Przegląd śródokresowy założeń dokumentu „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020”

Raport końcowy

Zamawiający:
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15,
00-952 Warszawa

Wykonawca:
ECORYS Polska Sp. z o.o.
ul. Solec 38 lok. 105
00-394 Warszawa

Warszawa, 15 marca 2019 r.



Wykaz skrótów

Tabela 1. Wykaz skrótów

Skrót	Opis
AV	Wartość dodana (ang. *Added Value*)
CATI	Wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny (ang. *Computer Assisted Telephone Interview*)
CAWI	Wspomagany komputerowo wywiad przy pomocy strony www (ang. *Computer Assisted Web Interview)*
GUS	Główny Urząd Statystyczny
IDI	Indywidualny wywiad pogłębiony (ang. *Individual In-Depth Interview*)
IK RPO	Instytucja Koordynująca RPO (Departament Regionalnych Programów Operacyjnych w MIiR)
IK UP	Instytucja Koordynująca Umowę Partnerstwa (Departament. Koordynacji Strategii i Polityk Rozwoju w MIiR)
IP	Instytucja Pośrednicząca
IZ	Instytucja Zarządzająca
KE	Komisja Europejska
KS	Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia
MZ	Ministerstwo Zdrowia
MIiR	Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. *Organisation for Economic Co-operation and Development*)
OP	Oś priorytetowa
PO IiŚ	Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko
Policy paper	Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020
PO WER	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój

RPO	Regionalny Program Operacyjny
SE2020	Strategia Europa 2020
SL2014	Aplikacja główna centralnego systemu teleinformatycznego
SOPZ	Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia
SzOOP	Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych
UE	Unia Europejska
UP	Umowa Partnerstwa 2014-2020

Źródło: opracowanie własne.

Spis treści

Wykaz skrótów 2
Spis treści 4
Streszczenie 6
Summary 10
1. Wprowadzenie 14
2. Ocena postępów osiągania celów i realizacji wskaźników PP 17
2.1. Ocena realizacji celu głównego PP 17
2.2. Ocena realizacji celów operacyjnych, w tym ocena wskaźników 18
2.2.1. Ocena wykorzystania środków 18
2.2.2. Ocena trafności doboru wskaźników, poprawności ich zaszeregowania i poziomu oszacowanych wartości docelowych 28
2.2.3. Ocena przewidywanego na 2023 r. stanu realizacji celów operacyjnych 31
2.3. Ocena realizacji celów długoterminowych do 2030 r. (w tym ocena wkładu PP w realizację celów Strategii Europa 2020) 52
2.3.1. Oszacowanie skali wkładu środków finansowych 52
2.3.2. Oszacowanie kreowanej przez PP tzw. wartości dodanej UE 55
2.3.3. Prognoza przewidywanego na 2023 r. stanu realizacji celów długoterminowych 56
2.4. Ocena jakości i skuteczności poszczególnych narzędzi implementacji PP 58
2.5. Ocena wpływu EFSI na efektywność systemu ochrony zdrowia, w tym efektywność kosztową 67
2.6. Propozycja narzędzi monitoringu rezultatów w projektach w okresie ich trwałości 69
2.7. Analiza stosowanego mechanizmu koordynacji wsparcia EFSI na rzecz ochrony zdrowia 71
2.8. Propozycja modelu logicznego interwencji EFSI w obszarze zdrowia 73
3. Wnioski i rekomendacje 75
Załącznik nr 1. Wartość umów o dofinansowanie oraz wniosków o płatność 80
1.1. Wartość umów o dofinasowanie 80
1.2. Wartość wniosków o płatność do certyfikacji 94
Załącznik nr 2. Całościowa aktualizacja diagnozy 110
2.1. Diagnoza demograficzno-epidemiologiczna dla Polski 110
2.1.1. Analiza demograficzna 110
2.1.2. Analiza epidemiologiczna 112
2.2. Organizacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce 123

2.2.1. Wydatki na ochronę zdrowia 123
2.2.2. Zasoby kadrowe 124
2.2.3. Zasoby infrastrukturalne 131
Załącznik nr 3. Narzędzia badawcze 151
3.1. IDI z przedstawicielami MIiR i MZ 151
3.2. CAWI/CATI z IZ RPO 154
3.3. Panel ekspercki z elementami warsztatu otwierającego 165
3.4. Panel ekspercki z elementami warsztatu implementacyjnego 167
Załącznik nr 4. Analiza wskaźników 170

Streszczenie

Niniejszy raport zawiera ustalenia z ekspertyzy pn. *Przegląd śródokresowy założeń dokumentu „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020"* realizowanej od grudnia 2018 r. do kwietnia 2019 r. przez firmę Ecorys Polska Sp. z o. o. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. Celem badania było przeprowadzenie przeglądu śródokresowego polegającego m.in. na ocenie mid-term postępów w realizacji celu głównego i celów operacyjnych Policy paper i odpowiadających im kierunków interwencji, w tym m.in.:

- ocena stosowanych narzędzi implementacji;
- ocena osiągania wskaźników zapisanych w Policy paper na lata 2014-2020;
- wskazanie, czy wśród narzędzi już występujących w dokumencie, są takie które wymagają zwiększenia lub zmniejszenia zakresu wsparcia w perspektywie finansowej 2014 – 2020.

Ekspertyzę, uwzględniającą metodologiczny postulat triangulacji, zrealizowano za pomocą ilościowych i jakościowych metod oraz technik badawczych, takich jak: desk research, indywidualne wywiady pogłębione, panele eksperckie oraz badanie ankietowe przeprowadzone drogą internetową.

Przeprowadzona aktualizacja analizy i diagnozy w obszarach warunkujących funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej potwierdza kluczowe obserwacje zawarte w Policy paper. Większość przedstawionych wówczas problemów - mimo ponoszonych nakładów i realizowania działań zaradczych - nadal stanowi wyzwanie dla kraju. Nasze społeczeństwo starzeje się, co ma wyraz np. w udziale osób w wieku 80 lat i więcej w opiece długoterminowej. Polska wypada relatywnie niekorzystnie pod względem umieralności – zwłaszcza w przypadku mężczyzn. O ile od 2015 r. odnotowano poprawę subiektywnej samooceny zdrowia zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, nadal pod względem umieralności (ale też wspomnianej samodiagnozy) Polska plasuje się poniżej poziomu obserwowanego dla całej Unii Europejskiej. Pozytywnym zjawiskiem jest wydłużający się okres życia kobiet i mężczyzn, choć nadal Polska wypada ogółem gorzej niż Unii Europejska. Należy też zwrócić uwagę na fakt, że długość życia jest różna pomiędzy województwami.

Powyższe obserwacje są wynikiem wyzwań stojących przed system opieki zdrowotnej, które zostały celnie zidentyfikowane w Policy paper. Przede wszystkim, Polska nadal boryka się z niewystarczającymi wydatkami na ochronę zdrowia, co przyczynia się do drugiego kluczowego problemu, którym są braki kadrowe. Niedostateczne finansowanie sektora publicznego oraz brak dostępności lekarzy w tym sektorze wypycha chorych do sektora prywatnego. Zjawisko to jest niekorzystne zwłaszcza dla pacjentów starszych, którzy zazwyczaj dysponują niższym dochodem rozporządzalnym. Wreszcie, również w przypadku zasobów (szpitali, lekarzy, łóżek, specjalistów) istnieje znaczne zróżnicowanie pomiędzy polskimi województwami, co potencjalnie zmusza pacjentów do intra-krajowej turystyki medycznej.

Celem głównym Policy paper jest zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce. Przeciętna długość życia w zdrowiu dla mężczyzn w Polsce od 2011 r. do 2016 r. wzrosła z 59,1 lat do 61,3 lat. Wzrost o 2,2 lata przybliżył Polskę do poziomu Unii Europejskiej (61,7 lat i 63,5 lat, odpowiednio). Z kolei w 2011 r. w Polsce przeciętna długość życia kobiet w zdrowiu wynosiła 63,3 lata (1,2 mniej, niż dla całej Unii Europejskiej), a pięć lat później już 64,6 lat (tj. tylko 0,4 lat poniżej wartości dla Unii Europejskiej).

Środki funduszy unijnych dotyczące obszaru ochrony zdrowia, objęte zakresem Policy paper wdrażane są w Polsce w ramach sześciu kategorii interwencji:

- 053 Infrastruktura ochrony zdrowia;

- 081 Rozwiązania informatyczne na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się oraz usługi i aplikacje w zakresie e-zdrowia (w tym e-opieka i nowoczesne technologie w służbie osobom starszym;
- 107 Aktywne i zdrowe starzenie się;
- 112 Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym;
- 116 Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego oraz kształcenia na poziomie równoważnym w celu zwiększenia udziału i poziomu osiągnięć, zwłaszcza w przypadku grup w niekorzystnej sytuacji;
- 117 Wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie o charakterze formalnym, nieformalnym i pozaformalnym wszystkich grup wiekowych, poszerzanie wiedzy, podnoszenie umiejętności i kompetencji siły roboczej oraz promowanie elastycznych ścieżek kształcenia, w tym poprzez doradztwo zawodowe i potwierdzanie nabytych kompetencji.

W ramach wymienionych kategorii interwencji do końca 2018 r. podpisano umowy o łącznej wartości 17 479 323 904 zł, z czego wysokość dofinansowania to 14 951 874 943 zł, zaś wkład UE - 13 152 853 846 zł.

Tabela 2. Podstawowe zmienne o stanie wdrażania interwencji objętych Policy paper

Kategoria interwncji	Wartość ogółem (PLN)*	Wydatki kwalifikowalne (PLN)*	Dofinansowanie (PLN)*	Wkład UE (PLN) *	Alokacja (PLN)	% kontraktacji *	% wykonania**
053	7 811 047 606	6 953 796 893	5 860 417 584	5 465 073 900	6 118 592 627	89%	21%
081	1 281 620 201	1 226 600 769	1 025 869 678	1 021 870 433	1 483 081 404	69%	14%
107	404 023 055	404 023 055	373 421 559	340 261 487	1 301 103 365	26%	4%
112	3 124 365 135	3 124 365 135	2 949 117 034	2 664 079 114	4 682 955 614	57%	11%
116	4 081 981 472	4 081 981 472	3 976 735 574	3 450 208 548	5 142 163 622	67%	10%
117	776 286 435	776 286 435	766 313 514	211 360 364	777 233 708	27%	26%

** dane z UoD*
*** dane z WoP*
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r. oraz programów operacyjnych

W większości przypadków wskaźniki produktu zaproponowane w Policy paper są trafne i poprawnie zaszeregowane do kategorii (produkt vs. rezultat). Wyzwaniem mogą być wskaźniki rezultatu (tzw. bezpośredniego - gdyż w przypadku wskaźników rezultatu strategicznego/długoterminowego opisywane zjawisko również występuje, ale w odniesieniu do nich jest ono naturalne). Zdarza się, iż zaproponowany miernik jest silnie zależny od czynników wykraczających poza ramy realizowanej interwencji. Powoduje to, iż jego trafność jest relatywnie niska, gdyż duży procent zmienności wskaźnika wyjaśniany będzie zmiennymi niepowiązanymi wprost z wdrażanym projektem z zakresu Policy paper. Zdarza się również, że miernik jest niepoprawnie sformułowany na poziomie językowym, co skutkuje wyzwaniami interpretacyjnymi. Dużym problemem jest brak powiązania wskaźników w systemie SL2014 z poszczególnymi narzędziami Policy paper i konieczność tworzenia takiego przypisania oddolnie. Jest to z jednej strony źródłem potencjalnych błędów, z drugiej - nie pozwala na bieżące monitorowanie wdrażania dokumentu w trybie on-going.

Kilkadziesiąt wskaźników RPO, opisujących wdrażanie Policy paper, monitorowanych jest wyłącznie w jednym województwie, bądź też nazwa wskaźnika sformułowana jest w taki sposób, iż nie jest możliwe jego automatyczne zagregowanie. Sytuację te należy ocenić jako negatywną. Z powodu zmienności definicji nie ma również możliwości porównywania stopnia osiągnięcia wskaźników między programami operacyjnymi, co utrudnia ocenę efektywności wsparcia. W przypadku projektów współfinansowanych z EFS problemem jest niekompletność danych zawartych w systemie SL2014 oraz informacjach kwartalnych – wskaźniki nie posiadają określonej wartości docelowej lub też nie została określona deklarowana wartość docelowa wskaźnika w podpisanej umowie. Informacje te zawarte są często w osobnych raportach i systemach, co utrudnia szeroki dostęp do informacji na temat wdrażania.

Niniejsza ekspertyza w ograniczonym stopniu odnosi się do poprawności szacowania wartości docelowych wskaźników Policy paper, gdyż na moment realizacji badania brak jest wiedzy wynikającej z ewaluacji mid-term poszczególnych PO oraz znajomości planowanych zmian na skutek realizacji przeglądów śródokresowych (co, w konsekwencji, wpłynie na rozbieżność zapisów tychże PO z zapisami Policy paper). W przypadku PO WER, na koniec 2018 r. na 17 przyjętych wskaźników produktu właściwych Policy paper, zrealizowano cele końcowe (na 2023 r.) dla 5 z nich; w przypadku wskaźników rezultatu - z 15 mierników ogółem, założone cele zrealizowano dla 4. W PO WER można wskazać kilka wyjątków w zakresie przeszacowania docelowych wartości wskaźników, natomiast co do zasady - dominują niedoszacowania. W przypadku PO IiŚ, na koniec 2018 r. zaobserwowano znaczny postęp wdrażania interwencji w IX Osi priorytetowej- ale nie powodujący osiągnięcia wartości docelowej - dla obydwu przewidzianych wskaźników produktu oraz rezultatu strategicznego. Niemniej, wyniki ewaluacji mid-term IX Osi priorytetowej PO IiŚ 2014-2020 wskazują, iż założone wartości zostaną w 2023 r. przekroczone. Sytuacja w RPO jest zróżnicowana - choć patrząc po potencjale wynikającym z zawartych Umów o dofinansowanie i/lub postępów w już realizowanych projektach, w przypadku wskaźników dot. zdrowia w RPO - większość z nich powinna osiągnąć na koniec 2023 r. bezpieczny poziom z przedziału ok. 85-115% zakładanej wartości docelowej.

Wkład Policy paper w realizację celów Strategii Europa 2020 może być analizowany na poziomie bezpośrednim i pośrednim. Przyjęto, że w sposób bezpośredni na realizację celów w zakresie edukacji przekładają się projekty realizowane w ramach dwóch kategorii interwencji: 116 i 117. Wartość projektów realizujących cele edukacyjne do końca 2018 r. osiągnęła poziom 5 890 mln PLN, z czego wkład UE to około 5 000 mln PLN. Całkowita kwota poniesionych wydatków objętych wnioskami wyniosła łącznie 1 217,6 mln PLN, z czego dofinansowanie osiągnęło wartość 1 153,4 mln PLN, zaś wkład UE - 1 029,2 mln PLN. Aby zrelatywizować opisane wyżej wielkości bezwzględne, warto wskazać, iż kontraktacja środków przyczyniających się do realizacji celów w zakresie edukacji wynosi 84%, zaś zatwierdzone wnioski o płatność opiewają na 17% zobowiązań unijnych na lata 2014-2020.

Analizując przedsięwzięcia wpisujące się w realizację celu w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym, przyjęto za takie projekty realizowane w ramach kategorii interwencji: 53, 81, 107 i 112. Do końca 2018 r. wkład Policy paper w realizację celu w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym (na poziomie wartości podpisanych umów) sięgał 12,6 mld PLN - z czego dofinansowanie ogółem to 10,2 mld PLN, zaś wkład UE - 9,5 mld PLN. W ramach podpisanych umów złożono wnioski o całkowitej kwocie poniesionych wydatków sięgającej 2,8 mld PLN, z czego kwota dofinansowania ogółem sięgnęła 2 223 410 334,60, zaś dofinansowanie UE - 2 081 105 838,85 PLN. Analogicznie jak powyżej, wymaga zasygnalizowania fakt, iż kontraktacja środków przyczyniających się do realizacji celów w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym wynosi 70%, zaś zatwierdzone wnioski o płatność opiewają na 15% zobowiązań unijnych na lata 2014-2020.

W wyniku ekspertyzy sformułowano zalecenia i rekomendacje, z których najważniejsze to:

- Zrealizowana, całościowa aktualizacja diagnozy społeczno-gospodarczej powinna stanowić wkład do aktualizacji obecnego Policy paper.

- Wnioski z aktualizacji diagnozy oraz oceny poszczególnych narzędzi warto uwzględnić w procesie planowania nowego dokumentu Policy paper (lub jego odpowiednika - jeśli będzie to zasadne) i potraktować jako punkt wyjścia dla prowadzonych na jego potrzeby prac analityczno-diagnostycznych.
- W perspektywie 2021+ należy bardziej restrykcyjnie uwzględnić fakt, iż wskaźniki powinny być precyzyjne i odnosić się do całości zagadnienia monitorowanego danym miernikiem. Wymusza to ujednolicenie katalogu mierników używanych w ramach RPO - tak, aby możliwa była ich agregacja i synteza.
- W perspektywie 2021+ (o ile zakończone zostaną realizowane obecnie główne przedsięwzięcia programistyczno-infrastrukturalne), konieczne będzie silniejsze położenie akcentów na kwestie usług cyfrowych z zakresu e-zdrowia, dostępności tychże dla odbiorców ostatecznych itd.
- Wprowadzenie popytowego modelu wsparcia, np. na bazie rozszerzonej Bazy Usług Rozwojowych i / lub innego, dedykowanego rozwiązania. Pracodawca w uzgodnieniu z pracownikiem mógłby zadecydować o jego szkoleniu w obszarze, który jest zgodny z potrzebami danej placówki/preferencjami danej osoby, a przy tym niesprzeczny z całościowymi potrzebami systemu ochrony zdrowia.
- W ocenie wniosku o dofinansowanie nacisk powinien być kładziony na zagadnienia dotyczące uzasadnienia realizacji danej inwestycji, wskazanie jej powiązań z innymi przedsięwzięciami realizowanymi przez wnioskodawcę itd. Badanie wykazuje, iż najsilniejszą determinantą trwałości rezultatów wsparcia jest ich użyteczność.

Summary

This report contains findings from the expert's opinion *Mid-term review of the assumptions of the document "National strategic framework. Policy paper for health protection for 2014-2020"* implemented from December 2018 to April 2019 by the Ecorys Polska Sp. z o.o. commissioned by the Ministry of Health. The aim of the research was to conduct a mid-term review consisting of among others the assessment of mid-term progress in achieving the main objective and operational goals of the Policy paper and the corresponding directions of intervention, including among others:

- assessment of the implementation tools used;
- assessment of the achievement of indicators included in the Policy paper for 2014-2020;
- indication if among the tools already present in the document there are those that require increasing or decreasing the scope of support in the 20 14-2020 financial perspective.

Expert's opinion, taking into account the methodological requirement of triangulation, was implemented with use of quantitative and qualitative methods as well as research techniques, such as: desk research, individual in-depth interviews, expert panels and a questionnaire surveys carried out through the Internet.

Conducted analysis and diagnosis update in the areas conditioning the functioning of the healthcare system confirms the key observations covered by the Policy paper. Most of the problems presented at that time - despite the expenditures and the implementation of remedial actions - remain a challenge for the country. Our society is ageing, which is expressed, for example, in the share of people aged 80 and more in case of long-term care. Poland falls relatively unfavourably in terms of mortality - especially in case of men. While since 2015 there has been an improvement in subjective self-assessment of health both among women and men, in terms of mortality (but also the aforementioned self-diagnosis), Poland remains below the level observed for the entire European Union. A positive phenomenon is the prolonging life expectancy of women and men, although Poland is still worse overall than the European Union. It should also be noted that life expectancy differs among voivodships.

The above observations are result of challenges faced by the healthcare system that have been accurately identified in the Policy paper. First of all, Poland is still struggling with insufficient expenditure on healthcare, which contributes to the second key problem, which is staff shortages. Insufficient financing of the public sector and lack of availability of doctors in this sector pushes the patients to the private sector. This phenomenon is especially disadvantageous for older patients who usually have lower disposable income. Finally, also in the case of resources (hospitals, doctors, beds, specialists) there is a significant variation among voivodships in Poland, which potentially forces patients to seek the refuge in the intra-national medical tourism.

The main goal of the Policy paper is to increase the life expectancy while remaining healthy as a factor affecting the quality of life and economic growth in Poland. The average life expectancy being healthy for men in Poland increased between 2011 and 2016 from 59.1 years to 61.3 years. An increase of 2.2 years brought Poland closer to the level of the European Union (61.7 years and 63.5 years, respectively). On the other hand, in 2011, the average life expectancy of women being healthy in Poland was 63.3 years (1.2 less than for the entire European Union), and five years later - 64.6 years (i.e. only 0.4 years below values for the European Union).

EU funds regarding the area of health protection covered by the Policy paper are implemented in Poland under six intervention categories:

- 053 Healthcare infrastructure;

- 081 ICT solutions addressing the healthy active ageing challenge and e-health services (including e-health and modern technologies serving the elderly people);
- 107 Active and healthy ageing;
- 112 Enhancing access to affordable, sustainable and high-quality services, including healthcare and social services of general interest;
- 116 Improving the quality, efficiency and accessibility of higher education and equivalent level education with a view to increasing participation and levels of achievement, especially for disadvantaged groups;
- 117 Equalising access to lifelong learning of a formal, informal and non-formal character of all age groups, expanding knowledge, improving skills and competences of the workforce, and promoting flexible learning paths, including those through career guidance and confirmation of acquired competences.

Under the aforementioned intervention categories, by the end of 2018 contracts with a total value of PLN 17 479 323 904 were signed, of which PLN 14 951 874 943 is a national funding and the EU contribution amounts to PLN 13 152 853 846.

Table 3. Basic variables on the state of implementation of interventions covered by the Policy paper

Category of structural funds intervention	Total value (PLN)*	Eligible expenses (PLN)*	Co-financing (PLN)*	EU contribution (PLN)*	Allocation (PLN)	% of contracting*	% of implementation**
053	7 811 047 606	6 953 796 893	5 860 417 584	5 465 073 900	6 118 592 627	89%	21%
081	1 281 620 201	1 226 600 769	1 025 869 678	1 021 870 433	1 483 081 404	69%	14%
107	404 023 055	404 023 055	373 421 559	340 261 487	1 301 103 365	26%	4%
112	3 124 365 135	3 124 365 135	2 949 117 034	2 664 079 114	4 682 955 614	57%	11%
116	4 081 981 472	4 081 981 472	3 976 735 574	3 450 208 548	5 142 163 622	67%	10%
117	776 286 435	776 286 435	766 313 514	211 360 364	777 233 708	27%	26%

** declarations from the co-financing contracts*
***date from the requests for payment*
Source: own study based on data of the Ministry of Investment and Economic Development as at 31/12/2018 and operational programs

In most cases, the product indicators proposed in Policy paper are accurate and correctly classified to the category (product vs. result). Result indicators (so-called direct result - because in the case of strategic / long-term result indicators, the described phenomenon also occurs, but in relation to them is natural) are challenging, too. It occurs sometimes that the proposed metric is strongly dependent on factors that go beyond the scope of the intervention. In result, its accuracy is relatively low, because a large percentage of the indicator's variability is explained by variables not directly related to the implemented Policy paper project. It also occurs that the metric is incorrectly formulated at the linguistic level, which results in interpretive challenges. Another great problem is the lack of linking indicators in the SL2014 system with individual Policy paper tools and the need to create such an assignment from the bottom

up. It is on the one hand a source of potential errors, on the other - it does not allow for ongoing monitoring of the implementation of the document in on-going mode.

Several dozen indicators from Regional Operational Programmes (ROP) describing the implementation of the Policy paper are monitored only in one voivodship, or the name of the indicator is formulated in such a way that it is not possible to aggregate it automatically. This situation should be assessed as negative. Due to the variability of the definition, it is also not possible to compare the level of achievement of indicators between operational programs, which makes it difficult to assess the effectiveness of support. In the case of projects co-financed by the ESF, the problem is the incompleteness of data contained in the SL2014 system and quarterly information - the indicators do not have a specific target value or the declared target value of the indicator has not been determined in the signed agreement. This information is often included in separate reports and systems, which makes it difficult to have wide access to information on implementation.

This expert's opinion refers related to the correctness of estimating the target values of the Policy paper to a limited extent, as at the time of carrying out the research there is a lack of knowledge resulting from the mid-term evaluation of individual OPs and knowledge of planned changes as a result of mid-term reviews (which will consequently affect the discrepancy entries of these OPs with Policy paper provisions). In case of the Operational Programme Knowledge Education Development (PO WER), at the end of 2018, out of 17 accepted product indicators relevant to the Policy paper, final objectives (for 2023) were met for 5 of them; in case of result indicators - from 15 metrics in total, assumed objectives were achieved for 4. In PO WER, there are several exceptions in the scope of overestimating target indicator values, while in principle - underestimates dominate. In the case of the Operational Programme Infrastructure and Environment (PO IiŚ), at the end of 2018, a significant progress in the implementation of interventions in the 9th Priority Axis was observed - but not leading to achieve the target value - either for foreseen product indicators, or the strategic result indicators. Nevertheless, the results of the evaluation of the mid-term of the IX Priority Axis of PO IiŚ 2014-2020 indicate that the assumed values would be exceeded in 2023. The situation in the ROP varies - although, looking at the potential resulting from the concluded contracts for co-financing and / or progress in projects already under way, in case of health indicators in the ROP - most of them should reach a safe level at the end of 2023 from the approx. 85-115% of the assumed target value.

The contribution of the Policy paper to the achievement of the objectives of the Europe 2020 Strategy can be analysed at direct and indirect level. It has been assumed that projects implemented under two intervention categories: 116 and 117 are directly translated into the implementation of education objectives. The value of projects realizing educational goals reached by the end of 2018 MPLN 5,890 of which the EU contribution amounts to about MPLN 5,000. The total amount of expenditure covered by the applications totalled MPLN 1,217.6, of which the amount of funding amounted to MPLN 1,153.4, while the EU contribution - MPLN 1,029.2. To relativise the above mentioned absolute values, it is worth pointing out that the contracting of funds contributing to the objectives of education amounts to 84%, and approved applications for payment account for 17% of EU commitments for 2014-2020.

When analysing projects that are part of the implementation of the objective in the fight against poverty and social exclusion, they were accepted for such projects implemented under the intervention categories: 53, 81, 107 and 112. By the end of 2018, the Policy paper's contribution to the objective of combating poverty and social exclusion (at the level of value of contracts signed) reached PLN 12.6 billion - of which total funding was PLN 10.2 billion, and the EU contribution - PLN 9.5 billion. As part of the signed contracts, applications for a total expenditure of PLN 2.8 billion were submitted, where the total amount of funding amounted to PLN 2 223 410 334.60, while EU funding - PLN 2 081 105 838.85. Similarly to the above, it is necessary to stress that the contracting of funds contributing to the goals in the fight against poverty and social exclusion amounts to 70%, and approved applications for payment account for 15% of EU commitments for 2014-2020.

Finally, the next table illustrates the assessment of legitimisation of changing the scale of individual tools.

