**132,8**	**103,4**	**101,2**	**153,0**	**134,5**	**103,3**	**101,4**

Tabela 2.3. Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 0-17 lat z powodu chorób układu krążenia

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	1,4	2,2	1,4	1,4	1,5	2,1	1,3	1,4
Kujawsko-pomorskie	1,0	1,5	3,9	1,5	1,0	1,4	4,2	1,4
Lubelskie	0,9	0,7	3,1	1,7	1,1	0,8	3,0	1,6
Lubuskie	2,5	0,5	1,5	1,0	2,4	0,5	1,5	0,9
Łódzkie	1,5	0,9	1,1	0,9	1,4	0,9	1,1	0,9
Małopolskie	0,7	1,1	1,2	0,8	0,8	1,0	1,1	0,7
Mazowieckie	1,1	1,6	1,1	0,8	1,0	1,5	1,1	0,8
Opolskie	4,8	2,8	1,1	0,6	5,5	2,4	1,3	0,5
Podkarpackie	1,8	0,5	0,7	0,7	2,0	0,3	0,5	0,8
Podlaskie	1,3	1,7	1,7	0,9	1,4	1,3	1,5	0,8
Pomorskie	2,0	0,4	2,0	0,2	1,8	0,4	2,0	0,2
Śląskie	1,3	1,4	1,0	0,9	1,4	1,3	1,0	0,9
Świętokrzyskie	1,2	1,3	2,1	0,9	1,2	1,1	2,1	0,8
Warmińsko-mazurskie	1,0	2,7	1,0	1,4	1,1	2,4	1,0	1,3
Wielkopolskie	1,0	0,7	1,0	0,7	1,0	0,8	1,0	0,7
Zachodniopomorskie	1,5	1,9	1,2	1,6	1,6	2,0	1,2	1,6
Polska	**1,4**	**1,3**	**1,5**	**1,0**	**1,4**	**1,2**	**1,5**	**0,9**

Tabela 2.4. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 0-17 lat z powodu chorób układu krążenia

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	83,2	134,3	117,5	136,9	77,1	126,0	110,2	130,4
Kujawsko-pomorskie	237,9	314,6	286,8	265,5	220,5	291,8	264,7	248,9
Lubelskie	149,7	168,5	161,3	154,7	138,7	155,1	150,3	145,2
Lubuskie	128,2	125,0	123,3	129,2	120,3	116,8	117,5	123,6
Łódzkie	176,9	201,2	216,3	227,3	158,6	182,7	199,3	214,7
Małopolskie	72,6	95,9	117,3	99,2	66,8	90,4	111,3	95,2
Mazowieckie	155,3	223,4	238,7	240,6	147,9	214,6	230,7	234,5
Opolskie	107,0	137,6	116,3	102,7	93,2	125,3	107,9	94,8
Podkarpackie	132,8	130,6	137,9	127,4	119,6	118,1	128,1	118,6
Podlaskie	520,7	526,4	434,3	454,4	457,5	465,9	394,9	420,2
Pomorskie	66,9	72,3	77,4	67,2	65,1	68,5	74,3	65,3
Śląskie	170,3	185,2	184,5	181,3	156,2	172,9	175,0	173,3
Świętokrzyskie	243,8	226,6	231,1	210,9	211,4	201,0	207,0	192,1
Warmińsko-mazurskie	139,2	121,1	133,8	126,4	125,1	111,2	122,1	117,0
Wielkopolskie	203,8	188,7	211,9	222,2	190,7	174,9	200,3	214,5
Zachodniopomorskie	91,2	107,3	86,7	209,7	85,5	99,1	80,3	200,4
Polska	**157,1**	**179,3**	**180,2**	**183,5**	**144,7**	**166,6**	**169,3**	**174,6**

Tabela 2.5. Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 0-17 lat z powodu chorób układu oddechowego

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	1,9	3,3	2,2	1,6	2,0	3,5	2,2	1,6
Kujawsko-pomorskie	2,9	2,2	1,5	2,0	3,1	2,4	1,5	2,1
Lubelskie	2,1	2,3	1,7	1,4	2,4	2,6	1,7	1,4
Lubuskie	2,0	3,0	3,0	2,6	2,3	3,0	3,1	2,6
Łódzkie	2,0	2,0	1,6	2,0	2,3	2,1	1,6	2,1
Małopolskie	0,4	0,3	0,6	0,5	0,5	0,2	0,6	0,5
Mazowieckie	1,6	3,1	2,2	2,0	1,7	3,0	2,2	2,0
Opolskie	4,8	4,4	1,7	0,6	5,4	5,0	2,0	0,6
Podkarpackie	0,9	1,8	1,1	1,9	1,1	2,0	1,2	2,0
Podlaskie	1,7	4,7	3,0	2,7	2,2	5,1	3,3	2,9
Pomorskie	0,9	2,9	0,9	2,4	0,9	2,9	0,9	2,4
Śląskie	3,6	3,0	2,4	3,3	3,9	2,9	2,4	3,4

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Świętokrzyskie	1,2	1,7	0,8	1,3	1,2	1,7	0,9	1,2
Warmińsko-mazurskie	2,3	6,4	4,4	4,2	2,3	6,4	4,6	4,4
Wielkopolskie	1,2	1,5	1,6	1,8	1,2	1,4	1,6	1,8
Zachodniopomorskie	2,4	1,9	0,9	2,5	2,4	1,8	1,0	2,6
Polska	**1,9**	**2,5**	**1,8**	**2,0**	**2,0**	**2,6**	**1,8**	**2,1**

Tabela 2.6. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 0-17 lat z powodu chorób układu oddechowego

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	1758,3	2608,7	2306,7	2565,8	1923,5	2804,5	2407,9	2649,3
Kujawsko-pomorskie	3082,5	3364,8	3417,0	3527,5	3507,1	3719,1	3666,6	3732,1
Lubelskie	3008,0	2984,8	2774,8	2982,4	3437,1	3338,3	3040,9	3222,8
Lubuskie	2943,0	3189,1	2842,8	3075,3	3291,1	3472,9	2981,6	3193,9
Łódzkie	3220,9	3446,7	3517,1	3637,4	3636,8	3768,8	3758,6	3817,3
Małopolskie	1750,5	2606,7	2556,1	2735,2	1986,9	2888,0	2731,5	2882,5
Mazowieckie	1752,4	2372,6	2441,3	2816,6	1917,3	2513,8	2504,2	2846,5
Opolskie	2935,0	3269,5	2750,3	3187,9	3519,8	3812,3	3050,6	3481,6
Podkarpackie	2932,7	2968,2	2659,8	2914,2	3405,8	3388,3	2930,4	3167,7
Podlaskie	3614,4	3492,0	3043,7	3287,1	4269,3	4021,0	3361,2	3575,4
Pomorskie	2543,5	2774,1	2669,9	2858,9	2778,3	2942,2	2760,3	2917,7
Śląskie	2333,2	2669,8	2487,0	2356,0	2565,6	2854,8	2604,8	2433,5
Świętokrzyskie	2857,6	2569,6	2520,2	2799,3	3274,3	2913,3	2778,3	3037,2
Warmińsko-mazurskie	2829,2	2755,3	2738,1	2544,8	3211,6	3031,4	2947,6	2700,5
Wielkopolskie	2795,9	2796,7	3021,6	3145,3	3091,5	3000,8	3153,0	3231,2
Zachodniopomorskie	1804,8	1484,6	1475,4	1818,9	2063,6	1635,7	1578,1	1914,3
Polska	**2480,0**	**2764,9**	**2679,3**	**2855,3**	**2782,2**	**3017,4**	**2839,1**	**2982,6**

Tabela 2.7. Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 0-17 lat z powodu przyczyn zewnętrznych

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	12,0	8,9	7,7	6,5	10,8	7,8	7,2	6,2
Kujawsko-pomorskie	12,0	9,7	8,3	6,5	10,8	9,2	7,5	6,4
Lubelskie	12,5	10,5	13,7	10,4	10,4	8,8	12,5	9,5
Lubuskie	14,5	9,6	11,7	16,5	13,4	8,9	11,0	15,2
Łódzkie	13,3	11,1	8,0	6,6	11,8	10,2	7,5	6,1

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Małopolskie	8,2	5,9	4,8	4,9	7,5	5,3	4,3	4,5
Mazowieckie	11,0	11,9	8,8	9,2	10,0	10,9	8,4	8,9
Opolskie	15,6	8,9	9,6	8,7	14,3	8,4	8,7	7,3
Podkarpackie	8,0	7,3	6,0	6,3	7,3	6,2	5,5	5,7
Podlaskie	13,8	9,0	10,8	7,1	12,3	7,9	9,8	6,7
Pomorskie	9,6	10,8	8,9	7,5	8,5	10,2	8,6	7,3
Śląskie	8,3	8,1	6,0	7,5	7,7	7,5	5,6	7,1
Świętokrzyskie	13,5	7,9	8,9	5,6	11,5	7,4	7,9	4,8
Warmińsko-mazurskie	12,6	12,9	8,9	12,9	11,8	11,5	7,8	11,7
Wielkopolskie	11,4	8,0	8,3	9,1	11,0	7,3	7,7	8,7
Zachodniopomorskie	12,9	12,4	6,8	13,0	11,7	11,5	6,2	12,4
Polska	**11,1**	**9,5**	**8,1**	**8,2**	**10,1**	**8,6**	**7,5**	**7,7**

Tabela 2.8. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 0-17 lat z powodu urazów i zatruć

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	396,3	995,8	591,3	873,8	377,9	966,9	575,0	856,9
Kujawsko-pomorskie	1356,8	1359,8	1284,9	1323,4	1340,0	1351,8	1269,1	1310,5
Lubelskie	1319,5	1174,9	1168,1	1242,8	1275,1	1128,9	1132,2	1211,9
Lubuskie	1137,9	979,5	1028,2	1031,4	1097,3	953,9	1002,4	1012,0
Łódzkie	1511,9	1513,9	1511,6	1480,5	1466,5	1486,4	1489,7	1464,2
Małopolskie	561,2	985,3	1101,9	1142,5	546,5	973,5	1093,5	1131,5
Mazowieckie	958,0	1183,1	1152,0	1193,1	938,7	1164,5	1141,0	1186,1
Opolskie	921,9	807,8	703,2	550,9	912,8	793,2	679,3	521,6
Podkarpackie	1424,5	1418,1	1331,7	1329,7	1379,2	1383,5	1291,9	1294,6
Podlaskie	1760,5	1879,2	1493,6	1256,9	1685,9	1832,9	1456,2	1231,5
Pomorskie	685,1	888,6	858,0	804,1	670,9	871,7	844,5	794,5
Śląskie	1162,8	1212,6	1191,8	1260,5	1117,7	1173,3	1160,6	1237,6
Świętokrzyskie	1226,8	1131,6	1122,9	1213,6	1169,7	1093,5	1093,8	1186,8
Warmińsko-mazurskie	1504,6	1323,5	1344,8	1028,7	1447,8	1283,8	1310,2	1010,6
Wielkopolskie	1242,5	1147,3	1280,6	1301,0	1217,2	1125,8	1260,0	1285,1
Zachodniopomorskie	920,3	898,6	758,5	750,8	890,5	868,8	732,7	728,9
Polska	**1081,0**	**1176,4**	**1133,6**	**1151,9**	**1049,2**	**1149,4**	**1111,4**	**1133,9**

Tabela 2.9. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 0-17 lat z powodu chorób układu kostno-stawowego

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	148,8	303,6	267,8	344,8	138,8	286,7	259,0	334,2
Kujawsko-pomorskie	302,4	329,2	331,7	319,1	280,2	310,0	314,2	306,9
Lubelskie	389,0	492,0	489,4	510,8	354,3	447,2	447,0	474,5
Lubuskie	260,3	232,9	239,4	276,4	236,4	216,7	225,9	261,8
Łódzkie	579,9	681,1	647,0	625,6	544,3	649,7	619,8	607,2
Małopolskie	179,2	251,6	297,0	272,2	166,1	238,2	283,9	262,7
Mazowieckie	656,0	702,7	701,6	866,5	618,1	672,8	686,2	856,8
Opolskie	222,5	225,8	230,4	210,7	199,8	204,9	210,4	193,9
Podkarpackie	363,4	391,9	368,9	369,7	331,3	353,9	343,9	346,2
Podlaskie	383,3	411,1	405,4	423,8	349,9	378,4	368,9	395,3
Pomorskie	141,2	244,9	208,3	208,4	130,3	230,6	201,5	203,9
Śląskie	320,6	385,3	349,6	305,8	288,8	354,6	329,6	291,5
Świętokrzyskie	314,3	338,2	347,4	384,2	283,4	311,1	325,0	361,4
Warmińsko-mazurskie	830,5	820,1	901,9	813,6	754,7	760,5	846,9	770,9
Wielkopolskie	238,6	266,8	284,4	303,1	220,6	251,2	273,7	294,7
Zachodniopomorskie	227,9	293,3	263,8	272,0	206,1	270,4	243,3	252,8
Polska	**357,5**	**416,7**	**412,5**	**433,8**	**329,3**	**389,5**	**391,9**	**416,6**

Tabela 2.10. Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 18-64 lata z powodu nowotworów złośliwych

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	142,0	145,9	140,2	144,6	136,5	135,4	125,4	125,8
Kujawsko-pomorskie	150,5	154,2	155,9	143,9	150,8	150,4	146,4	131,7
Lubelskie	116,1	124,3	115,2	119,4	117,7	122,6	110,9	112,5
Lubuskie	144,1	144,0	144,6	147,3	143,9	138,5	133,8	132,5
Łódzkie	150,6	156,6	157,9	155,6	139,8	141,8	138,1	133,7
Małopolskie	114,0	117,6	111,7	113,0	120,0	121,1	112,8	112,5
Mazowieckie	130,8	125,8	131,3	130,4	129,1	121,4	123,8	121,0
Opolskie	122,8	122,6	118,3	125,0	127,4	123,0	113,9	116,4
Podkarpackie	103,0	110,3	94,8	97,5	111,7	116,5	97,3	97,7
Podlaskie	110,0	111,9	111,7	111,5	118,2	117,4	113,0	109,9
Pomorskie	130,2	135,5	135,0	135,8	132,9	134,0	129,4	127,1
Śląskie	142,1	141,7	141,4	137,6	138,9	135,3	130,6	123,8

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Świętokrzyskie	132,3	121,2	125,7	129,7	129,5	115,1	115,1	116,6
Warmińsko-mazurskie	134,1	133,4	142,3	131,5	142,1	136,5	139,0	124,7
Wielkopolskie	132,7	140,4	133,3	137,2	134,7	138,7	127,3	128,4
Zachodniopomorskie	142,0	147,0	150,1	146,0	138,1	137,9	134,9	127,9
Polska	**132,0**	**134,2**	**132,7**	**132,3**	**132,3**	**130,8**	**125,3**	**122,1**

Tabela 2.11. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 18-64 lata z powodu nowotworów złośliwych

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	591,4	418,9	371,2	425,7	572,4	395,7	341,7	384,4
Kujawsko-pomorskie	1039,0	811,1	731,8	716,2	1043,7	795,7	696,0	668,3
Lubelskie	870,6	503,6	473,4	446,5	882,3	501,2	462,9	428,1
Lubuskie	971,9	875,9	820,5	682,0	970,7	853,6	771,2	631,0
Łódzkie	1157,0	764,2	597,3	562,5	1089,5	704,3	537,0	497,9
Małopolskie	682,1	797,4	662,7	597,0	713,1	821,4	673,6	599,1
Mazowieckie	435,7	416,2	537,1	511,0	432,5	404,2	512,9	479,9
Opolskie	769,9	773,3	605,4	402,9	788,8	775,6	587,0	378,9
Podkarpackie	778,8	546,2	496,4	503,0	837,0	575,4	508,9	506,7
Podlaskie	964,3	637,1	484,0	427,0	1023,4	663,7	489,7	423,0
Pomorskie	379,8	366,7	373,7	396,7	389,0	366,0	361,9	378,7
Śląskie	652,0	601,0	587,4	499,3	641,0	577,0	549,5	456,1
Świętokrzyskie	985,1	698,0	966,8	935,8	968,4	674,3	907,9	866,0
Warmińsko-mazurskie	704,8	679,8	675,6	458,5	739,1	694,0	663,3	440,7
Wielkopolskie	1138,9	961,4	840,4	860,0	1163,7	957,5	813,7	821,8
Zachodniopomorskie	576,6	911,5	871,9	770,5	567,2	865,2	801,8	687,9
Polska	**753,4**	**644,8**	**610,2**	**568,6**	**756,9**	**633,1**	**584,4**	**534,5**

Tabela 2.12. Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 18-64 lata z powodu chorób układu krążenia

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	145,5	132,4	119,3	127,1	141,3	124,4	107,5	111,5
Kujawsko-pomorskie	123,4	129,0	124,4	120,8	124,4	126,1	118,0	111,8
Lubelskie	111,5	108,1	118,5	119,3	113,3	107,3	115,8	113,9
Lubuskie	128,7	139,5	129,3	128,8	129,6	136,4	121,1	118,3
Łódzkie	145,9	143,0	138,3	134,7	136,9	130,5	122,8	117,7

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Małopolskie	103,5	108,5	97,7	96,8	108,6	112,2	99,0	96,4
Mazowieckie	126,4	131,1	126,1	119,0	125,5	127,9	120,7	112,0
Opolskie	116,5	112,2	114,9	106,2	122,4	113,3	110,9	99,7
Podkarpackie	93,8	97,0	97,1	93,2	102,1	102,7	99,9	93,9
Podlaskie	84,0	95,3	78,9	67,5	90,0	99,7	80,0	66,9
Pomorskie	102,8	106,1	114,2	108,8	105,9	105,7	110,4	102,8
Śląskie	134,4	135,8	129,7	126,8	132,2	130,2	120,2	114,2
Świętokrzyskie	126,1	141,3	126,3	119,7	124,2	136,0	116,4	108,5
Warmińsko-mazurskie	107,7	112,6	117,0	100,9	114,0	115,5	115,7	95,8
Wielkopolskie	108,2	109,3	97,3	104,7	110,7	108,5	93,3	99,2
Zachodniopomorskie	128,2	125,7	125,9	114,7	124,9	119,1	114,0	101,6
Polska	**120,4**	**122,0**	**117,0**	**114,0**	**121,1**	**119,7**	**111,3**	**106,1**

Tabela 2.13. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 18-64 lata z powodu chorób układu krążenia

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	679,3	994,3	893,2	977,6	660,7	935,7	813,1	873,2
Kujawsko-pomorskie	1697,2	1639,6	1583,9	1562,8	1704,0	1604,1	1503,2	1459,2
Lubelskie	1801,5	1776,1	1718,6	1656,7	1821,8	1759,7	1666,7	1576,9
Lubuskie	1843,6	1648,8	1629,0	1474,2	1849,7	1606,2	1523,4	1349,3
Łódzkie	1844,3	1909,1	1926,9	1783,3	1734,7	1753,4	1722,4	1576,5
Małopolskie	955,4	1286,4	1223,0	1204,4	1000,6	1324,1	1238,7	1198,9
Mazowieckie	1099,8	1243,7	1306,6	1405,7	1092,8	1212,7	1252,9	1325,3
Opolskie	1487,3	1476,7	1377,0	1477,0	1534,0	1485,1	1334,2	1391,6
Podkarpackie	1851,2	1719,1	1664,2	1694,2	1991,2	1810,8	1704,4	1702,4
Podlaskie	1348,2	1323,8	1270,3	1215,7	1438,4	1380,2	1287,5	1207,0
Pomorskie	901,5	1190,7	1108,6	1073,6	922,8	1187,6	1074,3	1015,6
Śląskie	1467,8	1580,3	1523,4	1483,4	1441,4	1520,7	1424,8	1355,2
Świętokrzyskie	2095,4	1787,5	1729,8	1703,8	2057,8	1713,7	1606,9	1550,1
Warmińsko-mazurskie	1282,2	1240,4	1325,7	1079,0	1347,8	1267,6	1307,1	1037,0
Wielkopolskie	1613,5	1672,8	1791,7	1715,1	1643,3	1660,8	1735,2	1640,3
Zachodniopomorskie	912,1	905,5	991,5	1153,3	891,3	859,7	911,9	1033,7
Polska	**1367,2**	**1448,9**	**1434,1**	**1419,8**	**1372,6**	**1421,2**	**1370,0**	**1330,9**

Tabela 2.14. Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 18-64 lata z powodu chorób układu oddechowego

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	13,8	14,7	13,7	13,0	13,6	13,8	12,4	11,8
Kujawsko-pomorskie	15,5	16,4	18,3	17,4	15,7	16,0	17,2	16,0
Lubelskie	10,8	14,2	13,8	14,7	11,1	14,0	13,2	13,8
Lubuskie	12,9	13,7	15,3	12,0	13,0	13,3	14,2	10,8
Łódzkie	18,3	20,7	19,2	16,5	17,1	19,0	16,9	14,6
Małopolskie	11,4	10,2	8,8	9,2	12,0	10,5	8,8	9,1
Mazowieckie	16,7	19,1	16,5	16,6	16,8	18,5	15,6	15,5
Opolskie	13,3	13,9	11,3	14,6	13,9	14,2	11,1	13,9
Podkarpackie	7,2	8,1	12,3	11,6	7,8	8,6	12,7	11,7
Podlaskie	11,1	14,6	10,7	13,6	11,8	15,3	10,8	13,6
Pomorskie	15,0	15,7	11,3	13,5	15,5	15,8	10,9	12,9
Śląskie	16,7	15,9	15,4	16,7	16,5	15,4	14,5	15,6
Świętokrzyskie	14,1	19,8	12,1	15,2	13,9	19,2	11,3	14,1
Warmińsko-mazurskie	20,4	26,7	40,8	25,2	21,6	27,4	40,2	24,3
Wielkopolskie	10,9	11,6	10,3	19,2	11,1	11,4	9,9	18,0
Zachodniopomorskie	12,2	14,2	13,6	16,5	11,9	13,2	12,5	14,8
Polska	**14,1**	**15,5**	**14,8**	**15,4**	**14,3**	**15,2**	**14,1**	**14,5**

Tabela 2.15. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 18-64 lata z powodu chorób układu oddechowego

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	340,2	606,6	506,8	586,8	335,3	587,0	489,5	562,7
Kujawsko-pomorskie	571,9	587,4	566,8	586,6	572,7	580,5	550,8	561,8
Lubelskie	692,8	669,9	661,5	663,8	696,0	665,2	648,2	646,5
Lubuskie	541,9	560,6	507,9	527,3	544,5	550,2	490,6	502,8
Łódzkie	593,1	601,0	606,1	599,8	576,7	581,0	579,1	572,2
Małopolskie	358,6	480,7	450,5	459,5	367,7	487,6	452,9	458,1
Mazowieckie	339,2	442,4	454,4	509,8	337,9	437,2	444,1	495,2
Opolskie	483,0	520,2	481,0	537,0	486,5	519,8	476,2	525,0
Podkarpackie	605,9	585,5	571,7	593,4	628,6	597,5	577,7	593,4
Podlaskie	668,7	615,5	587,7	614,9	691,0	628,3	592,4	612,8
Pomorskie	348,8	430,8	425,8	416,7	350,1	429,0	419,0	407,3
Śląskie	576,7	615,8	579,0	568,7	571,2	604,3	563,6	549,6

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Świętokrzyskie	677,9	689,5	632,0	636,4	670,3	675,1	607,8	612,3
Warmińsko-mazurskie	540,4	511,2	470,8	393,9	552,4	515,4	467,5	384,4
Wielkopolskie	651,5	603,1	694,7	690,5	651,0	596,9	681,2	673,5
Zachodniopomorskie	296,3	311,0	326,1	402,2	293,8	302,3	312,5	380,9
Polska	**499,0**	**547,8**	**534,2**	**551,9**	**499,0**	**541,5**	**522,4**	**535,4**

Tabela 2.16. Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 18-64 lata z powodu przyczyn zewnętrznych

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	70,2	62,9	56,9	57,5	69,6	62,4	55,9	57,2
Kujawsko-pomorskie	66,2	59,8	60,7	65,7	66,5	59,9	61,0	65,9
Lubelskie	73,4	71,4	74,6	69,3	73,6	71,6	75,1	69,6
Lubuskie	69,4	67,0	67,3	67,2	69,0	67,5	66,8	66,7
Łódzkie	87,8	82,6	78,4	77,0	87,6	81,9	77,4	76,4
Małopolskie	56,3	54,3	47,8	49,2	57,6	55,3	48,7	50,0
Mazowieckie	75,3	74,8	68,9	76,3	75,8	75,1	69,4	76,7
Opolskie	57,2	52,6	47,0	47,4	56,9	52,8	46,8	46,9
Podkarpackie	57,9	52,2	57,8	53,5	59,4	53,2	58,6	54,0
Podlaskie	70,8	76,6	73,5	69,9	71,5	77,8	73,6	70,0
Pomorskie	65,7	69,2	62,1	61,7	66,4	70,1	62,5	61,4
Śląskie	69,9	65,0	64,5	63,5	69,8	64,8	64,1	62,9
Świętokrzyskie	71,6	51,5	77,4	73,5	72,1	52,0	77,1	73,2
Warmińsko-mazurskie	81,8	85,6	77,2	74,7	82,8	85,9	78,2	74,7
Wielkopolskie	63,9	64,5	58,4	54,9	64,9	65,2	59,0	55,2
Zachodniopomorskie	81,1	80,5	67,7	67,9	80,6	79,7	67,4	67,0
Polska	**69,9**	**67,1**	**64,2**	**64,3**	**70,3**	**67,3**	**64,4**	**64,2**

Tabela 2.17. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 18-64 lata z powodu urazów i zatruć

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	399,5	696,8	574,4	725,3	399,4	696,4	572,7	723,1
Kujawsko-pomorskie	875,5	857,4	802,8	814,8	873,1	855,7	799,8	812,6
Lubelskie	1130,7	1072,8	1094,7	1124,5	1124,4	1067,5	1092,4	1122,0
Lubuskie	1041,0	1014,7	935,5	916,0	1037,3	1011,7	932,3	909,9
Łódzkie	1265,5	1248,7	1264,9	1241,3	1263,6	1245,1	1264,5	1242,5

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Małopolskie	545,5	725,4	770,5	789,1	548,1	728,6	772,5	792,5
Mazowieckie	762,3	867,6	847,5	916,3	764,0	870,6	850,2	921,1
Opolskie	640,8	595,9	586,4	616,3	640,3	594,4	584,1	614,9
Podkarpackie	1279,3	1195,4	1220,3	1261,5	1279,9	1193,7	1220,9	1260,3
Podlaskie	1244,7	1207,1	1164,7	1077,4	1241,0	1202,9	1161,9	1074,2
Pomorskie	596,5	765,4	767,7	748,9	596,8	765,3	767,2	748,4
Śląskie	877,6	894,2	862,5	870,1	878,1	895,2	863,1	872,5
Świętokrzyskie	1388,7	1097,4	1135,9	1133,7	1382,6	1092,2	1127,0	1131,0
Warmińsko-mazurskie	1066,1	950,1	933,6	740,3	1063,9	947,0	932,3	738,8
Wielkopolskie	938,1	882,1	977,9	988,6	938,8	880,7	977,9	989,8
Zachodniopomorskie	760,0	732,9	780,3	858,6	756,8	728,5	776,5	852,6
Polska	**875,9**	**906,8**	**902,5**	**922,5**	**875,4**	**905,6**	**901,4**	**922,2**

Tabela 2.18. Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 18-64 lata z powodu chorób układu kostno-stawowego

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	0,4	0,7	0,3	0,6	0,4	0,7	0,3	0,6
Kujawsko-pomorskie	0,7	0,9	0,6	0,8	0,7	0,9	0,6	0,8
Lubelskie	0,9	0,6	0,3	0,6	0,9	0,6	0,3	0,5
Lubuskie	1,3	1,0	0,8	1,0	1,3	0,9	0,8	0,9
Łódzkie	0,9	1,2	1,0	1,5	0,8	1,1	0,9	1,3
Małopolskie	0,7	0,5	1,2	0,6	0,7	0,5	1,2	0,6
Mazowieckie	1,0	0,8	0,8	1,1	1,0	0,8	0,8	1,0
Opolskie	0,4	0,3	0,3	NA	0,4	0,3	0,3	NA
Podkarpackie	0,9	1,1	0,7	0,8	1,0	1,1	0,7	0,8
Podlaskie	0,4	0,5	0,3	0,3	0,4	0,5	0,3	0,2
Pomorskie	0,9	1,0	0,7	1,0	1,0	1,0	0,7	1,0
Śląskie	0,9	1,0	0,9	1,0	0,8	1,0	0,8	0,9
Świętokrzyskie	0,1	0,6	0,6	0,6	0,1	0,6	0,5	0,5
Warmińsko-mazurskie	0,4	0,1	0,4	0,5	0,5	0,1	0,4	0,5
Wielkopolskie	1,4	1,3	1,4	1,3	1,4	1,3	1,3	1,2
Zachodniopomorskie	1,0	0,9	0,5	0,7	1,1	0,9	0,5	0,6
Polska	**0,8**	**0,8**	**0,8**	**0,9**	**0,8**	**0,8**	**0,7**	**0,8**

Tabela 2.19. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 18-64 lata z powodu chorób układu kostno-stawowego

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	303,0	541,1	532,4	605,2	297,8	526,4	511,2	574,1
Kujawsko-pomorskie	712,9	756,7	741,8	763,5	718,4	756,0	730,7	748,6
Lubelskie	864,4	996,1	1012,8	1012,8	875,6	1002,5	1008,9	1001,8
Lubuskie	811,9	786,8	824,9	915,3	816,6	783,8	806,6	884,2
Łódzkie	629,8	723,0	744,6	757,6	614,2	700,3	709,2	718,4
Małopolskie	306,1	525,4	549,4	550,2	314,0	535,6	558,4	554,4
Mazowieckie	467,7	646,2	717,3	824,5	468,3	640,9	707,7	807,8
Opolskie	530,9	671,9	624,4	752,3	537,2	674,1	617,4	733,1
Podkarpackie	1005,9	1039,7	991,3	1042,4	1053,1	1078,2	1013,3	1057,3
Podlaskie	709,1	809,1	805,1	838,5	732,2	827,5	814,2	841,6
Pomorskie	445,4	599,2	632,8	630,5	451,5	601,5	629,6	622,9
Śląskie	693,8	771,0	696,1	642,6	688,4	757,6	677,1	624,2
Świętokrzyskie	978,1	970,8	922,1	964,9	972,1	957,2	891,1	923,5
Warmińsko-mazurskie	736,4	821,4	873,1	737,6	752,9	833,8	872,0	730,6
Wielkopolskie	827,1	852,1	889,2	912,7	840,4	857,2	882,2	901,7
Zachodniopomorskie	601,4	561,5	661,3	783,4	594,4	548,3	632,0	739,9
Polska	**627,2**	**734,1**	**744,3**	**773,5**	**630,7**	**731,5**	**733,4**	**756,3**

Tabela 2.20. Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu nowotworów złośliwych