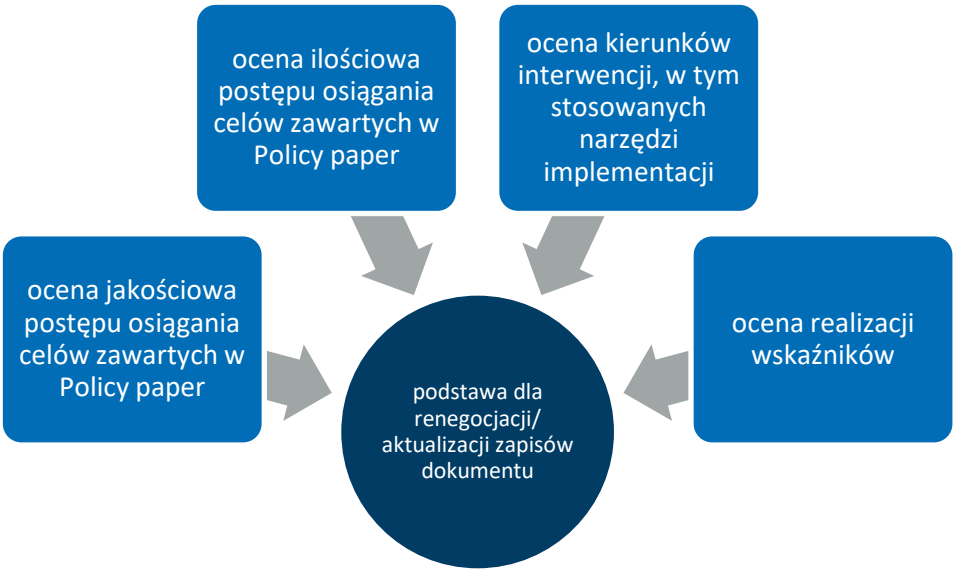
As a result of the expert's opinion, several recommendations were formulated, where the most important are:

- Completed, comprehensive update of the socio-economic diagnosis should contribute to updating the current Policy paper.
- The conclusions from the diagnosis update and assessment of individual tools should be taken into account in the process of planning a new Policy paper document (or its equivalent - if it is justified) and treated as a starting point for analytical and diagnostic works conducted for its needs.
- In the 2021+ perspective, the fact that indicators should be precise and refer to the whole issue monitored by a given metric should be more strictly considered. This forces the unification of the catalogue of metrics used within the ROP - so that they can be aggregated and synthesized.
- In the 2021+ perspective (if the main programming and infrastructure projects are completed), a stronger emphasis should be placed on the issues of digital services in the field of e-health, availability of these for final recipients, etc.
- Introduction of a demand control support model, e.g. based on the extended Development Services Base and/or another dedicated solution. The employer, in consultation with the employee, could decide to train him in an area that is consistent with the needs of the given institution/preferences of the person, and at the same time consistent with the overall needs of the healthcare system.
- In the assessment of the application for co-financing, the emphasis should be placed on issues related to the justification of the implementation of the given investment, indication of its links with other projects implemented by the applicant, etc. The research shows that the most important determinant of sustainability of support results is their usefulness.

1. Wprowadzenie

Niniejszy raport został przygotowany przez Ecorys Polska Sp. z o. o. dla Ministerstwa Zdrowia w ramach wykonywania ekspertyzy pn. *Przegląd śródokresowy założeń dokumentu „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020”.* Z uwagi na wielość zmian zachodzących zarówno w samym systemie opieki zdrowotnej, jak i w środowisku prawnym, strategicznym oraz w innych sferach życia publicznego, konieczny był przegląd zapisów Policy paper. Wskazywały na to zarówno zapisy dokumentu strategicznego Ministerstwa Zdrowia, tj. Policy paper, jak i Komisja Europejska.

Schemat 1. Kontekst przedmiotu zamówienia - potrzeby KE oraz oczekiwania MZ



Źródło: opracowanie własne na postawie Szczegółowego Opisu Przedmiotu Zamówienia

Celem ekspertyzy było przeprowadzenie przeglądu śródokresowego polegającego m.in. na ocenie mid-term postępów w realizacji celu głównego i celów operacyjnych Policy paper i odpowiadających im kierunków interwencji, w tym m.in.:

- ocenę stosowanych narzędzi implementacji;
- ocenę osiągania wskaźników zapisanych w Policy paper na lata 2014-2020;
- wskazanie, czy wśród narzędzi już występujących w dokumencie, są takie które wymagają zwiększenia lub zmniejszenia zakresu wsparcia w perspektywie finansowej 2014 – 2020.

Kształt przygotowanego raportu końcowego odpowiada zakresowi poczynionych prac badawczych. W podrozdziale 2.1 zaprezentowano ilościową i jakościową ocenę postępów osiągania celu głównego oraz realizacji wskaźników Policy paper. Dalej, w podrozdziale 2.2, przedstawiono wyniki analogicznej oceny na poziomie operacyjnym. Odniesiono się również do trafności doboru wskaźników i prognoz osiągania ich wartości docelowych na 2023 r. W podrozdziale 2.3 zawarto wyniki oceny realizacji celów długoterminowych Policy paper, ze szczególnym uwzględnieniem kreowania tzw. europejskiej wartości dodanej, generowania wkładu w realizację celów Strategii Europa 2020 czy też prognoz tych zjawisk w skali 2023 r. Następny podrozdział, 2.4, to ewaluacja jakości i skuteczności poszczególnych narzędzi

implementacji PP. Wreszcie, w ostatnich trzech podrozdziałach podjęto próby: zaproponowania narzędzi monitoringu rezultatów projektów, oceny mechanizmu koordynacji wsparcia EFSI na rzecz ochrony zdrowia oraz wypracowania modelu logicznego tegoż. Raport kończy przedstawienie wniosków i rekomendacji.

Różne perspektywy/źródła danych

W ramach ekspertyzy uwzględnione zostały trzy perspektywy oceny uchwycone poprzez zaproszenie do udziału w badaniach trzech kategorii respondentów - jak przedstawiono na schemacie 2.

Schemat 2. Perspektywy oceny uwzględnione przy projektowaniu logiki badania

Perspektywa beneficjentów	•Perspektywa beneficjentów interwencji w obszarze ochrony zdrowia wdrażanej w ramach FE (tj. POWER, PO IiŚ i RPO)
Perspektywa systemowa	•Perspektywa przedstawicieli IZ i IP PO IiŚ, POWER i RPO, IK RPO, IZ POPC
Perspektywa ekspercka	•Perspektywa specjalistów (akademickich ekspertów dziedzinowych/praktyków o uznanym dorobku zawodowym) uczestniczących w panelach eksperckich •Perspektywa przedstawicieli organizacji pacjenckich.

Źródło: Opracowanie własne

Dzięki zwielokrotnieniu perspektyw (kategorii respondenckich) możliwe było poznanie spojrzenia na problem badawczy z wielu stron. Należy podkreślić, że głównym i bardzo ważnym źródłem informacji były dane zastane, których analiza towarzyszyła całemu procesowi badawczemu.

Metody i techniki badawcze

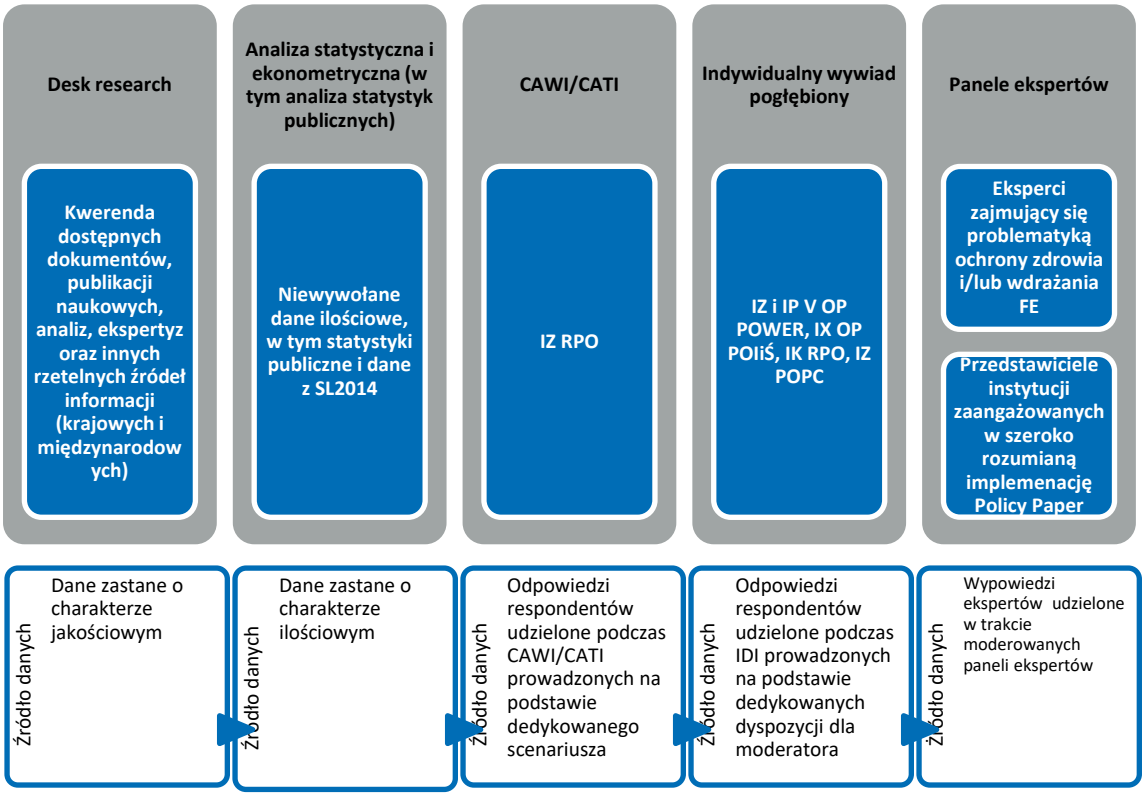
Przeprowadzenie ekspertyzy wymagało zastosowania technik badawczych o charakterze ilościowym i jakościowym, ze szczególną rolą desk research. Każdy z obszarów podlegał analizie stanowiącej syntezę min. 2 metod i technik badawczych. Zastosowano następujące metody i techniki badawcze:

- metody jakościowe:
  - ✓ analiza danych zastanych (*Desk Research*)
  - ✓ analiza logiki interwencji z zastosowaniem modeli logicznych
  - ✓ technika Indywidualnego wywiadu pogłębionego (IDI)
  - ✓ dwa panele ekspertów
- metody ilościowe:
  - ✓ analiza danych zastanych (dane z systemu SL2014, statystyk publicznych i in.)

- ✓ (quasi) ilościowe CAWI/CATI[1] z przedstawicielami IZ RPO

Poniżej na schemacie 3 zaprezentowano powiązanie technik badawczych ze źródłami danych oraz kategoriami respondentów, którym dedykowane są poszczególne techniki.

Schemat 3. Przyporządkowanie technik badawczych kategoriom respondentów wraz ze wskazaniem źródeł danych



Źródło: Opracowanie własne.

Etapy realizacji ekspertyzy

Wykonawca wyróżnił w procesie przygotowywania ekspertyzy:

- ➔ etap wstępny: eksploracji problemów badawczych;
- ➔ etap kwantyfikacji: wyjaśniania zjawisk rozpoznanych na etapie eksploracji (na etapie wstępnym) oraz weryfikacji hipotez dotyczących problemów badawczych;
- ➔ etap weryfikacji i oceny: przygotowania ostatecznych wniosków z badania i opracowania rekomendacji.

Należy podkreślić, iż dzięki uprzejmości MIiR, na skutek prośby wystosowanej przez MZ, Wykonawca do prac nad ekspertyzą mógł wykorzystać dane zastane oraz zanonimizowane wyniki badań terenowych realizowanych na potrzeby równolegle toczącej się *Ewaluacji mid-term programów operacyjnych realizowanych w ramach Umowy Partnerstwa 2014 2020 dla potrzeb przeglądu śródokresowego, w tym*

[1] Poprzez badanie (quasi) ilościowe rozumie się badanie realizowane wg narzędzia standardowo wykorzystywanego w badaniach ilościowych, ale cechującego się większą liczbą pytań otwartych, dających respondentowi swobodę wypowiedzi w ramach udzielania odpowiedzi na pytania z kwestionariusza.

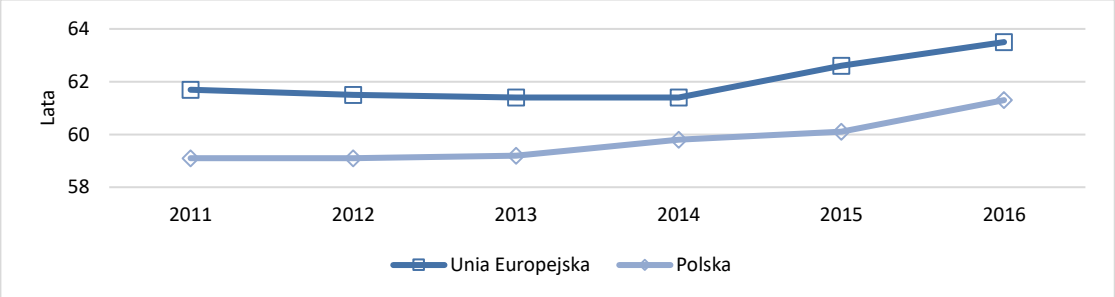
realizacji zapisów ram i rezerwy wykonania. Miało to za zadanie umożliwić w większym stopniu ocenę postępu wdrażania interwencji objętych Policy paper oraz ewentualnych planów IZ KPO i RPO w zakresie potencjalnych zmian wynikających z przeglądów śródokresowych, które mogłyby wpływać na kształt interwencji w ochronie zdrowia. Działanie to były podyktowane w znacznej mierze brakiem dostępności, w momencie realizacji ekspertyzy wyników ewaluacji mid-term większości programów operacyjnych – zarówno krajowych, jak i regionalnych.

2. Ocena postępów osiągania celów i realizacji wskaźników PP

2.1. Ocena realizacji celu głównego PP

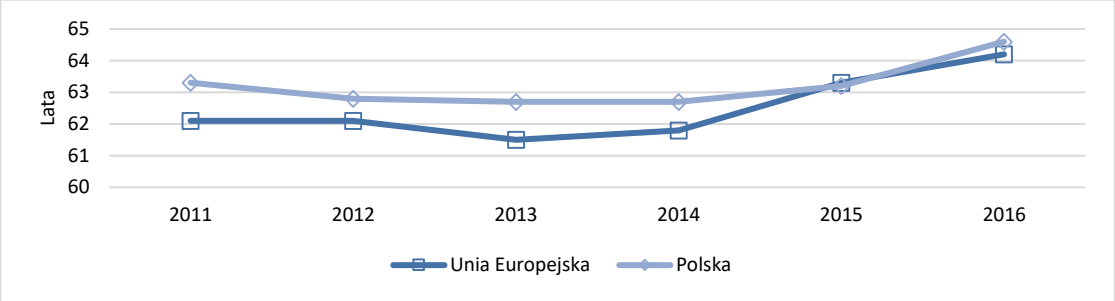
Celem głównym Policy paper jest zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce. Przeciętna długość życia w zdrowiu dla mężczyzn w Polsce od 2011 r. do 2016 r. wzrosła z 59,1 lat do 61,3 lat (Wykres 1). Wzrost o 2,2 lata przybliżył Polskę do poziomu Unii Europejskiej (61,7 lat i 63,5 lat, odpowiednio). Tak, jak zauważono to w przypadku analizy innych wskaźników, tak i w tym przypadku bliżej wartości dla całej Unii Europejskiej jest grupa kobiet. W Polsce w 2011 r. przeciętna długość życia kobiet w zdrowiu wynosiła 63,3 lata (1,2 mniej, niż dla całej Unii Europejskiej), a pięć lat później już 64,6 lat (tj. tylko 0,4 lat poniżej wartości dla Unii Europejskiej) – Wykres 2.

Wykres 1. Przeciętna długość życia w zdrowiu dla mężczyzn w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2011-2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostat (2019), Healthy life years (from 2004 onwards), http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en, data dostępu: 6 marzec 2019.

Wykres 2. Przeciętna długość życia w zdrowiu dla kobiet w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2011-2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostat (2019), Healthy life years (from 2004 onwards), http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en, data dostępu: 6 marzec 2019.

2.2. Ocena realizacji celów operacyjnych, w tym ocena wskaźników

Celem tej części jest określenie postępu we wdrażaniu Policy paper, rozumianego zarówno jako poziom wykorzystania środków w podpisanych umowach w stosunku do przewidzianej alokacji (%) oraz poziom certyfikacji w stosunku do przewidzianej alokacji (%) (przepływy finansowe), jak i jako poziom osiągnięcia celów mierzony wartościami wskaźników osiągniętymi na 31.12.2018 r. (dane monitoringowe). Dodatkowo, specyficzną formą pomiaru założeń Policy paper jest określenie jego wkładu w realizację celów Strategii Europa 2020.

2.2.1. Ocena wykorzystania środków

Środki funduszy unijnych dotyczące obszaru ochrony zdrowia, objęte zakresem Policy paper wdrażane są w Polsce w ramach sześciu kategorii interwencji:

- **053** Infrastruktura ochrony zdrowia;
- **081** Rozwiązania informatyczne na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się oraz usługi i aplikacje w zakresie e-zdrowia (w tym e-opieka i nowoczesne technologie w służbie osobom starszym;
- **107** Aktywne i zdrowe starzenie się;
- **112** Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym;
- **116** Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego oraz kształcenia na poziomie równoważnym w celu zwiększenia udziału i poziomu osiągnięć, zwłaszcza w przypadku grup w niekorzystnej sytuacji;
- **117** Wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie o charakterze formalnym, nieformalnym i pozaformalnym wszystkich grup wiekowych, poszerzanie wiedzy, podnoszenie umiejętności i kompetencji siły roboczej oraz promowanie elastycznych ścieżek kształcenia, w tym poprzez doradztwo zawodowe i potwierdzanie nabytych kompetencji.

W ramach wymienionych kategorii interwencji do końca 2018 r. podpisano umowy o łącznej wartości 17 479 323 904 zł, z czego wysokość dofinansowania to 14 951 874 943 zł, zaś wkład UE - 13 152 853 846 zł.

Tabela 4. Podstawowe zmienne o stanie wdrażania interwencji objętych Policy paper

	Wartość ogółem (PLN)*	Wydatki kwalifikowalne (PLN)*	Dofinansowanie (PLN)*	Wkład UE (PLN) *	Alokacja (PLN)	% kontraktacji *	% wykonania**
053 Infrastruktura ochrony zdrowia	7 811 047 606	6 953 796 893	5 860 417 584	5 465 073 900	6 118 592 627	89%	21%
081 Rozwiązania informatyczne na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się oraz usługi i aplikacje w zakresie e-zdrowia (w tym e-opieka i nowoczesne technologie w służbie osobom starszym	1 281 620 201	1 226 600 769	1 025 869 678	1 021 870 433	1 483 081 404	69%	14%
107 Aktywne i zdrowe starzenie się	404 023 055	404 023 055	373 421 559	340 261 487	1 301 103 365	26%	4%
112 Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym	3 124 365 135	3 124 365 135	2 949 117 034	2 664 079 114	4 682 955 614	57%	11%
116 Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego oraz kształcenia na poziomie równoważnym w celu zwiększenia udziału i poziomu osiągnięć, zwłaszcza w przypadku grup w niekorzystnej sytuacji	4 081 981 472	4 081 981 472	3 976 735 574	3 450 208 548	5 142 163 622	67%	10%

	Wartość ogółem (PLN)*	Wydatki kwalifikowalne (PLN)*	Dofinansowanie (PLN)*	Wkład UE (PLN) *	Alokacja (PLN)	% kontraktacji *	% wykonania**
117 Wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie o charakterze formalnym, nieformalnym i pozaformalnym wszystkich grup wiekowych, poszerzanie wiedzy, podnoszenie umiejętności i kompetencji siły roboczej oraz promowanie elastycznych ścieżek kształcenia, w tym poprzez doradztwo zawodowe i potwierdzanie nabytych kompetencji	776 286 435	776 286 435	766 313 514	211 360 364	777 233 708	27%	26%

* dane z UoD
** dane z WoP

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r. oraz programów operacyjnych

W celu uchwycenia skali dodatkowości pozyskanych środków w stosunku do wydatków krajowych na ochronę zdrowia, warto porównać wartość realizowanych projektów w latach 2014-2018 do wydatków bieżących na ochronę zdrowia, ponoszonych tylko w ciągu jednego roku. Jak wskazują najnowsze dostępne dane[2], szacuje się, iż **w 2016 r. wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 121,1 mld zł. W kwocie tej zawiera się 84,6 mld zł wydatków publicznych (z czego 12,1 mld zł to wydatki instytucji rządowych i samorządowych, a 72,3 mld zł to wydatki NFZ) oraz 36,5 mld zł wydatków prywatnych** (z czego 27,8 mld zł to bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych - koszt komercyjnych wizyt u lekarzy, fizjoterapeutów, wykonanych odpłatnie badań i zakupu leków, a 8,7 mld zł to pozostałe wydatki prywatne).

Poniżej opisano poszczególne kategorie interwencji w zakresie podstawowych miar wdrażania. W pierwszej kolejności, prezentowano ogólne dane zbiorcze, a następnie - o ile to zasadne - opisywano kolejno wkład programów krajowych i / lub regionalnych w ich realizację.



W przypadku **kategorii interwencji 053 Infrastruktura ochrony zdrowia**, **wartość alokacji** (wkład UE) przeznaczonej na tego typu projekty sięga **6 118 592 627 zł**. Stopień wykorzystania dostępnych środków jest dość wysoki – łącznie do końca 2018 r. udało się **zakontraktować 89%** dostępnej kwoty.

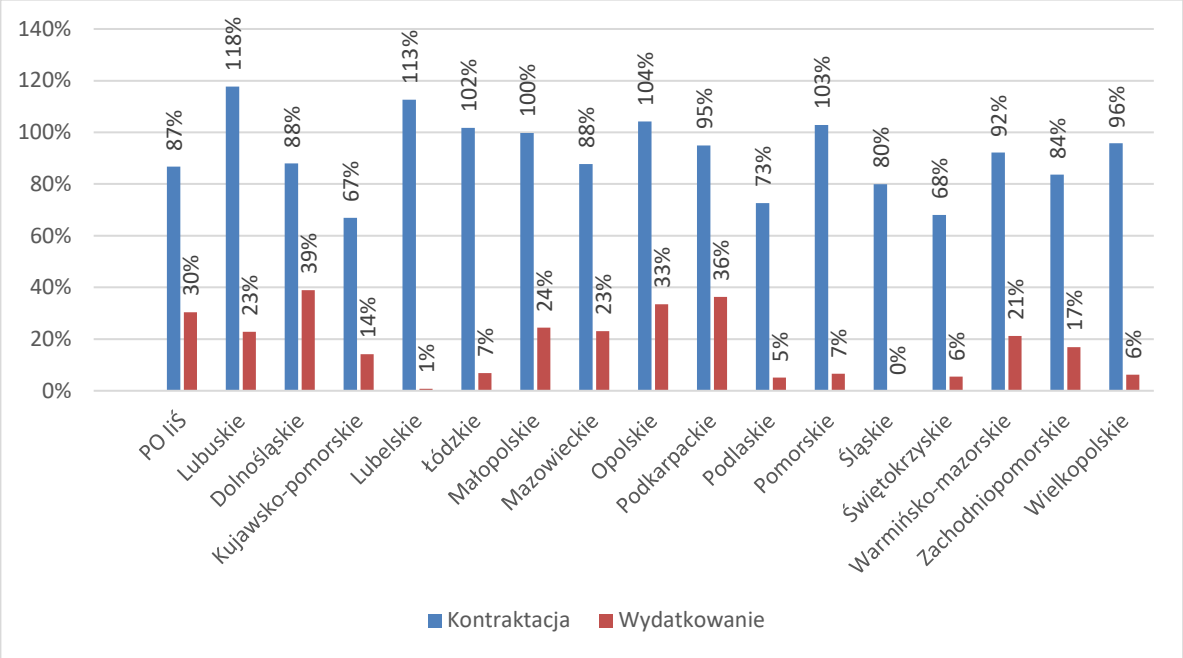
Projekty realizowane w ramach programu krajowego (Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014-2020; dalej: PO IIŚ 2014-2020) dotyczyły między innymi wsparcia infrastruktury ratownictwa medycznego (SOR, CU, infrastruktura transportu medycznego), infrastruktury ponadregionalnych podmiotów leczniczych (wsparcie oddziałów oraz innych jednostek organizacyjnych szpitali ponadregionalnych, a także pracowni diagnostycznych). Zakres wsparcia obejmował zarówno roboty budowlane, jak również zakup specjalistycznego sprzętu i doposażenie.

W programach regionalnych realizowane projekty dotyczyły budowy i modernizacji placówek i oddziałów, doposażenia w sprzęt medyczny i rozwoju opieki koordynowanej. Wdrażane projekty wpływają na zwiększenie dostępności i jakości świadczonych usług medycznych.

Umowy o zdecydowanie największej skumulowanej wartości, przeznaczane na tę kategorię interwencji podpisane zostały w ramach PO IiŚ 2014-2020 – łącznie podpisano umowy o całkowitej wartości 2 408 465 895 zł, z czego wartość dofinansowania UE to 1 745 889 842 zł. Stopień wykorzystania dostępnej alokacji to 87%. Można przypuszczać, iż niewykorzystana jeszcze alokacja zostanie przeznaczona na dość krótkie projekty dotyczące przede wszystkim zakupu sprzętu medycznego.

[2] Narodowy Rachunek Zdrowia za 2016 r., Główny Urząd Statystyczny

Wykres 3. Poziom kontraktacji i wydatkowania środków dla kategorii interwencji 053 Infrastruktura ochrony zdrowia [%]



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r.

Biorąc pod uwagę postępy we wdrażaniu środków w poszczególnych regionach, największy sukces we wdrażaniu projektów infrastrukturalnych w zakresie ochrony zdrowia odnotowano w województwie lubuskim (118%), lubelskim (113%), opolskim (104%), pomorskim (103%) łódzkim (102%) i małopolskim (100%) – w województwach tych mamy do czynienia z nadkontraktacją środków, co może wskazywać na to, iż rzeczywiste potrzeby ujawnione na etapie podpisywania umów były większe niż zakładano i dokonano przeniesienia środków z innych kategorii interwencji.

Najmniejszą skuteczność w kontraktowaniu dostępnych środków prezentuje województwo kujawsko-pomorskie (67%), świętokrzyskie (68%) oraz podlaskie (73%), należy jednak pamiętać, iż nadal jest to dość dobry wynik, biorąc pod uwagę poziom wdrażania środków w ramach innych kategorii interwencji. Specyfika projektów infrastrukturalnych, zwłaszcza tych dotyczących kosztownych, wieloletnich inwestycji sprawia, iż kontraktowane są one dosyć wcześnie, aby zapewnić czas niezbędny do ich przeprowadzenia.