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	1246,5	1215,4	1159,8	1179,1	1182,0	1147,6	1087,6	1089,2
Kujawsko-pomorskie	1242,7	1323,8	1332,0	1171,3	1198,0	1270,6	1265,7	1114,9
Lubelskie	1012,8	1010,8	947,0	968,6	960,0	956,4	899,7	911,3
Lubuskie	1185,4	1131,6	1114,9	1176,0	1130,3	1068,1	1048,7	1120,2
Łódzkie	1104,8	1090,7	1085,0	1070,6	1042,4	1036,2	1022,9	1012,9
Małopolskie	1105,5	1069,7	1089,3	1055,1	1055,0	1009,5	1016,0	988,7
Mazowieckie	1143,6	1116,1	1097,8	1082,5	1072,3	1040,6	1020,7	1002,6
Opolskie	1056,2	1065,0	1039,9	997,8	1032,3	1025,6	989,9	939,7
Podkarpackie	1030,5	1028,6	932,9	900,9	975,3	953,5	878,9	844,0
Podlaskie	1084,2	1086,0	1070,6	1090,3	1012,0	1010,0	999,7	1011,8
Pomorskie	1271,7	1277,9	1256,9	1238,7	1219,0	1218,9	1185,8	1162,3
Śląskie	1142,6	1133,2	1101,5	1090,8	1124,1	1107,5	1069,5	1052,9

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Świętokrzyskie	1034,6	1064,5	1012,9	987,3	970,9	997,2	962,5	925,6
Warmińsko-mazurskie	1218,4	1208,1	1196,7	1163,1	1169,1	1164,5	1122,9	1092,0
Wielkopolskie	1266,1	1238,8	1243,7	1179,3	1203,1	1171,2	1172,2	1121,6
Zachodniopomorskie	1225,5	1166,5	1188,7	1171,6	1174,7	1109,8	1121,8	1100,4
Polska	**1150,8**	**1138,6**	**1116,8**	**1094,5**	**1098,2**	**1080,7**	**1054,7**	**1031,1**

Tabela 2.21. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu nowotworów złośliwych

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	1878,2	1792,5	1521,0	1883,2	1937,8	1809,5	1538,3	1892,3
Kujawsko-pomorskie	3721,1	3199,9	3065,6	2957,5	3813,4	3256,1	3134,4	3019,0
Lubelskie	2905,5	2181,8	2016,3	1898,4	3000,9	2190,0	2051,6	1911,4
Lubuskie	3347,1	3047,3	3138,3	2815,8	3436,6	3131,5	3273,0	2921,8
Łódzkie	3412,2	2646,0	2358,4	2386,2	3598,2	2720,0	2387,6	2429,3
Małopolskie	2487,2	3337,8	2901,8	2795,9	2561,9	3404,3	2956,4	2825,8
Mazowieckie	1890,6	1959,9	2225,7	2289,4	1909,6	1968,1	2255,2	2307,3
Opolskie	2626,9	2846,1	2398,1	1962,4	2656,7	2857,2	2424,3	1934,7
Podkarpackie	3331,4	2687,3	2521,6	2584,3	3372,9	2679,4	2540,6	2602,9
Podlaskie	3337,5	2950,1	2277,3	2088,2	3477,7	3026,5	2338,7	2142,1
Pomorskie	1689,8	1903,2	1940,7	2021,4	1696,7	1865,5	1930,3	2019,1
Śląskie	2674,5	2512,3	2423,4	2177,6	2681,8	2509,3	2434,4	2177,6
Świętokrzyskie	3394,9	2936,3	3136,2	3276,7	3482,0	3017,3	3242,1	3389,0
Warmińsko-mazurskie	2991,5	2766,2	2780,1	2200,8	3039,3	2804,5	2877,7	2252,1
Wielkopolskie	3928,5	3361,3	3152,9	3489,4	4060,0	3456,2	3256,8	3620,3
Zachodniopomorskie	2229,9	2995,2	2958,3	3224,5	2273,9	3123,5	3094,9	3312,5
Polska	**2741,9**	**2596,6**	**2479,0**	**2471,5**	**2806,9**	**2634,8**	**2528,8**	**2511,0**

Tabela 2.22. Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu chorób układu krążenia

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	3017,2	3197,7	3027,1	2906,5	2754,4	2825,0	2571,3	2435,1
Kujawsko-pomorskie	2881,7	2822,7	2812,4	2492,2	2692,0	2574,3	2494,0	2173,2
Lubelskie	3178,6	3231,6	3242,8	3066,2	2805,1	2777,5	2701,0	2518,2
Lubuskie	2660,5	2995,1	2820,1	2651,1	2480,8	2740,5	2465,3	2295,3
Łódzkie	3149,9	3189,0	3113,0	2952,7	2781,6	2740,7	2613,2	2457,0

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Małopolskie	2789,5	2829,4	2607,9	2584,6	2563,4	2535,4	2279,9	2203,6
Mazowieckie	2665,5	2727,3	2678,2	2646,3	2344,3	2344,4	2241,2	2165,7
Opolskie	2742,1	2692,9	2760,0	2663,4	2735,6	2571,5	2587,4	2411,7
Podkarpackie	2789,1	3046,9	2958,9	2793,3	2550,4	2723,8	2565,8	2360,7
Podlaskie	2398,5	2636,0	2698,7	2564,2	2131,2	2262,5	2228,0	2043,3
Pomorskie	2039,0	2117,0	2148,0	2114,2	1904,9	1939,8	1919,6	1859,0
Śląskie	2719,9	2662,1	2581,3	2658,6	2709,8	2584,5	2468,4	2493,6
Świętokrzyskie	2981,9	3458,2	3343,7	2816,4	2651,5	2956,7	2788,0	2298,4
Warmińsko-mazurskie	2412,4	2616,5	2458,3	2378,0	2304,7	2417,5	2187,1	2062,6
Wielkopolskie	2755,1	2751,0	2617,8	2534,1	2519,2	2439,5	2250,5	2175,9
Zachodniopomorskie	2740,9	2786,6	2803,0	2619,6	2607,4	2573,0	2487,8	2280,7
Polska	**2767,6**	**2846,8**	**2769,3**	**2666,5**	**2549,6**	**2552,4**	**2413,8**	**2280,4**

Tabela 2.23. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu chorób układ krążenia

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	5016,9	8030,7	6894,4	7750,8	4740,5	7444,9	6375,7	7109,7
Kujawsko-pomorskie	12290,2	12300,7	11718,7	11472,1	11754,3	11680,7	11051,8	10862,7
Lubelskie	15096,5	15617,7	14925,5	14852,4	14052,9	14378,4	13725,8	13638,6
Lubuskie	12793,8	12270,3	11453,3	11104,4	12289,7	11648,2	10776,4	10429,4
Łódzkie	12616,0	13368,5	13628,9	13360,0	11857,2	12442,0	12596,6	12359,2
Małopolskie	7229,1	10725,2	10413,7	10553,3	6888,6	10104,9	9751,5	9826,5
Mazowieckie	7966,5	9426,1	10072,2	11036,1	7468,9	8723,8	9274,9	10155,9
Opolskie	11322,2	11476,1	11096,7	11779,2	10992,4	10970,5	10526,8	11062,9
Podkarpackie	15601,3	15501,1	14869,7	14905,8	14751,1	14503,9	13772,9	13781,5
Podlaskie	11166,3	11756,5	11490,3	11172,3	10514,0	10933,5	10594,9	10225,1
Pomorskie	7158,0	9454,0	8936,1	8995,2	6853,4	8958,3	8420,6	8454,2
Śląskie	9790,9	11147,5	10703,5	10840,8	9587,2	10837,4	10355,1	10411,0
Świętokrzyskie	15485,2	14224,4	13814,3	13775,7	14511,8	13089,5	12661,3	12562,5
Warmińsko-mazurskie	10411,0	10553,8	10811,6	8713,0	9975,7	9987,6	10170,5	8139,5
Wielkopolskie	10944,1	11181,9	11945,4	12022,1	10475,2	10637,6	11258,7	11404,6
Zachodniopomorskie	6515,7	6476,3	7398,0	8815,4	6264,4	6155,7	6974,3	8270,8
Polska	**10115,6**	**11220,1**	**11085,0**	**11280,9**	**9625,6**	**10563,1**	**10370,6**	**10527,1**

Tabela 2.24. Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu chorób układu oddechowego

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	240,3	257,4	209,3	214,6	222,7	229,4	183,9	186,5
Kujawsko-pomorskie	326,9	420,2	387,5	367,5	305,8	381,5	345,4	325,3
Lubelskie	251,5	286,7	284,0	299,9	227,4	254,3	243,4	256,5
Lubuskie	240,9	292,6	249,7	255,7	223,5	268,5	224,3	226,3
Łódzkie	362,7	365,5	324,9	304,1	320,3	320,6	278,5	261,5
Małopolskie	282,1	262,4	212,4	229,2	257,2	236,2	189,2	199,4
Mazowieckie	390,0	412,5	380,3	398,6	342,1	351,9	320,2	327,8
Opolskie	228,4	203,8	185,8	206,3	218,5	194,3	171,8	187,0
Podkarpackie	231,3	219,5	309,9	274,3	209,5	196,7	270,6	235,4
Podlaskie	346,2	371,7	299,5	330,7	307,3	321,6	247,0	271,9
Pomorskie	360,3	369,0	341,2	371,0	340,6	338,0	303,3	324,1
Śląskie	273,1	272,2	226,3	214,3	269,4	263,3	216,0	202,0
Świętokrzyskie	315,6	285,9	256,5	273,4	277,2	251,2	215,3	230,3
Warmińsko-mazurskie	434,3	509,2	642,6	402,6	412,7	472,5	585,2	354,1
Wielkopolskie	233,8	280,6	257,8	361,3	213,1	249,8	226,8	320,1
Zachodniopomorskie	267,3	299,6	259,4	275,9	247,1	276,7	236,4	242,9
Polska	**303,0**	**320,3**	**296,3**	**300,9**	**278,0**	**288,1**	**261,4**	**262,0**

Tabela 2.25. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu chorób układu oddechowego

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	1536,4	2379,7	1664,5	1962,9	1461,2	2264,1	1570,3	1846,8
Kujawsko-pomorskie	3228,3	3161,4	2852,3	2958,2	3084,6	3000,3	2671,6	2782,2
Lubelskie	3986,0	3461,8	3141,6	3105,6	3711,4	3227,8	2926,5	2894,2
Lubuskie	3119,7	3061,7	2605,5	2601,1	2987,9	2902,7	2430,7	2442,2
Łódzkie	2824,7	2387,3	2283,9	2334,8	2599,3	2229,7	2126,9	2177,9
Małopolskie	2104,9	2415,1	2141,1	2330,3	1990,7	2273,2	2019,5	2181,4
Mazowieckie	1878,8	2048,3	1911,5	2134,4	1747,4	1920,7	1795,0	1991,7
Opolskie	2122,7	2207,3	1835,1	2220,5	2057,4	2112,3	1753,8	2105,7
Podkarpackie	3791,7	3336,2	3016,3	3139,6	3538,9	3088,7	2774,7	2898,1
Podlaskie	3776,0	3822,9	3080,8	3195,6	3520,8	3522,3	2824,8	2922,0
Pomorskie	1688,3	2089,4	1780,3	1832,7	1613,3	1978,5	1672,2	1718,7
Śląskie	2185,8	2189,5	1951,2	1981,6	2141,6	2134,8	1894,5	1915,5

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Świętokrzyskie	3681,9	2716,7	2816,5	2844,1	3412,7	2543,3	2604,9	2623,5
Warmińsko-mazurskie	3266,2	2954,6	2730,6	2411,8	3110,2	2779,5	2551,0	2242,9
Wielkopolskie	2712,5	2383,2	2570,2	2779,5	2577,0	2255,3	2430,5	2638,3
Zachodniopomorskie	1468,6	1312,9	1322,2	1612,0	1398,2	1241,0	1247,0	1519,3
Polska	**2529,4**	**2498,8**	**2260,7**	**2385,6**	**2391,4**	**2358,0**	**2123,9**	**2238,4**

Tabela 2.26. Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu przyczyn zewnętrznych

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	110,3	85,6	89,2	101,6	107,4	85,1	85,9	94,5
Kujawsko-pomorskie	75,6	78,9	80,6	97,0	74,9	77,4	81,0	90,9
Lubelskie	152,2	138,5	108,2	122,6	141,4	129,8	102,5	111,7
Lubuskie	108,7	86,0	100,2	104,9	107,9	85,7	102,0	101,7
Łódzkie	136,5	143,0	132,3	140,0	129,4	133,0	122,4	125,4
Małopolskie	110,3	113,7	117,7	125,8	107,5	109,8	108,7	116,1
Mazowieckie	141,9	133,4	128,0	130,0	133,7	122,6	117,5	117,8
Opolskie	107,0	104,7	106,8	104,2	105,7	103,8	105,0	99,8
Podkarpackie	116,4	97,3	102,6	100,2	114,7	93,1	98,2	95,6
Podlaskie	123,0	136,2	129,3	133,3	117,7	126,6	119,1	121,9
Pomorskie	117,8	121,8	121,6	128,4	115,9	119,2	114,0	118,2
Śląskie	135,2	138,0	135,9	130,2	138,0	136,6	133,8	125,4
Świętokrzyskie	129,2	63,1	110,1	124,2	122,4	61,0	103,4	116,8
Warmińsko-mazurskie	87,0	87,7	83,1	94,4	85,0	89,0	83,3	92,2
Wielkopolskie	193,7	170,3	181,2	125,6	182,6	159,1	163,3	115,9
Zachodniopomorskie	139,4	132,4	142,5	124,0	136,2	128,3	136,5	121,1
Polska	**129,5**	**121,4**	**121,7**	**121,3**	**125,6**	**116,1**	**114,8**	**112,7**

Tabela 2.27. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu urazów i zatruć

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	610,1	1202,2	1024,3	1319,5	582,1	1126,6	951,5	1217,4
Kujawsko-pomorskie	1425,2	1400,0	1411,1	1473,9	1386,9	1325,5	1328,3	1388,7
Lubelskie	1770,2	1672,0	1746,1	1828,8	1682,8	1594,3	1627,7	1709,2
Lubuskie	2007,6	1850,8	1757,0	1784,1	1919,6	1755,6	1653,4	1677,2
Łódzkie	1832,0	1773,8	1872,8	1929,1	1730,6	1659,6	1748,8	1806,9

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Małopolskie	963,7	1331,7	1430,7	1446,2	917,5	1271,3	1354,1	1354,3
Mazowieckie	1242,6	1466,6	1447,5	1693,5	1172,3	1367,9	1338,4	1558,9
Opolskie	1161,8	1093,7	1119,7	1077,1	1155,4	1064,1	1072,3	1013,4
Podkarpackie	2153,6	2040,6	2048,8	2092,5	2079,6	1937,8	1936,4	1968,0
Podlaskie	1904,2	2008,3	1905,5	1949,2	1802,9	1898,2	1785,1	1812,3
Pomorskie	1054,3	1339,7	1290,7	1420,3	1024,1	1287,0	1224,5	1339,4
Śląskie	1321,5	1382,4	1388,8	1440,5	1311,6	1353,5	1356,1	1395,9
Świętokrzyskie	2116,8	1779,0	1891,0	1973,1	2011,7	1697,2	1751,8	1839,0
Warmińsko-mazurskie	1530,0	1468,7	1467,3	1132,8	1492,7	1424,8	1396,3	1074,4
Wielkopolskie	1618,1	1651,3	1827,2	1814,9	1539,3	1566,7	1715,3	1698,3
Zachodniopomorskie	1267,4	1171,3	1346,9	1507,1	1229,3	1126,0	1279,3	1430,6
Polska	**1414,1**	**1510,6**	**1534,2**	**1620,5**	**1358,2**	**1436,2**	**1445,3**	**1519,5**

Tabela 2.28. Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu chorób układu kostno-stawowego

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	1,0	3,4	2,1	4,8	0,9	3,4	1,8	4,6
Kujawsko-pomorskie	12,0	5,8	3,4	6,7	10,8	5,7	3,0	6,1
Lubelskie	8,1	4,8	3,5	5,1	7,4	4,7	3,8	5,3
Lubuskie	5,1	5,1	2,5	6,6	5,1	4,4	2,2	7,1
Łódzkie	7,1	7,4	8,2	6,7	6,4	6,8	7,7	6,2
Małopolskie	1,1	3,8	3,6	8,7	1,2	4,0	3,3	7,8
Mazowieckie	8,1	8,9	5,9	7,6	7,3	8,0	5,8	7,3
Opolskie	1,4	0,7	0,7	0,7	1,5	0,9	0,6	0,7
Podkarpackie	5,1	4,8	6,5	6,4	5,0	4,8	5,3	5,0
Podlaskie	6,3	4,0	4,6	4,0	7,0	4,2	4,0	3,8
Pomorskie	7,0	8,8	6,2	8,2	7,0	8,4	5,7	7,6
Śląskie	4,8	6,1	6,4	5,9	4,7	6,1	6,4	5,4
Świętokrzyskie	3,2	5,3	8,4	4,2	3,4	5,5	7,7	4,2
Warmińsko-mazurskie	4,2	1,8	4,1	3,5	3,8	1,3	3,9	2,6
Wielkopolskie	8,2	6,2	8,3	4,3	8,3	5,8	7,8	4,3
Zachodniopomorskie	7,2	7,7	2,9	1,9	7,2	7,6	2,4	2,0
Polska	**5,8**	**5,8**	**5,3**	**5,9**	**5,5**	**5,6**	**4,9**	**5,5**

Tabela 2.29. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu chorób układu kostno-stawowego

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	680,3	1259,0	1342,3	1562,4	689,8	1280,4	1362,0	1595,5
Kujawsko-pomorskie	1436,0	1543,9	1552,2	1711,2	1450,6	1554,7	1588,4	1765,3
Lubelskie	1990,1	2147,5	2152,7	2156,0	2004,4	2161,5	2181,9	2213,3
Lubuskie	1731,3	1844,1	1925,7	2265,1	1710,0	1831,4	1939,6	2289,6
Łódzkie	1331,2	1462,8	1574,8	1646,2	1355,5	1492,9	1621,3	1686,3
Małopolskie	750,9	1315,2	1343,0	1405,3	754,4	1309,9	1353,7	1406,5
Mazowieckie	1090,9	1628,7	1786,9	2146,8	1112,6	1661,9	1835,7	2210,6
Opolskie	1136,5	1532,2	1414,3	1948,6	1122,9	1513,0	1402,5	1947,7
Podkarpackie	2661,3	2729,8	2700,3	2956,6	2635,0	2705,9	2711,0	2957,9
Podlaskie	1492,5	1620,7	1550,7	1802,9	1519,2	1669,2	1618,5	1882,3
Pomorskie	955,4	1294,5	1439,9	1469,2	953,8	1300,8	1449,8	1493,6
Śląskie	1595,4	1857,2	1558,2	1291,9	1582,3	1849,5	1553,3	1302,3
Świętokrzyskie	1967,5	2076,5	1900,0	2168,8	2030,4	2142,6	1974,2	2272,4
Warmińsko-mazurskie	1375,1	1641,6	1709,6	1438,7	1366,8	1643,8	1712,7	1476,3
Wielkopolskie	1879,9	2002,0	2086,9	2255,4	1902,7	2018,5	2132,5	2312,8
Zachodniopomorskie	1461,9	1262,3	1802,9	2305,5	1448,8	1269,3	1806,0	2350,6
Polska	**1408,5**	**1691,7**	**1721,5**	**1857,4**	**1415,3**	**1703,3**	**1744,7**	**1891,9**

Tabela 2.30. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 0-17 lat z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	134,6	144,9	145,6	172,8	114,3	125,5	131,7	159,3
Kujawsko-pomorskie	108,1	103,8	138,8	144,7	88,4	87,0	122,0	128,4
Lubelskie	106,7	106,0	111,1	110,0	87,7	89,2	96,2	97,3
Lubuskie	221,9	206,0	228,3	242,9	193,2	183,4	208,2	224,8
Łódzkie	114,0	126,8	150,6	154,9	96,0	109,0	132,3	140,6
Małopolskie	46,1	46,6	45,7	52,5	38,5	39,9	40,8	47,8
Mazowieckie	118,0	104,2	109,1	118,1	102,3	92,1	100,4	111,8
Opolskie	108,6	136,5	129,4	158,5	87,7	115,6	116,5	140,4
Podkarpackie	57,1	62,6	47,0	59,1	44,7	50,5	40,0	50,7
Podlaskie	81,3	78,3	72,0	61,1	64,3	61,6	59,4	51,2
Pomorskie	78,0	83,5	90,1	105,4	66,4	73,3	82,4	98,7
Śląskie	98,0	94,1	14,7	120,3	83,4	82,1	12,6	110,6

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Świętokrzyskie	93,0	89,0	91,5	82,5	80,8	77,7	79,1	73,0
Warmińsko-mazurskie	115,7	101,8	105,1	119,1	95,1	86,8	91,4	106,6
Wielkopolskie	80,8	85,6	83,2	93,4	68,9	74,9	75,0	86,9
Zachodniopomorskie	116,6	163,3	131,4	141,4	98,9	140,1	118,1	129,0
Polska	**100,2**	**100,3**	**96,2**	**116,1**	**84,3**	**86,3**	**85,6**	**105,7**

Tabela 2.31. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 18-64 lata z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	571,0	579,3	552,1	562,5	573,7	582,8	554,8	564,6
Kujawsko-pomorskie	558,1	532,8	532,0	524,3	564,3	539,2	536,2	529,8
Lubelskie	751,8	749,6	715,5	714,4	771,9	767,9	727,1	723,8
Lubuskie	786,7	751,5	731,0	747,5	790,8	757,3	735,4	754,4
Łódzkie	761,7	852,1	823,1	821,7	765,1	857,1	825,3	825,7
Małopolskie	541,9	540,9	508,7	483,7	554,2	551,6	519,5	492,9
Mazowieckie	631,6	631,4	614,9	601,0	635,0	633,8	618,6	604,8
Opolskie	648,5	605,0	556,1	601,7	652,7	607,5	555,7	599,7
Podkarpackie	635,1	622,7	591,5	595,6	656,2	643,5	606,0	609,0
Podlaskie	957,4	870,4	858,5	836,6	973,2	884,8	866,7	843,3
Pomorskie	658,1	619,0	601,4	605,2	666,1	626,5	609,4	612,2
Śląskie	681,4	693,8	75,2	675,9	684,0	695,4	75,7	674,6
Świętokrzyskie	746,7	762,3	755,2	809,8	761,7	774,4	761,8	815,2
Warmińsko-mazurskie	807,1	788,1	727,3	742,2	819,3	800,1	733,2	748,2
Wielkopolskie	734,2	740,8	694,7	691,0	751,7	758,4	708,3	702,5
Zachodniopomorskie	624,9	1158,3	596,5	577,4	626,5	1173,6	598,7	579,1
Polska	**689,3**	**690,8**	**588,5**	**662,0**	**697,2**	**698,2**	**593,4**	**667,0**

Tabela 2.32. Chorobowość hospitalizowana mężczyzn i kobiet w wieku 65 i więcej lat z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	404,0	421,4	418,8	430,3	390,1	414,4	409,2	426,0
Kujawsko-pomorskie	376,7	355,6	384,8	401,5	376,3	352,0	381,4	400,1
Lubelskie	420,5	443,9	433,8	460,3	430,0	448,2	442,2	461,2
Lubuskie	658,8	688,1	647,2	663,0	637,2	667,5	630,4	661,9
Łódzkie	449,2	487,0	506,7	532,0	444,4	482,8	502,6	530,8
Małopolskie	352,6	356,3	360,1	336,0	354,6	359,0	364,4	334,9
Mazowieckie	463,0	496,7	497,1	499,6	454,2	488,4	484,5	487,8
Opolskie	504,1	477,4	496,4	529,9	507,5	474,8	497,8	534,0
Podkarpackie	357,2	351,5	329,7	343,5	362,7	363,8	342,8	356,3
Podlaskie	704,4	680,1	669,1	765,8	694,7	661,2	658,2	733,6
Pomorskie	436,2	443,3	433,7	450,6	435,2	440,7	430,0	453,1
Śląskie	442,6	445,4	30,6	427,9	445,0	447,6	31,3	429,8
Świętokrzyskie	401,9	432,3	458,3	467,1	408,3	438,0	467,9	475,9
Warmińsko-mazurskie	508,2	492,5	481,6	507,5	506,4	483,6	471,8	510,6
Wielkopolskie	443,7	474,4	459,7	488,8	449,3	484,8	469,9	498,2
Zachodniopomorskie	454,0	644,4	453,7	453,0	448,4	658,3	456,6	450,1
Polska	**448,8**	**461,1**	**405,9**	**470,4**	**447,6**	**460,0**	**403,7**	**469,8**

Tabela 3.1. Poradnie zdrowia psychicznego w 2009 roku według województw*

Województwo		Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej		Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej		Indywidualna i grupowa specjalistyczna praktyka lekarska		Inne	
		Ogółem	w tym: z kontraktem NFZ	Ogółem	w tym: z kontraktem NFZ	Ogółem	w tym: z kontraktem NFZ	Ogółem	w tym: z kontraktem NFZ
POLSKA	2008	348	343	631	494	54	24	10	5
	2009	352	345	681	531	68	24	8	3
Dolnośląskie		29	28	60	56	0	0	0	0
Kujawsko-pomorskie		20	19	35	31	2	2	0	0
Lubelskie		23	23	30	26	31	2	0	0
Lubuskie		9	9	16	13	5	2	0	0
Łódzkie		30	30	43	38	6	1	2	0
Małopolskie		34	34	66	38	0	0	0	0
Mazowieckie		66	62	71	36	0	0	0	0
Opolskie		9	9	16	15	3	3	0	0
Podkarpackie		21	21	21	18	2	2	1	1
Podlaskie		12	12	23	18	0	0	0	0
Pomorskie		15	14	71	40	1	1	4	1
Śląskie		37	37	105	89	0	0	1	1
Świętokrzyskie		14	14	26	23	1	1	0	0
Warmińsko-mazurskie		9	9	15	14	3	3	0	0
Wielkopolskie		12	12	61	57	0	0	0	0
Zachodniopomorskie		12	12	22	19	14	7	0	0

* Bez poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.

Tabela 3.2. Poradnie zdrowia psychicznego w 2010 roku według województw

Województwo		Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej		Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej		Indywidualna i grupowa specjalistyczna praktyka lekarska		Inne	
		Ogółem	w tym: z kontraktem NFZ	Ogółem	w tym: z kontraktem NFZ	Ogółem	w tym: z kontraktem NFZ	Ogółem	w tym: z kontraktem NFZ
POLSKA	2009	**352**	**345**	**681**	**531**	**68**	**24**	**8**	**3**
	2010	**338**	**335**	**726**	**560**	**65**	**23**	**6**	**2**
Dolnośląskie		31	31	72	63	0	0	0	0
Kujawsko--pomorskie		18	18	37	32	2	2	0	0
Lubelskie		22	21	32	25	30	4	0	0
Lubuskie		6	6	21	17	5	2	0	0
Łódzkie		28	28	54	44	3	1	1	0
Małopolskie		31	31	77	39	0	0	0	0
Mazowieckie		66	64	79	38	0	0	0	0
Opolskie		6	6	18	16	2	2	0	0
Podkarpackie		21	21	23	20	0	0	0	0
Podlaskie		12	12	22	18	0	0	0	0
Pomorskie		15	15	65	45	1	1	4	1
Śląskie		37	37	113	96	0	0	1	1
Świętokrzyskie		14	14	25	23	1	1	0	0
Warmińsko-mazur-skie		8	8	15	15	3	3	0	0
Wielkopolskie		10	10	52	51	1	0	0	0
Zachodniopomor-skie		13	13	21	18	17	7	0	0

* Bez poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.

Tabela 3.3. Zakłady psychiatryczne, liczba jednostek, liczba oddziałów, liczba łóżek, wskaźniki w 2009 roku

Rodzaj zakładu	Zakład		Liczba oddziałów	Łóżka rzeczywiste						Stosunek liczby łóżek w roku 2009 do łóżek w roku 2008
				2008			2009			
	liczby bezwzględne	odsetki		liczby bezwzględne	odsetki	wskaźnik na 10 000 ludności	liczby bezwzględne	odsetki	wskaźnik na 10 000 ludności	
OGÓŁEM	**289**	**100**	**830**	**33213**	**100**	**8,7**	**33159**	**100**	**8,7**	**99,8**
w tym: łóżka niepsychiatryczne*	21	7,3	37	1420	4,3	0,4	1362	4,1	0,4	95,9
Psychiatryczne	289	100	793	31793	95,7	8,3	31797	95,9	8,3	100,0
Szpitale psychiatryczne	53	18,3	454	17806	53,6	4,7	17624	53,1	4,6	99,0
w tym: łóżka kliniczne	8	2,8	31	902	2,7	0,2	998	3,0	0,3	110,6
ROPS	4	1,4	14	249	0,7	0,1	249	0,8	0,1	100
Szpitale ogólne z oddziałami psychiatrycznymi i leczenia uzależnień**	114	39,4	186	6516	19,6	1,7	6694	20,2	1,8	102,7
w tym: oddziały psychiatryczne	82	28,4	109	4538	13,7	1,2	4688	14,1	1,2	103,3
oddziały leczenia uzależnień	37	12,8	49	1076	3,2	0,3	1100	3,3	0,3	102,2
kliniki	12	4,2	28	902	2,7	0,2	906	2,7	0,2	100,4
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze***	45	15,6	49	4054	12,2	1,1	4063	12,3	1,1	100,2
Ośrodki leczenia uzależnień	19	6,6	34	988	3,0	0,3	1000	3,0	0,3	101,2
Ośrodki (oddziały) rehabilitacyjne dla osób uzależnionych	58	20,1	70	2429	7,3	0,6	2416	7,3	0,6	99,5
w tym: publiczne	5	1,7	7	354	1,1	0,1	344	1,0	0,1	97,2
niepubliczne (zakłady „MONAR")	26	9,0	32	1084	3,3	0,3	1087	3,3	0,3	100,3
niepubliczne inne	26	9,0	29	929	2,8	0,2	923	2,8	0,2	99,4
inne	1	0,3	2	62	0,2	0,0	62	0,2	0,0	100

* Łóżka niepsychiatryczne, głównie neurologiczne, występują w 21 zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej
** W kilku szpitalach ogólnych funkcjonują zarówno oddziały psychiatryczne jak i leczenia uzależnień – do ogólnej sumy liczone są tylko raz
*** 7 oddziałów opiekuńczo-leczniczych znajduje się na terenie szpitali psychiatrycznych (663 łóżka) a 1 na terenie szpitala ogólnego (170 łóżek)

Tabela 3.4. Zakłady psychiatryczne, liczba jednostek, liczba oddziałów, liczba łóżek, wskaźniki w 2010 roku

Rodzaj zakładu	Zakład		Liczba oddziałów	Łóżka rzeczywiste						Stosunek liczby łóżek w roku 2009 do łóżek w roku 2008
				2008			2009			
	liczby bezwzględne	odsetki		liczby bezwzględne	odsetki	wskaźnik na 10 000 ludności	liczby bezwzględne	odsetki	wskaźnik na 10 000 ludności	
OGÓŁEM	**314**	**100,0**	**842**	**33159**	**100,0**	**8,7**	**33301**	**100,0**	**8,7**	**100,4**
w tym: łóżka niepsychiatryczne*	20	6,4	38	1362	4,1	0,4	1321	4,0	0,3	97,0
Psychiatryczne	314	100,0	804	31797	95,9	8,3	31980	96,0	8,4	100,6
Szpitale psychiatryczne	49	15,6	452	17624	53,1	4,6	16908	50,8	4,4	95,9
w tym: łóżka kliniczne	8	2,5	18	998	3,0	0,3	1009	2,1	0,2	67,7
ROPS	4	1,3	14	249	0,8	0,1	245	0,8	0,1	98,4
Szpitale ogólne z oddziałami psychiatrycznymi i leczenia uzależnień**	114	36,3	189	6694	20,2	1,8	6776	21,2	1,8	101,2
w tym: oddziały psychiatryczne	80	25,5	136	4688	14,1	1,2	5651	17,7	1,5	120,5
oddziały leczenia uzależnień	38	12,1	53	1100	3,3	0,3	1125	3,5	0,3	102,3
kliniki	12	3,8	18	906	2,7	0,2	920	2,2	0,2	77,0
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze***	48	15,3	55	4063	12,3	1,1	4779	14,9	1,3	117,6
Ośrodki leczenia uzależnień	21	6,7	34	1000	3,0	0,3	1070	3,3	0,3	107,0
Ośrodki (oddziały) rehabilitacyjne dla osób uzależnionych	62	19,7	74	2416	7,3	0,6	2447	7,7	0,6	101,3
w tym: publiczne	5	1,6	11	344	1,0	0,1	461	1,4	0,1	134,0
niepubliczne (zakłady „MONAR")	30	9,6	32	1087	3,3	0,3	1069	3,3	0,3	98,3
niepubliczne inne	27	8,6	31	923	2,8	0,2	917	2,9	0,2	99,3
inne	1	0,3	1	62	0,2	0	62	0,2	0,0	100,0

* Łóżka niepsychiatryczne, głównie neurologiczne, występują w 20 zakładach psychiatrycznej opieki całodobowej
** W kilku szpitalach ogólnych funkcjonują zarówno oddziały psychiatryczne jak i leczenia uzależnień – do ogólnej sumy liczone są tylko raz
*** 3 oddziały opiekuńczo-lecznicze znajdują się na terenie szpitali psychiatrycznych (222 łóżka) a 1 na terenie szpitala ogólnego (154 łóżka)

Tabela 3.5. Zakłady psychiatryczne, liczba łóżek, liczba leczonych w 2009 roku według województw

Województwo	Liczba oddziałów	Łóżka rzeczywiste			Leczeni			
		liczby bezwzględne	wskaźnik na 10 000 ludności	średnie wykorzystanie łóżka w %	liczbapobytów ogółem*	liczba osobodni leczenia	średni dzienny stan chorych	średni czas hospitalizacji (w dniach)
POLSKA 2009	**793**	**31797**	**8,3**	**93,6**	**292175**	**11343964**	**31079**	**39**
Dolnośląskie	59	2671	9,3	92,0	19142	902305	2472	47
Kujawsko-pomorskie	40	1305	6,3	96,7	11467	467751	1282	41
Lubelskie	50	2205	10,2	94,9	17793	758190	2077	43
Lubuskie	31	1794	17,8	98,8	10396	608761	1668	59
Łódzkie	56	1949	7,7	92,5	23359	703323	1927	30
Małopolskie	45	1794	5,4	94,3	18984	626435	1716	33
Mazowieckie	125	4404	8,4	88,9	40161	1396175	3825	35
Opolskie	25	1105	10,7	93,2	9428	378328	1037	40
Podkarpackie	27	1365	6,5	98,0	14438	469811	1287	33
Podlaskie	31	1199	10,1	95,4	12625	386924	1060	31
Pomorskie	66	2211	9,9	91,8	18712	752627	2062	40
Śląskie	97	4074	8,8	93,3	35931	1900008	5206	53
Świętokrzyskie	18	934	7,3	96,6	10123	317970	871	31
Warmińsko-mazurskie	36	1185	8,3	90,1	12381	423425	1160	34
Wielkopolskie	55	2463	7,2	96,3	25437	848859	2326	33
Zachodniopomorskie	30	1087	6,4	96,1	11798	403072	1104	34

* Z pełnym ruchem międzyoddziałowym – również w ramach oddziałów o tych samych profilach.

Tabela 3.6. Zakłady psychiatryczne, liczba łóżek, liczba leczonych w 2010 roku według województw

Województwo	Liczba oddziałów	Łóżka rzeczywiste			Leczeni			
		liczby bezwzględne	wskaźnik na 10 000 ludności	średnie wykorzystanie łóżka w %	liczbapobytów ogółem*	liczba osobodni leczenia	średni dzienny stan chorych	średni czas hospitalizacji (w dniach)
POLSKA 2010	**804**	**31980**	**8,4**	**80,3**	**251021**	**9372472**	**25678**	**37**
Dolnośląskie	70	2649	9,2	92,8	18931	896997	2458	47
Kujawsko-pomorskie	41	1327	6,4	100,9	11799	488751	1339	41
Lubelskie	51	2242	10,4	91,4	17352	747980	2049	43
Lubuskie	33	1805	17,9	96,2	10378	634110	1737	61
Łódzkie	55	1965	7,8	88,9	23374	637711	1747	27
Małopolskie	46	1831	5,5	88,2	18879	589376	1615	31
Mazowieckie	132	4410	8,4	89,9	39816	1446712	3964	36
Opolskie	26	1140	11,1	88,9	9506	369919	1013	39
Podkarpackie	28	1346	6,4	91,9	13579	451611	1237	33
Podlaskie	31	1213	10,2	88,3	12516	390803	1071	31
Pomorskie	66	2137	9,5	96,6	16404	753771	2065	46
Śląskie	88	4112	8,9	x	x	x	x	x
Świętokrzyskie	18	959	7,6	92,0	10599	322036	882	30
Warmińsko-mazurskie	35	1190	8,3	89,3	11518	387687	1062	34
Wielkopolskie	55	2491	7,3	95,5	24790	868231	2379	35
Zachodniopomorskie	29	1163	6,9	91,1	11580	386777	1060	33

* Z pełnym ruchem międzyoddziałowym – również w ramach oddziałów o tych samych profilach.

Załącznik nr 4 Dynamika nasycenia aparaturą medyczną

Dynamika wzrostu w latach 2009-2012 liczby wysokospecjalistycznych aparatów medycznych w stacjonarnych i ambulatoryjnych zakładach opieki zdrowotnej z uwzględnieniem sytuacji w województwach.

Tabela 4.1. Liczba dostępnych litotryptorów w latach 2009-2012 w Polsce

Kod OW	Rodzaj aparatu	Litotryptor											
	Województwo	2009			2010			2011			2012		
		Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych
01	Dolnośląskie	1	1	0	2	2	0	3	3	0	bd	bd	bd
02	Kujawsko--Pomorskie	11	7	11	11	7	11	11	7	11	5	4	1
03	Lubelskie	19	18	0	19	17	0	12	10	0	10	10	0
04	Lubuskie	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0
05	Łódzkie	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
06	Małopolskie	1	1	0	0	0	0	0	0	0	8	8	0

Kod OW	Rodzaj aparatu	Litotryptor											
	Województwo	2009			2010			2011			2012		
		Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych
07	Mazowieckie	16	16	0	14	14	0	12	12	0	9	9	0
08	Opolskie	4	4	2	4	4	2	4	4	2	bd	bd	bd
09	Podkarpackie	7	2	7	7	2	7	7	2	7	7	2	7
10	Podlaskie	5	5	0	5	5	0	5	5	0	4	2	2
11	Pomorskie	6	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Śląskie	20	19	1	21	20	2	27	26	2	40	40	2
13	Świętokrzyskie	6	5	2	5	5	1	5	4	1	5	4	1
14	Warmińsko-Mazurskie	4	4	0	4	4	0	4	4	0	bd	bd	bd
15	Wielkopolskie	22	22	0	22	22	0	24	24	0	4	2	2
16	Zachodnio-pomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0
POLSKA		**124**	**112**	**24**	**116**	**104**	**24**	**116**	**103**	**24**	**96**	**85**	**15**

Tabela 4.2. Liczba dostępnych aparatów do radioterapii w latach 2009-2012 w Polsce

Kod OW	Rodzaj aparatu	Aparaty do radioterapii											
	Województwo	2009			2010			2011			2012		
		Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych
01	Dolnośląskie	5	5	0	6	6	0	8	8	0	bd	bd	Bd
02	Kujawsko--Pomorskie	8	8	0	8	8	0	9	9	0	10	9	1
03	Lubelskie	4	4	0	4	4	0	4	4	0	7	7	0
04	Lubuskie	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3
05	Łódzkie	7	7	7	7	7	7	7	7	7	13	13	13
06	Małopolskie	6	6	0	9	9	0	8	8	0	10	10	0
07	Mazowieckie	11	11	0	13	13	3	12	12	0	17	17	0
08	Opolskie	3	3	3	3	3	3	3	3	3	bd	bd	bd
09	Podkarpackie	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7
10	Podlaskie	3	3	3	3	3	3	4	4	4	5	5	5

Kod OW	Rodzaj aparatu	Aparaty do radioterapii											
		2009			2010			2011			2012		
	Województwo	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych
11	Pomorskie	10	10	5	8	8	5	9	9	5	2	2	2
12	Śląskie	18	18	18	22	22	22	22	22	22	20	20	0
13	Świętokrzyskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9
14	Warmińsko--Mazurskie	2	2	2	2	2	2	2	2	2	bd	bd	bd
15	Wielkopolskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0
16	Zachodnio-pomorskie	5	4	1	4	3	1	6	5	2	7	7	7
POLSKA		**91**	**90**	**48**	**98**	**97**	**55**	**105**	**104**	**56**	**112**	**111**	**42**

Tabela 4.3. Liczba dostępnych mammografów w latach 2009-2012 w Polsce

Kod OW	Rodzaj aparatu	Mammograf										
	Województwo	2009			2010			2011			2012	
		Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych
01	Dolnośląskie	50	8	43	64	2	61	73	7	66	bd	bd
02	Kujawsko--Pomorskie	24	11	24	43	14	43	55	14	55	62	1
03	Lubelskie	50	1	46	64	2	48	76	10	68	73	3
04	Lubuskie	17	6	16	25	6	24	24	6	24	32	6
05	Łódzkie	32	32	32	45	45	45	49	49	49	77	77
06	Małopolskie	32	14	31	35	15	34	42	17	42	52	13
07	Mazowieckie	95	6	95	118	12	118	128	17	128	116	19
08	Opolskie	9	5	9	12	7	12	12	8	12	bd	bd
09	Podkarpackie	27	16	27	44	16	43	51	17	51	68	17
10	Podlaskie	34	0	34	34	0	34	34	0	34	30	0

Kod OW	Rodzaj aparatu	Mammograf										
		2009			2010			2011			2012	
	Województwo	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych
11	Pomorskie	62	4	62	67	4	67	90	10	90	67	10
12	Śląskie	97	25	97	99	25	99	117	24	117	120	32
13	Świętokrzyskie	7	1	7	10	1	10	10	6	10	29	4
14	Warmińsko--Mazurskie	9	6	8	8	5	7	30	6	29	bd	bd
15	Wielkopolskie	50	15	43	69	12	68	98	11	97	102	13
16	Zachodnio-pomorskie	23	7	22	27	6	26	51	7	43	63	0
POLSKA		**618**	**157**	**596**	**764**	**172**	**739**	**940**	**209**	**915**	**891**	**195**

Tabela 4.4. Liczba dostępnych angiografów w latach 2009-2012 w Polsce

Kod OW	Rodzaj aparatu	Angiograf											
	Województwo	2009			2010			2011			2012		
		Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych
01	Dolnośląskie	13	12	1	16	16	0	20	18	2	bd	bd	bd
02	Kujawsko--Pomorskie	11	8	4	11	8	4	10	7	4	12	12	2
03	Lubelskie	5	5	3	9	8	1	10	9	2	9	9	1
04	Lubuskie	8	6	3	9	6	4	10	8	4	4	4	3
05	Łódzkie	18	18	18	21	21	21	26	26	26	24	24	24
06	Małopolskie	9	9	0	8	8	0	11	11	0	12	12	0
07	Mazowieckie	38	34	11	50	45	13	51	51	12	101	86	28
08	Opolskie	5	5	5	7	7	7	9	9	4	bd	bd	bd
09	Podkarpackie	10	3	10	10	3	10	10	3	10	14	3	14
10	Podlaskie	4	4	0	5	5	0	5	5	0	8	8	0

Kod OW	Rodzaj aparatu	Angiograf											
	Województwo	2009			2010			2011			2012		
		Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych
11	Pomorskie	8	6	5	21	19	5	22	18	7	22	20	6
12	Śląskie	35	32	14	33	32	14	41	39	15	53	50	17
13	Świętokrzyskie	4	4	1	3	3	0	5	5	0	8	7	3
14	Warmińsko--Mazurskie	4	4	0	4	4	0	4	4	0	bd	bd	bd
15	Wielkopolskie	14	14	3	15	15	3	15	15	1	29	29	3
16	Zachodnio-pomorskie	6	4	3	7	4	3	7	4	3	12	11	7
POLSKA		**192**	**168**	**81**	**229**	**204**	**85**	**256**	**232**	**90**	**308**	**275**	**108**

Tabela 4.5. Liczba dostępnych Gamma Kamer w latach 2009-2012 w Polsce

Kod OW	Rodzaj aparatu	Gamma Kamera											
	Województwo	2009			2010			2011			2012		
		Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych
01	Dolnośląskie	8	1	7	9	1	8	11	1	8	bd	bd	bd
02	Kujawsko--Pomorskie	13	7	11	13	7	11	14	6	13	12	1	12
03	Lubelskie	3	3	3	3	3	3	3	3	3	7	7	7
04	Lubuskie	7	7	6	5	5	5	5	5	5	4	4	4
05	Łódzkie	11	11	11	13	13	13	14	14	14	11	11	11
06	Małopolskie	10	5	10	14	10	10	14	9	12	12	10	9
07	Mazowieckie	26	15	25	35	18	29	30	12	28	32	15	29
08	Opolskie	3	3	2	3	3	2	3	3	2	bd	bd	bd
09	Podkarpackie	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	3
10	Podlaskie	4	0	4	4	0	4	4	0	4	3	2	3
11	Pomorskie	3	0	3	3	0	3	5	0	5	2	0	2

Kod OW	Rodzaj aparatu	Gamma Kamera											
	Województwo	2009			2010			2011			2012		
		Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych
12	Śląskie	18	5	15	13	5	10	18	6	14	15	6	15
13	Świętokrzyskie	4	2	4	4	2	4	3	2	3	6	4	4
14	Warmińsko--Mazurskie	2	2	2	3	3	3	4	4	4	bd	bd	bd
15	Wielkopolskie	13	11	8	12	10	12	11	9	11	8	4	7
16	Zachodnio-pomorskie	4	2	2	5	2	3	5	2	3	6	5	5
POLSKA		**131**	**75**	**115**	**141**	**83**	**122**	**146**	**77**	**131**	**120**	**71**	**111**

Tabela 4.6. Liczba dostępnych aparatów PET w latach 2009-2012 w Polsce

Kod OW	Rodzaj aparatu	PET											
	Województwo	2009			2010			2011			2012		
		Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych
01	Dolnośląskie	1	0	1	1	0	1	1	0	1	bd	bd	bd
02	Kujawsko--Pomorskie	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	bd	2
03	Lubelskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
04	Lubuskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05	Łódzkie	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
06	Małopolskie	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	0	3
07	Mazowieckie	2	1	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3
08	Opolskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	bd	bd	bd
09	Podkarpackie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Podlaskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Pomorskie	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1

Kod OW	Rodzaj aparatu	PET											
		2009			2010			2011			2012		
	Województwo	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych
12	Śląskie	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3
13	Świętokrzyskie	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
14	Warmińsko--Mazurskie	1	0	1	1	0	1	1	0	1	bd	bd	bd
15	Wielkopolskie	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2
16	Zachodnio-pomorskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
POLSKA		**9**	**6**	**9**	**12**	**8**	**12**	**16**	**11**	**16**	**17**	**9**	**16**

Tabela 4.7. Liczba dostępnych aparatów MRI w latach 2009-2012 w Polsce

Kod OW	Rodzaj aparatu / Województwo	Rezonans magnetyczny (MRI)										
		2009			2010			2011			2012	
		Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych
01	Dolnośląskie	16	7	13	22	14	16	23	14	19	bd	bd
02	Kujawsko--Pomorskie	10	4	9	11	5	10	15	6	15	19	7
03	Lubelskie	3	2	3	6	4	6	10	10	10	11	8
04	Lubuskie	3	3	2	4	3	3	7	4	5	6	3
05	Łódzkie	11	11	11	14	14	14	20	20	20	20	18
06	Małopolskie	19	8	18	25	10	23	31	15	28	21	9
07	Mazowieckie	23	19	23	31	25	31	37	29	35	50	29
08	Opolskie	3	3	2	3	3	3	5	5	5	bd	bd
09	Podkarpackie	8	9	9	8	9	9	11	15	15	12	18
10	Podlaskie	5	0	5	6	0	6	6	0	6	6	5
11	Pomorskie	7	0	7	15	0	15	11	1	11	12	1

Kod OW	Rodzaj aparatu	Rezonans magnetyczny (MRI)										
		2009			2010			2011			2012	
	Województwo	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych
12	Śląskie	20	12	20	23	14	23	24	15	24	31	17
13	Świętokrzyskie	3	2	3	4	2	4	8	4	7	10	2
14	Warmińsko--Mazurskie	4	1	4	4	1	4	5	2	5	bd	bd
15	Wielkopolskie	9	6	7	13	7	11	13	7	1	18	9
16	Zachodnio-pomorskie	5	3	5	6	4	6	9	4	9	11	8
POLSKA		**149**	**90**	**141**	**195**	**115**	**184**	**235**	**151**	**225**	**227**	**134**

Tabela 4.8. Liczba dostępnych tomografów komputerowych w latach 2009-2012 w Polsce

Kod OW	Rodzaj aparatu	Tomografy komputerowe (CT scanner)											
	Województwo	2009			2010			2011			2012		
		Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych
01	Dolnośląskie	25	16	21	27	20	19	36	26	26	bd	bd	bd
02	Kujawsko--Pomorskie	13	7	10	17	10	15	27	17	23	36	18	28
03	Lubelskie	21	19	20	24	15	21	31	27	30	33	26	31
04	Lubuskie	10	9	10	12	10	12	12	10	12	10	9	9
05	Łódzkie	29	29	29	34	34	34	9	39	39	59	59	59
06	Małopolskie	48	26	44	48	28	44	48	35	44	40	32	37
07	Mazowieckie	55	51	52	70	63	65	85	73	78	100	92	77
08	Opolskie	9	9	9	11	11	11	11	11	11	bd	bd	bd
09	Podkarpackie	24	24	24	25	25	25	28	28	28	31	30	31
10	Podlaskie	6	0	6	13	0	13	16	0	16	13	13	13
11	Pomorskie	34	15	29	35	11	31	39	17	36	34	17	28

Kod OW	Rodzaj aparatu	Tomografy komputerowe (CT scanner)											
		2009			2010			2011			2012		
	Województwo	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych
12	Śląskie	62	43	60	64	48	60	66	45	64	75	55	64
13	Świętokrzyskie	15	8	15	14	9	13	24	16	22	24	17	19
14	Warmińsko--Mazurskie	11	8	11	11	8	11	12	8	12	bd	bd	bd
15	Wielkopolskie	44	37	34	48	40	40	43	38	39	58	42	51
16	Zachodnio-pomorskie	14	13	14	14	13	14	15	14	15	20	19	20
POLSKA		**420**	**314**	**388**	**467**	**345**	**428**	**532**	**404**	**495**	**533**	**429**	**467**

Tabela 4.9. Podsumowanie dynamiki liczby wysokospecjalistycznych aparatów medycznych w latach 2009-2012 w Polsce

Kod OW	PODSUMOWANIE											
	2009			2010			2011			2012		
	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych	Łączna liczba aparatów dostępnych w ZOZ	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów hospitalizowanych	Liczba aparatów dostępnych dla pacjentów ambulatoryjnych
TK	420	314	388	467	345	428	532	404	495	533	429	467
MRI	149	90	141	195	115	184	235	151	225	227	134	212
PET	9	6	9	12	8	12	16	11	16	17	9	16
Gamma Kamery	131	75	115	141	83	122	146	77	131	120	71	111
Angiograf	192	168	81	229	204	85	256	232	90	308	275	108
Mammograf	618	157	596	764	172	739	940	209	915	891	195	841
Radioterapia	83	82	48	90	89	55	96	95	56	112	111	42
Litotrypory	124	112	24	116	104	24	116	103	24	96	85	15

Tabela 4.10. Aparatura oddziałów położniczych i noworodkowych szpitali ogólnych w Polsce w 2012 roku

Rodzaj aparatu / Województwo	Dolnośląskie	Kujawsko-Pomorskie	Lubelskie	Lubuskie	Łódzkie	Małopolskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Śląskie	Świętokrzyskie	Warmińsko-Mazurskie	Wielkopolskie	Zachodnio-pomorskie	**OGÓŁEM**
Aparat KTG	205	105	156	106	151	178	385	80	171	76	108	279	84	122	232	128	**2496**
Stanowisko do resuscytacji noworodków	93	34	46	34	53	70	94	3	57	30	45	93	30	34	94	bd	**810**
Aparat do wspomagania oddychania noworodków	82	22	22	22	34	51	89	14	74	19	19	89	34	30	35	23	**659**
Aparat Cool-Cap (do zmniejszania skutków niedotlenienia noworodków)	1	0	0	0	0	1	2	3	1	0	0	1	6	2	3	1	**21**
Ogrzewacz noworodkowy	103	44	92	46	62	88	224	7	60	70	31	93	59	39	86	bd	**1104**
Inkubator	330	126	145	103	131	195	422	107	189	82	133	431	111	143	250	138	**3036**

Źródło: Informacje wojewodów

Załącznik nr 5 **Ochrona zdrowia w strategiach krajowych i wojewódzkich**
(Wyciąg z zapisów krajowych i wojewódzkich dokumentów strategicznych)

I. Ochrona zdrowia w strategiach krajowych

W nowym systemie zarządzania rozwojem Polski do podstawowych krajowych dokumentów strategicznych, w oparciu o które prowadzona jest i będzie w najbliższej przyszłości polityka rozwoju kraju, należą:

- *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności*, określająca główne trendy, wyzwania oraz koncepcję rozwoju kraju w perspektywie długookresowej – Uchwała Rady Ministrów nr 16 z dnia 05.02.2013 r. opublikowana w MP z 01.03.2013 r. poz.121.

- *Strategia Rozwoju Kraju 2020* – najważniejszy dokument w perspektywie średniookresowej, określający cele strategiczne rozwoju kraju do 2020 roku – Uchwała Rady Ministrów nr 157 z dnia 25.09.2012 r. opublikowana w MP z 2012 r. poz. 882.

- Strategie Zintegrowane służące realizacji założonych w ww. strategiach celów rozwojowych:

1. *Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, miasta, obszary wiejskie* – Uchwała Rady Ministrów Nr 36 z dnia 13 lipca 2010 r. (MP z 2011 r. Nr 36 poz. 423)

2. *Strategia Zrównoważonego Rozwoju Wsi, Rolnictwa i Rybactwa na lata2012-2020* – Uchwała Rady Ministrów Nr 163 z dnia 25 kwietnia 2012 r. (MP z 2012 r. poz. 839)

3. *Strategia Innowacyjności i Efektywności Gospodarki „Dynamiczna Polska 2020"* – Uchwała Rady Ministrów Nr 7 z dnia 15.01.2013 r. (MP z 2013 r. poz. 73)

4. *Strategia Rozwoju Transportu do 2020 r. (z perspektywą do 2030 r.)* – Uchwała Rady Ministrów Nr 6 z dnia 22.01.2013 r. (MP z 2013 r. poz. 75)

5. *Strategia Sprawne Państwo 2020* – Uchwała Rady Ministrów Nr 17 z dnia 12.02.2013 r. (MP z 2013 r. poz.136)

6. *Strategia Bezpieczeństwo Energetyczne i Środowisko – perspektywa do 2020 r.* – Uchwała Rady Ministrów Nr 58 z dnia 15.04.2014 r. MP z 2014 r. poz. 469)

7. *Strategia Rozwoju Kapitału Społecznego 2020* – Uchwała Rady Ministrów Nr 61 z dnia 26.03.2013 r. (MP z 2013 r. poz. 378)

8. *Strategia Rozwoju Systemu Bezpieczeństwa Narodowego Reczypospolitej Polskiej 2022* – Uchwała Rady Ministrów Nr 67 z dnia 09.04.2013 r. (MP z 2013 r. poz. 377)

9. *Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020* – Uchwała Rady Ministrów Nr 104 z dnia 18. 06. 2013 r. (MP z 2013 r. poz. 640)

Problemy ochrony zdrowia oraz cele i kierunki interwencji w tym obszarze zostały uwzględnione w Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju Polska 2030 – DSRK i w Strategii Rozwoju Kraju 2020 – ŚSRK oraz w strategiach zintegrowanych w szczególności w:

- Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego,

- Strategii Sprawne Państwo,

- Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego – Regiony – miasta – obszary wiejskie,

- Strategii Innowacyjności i Efektywności Gospodarki Dynamiczna Polska 2020,

- Strategii Zrównoważonego Rozwoju Wsi, Rolnictwa i Rybactwa na lata 2012-2020.

1. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju Polska 2030

Celem głównym *Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju Polska 2030. Trzecia Fala Nowoczesności* jest poprawa jakości życia Polaków.

W świetle zapisów strategii, zapewnienie efektywnej opieki zdrowotnej jest jednym z kluczowych warunków dla tworzenia optymalnego rozwoju w XXI wieku. W DSRK inwestycje w zdrowie traktowane są jako tzw. wydatki prorozwojowe, dzięki którym możliwe jest dążenie do kompleksowego rozwoju „jakości życia" jako dobrostanu w różnych obszarach bytu, które przejawia się m.in. w długości życia w zdrowiu.

Z punktu widzenia długofalowych wyzwań rozwojowych Polski najistotniejsze staje się stworzenie warunków dla poprawy wskaźników dzietności, modernizacja struktury wydatków publicznych, co oznacza wzrost inwestycji publicznych, nakładów na naukę, badania, kulturę oraz **zdrowie**. Długofalowy rozwój Polski, a także istotnie zwiększenie szans na osiągnięcie zakładanych celów zatrudnienia osób w wieku 60+ nie będą możliwe bez znacząco większych nakładów na profilaktykę i promocję prozdrowotnych wzorców stylu życia.

Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju 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. pn. Rozwój kapitału ludzkiego poprzez wzrost zatrudnienia i stworzenie „*workfare state*"[1].

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 warunków, które prowadzą do większej zapadalności na choroby cywilizacyjne (głównie nowotwory, choroby układu oddechowego, układu krążenia, cukrzycę i choroby psychiczne). Zgodnie z zapisami strategii niezbędne jest zintensyfikowanie działań profilaktycznych promujących zdrowy styl życia, wdrożenie działań eliminujących różnice w zdrowiu wynikające między innymi z uwarunkowań społecznych oraz poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych, tak aby umożliwić szybki i efektywny powrót na rynek pracy.

Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju definiuje w obszarze zdrowia następujące kierunki interwencji:

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

Powyższe zostanie osiągnięte m.in. poprzez wprowadzenie zmian w zarządzaniu i finansowaniu ochrony zdrowia w obszarach o zasadniczym znaczeniu dla sprostania obecnym i nadchodzącym wyzwaniom cywilizacyjnym, gospodarczym i demograficznym. Wskazany kierunek interwencji realizowany będzie również poprzez wdrażanie systemów stałej poprawy jakości w ochronie zdrowia, poprawę infrastruktury ochrony zdrowia, rozwój bazy dydaktycznej uczelni medycznych oraz instytutów naukowych.

– 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.

W ramach przedmiotowego kierunku interwencji 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 kardiochirurgia dziecięca, chirurgia dziecięca, neurologia dziecięca, psychiatria dziecięca, hematologia i onkologia dziecięca itd.) Kluczowe w ramach ww. kierunku jest z jednej strony zwiększenie zakresu programów zdrowotnych skierowanych do młodych kobiet w okresie ciąży i połogu oraz dostosowanie opieki prenatalnej do modelu późnego macierzyństwa. Z drugiej strony odrębnym obszarem działań w zakresie dostosowania systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych zmian jest rozpoczęcie działań mających na celu wdrożenie holistycznych standardów opieki nad osobami w wieku geriatrycznym poprzez między innymi rozwój nowoczesnej infrastruktury w obszarze geriatrii, dostosowanie kształcenia kadr medycznych do identyfikowanych potrzeb oraz nowoczesną organizację geriatrycznych świadczeń zdrowotnych.

[1] workfare state – system, w którym podstawowym czynnikiem odpowiedzialnym za indywidualny dobrostan jest zatrudnienie

– 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.

Działania w ww. zakresie interwencji będą ukierunkowane przede wszystkim na kontynuowanie przedsięwzięć mających na celu zapewnienie wysokiej jakości usług zdrowotnych poprzez m.in. rozwój nowoczesnej infrastruktury, innowacyjnych technologii medycznych w priorytetowych dziedzinach, jak również poprzez dostosowanie modelu kształcenia kadr medycznych do potrzeb systemu opieki zdrowotnej.

– 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.

W ramach tej interwencji nastąpi intensyfikacja działań ukierunkowanych na realizację programów ogólnospołecznych promujących działania profilaktyczne, monitorowanie nowych zagrożeń i poprawa dostępności programów prozdrowotnych, identyfikacja grup ryzyka i określenie optymalnej struktury działań profilaktycznych, realizacja działań profilaktycznych, kształtowanie powszechnej świadomości zdrowotnej i zdrowego stylu życia.

2. Strategia Rozwoju Kraju 2020

SRK 2020 wskazuje ścieżki dojścia do wyznaczonych poziomów wskaźników szczegółowych dziewięciu strategii zintegrowanych. Strategia wytycza kluczowe obszary, na których koncentrować się będą główne działania oraz określa, jakie interwencje są niezbędne w perspektywie średniookresowej w celu przyspieszenia procesów rozwojowych. Tym samym stanowi ona odniesienie dla nowej generacji dokumentów strategicznych przygotowywanych w Polsce na potrzeby programowania środków Unii Europejskiej na lata 2014-2020. Strategia koncentruje się na czynnikach umożliwiających realizację głównych celów i obszarów rozwojowych. Wskazuje następstwo procesów rozwojowych w różnych obszarach i ich wzajemne zależności.