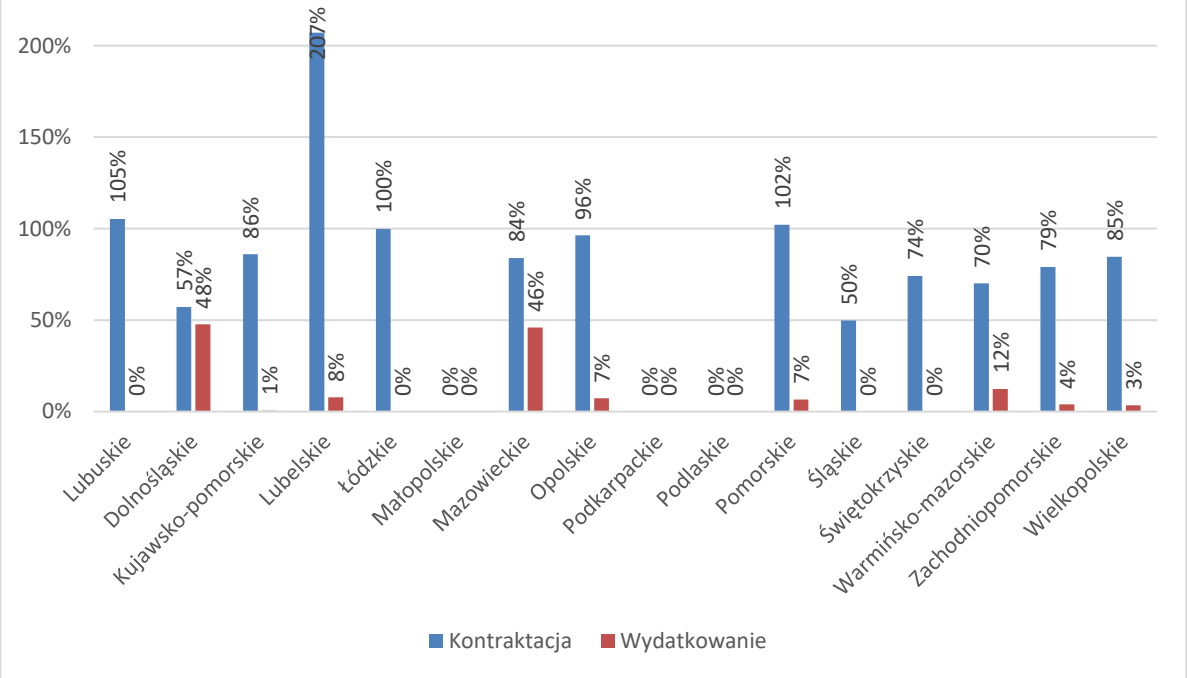
Łączna wartość dofinansowania unijnego w zatwierdzonych wnioskach o płatność wyniosła 1 289 495 63 2 zł, co oznacza, iż poziom wydatkowania środków to 21%. Najwięcej środków zatwierdzono w województwie dolnośląskim (39%), podkarpackim (36%) oraz opolskim (33%). Poziom wydatkowania w ramach PO IiŚ wyniósł 30%, a zatem jest on również dosyć wysoki. Najniższą skuteczność w wydatkowaniu środków odnotowano na Śląsku (0%) i Lubelszczyźnie (1%).



Projekty realizowane w ramach **kategorii interwencji 081 Rozwiązania informatyczne na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się oraz usługi i aplikacje w zakresie e-zdrowia (w tym e-opieka i nowoczesne technologie w służbie osobom starszym)**, wdrażane są jedynie poprzez regionalne programy operacyjne. Łączna **wartość unijnego dofinansowania realizowanych projektów wyniosła 1 021 870 433 zł.** Poziom **wykorzystania dostępnych środków sięgnął 69%.**

W ramach realizowanych projektów wspierane są działania związane z informatyzacją placówek medycznych, rozwojem usług elektronicznych, w tym także e-usług medycznych, wdrażaniem elektronicznej dokumentacji medycznej oraz tworzeniem elektronicznych platform usług medycznych. Projekty te przyczyniają się do zwiększenia wykorzystania e-usług publicznych oraz podniesienia ich jakości.

Wykres 4. Poziom kontraktacji i wydatkowania środków dla kategorii interwencji 081 Rozwiązania informatyczne na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się oraz usługi i aplikacje w zakresie e-zdrowia (w tym e-opieka i nowoczesne technologie w służbie osobom starszym [%]



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r.

Wśród projektów, które w największym stopniu wykorzystały przypisane do tej kategorii interwencji środki wyróżnia się województwo lubelskie, które przeznaczyło na realizację tego typu projektów dwukrotność planowanych w Programie środków. Niewielką nadkontraktację w stosunku do założeń odnotowano również w województwie lubuskim (105%) i pomorskim (102%). Cała dostępną alokację zakontraktowało również województwo łódzkie (100%). Regionami, które nie podpisały dotąd umów o dofinansowanie dotyczących realizacji projektów w ramach kategorii 081 są województwo małopolskie, podkarpackie i podlaskie. Dość niski stopień kontraktacji osiągnęło także województwo śląskie (50%).

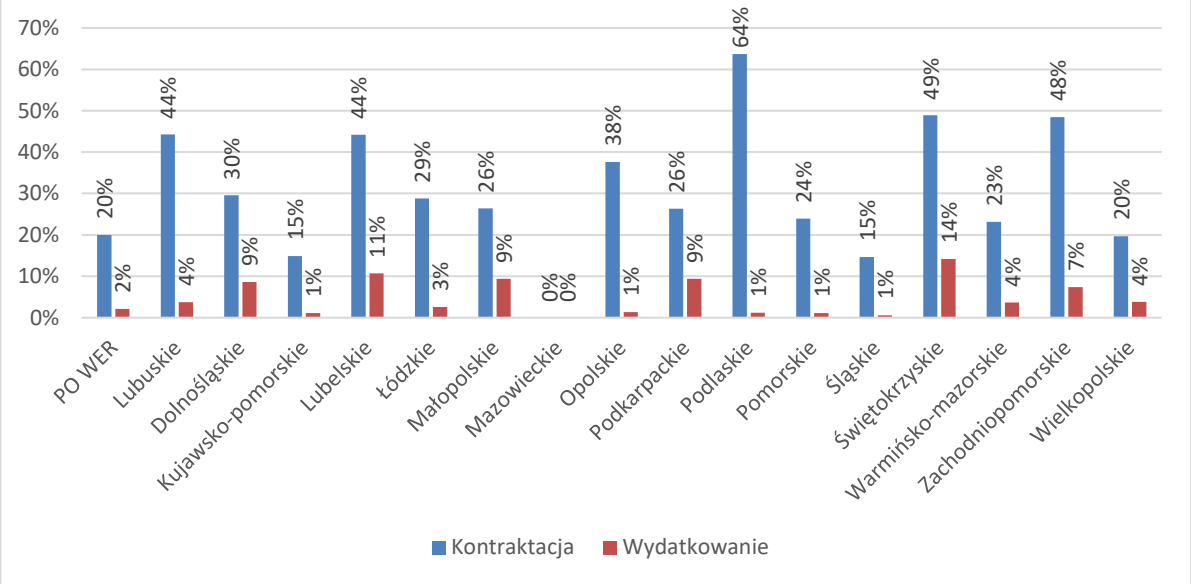
Jeśli chodzi o poziom realizacji projektów, wartości dofinansowania UE w zatwierdzonych wnioskach o płatność wyniosła 204 376 704 zł, co stanowi 14% alokacji. Najwyższy poziom wydatkowania zanotowano w województwie dolnośląskim (48%) oraz mazowieckim (46%), najniższy natomiast w województwie lubuskim, łódzkim, małopolskim, podkarpackim, podlaskim, śląskim i świętokrzyskim, gdzie nie zatwierdzono żadnego wniosku o płatność. Dość niski średni poziom wydatkowania związany jest z tym, iż większość realizowanych projektów jeszcze się nie zakończyła lub jest w początkowej fazie wdrażania.

W ramach **kategorii interwencji 107 Aktywne i zdrowe starzenie się**, **wartość unijnego dofinansowania** podpisanych projektów osiągnęła **340 261 487 zł**. Ogólny poziom **zakontraktowania** środków był znacznie niższy niż w przypadku omówionych wcześniej kategorii interwencji - **wyniósł 26%.** Projekty w tej kategorii realizowane są w ramach regionalnych programów operacyjnych oraz PO WER.

W ramach programu krajowego realizowane są projekty dotyczące programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na przeciwdziałanie chorobom stanowiącym istotną przyczynę dezaktywizacji zawodowej, m.in.: programy profilaktyczne wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi, reumatoidalnego zapalenia stawów oraz projekty dotyczące profilaktyki chorób naczyń mózgowych.

W programach regionalnych wspierane są przede wszystkim projekty dotyczące profilaktyki raka szyjki macicy, piersi i jelita grubego, a także profilaktyki cukrzycy, chorób nerek czy boreliozy. Wspierane są także zagrożone grupy zawodowe w zakresie rehabilitacji medycznej dla osób powracających do pracy. Część projektów dotyczy także poprawy bezpieczeństwa i warunków pracy personelu placówek medycznych.

Wykres 5. Poziom kontraktacji i wydatkowania środków dla kategorii interwencji 107 Aktywne i zdrowe starzenie się [%]



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r.

Najwyższy poziom kontraktacji w stosunku do zaplanowanej alokacji wyróżnia województwo podlaskie (64%), świętokrzyskie (49%) oraz zachodniopomorskie (48%). W przypadku programu krajowego kontraktacja (20%) jest niższa niż średnia dla wszystkich programów. Najniższy poziom unijnego dofinansowania w podpisanych projektach w stosunku do alokacji odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim i śląskim (po 15%). W przypadku województwa mazowieckiego nie przewidziano alokacji na projekty w ramach tej kategorii interwencji.

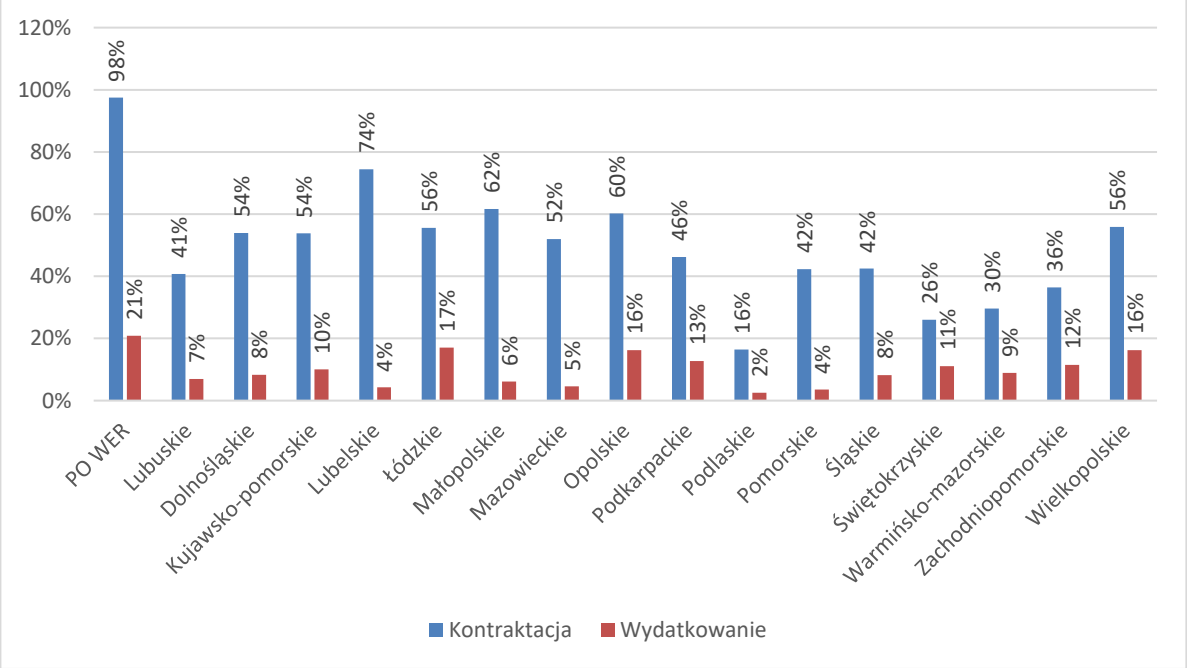
Biorąc pod uwagę poziom wydatkowania środków, wartość dofinansowania unijnego w zatwierdzonych wnioskach o płatność sięgnęła 53 370 356 zł, co oznacza wykonanie zobowiązań finansowych na poziomie 4%. Regionami wyróżniającymi się pod względem skuteczności wydatkowania w ramach tej kategorii interwencji są województwo świętokrzyskie (14%) oraz lubelskie (11%). Pozostałe województwa wydatkowały środki na poziomie kilku procent. Realizacja większości projektów jeszcze się nie zakończyła.

W ramach **kategorii interwencji 112 Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług**, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym, wartość unijnego dofinansowania w podpisanych projektach wyniosła 2 664 079 114 zł, natomiast poziom kontraktacji dostępnych środków – 57%. Podobnie jak w przypadku poprzedniej kategorii, projekty realizowane są w ramach PO WER oraz programów regionalnych.

W ramach PO WER wspierane są działania związane z testowaniem modeli związanych z deinstytucjonalizacją, środowiskowym wspieraniem osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi oraz wsparciem osób z niepełnosprawnością intelektualną. Realizowane projekty dotyczą także kształcenia specjalistycznego lekarzy, w tym także z wykorzystaniem technik symulacji endoskopowych, wdrożenia działań projakościowych w POZ oraz tworzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej.

W programach regionalnych wspierane są działania związane z profilaktyką nadwagi i otyłości oraz chorób kręgosłupa i wad postawy u dzieci, kompleksową opieką nad matką i dzieckiem oraz usługami zdrowotnymi dla osób starszych. Realizowane projekty dotyczą także rozwiązań deinstytucjonalizacyjnych, w tym także tworzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej, domowej rehabilitacji medycznej i telemedycyny, a także badań przesiewowych słuchu.

Wykres 6. Poziom kontraktacji i wydatkowania środków dla kategorii interwencji 112 Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym [%]



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r.

Najwyższy poziom kontraktacji środków odnotowano w przypadku PO WER, w ramach którego podpisano umowy wykorzystujące 98% alokacji. Liderem wdrażania środków w regionach jest województwo lubelskie, które wykorzystało 74% dostępnej puli. Dość wysoką kontraktacją odznaczają się także województwo małopolskie (62%) oraz opolskie (60%). Najniższy stopień wykorzystania funduszy w przypadku tej kategorii interwencji wystąpił w województwie podlaskim (16%).

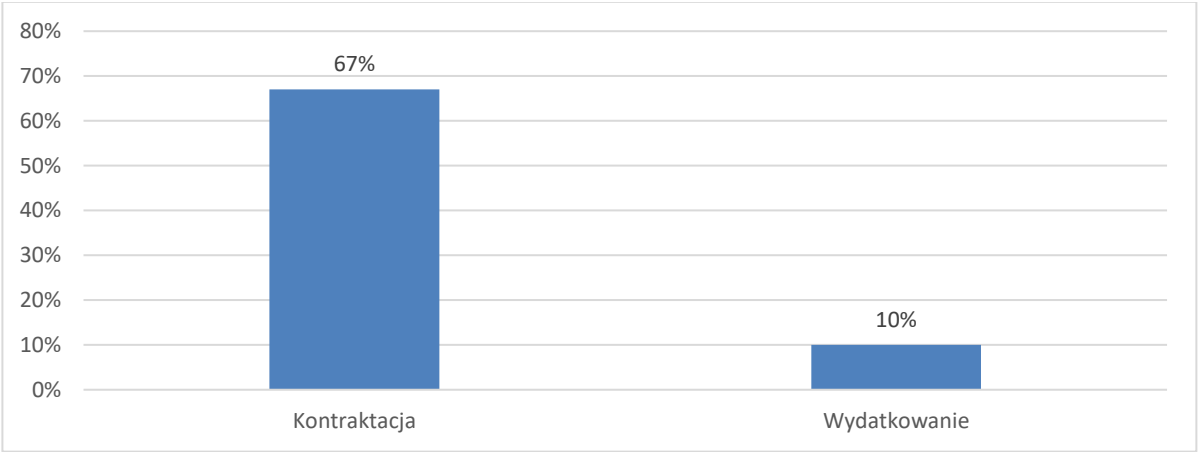
Biorąc pod uwagę poziom wydatkowania, łączna wartość dofinansowania UE w zatwierdzonych wnioskach o płatność to 533 863 147 zł. Udział wartości unijnego dofinansowania zatwierdzonych wniosków w całości alokacji wyniósł 11%. Najwyższy poziom wydatkowania środków zaobserwowano w ramach PO WER (21%). W programach regionalnych poziom ten nie przekracza kilkunastu procent. W województwie łódzkim rozliczono już 17% alokacji, a w województwie opolskim i wielkopolskim – po 16%. Najniższy poziom wydatkowania odnotowano na Podlasiu (2%), Opolszczyźnie oraz w województwie pomorskim (po 4%).



W przypadku **kategorii interwencji 116 Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego oraz kształcenia na poziomie równoważnym w celu zwiększenia udziału i poziomu osiągnięć, zwłaszcza w przypadku grup w niekorzystnej sytuacji** wsparcie wdrażane jest wyłącznie w ramach PO WER. Wartość podpisanych dofinansowania UE w podpisanych projektach to 3 450 208 548 zł, co oznacza kontraktację na dość wysokim poziomie 67%. Wartość dofinansowania UE w zatwierdzonych wnioskach o płatność sięga 523 741 749 zł. Poziom wydatkowania środków wyniósł 10%.

Realizowane projekty dotyczą wspierania centrów symulacji medycznej oraz podnoszenia jakości i rozszerzenie kształcenia studentów kierunków medycznych.

Wykres 7. Poziom kontraktacji i wydatkowania środków dla kategorii interwencji 116 Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego oraz kształcenia na poziomie równoważnym w celu zwiększenia udziału i poziomu osiągnięć, zwłaszcza w przypadku grup w niekorzystnej sytuacji - PO WER [%]



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r.



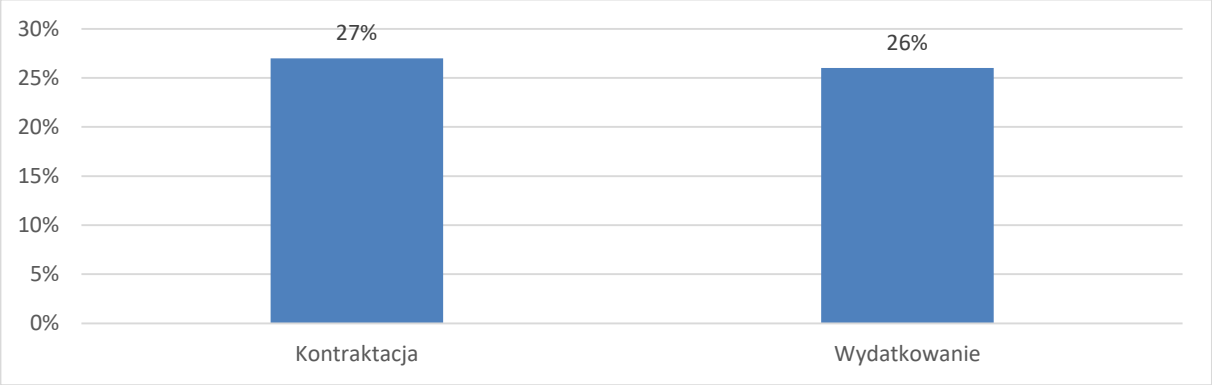
Dla **kategorii interwencji 117 Wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie o charakterze formalnym, nieformalnym i pozaformalnym wszystkich grup wiekowych, poszerzanie wiedzy, podnoszenie umiejętności i kompetencji siły roboczej oraz promowanie elastycznych ścieżek kształcenia, w tym poprzez doradztwo zawodowe i potwierdzanie nabytych kompetencji**, projekty dotyczące ochrony zdrowia wdrażane są również wyłącznie w ramach PO WER.

Realizowane projekty dotyczą podniesienia kompetencji zawodowych lekarzy, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, diagnostów i ratowników medycznych i innych zawodów medycznych.

Wartość dofinansowania UE podpisanych projektów osiągnęła 211 360 364 zł. Poziom kontraktacji dostępnych środków to 27%. Co ciekawe, poziom wydatkowania środków kształtuje się na podobnym

poziomie – 26%, co oznacza, iż niemal wszystkie zakontraktowane środki zostały już rozliczone. Wartość dofinansowania UE w zatwierdzonych wnioskach o płatność wyniosła 198 537 263 zł.

Wykres 8. Poziom kontraktacji i wydatkowania środków dla kategorii interwencji 117 Wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie o charakterze formalnym, nieformalnym i pozaformalnym wszystkich grup wiekowych, poszerzanie wiedzy, podnoszenie umiejętności i kompetencji siły roboczej oraz promowanie elastycznych ścieżek kształcenia, w tym poprzez doradztwo zawodowe i potwierdzanie nabytych kompetencji – PO WER [%]



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r.

Biorąc pod uwagę podział na kategorie interwencji wchodzące w zakres Policy Paper, największa skuteczność w pozyskiwaniu środków odnotowano dla projektów dotyczących infrastruktury ochrony zdrowia. Alokacja przeznaczona na ten cel została już wykorzystana na poziomie 87%. Dość zróżnicowany jest natomiast poziom wydatkowania tych środków, co związane jest z długim okresem realizacji tego typu projektów. Dość sprawnie przebiega również wdrażanie środków dedykowanych wdrażaniu rozwiązań informatycznych i e-usług medycznych – poziom kontraktacji to 76%. Znacznie mniej korzystnie przedstawia się poziom rozliczenia pozyskanych środków – jedynie w województwie dolnośląskim i mazowieckim sięga on niemal 50%. W pozostałych regionach kształtuje się na poziomie kilku procent, co wskazuje na to, iż zdecydowana większość projektów znajduje się we wczesnej fazie realizacji. W przypadku projektów dotyczących opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym, udało się zakontraktować 57% alokacji, a liderem w pozyskiwaniu środków jest PO WER, gdzie wykorzystano już niemal całą dostępną alokację. Projekty związane z aktywnym i zdrowym starzeniem się wdrażane są w dość nierównomiernym stopniu – wyróżniającym się liderem w kwestii kontraktacji jest województwo podlaskie (64%), w pozostałych regionach poziom wykorzystania środków waha się od kilkudziesięciu do kilkunastu procent. Projekty wdrażane wyłącznie w PO WER, dotyczące poprawy jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego oraz kształcenia na poziomie równoważnym wykorzystują 67% alokacji, natomiast projekty szkoleniowe dotyczące wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie o charakterze formalnym, nieformalnym i pozaformalnym wszystkich grup wiekowych – 27% dostępnych środków. Jak wynika z przeprowadzonych wywiadów pogłębionych, nie należy spodziewać się, iż środki dostępne w ramach omówionych kategorii interwencji nie zostaną wykorzystane.

2.2.2. Ocena trafności doboru wskaźników, poprawności ich zaszeregowania i poziomu oszacowanych wartości docelowych

Zdaniem Wykonawcy, na tym etapie wdrażania niezasadne byłoby modyfikowanie systemu wskaźników Policy paper. Wprowadzenie nowych mierników objęłoby swoim pomiarem jedynie wąski zakres

wsparcia wdrażanego od 2019 r. Z kolei retrospektywne owskaźnikowanie już zrealizowanych projektów byłoby pracochłonne, czasochłonne i nie zawsze wręcz możliwe. Należy wziąć pod uwagę fakt, iż wprowadzenie nowych wskaźników w SL2014 wymusiłoby zmianę formatu pewnych raportów/zestawień i tym samym konieczność dostosowywania danych historycznych.

Mówiąc zaś o ocenie metodologicznej i merytorycznej, konieczne jest odniesienie się do metodologii wskaźników produktu, rezultatu i rezultatu długoterminowego/strategicznego w FE. Innymi słowy, Wykonawca ocenia poprawność wskaźników w pewnej klasie mierników oraz w obrębie przyjętych warunków brzegowych. Oznacza to, iż nie zawsze dany wskaźnik musi być najlepszym odzwierciedleniem efektów danej interwencji, ale musi być możliwie optymalnie skoordynowany z pozostałymi miernikami, zbliżony do nich zakresem przekazywanych informacji, źródłem danych zasilających itd. Reasumując, przy ocenie wskaźników prymat miało patrzenie na dane mierniki jako na właściwie dopasowane do charakterystyki dane interwencji z FE, w mniejszym zaś stopniu specyficznie właściwe ochronie zdrowia.

Kilkadziesiąt wskaźników RPO realizowanych jest wyłącznie w jednym województwie, bądź też nazwa wskaźnika sformułowana jest w taki sposób, iż nie jest możliwe jego automatyczne zagregowanie. Sytuację te należy ocenić jako negatywną z punktu widzenia sprawnego monitorowania stopnia osiągnięcia wskaźników realizowanych w ramach Policy paper. Dzięki zmienności definicji nie ma również możliwości porównywania stopnia osiągnięcia wskaźników między programami operacyjnymi, co utrudnia ocenę efektywności wsparcia.

W przypadku projektów współfinansowanych z EFS problemem jest także niekompletność danych zawartych w systemie SL2014 oraz informacjach kwartalnych – wskaźniki nie posiadają określonej wartości docelowej lub też nie została określona deklarowana wartość docelowa wskaźnika w podpisanej umowie. Informacje te zawarte są często w osobnych raportach i systemach, co utrudnia szeroki dostęp do informacji na temat wdrażania. W celu ujednolicenia sposobu gromadzenia i monitorowania danych związanych z realizacją projektów dotyczących ochrony zdrowia, należałoby uspójnić nazewnictwo wskaźników w taki sposób, aby były agregowalne, co ułatwiłoby ocenę stopnia realizacji celów zdefiniowanych w Policy Paper poprzez wskaźniki przypisane do poszczególnych programów operacyjnych.

Należy podkreślić, iż co do zasady wskaźniki produktu zaproponowane w Policy paper są trafne - co należy rozumieć w tym przypadku jako fakt, że mierzą to, co powinny mierzyć, czyli skutki realizowanych projektów. W zdecydowanej mierze są one również na ogół poprawnie zaszeregowane do kategorii (produkt vs. rezultat), przy czym analogicznie - poprawność ta rozumiana jest jako zgodność z wytycznymi w zakresie formułowania wskaźników monitorujących wdrażanie FE. Z pewnością wyzwaniem mogą być wskaźniki rezultatu (tzw. bezpośredniego - gdyż w przypadku wskaźników rezultatu strategicznego/długoterminowego opisywane zjawisko również występuje, ale w odniesieniu do nich jest ono zupełnie naturalne). Zdarza się, iż zaproponowany wskaźnik rezultatu jest silnie zależny od czynników wykraczających poza ramy realizowanej interwencji (np. jest tak dla wskaźnika *Średni czas oczekiwania na świadczone usługi zdrowotne*). Powoduje to, iż w konsekwencji jego trafność jest relatywnie niska, gdyż duży procent zmienności zmiennej wyjaśniany będzie zmiennymi niepowiązanymi wprost z wdrażanym projektem z obszaru Policy paper (takimi jak np. liczba okolicznych mieszkańców, kwestie epidemiologiczne itd.). Czasami zdarza się również, że miernik - mimo zrozumiałych, słusznych intencji - jest niepoprawnie sformułowany na poziomi językowym, co skutkuje wyzwaniami interpretacyjnymi (por. np. *Potencjalna liczba specjalistycznych badań, które zostaną wykonane zakupioną aparaturą medyczną*). We wskazanym przykładzie miernik sformułowany jest tak, iż teoretycznie *potencjalna* liczba takich badań ograniczona jest w zasadzie jedynie żywotnością sprzętu. Wskaźnik powinien być jednoznaczny i odnosić się wprost do zjawisk zaistniałych/planowanych do zaistnienia. Problemem sygnalizowanym przez ekspertów uczestniczących w panelu eksperckim - którego skutki odczuwał również wykonawca ekspertyzy - jest brak powiązania wskaźników w systemie SL2014 z poszczególnymi narzędziami i konieczność tworzenia takiego przypisania oddolnie. Jest to z jednej strony źródłem

potencjalnych błędów, które zawsze mogą zdarzyć się przy takiej ilości niezautomatyzowanych procesów. Przede wszystkim jednak, nie pozwala to na bieżące monitorowanie wdrażania Policy paper w trybie on-going (tzn. MZ nie jest w stanie wygenerować - ani nawet wystąpić do MIiR o wygenerowanie - takiego raportu, który wprost odpowiadałby logice narzędzi Policy paper).

Niniejsza ekspertyza jedynie w ograniczonym stopniu dotyka problemu poprawności oszacowania wartości docelowych, gdyż brak jest wiedzy wynikającej z ewaluacji mid-term poszczególnych PO ani tym bardziej znajomości planowanych zmian w poszczególnych Programach na skutek realizacji przeglądów śródokresowych (co, w konsekwencji, wpłynie na rozbieżność zapisów tychże PO z zapisami Policy paper - bezpośrednio w ramach PO WER i PO IiŚ, zaś pośrednio RPO). Zasadniczo, w PO IiŚ większość wskaźników została na etapie programowania określona na zbyt niskim, za ostrożnym poziomie. W przypadku PO WER można wprawdzie wskazać kilka wyjątków w zakresie przeszacowania docelowych wartości wskaźników, natomiast co do zasady - również dominują niedoszacowania. Sytuacja w regionach jest dużo zróżnicowana - choć patrząc po potencjale wynikającym z zawartych UoD i/lub postępu w już realizowanych projektach, w przypadku wskaźników dot. zdrowia większość z nich powinna osiągnąć na koniec 2023 r. bezpieczny poziom w przedziale ok. 85-115% zakładanej wartości docelowej.

2.2.3. Ocena przewidywanego na 2023 r. stanu realizacji celów operacyjnych

Cele Policy paper określone zostały na poziomie centralnym oraz regionalnym. Ich realizacji w pierwszym przypadku służą zasadniczo dwa programy krajowe: PO WER oraz PO IiŚ. W przypadku POWER, na 17 przyjętych wskaźników produktu, na koniec 2018 r. zrealizowano już cele końcowe (na 2023 r.) dla 5 z nich; w przypadku wskaźników rezultatu - z 15 mierników ogółem, założone cele na 2023 r. zrealizowano już dla 4. W przypadku PO IiŚ, zaobserwowano znaczny postęp - ale nie powodujący osiągnięcia wartości docelowej - dla obydwu przewidzianych wskaźników produktu oraz rezultatu strategicznego. Niemniej, wyniki ewaluacji mid-term IX Osi priorytetowej PO IiŚ 2014-2020 rekomendują zwiększenie docelowych wartości wskaźników.

W poniższych tabelach zaprezentowano stopień osiągnięcia wskaźników produktu i rezultatu realizowanych w ramach PO WER oraz PO IiŚ 2014-2020, uwzględniający wartość osiągniętą na koniec 2018 r., wartość docelową, a także brakującą wartość wskaźnika, która umożliwi osiągnięcie wyznaczonego celu na 2023 r. Poszczególne wskaźniki zostały przyporządkowane narzędziom realizowanym w ramach Policy paper. W przypadku części narzędzi nie przewidziano realizacji wskaźników na poziomie krajowym. Do części narzędzi przypisano także zbiorcze wskaźniki w taki sposób, iż np. dwóm kolejnym narzędziom przypisano jeden zbiorczy wskaźnik.

W poniższej tabeli zaprezentowano stopień realizacji wskaźników dotyczących ochrony zdrowia, dedykowanych PO WER.

Tabela 5. Postęp osiągania celów i realizacji wskaźników Policy paper w Programie Operacyjnym Wiedza Edukacja Rozwój

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa 2023 r.	Wartość 2018 r.	Czy osiągnięto cel? Jeśli nie, ile brakuje?	Nazwa wskaźnika rezultatu/strategicznego	Wartość docelowa 2023 r.	Wartość 2018 r.	Czy osiągnięto cel? Jeśli nie, ile brakuje?
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	11	4	Liczba wdrożonych programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy	15	17	TAK
				Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym, dofinansowanej w ramach EFS	65 000	7334	57666

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa 2023 r.	Wartość 2018 r.	Czy osiągnięto cel? Jeśli nie, ile brakuje?	Nazwa wskaźnika rezultatu/strategicznego	Wartość docelowa 2023 r.	Wartość 2018 r.	Czy osiągnięto cel? Jeśli nie, ile brakuje?
Liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które zostały przeszkolone z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS	12238	1507	10731	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	10403	1379	9024
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	53	TAK	Liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostały utworzone w ramach programu	400	663	TAK
Narzędzie 20: Działania projakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne – EFS							
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą objętych wsparciem w programie	150	161	TAK	Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu	128	21	107
Narzędzie 21: Działania projakościowe dedykowane podmiotom świadczącym podstawową opiekę zdrowotną – EFS							
Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które zostały objęte działaniami	620	370	250	Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu	527	370	157

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa 2023 r.	Wartość 2018 r.	Czy osiągnięto cel? Jeśli nie, ile brakuje?	Nazwa wskaźnika rezultatu/strategicznego	Wartość docelowa 2023 r.	Wartość 2018 r.	Czy osiągnięto cel? Jeśli nie, ile brakuje?
projakościowymi w ramach programu							
Narzędzie 22: Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK), służącej polepszeniu jakości 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	42	3	Liczba podmiotów (koordynatorów procesu) wykonujących działalność leczniczą, które wdrożyły model opieki koordynowanej w ramach programu	45	0	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	480	TAK	Łączna liczba wdrożeń modeli analitycznych na rzecz ochrony zdrowia	528	0	528
Liczba opracowanych analitycznych modeli prognozowania chorobowości	1	0	1				
Liczba opracowanych analitycznych wielosektorowych modeli planowania zasobów i infrastruktury medycznej	1	0	1				

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa 2023 r.	Wartość 2018 r.	Czy osiągnięto cel? Jeśli nie, ile brakuje?	Nazwa wskaźnika rezultatu/strategicznego	Wartość docelowa 2023 r.	Wartość 2018 r.	Czy osiągnięto cel? Jeśli nie, ile brakuje?
Liczba opracowanych modeli analizy danych w zakresie medycznego rynku pracy	1	0	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							
Liczba pracowników administracji systemu ochrony zdrowia objętych wsparciem EFS w celu poprawy efektywności jego funkcjonowania	10000	6473	3527	Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS podnieśli kompetencje w zakresie zarządzania i kontroli	9000	4419	4581
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	135	TAK	Liczba organizacji pozarządowych, które zostały włączone w proces konsultacji społecznych dotyczących działań podejmowanych przez administrację państwową w obszarze ochrony zdrowia	45	57	TAK
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	42	27	15	Liczba wdrożonych programów rozwojowych na uczelniach kształcących na kierunkach medycznych opracowanych dzięki wsparciu z EFS	42	15	27

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa 2023 r.	Wartość 2018 r.	Czy osiągnięto cel? Jeśli nie, ile brakuje?	Nazwa wskaźnika rezultatu/strategicznego	Wartość docelowa 2023 r.	Wartość 2018 r.	Czy osiągnięto cel? Jeśli nie, ile brakuje?
dzięki wsparciu z EFS							
Narzędzie 33: 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 kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków EFS	12500	1875	10625	Liczba osób, które dzięki wsparciu programu uzyskały uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej	10625	0	10625
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							
Liczba lekarzy objętych kształceniem podyplomowym w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	15700	8246	7454	Liczba lekarzy, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kwalifikacje zawodowe w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	13345	4403	8942
Narzędzie 36: Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi – EFS							

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa 2023 r.	Wartość 2018 r.	Czy osiągnięto cel? Jeśli nie, ile brakuje?	Nazwa wskaźnika rezultatu/strategicznego	Wartość docelowa 2023 r.	Wartość 2018 r.	Czy osiągnięto cel? Jeśli nie, ile brakuje?
Liczba pielęgniarek i położnych objętych kształceniem podyplomowym w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	20000	25087	TAK	Liczba pielęgniarek i położnych, które po zakończeniu udziału w programie uzyskały kwalifikacje w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	17000	25618	TAK
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	7200	5138	2062	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	4693	1427

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014 i informacji kwartalnej przekazanej przez MIiR.

Opis realizacji i prognoz osiągania celów realizowanych w ramach Policy paper rozpoczęto od przedstawienia sytuacji w zakresie PO WER. W przypadku celu operacyjnego A, dotyczącego rozwoju profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowanego na główne problemy epidemiologiczne kraju, w ramach PO WER realizowane są projekty związane z opracowywaniem i wdrażaniem programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy. Większość celów związanych z tym zagadnieniem nie została jeszcze osiągnięta, co związane jest z opóźnieniami we wdrażaniu programów oraz dość wczesnym etapem realizacji, należy jednak spodziewać się, iż cele założone na 2023 r. zostaną osiągnięte.

W ramach celu operacyjnego B związanego z rozwojem opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi realizowane są projekty dotyczące wsparcia deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. Cele na 2023 r. zostały nieznacznie przekroczone – w ramach interwencji narzędziami

deinstytucjonalizacji i opieki nad osobami zależnymi objęto 53 podmioty lecznicze, w ramach których utworzono 663 miejsca opieki.

W ramach celu operacyjnego C, poświęconego poprawie efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej realizowane są projekty związane z działaniami projakościowymi dedykowanymi podmiotom leczniczym. Wskaźnik dotyczący liczby podmiotów wykonujących działalność szpitalną objętych wsparciem również został już osiągnięty – łącznie wsparto 161 podmiotów. W przypadku działań projakościowych dedykowanych POZ, poziom osiągnięcia wskaźnika jest znacznie niższy (wsparto 370 z 620 docelowych podmiotów), należy jednak zauważyć, iż wszystkie te podmioty zaraportowały także wdrożenie owych działań w swojej placówce (w przypadku podmiotów szpitalnych wdrożenie wypracowanych rozwiązań zaraportowano w 21 ze 161 placówek). Czynnikiem różnicującym tempo wdrażania jest w tym przypadku prawdopodobnie wielkość placówki i jej struktura organizacyjna. Warto także podkreślić, iż narzędzie dedykowane działaniom projakościowym zostało wprowadzone dopiero w obecnej perspektywie, a więc było ono narzędziem dotąd nieprzetestowanym (w odróżnieniu do działań projakościowych w podmiotach szpitalnych).

Cel związany z przeprowadzaniem pilotaży dotyczących opieki koordynowanej również został już niemal osiągnięty – pilotażem takim objęte zostały 42 z 45 docelowych placówek. Warto uznać to za sukces, ponieważ system ten jest w Polsce stosunkowo nowy i przyjmowane rozwiązania mają charakter niemal „pionierski". Nie zaraportowano jednak jeszcze wdrożenia wypracowanych modeli – wdrażane projekty nadal są w fazie realizacji. W ramach działań związanych z tworzeniem map potrzeb zdrowotnych główny cel interwencji również został osiągnięty – opracowano łącznie 480 analitycznych modeli sektorowych chorobowości w zakresie głównych chorób. Realizacja tego narzędzia związana była ze spełnieniem warunkowości ex-ante. Zadowalający jest także postęp realizacji projektów związanych z szkoleniami pracowników administracyjnych systemu ochrony zdrowia, mających na celu poprawę efektywności jego funkcjonowania – do końca 2018 r. wsparciem objęto 6 473 osoby, co stanowi 65% wartości docelowej na 2023 r., co jest bardzo dobrym wynikiem biorąc pod uwagę tendencje dotyczące skuteczności wdrażania projektów szkoleniowych współfinansowanych z funduszy unijnych. Należy zaznaczyć, iż szkolenia te są skierowane nie tylko do kadry zarządzającej, ale także do pracowników niższego szczebla, co znacznie rozszerza grupę potencjalnych odbiorców i zwiększa skuteczność oferowanego wsparcia. Osiągnięte zostały również wskaźniki związane z objęciem wsparciem organizacji pozarządowych zajmujących problematyką ochrony zdrowia w ramach narzędzia związanego z działaniami na rzecz rozwoju dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia.

W ramach celu operacyjnego D, dedykowanego kształceniu kadr medycznych, w PO WER wdrażane są projekty dotyczące realizacji programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, pielęgniarek i położnych. Do końca 2018 r. opracowano 27 spośród 42 docelowych programów rozwojowych uczelni kształcących na kierunkach medycznych, przy czym 15 z nich zostało już wdrożonych. Wsparcie związane z tworzeniem centrów symulacji oceniane jest bardzo wysoko przez większość respondentów biorących udział w niniejszym badaniu. Wysoka jakość kształcenia osiągana poprzez wiedzę praktyczną zdobywana w tego typu placówkach w Polsce jest doceniana nawet na poziomie Unii Europejskiej.

Interwencja dotyczy również kształcenia podyplomowego – w ramach realizowanych projektów wsparciem objęto już 8 246 lekarzy oraz 25 087 pielęgniarek i położnych (przekroczenie wartości docelowej). Z przeprowadzonych wywiadów wynika, iż rekrutacja pielęgniarek i położnych chętnych do wzięcia udziału w szkoleniu przebiega sprawniej niż w przypadku lekarzy, co związane jest zwykle niższymi możliwościami finansowania kształcenia na własną rękę oraz większą dyspozycyjnością czasową. W przypadku doskonalenia zawodowego pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, wsparciem objętych zostało 5 138 osób (71% wartości docelowej).

Stopień osiągnięcia celów w ramach projektów związanych z ochroną zdrowia realizowanych w PO WER jest zadowalający. W przypadku 5 spośród 17 wskaźników produktu osiągnięto już wartości docelowe, stan realizacji pozostałych również nie wskazuje na ryzyko niewykonania założonych celów.

Projekty dotyczące celów realizowanych w ramach Policy paper wdrażane są także w PO IiŚ 2014-2020. Działania realizowane w ramach celu operacyjnego A, związane ze wsparciem infrastruktury ratownictwa medycznego (SOR, CU, infrastruktura transportu medycznego), opisywane są poprzez jeden wspólny wskaźnik produktu (*Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego*), który według stanu na koniec 2018 r. został osiągnięty na poziomie 70 podmiotów (wartość docelowa to 90 podmiotów).

W przypadku wsparcia dedykowanego ponadregionalnym podmiotom leczniczym, wskaźnik mierzący liczbę wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego osiągnął wartość 8, podczas gdy wartość docelowa została określona na poziomie 42. Wyniki badania ewaluacyjnego „Ocena postępu wdrażania IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020”[3] pokazują, iż wartość docelowa wskaźnika zostanie osiągnięta.

Tabela 6. Postęp osiągania celów i realizacji wskaźników Policy paper w Programie Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko 2014-2020

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa 2023 r.	Wartość 2018 r.	Czy osiągnięto cel? Jeśli nie, ile brakuje?	Nazwa wskaźnika rezultatu/strategicznego	Wartość docelowa 2023 r.	Wartość 2018 r.	Czy osiągnięto cel? Jeśli nie, ile brakuje?
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) – EFR							
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							

[3] Ocena postępu wdrażania IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020, ECORYS Polska, 2019.

Nazwa wskaźnika produktu	Wartość docelowa 2023 r.	Wartość 2018 r.	Czy osiągnięto cel? Jeśli nie, ile brakuje?	Nazwa wskaźnika rezultatu/strategicznego	Wartość docelowa 2023 r.	Wartość 2018 r.	Czy osiągnięto cel? Jeśli nie, ile brakuje?
Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	90	70	20	Średnia liczba osób przypadająca na SOR	152 tys.	170,1 tys. (2017 r.)	-18,1 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							
Liczba wspartych podmiotów leczniczych z wyłączeniem ratownictwa medycznego	43	8	35	Średni czas pobytu pacjenta na łóżkach leczniczych w Polsce	6,3	6,7 (2016 r.)	-0,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014 i informacji kwartalnej przekazanej przez MIiR.

W przypadku **wskaźników wchodzących w zakres Policy Paper realizowanych w ramach 16 regionalnych programów operacyjnych**, dobór realizowanych interwencji jest zróżnicowany i zależny od preferencji danego regionu. Stopień realizacji celów końcowych, założonych na 2023 r., na potrzeby niniejszej analizy został określony zbiorczo dla każdego wskaźnika – te same wskaźniki (po korekcie wynikającej z różnic w pisowni) zostały zagregowane na poziomie całego kraju. Analizie poddano stopień osiągnięcia wartości docelowej wskaźników na podstawie deklarowanej wartości w podpisanych umowach (wartość szacowana) oraz wartości zaraportowanej w zatwierdzonych wnioskach o płatność (wartość aktualna)[4]. Pod uwagę wzięto wskaźniki przypisane do następujących priorytetów inwestycyjnych: 2c wzmocnienie zastosowań TIK dla e-administracji, e-uczenia się, e-włączenia społecznego, e-kultury i e-zdrowia, 8vi

[4] W przypadku części wskaźników w informacjach kwartalnych sprawozdających postęp rzeczowy nie podawano wartości wskaźników deklarowanych w podpisanych umowach.

Aktywne i zdrowe starzenie się, 9a inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczynią się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych, oraz przejścia z usług instytucjonalnych na usługi na poziomie społeczności lokalnych oraz 9iv Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym. Wyniki analizy przedstawia poniższa tabela.

Tabela 7. Postęp osiągania celów i realizacji wskaźników Policy paper w regionalnych programach operacyjnych

Wskaźnik	Liczebność	Realizacja wskaźnika		Wartość docelowa (suma)[5]	% realizacji wartości docelowej	
		Wartość szacowana (suma)[6]	Wartość aktualna (suma)[7]		Według wartości szacowanej	Według wartości aktualnej
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	15	47 628	169 872	875 652	5%	19%
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne	15	0	125 627	294 057	0%	43%
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	14	0	6 775	24 938	0%	27%
Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców	14	0	21	61	0%	34%
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych istniejących po zakończeniu projektu	14	4 416	389	6 184	71%	6%
Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi	14	27 926 742	1 059 428	10 936 658	255%	10%
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie	12	0	14 369	87 372	0%	16%
Liczba podmiotów, które udostępniły on-line informacje sektora publicznego	12	1 197	85	758	158%	11%

[5] Sumaryczna wartość wielkości docelowych wskaźnika, we wszystkich RPO, w których dany wskaźnik jest monitorowany.

[6] Sumaryczna wartość wskaźnika zadeklarowana w podpisanych UoD, we wszystkich RPO, w których dany wskaźnik jest monitorowany.

[7] Sumaryczna wartość wskaźnika osiągniętego, we wszystkich RPO, w których dany wskaźnik jest monitorowany.

Wskaźnik	Liczebność	Realizacja wskaźnika		Wartość docelowa (suma)[5]	% realizacji wartości docelowej	
		Wartość szacowana (suma)[6]	Wartość aktualna (suma)[7]		Według wartości szacowanej	Według wartości aktualnej
Liczba wspartych podmiotów leczniczych	11	385	50	278	138%	18%
Liczba usług publicznych udostępnionych on-line o stopniu dojrzałości 3 - dwustronna interakcja	8	2 731	402	1 318	207%	31%
Liczba usług publicznych udostępnionych on-line o stopniu dojrzałości co najmniej 4 - transakcja	8	4 957	926	1 567	316%	59%
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym poszukujących pracy, uczestniczących w kształceniu lub szkoleniu, zdobywających kwalifikacje, pracujących (łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek) po opuszczeniu programu	7	0	626	1 239	0%	51%
Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej	7	1 008 413 180	223 695 550	169 228 408	596%	132%
Liczba zdigitalizowanych dokumentów zawierających informacje sektora publicznego	6	8 849 681	230 281	90 226	9 808%	255%
Liczba pobrań/odtworzeń dokumentów zawierających informacje sektora publicznego	5	4 329 293	1 624 552	679 158	637%	239%
Liczba uruchomionych systemów teleinformatycznych w podmiotach wykonujących zadania publiczne	5	546	99	58	941%	171%
Liczba udostępnionych on-line dokumentów	4	687 159	19 790	30 154	2 279%	66%

Wskaźnik	Liczebność	Realizacja wskaźnika		Wartość docelowa (suma)[5]	% realizacji wartości docelowej	
		Wartość szacowana (suma)[6]	Wartość aktualna (suma)[7]		Według wartości szacowanej	Według wartości aktualnej
zawierających informacje sektora publicznego						
Liczba udostępnionych usług wewnątrzadministracyjnych (A2A)	4	297	66	97	306%	68%
Liczba urzędów, które wdrożyły katalog rekomendacji dotyczących awansu cyfrowego	4	258	39	84	307%	46%
Liczba usług publicznych udostępnionych on-line o stopniu dojrzałości co najmniej 3	4	3 859	1 319	1 621	238%	81%
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	3	0	13 010	35 117	0%	37%
Liczba wspartych ośrodków opieki nad osobami zależnymi	3	46	5	19	2 42%	26%
Liczba baz danych udostępnionych on-line poprzez API	2	179	68	0	nd.	nd.
Liczba osób korzystających z Internetu w kontaktach z administracją publiczną	2	354 236	1 518	3 221 786	11%	0%
Liczba osób korzystających z usług on-line	2	266 590	90 515	301 574	88%	30%
Liczba osób objętych programem profilaktycznym wczesnego wykrywania gruźlicy	2	0	672	3 600	0%	19%
Liczba osób objętych programem przesiewowego badania słuchu młodzieży klas szóstych	2	0	4 130	40 000	0%	10%

Wskaźnik	Liczebność	Realizacja wskaźnika		Wartość docelowa (suma)[5]	% realizacji wartości docelowej	
		Wartość szacowana (suma)[6]	Wartość aktualna (suma)[7]		Według wartości szacowanej	Według wartości aktualnej
Liczba osób objętych programem wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych dolnego odcinka przewodu pokarmowego	2	0	642	28 500	0%	2%
Liczba osób objętych programem wielospecjalistycznej terapii wrodzonych wad twarzy	2	0	208	600	0%	35%
Liczba osób pracujących objętych wsparciem w programie (łącznie z pracującymi na własny rachunek)	2	0	1 044	15 300	0%	7%
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	2	0	33	1	0%	5 323%
Liczba uruchomionych systemów teleinformatycznych w instytucjach publicznych	2	178	13	113	158%	12%
Liczba utworzonych API	2	87	71	0	nd.	nd.
Oczekiwana liczba osób korzystających z ulepszonych usług opieki zdrowotnej	2	4 742 912	537 771	2 206 280	215%	24%
Przestrzeń dyskowa serwerowni	2	3 489	723	530	658%	136%
Liczba aplikacji opartych na ponownym wykorzystaniu informacji sektora publicznego i e-usług publicznych	1	0	0	0	nd.	nd.
Liczba dzieci objętych usługami zdrowotnymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie	1	0	0	0	nd.	nd.

Wskaźnik	Liczebność	Realizacja wskaźnika		Wartość docelowa (suma)[5]	% realizacji wartości docelowej	
		Wartość szacowana (suma)[6]	Wartość aktualna (suma)[7]		Według wartości szacowanej	Według wartości aktualnej
Liczba instytucji publicznych, które usprawniły funkcjonowanie dzięki awansowi cyfrowemu	1	33	0	79	42%	0%
Liczba jednostek sektora publicznego korzystających z utworzonych aplikacji lub usług teleinformatycznych	1	160	0	50	320%	0%
Liczba nowo zakupionego wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego	1	6	1	10	60%	10%
Liczba nowych lub zaadaptowanych budynków przeznaczonych na cele usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności	1	40	6	0	nd.	nd.
Liczba obiektów dostosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami ochrony zdrowia	1	92	5	0	nd.	nd.
Liczba opracowanych strategii zarządzania wiekiem	1	0	34	1	0%	3 908%
Liczba osób korzystających z nowych lub zaadaptowanych budynków przeznaczonych na cele usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności	1	1 646	45	0	nd.	nd.
Liczba osób korzystających z przebudowanych obiektów ochrony zdrowia	1	129 944	4 786	0	nd.	nd.
Liczba osób korzystających z przebudowanych obiektów POZ lub AOS	1	0	0	0	nd.	nd.

Wskaźnik	Liczebność	Realizacja wskaźnika		Wartość docelowa (suma)[5]	% realizacji wartości docelowej	
		Wartość szacowana (suma)[6]	Wartość aktualna (suma)[7]		Według wartości szacowanej	Według wartości aktualnej
Liczba osób korzystających z wybudowanych nowych obiektów ochrony zdrowia	1	14 777	847	0	nd.	nd.
Liczba osób korzystających z wybudowanych nowych obiektów POZ lub AOS	1	0	0	0	nd.	nd.
Liczba osób korzystających z wyremontowanych obiektów ochrony zdrowia	1	10 103	0	0	nd.	nd.
Liczba osób korzystających z wyremontowanych obiektów POZ lub AOS	1	0	0	0	nd.	nd.
Liczba osób korzystających z zaadaptowanych podstawowych usług	1	0	0	0	nd.	nd.
Liczba osób korzystających z zakupionej aparatury medycznej	1	247 999	12 546	0	nd.	nd.
Liczba osób które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	1	0	0	1	0%	0%
Liczba osób pochodzących z obszarów wiejskich	1	0	2 586	3 432	0%	75%
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	1	0	12 395	0	nd.	nd.
Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie	1	0	747	1 373	0%	54%
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi	1	0	2 075	11 231	0%	18%

Wskaźnik	Liczebność	Realizacja wskaźnika		Wartość docelowa (suma)[5]	% realizacji wartości docelowej	
		Wartość szacowana (suma)[6]	Wartość aktualna (suma)[7]		Według wartości szacowanej	Według wartości aktualnej
świadczonymi w interesie ogólnym w programie						
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie	1	3 597	5 281	10 887	33%	49%
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które deklarują wzrost jakości życia dzięki interwencji EFS	1	0	1 316	1	0%	138 526%
Liczba pobrań/uruchomień aplikacji opartych na ponownym wykorzystaniu informacji sektora publicznego i e-usług publicznych	1	494 515	35 068	0	nd.	nd.
Liczba podmiotów leczniczych, w których wdrożono usługę publiczną udostępnianą on-line o stopniu dojrzałości co najmniej 3-dwustronna interakcja	1	39	4	17	229%	24%
Liczba podmiotów udostępniających usługi wewnątrzadministracyjne (A2A)	1	75	32	33	227%	97%
Liczba podmiotów udostępnionych usług wewnątrzadministracyjne (A2A)	1	85	0	0	nd.	nd.
Liczba pracodawców wspartych z zakresu zarządzania wiekiem	1	0	89	225	0%	40%
Liczba przebudowanych obiektów ochrony zdrowia	1	18	1	0	nd.	nd.