Do 2020 r. akcent strategiczny zostanie położony przede wszystkim na wzmacnianie potencjałów, które w przyszłości zagwarantują długofalowy rozwój. Jednym z tych obszarów jest obszar ochrony zdrowia.

Głównym wyzwaniem w zakresie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej określonym w SRK 2020 jest jego dostosowanie do trwających procesów związanych ze starzeniem się ludności Polski. W tym kontekście konieczne będzie m.in. dopasowanie podaży usług zdrowotnych do zmieniającego się z uwagi na uwarunkowania demograficzne i epidemiologiczne popytu oraz wprowadzenie rozwiązań wspierających opiekę nad osobami starszymi. Działania z zakresu zdrowia publicznego, zmierzające w konsekwencji do wydłużenia aktywności zawodowej są jednym ze strategicznych zadań państwa w perspektywie średniookresowej. W ramach urzeczywistniania idei zdrowego starzenia się priorytetowe znaczenie będą miały precyzyjnie adresowane działania profilaktyczne, kampanie informacyjne popularyzujące zdrowy styl życia, w tym przede wszystkim w środowisku pracy. Działania profilaktyczne ukierunkowane powinny być na przeciwdziałanie i zwalczanie chorób cywilizacyjnych.

Głównym założeniem SRK 2020 jest zapewnienie prorozwojowej realokacji wydatków publicznych obejmujących m.in. edukację, zdrowie, transport, infrastrukturę komunikacyjną, środowisko, badania i rozwój oraz kulturę. Realizacja powyższego założenia jest jednym z kluczowych celów SRK 2020, tj. Celu I.2. *Zapewnienie środków na działania rozwojowe.* W ramach przedmiotowego celu podejmowane będą działania zmierzające do modernizacji struktury wydatków publicznych, poprawy efektywności wydatkowania środków publicznych, a także zwiększenia bezpieczeństwa obywatela między innymi poprzez:

– wprowadzenie zmian w systemie opieki zdrowotnej (zmiany w modelu finansowania zarządzania – dodatkowe źródła finansowania, zwiększenie efektywności),

– rozwój infrastruktury ochrony zdrowia, w tym infrastruktury opieki długoterminowej, uwzględniający trendy demograficzne i profil zdrowotny społeczeństwa,

– podnoszenie wiedzy i świadomości konsumentów w zakresie zasad zdrowego żywienia i profilaktyki chorób,

– działania z zakresu zdrowia publicznego (precyzyjnie adresowana profilaktyka, kampanie informacyjne i popularyzacyjne) realizowane na różnych poziomach (szkoła, praca, media) w zakresie chorób krążenia i nowotworów,

– kształtowanie świadomości zdrowotnej i zdrowego stylu życia poprzez promocję i edukację zdrowotną (zwłaszcza wśród osób o najniższym statusie społeczno-ekonomicznym) oraz wzrost poziomu aktywności fizycznej, ze szczególnym uwzględnieniem promocji aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży.

Zagadnienia związane z funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej zawarte są również w obszarze strategicznym III pn. *Spójność społeczna i terytorialna*: Cel III.1 ***Integracja społeczna*** oraz Cel III. 2 ***Zapewnienie dostępu i określonych standardów usług publicznych***, w ramach których zakładany jest m.in. zwiększony dostęp do rehabilitacji, tworzenie warunków dla rozwoju oraz promocja aktywności zawodowej i społecznej seniorów, jak również podnoszenie jakości i dostępności usług publicznych, do których zaliczane są usługi zdrowotne.

SRK 2020 stanowi bazę dla 9 strategii zintegrowanych, które powinny przyczyniać się do realizacji celów założonych w ww. dokumencie, a zaprojektowane w nich działania – rozwijać i uszczegółowić reformy wskazane w SRK 2020. Zadaniem zintegrowanych strategii będzie sprecyzowanie kierunków działania i przedstawienie instrumentów realizujących wskazane zadania państwa.

3. Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego

Celem głównym SRKL jest rozwijanie kapitału ludzkiego poprzez wydobywanie potencjałów osób, tak aby mogły one w pełni uczestniczyć w życiu społecznym, politycznym i ekonomicznym na wszystkich etapach życia. W tym kontekście działania zmierzające do poprawy zdrowia populacji stanowią istotny czynnik warunkujący kompleksowy rozwój kapitału ludzkiego.

W *Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego* poszczególne narzędzia implementacyjne zostały przedstawione w kolejnych fazach cyklu życia – cyklu kariery zawodowej, tj:

1. wczesne dzieciństwo;
2. edukacja szkolna;
3. edukacja wyższa;
4. aktywność zawodowa;
5. rodzicielstwo;
6. starość.

Problemy oraz planowane działania dotyczące ochrony zdrowia zostały opisane w SRKL w ramach dwóch celów szczegółowych:

Cel szczegółowy 2: Wydłużenie okresu aktywności zawodowej i zapewnienie efektywnego funkcjonowania osób starszych.

Kierunki interwencji:

– Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad matką i dzieckiem;

– Zwiększenie dostępności do ambulatoryjnych i szpitalnych świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii;

– Rozwój systemu usług adresowanych do osób niesamodzielnych i ich rodzin, w tym rozwój opieki długoterminowej.

Cel szczegółowy 4: Poprawa zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej.

– Dostosowanie opieki zdrowotnej do wyzwań demograficznych poprzez działania odpowiadające potrzebom i oczekiwaniom w szczególności matek i dzieci oraz osób starszych, a także uwzględnienie aktualnych i prognozowanych trendów epidemiologicznych;

– Zmniejszenie liczby zachorowań i przedwczesnych zgonów poprzez zintensyfikowanie działań profilaktycznych i leczniczych skoncentrowanych na najbardziej istotnych z punktu widzenia zachorowalności i śmiertelności jednostkach chorobowych;

– Zmniejszenie liczby wypadków w pracy i chorób zawodowych poprzez wzrost poziomu bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym rozwój kultury bezpieczeństwa i realizacja programów profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie chorobom zawodowym;

– Kształtowanie zdrowego stylu życia poprzez promocję zdrowia, edukację zdrowotną oraz pro-środowiskową, w tym poprawa poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa i zmniejszenie liczby zachowań ryzykownych dla zdrowia, tj. palenia tytoniu, nadużywania alkoholu, używania narkotyków, ryzykownych zachowań seksualnych, oraz nieodpowiedniej diety;

– Ograniczenie śmiertelności z przyczyn zewnętrznych, w szczególności wynikających z wypadków komunikacyjnych;

– Dostosowanie do potrzeb systemu opieki zdrowotnej modelu kształcenia kadr medycznych i innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia;

– Zwiększenie wiedzy i świadomości pacjentów oraz personelu medycznego w zakresie możliwości wykorzystywania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w ochronie zdrowia;

– Rozwój sieci wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i przewlekle psychicznie chorych;

– Rozwój alternatywnych wobec opieki instytucjonalnej form opieki środowiskowej dla osób przewlekle chorych, starszych, niesamodzielnych;

– Kształcenie edukatorów zdrowia odpowiedzialnych za realizację działań w obszarze promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w środowisku lokalnym;

– Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług medycznych, w tym nowoczesnej rehabilitacji;

– Wzrost nakładów na ochronę zdrowia z jednoczesną optymalizacją wykorzystania całości wydatków kierowanych na ochronę zdrowia pochodzących z budżetu państwa, samorządów oraz środków prywatnych ponoszonych na zakup leków oraz usług medycznych.

Cele i działania właściwe dla obszaru zdrowia zostały w związku z powyższym przyporządkowane w sposób następujący:

Etap 1: Wczesne dzieciństwo – priorytetem w odniesieniu do tej fazy życia jest odwołanie się do działań, które mogą pozwolić wyjść z fazy głębokiego niżu demograficznego, a także pozwolą wyrównywać od najwcześniejszych chwil życia szanse wśród dzieci:

– ***Podnoszenie ogólnego poziomu opieki nad matką i dzieckiem***: proponowane w tym kierunku interwencji działania skoncentrowane będą przede wszystkim na poprawie dostępności i jakości świadczeń położniczo-ginekologicznych, neonatologicznych i pediatrycznych. Największe znaczenie mieć będzie efektywne wdrożenie standardu opieki okołoporodowej (planowane są np. działania szkoleniowe skierowane do kadry medycznej) oraz istotna poprawa świadomości zdrowotnej i umiejętności kobiet w ciąży i młodych matek w zakresie opieki nad dzieckiem począwszy od najwcześniejszego etapu życia. Przewiduje się działania z zakresu edukacji zdrowotnej dla kobiet w okresie ciąży (np. w zakresie eliminacji zachowań ryzykownych dla zdrowia, tj.: picie alkoholu, palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej, nieprawidłowa dieta). Powyższe działania powinny doprowadzić do lepszej efektywności systemu opieki nad matką i dzieckiem, a także, poprzez pozytywne doświadczenia, ułatwić podejmowanie decyzji o posiadaniu kolejnego dziecka.

– ***Dostosowanie opieki prenatalnej do modelu późnego macierzyństwa***: powyższy kierunek interwencji jest odpowiedzią na procesy jakie zachodzą w polskim społeczeństwie, a skutkujące opóźnianiem decyzji o posiadaniu dzieci. W ramach tego kierunku interwencji planuje się realizowanie programów zdrowotnych dedykowanych diagnostyce i terapii wewnątrzmacicznej. Ponadto kontynuowane i wzmacniane będą programy obejmujące przesiewowe badania noworodków, w tym diagnostykę chorób rzadkich oraz programy mające na celu wsparcie par, u których zdiagnozowano niepłodność. Przewiduje się również działania mające na celu poprawę dostępności do badań prenatalnych.

Etap 2: Edukacja szkolna – priorytetem w odniesieniu do tej fazy życia jest wdrażanie działań, które mogą pozwolić na podniesienie jakości edukacji szkolnej, spójności społecznej, w zakresie jej roli integracyjnej, socjalnej i prewencyjnej, a w szczególności w zakresie kształtowania zdrowego stylu życia poprzez edukację zdrowotną:

– ***Rozwój postaw prozdrowotnych oraz prośrodowiskowych wśród dzieci i młodzieży, a także zmniejszających ryzyko wypadków i urazów***. Oba te wymiary odnoszą się przy tym nie tylko do zadań edukacji szkolnej, ale także odpowiedzialności rodziców i innych instytucji (np. lekarzy rodzinnych, władz lokalnych odpowiedzialnych za tworzenie warunków dla zdrowia). W ramach tego kierunku interwencji planowane jest wdrożenie narzędzi systemowego badania postaw prozdrowotnych nauczycieli oraz uczniów, powszechne wdrożenie modelu nowoczesnej, innowacyjnej i atrakcyjnej szkoły promującej zdrowie, wzmocnienie w zakresie promocji zdrowia wśród uczniów, w tym w zakresie wychowania komunikacyjnego.

Etap 3: Edukacja na poziomie wyższym – priorytetem dla tej fazy życia jest wdrażanie działań mających na celu poprawę jakości kształcenia oraz lepsze dostosowanie kompetencji absolwentów do wymagań rynku pracy:

– ***Dostosowania do prognozowanych potrzeb systemu opieki zdrowotnej, modelu kształcenia kadr medycznych i innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia***, w szczególności w kontekście zmian demograficznych. W ramach tego kierunku interwencji planowane jest kontynuowanie podejmowanych już obecnie działań zmierzających do zwiększenia liczby osób studiujących kierunki medyczne np. poprzez wprowadzenie programu tzw. kierunków zamawianych przez Ministra Zdrowia, jak również wprowadzenie nowych narzędzi zachęcających i promujących nowe kierunki mające istotny wpływ na system opieki zdrowotnej. Przewiduje się także opracowanie i wdrożenie innowacyjnych programów stypendialnych dla studentów, doktorantów i pracowników naukowych uczelni medycznych. Ponadto, planuje się wzmocnienie bazy dydaktycznej uczelni medycznych w szczególności w aspekcie upraktyczniania kształcenia i wdrażania innowacyjnych metod nauczania i sprawdzania osiągnięć dydaktycznych np. poprzez egzaminy OSCE z wykorzystaniem symulacji medycznej. W ramach tego kierunku interwencji planowane są także działania mające na celu monitorowanie zapotrzebowania na kadry medyczne oraz wsparcie sytemu kształcenia podyplomowego zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

Etap 4: Aktywność zawodowa, uczenie się dorosłych i rodzicielstwo – priorytetem w odniesieniu do tej fazy życia jest wdrażanie działań mających na celu zwiększanie liczby osób aktywnych zawodowo i podejmujących zatrudnienie, co jest kluczowe dla rozwoju gospodarczego i zwiększania innowacyjności polskiej gospodarki.

Program przejścia od *welfare state* do *workfare state*, czyli systemu, w którym podstawowym czynnikiem odpowiedzialnym za indywidualny dobrostan jest zatrudnienie, nie zrealizuje się, jeżeli nie uda się poprawić – w istotny sposób – stanu zdrowia populacji. Wymiar ten ma jednak i szersze znaczenie: kondycja zdrowotna w oczywisty sposób wpływa bowiem na dobrostan jednostki i tym samym powinna być stawiana na centralnej pozycji. Biorąc pod uwagę sytuację epidemiologiczną planuje się:

– ***Zwiększenie skali i efektywności działań ukierunkowanych przede wszystkim na zmniejszenie zachorowalności i liczby zgonów z przyczyn stanowiących największe zagrożenie epidemiologiczne***. W ramach tego kierunku interwencji planowane są działania mające na celu między innymi zmniejszenie zachorowalności i liczby zgonów z powodu chorób cywilizacyjnych, a w szczególności chorób układu krążenia (około 50% przyczyn zgonów), chorób nowotworowych (około 30% przyczyn zgonów), udarów mózgu, cukrzycy, chorób i zaburzeń psychicznych oraz wypadków, urazów i innych przyczyn zewnętrznych. W związku z powyższym przewiduje się opracowanie i wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących zdrowia publicznego, kontynuowanie obecnych i opracowywanie nowych programów zdrowotnych uwzględniających zarówno inwestycje w infrastrukturę, jak też zasoby kadrowe ochrony zdrowia.

– ***Wzrost świadomości w zakresie kształtowania warunków pracy przez powszechny rozwój kultury bezpieczeństwa w społeczeństwie***. Niezbędne jest w tym celu podejmowanie działań edukacyjnych podnoszących świadomość społeczną w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w pracy, w tym m.in. przez prowadzenie odpowiednich kampanii społecznych.

– **Stworzenie i upowszechnienie rozwiązań pozwalających na poprawę kondycji zdrowotnej i dłuższą aktywność zawodową (sabbatical[2])**, jako narzędzia wspierającego pełne wykorzystywanie potencjału pracowników, szczególnie poprzez radzenie sobie z wypaleniem zawodowym oraz poprzez rozwój i mobilność kadr.

[2] Sabbatical – model urlopu pozwalający na poprawę kondycji zdrowotnej i dłuższą aktywność zawodową

Etap 5: Starość – priorytetem w odniesieniu do tej fazy życia jest wdrażanie działań, które będą miały na celu wspieranie osób starszych, aby były jak najdłużej zdrowe, aktywne społecznie i zawodowo. W kontekście oczekiwanego starzenia się społeczeństwa kluczowe jest stworzenie:

– ***Nowego modelu opieki nad osobami niesamodzielnymi***, który będzie wspierał osoby niesamodzielne poprzez upowszechnienie opiekunów rodzinnych oraz zapewniał odpowiednią podaż oraz jakość usług pielęgnacyjno-opiekuńczych. Decydujące znaczenie mieć będą te działania, które zmierzają do uszczelnienia i poprawy efektywności obecnie istniejącego systemu (między innymi poprzez jednoznaczne zdefiniowanie niesamodzielności, poprawę systemu orzecznictwa, określenie katalogu usług opiekuńczych i minimalnych standardów usług). Wprowadzony zostanie również system wspierania rodzin, które zdecydowały się na opiekę nad osobami niesamodzielnymi w rodzinie. W szczególności chodzi tu o kształcenie w zakresie opieki i rehabilitacji, wypożyczania sprzętu rehabilitacyjnego oraz refundację części kosztów z tym związanych. Działania te stanowić będą przygotowanie do kolejnych etapów zmian systemowych, w tym w zakresie finansowania.

– ***Zwiększenie dostępności i jakości opieki nad osobami starszymi***, w tym poprawa dostępności i jakości świadczeń geriatrycznych, rozwój ambulatoryjnych i stacjonarnych placówek geriatrycznych, wdrożenie całościowej oceny geriatrycznej w opiece szpitalnej i ambulatoryjnej oraz rozwój opieki długoterminowej. Planowana jest intensyfikacja już podjętych działań zmierzających do zwiększenia potencjału i rozszerzenia zakresu opieki geriatrycznej (lepsze przygotowanie kadry medycznej pozwoli na efektywniejsze działania w zakresie profilaktyki i leczenia osób w wieku starszym). Przewiduje się 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). Ponadto, planowane są działania mające na celu rozwijanie instytucjonalnych form wsparcia opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi (rozwijanie np. sieci wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego i wspomagającego kompensowanie utraconej sprawności poprzez wykorzystanie nowoczesnych technologii). Powyższe działania przyczynią się do poprawy jakości życia osób starszych i przewlekle chorych oraz wpłyną pozytywnie na wzrost ich samodzielności przy wykonywaniu czynności dnia codziennego.

Przyjęte w SRKL podejście do kwestii procesu wydłużenia aktywności zawodowej poprzez konsekwentne eliminowanie barier zdrowotnych już na wczesnym etapie życia oraz poprzez rozwój usług medycznych dla osób starszych wyraża nowe podejście do kwestii aktywnego i zdrowego starzenia się, jak również poprzez rozwój medycznego rynku pracy.

4. Strategia Sprawne Państwo

Celem głównym SSP jest zwiększenie skuteczności i efektywności państwa otwartego na współpracę z obywatelami. Zakres przedmiotowy strategii obejmuje następujące zagadnienia: poprawa efektywności instytucji publicznych, podnoszenie jakości kadr administracji rządowej i samorządowej, zarządzanie rozwojem kraju, jakość tworzenia i wdrażania instrumentów regulacyjnych i legislacyjnych, funkcjonowanie wymiaru sprawiedliwości, bezpieczeństwo publiczne, prawa konsumenta, komunikację i dialog, usługi publiczne, pozycję międzynarodową kraju, technologie informacyjno – komunikacyjne, **efektywność systemu opieki zdrowotnej**.

W Strategii Sprawne Państwo wskazano, iż system opieki zdrowotnej jest jednym z najtrudniejszych i najbardziej wrażliwych obszarów zarządzania w sferze publicznej. W obliczu obecnych i prognozowanych trendów demograficznych, wzrostu jakości życia, przeobrażeń w strukturze zachorowalności oraz umieralności, postępującej informatyzacji wszystkich sfer życia oraz rozwoju technologicznego, jak również mając na uwadze światowe uwarunkowania ekonomiczne wpływające na sytuację finansów publicznych, istotnym wyzwaniem jest poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej w ujęciu całościowym. Powyższe prognozy, jak również zidentyfikowane w Polsce nierówności w korzystaniu z opieki zdrowotnej stanowią przyczynek do niezbędnych międzysektorowych działań, w szczególności do usprawnień w organizacji systemu opieki zdrowotnej realizowanych w sposób, który zapewni wysoką dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwo i satysfakcję pacjentów, przy jednoczesnej optymalizacji kosztów. Jednym z działań priorytetowych w tym kierunku będzie uporządkowanie kompetencji i funkcji instytucji systemu opieki zdrowotnej (w tym decentralizacja zarządzania) oraz wprowadzenie nowoczesnych metod rachunku i zasad raportowania i rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych, tak aby skonsolidować i zoptymalizować korzystanie z zasobów, jakimi dysponuje system.

Wyzwania stojące przed systemem opieki zdrowotnej wymagają wzmacniania i pogłębiania zmian, które koncentrują się na oczekiwaniach i potrzebach pacjenta. Zmiany te będą miały charakter kompleksowy, zmierzający do poprawy efektywności systemu jako całości, stawiający za cel nadrzędny stałą poprawę stanu zdrowia społeczeństwa polskiego. Konieczne w tym kierunku będą właściwie skoordynowane działania nie tylko z zakresu polityki zdrowotnej reagującej

na aktualne trendy, tj. starzenie, migracje czy spadek dzietności, ale także działania kierunkowe, tj. wdrażanie usprawnień w obszarze efektywnej gospodarki produktami leczniczymi, przejawiające się m.in. w dążeniu do obniżenia poziomu współpłacenia przez pacjenta za leki refundowane, wzmocnienie zarządzania informacją medyczną ułatwiające koordynację procesu leczenia, wzrost poziomu inwestycji w niezbędną infrastrukturę medyczną, zapewnienie samowystarczalności Polski w zakresie krwi i jej składników, wspieranie innowacji i korzystania ze zdobyczy technologii.

W odniesieniu do obszaru „Zdrowie" – Strategia SP wskazuje następujące cele:

W ramach celu 5 „Efektywne świadczenie usług publicznych" ***5.1 Efektywny system ochrony zdrowia:***

Kierunek interwencji 5.1.1

Poprawa infrastruktury ochrony zdrowia, bazy dydaktycznej uczelni medycznych oraz instytutów badawczych.

Działania:

– zintensyfikowanie działań inwestycyjnych w infrastrukturę ochrony zdrowia,

– dostosowanie obecnej infrastruktury do potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnej,

– modernizacja istniejącej infrastruktury ochrony zdrowia,

– wzrost nakładów na inwestycje, innowacje, badania i rozwój w ochronie zdrowia.

Kierunek interwencji 5.1.2.

Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz poprawa zarządzania systemem opieki zdrowotnej i informacją medyczną.

Działania:

– uporządkowanie kompetencji i funkcji instytucji systemu opieki zdrowotnej oraz decentralizację zarządzania systemem na poziom regionalny i lokalny (województwa i powiaty),

– kontynuowanie prac z zakresu zintegrowanej opieki zdrowotnej i zarządzania chorobą.[3] Działania podjęte w tym zakresie mają na celu wypracowanie, przetestowanie, a następnie wdrożenie nowych instrumentów służących zapewnieniu odpowiedniej koordynacji procesu leczenia, szczególnie w przypadku chorób przewlekłych,

– zbudowanie mechanizmu kalkulacji kosztów technologii medycznych, będącego podstawą taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz porównywania kosztów rzeczywistych ponoszonych na te same świadczenia przez różnych świadczeniodawców oraz wprowadzenie nowych metod rachunku kosztów i zasad raportowania kosztów świadczeń zdrowotnych, w celu optymalnego wykorzystania zasobów jakimi dysponuje system,

– 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,

– poprawa systemu gromadzenia i zarządzania informacją m.in. poprzez realizację projektów z zakresu e-zdrowia,

– poprawa identyfikacji świadczeniobiorców (w tym identyfikację nowonarodzonych dzieci) i lepszy przepływ danych pomiędzy publicznym płatnikiem i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,

[3] Zarządzanie chorobami (disease management) jest terminem powszechnie stosowanym w naukach medycznych. Oznacza koordynację leczenia pacjenta przez kilku specjalistów (integrated care). Zapewnienie tej koordynacji ma istotne znaczenie, gdy pacjent leczy się jednocześnie na kilka chorób (np. cukrzycę, choroby serca i niewydolność nerek), albo gdy w przypadku jednej choroby jego leczenie wymaga świadczeń udzielonych przez kilku specjalistów, którzy muszą działać w porozumieniu, by zapewnić skuteczne leczenie.

– zmniejszanie nierówności w zdrowiu i zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych w szczególności do zabiegów ratujących życie, świadczeń wysokospecjalistycznych np. transplantacji narządów, do świadczeń w zakresie leczenia onkologicznego, leczenia chorób rzadkich.

Kierunek interwencji 5.1.3.

Efektywna gospodarka produktami leczniczymi.

Działania:

– opracowywanie wykazów leków refundowanych w sposób zapewniający obniżanie poziomu współpłacenia pacjentów za leki refundowane oraz zwiększenie dostępu do innowacyjnych, efektywnych kosztowo terapii lekowych i ułatwienie dostępności do leków stosowanych w chorobach rzadkich,

– działania mające na celu zwiększenie świadomości lekarzy, pacjentów i farmaceutów co do zasad funkcjonowania systemu refundacji oraz optymalizację farmakoterapii poprzez wzmożenie monitorowania ordynacji lekarskiej na skutek m.in. planowanego systemu recept elektronicznych,

– kontynuowanie intensywnych negocjacji cenowych z podmiotami odpowiedzialnymi za produkt leczniczy celem uzyskania najkorzystniejszej ceny z punktu widzenia płatnika publicznego oraz pacjenta,

– opracowanie standardów leczenia we współpracy z konsultantami krajowymi w celu ujednolicenia preskrypcji lekarskiej w jednostce chorobowej i tym samym racjonalizacji wydatków na leki refundowane,

– wprowadzenie do przepisów prawa systemu monitorowania ordynacji lekarskiej – dane uzyskane dzięki monitorowaniu zużycia leków posłużą właściwemu planowaniu środków przeznaczonych na leki oraz ocenie prawidłowości zastosowanej terapii.

Kierunek interwencji 5.1.4.

Poprawa jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych.

Działania:

– wzmocnienie nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi poprzez zwiększenie możliwości wykrywania lub/oraz potwierdzania zakażeń badaniami laboratoryjnymi,

– wdrożenie nowoczesnego systemu monitorowania zakażeń szpitalnych, w tym zakażeń wirusem HCV oraz podniesienie wiedzy pracowników podmiotów leczniczych na temat zakażeń szpitalnych poprzez kontynuację i wzmocnienie zadań z zakresu kontroli i monitorowania sytuacji epidemiologicznej w podmiotach leczniczych,

– poprawę jakości kontroli wewnętrznych w zakresie zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, poprzez m.in. wprowadzenie jednolitych kryteriów kontroli,

– rozwijanie systemu akredytacji jakości w ochronie zdrowia. Planuje się wdrożenie rozwiązań motywujących podmioty do systematycznego podnoszenia poziomu jakości, np. poprzez powiązanie poziomu jakości i kompleksowości leczenia z systemem finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Pozwoli to na premiowanie jednostek realizujących procesy lecznicze w sposób bezpieczny i skuteczny, z drugiej zaś strony zaktywizuje pozostałe podmioty w kierunku podnoszenia jakości.

Ponadto, działania dotyczące ochrony zdrowia będą realizowane w ramach **celu 7 *„Zapewnienie wysokiego poziomu bezpieczeństwa i porządku publicznego”*.**

Kierunek interwencji 7.6.

Poprawa funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego:

Działania:

– wyposażanie zespołów ratownictwa medycznego w nowoczesne ambulanse,

– tworzenie nowych i podnoszenie standardu istniejących szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, w tym centrów urazowych dla dzieci,

– budowa przyszpitalnych lotnisk lub lądowisk całodobowych dla śmigłowców a także modernizacja baz lotniczego pogotowia ratunkowego,

– wdrożenie stałego monitorowania funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, a tym samym szybkie reagowanie na zmieniające się zapotrzebowanie podmiotów systemu,

– działania prowadzące do skrócenia czasu reakcji zespołów ratownictwa medycznego, licząc od momentu wezwania do dojazdu do chorego w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a także skrócenia czasu upływającego od momentu zdarzenia powodującego stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (urazu, zatrucia, zachorowania) do uzyskania odpowiedniego świadczenia opieki zdrowotnej w warunkach szpitalnych.

5. Strategia Innowacyjności i Efektywności Gospodarki „Dynamiczna Polska 2020”

Cel główny strategii to wysoce konkurencyjna gospodarka (innowacyjna i efektywna) oparta na wiedzy i współpracy. Kierunki interwencji Strategii Innowacyjności i Efektywności Gospodarki podporządkowane są realizacji czterech celów operacyjnych, dotyczących:

1) dostosowania otoczenia regulacyjnego i finansowego do potrzeb działalności innowacyjnej,

2) zapewnienia gospodarce odpowiednich zasobów wiedzy i pracy,

3) zrównoważonego wykorzystania zasobów,

4) wzrostu umiędzynarodowienia polskiej gospodarki.

W SIiEG nie ma bezpośrednich celów odnoszących się do rozwoju innowacji w ujęciu sektorowym – innowacyjność w ochronie zdrowia wpisuje się w realizację w szczególności poniższych celów:

Cel 1: Dostosowanie otoczenia regulacyjnego i finansowego do potrzeb innowacyjnej i efektywnej gospodarki

1.1. Dostosowanie systemu regulacji gospodarczych do potrzeb efektywnej i innowacyjnej gospodarki;

1.2. Koncentracja wydatków publicznych na działaniach prorozwojowych i innowacyjnych.

Cel 2: Stymulowanie innowacyjności poprzez wzrost efektywności wiedzy i pracy

2.1. Podniesienie poziomu i efektywności nauki w Polsce, wzmocnienie jej powiązań z gospodarką oraz wzrost międzynarodowej konkurencyjności nauki;

2.2. Budowa ram dla prowadzenia efektywnej polityki innowacyjności;

2.6. Stworzenie wysokiej jakości infrastruktury informacyjno-komunikacyjnej i rozwój gospodarki elektronicznej.

6. Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, miasta, obszary wiejskie

Celem strategicznym polityki regionalnej, określonym w KSRR, jest efektywne wykorzystywanie specyficznych regionalnych oraz terytorialnych potencjałów rozwojowych dla osiągania celów rozwoju kraju – wzrostu, zatrudnienia i spójności w horyzoncie długookresowym.

KSRR ustala trzy cele szczegółowe do 2020 roku:

1) Wspomaganie wzrostu konkurencyjności regionów;

2) Budowanie spójności terytorialnej i przeciwdziałanie procesom marginalizacji na obszarach problemowych;

3) Tworzenie warunków dla skutecznej, efektywnej i partnerskiej realizacji działań rozwojowych ukierunkowanych terytorialnie.

Dokument wprowadza kategorię obszarów, do których będzie w szczególny sposób adresowana polityka regionalna, które nazywa obszarami strategicznej interwencji (OSI). Problematyka ochrony zdrowia została uwzględniona w celu drugim poprzez zaprojektowanie celu szczegółowego **2.2.2. *Poprawa jakości i dostępności usług medycznych na obszarach problemowych.***

Zgodnie z zapisami Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego działania polityki regionalnej będą wspomagać zapewnianie mieszkańcom obszarów problemowych dostępu do efektywnej ochrony zdrowia poprzez:

– Zwiększenie dostępu mieszkańcom obszarów peryferyjnych do lekarzy pierwszego kontaktu i lekarzy specjalistów oraz dostępu do usług pielęgnacyjnych i specjalistycznych;

– Optymalizację systemów ratownictwa medycznego szczególnie na rzecz zwiększania dostępności na obszarach peryferyjnych;

– Programy profilaktyczne nakierowane na zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo – sercowych oraz nowotworowych;

– Zwiększenie dostępności do placówek i instytucji opieki nad matką i dzieckiem, poprawę jakości opieki medycznej nad kobietą w okresie okołoporodowym i noworodkiem, a także przedsięwzięcia w zakresie edukacji prozdrowotnej i profilaktyki.

Cele i kierunki rozwoju dla poszczególnych województw w Polsce określone są szczegółowo w strategiach wojewódzkich.

7. Strategia Zrównoważonego Rozwoju Wsi, Rolnictwa i Rybactwa na lata 2012-2020

Głównym celem strategii jest poprawa jakości życia na obszarach wiejskich oraz efektywne wykorzystanie ich zasobów i potencjałów, w tym rolnictwa i rybactwa, dla zrównoważonego rozwoju kraju. Problematyka ochrony zdrowia została uwzględniona w priorytecie:

1.4. Zapobieganie i ograniczanie wykluczenia społecznego oraz aktywizacja mieszkańców obszarów wiejskich.
– Kierunek interwencji 1.4.3. Promocja i rozwój usług opiekuńczych nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi.

2.4. Rozwój infrastruktury społecznej zapewniającej mieszkańcom obszarów wiejskich dostęp do dóbr i usług publicznych.
– Kierunek interwencji 2.4.4. Budowa i rozwój infrastruktury usług zdrowotnych.

II Ochrona zdrowia w strategiach wojewódzkich

Strategie Rozwoju Województw do roku 2020 dotyczą najistotniejszych sfer oddziałujących na życie mieszkańców, w tym także ochrony zdrowia.

1 Województwo dolnośląskie

Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego – przyjęta Uchwałą Nr XXXII/932/12 z dnia 28.02.2013 r. W strategii wyróżniono, w ramach makrosfery Zdrowie i Bezpieczeństwo, następujące priorytety dotyczące ochrony zdrowia[4]:

5.1.1. Poprawa dostępności oraz podniesienie jakości udzielania świadczeń leczniczych.

5.1.2. Stworzenie racjonalnego systemu ochrony zdrowia zorientowanego na długookresowe trendy demograficzno-epidemiologiczne, zgodnego ze standardami prawnymi i funkcjonalnymi.

5.1.3. Budowa systemu nowoczesnej diagnostyki dla mieszkańców regionu z określeniem standardów dostępności przestrzennej.

5.2.1. Lepsza jakość i dostęp do usług medycznych.

5.4.1. Koordynacja działań jednostek różnych szczebli administracji w zakresie ochrony zdrowia, zwiększenie dostępności i jakości usług medycznych, w tym stworzenie powiązań sieciowych w ramach systemu opieki zdrowotnej w województwie.

5.4.2. Opracowanie i wdrożenie wieloletnich programów ochrony zdrowia, w tym profilaktyki zdrowotnej.

5.4.3. Budowa nowych szpitali zastępujących obecnie istniejące o przestarzałej infrastrukturze technicznej, lub ich modernizacja.

5.4.4.Opracowanie i wdrożenie systemów informatycznych usprawniających prace szpitali.

5.4.5. Rozwój bazy opieki długoterminowej i rehabilitacyjnej na bazie partnerstw i porozumień.

5.4.6. Rozwój kluczowych z punktu widzenia bezpieczeństwa życia i zdrowia mieszkańców dziedzin medycyny – poprawa efektywności funkcjonowania systemu.

5.4.7. Rozwój subregionalnych ośrodków nowoczesnej diagnostyki.

2. Województwo kujawsko-pomorskie

Strategia Rozwoju Województwa Kujawsko-Pomorskiego została przyjęta uchwałą XLI/693/13 z dnia 21.10.2013 r.

Działania dotyczące ochrony zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim zostały uwzględnione w ww. strategii w szczególności w ramach celu strategicznego pn. Aktywne społeczeństwo i sprawne usługi.

W ramach tego celu zaplanowano między innymi następujące kierunki działań[5]:

5. Tworzenie warunków rozwoju społecznego osób niepełnosprawnych, przewlekle chorych i niesamodzielnych.

12. Rozwój form opieki dla realizacji potrzeb starzejącego się społeczeństwa i ludności niesamodzielnej.

[4] Numeracja priorytetów zgodna z zapisami strategii, str.50 http://bip.umwd.dolnyslask.pl/dokument.php? iddok=18767&idmp=392&r=r

[5] Numeracja kierunków działań zgodna z zapisami strategii, str.40 http://www.kujawsko-pomorskie.pl/pliki/strategia/20131024_strategia/SRW.pdf

30. Kształcenie kadr dla opieki zdrowotnej dla potrzeb ludności starszej.

33. Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców województwa.

34. Rozwój profilaktyki zdrowotnej.

35. Promocja zdrowia.

36. Rozwój technologii telemedycznych.

37. Rozwój potencjału medycznego uzdrowisk.

38. Dostosowanie systemu ochrony zdrowia dla potrzeb starzejącego się społeczeństwa.

3. Województwo lubelskie

Strategia Rozwoju Województwa Lubelskiego została przyjęta Uchwałą XXXIV/559/2013 z dnia 24.06.2013 r.

Działania dotyczące ochrony zdrowia w województwie lubelskim zostały uwzględnione w ramach realizacji kilku celów operacyjnych[6]:

W ramach celu operacyjnego 3.1. Wspieranie najbardziej perspektywicznych kierunków badań i komercjalizacji ich wyników, wspierane będą działania mające na celu wykorzystanie wysokiego potencjału naukowo-badawczego regionu skupionego szczególnie w dziedzinach nauk związanych z szeroko rozumianymi bioinnowacjami (w tym bio-medycyną) i wyłonionymi regionalnymi inteligentnymi specjalizacjami.

W ramach celu operacyjnego 3.6. Rozwój społeczeństwa informacyjnego, wspierane będą działania mające na celu rozwój e-usług w ochronie zdrowia. Ponadto, w ramach celu operacyjnego 4.2. Wspieranie włączenia społecznego, zaplanowano kierunek działań pn. Współpraca i integracja działań na rzecz poprawy dostępu i wzrostu jakości usług publicznych.

4. Województwo lubuskie

Strategia Rozwoju Województwa Lubuskiego 2020 przyjęta Uchwałą Nr XXXII/319/12 z dnia 19.11.2012 r.

Działania dotyczące ochrony zdrowia w województwie lubuskim zostały uwzględnione w ramach realizacji następujących celów operacyjnych[7]:

1. W ramach celu operacyjnego ***3.2. Zwiększenie dostępu do usług medycznych i profilaktyka zdrowotna*** zaplanowano następujące działania:

   – Poprawę organizacji świadczenia usług zdrowotnych w tym rozwój wysokospecjalistycznych usług zdrowotnych, zmniejszenie deficytu kadry medycznej w województwie, optymalne wykorzystanie posiadanych zasobów;

   – Poprawę funkcjonowania systemu informacji i wiedzy o ochronie zdrowia, w tym rozwój i upowszechnianie e-usług;

   – Dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych;

   – Promocję zdrowia i kształtowanie prozdrowotnych postaw mieszkańców województwa lubuskiego w szczególności wspieranie inicjatyw na rzecz podnoszenia świadomości społecznej w zakresie zdrowego stylu życia, propagowanie działań na rzecz promocji zdrowia;

   – Rozwój bazy ratownictwa medycznego.

[6] Numeracja celów operacyjnych zgodna z zapisami strategii, str. 58, 67, 71 http://www.bip.lublin.pl/um/upload/pliki/559_zalacznik.pdf

[7] Numeracja celów operacyjnych zgodna z zapisami strategii, str. 37, 42, 45, http://www.bip.lubuskie.pl/system/obj/14608_SRWL_2020_z_zalacznikami_1.pdf

2. W ramach celu operacyjnego ***1.5. Rozwój subregionalnych i lokalnych ośrodków miejskich***, uwzględniono rozwój i podnoszenie jakości usług publicznych służących rozwojowi lokalnemu m.in. usług zdrowotnych.

3. W ramach celu operacyjnego ***2.3. Rozwój społeczeństwa informacyjnego***, zaplanowano upowszechnianie najnowszych technologii informacyjnych i komunikacyjnych poprzez stymulowanie zastosowania technologii cyfrowych w jednostkach administracji i ochrony zdrowia oraz rozwój i promocja e-usług, w tym e-zdrowia.

5. Województwo łódzkie

Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020 przyjęta Uchwałą Nr XXXIII/644/13 z dnia 26.02.2013 r.

Działania dotyczące ochrony zdrowia w województwie łódzkim zostały uwzględnione w ramach realizacji kilku celów operacyjnych[8]:

1. W ramach celu operacyjnego ***5.2. Rozwój usług i poprawa dostępu do sektora ochrony zdrowia, pomocy społecznej oraz pieczy zastępczej***, zaplanowano następujące działania:

   – Rozwój i racjonalizację bazy ochrony zdrowia m.in. poprzez wspieranie rozbudowy infrastruktury ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej i pieczy zastępczej, w tym sieci ośrodków dziennego pobytu oraz innych alternatywnych form opieki dla osób przewlekle chorych i starszych oraz wdrażanie rozwiązań teleinformatycznych – e-usług w obszarze zdrowia publicznego;

   – Rozwój usług i programów profilaktyki zdrowotnej oraz innych z zakresu pomocy społecznej i pieczy zastępczej poprzez wspieranie realizacji programów profilaktycznych ukierunkowanych na zmniejszanie zachorowalności na choroby cywilizacyjne, prowadzenie programów edukacyjnych, szkoleń i akcji promocyjnych na rzecz zdrowego stylu życia oraz regularnego korzystania z badań profilaktycznych, upowszechnianie zachowań prozdrowotnych, wspieranie rozwoju usług opieki środowiskowej dla osób przewlekle chorych i starszych.

2. W ramach celu operacyjnego ***1.1.3. Rozwój nowoczesnych technologii na rzecz inteligentnych specjalizacji regionalnych*** – rozwój specjalistycznych usług m.in. usług dla ochrony zdrowia, eko-usług, logistyki, BPO, IT, wykorzystujących nowoczesne i inteligentne technologie zaplanowano:

   – Wdrażanie innowacyjnych rozwiązań z zakresu ochrony zdrowia;

   – Wspieranie rozwoju funkcji uzdrowiskowych oraz specjalistycznych usług medycznych;

   – Wspieranie rozwoju specjalistycznych ośrodków klinicznych w zakresie kardiologii, onkologii oraz transplantologii;

   – Szkolenie specjalistycznych kadr medycznych z zakresu geriatrii, medycyny paliatywnej i ratunkowej.

6. Województwo małopolskie

Strategia Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2011-2020 przyjęta Uchwałą Nr XII/183/11 z dnia 26.09.2011 r.

Działania dotyczące ochrony zdrowia w województwie małopolskim zostały uwzględnione w ramach celów strategicznych[9] dla trzech obszarów polityki rozwoju:

1. dla obszaru nr 2 pn. Dziedzictwo i przemysły czasu wolnego;

2. dla obszaru nr 4 pn. Krakowski obszar metropolitalny i inne subregiony;

3. dla obszaru 6 pn. Bezpieczeństwo ekologiczne, zdrowotne i społeczne.

---

[8] Numeracja celów operacyjnych zgodna z zapisami strategii, str.79, 85 http://dziennik.lodzkie.eu/WDU_E/2013/1881/akt.pdf

[9] Numeracja celów strategicznych i kluczowych działań zgodna z zapisami strategii, str.80, 93, 95 -97, 107, http://www.wrotamalopolski.pl/NR/rdonlyres/9088090A-7683-48EE-833E-635C341C2EFD/879306/uchwala183zal.pdf

Ad. 1 W ramach obszaru nr 2 zaplanowano działanie ***2.2.4. Zrównoważony rozwój infrastruktury oraz komercjalizacja usług czasu wolnego – Turystyka uzdrowiskowa i prozdrowotna***, które uwzględnia rozwój usług sanatoryjnych i innych usług prozdrowotnych.

Ad. 2 W ramach obszaru 4. zaplanowano następujące działania uwzględniające problemy ochrony zdrowia:

Działanie 4.1.2. Rozwój Krakowskiego Obszaru Metropolitalnego, które dotyczy między innymi wspierania inwestycji niezbędnych dla uzupełnienia funkcji metropolitalnych Krakowa – zapewniających świadczenie usług wyższego rzędu w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia, poprzez rozwój w Krakowie:

- świadczeń w zakresie kardiologii,
- centrum onkologicznego,
- psychiatrii,
- pediatrii, w szczególności specjalistycznej,
- ratownictwa medycznego oraz centrum leczenia wielonarządowych urazów, zatruć i oparzeń,
- ośrodka neurologii inwazyjnej,
- geriatrii – centrum leczenia chorób wieku podeszłego.

Działanie 4.2.1. Rozwój subregionu tarnowskiego, które uwzględnia wzmocnienie funkcji Tarnowa, jako subregionalnego ośrodka usług publicznych, w szczególności usług wyższego rzędu świadczonych w obszarze: ochrony zdrowia, poprzez rozwój lecznictwa w zakresie:

- kardiologii,
- onkologii,
- psychiatrii,
- leczenia udarów,
- oraz geriatrii.

Działanie 4.3.1. Rozwój subregionu sądeckiego, które uwzględnia wzmocnienie funkcji Nowego Sącza jako subregionalnego ośrodka usług publicznych, w szczególności usług wyższego rzędu świadczonych w obszarze ochrony zdrowia, poprzez rozwój:

- lecznictwa w zakresie kardiologii,
- onkologii,
- psychiatrii,
- opieki nad matką i dzieckiem,
- geriatrii,
- leczenie udarów,
- rehabilitacji i lecznictwa uzdrowiskowego w celu wykorzystania potencjału uzdrowisk sądeckich.

Działanie 4.3.2. Rozwój potencjału gospodarczego subregionu sądeckiego, które uwzględnia wzmocnienie funkcji subregionu poprzez rozwój infrastruktury i usług przemysłów czasu wolnego, związanych z działalnością w zakresie: turystyki uzdrowiskowej i prozdrowotnej na bazie uzdrowisk sądeckich: Krynica-Zdrój, Muszyna, Piwniczna, Wapienne, Wysowa, Żegiestów-Zdrój oraz innych miejscowości o potencjale uzdrowiskowo-leczniczym.

Działanie 4.4.1. Wzmocnienie funkcji Nowego Targu i Zakopanego jako ponadlokalnych ośrodków usług publicznych, z uwzględnieniem usług wyższego rzędu w obszarze: ochrony zdrowia poprzez:

- rozwój opieki nad matką i dzieckiem,
- geriatrii,
- psychiatrii,
- medycyny sportowej,
- rozwój w subregionie ośrodka leczenia chorób płuc, rehabilitacji i lecznictwa uzdrowiskowego w celu wykorzystania potencjału uzdrowisk.

Działanie 4.4.2. Rozwój potencjału gospodarczego subregionu podhalańskiego, które uwzględnia wzmocnienie funkcji subregionu poprzez rozwój infrastruktury i usług przemysłów czasu wolnego, związanych z działalnością w zakresie: turystyki uzdrowiskowej i prozdrowotnej: na bazie uzdrowisk podhalańskich: Rabka-Zdrój i Szczawnica oraz innych miejscowości o potencjale uzdrowiskowo-leczniczym.

Ad. 3 W ramach obszaru 6 uwzględniono kierunek ***6.2. Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego: profilaktyka i ochrona zdrowia***, w ramach którego zaplanowano następujące działania uwzględniające problemy ochrony zdrowia:

Działanie 6.2.1. Utrzymanie i wzrost dostępności do specjalistycznej opieki stacjonarnej, w zależności od potencjałów i potrzeb poszczególnych subregionów.

Działanie 6.2.2. Restrukturyzacja i modernizacja zasobów rzeczowych regionalnego systemu opieki zdrowotnej w powiązaniu z rozwojem systemu monitorowania prowadzonych działań.

Działanie 6.2.3. Stworzenie sieci powiązań pomiędzy jednostkami opieki zdrowotnej z terenu województwa i innych regionów ościennych w celu zapewnienia optymalizacji, kompleksowości i ciągłości świadczeń zdrowotnych.

Działanie 6.2.4. Opracowanie i wdrożenie wieloletnich programów ochrony zdrowia, w tym profilaktyki zdrowotnej m.in. w obszarach onkologii, kardiologii i psychiatrii.

Działanie 6.2.5. Kształtowanie, promocja postaw, aktywna edukacja na rzecz zdrowego stylu życia.

7. Województwo mazowieckie

Strategia Rozwoju Województwa Mazowieckiego do 2030 r. Inteligentne Mazowsze przyjęta Uchwałą nr 158/13 z dnia 28.10.2013 r.

Działania dotyczące ochrony zdrowia w województwie mazowieckim zostały uwzględnione w szczególności w celu pn. Poprawa jakości życia oraz wykorzystanie kapitału ludzkiego i społecznego do tworzenia nowoczesnej gospodarki. W ramach kierunku działań[10] pn. **Podnoszenie standardów funkcjonowania infrastruktury społecznej oraz działania na rzecz ochrony zdrowia i bezpieczeństwa publicznego**, zaplanowano:

[10] Numeracja celów strategicznych i kluczowych działań zgodna z zapisami strategii, str. 59 http://www.mbpr.pl/user_uploads/image/PRAWE_MENU/STRATEGIA%20ROZWOJU%20WOJEWODZTWA%20MAZOWIECKIEGO%20DO%20ROKU%202030/SRWM_do_2030.pdf

Działanie 24.3. Profilaktyka i ochrona zdrowia

Zaplanowane interwencje uwzględniają zmiany w strukturze wiekowej ludności poprzez rozwój opieki geriatrycznej, w tym budowę i wyposażenie oddziałów i poradni. Dodatkowo zaplanowano działania profilaktyczne, promocje zdrowia, rozszerzenie zakresu i dostępności specjalistycznych usług medycznych w ośrodkach regionalnych i subregionalnych oraz wdrożenie projektów telemedycznych z zakresu e-zdrowia, jak też rozwój ratownictwa medycznego.

Ponadto w ramach celu pn. Wzrost konkurencyjności regionu poprzez rozwój działalności gospodarczej oraz transfer i wykorzystanie nowych technologii – zaplanowano kierunek działań pn. Wspieranie rozwoju nowych technologii w szczególności biotechnologii i biomedycyny.

Działanie 1.1. Wspieranie działalności badawczo-rozwojowej oraz wdrażanie jej wyników w przemyśle, w szczególności w dziedzinach biotechnologii biomedycyny, nanotechnologii, fotoniki i optoelektroniki, technologii informacyjno--komunikacyjnych (TIK) i kosmicznych oraz specjalizacjach regionalnych.

8. Województwo opolskie

Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 r. przyjęta Uchwałą nr XXV/325/2012 z dnia 28.12.2012 r.

Działania dotyczące ochrony zdrowia w województwie opolskim zostały uwzględnione w systemie wdrażania dwóch celów strategicznych:

1. **Cel 5 –** ***Nowoczesne usługi oraz atrakcyjna oferta turystyczno-kulturalna.***

2. **Cel 8 –** ***Konkurencyjna aglomeracja opolska.***

1. W ramach wdrażania celu operacyjnego[11] ***5.1. Poprawa jakości i dostępności do usług zdrowotnych, opiekuńczych i edukacyjnych***, zaplanowano następujące działania:

- Wspieranie rozwoju infrastruktury i wyposażenia podmiotów świadczących usługi zdrowotne;
- Wspieranie działań profilaktycznych, w tym programów edukacyjnych i promocji zdrowia;
- Wspieranie rozwoju systemu ratownictwa medycznego;
- Wspieranie rozwoju sfery usług uwzględniających i zaspokajających potrzeby starzejącej się populacji;
- Wspieranie rozwoju infrastruktury i wyposażenia jednostek opiekuńczych i wychowawczych.

2. W ramach wdrażania celu operacyjnego ***5.2. Rozwój społeczeństwa informacyjnego, zaplanowano:***

- Zapewnienie dostępu do szerokopasmowych sieci oraz rozwój systemów e-usług m.in. w ochronie zdrowia;
- Wspieranie wdrażania rozwiązań integrujących elektronicznie usługi publiczne i umożliwiających włączenie ich do sieci krajowych i międzynarodowych, rozwój zasobów informacyjnych.

3. W ramach wdrażania celu operacyjnego ***8.1. Rozwój i wzmacnianie funkcji metropolitalnych***, zaplanowano wzmacnianie pozycji konkurencyjnej aglomeracji opolskiej w obszarze usług rynkowych i nierynkowych poprzez rozwijanie funkcji wyższego rzędu w obszarze zdrowia.

9. Województwo podkarpackie

Strategia Rozwoju Województwa Podkarpackiego 2020 przyjęta Uchwałą nr XXXVII/697/13 z dnia 26.08.2013 r.

[11] Numeracja celów operacyjnych zgodna z zapisami strategii, str.111, 125 http://umwo.opole.pl/serwis/index.php? id=11755

Działania dotyczące ochrony zdrowia w województwie podkarpackim zostały uwzględnione w ramach wyodrębnionego priorytetu tematycznego[12] ***2.5 Zdrowie publiczne w ramach następujących kierunków działań:***

2.5.1 Poprawa dostępu do specjalistycznej opieki medycznej

Zakładane efekty realizowanych działań to:

- zmniejszenie wskaźników i dynamiki śmiertelności wskutek chorób nowotworowych poprzez utworzenie Centrum Diagnostyczno – Leczniczego w zakresie onkologii wraz z siecią placówek,
- zmniejszenie umieralności noworodków poprzez utworzenie Centrum Diagnostyczno – Leczniczego w zakresie perinatologii,
- likwidacja na terenie województwa tzw. „białych plam" pod kątem zabezpieczenia w brakujące oddziały, w tym szczególnie onkohematologii dziecięcej, alergologii i pulmonologii dziecięcej, anestezjologii, intensywnej terapii dziecięcej, onkologii przeszczepowej i rehabilitacji onkologicznej oraz gastroenterologii,
- poprawa bazy ochrony zdrowia i lecznictwa uzdrowiskowego poprzez budowę i modernizację istniejącej infrastruktury oraz poprawę wyposażenia w celu jej dostosowania do potrzeb i uwarunkowań demograficznych, epidemiologicznych i prawnych,
- zwiększenie współpracy i koordynacja działań na gruncie szeroko pojętej polityki zdrowotnej poprzez utworzenie Regionalnego Centrum Koordynującego Politykę Zdrowotną,
- wzrost dostępności do kompleksowej opieki medycznej osób w wieku starczym poprzez utworzenie oddziałów geriatrycznych, poradni, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, domowej opieki długoterminowej i innych form opieki,
- powszechny dostęp do opieki psychiatrycznej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych osobom z zaburzeniami psychicznymi do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
- wykorzystanie potencjału podkarpackich uzdrowisk poprzez rozwój lecznictwa uzdrowiskowego,
- poprawa bezpieczeństwa ludności poprzez zwiększenie skuteczności działania jednostek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz jednostek współdziałających.

2.5.2 Promocja zdrowia

Zakładane efekty realizowanych działań:

- Zwiększenie wykrywalności chorób we wczesnym stadium rozwoju poprzez profilaktykę chorób nowotworowych, chorób układu oddechowego, chorób i zaburzeń psychicznych;
- Wzmocnienie współpracy jednostek ochrony zdrowia i organizacji pozarządowych w zakresie promocji zdrowia;
- Wzrost świadomości w zakresie zagrożeń związanych z uzależnieniami;
- Zwiększenie wiedzy mieszkańców na temat zdrowego trybu życia poprzez edukację zdrowotną.

2.5.3 Profesjonalna kadra medyczna

Zakładane efekty realizowanych działań:

- Zwiększenie dostępu do wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej i naukowej poprzez utworzenie kierunku lekarskiego na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Rzeszowskiego oraz bazy dyscyplin klinicznych;

[12] Numeracja priorytetów tematycznych zgodna z zapisami strategii str.52 http://www.umwp.podkarpackie.pl/attachments/article/2634/Strategia%20Województwa%20Podkarpackiego_28.08.2013.pdf

– Zwiększenie współpracy Uniwersytetu Rzeszowskiego z placówkami opieki zdrowotnej w zakresie szkolenia przed i podyplomowego kadr medycznych.

10. Województwo podlaskie

Strategia Rozwoju Województwa Podlaskiego do roku 2020 przyjęta Uchwałą nr 150/2157/2013 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 19 marca 2013 r.

Działania dotyczące ochrony zdrowia w województwie podlaskim zostały uwzględnione w strategii w szczególności w trzecim celu strategicznym „Jakość życia" w ramach następujących celów operacyjnych:

W ramach celu operacyjnego[13] ***3.3. Poprawa stanu zdrowia społeczeństwo oraz bezpieczeństwa publicznego*** wyodrębniono następujące kierunki interwencji:

– Poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej w województwie;

– Kształtowanie prozdrowotnego stylu życia;

– Wzrost efektywności działania podmiotów i służb bezpieczeństwa publicznego i ratownictwa.

11. Województwo pomorskie

Strategia Rozwoju Województwa Pomorskiego 2020 przyjęta Uchwałą nr 458/XXII/12 Sejmiku Województwa Pomorskiego z dnia 24 września 2012 roku.

Działania dotyczące ochrony zdrowia w województwie pomorskim zostały uwzględnione w ramach drugiego celu strategicznego Aktywni mieszkańcy, w celu operacyjnym[14] 2.4.1 pn. Lepszy dostęp do usług zdrowotnych, w ramach którego wyodrębniono następujące kierunki działania:

– ***2.4.1 Poprawa dostępu do wysokiej jakości specjalistycznych usług zdrowotnych w zakresie chorób cywilizacyjnych;***

– ***2.4.2. Intensyfikacja działań profilaktycznych i diagnostycznych w zakresie chorób cywilizacyjnych.***

12. Województwo śląskie

Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2020+" przyjęta Uchwałą Nr IV/38/2/2013 z dnia 1 lipca 2013 r.

Działania dotyczące ochrony zdrowia w województwie śląskim zostały uwzględnione w ramach obszaru priorytetowego B pn. Szanse rozwojowe mieszkańców. W ramach tego obszaru wyodrębniono cel operacyjny[15] B.1. Poprawa kondycji zdrowotnej mieszkańców województwa, w ramach którego zaplanowano następujące kierunki działań:

1. Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług medycznych, w tym podniesienie jakości infrastruktury ochrony zdrowia oraz efektywności systemu zarządzania, rozszerzenie zakresu usług medycznych i podniesienie jakości obsługi pacjentów;

2. Wykorzystanie nowych technologii w tym ICT w zakresie obsługi pacjenta i diagnostyki zdrowotnej;

3. Stworzenie systemu profilaktyki zdrowotnej, w tym działania na rzecz ograniczania chorób i uzależnień cywilizacyjnych oraz promocja zdrowego i aktywnego trybu życia, z uwzględnieniem zmian demograficznych;

[13] Numeracja celów operacyjnych zgodna z zapisami strategii str.48 http://www.strategia.wrotapodlasia.pl/pl/ps2/var/resources/154/248/4/srwp_2020_1.pdf

[14] Numeracja celów operacyjnych zgodna z zapisami strategii str. 50 http://www.pomorskie.eu/res/strategia2020/pomorskie_srwp2020.pdf

[15] Numeracja celów operacyjnych zgodna z zapisami strategii str. 87 http://bip.slaskie.pl/dokumenty/2013/07/09/1373369697.pdf

4. Tworzenie warunków dla aktywnego i zdrowego stylu życia, w tym rozwój infrastruktury sportowo- rekreacyjnej;

5. Promocja, modernizacja, rozwijanie i integracja systemu szlaków i infrastruktury rowerowej;

6. Wsparcie aktywności podmiotów działających w ochronie zdrowia w międzynarodowych sieciach i programach współpracy;

7. Wspieranie „sieciowania" i optymalizacji dostępu do specjalistycznych placówek ochrony zdrowia i leczenia uzdrowiskowego;

8. Wsparcie dla podnoszenia kwalifikacji pracowników związanych z ochroną zdrowia i kształcenie nowych kadr.

13 Województwo świętokrzyskie

Strategia Rozwoju Województwa Świętokrzyskiego do roku 2020 przyjęta Uchwałą XXXIII/589/13 z dnia 16 lipca 2013 r.

Działania dotyczące ochrony zdrowia w województwie świętokrzyskim zostały uwzględnione w ramach następujących celów i przyporządkowanych im priorytetów i kierunków działań:

W ramach celu strategicznego 1 pn. Koncentracja na poprawie infrastruktury regionalnej uwzględniono cel operacyjny[16] 1.2 Poprawa infrastruktury społecznej i usług publicznych, czyli wzrost kapitału społecznego, wsparcie zatrudnienia i wyższa jakość życia w regionie.

Działania w tym obszarze będą się koncentrować na poprawie jakości i dostępności usług społecznych, poprzez inwestycje w infrastrukturę społeczną między innymi w obszarze zdrowia.

Ponadto w ramach ***celu strategicznego 3: Koncentracja na budowie kapitału ludzkiego i bazy dla innowacyjne gospodarki*** zaplanowano cel operacyjny 3.1 pn. Sprzyjanie kumulowaniu kapitału ludzkiego czyli zdrowi, kreatywni i wykształceni ludzie jako podstawa myślenia o pomyślnej przyszłości.

Realizacja powyższego celu obejmować będzie między innymi:

– rozwój wydziału lekarskiego, działającego w ścisłej kooperacji z wyspecjalizowanymi ośrodkami służby zdrowia w województwie świętokrzyskim;

– efektywną opiekę zdrowotną – poprawę poziomu zdrowia oraz propagowanie zdrowego trybu życia;

– sprzyjanie postawom kreatywnym, otwartym na poprawę komunikacji i współpracy;

– działanie na rzecz rozwoju kultury fizycznej i sportu, w szczególności wśród dzieci i młodzieży, jako ważnego czynnika sprzyjającego kreowaniu postaw prospołecznych, przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu oraz promocji zdrowego trybu życia.

14. Województwo warmińsko – mazurskie

Strategia Rozwoju Społeczno-Gospodarczego Województwa Warmińsko- Mazurskiego do roku 2025 przyjęta Uchwałą XXVIII/553/13 z dnia 25.06.2013 r.

Działania dotyczące ochrony zdrowia w województwie warmińsko-mazurskim zostały uwzględnione w ramach następujących priorytetów, celów strategicznych i przyporządkowanych im celów operacyjnych:

W ramach pierwszego celu strategicznego pn. *Wzrost konkurencyjności gospodarki*, wyodrębniono cel operacyjny pn. Wzrost konkurencyjności regionu poprzez rozwój inteligentnych specjalizacji oraz **kierunek działań pn. Jakość produktów i usług**. Zakres tego kierunku obejmuje m.in. rozwój funkcji sanatoryjno-uzdrowiskowych w regionie. W ramach

[16] Numeracja celów operacyjnych zgodna z zapisami strategii str.31, 36-37 https://bip.sejmik.kielce.pl/dopobrania/2013/3123/uchwala.nr.XXXIII.589.13.pdf

drugiego celu strategicznego pn. Wzrost aktywności społecznej wyodrębniono cel operacyjny pn. Wzrost dostępności i jakości usług publicznych oraz dwa kierunki działań[17]: **Kierunek działań: Opieka zdrowotna**. W ramach realizacji tego kierunku działań przewiduje się tworzenie nowoczesnej opieki zdrowotnej uwzględniającej zmiany w strukturze demograficznej społeczeństwa, zapewnienie optymalnej dostępności do wszystkich kategorii świadczeń zdrowotnych, bez względu na miejsce zamieszkania. W ramach tego kierunku wspierane będą projekty służące podwyższeniu standardu obiektów ochrony zdrowia i ich wyposażenia medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju ośrodków specjalistycznych. Istotne będzie również doskonalenie systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego oraz informatyzacja podmiotów leczniczych.