Wskaźnik	Liczebność	Realizacja wskaźnika		Wartość docelowa (suma)[5]	% realizacji wartości docelowej	
		Wartość szacowana (suma)[6]	Wartość aktualna (suma)[7]		Według wartości szacowanej	Według wartości aktualnej
Liczba rejestrów publicznych objętych wsparciem	1	116	39	3	3 867%	1 300%
Liczba udostępnionych on-line usług na poziomie 3 – dwustronna interakcja	1	20	0	29	69%	0%
Liczba udostępnionych on-line usług na poziomie 4 – transakcja	1	12	0	18	67%	0%
Liczba ulepszonych usług zdrowotnych w wyniku realizacji projektu	1	380	58	0	nd.	nd.
Liczba uruchomionych platform cyfrowych informujących o zanieczyszczeniu powietrza o charakterze co najmniej ponadlokalnym	1	0	0	1	0%	0%
Liczba uruchomionych platform cyfrowych w obszarze e-zdrowia o charakterze co najmniej ponadlokalnym	1	1	0	1	100%	0%
Liczba urządzeń aparatury medycznej/ sprzętu medycznego zakupionych w programie	1	3 460	0	1 000	346%	0%
Liczba wspartych podmiotów realizujących zadania publiczne przy wykorzystaniu TIK	1	106	24	107	99%	22%
Liczba wybudowanych nowych obiektów ochrony zdrowia	1	8	0	0	nd.	nd.
Liczba wyposażonych/doposażonych obiektów ochrony zdrowia	1	67	23	0	nd.	nd.

Wskaźnik	Liczebność	Realizacja wskaźnika		Wartość docelowa (suma)[5]	% realizacji wartości docelowej	
		Wartość szacowana (suma)[6]	Wartość aktualna (suma)[7]		Według wartości szacowanej	Według wartości aktualnej
Liczba wyremontowanych obiektów ochrony zdrowia	1	5	0	0	nd.	nd.
Liczba zakupionej aparatury medycznej	1	1 711	185	0	nd.	nd.
Liczba załatwionych spraw poprzez udostępnioną on-line usługę publiczną	1	0	0	0	nd.	nd.
Nakłady inwestycyjne na budowę/modernizację infrastruktury zdrowotnej	1	17 230 482	3 365 899	26 820 000	64%	13%
Pojemność zdigitalizowanej informacji sektora publicznego	1	195	3	159	122%	2%
Potencjalna liczba specjalistycznych badań, które zostaną wykonane zakupioną aparaturą medyczną	1	374 199	11 721	0	nd.	nd.
Powierzchnia przebudowanych obiektów ochrony zdrowia	1	0	0	0	nd.	nd.
Powierzchnia przebudowanych obiektów POZ lub AOS	1	0	0	0	nd.	nd.
Powierzchnia wybudowanych nowych obiektów ochrony zdrowia	1	0	0	0	nd.	nd.
Powierzchnia wybudowanych nowych obiektów POZ lub AOS	1	0	0	0	nd.	nd.
Powierzchnia wyremontowanych obiektów ochrony zdrowia	1	0	0	0	nd.	nd.

Wskaźnik	Liczebność	Realizacja wskaźnika		Wartość docelowa (suma)[5]	% realizacji wartości docelowej	
		Wartość szacowana (suma)[6]	Wartość aktualna (suma)[7]		Według wartości szacowanej	Według wartości aktualnej
Powierzchnia wyremontowanych obiektów POZ lub AOS	1	0	0	0	nd.	nd.
Średni czas oczekiwania na świadczone usługi zdrowotne	1	0	0	0	nd.	nd.
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które opuściły opiekę instytucjonalną na rzecz usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej w programie	1	0	4	0	nd.	nd.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014 i informacji kwartalnych przekazanej przez MIiR.

Do najpopularniejszych rodzajów interwencji, wdrażanych w niemal wszystkich regionach, należą działania związane z wdrażaniem programów zdrowotnych, przeprowadzaniem badań profilaktycznych oraz wspieraniem miejsc świadczenia usług społecznych. Dzięki interwencji EFS do końca 2018 r. programem zdrowotnym objęto 169 872 osób, co stanowi 19% wartości docelowej łącznie dla wszystkich regionów. Dzięki podjętej interwencji, liczba osób które zgłosiły się na badanie profilaktyczne wyniosła 125 627, co oznacza osiągnięcie wartości docelowej na poziomie 43%.

W 14 województwach podejmowano również działania związane z wdrażaniem programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców – łącznie udało się wdrożyć 21 programów.

Jeśli chodzi o projekty związane ze wsparciem infrastrukturalnym, według podpisanych umów o dofinansowanie łącznie wsparciem objęto 385 podmiotów leczniczych, co oznacza osiągnięcie wartości docelowej na poziomie 138%. Nakłady inwestycyjne poniesione na zakup aparatury medycznej według podpisanych umów wyniosły 1 008 413 180 (596% wartości docelowej). Wskaźnik *Liczba ludności objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi* osiągnął natomiast poziom 1 059 428 osób (wartość deklarowana w podpisanych umowach o dofinansowanie to 27 926 742 osób).

Dość popularne są także mierniki odnoszące się do wprowadzania e-usług oraz digitalizacji systemu opieki zdrowotnej. Wskaźniki tego typu są realizowane średnio przez 4-8 regionów. Należą one również do grupy tych wskaźników, które w największym stopniu przekroczyły wartość docelową. Do końca 2018 r. udało się zakontraktować projekty, które przewidują wdrożenie 2 731 usług publicznych udostępnionych on-line o stopniu dojrzałości 3 oraz 4 957 usług publicznych udostępnionych on-line o stopniu dojrzałości co najmniej 4, co stanowi odpowiednio 207% oraz 316% wartości docelowych. Znaczące przekroczenie wartości docelowej odnotowano także w przypadku *Liczby zdigitalizowanych dokumentów zawierających informacje sektora publicznego*, podpisane kontrakty zakładają osiągnięcie wskaźnika na poziomie 9 808% (8 849 681 dokumentów). Wskaźnik *Liczba pobrań/odtworzeń dokumentów zawierających informacje sektora publicznego* również zostanie osiągnięty z nadwyżką – według podpisanych umów należy spodziewać się osiągnięcia wskaźnika na poziomie 4 329 293 (637% celu na 2023 r.). Znacząco przekroczony jest także wskaźnik *Liczba uruchomionych systemów teleinformatycznych w podmiotach wykonujących zadania publiczne* – szacowana wartość to 546 systemów (docelowo 58 systemów). Uruchomiono także jedną platformę cyfrową w obszarze e-zdrowia o charakterze co najmniej ponadlokalnym.

W województwach wdrażane są także projekty dotyczące badań profilaktycznych. Dwa regiony zadeklarowały wspólny dla nich wskaźnik *Liczba osób objętych programem profilaktycznym wczesnego wykrywania gruźlicy* według zatwierdzonych wniosków o dofinansowanie został osiągnięty na poziomie 19% (672 osoby), natomiast wskaźnik *Liczba osób objętych programem przesiewowego badania słuchu młodzieży klas szóstych* – na poziomie 10% (4 130 osób).

2.3. Ocena realizacji celów długoterminowych do 2030 r. (w tym ocena wkładu PP w realizację celów Strategii Europa 2020)

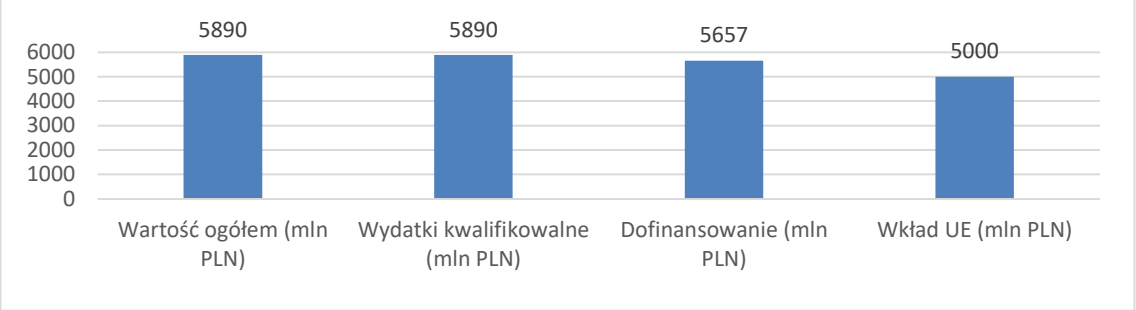
2.3.1. Oszacowanie skali wkładu środków finansowych

Wkład Policy paper w realizację celów Strategii Europa 2020 może być analizowany na poziomie bezpośrednim i pośrednim. Przyjęto, że w sposób bezpośredni na realizację celów w zakresie edukacji przekładają się projekty realizowane w ramach dwóch kategorii interwencji:

- 116 Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego oraz kształcenia na poziomie równoważnym w celu zwiększenia udziału i poziomu osiągnięć, zwłaszcza w przypadku grup w niekorzystnej sytuacji;
- 117 Wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie o charakterze formalnym, nieformalnym i pozaformalnym wszystkich grup wiekowych, poszerzanie wiedzy, podnoszenie umiejętności i kompetencji siły roboczej oraz promowanie elastycznych ścieżek kształcenia, w tym poprzez doradztwo zawodowe i potwierdzanie nabytych kompetencji.

Wartość projektów realizujących cele edukacyjne i podlegających pod ewaluowany dokument sięga 5 890 mln PLN, z czego wkład UE to około 5 000 mln PLN.

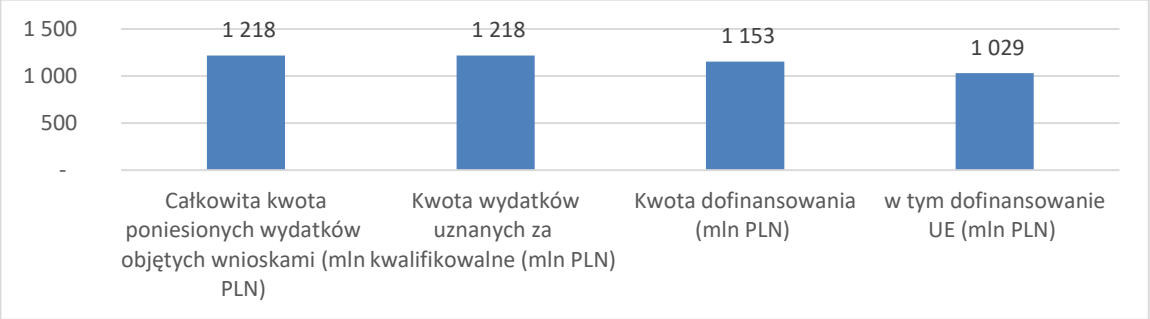
Wykres 9. Wkład Policy paper w realizację celów w zakresie edukacji - na poziomie podpisanych umów (w mln PLN)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r.

Jeśli chodzi o realnie poniesione wydatki w projektach, całkowita kwota poniesionych wydatków objętych wnioskami w przedsięwzięciach realizujących cele w zakresie edukacji wyniosła do końca 2018 r. łącznie 1 217,6 mln PLN, z czego dofinansowanie osiągnęło wartość 1 153,4 mln PLN, zaś wkład UE - 1 029,2 mln PLN.

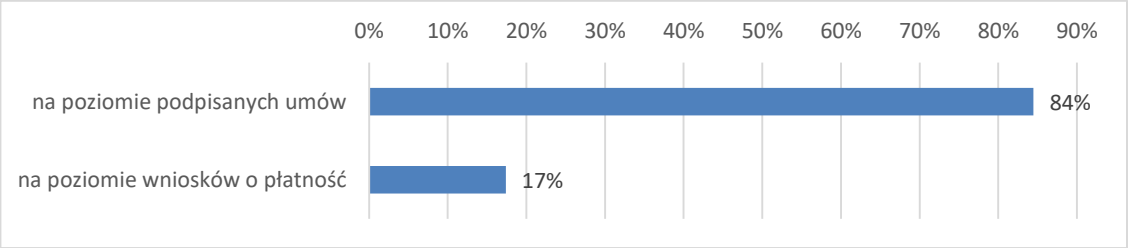
Wykres 10. Wkład Policy paper w realizację celów w zakresie edukacji - na poziomie wniosków o płatność (w mln PLN)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r.

Aby zrelatywizować opisane wyżej wielkości bezwzględne, warto wskazać, iż kontraktacja środków przyczyniających się do realizacji celów w zakresie edukacji wynosi 84%, zaś zatwierdzone wnioski o płatność opiewają na 17% zobowiązań unijnych na lata 2014-2020.

Wykres 11. Wykorzystanie alokacji na realizację celów w zakresie edukacji



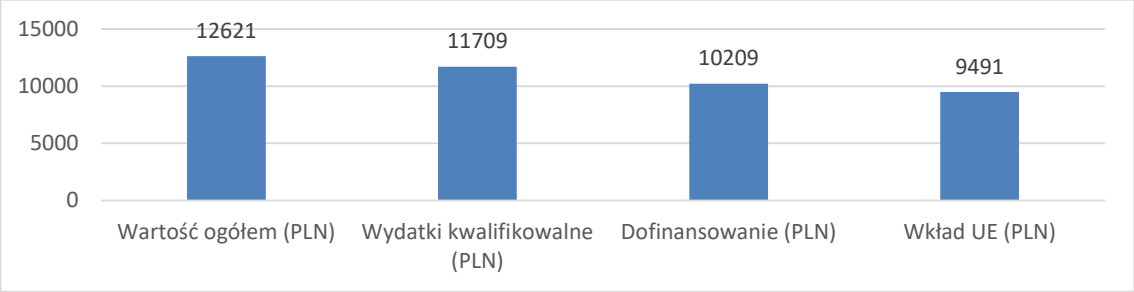
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r.

Analizując przedsięwzięcia wpisujące się w realizację celu w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym, przyjęto za takie projekty realizowane w ramach następujących kategorii interwencji:

- 053 Infrastruktura ochrony zdrowia
- 081 Rozwiązania informatyczne na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się oraz usługi i aplikacje w zakresie e-zdrowia (w tym e-opieka i nowoczesne technologie w służbie osobom starszym)
- 107 Aktywne i zdrowe starzenie się
- 112 Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym

Do końca 2018 r. wkład Policy paper w realizację celu w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym (na poziomie wartości podpisanych umów) sięgał 12,6 mld PLN - z czego dofinansowanie ogółem przyjęło wartość 10,2 mld PLN, zaś wkład UE - 9,5 mld PLN.

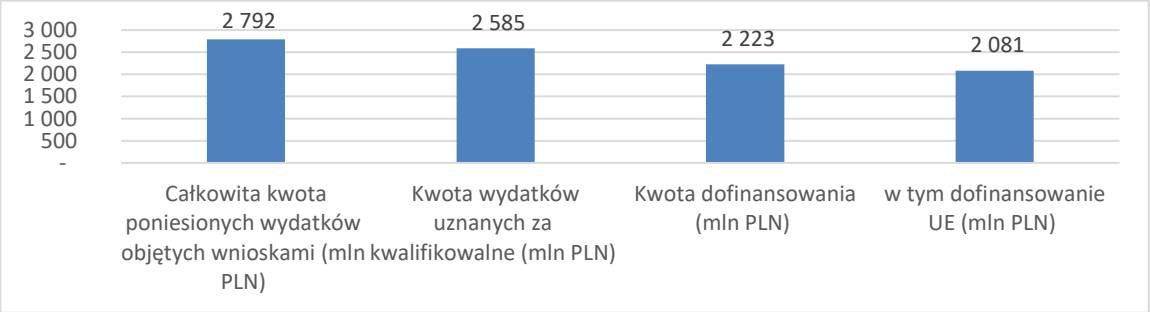
Wykres 12. Wkład Policy paper w realizację celu w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym- na poziomie podpisanych umów (w mln PLN)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r.

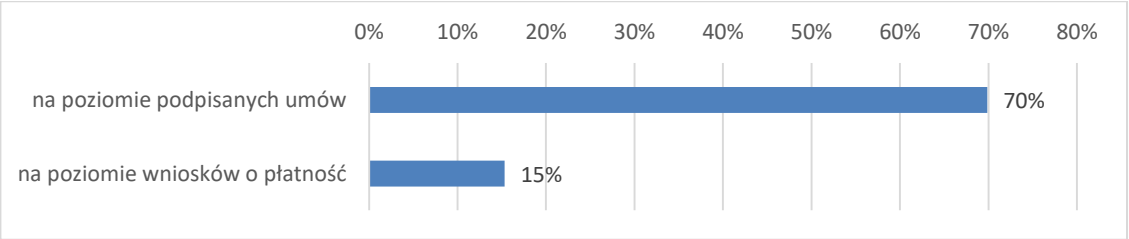
W ramach podpisanych umów i realizowanych projektów, do końca 2018 r. złożono wnioski o całkowitej kwocie poniesionych wydatków sięgającej 2,8 mld PLN, z czego kwota dofinansowania ogółem sięgnęła 2 223 410 334,60, zaś dofinansowanie UE - 2 081 105 838,85 PLN.

Wykres 13. Wkład Policy paper w realizację celu w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym - na poziomie wniosków o płatność (w mln PLN)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r.

Wykres 14. Wykorzystanie alokacji na realizację celów w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r.

Analogicznie jak powyżej, wymaga zasygnalizowania fakt, iż kontraktacja środków przyczyniających się do realizacji celów w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym wynosi 70%, zaś zatwierdzone wnioski o płatność opiewają na 15% zobowiązań unijnych na lata 2014-2020.

2.3.2. Oszacowanie kreowanej przez PP tzw. wartości dodanej UE

Przez europejską wartość dodaną należy rozumieć wytworzoną synergicznie, dodatkową wartość wykraczającą poza prostą sumę wyników działań poszczególnych podmiotów. Na poziomie europejskim wartość dodana jest traktowana jako wartość dodatkowa w stosunku do wartości wytworzonej samodzielnie poprzez działania poszczególnych państw. Może ona wynikać z różnych czynników, np. korzyści związanych z koordynacją, pewności prawnej, większej skuteczności i komplementarności. Odzwierciedla szersze, europejskie znaczenie działań prezentując modele i mechanizmy, które mogą być stosowane nie tylko na poziomie regionalnym, ale także krajowym lub europejskim[8]. Przyjmuje się, iż powodem implementacji pojęcia „wartości dodanej" do analizy polityk publicznych w ochronie zdrowia jest autonomiczność państw UE w ich kreowaniu przy równoczesnym dążeniu do nadania odpowiedniej rangi interwencjom wdrażanym na poziomie całej Wspólnoty, a także do określania ich wpisywania się w pryncypia pomocniczości. W przypadku niniejszej ekspertyzy, ocena europejskiej wartości dodanej powinna pozwolić dokonać ocenę projektów i programów zdrowotnych współfinansowanych z FE na moment symbolicznej połowy perspektywy finansowej 2014-2020.

Sam fakt przygotowania i wdrożenia Policy paper jest wyrazem wartości dodanej w obszarze legislacji, wynikającej z dostosowania się Polski do wdrażania przepisów UE - jako spełnienia warunkowości ex ante dla uruchomienia wsparcia współfinansowanego z środków unijnych w obszarze zdrowia. Wdrażana interwencja służy również promowaniu dobrych praktyk w sposób pośredni i bezpośredni. Przez sposób pośredni należy rozumieć ustanowienie warunków ramowych interwencji w oparciu o najlepsze dostępne wzorce; sposób bezpośredni - to działania informacyjne i promocyjne ukierunkowane na zachęcanie do podejmowania określonych aktywności czy sposobów działania[9]. Z pewnością proces monitoringu i sprawozdawczości na poziomie KE sprzyja również poszukiwaniu optymalnych sposobów rozwiązywania problemów / przezwyciężania wyzwań. Niekoniecznie nawet musi to być dosłownie rozumiany, pojawiający się w dokumentacji unijnej tzw. benchmarking procesów decyzyjnych - czasami sam fakt ekspozycji na pewne sposoby działania i obserwacja skutków podejmowanych interwencji pomaga podejmować trafniejsze i efektywniejsze aktywności. Zagadnienie eliminacji/minimalizacji zagrożeń transgranicznych oraz swobody przepływu osób - choć oficjalnie stanowiące jeden z przejawów europejskiej wartości dodanej w obszarze zdrowia - w ograniczonym stopniu przejawiają się w Policy paper. Z kolei sieciowanie widoczne jest na dwóch poziomach: europejskim, ale - nawet silniej dostrzegalne - krajowym.

Największe znaczenie ma wynikająca z Policy paper europejska wartość dodana w obszarze zdrowia wynikająca z generowania korzyści skali oraz stymulowania subsydiarności. W opinii przedstawicieli instytucji zaangażowanych w implementację Policy paper, źródłem tejże jest ukierunkowanie wsparcia poprzez stworzenie komplementarnego układu powiązanych organizacyjnie i funkcjonalnie podmiotów. Z kolei subsydiarność tkwi w lepszej koordynacji świadczenia usług oraz kierowania ich tam, gdzie pozostają niezaspokojone potrzeby.

Reasumując, wartość dodana - nawet jeśli nie zawsze wprost dookreślona do konkretnego obszaru/strefy - jest dostrzegana przez przedstawicieli instytucji systemu wdrażania:

> *Nawet jak zrobimy jakiś inny projekt infrastrukturalny, on siłą rzeczy będzie wpływał na przykład na cel dotyczący jakości, więc mi się wydaje, że są na pewno te projekty między sobą powiązane, jest spora wartość dodana w różnych instrumentach, ona często jest trudno mierzalna, ale gdzieś one się do siebie jakby tak zbliżają, przyczyniają i razem właśnie powodują, że te cele są tak, mam nadzieję, realizowane.*

[8] Komisja Europejska, Finansowanie w ramach trzeciego programu działań w dziedzinie zdrowia 2014-2020, www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/07/Wartosc_dodana_Factsheet.doc

[9] Por. np. publikacja Poradnik dobrych praktyk POWER dla ochrony zdrowia. Idipsum na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, 2018.

IDI, przedstawiciel instytucji systemu wdrażania

2.3.3. Prognoza przewidywanego na 2023 r. stanu realizacji celów długoterminowych

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.*

Przewiduje się, iż na koniec 2023 r. zrealizowanych zostanie większość przejawów osiągnięcia celu długoterminowego nr 1. W szczególności, opracowana i wdrożona będzie - już funkcjonująca - **ustawa o zdrowiu publicznym** (możliwe, iż do tego czasu zostanie też poddana kolejnym zmianom). Dodatkowo, opracowany i wdrożony **system mapowania potrzeb zdrowotnych** - prawdopodobnie, od 2019 r. także w wersji interaktywnej/cyfrowej i pozwalającej na szybszą niż obecnie aktualizację. W 2023 r. obecnie obowiązujący **Narodowy Program Zdrowia (2016-2020)** przestanie być aktualny, choć należy spodziewać się jego aktualizacji/kontynuacji. Opisane wcześniej dane wskaźnikowe pozwalają mniemać, iż **zrealizowane (tj. opracowane i wdrożone) zostaną planowane programy profilaktyczne**. Jakkolwiek nie jest pewne, czy uda się nimi objąć planowaną liczbę uczestników, to z pewnością osiągnięty zostanie cel wzrostu rozpowszechnienia zachowań prozdrowotnych wśród społeczeństwa (czego dowodzą opisane wcześniej wskaźniki dot. realizacji programów profilaktycznych). Jedynie **prognozy w zakresie zmniejszenia zachorowalności i umieralności z powodu chorób cywilizacyjnych nie są jednoznaczne**. Z pewnością realizowane działania będą neutralizować negatywne zjawiska, choć mogą się okazać niewystarczające, aby ich efekty były widoczne już w 2023 r. (odsunięcie efektów w czasie).

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.*

Wybrane **działania realizowane w ramach narzędzi Policy paper są wprost ukierunkowane na poprawę dostępności i jakości usług na rzecz osób starszych** (a docelowo - ich stanu zdrowia, w tym zdolności do podejmowania aktywności zawodowej i / lub samodzielności społecznej). Rozwijana jest **opieka geriatryczna i długoterminowa, w tym opieka zdeinstytucjonalizowana.** Dodatkowo, odrębny pakiet działań ukierunkowany jest na **poprawę stanu zdrowia kobiet, w szczególności w ciąży i w okresie połogu, oraz dzieci**. Jak wynika z wartości wskaźników osiąganych w poszczególnych PO, zakładane cele w omawianym zakresie powinny zostać osiągnięte. Co więcej, z uwagi na wymagany okres trwałości projektów powinny pozostać utrzymane do 2023 r.

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

Niniejszy cel długoterminowy jest w relatywnie najmniejszym stopniu osiągany poprzez projekty współfinansowane ze środków unijnych, **zaś w dużej mierze warunkowany decyzjami z obszaru polityki zdrowotnej, ale także polityk powiązanych (np. w zakresie cyfryzacji).** Z pewnością widać **kontrybucję realizowanych i planowanych projektów z obszaru e-zdrowia, a także Narzędzi 20, 21 i 22 oraz 23.** Postęp osiągania wartości wskaźników produktu i rezultatu każe mniemać, iż do 2023 r. działania projakościowe z dużą dozą prawdopodobieństwa zostaną skutecznie sfinalizowane, co pozytywnie przełoży się na świadczone usługi. Analogicznie, **przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK),** służącej polepszeniu jakości efektywności publicznych usług zdrowotnych, jest już niemal w całości zrealizowane na poziomie produktów i należy spodziewać się, że do 2023 r. pojawią się rezultaty tych projektów.

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).*

W przypadku niniejszego celu długoterminowego należy podkreślić, iż jego osiągnięcie jest niemal pewne, zaś skuteczność warunkowana realizowanymi i zakończonymi już projektami. **Proces mapowania potrzeb zdrowotnych został wprowadzony i jest konsekwentnie rozwijany i udoskonalany**, m.in. poprzez prace nad zmianą sposobu gromadzenia czy przedstawiania danych. Jak wskazują przedstawione wcześniej informacje monitoringowe - **wybudowano liczne nowe i zmodernizowane istniejące zasoby infrastrukturalne ochrony zdrowia** z środków PO IiŚ 2014-2020 czy RPO, które chociażby z uwagi na związanie okresem trwałości - będą funkcjonowały w 2023 r. Z uwagi na wymagania stojące przed potencjalnymi wnioskodawcami PO, **realizowane projekty muszą wpisywać się w zidentyfikowane potrzeby kraju i regionu** - zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych, dlatego odgórnie zapewniona jest ich duża spójność i skoordynowanie. **Zwiększenie liczby profesjonalistów medycznych pracujących w systemie ochrony zdrowia** może odbywać się na dwa sposoby - poprzez poprawę liczebności (na co realizowane przedsięwzięcia mają jedynie pośredni wpływ) oraz zwiększanie potencjału zawodowego/eksperckiego (czemu wprost służą studia podyplomowe i szkolenia dla lekarzy, pielęgniarek czy przedstawicieli zawodów okołomedycznych). Przynajmniej ten drugi wymiar ma szansę zaistnieć do 2023 r. z uwagi na interwencję w ramach PO WER.