Kierunek działań: Profilaktyka i wsparcie potrzebujących. W ramach realizacji tego kierunku zaplanowano promocję zdrowego stylu życia; rozwój zintegrowanych programów aktywizacji (bezrobotnych i niepełnosprawnych, dzieci i młodzieży ze środowisk najuboższych zagrożonych dziedziczeniem ubóstwa, osób starszych); promocję oferty wypoczynkowej regionu w powiązaniu z zachętami dla mieszkańców na aktywny wypoczynek; rozwój profilaktyki zjawisk patologicznych; rozwój systemów pomocy dla osób uzależnionych; systemów zastępczej opieki rodzinnej oraz opieki nad osobami starszymi (na poziomie wojewódzkimi powiatowym, wymagających również inicjowania rozwoju wolontariatu, tworzenia grup samopomocowych, wsparcia organizacji pozarządowych działających na rzecz osób i rodzin wymagających pomocy z zewnątrz).

15. Województwo wielkopolskie

Zaktualizowana Strategia Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do roku 2020. Wielkopolska 2020 przyjęta Uchwałą XXIX/559/12 z dnia 17.12.2012 r.

Działania dotyczące ochrony zdrowia w województwie wielkopolskim zostały wyodrębnione w ramach następujących celów strategicznych:

W ramach szóstego celu strategicznego Wzmocnienie potencjału gospodarczego regionu wyodrębniono cel operacyjny[18] 6.13 Rozwój biznesu i usług zdrowotnych. Cel ten realizowany jest przez następujące kierunki działań:

- Rozbudowa infrastruktury dla promocji zdrowego stylu życia;
- Rozbudowa ogólnodostępnej oraz komercyjnej infrastruktury aktywnego odpoczynku;
- Tworzenie wyspecjalizowanych ośrodków rehabilitacji, rekreacji i odnowy biologicznej;
- Wykorzystanie naturalnych warunków środowiska dla zdrowia, rekreacji i wypoczynku;
- Rozbudowa infrastruktury dla turystyki medycznej;
- Rozbudowa infrastruktury uzdrowiskowej;
- Wsparcie sektora usług medycyny estetycznej;
- Wsparcie sektora usług medycznych „trzeciego wieku".

W ramach ósmego celu strategicznego Zwiększenie zasobów oraz wyrównywanie potencjałów społecznych województwa wyodrębniono **cel operacyjny** ***8.3 Poprawa stanu zdrowia mieszkańców i opieki zdrowotnej.*** Cel ten realizowany jest przez następujące kierunki działań:

- Dostosowywanie opieki medycznej do wyzwań demograficznych;
- Dostosowywanie kształcenia medycznego do potrzeb rynku i wyzwań demograficznych oraz poprawa warunków kształcenia;

[17] Nazwy kierunków działań zgodne z zapisami strategii str. 51 http://strategia2025.warmia.mazury.pl/artykuly/72/strategia-2025.html

[18] Numeracja celów operacyjnych zgodna z zapisami strategii str.118,132-133 http://www.wrpo.wielkopolskie.pl/zalaczniki1/2013/Zaktualizowana_Strategia_RWW_do_2020.pdf

– Wdrożenie systemu funkcjonalnych powiązań jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia;

– Integracja instytucji publicznych i prywatnych na rzecz poprawy zdrowia mieszkańców regionu;

– Rozwijanie profilaktyki zdrowotnej głównych problemów zdrowotnych i chorób cywilizacyjnych;

– Rozwijanie sieci gabinetów lekarzy rodzinnych oraz środowiskowej opieki pielęgniarskiej;

– Rozwój zintegrowanego systemu wczesnej diagnozy i rehabilitacji oraz wspieranie powszechnego dostępu do rehabilitacji w środowisku lokalnym;

– Rozwój form opieki domowej, usług świadczonych pacjentom w ich domach oraz innowacyjnych rozwiązań w gospodarstwie domowym ułatwiających powrót pacjenta do zdrowia;

– Rozwój zróżnicowanych form opieki długoterminowej;

– Rozwój zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego;

– Racjonalizacja rozmieszczenia i wykorzystania zasobów stacjonarnej opieki zdrowotnej;

– Rozwój systemu wczesnej interwencji kardiologicznej i kardiochirurgicznej;

– Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych;

– Rozwój opieki paliatywnej;

– Usprawnienie opieki psychiatrycznej i psychogeriatrycznej;

– Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom.

W ramach ósmego celu strategicznego Zwiększenie zasobów oraz wyrównywanie potencjałów społecznych województwa, wyodrębniono cel operacyjny ***8.4 Promocja zdrowego stylu życia***. Cel ten realizowany jest przez następujące kierunki działań:

– Wzmacnianie zachowań prozdrowotnych, w szczególności w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej i psychospołecznej poprzez rozwój edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia;

– Upowszechnianie działań przeciw uzależnieniom, dążących do zmniejszania palenia tytoniu, spożycia alkoholu, używania substancji psychotropowych;

– Tworzenie infrastruktury dla podtrzymania aktywności fizycznej i psychospołecznej, w szczególności seniorów oraz osób niepełnosprawnych.

16. Województwo zachodniopomorskie

Strategia Rozwoju Województwa Zachodniopomorskiego do roku 2020 przyjęta uchwałą nr XLII/482/10 z dnia 22.06.2010 r.

Działania dotyczące ochrony zdrowia w województwie zachodniopomorskim zostały uwzględnione w ramach szóstego celu strategicznego *Wzrost tożsamości i spójności społecznej regionu*, w ramach którego wyodrębniono cel kierunkowy[19] ***6.2 Zwiększanie jakości i dostępności opieki zdrowotnej*** oraz zaplanowano następujące działania:

– Zapewnienie wysokiej jakości i dostępności opieki medycznej (w tym poprawa wyposażenia technicznego) w dziedzinie podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, opieki stacjonarnej i lecznictwa uzdrowiskowego;

[19] Numeracja celów kierunkowych zgodna z zapisami strategii str. 112 http://bip.wzp.pl/index.php? option=com_content&view=article&id=25668:uchwaa-nr-xlii48210-sejmiku-wojewodztwa-zachodniopomorskiego&catid=589:2010a&Itemid=387

- Reorganizacja ratownictwa medycznego;
- Przekształcenia własnościowe zakładów opieki zdrowotnej;
- Podnoszenie poziomu wykształcenia personelu medycznego oraz kształcenie w zakresie profilaktyki, promocji i edukacji zdrowotnej;
- Dostosowanie opieki zdrowotnej do zwiększającej się liczby osób starszych, wzbogacanie form opieki i pomocy osobom starszym, rozwój opieki długoterminowej i opieki psychiatrycznej;
- Promocja zdrowia i zdrowego trybu życia.

Załącznik nr 6 Matryca logiczna celów operacyjnych i narzędzi implementacji

CSR: ZALECENIE RADY w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014 r.oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014 r. Bruksela, dnia 2.6.2014 r. COM (2014) 422 final:
Z powodu starzenia się społeczeństwa spodziewane jest znaczne zwiększenie wydatków na opiekę zdrowotną w perspektywie średnio- i długoterminowej. Wynikające z tego obciążenie dla finansów publicznych można byłoby zmniejszyć, a przy tym poprawić dostęp do opieki zdrowotnej przez wzmocnienie opieki podstawowej i systemów skierowań oraz wykorzystanie możliwości wzrostu oszczędności w opiece szpitalnej. W związku z tym, KE zaleca: (1) (...) lepsze ukierunkowanie polityki społecznej oraz poprawę efektywności kosztowej wydatków i ogólnej wydajności sektora opieki zdrowotnej (...)

Problemy	Cel	Sposób realizacji/opis reformy	PO	Narzędzia EFSI	Uzasadnienie
• Niski poziom zgłaszalności na badania profilaktyczne. • Brak wystarczającego powiązania działań profilaktycznych z potrzebami lokalnych społeczności. • Rozpowszechnienie zjawiska dezaktywizacji zawodowej z przyczyn zdrowotnych. • Brak odpowiedniego zaplecza organizacyjno-infrastrukturalnego dla działań profilaktycznych, diagnostycznych i medycyny naprawczej, w tym w zakresie opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi. • Niewystarczająca efektywność organizacyjno – zarządcza i finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ). • Wysokie zadłużenie SPZOZ. • Brak dostosowania liczby i struktury SPZOZ do potrzeb zdrowotnych ludności.	CEL A Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce	**Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.):** • Wzmocnienie nadzoru właścicielskiego podmiotu tworzącego oraz zwiększenie jego odpowiedzialności za sytuację finansową samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. • Ułatwiono proces przekształcenia SPZOZ w spółki kapitałowe (zmiana formy organizacyjno-prawnej podmiotu leczniczego). • Wprowadzenie mechanizmu wsparcia procesu przekształceń dla organów założycielskich SPZOZ (umorzenia i dotacje celowe na spłatę zobowiązań przejętych przez organ założycielski od SPZOZu). • Usystematyzowanie katalogu podmiotów wykonujących działalność leczniczą. • Ujednolicenie rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą. **Pakiet kolejkowy i onkologiczny:** • Zwiększenie czujności onkologicznej lekarzy POZ. • Wzrost liczby świadczeń o charakterze profilaktycznym. • Wzmocnienie pozycji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, m.in. zwiększenie jego roli w procesie diagnostycznym poprzez rozszerzenie liczby możliwych badań zlecanych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. • Wprowadzenie zmian w zakresie programów zdrowotnych. • Wprowadzenie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, na podstawie której odbywać się będzie tzw. szybka diagnostyka onkologiczna, oparta na trzech zasadach: kompleksowość, wysoka jakość i szybkość zrealizowania usługi zdrowotnej. • Szybka diagnostyka onkologiczna (wzmocnienie roli lekarza POZ i AOS). • Zniesienie limitów świadczeń w zakresie onkologii. • Wprowadzenie odrębnej kategorii pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń z zakresu onkologii poprzez wyodrębnienie listy oczekujących na ww. świadczenia. • Wprowadzenie kompleksowości leczenia pacjentów onkologicznych. • Wprowadzenie zmian w zakresie maksymalnego okresu, na jaki mogą być zawierane umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. • Wprowadzenie instrumentów ukierunkowanych na poprawę efektywności alokacji środków publicznych (m.in. mapy potrzeb zdrowotnych, plany zakupów świadczeń opieki zdrowotnej, opinie o celowości planów inwestycyjnych). **Ustawa z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 619):** • Zwiększenie czujności onkologicznej lekarzy POZ. • Zwiększenie roli lekarza POZ w procesie diagnostycznym. • Rozszerzenie możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w POZ w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez lekarzy pediatrów i lekarzy internistów.	PO WER	• Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem – EFS;	Kluczowym elementem funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest profilaktyka zdrowotna. Jest ona tym obszarem, który z jednej strony wpływa na wydłużenie aktywności zawodowej osób pracujących (skuteczne zapobieganie lub/i wczesne wykrycie zmian chorobowych zmniejsza prawdopodobieństwo dezaktywizacji zawodowej z przyczyn zdrowotnych), a z drugiej strony jest skutecznym narzędziem poprawy efektywności finansowej systemu (zapobieganie chorobom i leczenie wczesnych faz chorobowych jest tańsze i skuteczniejsze niż leczenie zaawansowanych form). Obecnie mężczyźni w Polsce żyją przeciętnie o prawie 5 lat krócej niż wynosi średnia długość życia mężczyzn w krajach UE, natomiast kobiety żyją o 2 lata krócej. Niepokojące jest zmniejszenie się liczby lat przeżytych w zdrowiu. Istotnym wyzwaniem dla sprawnego wdrożenia reform ochrony zdrowia, w szczególności pakietu onkologicznego i kolejkowego jest zwiększenie tzw. czujności diagnostycznej lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W tym celu wspierane będą przedsięwzięcia edukacyjne (komplementarność z celem D), podczas których uczestnikom (lekarzom, pielęgniarkom) będzie przekazywana wiedza m.in. o minimum onkologicznym. Preferowaną formą zajęć będą warsztaty, na których personel medyczny będzie zdobywał wiedzę i umiejętności w zakresie procedur diagnostycznych oraz metod postępowania z osobami, u których występuje podejrzenie danej jednostki chorobowej. Obszar tematyczny szkoleń będzie dotyczył również procedur postępowania z chorym, będącym w trakcie leczenia i po nim. Wspierane będą również projekty ukierunkowane na poprawę kształcenia specjalizacyjnego w deficytowych specjalizacjach medycznych, m.in. w dziedzinach onkologicznych. Efektywność profilaktyki zdrowotnej wynika z zaplanowania działań w oparciu o diagnozę sytuacji i zagrożeń dotyczących lokalnej społeczności. Działania lokalne pozwalają też na większą mobilizację społeczności oraz wynikającą stąd zgłaszalność na badania przesiewowe i efektywność edukacji prozdrowotnej. W takiej perspektywie niezwykle istotny jest fakt, że ustawa zwiększyła rolę lekarza POZ w procesie diagnostycznym, gdyż to on jest najbliżej lokalnej społeczności i problemów zdrowotnych jej członków. Z powyższych względów planuje się realizację szeregu typów programów profilaktycznych na poziomie regionalnym. Na poziomie centralnym realizowane będą wyłącznie programy profilaktyczne o charakterze innowacyjnym i pilotażowym. Inwestycje finansowane ze środków EFSI będą wspierały reformy ukierunkowane na poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia, co nastąpi m.in. poprzez silne ukierunkowanie wsparcia na projekty prowadzące do poprawy efektywności, w tym finansowej, podmiotów leczniczych oraz dostosowanie struktury (zakres działalności medycznej i zasoby) do aktualnych potrzeb zdrowotnych oraz deficytów w zakresie podaży danego rodzaju świadczeń. Celem wsparcia jest unowocześnienie i dostosowanie infrastruktury do aktualnych potrzeb, a nie jej rozbudowa. Rozwój infrastruktury będzie możliwy jedynie w wyjątkowych, szczegółowo zweryfikowanych przypadkach (mechanizm w ramach Komitetu Sterującego, a docelowo instrumenty zawarte w tzw. pakiecie kolejkowym i onkologicznym – mapy potrzeb oraz opinie o celowości planów inwestycyjnych). Zakup nowoczesnej aparatury medycznej, do pracowni diagnostycznych współpracujących z oddziałami szpitalnymi (szpital jako jedyny ma obowiązek posiadania pełnego wyposażenia diagnostycznego w lokalizacji), umożliwi wykonywanie badań diagnostycznych przy wykorzystaniu nowoczesnej aparatury podczas udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS) w ramach zawartych umów z NFZ. Promowane będą projekty jednostek konsolidujących się (konsolidacja kilku szpitali w jeden podmiot leczniczy, konsolidacja jednostek organizacyjnych szpitali, konsolidacja na poziomie zasobów szpitala). Realizowane projekty będą ukierunkowane na zapewnienie szybkiej diagnostyki i leczenia m.in. w zakresie onkologii. Projekty będą weryfikowane m.in. pod kątem spełniania kryteriów, które wypracuje Komitet Sterujący (propozycje przykładowych kryteriów): – rozwiązywanie kluczowych problemów zdrowotnych i demograficznych populacji; – realizacja przedsięwzięć ukierunkowanych na zapewnienie efektywności, w tym kosztowej systemu ochrony zdrowia; – wykazywanie efektywności w wymiarze technicznym (poziom wykorzystania (obłożenie) łóżek, poziom wykorzystania wyrobów medycznych, stosunek liczby personelu administracyjnego do personelu medycznego); – realizacja przedsięwzięć spójnych z realizowanymi i planowanymi reformami systemu ochrony zdrowia w Polsce; – kompleksowość inwestycji oraz zapewnienie efektu synergii; – efektywność inwestycji, w tym w szczególności finansowa i kosztowa; – posiadanie przez beneficjenta umowy na świadczenie usług opieki zdrowotnej finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Premiowane będą projekty kompleksowe, których elementem jest posiadanie przez podmiot leczniczy informatycznych systemów szpitalnych, komponent przyczyniający się do poprawy efektywności energetycznej, w szczególności do obniżenia zużycia energii lub efektywniejszego jej wykorzystania/zmniejszenia energochłonnosci obiektu, a także projekty zawierające rozwiązania ukierunkowane na poprawę dostepności infrastruktury dla osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych, w tym starszych.
			RPO	• Wdrożenie projektów profilaktycznych dot. chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu – EFS; • Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy – EFS; • Wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy – EFS; • Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi – EFS; • Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) – EFRR; • 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.	
			PO IiŚ	• Wsparcie ponadregionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) – EFRR.	

CSR: ZALECENIE RADY w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014 r.oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014 r. Bruksela, dnia 2.6.2014 r. COM (2014) 422 final: **Z powodu starzenia się społeczeństwa spodziewane jest znaczne zwiększenie wydatków na opiekę zdrowotną w perspektywie średnio- i długoterminowej. Wynikające z tego obciążenie dla finansów publicznych można byłoby zmniejszyć, a przy tym poprawić dostęp do opieki zdrowotnej przez wzmocnienie opieki podstawowej i systemów skierowań oraz wykorzystanie możliwości wzrostu oszczędności w opiece szpitalnej. W związku z tym, KE zaleca: (1) (...) lepsze ukierunkowanie polityki społecznej oraz poprawę efektywności kosztowej wydatków i ogólnej wydajności sektora opieki zdrowotnej (...)**					
Problemy	**Cel**	**Sposób realizacji/opis reformy**	**PO**	**Narzędzia EFSI**	**Uzasadnienie**
• Białe plamy w strukturze Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. • Wysoka częstotliwość urazów powstałych w wyniku wypadków i ich negatywne skutki wpływające na aktywność zawodową. • Wysoki poziom zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów.	CEL A Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce	**Reforma Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego:** • Opracowanie Programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne (1999 r.). • Powołanie Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego i utworzenie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (2000 r.). • Utworzenie Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne – centra powiadamiania ratunkowego i szpitalne oddziały ratunkowe zintegrowane w działaniu z zespołami ratownictwa medycznego oraz bieżące usprawnianie systemu w oparciu o doświadczenia (ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207)). • Utworzenie Centrów Urazowych oraz wprowadzenie mechanizmów podziału środków na działania ratownictwa medycznego w 2010 r. (nowelizacja ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym). • Zrezygnowanie z 3-letniego okresu obowiązywania planów działania systemu ratownictwa medycznego na rzecz planów obowiązujących bezterminowo i podlegających systematycznej aktualizacji w każdym czasie, kiedy wystąpi uzasadniona potrzeba związana z zapewnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców (nowelizacja z 2010 r. ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw). • Doprecyzowanie wymagań dla SOR umożliwiających bardziej efektywne ich funkcjonowanie oraz doprecyzowanie wymagań dotyczących dysponowania przez SOR całodobowym lotniskiem lub lądowiskiem (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz. 1420)). • Utworzenie jednolitego i kompleksowego systemu powiadamiania ratunkowego (ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. poz. 1635).	POIiŚ	• Utworzenie nowych SOR powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie) – EFRR; • Modernizacja istniejących SOR, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie) – EFRR; • Modernizacja istniejących CU (roboty budowlane, doposażenie) – EFRR; • Utworzenie nowych CU (roboty budowlane, doposażenie) – EFRR; • Budowa lub remont całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie) – EFRR; • Wsparcie baz LPR (roboty budowlane, doposażenie) oraz wyposażenia śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy – EFRR.	Kompleksowy, zrównoważony system ratownictwa medycznego to spójne działanie poszczególnych jednostek systemu wyposażonych w nowoczesny i kompatybilny sprzęt. System zapewnia każdemu człowiekowi (bez względu na zamożność, płeć, wiek czy narodowość) w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia możliwość: a) natychmiastowego wezwania pomocy (centra powiadamiania ratunkowego), b) niezwłocznego przybycia na miejsce zdarzenia właściwych jednostek systemu (zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego), c) podjęcia na miejscu zdarzenia właściwych działań ratowniczych według określonych kompetencji, standardów postępowania oraz zapewnienie stosownego do potrzeb transportu sanitarnego (naziemnego lub powietrznego), d) niezwłocznego przyjęcia do najbliższego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) lub Centrum Urazowego (CU) lub oddziału szpitalnego stosownego do rodzaju nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, gdzie zostanie wykonana kompleksowa diagnostyka oraz udzielona fachowa pomoc medyczna. Poszczególne elementy systemu muszą ze sobą ściśle współpracować, aby osoba znajdująca się w stanie nagłego zagrożenia życia miała szansę na szybkie i skuteczne udzielenie pomocy. Bardzo ważne jest zapewnienie niezbędnej infrastruktury w odniesieniu do każdego z ww. elementów, gdyż braki w chociaż jednym z nich powodują, że system nie może działać lub działa w sposób dysfunkcjonalny. Istnieje konieczność efektywnego dopełnienia istniejących już zasobów w taki sposób, aby domknąć „nieszczelności" systemu i stworzyć w pełni kompleksowy i zrównoważony system. Wobec tego planowane ze środków PO IiŚ 2014-2020 inwestycje będą miały na celu zoptymalizowanie działania systemu i zapewnienia porównywalnego poziomu wyposażenia i funkcjonowania do najlepiej rozwiniętych Państw Członkowskich UE. Aby spełnić ten cel jednostki systemu państwowego ratownictwa medycznego wspierane ze środków PO IŚ 2014-2020 będą rozmieszczone w sposób równomierny na terenie całego kraju, tak aby każda osoba przebywająca na terytorium Polski, niezależnie od miejsca zdarzenia (wypadku) miała możliwość uzyskania świadczeń w możliwie najszybszym czasie. Ponadto, inwestycje finansowane ze środków EFSI będą wspierały reformy ukierunkowane na poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia, co nastąpi m.in. poprzez silne ukierunkowanie wsparcia na projekty prowadzące do poprawy efektywności, w tym finansowej, podmiotów leczniczych oraz dostosowanie struktury do aktualnych potrzeb zdrowotnych oraz deficytów w zakresie podaży świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego. Projekty będą weryfikowane m.in. pod kątem spełniania kryteriów, które wypracuje Komitet Sterujący (przykładowe propozycje kryteriów): – rozwiązywanie kluczowych problemów zdrowotnych i demograficznych populacji; – realizacja przedsięwzięć ukierunkowanych na zapewnienie efektywności, w tym kosztowej systemu ochrony zdrowia; – wykazywanie efektywności w wymiarze technicznym (poziom wykorzystania (obłożenie) łóżek, poziom wykorzystania wyrobów medycznych, stosunek liczby personelu administracyjnego do personelu medycznego; – realizacja przedsięwzięć spójnych z realizowanymi i planowanymi reformami systemu ochrony zdrowia w Polsce; -kompleksowość inwestycji oraz zapewnienie efektu synergii; – efektywność inwestycji, w tym w szczególności finansowa i kosztowa; – posiadanie przez beneficjenta umowy na świadczenie usług opieki zdrowotnej finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Premiowane będą projekty, których elementem jest posiadanie przez podmiot leczniczy informatycznych systemów szpitalnych komponent przyczyniający się do poprawy efektywności energetycznej, w szczególności do obniżenia zużycia energii lub efektywniejszego jej wykorzystania/zmniejszenia energochłonności obiektu, a także projekty zawierające rozwiązania ukierunkowane na poprawę dostępności infrastruktury dla osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych, w tym starszych.

CSR: ZALECENIE RADY w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014 r.oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014 r. Bruksela, dnia 2.6.2014 r. COM (2014) 422 final:
Z powodu starzenia się społeczeństwa spodziewane jest znaczne zwiększenie wydatków na opiekę zdrowotną w perspektywie średnio- i długoterminowej. Wynikające z tego obciążenie dla finansów publicznych można byłoby zmniejszyć, a przy tym poprawić dostęp do opieki zdrowotnej przez wzmocnienie opieki podstawowej i systemów skierowań oraz wykorzystanie możliwości wzrostu oszczędności w opiece szpitalnej. W związku z tym, KE zaleca: (1) (...) lepsze ukierunkowanie polityki społecznej oraz poprawę efektywności kosztowej wydatków i ogólnej wydajności sektora opieki zdrowotnej (...)

Problemy	Cel	Sposób realizacji/opis reformy	PO	Narzędzia EFSI	Uzasadnienie
• Niewystarczająca liczba programów ukierunkowanych na opiekę nad matką i dzieckiem. • Niski wskaźnik urodzeń, jak również zjawisko coraz późniejszego wieku, w którym kobiety podejmują decyzje o urodzeniu pierwszego dziecka. • Niewystarczająca jakość i dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie osób nieletnich oraz kobiet w ciąży. • Brak odpowiedniego zaplecza organizacyjno-infrastrukturalnego dla działań profilaktycznych, diagnostycznych i medycyny naprawczej w zakresie matki i dziecka oraz osób starszych. • Niewystarczająca efektywność organizacyjno – zarządcza i finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ). • Wysokie zadłużenie SPZOZ. • Brak dostosowania liczby i struktury SPZOZ do potrzeb zdrowotnych ludności (opieka nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi). • Niedostosowanie podmiotów leczniczych do potrzeb osób starszych oraz niewystarczająco rozwinięta instytucjonalna i pozainstytucjonalne formy opieki nad osobami starszymi.	CEL B Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi	**Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.):** • Możliwość sprawowania wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym wyłącznie w warunkach domowych, bez konieczności posiadania pomieszczenia służącego udzielaniu świadczeń zdrowotnych. • Możliwość udzielania świadczeń pielęgnacyjnych lub opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej wyłącznie w warunkach domowych. • Wzmocnienie nadzoru właścicielskiego podmiotu tworzącego oraz zwiększenie jego odpowiedzialności za sytuację finansową samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. • Ułatwiono proces przekształcenia SPZOZ w spółki kapitałowe (zmiana formy organizacyjno-prawnej podmiotu leczniczego). • Wprowadzenie mechanizmu wsparcia procesu przekształceń dla organów założycielskich SPZOZ (umorzenia i dotacje celowe na spłatę zobowiązań przejętych przez organ założycielski od SPZOZu). • Usystematyzowanie katalogu podmiotów wykonujących działalność leczniczą. • Ujednolicenie rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą. **Ustawa z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 619):** • Rozwiązania ukierunkowane na poprawę efektywności pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, rozszerzające możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w POZ w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez lekarzy pediatrów i lekarzy internistów. • Zwiększenie roli lekarza POZ w procesie diagnostycznym.	RPO	• Wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych – EFS; • Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych jednostek zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, doposażenie) – EFRR; • Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej (roboty budowlane, doposażenie) – EFRR; • Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi) – EFS.	Niezadowalający poziom przygotowania systemu opieki zdrowotnej do zmieniających się warunków demograficznych przejawia się głównie w niewystarczającej liczbie programów ukierunkowanych na opiekę nad matką i dzieckiem, w szczególności dotyczy to wcześniaków, których w Polsce rodzi się blisko 30 tys. rocznie, a które wymagają specjalistycznej opieki medycznej ze względu niedostatecznie rozwinięte układy: odpornościowy, oddechowy, neurologiczny i pokarmowy. Sytuacja zdrowotna dzieci wpływa nie tylko na ich rozwój fizyczno – psychologiczny, ale również jest podstawą, na której opiera się jakość życia przyszłych dorosłych pokoleń. Oznacza to, że stopień i sposób dbania o zdrowie dzieci przekłada się bezpośrednio na kondycję przyszłego społeczeństwa. Kontakt z jednostkami specjalistycznymi ma zaledwie niewielki procent pacjentów, dlatego też programy wczesnego wykrywania wad powinny być realizowane na jak najniższym (lokalnym) poziomie, aby dotrzeć do możliwie dużej grupy odbiorców. Dodatkowo znajomość środowiska lokalnego może wzbogacić program wykrywania wad o elementy, które są istotnym problemem danego regionu lub jego części i w ten sposób zwiększyć jego oddziaływanie i efektywność. W celu wsparcia podstawowej opieki zdrowotnej, w tym nad matką i dzieckiem wprowadzono zmiany do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Mają one na celu zapewnienie odpowiedniej liczby lekarzy rodzinnych, którzy będą mogli wspierać programy wczesnego wykrywania wad u dzieci. Opieka nad matką i dzieckiem realizowana jest na poziomie każdorazowej styczności z systemem ochrony zdrowia – na poziomie lokalnym oraz w przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych na poziomie ponadregionalnym. W związku z powyższym zasadne jest wsparcie infrastruktury zarówno regionalnych podmiotów leczniczych, jak i ponadregionalnych podmiotów leczniczych, aby zapewnić dostęp do świadczeń zdrowotnych dla tej populacji. Odrębnym problemem w wymiarze demograficznym jest zapewnienie właściwej opieki nad osobami zależnymi, w tym osobami starszymi, który przejawia się w niedostosowaniu podmiotów leczniczych do potrzeb tych osób. W Polsce obserwuje się istotny deficyt jednostek świadczących opiekę długoterminową. Liczba oddziałów geriatrycznych wynosi w Polsce 34, co sytuuje Polskę bardzo niekorzystnie na tle innych państw UE. Dopuszczenie (w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej) możliwości udzielania świadczeń pielęgnacyjnych lub opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej wyłącznie w warunkach domowych umożliwia stopniową deinstytucjonalizację opieki nad osobami tego wymagającymi. Przedmiotowa deinstytucjonalizacja musi być prowadzona w oparciu o dogłębną analizę sytuacji lokalnej i politykę opartą na dowodach. Obydwa wymogi kierują uwagę w stronę samorządu lokalnego, który powinien posiadać najlepszą wiedzę, w jaki sposób i do jakiego stopnia przeprowadzić deinstytucjonalizację opieki oraz jakie podmioty mogą brać czynny udział w jej realizacji. Równocześnie należy założyć, iż to z poziomu lokalnego mogą być tworzone i wprowadzane innowacje społeczne i organizacyjne udzielania świadczeń pielęgnacyjnych lub opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w warunkach domowych. Deinstytucjonalizacja opieki nad osobami zależnymi odbywać się będzie także na poziomie centralnym. W ramach PO WER zostanie opracowany i pilotażowo wdrożony nowy model zdeinstytucjonalizowanej opieki nad osobami zależnymi, tj. dzienny medyczny ośrodek opieki, który po zakończeniu fazy pilotażowej realizowanej na poziomie centralnym, zostanie przekazany do wdrożenia przez regiony. Oddolne inicjatywy, przetestowane na lokalnym gruncie powinny być motorem zmian w zakresie wsparcia i opieki nad osobami zależnymi. Powyższe znajduje odzwierciedlenie w regionalnych programach operacyjnych, w których zaznacza się potrzebę deinstytucjonalizacji oraz wskazuje nowe formy wsparcia w obszarze opieki, pozostawiając jednocześnie możliwość tworzenia innych rozwiązań. Inwestycje finansowane ze środków EFSI będą wspierały reformy ukierunkowane na poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia, co nastąpi m.in. poprzez silne ukierunkowanie wsparcia na projekty prowadzące do poprawy efektywności, w tym finansowej, podmiotów leczniczych oraz dostosowanie struktury (zakres działalności medycznej i zasoby) do aktualnych potrzeb zdrowotnych oraz deficytów w zakresie podaży danego rodzaju świadczeń. Rozwój infrastruktury będzie możliwy jedynie w wyjątkowych, szczegółowo zweryfikowanych przypadkach (mechanizm w ramach Komitetu Sterującego, a docelowo instrumenty zawarte w tzw. pakiecie kolejkowym i onkologicznym – mapy potrzeb oraz opinie o celowości planów inwestycyjnych). Celem wsparcia jest unowocześnienie i dostosowanie infrastruktury do aktualnych potrzeb, a nie jej rozbudowa. Promowane będą projekty polegające na tzw. konsolidacji kilku szpitali w jeden podmiot leczniczy. Realizowane projekty będą ukierunkowane na zapewnienie szybkiej diagnostyki i leczenia m.in. w zakresie onkologii. Projekty będą weryfikowane m.in. pod kątem spełniania następujących kryteriów: – rozwiązywanie kluczowych problemów zdrowotnych i demograficznych populacji; – realizacja przedsięwzięć ukierunkowanych na zapewnienie efektywności, w tym kosztowej systemu ochrony zdrowia; – wykazywanie efektywności w wymiarze technicznym (poziom wykorzystania (obłożenie) łóżek, poziom wykorzystania wyrobów medycznych, stosunek liczby personelu administracyjnego do personelu medycznego; – realizacja przedsięwzięć spójnych z realizowanymi i planowanymi reformami systemu ochrony zdrowia w Polsce; – kompleksowość inwestycji oraz zapewnienie efektu synergii; – efektywność inwestycji, w tym w szczególności finansowa i kosztowa; – posiadanie przez beneficjenta umowy na świadczenie usług opieki zdrowotnej finansowanych w ramach publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Premiowane będą projekty, których elementem jest posiadanie przez podmiot leczniczy informatycznych systemów szpitalnych komponent przyczyniający się do poprawy efektywności energetycznej, w szczególności do obniżenia zużycia energii lub efektywniejszego jej wykorzystania/zmniejszenia energochłonności obiektu, a także projekty zawierające rozwiązania ukierunkowane na poprawę dostępności infrastruktury dla osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych. Zakup nowoczesnej aparatury medycznej, do pracowni diagnostycznych współpracujących z oddziałami szpitalnymi (szpital jako jedyny ma obowiązek posiadania pełnego wyposażenia diagnostycznego w lokalizacji), umożliwi wykonywanie badań diagnostycznych przy wykorzystaniu nowoczesnej aparatury podczas udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS) w ramach zawartych umów z NFZ.
			PO IiŚ	• 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.	
			POWER	• Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi) – EFS.	

CSR: ZALECENIE RADY w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014 r.oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014 r. Bruksela, dnia 2.6.2014 r. COM (2014) 422 final:
Z powodu starzenia się społeczeństwa spodziewane jest znaczne zwiększenie wydatków na opiekę zdrowotną w perspektywie średnio- i długoterminowej. Wynikające z tego obciążenie dla finansów publicznych można byłoby zmniejszyć, a przy tym poprawić dostęp do opieki zdrowotnej przez wzmocnienie opieki podstawowej i systemów skierowań oraz wykorzystanie możliwości wzrostu oszczędności w opiece szpitalnej. W związku z tym, KE zaleca: (1) (...) lepsze ukierunkowanie polityki społecznej oraz poprawę efektywności kosztowej wydatków i ogólnej wydajności sektora opieki zdrowotnej (...)

Problemy	Cel	Sposób realizacji/opis reformy	PO	Narzędzia EFSI	Uzasadnienie
• Niewystarczająca rola podstawowej opieki zdrowotnej w systemie opieki zdrowotnej. • Zbyt niska efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. •Niewystarczający dialog i współpraca administracji państwowej z organizacjami pacjenckimi. • Deficyty w zakresie jakości świadczeń medycznych.	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	**Pakiet kolejkowy i onkologiczny:** • Wzmocnienie pozycji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, m.in. zwiększenie jego roli w procesie diagnostycznym poprzez rozszerzenie listy możliwych badań zlecanych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. • Zwiększenie motywacji do szybkiej diagnostyki i leczenia poprzez wprowadzenie pakietów diagnostycznych. • Zniesienie obowiązku konsultacji specjalistycznej raz na 12 m-cy, w celu możliwości przedłużenia recepty przez lekarza rodzinnego. • Wprowadzenie tzw. porady receptowej. • Rozwój kompetencji i umiejętności pracowników podstawowej opieki zdrowotnej. • Szybka diagnostyka onkologiczna (wzmocnienie roli lekarzy POZ i AOS). • Wprowadzenie zmian w zakresie maksymalnego czasu, na jaki mogą być zawierane umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. **Ustawa z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 619):** • Zwiększenie liczby lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej poprzez wprowadzenie możliwości wyboru przez pacjenta, czy chce być pod opieką internisty, pediatry czy lekarza rodzinnego. **Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.):** • Wzmocniono nadzór właścicielski podmiotu tworzącego oraz zwiększono jego odpowiedzialność za sytuację finansową samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. • Ułatwiono proces przekształcenia SPZOZ w spółki kapitałowe, który polega na zmianie formy organizacyjno-prawnej podmiotu leczniczego. • Ujednolicono rejestr podmiotów prowadzących działalność leczniczą. **Ustawa z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1290):** • Zwiększono gwarancję jakości świadczeń opieki zdrowotnej poprzez wprowadzenie pojęcia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, służących jako kryteria oceny ofert złożonych w postępowaniu o zawarcie umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. **Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2011 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. Urz. MZ Nr 4, poz. 42):** • Określenie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, dotyczących wszechstronności opieki, praw pacjenta, poprawy jakości, bezpieczeństwa opieki, zespołu współpracowników, dokumentacji medycznej, organizacji jednostki i infrastruktury. **Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 lipca 2013 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień (Dz. Urz. MZ poz. 28):** • Określenie standardów akredytacyjnych dla stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień, dotyczących opieki nad pacjentem, ciągłość opieki, praw pacjenta, bezpieczeństwa opieki, leków, poprawy jakości, kadry jednostki, dokumentacji medycznej, środowiska opieki, zarządzania jednostką.	PO WER	• Działania projakościowe dedykowane podmiotom świadczącym podstawową opiekę zdrowotną – EFS; • Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) służącej polepszeniu jakości i efektywności publicznych usług zdrowotnych (pilotaż nowej formy organizacji, procesu i rozwiązań technologicznych) – EFS; • Działania projakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne – EFS; • Stworzenie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych (poprawa jakości danych dotyczących m.in. informacji o stanie infrastruktury medycznej, rejestrach medycznych dedykowanych określonym jednostkom chorobowym oraz identyfikacja „białych plam" w opiece zdrowotnej) – EFS; • Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących służące poprawie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju zdolności analitycznych i audytu wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia – EFS; • Działania na rzecz rozwoju dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia poprzez m.in. wsparcie współpracy administracji systemu ochrony zdrowia z organizacjami pacjenckimi – EFS.	W związku z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa przewidywany jest znaczący wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne i opiekuńcze. Starzenie się społeczeństwa stanowi duże wyznanie dla wszystkich wymiarów świadczenia usług zdrowotnych, w tym również dla podmiotów świadczących podstawową opiekę zdrowotną. Wzmocnienie POZ będzie następowało poprzez wsparcie zmian organizacyjnych (w ramach przygotowania, przetestowania i wdrożenia do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej), jak również na poziomie kształcenia kadr medycznych (poprzez wspieranie projektów edukacyjnych dedykowanych personelowi zatrudnionemu w placówkach POZ). Zgodnie z założeniami przetestowane zostaną co najmniej 3 warianty opieki koordynowanej, w których POZ zawsze jest jednym z elementów wdrażania, z tym że różna będzie jego rola. Jeden z wariantów przewiduje, że głównym koordynatorem usługi będzie właśnie POZ. Poprawę jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia można rozpatrywać na dwóch poziomach: medycznym i organizacyjno-zarządczym. Wyzwaniem dla stabilizacji finansowej podmiotów leczniczych jest stała poprawa mechanizmów planowania inwestycji w ochronie zdrowia oraz poprawa mechanizmów planowania świadczeń w oparciu o stały monitoring potrzeb zdrowotnych przy równoległej modernizacji systemu zapewniania jakości w sensie medycznym. Poprawa efektywności funkcjonowania współczesnych systemów ochrony zdrowia poprzez upowszechnianie systemu akredytacji jakości polega głównie na wyszukiwaniu zagadnień, które w największym stopniu wpływają na poziom świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów. Ważnym elementem poprawy efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia będzie również wykorzystanie organizacji opieki koordynowanej (OOK) do polepszenia jakości i efektywności dostawy publicznych usług zdrowotnych oraz inne działania służące poprawie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w szczególności na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Poprawie efektywności funkcjonowania ochrony zdrowia służyć będą również działań projakościowe, głównie poprzez wsparcie procesów akredytacji placówek ochrony zdrowia. Akredytacja (czyli certyfikowanie jakości) jest jednym z powszechnie stosowanych na świecie sposobów podnoszenia efektywności funkcjonowania placówek ochrony zdrowia. Jest to usystematyzowany proces oceny nakierowany na stymulowanie poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki, prowadzony przez niezależnych wizytatorów – w zakresie rozwijania bezpieczeństwa i jakości w systemach ochrony zdrowia. Poprawa efektywności funkcjonowania współczesnych systemów ochrony zdrowia poprzez upowszechnianie systemu akredytacji jakości polega głównie na wyszukiwaniu zagadnień, które w największym stopniu wpływają na poziom świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów. W tych obszarach tworzone są mierzalne kryteria oceny placówek określonego typu opieki zdrowotnej np. dla szpitali, zakładów opieki długoterminowej, podstawowej opieki zdrowotnej. Standardy te mają charakter dynamiczny, podlegają okresowej modyfikacji, zależnie od szybkości wywoływania pożądanych efektów. Dzięki temu spełnione jest założenie akredytacji polegające na stałym stymulowaniu do osiągania poziomu optimum, jaki wyznaczają standardy akredytacyjne. Każdorazowo wymogi standardów muszą być na poziomie możliwie wysokim, a przy tym jednak realnie osiągalnym. W latach 2014-2020 wspierane będą programu akredytacji placówek świadczących usługi szpitalne oraz placówki podstawowej opieki zdrowotnej. Reformy ochrony zdrowia przyczyniające się do poprawy efektywności funkcjonowania systemu będą wspierane również przez projekty edukacyjne dedykowane pracownikom administracyjnych zatrudnionych w ochronie zdrowia. Wspierane będą projekty poprawiające kompetencje zarządcze kadry kierowniczej oraz przyczyniające się do rozwoju zdolności analitycznych i audytu wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia. Planowane są również przedsięwzięcia edukacyjne o tematyce antykorupcyjnej adresowanych m.in. do osób zatrudnionych w pionach administracyjnych podmiotów leczniczych, w tym osób zajmujących się zamówieniami publicznymi. Celem szkoleń będzie przybliżanie tematyki postępowań antykorupcyjnych, przejawów działań nieetycznych, metod zwalczania tej patologii oraz utrwalenie pozytywnych wzorców zachowań w przypadku wystąpienia zjawisk niepożądanych. Nabyta wiedza pozwoli osobom odpowiedzialnym za dystrybucję środków finansowych właściwie reagować i przeciwdziałać korupcji. Poprawie efektywności i przejrzystości systemu służyć będą projekty na rzecz rozwoju dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia, poprzez m.in. wsparcie współpracy administracji systemu ochrony zdrowia z organizacjami pacjenckimi, jak również przedsięwzięcia służące poprawie jakosci danych dot. systemu ochrony zdrowia.

CSR: ZALECENIE RADY w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014 r.oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014 r. Bruksela, dnia 2.6.2014 r. COM (2014) 422 final: **Z powodu starzenia się społeczeństwa spodziewane jest znaczne zwiększenie wydatków na opiekę zdrowotną w perspektywie średnio- i długoterminowej. Wynikające z tego obciążenie dla finansów publicznych można byłoby zmniejszyć, a przy tym poprawić dostęp do opieki zdrowotnej przez wzmocnienie opieki podstawowej i systemów skierowań oraz wykorzystanie możliwości wzrostu oszczędności w opiece szpitalnej. W związku z tym, KE zaleca: (1) (...) lepsze ukierunkowanie polityki społecznej oraz poprawę efektywności kosztowej wydatków i ogólnej wydajności sektora opieki zdrowotnej (...)**					
Problemy	**Cel**	**Sposób realizacji/opis reformy**	**PO**	**Narzędzia EFSI**	**Uzasadnienie**
• Nieefektywny system przepływu informacji oraz zarządzania w ochronie zdrowia oparty o tradycyjną formę gromadzenia danych oraz wymiany informacji (niespójne standardy gromadzenia i udostępniania informacji zdrowotnej, brak spójnego systemu informacyjnego umożliwiającego działania analityczne i strategiczne, ograniczony zakres danych gromadzonych w rejestrach ochrony zdrowia, rozdrobnienie i brak współpracy, interoperacyjności systemów informatycznych stosowanych przez podmioty lecznicze, niskie kompetencje informatyczne personelu medycznego). • Niskie nakłady B+R+I, niski stopień komercjalizacji badań naukowych w medycynie i farmacji.	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	**Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. Nr 113, poz. 657, z późn. zm.):** • Tworzone są dziedzinowe systemy teleinformatyczne. • Tworzony jest System Informacji Medycznej (SIM). • Uregulowano kwestię funkcjonowania rejestrów medycznych. • Utworzono Platformę udostępniania on-line usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych (tzw. Platforma on-line). W finalnej fazie tworzenia jest Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (tzw. Platforma P1). Projekt ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz innych ustaw: • Szczegółowe rozwiązania mające na celu pełne wdrożenie rozwiązań w zakresie elektronizacji systemu informacji w ochronie zdrowia. **Nowelizacja ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. Nr 96, poz. 615, z późn. zm.):** • Udoskonalenie systemu finansowania nauki i ułatwienie środowisku naukowemu podejmowania badań naukowych i prac rozwojowych m.in. poprzez wprowadzenie przepisów skutkujących usprawnieniem procedur i zasad przyznawania środków finansowych na naukę i ich większym dostosowaniem do specyfiki i charakteru finansowanych zadań. • Wsparcie strategicznej infrastruktury badawczej oraz wzmocnienie aktywności Polaków w Europejskiej Przestrzeni Badawczej. **Nowelizacja ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.):** • Regulacja kwestii uwłaszczenia naukowców (elastyczne formy komercjalizacji wynalazku lub efektów badań naukowych, rozwiązanie kwestii praw do wyników badań naukowych lub prac rozwojowych, a także podziału środków uzyskanych z ich komercjalizacji). • Możliwość tworzenia związków uczelni na nowych zasadach, co pozwoli uczelniom m.in. na wspólne aplikowanie o fundusze europejskie na korzystniejszych warunkach.	PO PC	• Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej – EFRR; • Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny – EFRR; • Upowszechnienie wykorzystania systemów rejestrowych i systemów klasyfikacji medycznych – EFRR; • Udostępnianie informatycznych narzędzi wsparcia efektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia – EFRR; • Poprawa kompetencji cyfrowych świadczeniodawców i świadczeniobiorców – EFRR.	Polska jest krajem, w którym na tle innych państw członkowskich UE identyfikuje się nadal 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. Tworząc wieloletni plan informatyzacji w ochronie zdrowia w Polsce, zadecydowano o centralnym wdrożeniu dwóch systemów bazowych dla całego sektora, jak również o komplementarnym rozwoju inicjatyw lokalnych w ramach lecznictwa otwartego i zamkniętego, które docelowo zasilać mają systemy centralne. Ze środków funduszy strukturalnych w perspektywie finansowej 2007-2013 finansowana jest budowa „Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych" (Projekt P1) oraz przygotowanie „Platformy udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych" (Projekt P2), natomiast inicjatywy lokalne realizowane są w Regionalnych Programach Operacyjnych. Nowe rozwiązania są zaawansowane technicznie oraz wymagają zmiany dotychczasowych systemów. Pozwolą one na wdrożenie w Polsce modułów udostępniających podstawowe funkcje platformy e-zdrowie, takich jak: wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej, e-Recepta, elektroniczne skierowania, internetowe konto pacjenta, itp. Umożliwią one także skuteczne włączenie pacjenta w proces ochrony zdrowia, obniżenie kosztów oraz kompleksowe monitorowanie, w czasie rzeczywistym, udzielanych świadczeń zdrowotnych. Realizacja projektów umożliwi organom administracji publicznej, przedsiębiorcom (m.in. podmiotom leczniczym, aptekom, praktykom lekarskim) i obywatelom gromadzenie, analizę i udostępnienie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych. Przyczyni się także do poprawy jakości funkcjonowania administracji publicznej, odpowiedzialnej za sektor ochrony zdrowia, podnosząc zdolności instytucji publicznych poprzez informatyzację służb publicznych i otoczenia biznesowego, za pośrednictwem utworzonych usług e-zdrowia. Poprzez budowę Platformy P2 powstało uniwersalne narzędzie informatyczne, służące do utrzymywania rejestrów oraz świadczenia usług elektronicznych dla świata zewnętrznego, zapewniające optymalny poziom bezpieczeństwa. Zasadne jest dalsze rozwijanie systemu informacji ochrony zdrowia w Polsce, m.in. poprzez rozwój funkcjonalności platform P1 i P2, realizację nowych projektów, np. e-krew, wpływających na poprawę efektywności systemu opieki zdrowotnej. Istotne jest także dostosowanie infrastruktury świadczeniodawców do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, poprzez zakup sprzętu komputerowego i systemów informatycznych. Zgodnie z przyjętymi założeniami podmioty te będą zobligowane do przejścia wyłącznie na elektroniczną dokumentację medyczną w sierpniu 2017 r. Sektor ochrony zdrowia, zarówno na poziomie UE jak i w Polsce, należy do grupy sektorów o bardzo wysokim potencjale innowacyjnym, w tym w sferze badań i rozwoju (B+R). Z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia wprowadzenie rozwiązań innowacyjnych jest niezwykle istotne z uwagi na wzrost dostępności i jakości usług medycznych. 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 7 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. Środki EFSI 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. Planuje się położenie większego nacisku na współpracę sektorów biznesu i nauki. W związku z powyższym preferowane będą projekty B+R, charakteryzujące się wysokim potencjałem w zakresie komercjalizacji.W PO IR nacisk położony zostanie na wykorzystanie istniejących zasobów oraz konsolidację potencjału jednostek naukowych w ramach sieci powiązań i wspólnych projektów.
			RPO	• Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej EFRR; • Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny – EFRR; • Wsparcie rozwoju prac B+R+I w obszarze zdrowia – EFRR.	
			PO IR	• Wsparcie rozwoju prac B+R+I w obszarze zdrowia – EFRR.	

CSR: ZALECENIE RADY w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014 r.oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014 r. Bruksela, dnia 2.6.2014 r. COM (2014) 422 final:
Z powodu starzenia się społeczeństwa spodziewane jest znaczne zwiększenie wydatków na opiekę zdrowotną w perspektywie średnio- i długoterminowej. Wynikające z tego obciążenie dla finansów publicznych można byłoby zmniejszyć, a przy tym poprawić dostęp do opieki zdrowotnej przez wzmocnienie opieki podstawowej i systemów skierowań oraz wykorzystanie możliwości wzrostu oszczędności w opiece szpitalnej. W związku z tym, KE zaleca: (1) (...) lepsze ukierunkowanie polityki społecznej oraz poprawę efektywności kosztowej wydatków i ogólnej wydajności sektora opieki zdrowotnej (...)

Problemy	Cel	Sposób realizacji/opis reformy	PO	Narzędzia EFSI	Uzasadnienie
• Niedobory kadrowe wielu specjalizacji lekarskich (np. geriatria, pediatria, onkologia, medycyna ratunkowa), co jest niedogodnością m.in. z uwagi na starzenie się społeczeństwa. • Nierównomierne rozmieszczenie przestrzenne kadry medycznej (koncentracja w regionach, w których znajdują się uczelnie i wysokospecjalistyczne ośrodki medyczne). • Niewystarczająco rozwinięte kształcenie podyplomowe, w tym w szczególności kształcenie specjalizacyjne oraz zauważalna konieczność poprawy kompetencji lekarzy, w tym lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, w kontekście wyzwań epidemiologicznych i demograficznych. • Niedostosowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych oraz przedstawicieli innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, do zmieniających się potrzeb epidemiologiczno-demograficznych. • Zbyt mała rola praktycznego kształcenia kadr medycznych m.in. kształcenia symulacyjnego.	CEL D Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych.	**Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. Nr 113, poz. 658), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie ramowego programu zajęć praktycznych oraz sposobu ich odbywania, dokumentowania i zaliczania (Dz. U. poz. 900):** • Likwidacja rocznego stażu podyplomowego dla lekarzy. • Upraktycznienie systemu kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów. • Opracowanie modułowych programów specjalizacji dla lekarzy. **Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy (Dz. U. poz. 1562):** • Konsolidacja kształcenia specjalizacyjnego pielęgniarek i położnych. • Kompleksowy rozwój kształcenia podyplomowego kadr medycznych. **Pakiet kolejkowy i onkologiczny:** • Wzrost uprawnień pielęgniarek i położnych w zakresie ordynowania i/lub zlecania w ramach kontynuacji wybranych leków i wyrobów medycznych oraz wystawiania skierowań na określone badania diagnostyczne (do wdrożenia).	PO WER	• Kształcenie specjalizacyjne lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju – EFS; • Kształcenie podyplomowe lekarzy realizowane w innych formach niż specjalizacje w obszarach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy współpracujących z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej – EFS; • Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi – EFS; • Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno–demograficznych – EFS; • Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków – EFS; • Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej – EFS.	Główny kierunek reformy systemu kształcenia przeddyplomowego na kierunku lekarskim zmierza do skrócenia czasu uzyskania przez lekarza pełni praw wykonywania zawodu. Zgodnie z nowym standardem kształcenia studenci medycyny nabywają umiejętności praktyczn e na ostatnim roku studiów. Skrócenie czasu nabywania uprawnień lekarskich stanowi priorytetowe wyzwanie dla polskiego systemu kształcenia na kierunku lekarskim. Kluczowe staje się wsparcie uczelni medycznych w rozwoju kształcenia praktycznego m.in. poprzez rozwój kształcenia symulacyjnego. Poprawa jakości kształcenia wyższego na kierunkach medycznych jest jednym z celów Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Jednym z narzędzi realizacji tego celu w zakresie kształcenia lekarzy będzie m.in. realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej. Symulacja medyczna to odtworzenie możliwej sytuacji klinicznej w warunkach pracowni dydaktycznej, z możliwością interakcji osób uczących się. Środki EFS zostaną również przekazane na kształcenie podyplomowe, w tym w szczególności kształcenie specjalizacyjne m.in. poprzez wparcie systemu kształcenia specjalizacyjnego, wg zreformowanych programów kształcenia, obejmujące m.in. kształcenie modułowe. Istotnym elementem zaprojektowanego wsparcia będzie realizacja projektów edukacyjnych poprawiających kompetencje lekarzy, pielęgniarek i przedstawicieli innych zawodów poprzez ich udział w przedsięwzięciach szkoleniowych w formie kursów doskonalących. Planuje się przeznaczenie finansowania UE na kursy w wybranych dziedzinach medycyny, na które jest zapotrzebowanie z punktu widzenia potrzeb pacjenta. Duży nacisk będzie położony na wsparcie projektów szkoleniowych dedykowanych pracownikom pracującym w placówkach świadczących podstawową opiekę zdrowotną. W latach 2014-2020 wspierane będą przedsięwzięcia przyczyniające się do zwiększenia liczby pielęgniarek i położnych w systemie. Wprowadzane zmiany mają na celu zwiększenie dostępności świadczeniobiorców do świadczeń zdrowotnych i zapoczątkowanie procesu zmiany statusu zawodów pielęgniarki i położnej poprzez zróżnicowanie kompetencji w zależności od poziomu wykształcenia. Reasumując, wszystkie narzędzia przewidziane w Policy Paper dotyczące systemu kształcenia podyplomowego kadr medycznych (lekarzy, pielęgniarek, położnych oraz innych zawodów) będą w szczególności służyły poprawie wiedzy i umiejętności pracowników sektora ochrony zdrowa w obszarach merytorycznie związanych ze schorzeniami przyczyniającymi się do dezaktywizacji zawodowej z powodów zdrowotnych oraz wynikających ze zmian demograficznych. Będą one również służyły przygotowaniu pracowników medycznych do wdrożenia reformy zawartej w tzw. pakiecie onkologicznym i kolejkowym.

Załącznik nr 7 Wskaźnik realizacji celów operacyjnych i narzędzi implementacyjnych

Nazwa celu operacyjnego	Komponent Centralny					Komponent Regionalny				
	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny A: Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce	**Narzędzie 1:** Projekty pilotażowe i testujące w zakresie programów profilaktycznych zawierające m.in. komponent badawczy, edukacyjny oraz wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem, a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalami ogólnymi, w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem EFS	Liczba opracowanych programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy	15	Liczba wdrożonych programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy	15	**Narzędzie 2**: Wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu EFS	Nazwy i wartości wskaźników dla narzędzi dotyczących ochrony zdrowia w poszczególnych województwach określone są w RPO			
						Narzędzie 3: Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy EFS				
				Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym dofinansowanej w ramach EFS	65 000	**Narzędzie 4**: Wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy EFS				
		Liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które zostały przeszkolone z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS	12 238	Liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które dzięki EFS podnieśli swoje kompetencje z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS	10 403	**Narzędzie 5**: Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi EFS				
	Narzędzie 6: Utworzenie nowych SOR powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie) EFRR	Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	90	Średnia liczba osób przypadająca na SOR	152 tys.	nie dotyczy				
	Narzędzie 7: Wsparcie istniejących SOR, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie) EFRR									
	Narzędzie 8: Modernizacja istniejących CU (roboty budowlane, doposażenie) EFRR									
	Narzędzie 9: Utworzenie nowych CU (roboty budowlane, doposażenie) EFRR									
	Narzędzie 10: Budowa lub remont całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przy jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budow-lane, doposażenie)									
	Narzędzie 11: Wsparcie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (roboty budowlane, doposażenie) oraz wyposażenia śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy									

Nazwa celu operacyjnego	Komponent Centralny					Komponent Regionalny				
	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny A: Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce	**Narzędzie 12**: Wsparcie ponadregionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) EFRR	Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	43	Średni czas pobytu pacjenta na łóżkach leczniczych w Polsce	6,3	**Narzędzie 12**: Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) EFRR	Nazwy i wartości wskaźników dla narzędzi dotyczących ochrony zdrowia w poszczególnych województwach określone są w RPO			
	Narzędzie 14: 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					**Narzędzie 13**: 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				
Cel ogólny B: Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi	**Narzędzie 18**: Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi) EFS	Liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte narzędziami deinstytucjonalizacji i opieki nad osobami zależnymi	40	Liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostały utworzone w ramach programu	400	**Narzędzie 15**: Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych jednostek zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, doposażenie) EFRR Nazwy i wartości wskaźników dla narzędzi dotyczących ochrony zdrowia w poszczególnych województwach określone są w RPO	Nazwy i wartości wskaźników dla narzędzi dotyczących ochrony zdrowia w poszczególnych województwach określone są w RPO			
						Narzędzie 16: Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej (roboty budowlane, doposażenie) EFRR				
						Narzędzie 18: Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi) EFS				
						Narzędzie 19: Wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych EFS				

Nazwa celu operacyjnego	Komponent Centralny					Komponent Regionalny				
	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny 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 20**: Działania projakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne EFS	Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą objętych wsparciem w programie	150	Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu	128	nie dotyczy				
	Narzędzie 21: Działania projakościowe dedykowane podmiotom świadczącym podstawową opiekę zdrowotną EFS	Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które zostały objęte działaniami projakościowymi w ramach programu	620	Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu	527					
	Narzędzie 22: Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK), służącej polepszeniu jakości i efektywności publicznych usług zdrowotnych (pilotaż nowej formy organizacji, procesu i rozwiązań technologicznych) EFS	Liczba podmiotów (koordynatorów procesu) wykonujących działalność leczniczą objętych pilotażem modelu opieki koordynowanej	45	Liczba podmiotów (koordynatorów procesu) wykonujących działalność leczniczą, które wdrożyły model opieki koordynowanej w ramach programu	45					
	Narzędzie 23: Stworzenie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych (poprawa jakości danych dotyczących m.in. informacji o stanie infrastruktury medycznej, rejestrach medycznych dedykowanych określonym jednostkom chorobowym oraz identyfikacja „białych plam" w opiece zdrowotnej) EFS	Liczba opracowanych analitycznych modeli sektorowych chorobowości w zakresie głównych grup chorób	30	Łączna liczba wdrożeń modeli analitycznych na rzecz ochrony zdrowia	528					
		Liczba opracowanych analitycznych modeli prognozowania chorobowości	1							
		Liczba opracowanych analitycznych wielosektorowych modeli planowania zasobów i infrastruktury medycznej	1							
		Liczba opracowanych modeli analizy danych w zakresie medycznego rynku pracy	1							

Nazwa celu operacyjnego	Komponent Centralny					Komponent Regionalny				
	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny 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 24**: Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących, służące poprawie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju zdolności analitycznych i audytu wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia EFS	Liczba pracowników administracji systemu ochrony zdrowia objętych wsparciem EFS w celu poprawy efektywności jego funkcjonowania	10 000	Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS podnieśli kompetencje w zakresie zarządzania i kontroli	9 000	nie dotyczy				
	Narzędzie 25: Działania na rzecz rozwoju dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia, poprzez m.in. wsparcie współpracy administracji systemu ochrony zdrowia z organizacjami pacjenckimi EFS	Liczba organizacji pozarządowych zajmujących się problematyką ochrony zdrowia objętych wsparciem w ramach programu	45	Liczba organizacji pozarządowych, które zostały włączone w proces konsultacji społecznych dotyczących działań podejmowanych przez administrację państwową w obszarze ochrony zdrowia	45					
	Narzędzie 26: Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej EFRR	Liczba rodzajów dokumentów medycznych, dla których opracowano formaty elektroniczne	5	Liczba formatów elektronicznych dokumentów medycznych stosowanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą	5	**Narzędzie 26**: Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej EFRR	Liczba rodzajów dokumentów, dla których opracowano formaty elektroniczne	5	Liczba formatów elektronicznych dokumentów medycznych stosowanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą	5
				Udział pacjentów korzystających z IKP w ogólnej populacji pacjentów w Polsce	30%				Udział usługodawców w Polsce stosujących systemy klasy eHR pośród wszystkich usługodawców:	100%
				Udział recept elektronicznych wśród wszystkich wystawianych recept w Polsce	40%					