2.4. Ocena jakości i skuteczności poszczególnych narzędzi implementacji PP

NARZĘDZIA IMPLEMENTACJI DLA CELU OPERACYJNEGO A ROZWÓJ PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ, DIAGNOSTYKI I MEDYCYNY NAPRAWCZEJ UKIERUNKOWANY NA GŁÓWNE PROBLEMY EPIDEMIOLOGICZNE W POLSCE

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

Praktyka wdrażania narzędzia nr 1 (konieczność uprzedniego akceptowania programów profilaktycznych przez AOTMiT) ogranicza komponent badawczy w jego ramach - rozumiany jako tworzenie innowacyjnych programów profilaktycznych. Tym samym, część badawcza dotyczy głównie wyników danej interwencji, jej skuteczności itd. (badania post factum, po wsparciu). Sama idea narzędzia jawi się jako słuszna, aczkolwiek **w sytuacji deficytu środków - w opinii specjalistów biorących udział w panelu ekspertów jednoznacznie bardziej racjonalne, z punktu widzenia dążenia do zapewnienia zdrowotności społeczeństwa, jest realizowanie narzędzia nr 2.**

2. *Wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu [R]*

Aktualnie, konsekwentnie wzrasta znaczenie profilaktyki jako ważnego instrumentu zapewniania zdrowia mieszkańców. Dostrzegane są również powolne zmiany nastawienia społecznego względem niektórych chorób i dolegliwości, co świadczy o skuteczności tego typu interwencji w zakresie zmiany postaw społecznych związanych z poddawaniem się badaniom. Podkreśla się również, iż zapobieganie oraz wczesne wykrywanie i leczenie poważnych chorób jest kluczowe dla zapewnienia finansowania systemu ochrony zdrowia - jako, iż terapia zaawansowanych stadiów jest na ogół nie tylko mniej skuteczna, ale i bardziej kosztowna. Badani przedstawiciele RPO akcentują wprawdzie trudność warunków, jakie stawia przed nimi AOTMiT, ale równocześnie wskazują na a) występowanie potrzeb w ich regionach w zakresie kontynuowania wsparcia, b) zidentyfikowanie potencjału absorpcyjnego, c) zdolność instytucjonalną do kontynuowania wdrażania. **Tym samym, zaleca się utrzymanie lub nawet zwiększenie skali wsparcia na omawiane narzędzie.**

3. *Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy [R]*

Narzędzie nr 3 jest przez IZ RPO postrzegane generalnie jako potrzebne, odpowiadające na realne potrzeby społeczne oraz znajdujące uzasadnienie nie tylko w sferze zdrowia, ale również rynku pracy (deficyt pracowników sprawia, iż cenne są wszelkie instrumenty, które mają zwiększyć zasoby siły roboczej). Wskazywane jest często, iż na etapie programowania niezbędna była identyfikacja i selekcja jedynie najważniejszych problemów z obszaru rehabilitacji medycznej, choć z pewnością taka lista nie wyczerpuje potrzeb regionów. Z punktu widzenia instytucji systemu wdrażania problematyczny jest wymóg określenia, ile osób po rehabilitacji faktycznie powróci do pracy. Tak naprawdę narzędzie to może co najwyżej wpłynąć na zdolność zdrowotną do podjęcia zatrudnienia - to, czy beneficjent się na to zdecyduje, zależy częstokroć od czynników niezależnych od projektu (np. kompetencji zainteresowanego, motywacji do podjęcia zatrudnienia itd.). **Biorąc jednak pod uwagę a) upowszechnianie się chorób cywilizacyjnych, b) trendy demograficzne w Polsce oraz sytuację na rynku pracy - zaleca się utrzymanie lub nawet zwiększenie skali wsparcia na omawiane narzędzie.**

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

Jakkolwiek narzędzie to wdrażane jest przez regiony, to wydaje się mniej popularne aniżeli opisane powyżej. Zrozumiałe jest natomiast, iż są one oba ze sobą organicznie powiązane - ułatwianiu powrotów do pracy powinno towarzyszyć eliminowanie ryzyka wypadania z rynku pracy z powodów medycznych. W toku badania zwrócono m.in. uwagę, iż w coraz liczniejszych zakładach pracy z narzędziem tym niejako konkurują benefity pozapłacowe rozumiane jako rozszerzone pakiety prywatnej opieki medycznej. Dodatkowo, wydaje się, iż niekiedy narzędzie to jest bardziej sposobem na budowanie pozytywnego wizerunku pracodawcy, aniżeli faktyczne wsparcie pracowników. Drugi możliwy typ operacji dotyczy wdrażania programów przekwalifikowania pracowników i realizacji kursów/szkoleń. W jego przypadku problematyczna z punktu widzenia regionów jawi się konieczność zapewnienia efektywności wsparcia rozumianego jako odsetek uczestników projektu, którzy kontynuowali bądź podjęli zatrudnienie w ciągu 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie. Wskazywano, iż jest to problematyczna kwestia, gdyż tylko częściowo warunkowana samym przebiegiem projektu. Dodatkowo, w obecnej sytuacji na rynku pracy, osoby bierne zawodowo i bezrobotne to coraz częściej osoby o specyficznych potrzebach, trudne do aktywizacji/zatrudnienia. **Uznając zatem aktualność potrzeby, jaka stała przed tym narzędzie, sugeruje się zrealizowanie założonych projektów - ale raczej bez zwiększania skali wsparcia.**

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

Interwencja odpowiada na faktyczne zagrożenie wynikające z wysokiego odsetka zachorowań na nowotwory jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi. Narzędzie występuje we wszystkich regionach i jest powiązane m.in. z projektem centralnym Program badań przesiewowych raka jelita grubego w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Oferowane wsparcie cechuje się wysokim potencjałem absorpcyjnym na poziomie beneficjentów oraz odbiorców ostatecznych. **Ponieważ jednak szeroki zakres pomocy w jego ramach został już zrealizowany w obecnej perspektywie finansowej, sugeruje się utrzymanie obecnej skali wsparcia**.

6. *Utworzenie nowych SOR powstałych od podstaw lub na bazie istniejących izb przyjęć ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie) [PO IiŚ]*

Interwencja w opinii wszystkich wypowiadających się specjalistów biorących udział w panelach eksperckich jawiła się jako trafna na etapie tworzenia Policy paper. Podobną opinię sformułowali również co do zasady przedstawiciele IZ RPO (choć należy podkreślić, iż nie znamy zdania wszystkich instytucji). Niemniej, w miarę realizowania kolejnych projektów tego typu, potrzeby w omawianym zakresie interwencji maleją, znaczenia nabiera zaś modernizacja SOR. **Rekomenduje się zmniejszenie skali wsparcia w tym zakresie (co w zasadzie jest koniecznością z uwagi na brak środków w PO IiŚ).**

7. *Wsparcie istniejących SOR, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii (roboty budowlane, doposażenie) [PO IiŚ]*

W miarę jak zaspokajane są potrzeby na tworzenie nowych SOR, znaczenia nabiera wspieranie tych już istniejących. **Zaleca się zatem - o ile to możliwe w sytuacji wyczerpywania alokacji w IX OP PO IiŚ - zwiększenie wsparcia w ramach tego narzędzia**.

8. *Modernizacja istniejących CU (roboty budowlane, doposażenie) [PO IiŚ]*

W miarę jak zaspokajane są potrzeby na tworzenie nowych CU, znaczenia nabiera wspieranie tych już istniejących. **Zaleca się zatem - o ile to możliwe w sytuacji wyczerpywania alokacji w IX OP PO IiŚ - zwiększenie wsparcia w ramach tego narzędzia**.

9. *Utworzenie nowych CU (roboty budowlane, doposażenie) [PO IiŚ]*

Sytuacja analogiczna jak w przypadku SOR. Interwencja dot. tworzenia nowych CU - zdaniem uczestników paneli eksperckich, ale także badanych przedstawicieli instytucji systemu wdrażania, z którymi realizowane były wywiady - była trafna na etapie tworzenia Policy paper. Niemniej, w miarę realizowania kolejnych projektów tego typu, potrzeby w omawianym zakresie interwencji maleją, znaczenia nabiera zaś modernizacja SOR. W Polsce działa 15 CU i zdaniem ekspertów jest to wystarczająca liczba. **Rekomenduje się zmniejszenie skali wsparcia w tym zakresie (co w zasadzie jest koniecznością z uwagi na brak środków w PO IiŚ).**

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) [PO IiŚ]*

Ewaluacja mid term IX PO IiŚ wykazała, iż analizowany obszar interwencji jest jedynym w IX OP PO IiŚ, w którym nie udało się osiągnąć zakładanych wartości docelowych wskaźników z uwagi na brak potencjału absorpcyjnego[10]. **Zaleca się zmniejszenie skali wsparcia na to narzędzie / ograniczenie jego kontynuacji w obecnej perspektywie finansowej.**

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

Projekty zrealizowane w ramach IX OP PO IiŚ zdaniem ekspertów oraz pracowników MZ, z którymi realizowane były rozmowy - na ten moment zaspokoiły potrzeby w analizowanym zakresie. **Zaleca się zmniejszenie skali wsparcia na to narzędzie / ograniczenie jego kontynuacji w obecnej perspektywie finansowej.**

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) [PO IiŚ]*

Zgodnie z danymi OECD, w 2011 r. działało w Polsce 25,43 szpitali na milion ludności. Było to więcej niż w Czechach (24,29) i na Węgrzech (17,35) oraz nieznacznie mniej niż na Słowacji (25,93). Wartość analizowanego wskaźnika dla Polski była prawie dwa razy niższa w porównaniu do Finlandii (51,04). W przeciągu kolejnych pięciu lat liczba szpitali w Polsce na milion ludności wzrosła o 10,18% do 28,02. Jest to trzeci największy wzrost w analizowanej grupie gospodarek – gospodarką wiodącą pod tym względem jest Holandia (18,51%)[11].

O ile nie zaleca się zwiększania liczby szpitali, o tyle wspieranie podmiotów już funkcjonujących i pełniących ważne funkcje w systemie jawi się jako odpowiadające na identyfikowane wyzwania i efektywne finansowo. Ocena mid term PIX OP PO IiŚ wskazuje na istnienie potencjału absorpcyjnego w

[10] Ocena postępu wdrażania IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020. Ecorys Polska Sp. z o. o. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. Warszawa 2019.

[11] Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z OCED (2019), Hospitals, ttps://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30183#, data dostępu: 8 marca 2019.

ramach tego Narzędzia[12]. **Biorąc pod uwagę powyższe, zaleca się kontynuowanie wsparcia i zwiększenie jego skali (z uwagi na niemalże wyczerpanie puli podstawowej wynikającej z alokacji na IX OP PO IiŚ).** Z rekomendacją tą zgadzają się nie tylko specjaliści uczestniczący w panelu implementacyjnym, ale także badani przedstawiciele resortu zdrowia zaangażowani we wdrażanie omawianego narzędzia.

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

Biorąc pod uwagę dwa ważne zjawiska: a) dążenie do modernizacji i doposażania placówek istniejących zamiast tworzenia nowych, b) dążenie do zwiększenia zasobów liczbowych oraz efektywnościowych rynku pracy, narzędzie nr 13 należy uznać jako zasadne. Wydaje się jednak, że z uwagi na jego skalę i moment wdrażania (tj. I połowa 2019 r.) oraz wielkość ewentualnych wymaganych realokacji, **sugeruje się raczej pozostanie przy planowanym zakresie wsparcia (a jeśli jego zwiększanie - to w obszarze doposażeń, nie zaś robót budowlanych)**. W tym kierunku skłaniały się wypowiedzi części uczestników badań terenowych, aczkolwiek nie były to mocne wskazania - stąd też zaproponowane zalecenie ma tzw. otwarty charakter.

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]*

Biorąc pod uwagę dwa ważne zjawiska: a) dążenie do modernizacji i doposażania placówek istniejących zamiast tworzenia nowych, b) dążenie do zwiększenia zasobów liczbowych oraz efektywnościowych rynku pracy, narzędzie nr 14 należy uznać jako zasadne. **Wydaje się jednak, że z uwagi na jego skalę i moment wdrażania (tj. I połowa 2019 r.) oraz wielkość ew. wymaganych realokacji, sugeruje się raczej pozostanie przy planowanym zakresie wsparcia.** Podobnie jak w przypadku narzędzia nr 13, ew. zwiększenia skali wsparcia powinny dot. kwestii doposażenia, nie zaś robót budowlanych (lub też robót tych w zdecydowanej mniejszości - nawet nie z uwagi na brak potrzeb, co cykl wdrażania środków unijnych.

NARZĘDZIA IMPLEMENTACJI DLA CELU OPERACYJNEGO B PRZECIWDZIAŁANIE NEGATYWNYM TRENDOM DEMOGRAFICZNYM POPRZEZ ROZWÓJ OPIEKI NAD MATKĄ I DZIECKIEM ORAZ OSOBAMI STARSZYMI

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 [PO IiŚ]*

Umieralność niemowląt mierzona jako liczba zgonów dzieci poniżej pierwszego roku życia na 1 000 żywych urodzeń spadła w latach 2011-2016 z 4,7 do 4. Poprawa wartości tego wskaźnika o 0,7 przybliżyła Polskę do poziomu Unii Europejskiej. O ile w 2011 r. różnica w umieralności niemowląt pomiędzy Polską i Unią Europejską wynosiła 0,8, o tyle w 2016 r. była on już o połowę niższa. Różnica w tempie ograniczania opisywanego zjawiska była największa w latach 2013-2014/2015. W ostatnim roku analizy, zarówno w przypadku Unii Europejskiej, jak i w przypadku Polski zaobserwowano wyhamowanie trendu, czego skutkiem jest brak zmian w analizowanej wartości w latach 2015-2016. Powiązanym problemem jest malejący udział osób w wieku przedprodukcyjnym (tj. od 0 do 14 lat). W Polsce w 2002 r. udział tej grupy w liczbie ludności ogółem był równy 18,2%, podczas gdy w 2017 r. był on niższy i przyjął wartość

[12] Ocena postępu wdrażania IX Osi Priorytetowej Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020. Ecorys Polska Sp. z o. o. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. Warszawa 2019.

14,82%[13]. **Biorąc pod uwagę powyższe, istnieje zasadność realizacji narzędzia nr 15 i przynajmniej utrzymania obecnej skali wsparcia - choć zasadne byłoby nawet jej zwiększenie**.

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]*

Analizując w oparciu o dane BDL GUS umieralność niemowląt z perspektywy polskich województw można zauważyć znaczną heterogeniczność w opisywanej grupie podmiotów. W 2011 r. najwyższa umieralność niemowląt (na 1 000 urodzeń żywych) była w województwach zachodnio-pomorskim (6,06), śląskim (6,03), świętokrzyskim (6,03) i kujawsko-pomorskim (6,01). W tym samym czasie w województwie mazowieckim umieralność niemowląt była najniższa i równa 3,41. W 2017 r. nadal widoczne są różnice pomiędzy województwami (np. 5,12 w kujawsko-pomorskim i 2,84 w świętokrzyskim). Różnice są również widoczne w przypadku ograniczenia skali analizowanego zjawiska. W niektórych województwach odnotowano nawet wzrost umieralności niemowląt – niechlubnym liderem jest tu województwo wielkopolskie (o 0,21). W największym stopniu ograniczono umieralność niemowląt w województwie świętokrzyskim (o 3,19). **Taka regionalna heteronomia wskazuje na zasadność wdrażania narzędzia 16 przede wszystkim w tych regionach, które najgorzej radzą sobie z ograniczaniem umieralności niemowląt - zwłaszcza w tych województwach jest zasadne zwiększenie skali wsparcia**.

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

W 2011 r. przeciętna długość życia w Polsce wynosiła 76,8 lat, co było o 3,4 lat mniej niż w przypadku całej Unii Europejskiej. W ciągu kolejnych sześciu lat przeciętna długość życia Polaków wzrosła o 1 rok (do 77,8 lat). Przy nieznacznie niższym wzroście na poziomie Unii Europejskiej (tj. o 0,7 lat) można powiedzieć, że pod względem przeciętnej długości życia Polska dogania Unię Europejską[14]. Dodatkowo, **liczba pacjentów zakładów opieki długoterminowej rośnie w Polsce z roku na rok bez oznak wyhamowania.** Pomiędzy 2012 r. i 2017 r. analizowana liczba pacjentów wzrosła o 24,42% do 33 234 (wg danych GUS). Dużym problemem w przypadku starzejącego się społeczeństwa jest rosnąca liczba osób starszych wymagających długoterminowej opieki. Ta obserwacja jest potwierdzona przez fakt, że od 2012 r. do 2017 r. liczba pacjentów zakładów opieki długoterminowej wzrosła w największym stopniu (42,09%) w przedziale wiekowym 80 lat i więcej. W drugiej kolejności jest przedział 65-74 lata (39,22%). Grupa wiekowa 80 lat i więcej jest również zdecydowanie najliczniejszą grupą wiekową pod badanym względem. **Dane te uzasadniają kontynuację wsparcia w ramach narzędzia 17.**

18. *Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, w szczególności poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi) [PO WER oraz R]*

Jak zauważono powyżej. problemem polskiego społeczeństwa jest rosnący udział osób w wieku 65 lat lub więcej. O ile w 2002 r. udział osób w wieku poprodukcyjnym w polskim społeczeństwie wynosił 12,56%, o tyle w 2017 udział ten był już równy 16,67%. Problemem nie jest sam badany udział, ale również fakt, że udział ten relatywnie stabilnie rośnie. Generalnie, polskie społeczeństwo starzeje się szybciej (różnica

[13] Źródło: dane Eurostat (2019), Infant mortality rates [demo_minfind], https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=tps00027, data dostępu: 5 marca 2019.

[14] Źródło: dane Eurostat (2019), Life expectancy at birth by sex, ttps://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=sdg_03_10, data dostępu: 5 marzec 2019.

pomiędzy udziałem w 2017 i w 2002 wynosi 4,2 pp.) niż społeczeństwo Unii Europejskiej (z różnicą równą 3,64 pp.)[15]. **Oznacza to rosnące potrzeby w zakresie opieki nad osobami zależnymi, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w zwiększeniu skali narzędzia 18.**

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

Narzędzie to jest jednym z relatywnie najmniej omówionych przez uczestników badań terenowych. Zwraca natomiast uwagę jego powiązanie z nadrzędnymi celami ochrony zdrowia w PS, tzn. eliminowania zjawisk, które mogą w przyszłości doprowadzić do osłabiania potencjału siły roboczej. Dodatkowo, wpisuje się ono wyraźnie w cele dotyczące redukcji ubóstwa i wykluczenia społecznego. Z tego względu, uwzględniając zidentyfikowany i obecny nadal potencjał absorpcyjny, **sugeruje się utrzymanie obecnej skali wsparcia**.

NARZĘDZIA IMPLEMENTACJI DLA CELU OPERACYJNEGO C POPRAWA EFEKTYWNOŚCI I ORGANIZACJI SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ W KONTEKŚCIE ZMIENIAJĄCEJ SIĘ SYTUACJI DEMOGRAFICZNEJ I EPIDEMIOLOGICZNEJ ORAZ WSPIERANIE BADAŃ NAUKOWYCH, ROZWOJU TECHNOLOGICZNEGO I INNOWACJI W OCHRONIE ZDROWIA

20. *Działania projakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne [PO WER]*

Opisywana interwencja jawi się jako nadal potrzebna, natomiast z uwagi na objęcie pomocą zakładanej liczby podmiotów - sugeruje się odstąpienie od intensyfikacji wsparcia w ramach narzędzia nr 20. Wydaje się, że **skuteczne sfinalizowanie wdrażanych przedsięwzięć powinno w sposób satysfakcjonujący przełożyć się na realizację celów Policy paper.**

21. *Działania projakościowe dedykowane podmiotom świadczącym podstawową opiekę zdrowotną [PO WER]*

Opisywana interwencja jawi się jako nadal potrzebna, potencjalnie nawet bardziej niż w przypadku podmiotów świadczących szpitalne usługi medyczne. Jednakże, relatywnie - w stosunku do innych narzędzi - jej zakres na poziomie generowanych wartości wskaźników przyczyniania się do realizacji celów Policy paper jest ograniczony (wpisuje się głównie w cel długoterminowy C). **Jako zasadne ocenia się zapewnienie skali wsparcia umożliwiającej realizację przyjętych założeń, jednak nie zwiększanie jej powyżej tego poziomu.**

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) [PO WER]*

Sugeruje się utrzymanie obecnej skali wsparcia. Narzędzie ma wprawdzie kluczowe znaczenie dla długookresowej wizji systemu ochrony zdrowia w Polsce, dla której kształtowania jego rola jest niebagatelna. Niemniej, warto wziąć pod uwagę również etapowość przedsięwzięcia i fakt, że jego komponenty muszą zaistnieć w cyklu chronologicznym. Z tego względu bardziej niż zwiększenie skali wsparcia, kluczowe jest dążenie do zapewnienia jego ciągłości wykraczającej poza perspektywę finansową 2014-2020.

23. *Stworzenie systemu mapowania potrzeb zdrowotnych (poprawa jakości danych dotyczących m.in. informacji o stanie infrastruktury medycznej, rejestrach medycznych dedykowanych*

[15] Źródło: dane Banku Światowego, (2019), World Development Indicators, https://databank.worldbank.org/data/source/world-development-indicators, data dostępu: 5 marzec 2019.

określonym jednostkom chorobowym oraz identyfikacja „białych plam" w opiece zdrowotnej) [PO WER]

Kluczowe narzędzie dla realizacji celów długoterminowych Policy paper i determinanta osiągania zakładanych efektów w wielu pozostałych obszarach. **Zaleca się zwiększanie skali wsparcia**, w szczególności zaś sfinalizowanie procesu cyfryzacji map potrzeb zdrowotnych.

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 [PO WER]*

Znaczenie narzędzia wydaje się rosnąć. Zwiększa się świadomość wagi administracyjnej obsługi obiektów / placówek medycznych. Zaczyna być ona postrzegana jako warunek efektywności systemu, ale też jeden z instrumentów zapewniania odpowiednich warunków pracy dla personelu medycznego. **Skala wsparcia powinna zostać utrzymana** (biorąc pod uwagę relatywnie niewielki postęp w zakresie wartości wskaźników), **natomiast wzrosnąć powinna waga narzędzia w procesach komunikacyjnych**. Kluczowe jest, aby budować odpowiednie postawy mentalne w omawianym zakresie.

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 [PO WER]*

Narzędzie zostało ocenione jako jedno z najmniej interesujących[16]. Niski potencjał absorpcyjny i słaba jakość efektów dotychczasowych projektów zostały również potwierdzone wypowiedziami specjalistów uczestniczących w panelu implementacyjnym. Nawet przedstawiciele instytucji systemu wdrażania, z którymi realizowane były wywiady, wskazywali, iż narzędzie to nie spełnia pokładanych w nim nadziei. **Zaleca się zmniejszenie skali wsparcia.**

26. *Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej [PO PC oraz R]*

Kaskadowość projektów sprawia, iż opóźnienia/trudność z poziomu centralnego wpływają na ograniczoną skuteczność wdrażania przedsięwzięć przez regiony. **Z tego względu w pierwszej kolejności powinno nastąpić sprawne sfinalizowanie kluczowych projektów w ramach PO PC, aby w kolejnym kroku beneficjenci z regionów mogli podejmować się planowanych przez siebie przedsięwzięć**. Wyzwaniem dla narzędzia może być również kwestia RODO i odchodzenie od chmur danych jako niewystarczająco zabezpieczających prywatność pacjentów. Generalnie, wszystkie projekty z obszaru cyfryzacji uważa się za kluczowe, zaś ich realizacja stanowi determinantę faktycznego, jakościowego skoku w polskiej ochronie zdrowia.

27. *Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny [PO PC oraz R]*

O ile realizacja przedsięwzięć w ramach CT 2 uznawana jest co do zasady za celową i uzasadnioną w świetle szerszych trendów w ochronie zdrowia, pojawił się wątek konieczności rozszerzenia oferowanego wsparcia. **Zwiększenie zakresu pomocy było wprawdzie wskazywane jako zalecenie na przyszłą perspektywę finansową**, ale zasadne jest przytoczenie tego wątku w niniejszym opracowaniu. Zdaniem niektórych przedstawicieli IZ RPO - choć wątek ten wybrzmiał również w wypowiedzi pracownika MZ - konieczne jest odejście od myślenia o e-zdrowiu wyłącznie w kategoriach infrastruktury teleinformatycznej dla przesyłania dokumentów i informacji. Wskazano na zasadność postawienia w centrum uwagi e-pacjenta, oferowania mu np. elektronicznej rejestracji medycznej, e-konsultacji.

[16] Ewaluacja on-going realizacji celów V Osi Priorytetowej PO WER. Grupa BST Sp. z o.o. i EU-Consult sp. z o.o. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. Warszawa 2018.

Wskazywano, iż tego typu rozwiązania są już realizowane przez sektor prywatny, więc istnieje szereg rozwiązań czy wzorców, w oparciu o które można wypracowywać własne rozwiązania - bez konieczności tworzenia ich od podstaw. Podobnie jak sygnalizowano wyżej, zakłada się wzrost znaczenia narzędzia.

28. *Upowszechnienie wykorzystania systemów rejestrowych i systemów klasyfikacji medycznych [PO PC]*

Zakłada się wzrost znaczenia narzędzia. Ograniczeniem jest jednak zdolność potencjalnych beneficjentów (np. MZ) do równoległego realizowania wielu złożonych projektów IT. Wskazywali na to uczestnicy panelu implementacyjnego, ale także badani przedstawiciele IZ PO PC. Akcentowali oni, iż z perspektywy zarządzania projektami IT nie jest możliwe/zasadne toczenie się pewnych prac w tym samym czasie. **Oznacza to zatem, że pewne procesy/projekty muszą być odroczone.**

29. *Udostępnianie informatycznych narzędzi wsparcia efektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia [PO PC]*

Zakłada się wzrost znaczenia narzędzia. Ograniczeniem jest jednak zdolność potencjalnych beneficjentów (np. MZ) do równoległego realizowania wielu złożonych projektów IT. **Oznacza to zatem, że pewne procesy/projekty muszą być odroczone.**

30. *Poprawa kompetencji cyfrowych świadczeniodawców i świadczeniobiorców [PO PC]*

Narzędzie potrzebne, ale relatywnie martwe. W PO PC nie ma możliwości realizacji szkoleń (poza elementem cross-financingu). **Wydaje się więc, że o ile samo omawiane narzędzie można wyeliminować, to przewidywany w jego ramach zakres wsparcia powinien zostać inkorporowany przez inne narzędzie.**

31. *Wsparcie rozwoju prac B+R+I w obszarze zdrowia [PO IR oraz R]*

Skala narzędzia jest marginalna w relacji do wielkości FE. **Sugeruje się pozostawienie go w niezmienionej postaci.**

NARZĘDZIA IMPLEMENTACJI DLA CELU OPERACYJNEGO D WSPARCIE SYSTEMU KSZTAŁCENIA KADR MEDYCZNYCH W KONTEKŚCIE DOSTOSOWANIA ZASOBÓW DO ZMIENIAJĄCYCH SIĘ POTRZEB SPOŁECZNYCH

32. *Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej [PO WER]*

Centra symulacji medycznej postrzegane są jako jedna z największych, najważniejszych innowacji w zakresie metod edukacyjnych na studiach medycznych. **Z tego względu, zaleca się kontynuowanie udzielanej pomocy, choć niekoniecznie zwiększanie jej zakresu.**

33. *Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków [PO WER]*

Narzędzie napotyka barierę braku potencjału absorpcyjnego. Liczba osób gotowych podjąć się kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo lub położnictwo jest niższa od zakładanej na etapie programowania PO WER. Przekłada się to na realny problem z osiąganiem zakładanych celów. O ile samo narzędzie jest trafne - Polska charakteryzuje się deficytem dotyczącym liczby pielęgniarek i położnych, a na dodatek ich struktura wiekowa rodzi obawy dotyczące braku zastępowalności najliczniejszych kohort, które za kilka lat wkroczą w wiek emerytalny - o tyle brak jest zainteresowania odbiorców ostatecznych na satysfakcjonującym poziomie. **Przekłada się to na zalecenie zmniejszenia skali wsparcia na narzędzie nr 33.**

34. *Kształcenie specjalizacyjne lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju [PO WER]*

Heterogeniczność jest widoczna przy analizie lekarzy specjalistów ogółem (na 100 tys. mieszkańców) oraz w przypadku poszczególnych specjalizacji. Dla przykładu w województwie wielkopolskim jest relatywnie najmniej chirurgów, specjalistów chorób płuc, specjalistów dermatologii i wenerologii, kardiologii, medycyny rodzinnej, neurologii, okulistyki i psychiatrii. Patrząc na dane w przekroju specjalistów, największa różnica występuje w przypadku specjalistów medycyny rodzinnej (25,86 specjalistów na 100 tys. mieszkańców), a najmniejsza w przypadku chorób płuc (1,72). O ile te różnice nie są w pełni porównywalne ze względu na heterogeniczną liczbę specjalistów w danej dziedzinie, pozwalają one jednak na zobrazowanie i podkreślenie różnic pomiędzy województwami. Kontynuując przykład specjalistów chorób płuc, w województwie łódzkim jest prawie dwa razy tyle specjalistów co w województwie wielkopolskim.

Kształcenie specjalizacyjne lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych powinno być kontynuowane, aczkolwiek nie dostrzega się znaczącego wzrostu wagi tego narzędzia względem okresu tworzenia Policy paper. Alokacja przeznaczona na nie powinna być wystarczająca.

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 [PO WER]*

Szkolenia, w tym studia podyplomowe, napotykały na dwie zasadnicze bariery ograniczające popyt na tego typu wsparcie. Z jednej strony, placówki nie zawsze były chętne do wysyłania pracowników na szkolenia i /lub oni sami czuli nadmiar szkoleń. Wątek ten został zresztą wskazany w badaniu pn. *Ewaluacja on-going realizacji celów V Osi Priorytetowej PO WER*[17], a niniejsza ekspertyza potwierdziła jego występowanie. Z drugiej strony, wskazywano na niedopasowanie oferty do potrzeb specjalistów, dla których część form zdobywania wiedzy jawiła się jako mało pogłębiona. Zjawisko to w szczególności dotyczyło lekarzy, zaś proponowanym działaniem zaradczym jest wprowadzenie wsparcia w modelu popytowym, w postaci np. bonu na dokształcanie. W tej sytuacji odbiorca wsparcia będzie mógł sam zdecydować, na jaki rodzaj szkolenia/studiów podyplomowych się zgłosić. Jest to jednak zalecenie długoterminowe, bardziej pomyślane jako sugestia względem przyszłej perspektywy finansowej.

36. *Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi [PO WER]*

Liczba pielęgniarek i położnych objętych kształceniem podyplomowym w programie znacząco przekroczyła zakładaną wartość, co pozwala zakładać osiągnięcie celów Policy paper. **Nie rekomenduje się zwiększania zakresu wsparcia.**

37. *Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno–demograficznych [PO WER]*

W przywołanym już badaniu V OP POWER wskazano na zasadność rozdzielnia grupy „innych zawodów medycznych" i skierowanie do każdej z podgrup dedykowanej, wyspecjalizowanej oferty. W naszej opinii, jest to bardzo cenne zalecenie - jednak również zasadne do wdrożenia dopiero w perspektywie 2020+.

[17] Ewaluacja on-going realizacji celów V Osi Priorytetowej PO WER. Grupa BST Sp. z o.o. i EU-Consult sp. z o.o. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. Warszawa 2018.

Renegocjowanie Programu w sytuacji, w której pozostała kwota wsparcia jest relatywnie niewielka, mogłoby jawić się jako znaczna nieefektywność administracyjna. Podobnież - w kolejnych badaniach dotyczących systemu ochrony zdrowia **coraz silniej wybrzmiewa potrzeba wspierania szerokiego katalogu zawodów okołomedycznych**. O ile z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia jest to zalecenie warte możliwie szybkiej implementacji, o tyle patrząc na nie przez pryzmat wdrażania FE - zasadne wydaje się potraktowanie go jako zalecenia na kolejną perspektywę finansową. Kwota pozostała w Programie na ten rodzaj wsparcia nie legitymizuje - w opinii Wykonawcy - obciążeń administracyjnych związanych ze zmianą grup docelowych w Programie.

Narzędzia były również opiniowane przez same regiony w ramach zrealizowanego badania CAWI. Wprawdzie relatywnie niska stopa zwrotu[18] powoduje, iż nie są to wnioski możliwe do uogólniania, jednak warto zwrócić uwagę na kilka prawidłowości. Przede wszystkim, badane województwa zwracają uwagę na fakt, iż początkowe opóźnienia we wdrażaniu wybranych narzędzi nie świadczą o braku trafności interwencji czy też deficycie potencjału absorpcyjnego. Wskazywano, iż zwłaszcza włączenie obszaru zdrowia do regionalnego komponentu EFS było znaczącą zmianą względem poprzedniej perspektywy finansowej, stąd potencjalni beneficjenci potrzebowali czasu, żeby najpierw dowiedzieć się o wsparciu, a następnie - zdobyć wiedzę niezbędną do ubiegania się o nie. Wskazywano również na trudność w zakresie wnioskowania o zainteresowaniu wsparciem na podstawie danych dotyczących historycznych naborów, akcentując zróżnicowanie trudności projektów adresujących różne grupy schorzeń. Podkreślano wręcz nieporównywalność projektów (np. dotyczących autyzmu i chorób kręgosłupa), które teoretycznie ujmowane są w ramach tego samego działania. Choć respondenci wskazywali trudności w realizacji wybranych wskaźników (nie zawsze przekładające się na nieosiąganie zakładanych wartości - bardziej obrazujące poczucie wpływu braku kontroli IZ RPO nad pewnymi zagadnieniami, z których są rozliczane), to jednak co do zasady wszyscy wskazywali na zasadność realizacji projektów z poziomu regionalnego, istnienie niezaspokojonych potrzeb w ich obszarze i gotowość do wykorzystywania środków.

2.5. Ocena wpływu EFSI na efektywność systemu ochrony zdrowia, w tym efektywność kosztową

W latach 2014-2016 wydatki bieżące na ochronę zdrowia wzrosły o 12,7% do 121 106,67 mln zł (**Tabela 8**). O ile nieustannie główną składową analizowanych wydatków jest sektor publiczny, o tyle należy zaznaczyć, że w badanym okresie wydatki sektora prywatnego wzrosły o 15,81%, a sektora publicznego o 11,41%. W 2014 r. wydatki sektora prywatnego odpowiadały za 29,34% wydatków ogółem, a w 2016 r. już 30,15%. Wzrost nie jest wysoki, ale wskazuje on na występowanie trendu, który - zwłaszcza w długim okresie – może okazać się niekorzystny dla pacjentów.

Tabela 8. Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia) (w mln zł)

Wyszczególnione	2014	2015	2016	Różnica 2016-2014
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia razem	107 457,87	114 496,85	121 106,67	12,70%
Wydatki publiczne bieżące	75 928,65	80 241,01	84 591,51	11,41%
Schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych	10 016,60	10 907,08	12 139,93	21,20%
Instytucje rządowe	5 956,80	6 290,39	7 332,99	23,10%

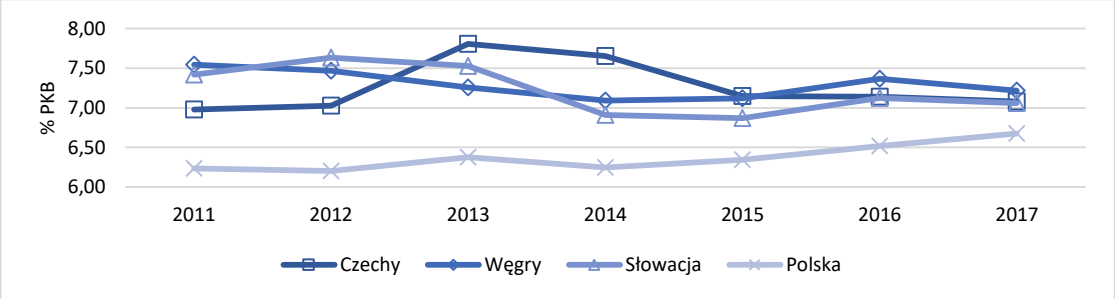
[18] Ankietę w całości wypełniły 4 IZ RPO, zaś 2 kolejne - w części.

Instytucje samorządowe	4 059,80	4 616,69	4 806,94	18,40%
Schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach	65 912,05	69 333,93	72 451,58	9,92%
Wydatki prywatne bieżące	31 529,22	34 255,84	36 515,16	15,81%
Bezpośrednie gospodarstw domowych	24 850,21	26 533,89	27 787,19	11,82%
Inne wydatki prywatne	6 679,01	7 721,95	8 727,98	30,68%
Udział sektora publicznego w wydatkach na ochronę zdrowia razem	70,66%	70,08%	69,85%	
Udział sektora prywatnego w wydatkach na ochronę zdrowia razem	29,34%	29,92%	30,15%	

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu 6 marzec 2019.

Jak wspomniano we wcześniejszych opracowaniach (np. oryginalny KRS z 2015 r.), Polska wydaje relatywnie niską część swojego PKB (6,68% w 2017 r.) na ochronę zdrowia (**Wykres 15**). Porównując Polskę do pozostałych członków Grupy Wyszehradzkiej można zauważyć przepaść pomiędzy Polską a Czechami, Węgrami i Słowacją. Należy jednak podkreślić, że od 2014 r. można w Polsce zaobserwować zdecydowany wzrost wydatków na ochronę zdrowia. Dla porównania, po znacznym wzroście w 2012-2013 opisywanych wydatków w Czechach, kolejne lata przyniosły ze sobą zdecydowane ograniczenie wydatków na ochronę zdrowia. Jeszcze większy spadek można zaobserwować w przypadku Słowacji. Patrząc na ogólną zmianę w badanym okresie, w Polsce analizowane wydatki wzrosły o 0,44 pp., w Czechach o 0,10 pp., a w przypadku Słowacji i Węgier odnotowano ich spadek (o 0,36 pp. i o 0,33 pp. odpowiednio).

Wykres 15. Wydatki na ochronę zdrowia w Grupie Wyszehradzkiej w latach 2011-2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z OCED (2019), *Current expenditure on health (all functions)*, https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA, data dostępu: 6 marzec 2019.

Oceniając wpływ EFSI na efektywność systemu ochrony zdrowia, w tym efektywność kosztową - na wstępie należy zaznaczyć, że standardowo w ekonomii ocenę efektywności kosztowej inwestycji rozumie się jako porównanie kosztów i wyników interwencji, a następnie zweryfikowanie, czy otrzymana proporcja jawi się jako korzystna względem benchmarków (np. rezultatów analogicznego wsparcia udzielanego w ramach innych Programów, w innych krajach itd.). Przykładając to podejście do weryfikacji tak złożonego zagadnienia, jakim jest wspieranie ochrony zdrowia, niezbędne jest zdanie sobie już na wstępie sprawy, że naturalne jest występowanie pewnych obszarów nieefektywności - takich, gdzie osiągnięte rezultaty można osiągnąć przy niższym nakładzie środków finansowych. Pomijając jednak sytuacje jawnej niegospodarności, każdy taki przypadek musi być oceniany niezależnie i nie należy na wstępie zakładać, że jest czymś negatywnym. RPO i KPO mają pełnić konkretne funkcje społeczno-

rozwojowe, dlatego nie zawsze przyłożenie efektywności kosztowej jest najlepszym miernikiem (tzn. ważniejsza może być jakość rezultatów i / lub sam fakt, że udało się je osiągnąć).

Koszt realizacji projektów podobnego typu może się różnić z uwagi czynniki endogeniczne (specyfika konkretnego przedsięwzięcia, wykorzystanie unikatowych rozwiązań itd.) lub egzogeniczne (uwarunkowania w otoczeniu jego realizacji). W badaniach ewaluacyjnych zwykło się zaczynać weryfikację efektywności kosztowej od skali projektu. Jako obarczone ryzykiem nieefektywności należy postrzegać przedsięwzięcia o bardzo dużej lub bardzo małej wielkości. Każdy projekt można opisać szeregiem zmiennych (tu: wskaźników), a dla każdego z nich wyliczyć koszt jednostkowy. W przypadku dużych projektów koszt jednostkowy mierników efektów pobocznych interwencji (tj. rezultatów osiąganych i sprawozdawanych, aczkolwiek nie stanowiących głównego celu wsparcia) będzie bardzo wysoki, gdyż wynika z odniesienia kosztu całego przedsięwzięcia do rezultatu osiąganego wyłącznie poprzez ułamkowy koszt nakładów inwestycyjnych. Nie oznacza to zatem automatycznie nieefektywności projektu, co raczej wskazuje na ograniczenie metody, która równoważnie traktuje efekty każdego rzędu. Analogicznie, w przypadku projektów małych i statystycznie nieefektywnych, rozwiązaniem problemu niskiej efektywności kosztowej mogłoby być jedynie zaniechanie takich przedsięwzięć, co jest nieuzasadnione z punktu widzenia społeczno-gospodarczych potrzeb rozwojowych.

W pierwszej kolejności, warto zobrazować znaczenie czynników endogenicznych dla efektywności przedsięwzięć. Zwraca uwagę, że trudno jest odnieść się do efektywności projektów, w ramach których dokonano zakupu specjalistycznego sprzętu / dokonano inwestycji itd. Beneficjenci działają w różnych obszarach medycyny, reprezentują zróżnicowane dziedziny oraz wykorzystują rozmaite technologie, w których wykorzystywany jest zakupiony sprzęt i in. trwałe środki inwestycyjne. Koszty zakupu mogą być istotnie zróżnicowane ze względu na stopień zaawansowania sprzętu, dziedzinę, w jakim jest ona wykorzystywana itd.

Z drugiej strony, na efektywność przedsięwzięć wpływa otoczenie, w jakim są one realizowane. Przykładowo, na pewnych terenach przygotowanie lądowisk jest kosztochłonne ze względu na lokalizację (np. ukształtowanie terenu), brak infrastruktury (np. sieci drogowej) itp. Takie projekty z definicji, zwłaszcza w perspektywie średniookresowej, są nieefektywne kosztowo. Niemniej, właśnie z uwagi na swoją specyfikę, są one szczególnie uzasadnione jako pomocnicza interwencja publiczna. Pomimo niskiej efektywności kosztowej, realizują one szereg celów społecznych.

Zastanawiając się, jakie czynniki pozytywnie wpływają na efektywność kosztową, należy wskazać kilka ogólnych mechanizmów. W pierwszej kolejności, w porównaniu do odleglejszej przeszłości wdrażania FE w Polsce, czynnikiem pozytywnie wpływającym na efektywność jest konieczność wnoszenia wkładu własnego. Podmioty aplikujące o wsparcie są generalnie biegłe w stosowaniu rachunku ekonomicznego, dlatego mając wydać własne środki, starannie skalkulują planowaną rentowność inwestycji. Na efektywność kosztową wpływa także przedstawianie dokumentu, który wymusza określenie podstawowych parametrów finansowych inwestycji (aczkolwiek - o czym należy pamiętać - taki dokument nie powinien być zbyt rozbudowany, gdyż w przeciwnym razie stanie się zbędnym obciążeniem dla wnioskodawcy).

Negatywnie na efektywność projektów wpływa zmiana otoczenia prawnego. Zjawiskiem, którego negatywne oddziaływanie na efektywność projektów maleje w czasie, jest brak kompetencji wnioskodawców i beneficjentów w zakresie przygotowywania, realizacji i rozliczania projektów unijnych. Dwojaki wpływ na kwestię efektywności ma również stosowanie PZP w projektach, bez względu na ich specyfikę.

2.6. Propozycja narzędzi monitoringu rezultatów w projektach w okresie ich trwałości

Po przeanalizowaniu stosowanych rozwiązań, w pierwszej kolejności wymaga podkreślenia fakt, iż co do zasady w okresie trwałości rezultaty są monitorowane zgodnie z obowiązującym prawodawstwem i trudno wskazać specyficzne/wyjątkowe rozwiązania w tym zakresie, w szczególności zaś takie, które mogłyby być uznane za dobre praktyki. Poniżej przedstawiono trzy rozwiązania, z których jedno jest obligatoryjne i zasadniczo o jego wartości decyduje głównie skala stosowania (ankieta zabezpieczenia trwałości projektów). Pozostałe dwa nie są już prostą konsekwencją prawodawstwa, stanowią wyraz pewnej inwencji autorów. Wydaje się natomiast, iż mogą być użyteczne i pomagać nie tylko monitorować trwałość, ale i ją stymulować - tym samym generując sprzężenie zwrotne pomiędzy pomiarem a mierzonym zjawiskiem.

Jako determinantę trwałości efektów realizowanych projektów wskazuje się ich użyteczność. Oznacza to, iż odpowiednia diagnoza na poziomie Policy paper, a następnie - uzasadnienie dla realizacji konkretnych projektów - powinny przełożyć się na trwałość rezultatów osiągniętych w ramach interwencji. Dotychczasowa praca nad ekspertyzą nie wykazała istnienia /zasadności powołania dedykowanych instrumentów monitorowania trwałości efektów w okresie programowania 2014-2020.

W przypadku rozwiązań wdrażanych w ramach PI 2c kluczowe dla zapewnienia trwałości - rozumianej jako odpowiadanie na zgłaszane potrzeby - jest monitorowanie przyjazności systemów dla użytkownika, ich wykorzystania itd. Wskazywano, iż zagrożeniem dla trwałości może być funkcjonowanie tzw. „martwych" projektów, które są w nikłym stopniu wykorzystywane, gdyż negatywnie oddziałuje bariera percepcyjna, zaś przezwyciężenie jej jawi się jako bardziej czaso- i pracochłonne aniżeli tradycyjne rozwiązania (nie wykorzystujące IT).

W przypadku inwestycji infrastrukturalnych gwarantem trwałości powinna być ankieta zabezpieczenia trwałości projektów. Wydaje się, iż trudno wskazać narzędzie, które by skuteczniej pełniło tę rolę.

Najbardziej problematyczne jawi się utrzymanie trwałości rezultatów osiąganych w projektach EFS, które w dużej mierze zależą od postawy/nastawienia itd. po stronie beneficjenta. Przykład województwa pomorskiego wskazuje jednak, iż zasadne jest dążenie do zapewnienia w projektach odpowiedniej liczby „punktów kontrolnych", tj. takich momentów, w których odbiorca ostateczny wsparcia ma szansę przypomnieć sobie założenia projektu, zinternalizować je i postępować zgodnie z nimi.

Schemat 4. Narzędzia monitoringu rezultatów



Źródło: opracowanie własne.

2.7. Analiza stosowanego mechanizmu koordynacji wsparcia EFSI na rzecz ochrony zdrowia

Kwestie koordynacji, monitoringu i finansowania omówione zostały w części III Policy paper. Sam mechanizm koordynacji wsparcia EFSI na rzecz ochrony zdrowia opisano w podrozdziale 7.1. Założenia systemu koordynacji. Koordynacja wsparcia EFSI na rzecz ochrony zdrowia jest wymaganym przez KE procesem analizowania potrzeb oraz uzgadniania inwestycji/projektów w obszarze zdrowia przez kluczowych interesariuszy tego pola polityk publicznych. Realizowana jest ona na dwóch poziomach: instytucji, które określiły zręby prawnego uwarunkowania interwencji w ochronie zdrowia (strategicznym), oraz *Komitetu Sterującego do spraw koordynacji interwencji Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych* (EFSI) (operacyjnym/technicznym). Zadaniem koordynacji jest określanie wdrożeniowego wymiaru realizacji inwestycji wpisujących się w poszczególne narzędzia Policy paper - tak, aby działania realizowane na szczeblu centralnym (MZ) i wojewódzkim (IZ RPO) były ze sobą spójne,

nie dublowały się, ale też nie neutralizowały/znosiły wzajemnie swoich rezultatów. Idealnym stanem jest dążenie do zapewnienia synergii realizowanych inwestycji i stymulowania efektów skali. Co więcej, mechanizmy koordynacji mają za zadanie zapewnić dopasowanie działań do zidentyfikowanych potrzeb w skali lokalnej, regionalnej i krajowej oraz sprawić, iż te trzy perspektywy będą uwzględniane równocześnie, jeśli ich nałożenie wpłynęłoby na zasadność podejmowanych interwencji czy też jej efektywność kosztową. Wymaga podkreślenia, iż każda inwestycja współfinansowana z środków UE i dotycząca ochrony zdrowia musi podlegać opisywanej procedurze koordynacji.

Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia (KS) jest kluczową instytucją zapewniającą koordynację. Pracom KS przewodniczy przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia, aczkolwiek w gronie uczestników są również przedstawiciele innych resortów, samorządów województw (jako IZ RPO), a także osoby reprezentujące szerokie grono administracyjnych interesariuszy polityki ochrony zdrowia (np. NFZ) czy też przedstawicieli strony społecznej (np. organizacje pacjenckie). Nadrzędnym zadaniem KS jest uzgadnianie Planów działań w sektorze zdrowia. Plany te uwzględniają zarówno finansowanie krajowe, jak i unijne - zaś każde podejmowane działanie dot. zdrowia musi respektować ich zapisy i realizować je. Dla interwencji z FE ważnym elementem Planów działań są opisane w nich kwestie dot. warunków wyboru projektów w KPO/RPO, w tym określenie trybu (konkursowy/pozakonkursowy) czy też wskazanie kryteriów wyboru. Wymóg ten dotyczy interwencji w ochronie zdrowia realizowanej w ramach PO IiŚ, PO WER i RPO; w przypadku PO PC. KS pełni jedynie funkcję doradczą (co wynika m.in. z faktu, iż e-zdrowie jest w PO PC jedną z e-usług społecznych, więc byłoby nieuzasadnione, aby polityka zdrowotna determinowała warunki realizacji projektów w innych obszarów). Same Plany działań zasługują na pozytywną ocenę, gdyż porządkują i systematyzują interwencję - przekładając się na poprawę funkcjonowania sektora; podobna ocena dot. systemu IOWISZ - z uwzględnieniem zastrzeżeń do jego technicznego funkcjonowania. Z kolei obszar informatyzacji jest jedynym, w którym koordynacja jawi się jako niewystarczająca.

W tym miejscu warto odnieść się do map potrzeb zdrowotnych, których opracowanie miało służyć racjonalizacji lokowania zasobów systemu ochrony zdrowia w zakresie infrastruktury i kadr. Wydaje się, iż narzędzie to przechodzi proces intensywnego udoskonalania względem pierwszej edycji, co było wyraźnie podkreślane przez respondentów w badaniu - ale znajduje również wyraz w publikacjach branżowych czy komunikatach medialnych. Realizowane obecnie działania, uwzględniające ustalenia pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli, mają na celu zwiększenie rzetelności uwzględnianych danych oraz ich kompletności. Jeśli chodzi o koordynację wsparcia EFSI na rzecz ochrony zdrowia, mapy potrzeb zdrowotnych - mimo zasygnalizowanych niedostatków - spełniały swoje zadanie. Jeśli w jakimś obszarze narzędzie to nie wykorzystało w pełni posiadanego potencjału, to w odniesieniu do kontraktowania świadczeń przez NFZ czy też sieciowania szpitali.

Zasadniczo, mechanizm koordynacji wydaje się relatywnie zrozumiały. Obejmuje on wszystkie etapy procesu decyzyjnego dotyczącego realizacji konkretnego przedsięwzięcia, zaś role poszczególnych instytucji/osób są odpowiednio zdefiniowane. Zarówno zrealizowane badania terenowe, jak i przegląd wcześniejszych badań z obszaru ochrony zdrowia pozwalają stwierdzić, iż procedura pozytywnie wpływa na jakość, spójność oraz ekonomiczną efektywność projektów. W jednej ze zrealizowanych dotychczas ewaluacji stwierdzono natomiast słabe regulacyjne umocowanie KS w zakresie jego wpływu na decyzje podejmowane na komitetach monitorujących programy operacyjne w obszarze ochrony zdrowia[19]. Nasza ekspertyza potwierdza to stanowisko, choć wydaje się, iż do tej pory fakt ten nie zdeterminował znaczących negatywnych skutków dla wdrażania interwencji. Analogicznie, autorzy przywołanego badania są zdania, iż wzmacniania wymaga funkcja monitorująca KS. Naszym zdaniem jest to celne spostrzeżenie, choć niekoniecznie widzimy rolę KS w wymiarze wykonawczym, co raczej jako swoistego decydenta w zakresie kształtu i zakresu monitoringu. Wydaje się, iż umocowanie w tej roli któregoś z

[19] Ocena mechanizmów koordynacji interwencji publicznej w obszarze zdrowia stosowanych w ramach polityki spójności w Polsce. EU Consult na zlecenie Ministerstwa Rozwoju, 2018.