Nazwa celu operacyjnego	Komponent Centralny					Komponent Regionalny				
	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny C: Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań	**Narzędzie 27**: Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny EFRR	Liczba platform centralnych integrujących albo zapewniających interoperacyjność specjalizowanych systemów telemedycznych	1	Liczba specjalizowanych systemów telemedycznych udostępnianych z wykorzystaniem platformy centralnej	2	**Narzędzie 27:** Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny EFRR	Liczba regionów posiadających dostęp do platform telemedycznych	16	Udział systemów klasy HIS lub telemedycznych wykorzystujących rozwiązania typu CDSS lub CIG pośród wszystkich systemów klasy HIS lub telemedycznych	70%
				Udział pacjentów korzystających z systemów telemedycznych w ogólnej populacji pacjentów w Polsce	25%					
				Udział refundowanych procedur medycznych wykorzystujących rozwiązania klasy CIG lub telemedycznymi pośród wszystkich procedur refundowanych	20%					
	Narzędzie 28: Upowszechnienie wykorzystania systemów rejestrowych i systemów klasyfikacji medycznych EFRR	Liczba centralnych systemów zapewniających spójne udostępnianie danych z rejestrów medycznych	1	Udział podmiotów wykonujących działalność leczniczą korzystających z danych rejestrowych za pośrednictwem centralnej platformy	50%					
		Liczba udostępnionych systemów klasyfikacji medycznych międzynarodowych	3	Udział procesów opieki zdrowotnej, w których stosuje się kody z systemów klasyfikacji medycznych	100%					
				Udział ustawowych rejestrów medycznych udostępnianych przez platformę centralną	100%					
	Narzędzie 29: Udostępnienie informatycznych narzędzi wsparcia efektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia EFRR	Liczba systemów informatycznych wspomagających zarządzanie systemem ochrony zdrowia	2	Udział podmiotów wykonujących działalność leczniczą, udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, monitorowanych systemami oceny efektywności działania	100%					
		Liczba centralnych platform internetowych udostępnionych przez MZ dla pacjenta	1	Udział instytucji ochrony zdrowia wykorzystujących informatyczne narzędzia analityczne w podejmowaniu decyzji strategicznych na poziomie centralnym czy regionalnym	80%					

Nazwa celu operacyjnego	Komponent Centralny					Komponent Regionalny				
	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny C: Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań	**Narzędzie 27**: Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny EFRR	Liczba platform centralnych integrujących albo zapewniających interoperacyjność specjalizowanych systemów telemedycznych	1	Liczba specjalizowanych systemów telemedycznych udostępnianych z wykorzystaniem platformy centralnej	2	**Narzędzie 27** Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny EFRR	Liczba regionów posiadających dostęp do platform telemedycznych	16	Udział systemów klasy HIS lub telemedycznych wykorzystujących rozwiązania typu CDSS lub CIG pośród wszystkich systemów klasy HIS lub telemedycznych	70%
				Udział pacjentów korzystających z systemów telemedycznych w ogólnej populacji pacjentów w Polsce	25%					
				Udział refundowanych procedur medycznych wykorzystujących rozwiązania klasy CIG lub telemedycznymi pośród wszystkich procedur refundowanych	20%					
	Narzędzie 28: Upowszechnienie wykorzystania systemów rejestrowych i systemów klasyfikacji medycznych EFRR	Liczba centralnych systemów zapewniających spójne udostępnianie danych z rejestrów medycznych	1	Udział podmiotów wykonujących działalność leczniczą korzystających z danych rejestrowych za pośrednictwem centralnej platformy	50%					
		Liczba udostępnionych systemów klasyfikacji medycznych międzynarodowych	3	Udział procesów opieki zdrowotnej, w których stosuje się kody z systemów klasyfikacji medycznych	100%					
				Udział ustawowych rejestrów medycznych udostępnianych przez platformę centralną	100%					
	Narzędzie 29: Udostępnienie informatycznych narzędzi wsparcia efektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia EFRR	Liczba systemów informatycznych wspomagających zarządzanie systemem ochrony zdrowia	2	Udział podmiotów wykonujących działalność leczniczą, udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, monitorowanych systemami oceny efektywności działania	100%					
		Liczba centralnych platform internetowych udostępnionych przez MZ dla pacjenta	1	Udział instytucji ochrony zdrowia wykorzystujących informatyczne narzędzia analityczne w podejmowaniu decyzji strategicznych na poziomie centralnym czy regionalnym	80%					

Nazwa celu operacyjnego	Komponent Centralny					Komponent Regionalny				
	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny C: Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań	**Narzędzie 30**: Poprawa kompetencji cyfrowych świadczeniodawców i świadczeniobiorców EFRR	Liczba programów edukacyjnych w zakresie poprawy kompetencji cyfrowych usługodawców i usługobiorców	3	Udział usługodawców korzystających z systemów informatycznych w ochronie zdrowia	50					
				Udział usługobiorców korzystających z co najmniej jednej klasy systemów: 1. P1.IKP 2. P1.eRecepta 3. NFZ.ZIP 4. Systemy telemedyczne	40					
				Udział profesjonalistów korzystających bezpośrednio lub pośrednio z zasobów systemu P1 CSIOZ w ogólnej licznie profesjonalistów	100					
				Liczba polskich czasopism naukowych lub z polskim szefem komitetu redakcyjnego z zakresu informatyki medycznej lub telemedycyny posiadających IF według bazy JCR	10					
				Liczba polskich czasopism naukowych z zakresu informatyki medycznej lub telemedycyny punktowanych przez MNiSW	30					
	Narzędzie 31: Wsparcie rozwoju prac B+R+I w obszarze zdrowia EFRR	Udział nakładów na B+R w PKB	Wzrost do 2020 do 1,7% PKB (dotyczy nakładów na wszystkie obszary B+R)			**Narzędzie 31**: Wsparcie rozwoju prac B+R+I w obszarze zdrowia EFRR				

Nazwa celu operacyjnego	Komponent Centralny					Komponent Regionalny				
	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu/strategicznego	Wartość docelowa wskaźnika rezultatu strategicznego w 2023 r.	Nazwa narzędzia	Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa wskaźnika produktu w 2023 r.	Nazwa wskaźnika rezultatu strategicznego	Wartość wskaźnika rezultatu strategicznego
Cel ogólny D: Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych	**Narzędzie 32:** Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej EFS	Liczba programów rozwojowych uczelni kształcących na kierunkach medycznych opracowanych dzięki wsparciu z EFS	42	Liczba wdrożonych programów rozwojowych na uczelniach kształcących na kierunkach medycznych opracowanych dzięki wsparciu z EFS	42					
	Narzędzie 33: Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków EFS (CT 10, PI 10.2)	Liczba osób na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo objętych wsparciem w ramach programów rozwoju kompetencji kluczowych studentów	12 500	Liczba osób, które dzięki wsparciu programu uzyskały uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej	10 625					
	Narzędzie 34: Kształcenie specjalizacyjne lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju. EFS	Liczba lekarzy objętych kształceniem podyplomowym w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno- demograficznymi	15 700	Liczba lekarzy, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kwalifikacje zawodowe w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	13 345					
	Narzędzie 35: Kształcenie podyplomowe lekarzy realizowane w innych formach niż specjalizacje w obszarach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy współpracujących z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej. EFS									
	Narzędzie 36: Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi. EFS	Liczba pielęgniarek i położnych objętych kształceniem podyplomowym w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	20 000	Liczba pielęgniarek i położnych, które po zakończeniu udziału w programie uzyskały kwalifikacje w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	17 000					
	Narzędzie 37: Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych. EFS	Liczba przedstawicieli innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS zostali objęci wsparciem w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno- demograficznymi	7 200	Liczba przedstawicieli innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kompetencje zawodowe w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	6120					

Załącznik nr 8 Wysokość kontraktów NFZ zawartych na udzielanie świadczeń w SOR

Zestawienie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych ujętych w Wojewódzkich Planach Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego jako istniejące

(stan na dzień 27.03.2015 na podstawie danych z NFZ)

L.p	SOR-y istniejące	Wartość kontraktu z NFZ (SOR) I półrocze 2015	Województwo
1	4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WROCŁAWIU	2 980 765 zł	dolnośląskie
2	DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA – CENTRUM MEDYCYNY RATUNKOWEJ	2 413 997 zł	dolnośląskie
3	„GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	1 450 534 zł	dolnośląskie
4	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚWIDNICY	1 800 045 zł	dolnośląskie
5	SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE W POLANICY-ZDROJU SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	1 681 909 zł	dolnośląskie
6	SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO	2 139 115 zł	dolnośląskie
7	SZPITAL IM. ŚW. JADWIGI ŚLĄSKIEJ W TRZEBNICY	1 046 180 zł	dolnośląskie
8	SZPITAL ŚW.ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH	856 368 zł	dolnośląskie
9	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY IM. JANA MIKULICZA-RADECKIEGO WE WROCŁAWIU	2 024 123 zł	dolnośląskie
10	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZGORZELCU	1 224 341 zł	dolnośląskie
11	WOJEWÓDZKIE CENTRUM SZPITALNE KOTLINY JELENIOGÓRSKIEJ	2 328 565 zł	dolnośląskie
12	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU	2 289 650 zł	dolnośląskie
13	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W LEGNICY	2 432 459 zł	dolnośląskie
14	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOLESŁAWCU	1 367 693 zł	dolnośląskie
15	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŁAWIE	1 456 145 zł	dolnośląskie
16	NZOZ „NOWY SZPITAL SP. Z O.O." PROWADZONY PRZEZ NOWY SZPITAL SP. Z O.O.	1 267 000 zł	kujawsko-pomorskie
17	PAŁUCKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	1 268 991 zł	kujawsko-pomorskie

L.p	SOR-y istniejące	Wartość kontraktu z NFZ (SOR) I półrocze 2015	Województwo
18	REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W GRUDZIĄDZU	3 167 500 zł	kujawsko-pomorskie
19	SPZOZ 10 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ	2 896 000 zł	kujawsko-pomorskie
20	SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 1 IM. DR. ANTONIEGO JURASZA W BYDGOSZCZY	3 620 000 zł	kujawsko-pomorskie
21	SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY	2 896 000 zł	kujawsko-pomorskie
22	SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY IM. DR. LUDWIKA BŁAŻKA W INOWROCŁAWIU	2 715 000 zł	kujawsko-pomorskie
23	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WŁOCŁAWKU	2 715 000 zł	kujawsko-pomorskie
24	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. L. RYDYGIERA W TORUNIU	3 185 600 zł	kujawsko-pomorskie
25	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY	1 268 991 zł	kujawsko-pomorskie
26	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 4 W LUBLINIE	3 471 580 zł	lubelskie
27	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II W ZAMOŚCIU	2 740 340 zł	lubelskie
28	SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHEŁMIE	1 680 585 zł	lubelskie
29	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W LUBLINIE	1 667 010 zł	lubelskie
30	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAŚNIKU	1 460 534 zł	lubelskie
31	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĘCZNEJ	1 546 123 zł	lubelskie
32	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁUKOWIE	1 288 720 zł	lubelskie
33	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PARCZEWIE	1 004 550 zł	lubelskie
34	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PUŁAWACH	1 610 900 zł	lubelskie
35	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RADZYNIU PODLASKIM	1 256 140 zł	lubelskie
36	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WŁODAWIE	1 140 300 zł	lubelskie
37	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRASNYMSTAWIE	1 432 075 zł	lubelskie

L.p	SOR-y istniejące	Wartość kontraktu z NFZ (SOR) I półrocze 2015	Województwo
38	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W JANOWIE LUBELSKIM	1 257 175 zł	lubelskie
39	UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W LUBLINIE	1 936 195 zł	lubelskie
40	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY	2 479 700 zł	lubelskie
41	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BIAŁEJ PODLASKIEJ	2 289 992 zł	lubelskie
42	105 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻARACH	1 314 165 zł	lubuskie
43	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „SZPITAL POWIATOWY" W SŁUBICACH	1 121 910 zł	lubuskie
44	NOWY SZPITAL W ŚWIEBODZINIE SP. Z O.O. Z SIEDZIBĄ W ŚWIEBODZINIE	1 117 215 zł	lubuskie
45	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SULĘCIN	974 604 zł	lubuskie
46	SZPITAL MIĘDZYRZECKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	1 110 996 zł	lubuskie
47	SZPITAL WOJEWÓDZKI SPZOZ W ZIELONEJ GÓRZE	2 609 686 zł	lubuskie
48	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL W NOWEJ SOLI	2 041 745 zł	lubuskie
49	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W GORZOWIE WLKP. SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	2 392 901 zł	lubuskie
50	III SZPITAL MIEJSKI IM. DR KAROLA JONSCHERA W ŁODZI	1 977 141 zł	łódzkie
51	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „KUTNOWSKI SZPITAL SAMORZĄDOWY"	1 665 260 zł	łódzkie
52	PABIANICKIE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O.	1 473 590 zł	łódzkie
53	PODDĘBICKIE CENTRUM ZDROWIA	951 620 zł	łódzkie
54	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY IM.EDMUNDA BIERNACKIEGO W OPOCZNIE	1 076 059 zł	łódzkie
55	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WIELUŃ	1 441 996 zł	łódzkie
56	SAMODZIELNY SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. MIKOŁAJA KOPERNIKA W PIOTRKOWIE TRYBUNALSKIM	1 608 395 zł	łódzkie
57	SP ZOZ UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 4 IM. MARII KONOPNICKIEJ UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI	2 118 489 zł	łódzkie
58	SZPITAL POWIATOWY W BRZEZINACH	931 611 zł	łódzkie

L.p	SOR-y istniejące	Wartość kontraktu z NFZ (SOR) I półrocze 2015	Województwo
59	SZPITAL POWIATOWY W RADOMSKU	1 887 291 zł	łódzkie
60	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. JANA PAWŁA II W BEŁCHATOWIE	1 770 816 zł	łódzkie
61	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. PRYMASA KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W SIERADZU	1 699 729 zł	łódzkie
62	TOMASZOWSKIE CENTRUM ZDROWIA	1 440 879 zł	łódzkie
63	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. MARII SKŁODOWSKIEJ – CURIE W ZGIERZU	1 929 350 zł	łódzkie
64	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI	2 720 359 zł	łódzkie
65	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W SKIERNIEWICACH	1 257 709 zł	łódzkie
66	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĘCZYCY	1 455 245 zł	łódzkie
67	5 WSZKZP SPZOZ – SZPITAL W KRAKOWIE	2 453 888 zł	małopolskie
68	AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE	1 924 211 zł	małopolskie
69	LECZNICTWO SZPITALNE – NOWY SZPITAL W OLKUSZU	1 890 281 zł	małopolskie
70	OŚRODEK LECZENIA SZPITALNEGO	3 675 400 zł	małopolskie
71	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MYŚLENICACH	2 384 020 zł	małopolskie
72	SZPITAL	2 531 021 zł	małopolskie
73	SZPITAL	1 936 030 zł	małopolskie
74	SZPITAL	2 956 121 zł	małopolskie
75	SZPITAL MIEJSKI SPECJALISTYCZNY IM. G. NARUTOWICZA	2 960 622 zł	małopolskie
76	SZPITAL POWIATOWY	2 397 521 zł	małopolskie
77	SZPITAL POWIATOWY	2 198 741 zł	małopolskie
78	SZPITAL POWIATOWY IM. L.RYDYGIERA	2 049 309 zł	małopolskie
79	SZPITAL SPECJALISTYCZNY	2 270 591 zł	małopolskie
80	SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. LUDWIKA RYDYGIERA W KRAKOWIE – LECZNICTWO SZPITALNE	2 493 369 zł	małopolskie
81	SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. STEFANA ŻEROMSKIEGO	3 806 649 zł	małopolskie
82	SZPITAL ŚW. ANNY W MIECHOWIE LECZNICTWO SZPITALNE	1 345 087 zł	małopolskie
83	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. ŚW. ŁUKASZA SP ZOZ W TARNOWIE – LECZNICTWO AMBULATORYJNE	3 148 987 zł	małopolskie
84	UNIWERSYTECKIE LECZNICTWO SZPITALNE	4 291 090 zł	małopolskie

L.p	SOR-y istniejące	Wartość kontraktu z NFZ (SOR) I półrocze 2015	Województwo
85	ZESPÓŁ OPIEKI SZPITALNEJ	2 916 429 zł	małopolskie
86	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŚWIĘCIMIU	2 687 680 zł	małopolskie
87	CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSW W WARSZAWIE	2 694 728 zł	mazowieckie
88	MAZOWIECKI SZPITAL BRÓDNOWSKI W WARSZAWIE SP. Z O.O.	3 347 052 zł	mazowieckie
89	MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR JÓZEFA PSARSKIEGO W OSTROŁĘCE	1 750 089 zł	mazowieckie
90	MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	3 213 918 zł	mazowieckie
91	MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI W SIEDLCACH SP. Z O.O.	3 006 591 zł	mazowieckie
92	NOWODWORSKIE CENTRUM MEDYCZNE W NOWYM DWORZE MAZOWIECKIM	1 753 709 zł	mazowieckie
93	RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO	1 884 099 zł	mazowieckie
94	SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY SZPITAL ZACHODNI IM. JANA PAWŁA II	3 203 157 zł	mazowieckie
95	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GARWOLINIE	1 888 554 zł	mazowieckie
96	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MŁAWIE	1 330 169 zł	mazowieckie
97	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ – ZESPÓŁ ZAKŁADÓW	1 438 866 zł	mazowieckie
98	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ	1 880 771 zł	mazowieckie
99	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. MARSZAŁKA JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO W PŁOŃSKU	1 709 183 zł	mazowieckie
100	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOZIENICACH	1 664 687 zł	mazowieckie
101	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W OSTROWI MAZOWIECKIEJ	2 019 001 zł	mazowieckie
102	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZASNYSZU	1 417 049 zł	mazowieckie
103	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W WYSZKOWIE	1 731 475 zł	mazowieckie
104	SPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W CIECHANOWIE	1 595 515 zł	mazowieckie

L.p	SOR-y istniejące	Wartość kontraktu z NFZ (SOR) I półrocze 2015	Województwo
105	SZPITAL BIELAŃSKI IM. KS.JERZEGO POPIEŁUSZKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	4 598 124 zł	mazowieckie
106	SZPITAL CZERNIAKOWSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	2 709 208 zł	mazowieckie
107	SZPITAL DZIECIĘCY IM. PROF. DR. MED. JANA BOGDANOWICZA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	3 275 557 zł	mazowieckie
108	SZPITAL KLINICZNY DZIECIĄTKA JEZUS	2 189 376 zł	mazowieckie
109	SZPITAL POWIATOWY W WOŁOMINIE – SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	1 971 995 zł	mazowieckie
110	SZPITAL PRASKI P.W. PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO	2 647 306 zł	mazowieckie
111	SZPITAL SOLEC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	1 686 377 zł	mazowieckie
112	SZPITAL WOLSKI IM. DR ANNY GOSTYŃSKIEJ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	2 837 356 zł	mazowieckie
113	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W PŁOCKU	3 409 316 zł	mazowieckie
114	WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY	2 840 071 zł	mazowieckie
115	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ „SZPITALA POWIATOWEGO" W SOCHACZEWIE	1 797 511 zł	mazowieckie
116	BRZESKIE CENTRUM MEDYCZNE	1 651 806 zł	opolskie
117	PUBLICZNY SAMODZIELNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE W OPOLU	2 610 668 zł	opolskie
118	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KĘDZIERZYNIE-KOŹLU	1 793 429 zł	opolskie
119	SZPITAL POWIATOWY IM. PRAŁATA J. GLOWATZKIEGO W STRZELCACH OPOLSKICH	1 662 468 zł	opolskie
120	SZPITAL WOJEWÓDZKI W OPOLU – SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	2 180 869 zł	opolskie
121	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W NYSIE	1 840 882 zł	opolskie
122	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OLEŚNIE	1 391 890 zł	opolskie
123	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	1 283 833 zł	podkarpackie
124	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LESKU	1 210 890 zł	podkarpackie
125	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LEŻAJSKU	1 209 985 zł	podkarpackie

L.p	SOR-y istniejące	Wartość kontraktu z NFZ (SOR) I półrocze 2015	Województwo
126	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SANOKU	1 633 344 zł	podkarpackie
127	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWY SZPITAL SPECJALISTYCZNY W STALOWEJ WOLI	1 297 951 zł	podkarpackie
128	SZPITAL POWIATOWY IM. EDMUNDA BIERNACKIEGO W MIELCU	1 718 052 zł	podkarpackie
129	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BRZOZOWIE PODKARPACKI OŚRODEK ONKOLOGICZNY IM. KS. B. MARKIEWICZA	1 583 207 zł	podkarpackie
130	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W JAŚLE	2 004 213 zł	podkarpackie
131	SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 2 IM. ŚW. JADWIGI KRÓLOWEJ W RZESZOWIE	2 810 025 zł	podkarpackie
132	WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW. OJCA PIO W PRZEMYŚLU	1 722 577 zł	podkarpackie
133	WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ZOFII Z ZAMOYSKICH TARNOWSKIEJ W TARNOBRZEGU	1 241 479 zł	podkarpackie
134	WOJEWÓDZKI SZPITAL PODKARPACKI IM. JANA PAWŁA II W KROŚNIE	1 941 225 zł	podkarpackie
135	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĘBICY	1 544 111 zł	podkarpackie
136	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BIELSKU PODLASKIM	984 640 zł	podlaskie
137	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE	1 084 914 zł	podlaskie
138	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOKÓŁCE	1 142 291 zł	podlaskie
139	SP ZOZ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. J. ŚNIADECKIEGO	2 804 776 zł	podlaskie
140	SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE	1 020 840 zł	podlaskie
141	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. DR. LUDWIKA RYDYGIERA W SUWAŁKACH	1 760 949 zł	podlaskie
142	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO	1 850 906 zł	podlaskie
143	UNIWERSYTECKI DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY IM. L. ZAMENHOFA W BIAŁYMSTOKU	1 971 090 zł	podlaskie
144	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU	2 855 275 zł	podlaskie
145	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. DR ALEKSANDRA MAJKOWSKIEGO	2 160 320 zł	pomorskie
146	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „ZDROWIE”	1 815 799 zł	pomorskie

L.p	SOR-y istniejące	Wartość kontraktu z NFZ (SOR) I półrocze 2015	Województwo
147	SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	2 084 570 zł	pomorskie
148	SZPITALE WOJEWÓDZKIE W GDYNI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	2 672 960 zł	pomorskie
149	SZPITAL IM. MIKOŁAJA KOPERNIKA	8 884 991 zł	pomorskie
150	SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. J.K. ŁUKOWICZA W CHOJNICACH	1 908 469 zł	pomorskie
151	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W KOŚCIERZYNIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	2 007 951 zł	pomorskie
152	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WEJHEROWIE	3 465 050 zł	pomorskie
153	SZPITAL ŚW. JANA	1 778 209 zł	pomorskie
154	SZPITAL ŚW. WINCENTEGO A PAULO SP. Z O. O.	14 850 zł	pomorskie
155	UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE	2 408 299 zł	pomorskie
156	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANUSZA KORCZAKA	2 068 339 zł	pomorskie
157	CHORZOWSKIE CENTRUM PEDIATRII I ONKOLOGII IM. DR EDWARDA HANKEGO	1 917 500 zł	śląskie
158	MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY	2 403 050 zł	śląskie
159	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 6 ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM ZDROWIA DZIECKA	2 159 900 zł	śląskie
160	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 3 W RYBNIKU	1 721 000 zł	śląskie
161	SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. SZ. STARKIEWICZA W DĄBROWIE GÓRNICZEJ	1 609 190 zł	śląskie
162	SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY W JAWORZNIE	1 520 329 zł	śląskie
163	SZPITAL WOJEWÓDZKI W BIELSKU-BIAŁEJ	2 253 680 zł	śląskie
164	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA AKCYJNA	1 527 620 zł	śląskie
165	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. N.M.P.	3 016 490 zł	śląskie
166	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 5 IM. ŚW. BARBARY W SOSNOWCU	2 174 451 zł	śląskie
167	ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W CIESZYNIE	2 297 449 zł	śląskie
168	ARTMEDIK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	1 569 270 zł	świętokrzyskie

L.p	SOR-y istniejące	Wartość kontraktu z NFZ (SOR) I półrocze 2015	Województwo
169	POWIATOWY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	1 811 810 zł	świętokrzyskie
170	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W STASZOWIE	1 466 100 zł	świętokrzyskie
171	SZPITAL SPECJALISTYCZNY DUCHA ŚWIĘTEGO W SANDOMIERZU	1 436 290 zł	świętokrzyskie
172	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KIELCACH	3 605 520 zł	świętokrzyskie
173	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WŁOSZCZOWIE	1 268 810 zł	świętokrzyskie
174	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŃSKICH	1 748 460 zł	świętokrzyskie
175	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM	1 837 150 zł	świętokrzyskie
176	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKARŻYSKU KAMIENNEJ SZPITAL POWIATOWY IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE	1 500 490 zł	świętokrzyskie
177	108 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W EŁKU	983 011 zł	warmińsko-mazurskie
178	POWIATOWY SZPITAL IM. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W IŁAWIE	1 331 617 zł	warmińsko-mazurskie
179	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH Z WARMIŃSKO-MAZURSKIM CENTRUM ONKOLOGII W OLSZTYNIE	1 843 846 zł	warmińsko-mazurskie
180	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY W PISZU	985 002 zł	warmińsko-mazurskie
181	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DZIAŁDOWIE	909 887 zł	warmińsko-mazurskie
182	„SZPITAL GIŻYCKI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	1 180 482 zł	warmińsko-mazurskie
183	SZPITAL MRĄGOWSKI IM. MICHAŁA KAJKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	1 045 456 zł	warmińsko-mazurskie
184	SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH	1 219 940 zł	warmińsko-mazurskie
185	WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY IM. PROF. DR STANISŁAWA POPOWSKIEGO W OLSZTYNIE	986 088 zł	warmińsko-mazurskie
186	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE	1 729 817 zł	warmińsko-mazurskie
187	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W ELBLĄGU	2 171 095 zł	warmińsko-mazurskie
188	CENTRUM MEDYCZNE HCP SP. Z O.O. NZOZ CENTRUM MEDYCZNE HCP LECZNICTWO STACJONARNE	2 683 868 zł	wielkopolskie

L.p	SOR-y istniejące	Wartość kontraktu z NFZ (SOR) I półrocze 2015	Województwo
189	„PLESZEWSKIE CENTRUM MEDYCZNE W PLESZEWIE" SP. Z O.O.	1 348 631 zł	wielkopolskie
190	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	1 478 046 zł	wielkopolskie
191	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IMIENIA DOKTORA KAZIMIERZA HOŁOGI	1 616 692 zł	wielkopolskie
192	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KĘPNIE	1 387 003 zł	wielkopolskie
193	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KROTOSZYNIE	1 471 711 zł	wielkopolskie
194	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MIĘDZYCHODZIE	1 109 168 zł	wielkopolskie
195	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŚCIANIE	1 577 596 zł	wielkopolskie
196	SZPITAL POWIATOWY IM. ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO W ZŁOTOWIE	1 228 447 zł	wielkopolskie
197	SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W TRZCIANCE	1 120 752 zł	wielkopolskie
198	SZPITAL POWIATOWY W JAROCINIE	1 401 664 zł	wielkopolskie
199	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W PILE IM. STANISŁAWA STASZICA	2 117 519 zł	wielkopolskie
200	SZPITAL ŚREDZKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	1 220 483 zł	wielkopolskie
201	SZPITAL WOJEWÓDZKI W POZNANIU	3 814 575 zł	wielkopolskie
202	SZPITAL W PUSZCZYKOWIE IM. PROF. S.T. DĄBROWSKIEGO SPÓŁKA AKCYJNA	1 832 987 zł	wielkopolskie
203	„SZPITAL W ŚREMIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	1 284 738 zł	wielkopolskie
204	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. JÓZEFA STRUSIA Z ZAKŁADEM OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM. SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Z SIEDZIBĄ W POZNANIU PRZY UL. SZWAJCARSKIEJ 3	2 757 535 zł	wielkopolskie
205	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. LUDWIKA PERZYNY W KALISZU	1 887 649 zł	wielkopolskie
206	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KONINIE	2 244 762 zł	wielkopolskie
207	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W LESZNIE	2 217 612 zł	wielkopolskie
208	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W GNIEŹNIE	1 242 746 zł	wielkopolskie
209	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W WĄGROWCU	1 454 335 zł	wielkopolskie

L.p	SOR-y istniejące	Wartość kontraktu z NFZ (SOR) I półrocze 2015	Województwo
210	ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ OSTRÓW WIELKOPOLSKI	1 857 965 zł	wielkopolskie
211	DRAWSKIE CENTRUM SPECJALISTYCZNE	1 276 593 zł	zachodniopomorskie
212	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 IM. PROF. TADEUSZA SOKOŁOWSKIEGO PUM	2 603 866 zł	zachodniopomorskie
213	SAMODZIELNY PUBLICZNY WIELOSPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STARGARDZIE SZCZECIŃSKIM	1 803 303 zł	zachodniopomorskie
214	SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY	2 200 960 zł	zachodniopomorskie
215	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHOSZCZNIE	1 207 632 zł	zachodniopomorskie
216	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRYFICACH	1 806 742 zł	zachodniopomorskie
217	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. M. KOPERNIKA W KOSZALINIE	3 111 028 zł	zachodniopomorskie
218	SZPITAL W SZCZECINKU SPÓŁKA Z O.O.	1 633 887 zł	zachodniopomorskie

PODSUMOWANIE

L.p	Województwo	Liczba SOR-ów	Wartość kontraktów z NFZ (suma)
1	dolnośląskie	15	27 491 889,00
2	kujawsko-pomorskie	10	25 000 082,00
3	lubelskie	16	28 261 919,00
4	lubuskie	8	12 683 220,69
5	łódzkie	17	27 405 539,15
6	małopolskie	20	52 317 047,26
7	mazowieckie	29	67 490 810,00
8	opolskie	7	13 132 012,00
9	podkarpackie	13	21 200 892,00
10	podlaskie	9	15 475 681,00
11	pomorskie	12	31 269 807,97
12	śląskie	11	22 600 659,12
13	świętokrzyskie	9	16 243 900,00
14	warmińsko-mazurskie	11	14 386 241,00
15	wielkopolskie	23	40 356 484,00
16	zachodniopomorskie	8	15 644 011,00
SUMA		**218**	**430 960 195,19**