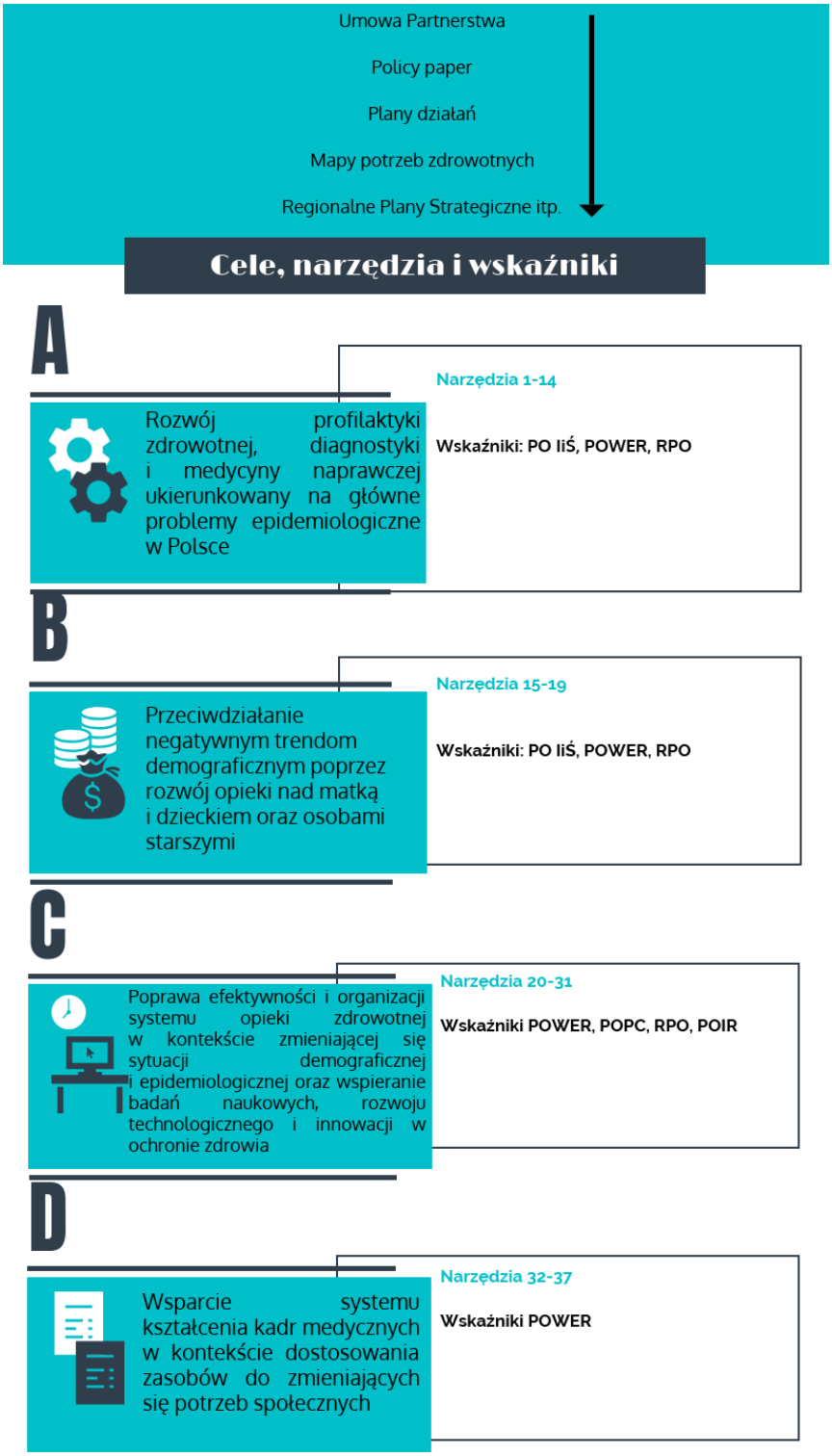
resortów byłoby bardziej zasadne (jako najbardziej odpowiednie jawią się nam MZ - z uwagi na kompetencje merytoryczne i ewentualnie MIiR - z uwagi na nadzór nad całością wdrażania polityki spójności; bardziej zasadne wydaje się jednak umocowanie w tej roli resortu ochrony zdrowia).

Skład instytucjonalny KS wydaje się zrozumiały w świetle stawianych przed nim celów. Warto jednak rozważyć, czy nie byłoby celowe włączenie partnerów gospodarczych z obszarów komplementarnych do realizowanych inwestycji (np. organizacje sektora IT w kontekście e-zdrowia). Jest to jednak bardziej pewna sugestia do przemyślenia, aniżeli silna rekomendacja z badania. Wynika ona z zasadności włączenia w prace KS bogatszych zasobów wiedzy technicznej/branżowej i równie dobrze może być realizowana np. poprzez zlecanie ekspertyz czy współpracę ad hoc przy konkretnych projektach.

2.8. Propozycja modelu logicznego interwencji EFSI w obszarze zdrowia

Policy paper jest dokumentem, wspólnie z Umową Partnerstwa, określającym ramowe zasady wdrażania projektów z obszaru ochrony zdrowia finansowanych z FE w Polsce. Cele i zakres wsparcia są następnie uszczegóławiane m.in. przez Plany działań, Mapy potrzeb zdrowotnych czy też Regionalne Plany Strategiczne.

Autorzy dokumentu uznali, iż postawiony przed nim cel główny (strategiczny) zostanie zrealizowany poprzez wdrażanie czterech celów szczegółowych. Do każdego z nich przypisano w dokumencie odpowiadające mu narzędzia realizacji oraz katalog wskaźników. Cel A realizowany jest poprzez narzędzia 1-14, wdrażane na poziomie krajowym (PO IiŚ i PO WER) i regionalnym (RPO). Cel B realizowany jest poprzez narzędzia 15-19, analogicznie również implementowane na poziomie krajowym (PO IiŚ i PO WER) i regionalnym (RPO). Podobnie, cel C realizują narzędzia 20-31 ze wszystkich dotychczas przywoływanych PO oraz dodatkowo PO PC. Wreszcie, cel D realizowany jest przez narzędzia 32-37 wdrażane z poziomi centralnego w PO WER.


Umowa Partnerstwa
Policy paper
Plany działań
Mapy potrzeb zdrowotnych
Regionalne Plany Strategiczne itp.
Cele, narzędzia i wskaźniki
A
Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce
Narzędzia 1-14
Wskaźniki: PO IiŚ, POWER, RPO
B
Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi
Narzędzia 15-19
Wskaźniki: PO IiŚ, POWER, RPO
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
Narzędzia 20-31
Wskaźniki POWER, POPC, RPO, POIR
D
Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych
Narzędzia 32-37
Wskaźniki POWER

3. Wnioski i rekomendacje

Tabela 9. Wnioski i rekomendacje z ekspertyzy

L.p.	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia
1	Zidentyfikowano pewne relatywnie drobne uchybienia systemu wskaźników Policy paper, choć nie są one krytyczne dla monitorowania dokumentu. Biorąc jednak pod uwagę zaawansowanie procesów wdrażania, nie rekomenduje się działań zaradczych na tę perspektywę finansową. Wprowadzenie nowych mierników wymusiłoby pracochłonne i czasochłonne wskaźnikowanie retrospektywne lub objęłoby swoim zakresem jedynie ułamek interwencji. Należy podkreślić, iż ocena mierników była dokonywana przez pryzmat pożądanych właściwości wskaźników wykorzystywanych w monitoringu FE, nie zaś mierników w ogóle (np. nie oczekiwano monitorowania efektu netto, jeśli taki nie jest mierzony w ramach FE).	Planując interwencję w perspektywie 2021+ należy uwzględnić fakt, iż wskaźniki powinny być precyzyjne i odnosić się do całości zagadnienia monitorowanego danym miernikiem. Wymusza to zwłaszcza ujednolicenie katalogu mierników używanych w ramach RPO, które na ogół zbliżony / tożsamy zakres interwencji - opisują innymi miernikami, przez co niemożliwa jest agregacja i synteza.	minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, minister właściwy ds. zdrowia, samorządy województw	Weryfikacja zapisów Katalogu mierników na perspektywę 2021+. Ujednolicenie zestawu wskaźników stosowanych przez regionu.	I kwartał 2020 r.

2	Diagnoza sformułowana w KRS w zdecydowanej mierze pozostaje aktualna, co przekłada się na zasadność sformułowanych w dokumencie narzędzi. W przypadku części z nich celowe wydaje się odmienne położenie akcentów i / lub urealnienie względem faktycznego kształtu wdrażanej interwencji. Należy jednak podkreślić, iż aktualnie ma miejsce przegląd śródokresowy PO, które w oparciu o dotychczasowe rezultaty wdrażania modyfikują zakres oferowanego wsparcia, uwzględniając równocześnie instrumentarium dostępne w dotychczasowym Policy paper. Równolegle realizowana zmiana KRS mogłaby doprowadzić do braku spójności dokumentów programowych z analizowanym dokumentem strategicznym i w najgorszym wypadku doprowadzić do zawieszenia realizacji działań.	Wnioski z aktualizacji diagnozy oraz oceny poszczególnych narzędzi powinny zostać uwzględnione jako podstawa procesu planowania nowego dokumentu Policy paper i punkt wyjścia dla prowadzonych na jego potrzeby prac analityczno-diagnostycznych. Zamieszczona w załączniku całościowa aktualizacja diagnozy społeczno-gospodarczej może również stanowić wkład do aktualizacji obecnego Policy paper.	MZ	Włączenie wyników ekspertyzy do materiałów stanowiących podstawę prac nad Policy paper 2021+. Włączenie Załącznika nr 3. Całościowa aktualizacja diagnozy do Policy paper.	IV kwartał 2019 r.
3	Powinno nastąpić przejście od myślenia o e-zdrowiu w kategoriach zasobów infrastrukturalnych do postrzegania e-pacjenta jako odbiorcy określonego pakietu	Planując interwencję w perspektywie 2021+ (o ile zakończone zostaną realizowane obecnie główne przedsięwzięcia programistyczno-	minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, minister właściwy ds. zdrowia, samorządy województw	Weryfikacja zapisów Katalogu narzędzi Policy paper 2021+ (lub analogicznego	I kwartał 2020 r.

	cyfrowych usług z obszaru telemedycyny. Po pierwsze, co już obserwujemy, następuje stopniowe nasycanie infrastrukturą IT, za którą nie podąża proporcjonalny rozwój kompetencji w zakresie jej wykorzystania. Po drugie, co sygnalizowali uczestnicy obydwu paneli eksperckich, tylko w ten sposób ma szansę dokonać się prawdziwie jakościowa zmiana w systemie ochrony zdrowia, rozumiana nie jako skalowanie obecnych rozwiązań, ale wprowadzanie zupełnie nowych sposobów osiągania skuteczności i efektywności profilaktyki oraz leczenia.	infrastrukturalne), konieczne będzie silniejsze położenie akcentów na kwestie usług cyfrowych z zakresu e-zdrowia, dostępności tychże dla odbiorców ostatecznych itd.		dokumentu - o ile będzie występował)	
4	Niedopasowanie oferty szkoleniowej / studiów podyplomowych itd. do potrzeb odbiorców ostatecznych - lekarzy, a w mniejszym stopniu także pielęgniarek.	Wprowadzenie popytowego modelu wsparcia, np. na bazie rozszerzonej BUR i / lub innego, dedykowanego rozwiązania. Rozwiązanie to miałoby sprawić, iż pracodawca w uzgodnieniu z pracownikiem mógłby zadecydować o jego szkoleniu w obszarze, który jest zgodny z potrzebami danej placówki/preferencjami danej osoby, a przy tym przynajmniej niesprzeczny z całościowymi	IZ i IP PO WER	Zweryfikowanie przez IZ i IP PO WER, na ile BUR dysponuje potencjałem do włączenia na szerszą skalę do swoich zasobów oferty szkoleniowej / studiów podyplomowych z obszaru ochrony zdrowia. W przypadku pomyślnej weryfikacji, wprowadzenie nowego	I kwartał 2020 r.

		potrzebami systemu ochrony zdrowia. Rozwiązanie powinno umożliwić nieco większą elastyczność wyboru, o ile tylko nie stałby on w sprzeczności z celami Policy paper. Doprecyzowanie typów projektów możliwych do wsparcia w ramach narzędzi szkoleniowych (34, 35 i 36), w tym wskazanie na popytowy mechanizm wsparcia.		typu projektu w PO WER.	
5	Jako determinantę trwałości efektów realizowanych projektów wskazuje się ich użyteczność. Oznacza to, iż odpowiednia diagnoza na poziomie Policy paper, a następnie - uzasadnienie dla realizacji konkretnych projektów - powinny przełożyć się na trwałość rezultatów osiągniętych w ramach interwencji. Dotychczasowa praca nad ekspertyzą nie wykazała istnienia /zasadności powołania dedykowanych instrumentów monitorowania trwałości efektów w okresie programowania 2014-2020.	W ocenie wniosku o dofinansowanie nacisk powinien być kładziony również na zagadnienia dotyczące uzasadnienia realizacji danej inwestycji, wskazanie jej powiązań z innymi przedsięwzięciami realizowanymi przez wnioskodawcę itd.	minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, minister właściwy ds. zdrowia, samorządy województw	Przekazanie zalecenia dla asesorów (np. zwracanie uwagi na konkretne elementy uzasadnienia celowości inwestycji); jeśli zasadne w danym programie - doprecyzowanie sposobu weryfikacji danego kryterium oceny. Wskazanie dodatkowego pola we wniosku - tam, gdzie nie występowało - o zakresie zbliżonym do: „powiązanie planowanego projektu z konkretnymi potrzebami wnioskodawcy -	III kwartał 2019 r. i później

				wskazanie problemów / wyzwań, na jakie przedsięwzięcie odpowiada”.	

Źródło: opracowanie własne.

Załącznik nr 1. Wartość umów o dofinansowanie oraz wniosków o płatność

1.1. Wartość umów o dofinasowanie

Tabela 10. Umowy o dofinansowanie: 053 Infrastruktura ochrony zdrowia

Program operacyjny	Wartość ogółem (PLN)	Wydatki kwalifikowalne (PLN)	Dofinansowanie (PLN)	Wkład UE (PLN)	Alokacja (PLN)	% kontraktacji
Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014-2020	2 408 465 895	2 074 008 788	1 924 473 349	1 745 889 842	2 013 582 616	87%
Regionalny Program Operacyjny – Lubuskie 2020	216 702 448	185 542 728	120 063 454	110 876 694	94 174 524	118%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego 2014-2020	283 880 346	252 915 335	214 149 769	214 149 769	243 415 604	88%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020	535 790 916	461 930 310	347 046 013	347 046 013	518 446 511	67%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020	379 578 707	374 181 826	301 074 009	296 706 496	263 405 186	113%

Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020	252 381 391	237 496 687	194 458 017	193 856 131	190 592 895	102%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020	842 732 466	829 512 840	626 443 907	603 491 771	604 698 491	100%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020	362 202 894	343 754 813	272 474 741	257 587 631	293 449 419	88%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego 2014-2020	125 882 155	123 748 650	102 455 143	102 455 143	98 298 000	104%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020	486 315 596	406 645 202	304 846 125	292 897 533	308 438 497	95%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020	193 625 670	158 803 071	134 982 609	134 982 609	185 846 000	73%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020	458 609 628	350 239 622	295 813 957	264 540 764	257 294 951	103%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020	254 021 232	232 527 409	196 655 398	196 655 398	246 174 002	80%

Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020	119 994 460	111 603 184	96 838 821	92 169 603	135 426 131	68%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020	174 307 310	134 072 855	111 200 828	111 200 828	120 668 802	92%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020	181 754 432	179 710 315	159 278 062	143 791 905	172 000 000	84%
Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014 – 2020	534 802 061	497 103 258	458 163 385	356 775 771	372 681 000	96%
Razem:	**7 811 047 606**	**6 953 796 893**	**5 860 417 584**	**5 465 073 900**	**6 118 592 627**	**89%**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r. oraz programów operacyjnych

Tabela 11. Umowy o dofinansowanie: 081 Rozwiązania informatyczne na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się oraz usługi i aplikacje w zakresie e-zdrowia (w tym e-opieka i nowoczesne technologie w służbie osobom starszym

Program operacyjny	Wartość ogółem (PLN)	Wydatki kwalifikowalne (PLN)	Dofinansowanie (PLN)	Wkład UE (PLN)	Alokacja (PLN)	% kontraktacji
Regionalny Program Operacyjny – Lubuskie 2020	42 659 798	41 799 615	35 497 672	35 497 672	33 713 810	105%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego 2014-2020	53 780 431	53 023 006	44 179 479	44 179 479	77 384 038	57%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020	86 592 423	86 592 423	73 603 560	73 603 560	85 548 259	86%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020	62 915 271	62 872 430	53 441 565	53 441 565	25 800 000	207%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020	73 501 331	58 324 051	49 573 636	49 573 636	49 690 856	100%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020	0	0	0	0	176 300 000	0%

Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020	328 465 566	314 534 306	249 534 897	249 534 897	297 215 695	84%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego 2014-2020	21 927 049	21 428 760	18 214 446	18 214 446	18 920 000	96%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020	0	0	0	0	49 045 293	0%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020	0	0	0	0	21 500 000	0%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020	225 119 603	207 337 879	175 231 462	175 231 462	171 529 967	102%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020	99 215 463	99 215 463	84 333 143	84 333 143	169 566 200	50%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020	61 478 694	59 538 994	50 091 962	50 091 962	67 532 442	74%

Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020	71 960 833	68 381 623	58 059 284	58 059 284	82 814 844	70%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020	39 992 442	39 992 442	37 992 820	33 993 576	43 000 000	79%
Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014 – 2020	114 011 298	113 559 779	96 115 751	96 115 751	113 520 000	85%
Razem:	**1 281 620 201**	**1 226 600 769**	**1 025 869 678**	**1 021 870 433**	**1 483 081 404**	**69%**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r. oraz programów operacyjnych

Tabela 12. Umowy o dofinansowanie: 107 Aktywne i zdrowe starzenie się

Program operacyjny	Wartość ogółem (PLN)	Wydatki kwalifikowalne (PLN)	Dofinansowanie (PLN)	Wkład UE (PLN)	Alokacja (PLN)	% kontraktacji
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój	52 569 615	52 569 615	52 544 198	44 390 480	220 654 423	20%

Regionalny Program Operacyjny – Lubuskie 2020	14 801 405	14 801 405	14 061 335	12 581 195	28 422 811	44%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego 2014-2020	34 924 126	34 924 126	31 522 828	29 581 880	100 137 918	30%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020	21 610 768	21 610 768	20 530 230	18 369 153	123 685 024	15%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020	24 532 637	24 532 637	22 658 221	20 519 096	46 428 910	44%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020	28 088 742	28 088 742	25 510 606	23 866 749	82 815 231	29%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020	30 171 309	30 171 309	27 480 586	24 962 408	94 600 000	26%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020	0	0	0	0	0	0%

Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego 2014-2020	15 981 044	15 981 044	15 171 119	13 583 706	36 120 000	38%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020	7 690 539	7 690 539	6 105 338	6 105 338	23 172 962	26%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020	30 847 377	30 847 377	29 113 059	26 220 269	41 151 000	64%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020	21 840 026	21 840 026	20 747 037	18 564 022	77 561 272	24%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020	30 682 126	30 682 126	27 011 140	26 079 807	178 271 477	15%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020	33 672 279	33 672 279	30 057 425	28 621 437	58 567 466	49%

Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020	6 994 663	6 994 663	6 513 560	5 945 463	25 684 872	23%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020	18 695 795	18 695 795	15 663 822	14 587 971	30 100 000	48%
Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014 – 2020	30 920 604	30 920 604	28 731 056	26 282 513	133 730 000	20%
Razem:	**404 023 055**	**404 023 055**	**373 421 559**	**340 261 487**	**1 301 103 365**	**26%**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r. oraz programów operacyjnych

Tabela 13. Umowy o dofinansowanie: 112 Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym

Program operacyjny	Wartość ogółem (PLN)	Wydatki kwalifikowalne (PLN)	Dofinansowanie (PLN)	Wkład UE (PLN)	Alokacja (PLN)	% kontraktacji

Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój	781 880 128	781 880 128	769 498 732	684 964 368	702 514 065	98%
Regionalny Program Operacyjny – Lubuskie 2020	22 150 270	22 150 270	21 042 757	18 827 730	46 187 616	41%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego 2014-2020	117 373 578	117 373 578	111 359 231	99 767 541	184 900 000	54%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020	172 391 151	172 391 151	158 344 597	146 529 226	272 363 905	54%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020	187 285 989	187 285 989	175 568 021	159 188 778	213 828 130	74%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020	150 055 477	150 055 477	134 341 072	127 371 478	229 401 762	56%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020	320 622 890	320 622 890	296 089 937	272 192 766	441 411 258	62%

Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020	222 461 256	222 461 256	206 287 921	177 969 005	342 184 390	52%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego 2014-2020	152 161 668	152 161 668	142 875 952	129 334 834	215 000 000	60%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020	209 715 207	209 715 207	197 413 075	178 257 926	385 881 321	46%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020	9 161 342	9 161 342	8 560 381	7 783 758	47 300 000	16%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020	103 787 309	103 787 309	96 521 106	88 219 213	208 456 462	42%

Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020	233 650 154	233 650 154	217 294 643	198 602 631	467 889 042	42%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020	75 255 119	75 255 119	68 088 973	63 637 739	244 200 732	26%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020	52 534 439	52 534 439	49 292 004	44 634 838	150 500 000	30%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020	65 368 361	65 368 361	61 259 577	55 563 107	152 650 000	36%
Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014 – 2020	248 510 796	248 510 796	235 279 055	211 234 176	378 286 932	56%
Razem:	**3 124 365 135**	**3 124 365 135**	**2 949 117 034**	**2 664 079 114**	**4 682 955 614**	**57%**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r. oraz programów operacyjnych


Fundusze
Europejskie
Pomoc Techniczna
Rzeczpospolita
Polska
Unia Europejska
Fundusz Spójności

Tabela 14. Umowy o dofinansowanie: 116 Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego oraz kształcenia na poziomie równoważnym w celu zwiększenia udziału i poziomu osiągnięć, zwłaszcza w przypadku grup w niekorzystnej sytuacji

Program operacyjny	Wartość ogółem (PLN)	Wydatki kwalifikowalne (PLN)	Dofinansowanie (PLN)	Wkład UE (PLN)	Alokacja (PLN)	% kontraktacji
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój	4 081 981 472	4 081 981 472	3 976 735 574	3 450 208 548	5 142 163 617	67%
Razem:	**4 081 981 472**	**4 081 981 472**	**3 976 735 574**	**3 450 208 548**	**5 142 163 622**	**67%**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r. oraz programów operacyjnych

Tabela 15. Umowy o dofinansowanie: 117 Wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie o charakterze formalnym, nieformalnym i pozaformalnym wszystkich grup wiekowych, poszerzanie wiedzy, podnoszenie umiejętności i kompetencji siły roboczej oraz promowanie elastycznych ścieżek kształcenia, w tym poprzez doradztwo zawodowe i potwierdzanie nabytych kompetencji

Program operacyjny	Wartość ogółem (PLN)	Wydatki kwalifikowalne (PLN)	Dofinansowanie (PLN)	Wkład UE (PLN)	Alokacja (PLN)	% kontraktacji
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój	776 286 435	776 286 435	766 313 514	211 360 364	777 233 708	27%
Razem:	**776 286 435**	**776 286 435**	**766 313 514**	**211 360 364**	**777 233 708**	**27%**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r. oraz programów operacyjnych

1.2. Wartość wniosków o płatność do certyfikacji

Tabela 16. Wnioski o płatność do certyfikacji: 053 Infrastruktura ochrony zdrowia

Program operacyjny	Całkowita kwota poniesionych wydatków objętych wnioskami (PLN)	Kwota wydatków uznanych za kwalifikowalne (PLN)	Kwota dofinansowania (PLN)	w tym dofinansowanie UE (PLN)	Alokacja (PLN)	% wykonania
Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014-2020	861 942 172	746 709 125	670 823 292	612 703 921	2 013 582 616	30%
Regionalny Program Operacyjny – Lubuskie 2020	34 293 477	34 222 622	21 971 189	21 508 490	94 174 524	23%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego 2014-2020	123 671 000	111 535 412	94 803 636	94 803 636	243 415 604	39%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020	97 008 501	93 364 901	73 562 249	73 562 249	518 446 511	14%

Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020	2 508 908	2 331 748	1 982 355	1 982 355	263 405 186	1%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020	21 067 299	17 782 703	12 992 282	12 992 282	190 592 895	7%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020	190 125 797	184 909 848	151 995 272	147 580 119	604 698 491	24%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020	100 791 464	100 697 477	75 624 270	67 811 347	293 449 419	23%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego 2014-2020	41 132 063	40 656 265	32 877 057	32 877 057	98 298 000	33%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020	192 935 242	156 874 408	117 509 484	111 980 123	308 438 497	36%

Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020	12 076 765	11 489 750	9 580 141	9 580 141	185 846 000	5%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020	26 543 108	22 298 456	18 971 492	16 980 909	257 294 951	7%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020	0	0	0	0	246 174 002	0%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020	10 320 695	8 825 316	7 539 143	7 473 662	135 426 131	6%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020	34 177 224	31 345 141	25 533 189	25 533 189	120 668 802	21%

Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020	38 186 460	36 807 435	31 362 993	29 014 891	172 000 000	17%
Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014 – 2020	41 585 084	31 802 299	24 349 072	23 111 261	372 681 000	6%
Razem:	**1 828 365 260**	**1 631 652 906**	**1 371 477 118**	**1 289 495 632**	**6 118 592 627**	**21%**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r. oraz programów operacyjnych

Tabela 17. Wnioski o płatność do certyfikacji: 081 Rozwiązania informatyczne na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się oraz usługi i aplikacje w zakresie e-zdrowia (w tym e-opieka i nowoczesne technologie w służbie osobom starszym

Program operacyjny	Całkowita kwota poniesionych wydatków objętych wnioskami (PLN)	Kwota wydatków uznanych za kwalifikowalne (PLN)	Kwota dofinansowania (PLN)	w tym dofinansowanie UE (PLN)	Alokacja (PLN)	% wykonania
Regionalny Program Operacyjny – Lubuskie 2020	92 268	88 235	74 950	74 950	33 713 810	0%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego 2014-2020	45 298 391	44 946 071	36 947 492	36 947 492	77 384 038	48%

Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020	533 193	533 193	453 214	453 214	85 548 259	1%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020	2 368 944	2 354 799	2 001 579	2 001 579	25 800 000	8%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020	43 313	35 214	12 382	12 382	49 690 856	0%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020	0	0	0	0	176 300 000	0%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020	177 930 530	170 907 574	136 400 981	136 400 981	297 215 695	46%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego 2014-2020	1 607 218	1 605 459	1 364 640	1 364 640	18 920 000	7%

Regionalny Program Operacyjny Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020	0	0	0	0	49 045 293	0%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020	0	0	0	0	21 500 000	0%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020	14 193 284	13 758 382	11 322 110	11 322 110	171 529 967	7%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020	0	0	0	0	169 566 200	0%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020	0	0	0	0	67 532 442	0%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020	13 690 170	12 117 378	10 296 579	10 296 579	82 814 844	12%

Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020	3 410 793	3 222 017	1 882 869	1 684 673	43 000 000	4%
Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014 – 2020	4 535 767	4 491 887	3 818 104	3 818 104	113 520 000	3%
Razem:	**263 703 869**	**254 060 207**	**204 574 900**	**204 376 704**	**1 483 081 404**	**14%**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r. oraz programów operacyjnych

Tabela 18. Wnioski o płatność do certyfikacji: 107 Aktywne i zdrowe starzenie się

Program operacyjny	Całkowita kwota poniesionych wydatków objętych wnioskami (PLN)	Kwota wydatków uznanych za kwalifikowalne (PLN)	Kwota dofinansowania (PLN)	w tym dofinansowanie UE (PLN)	Alokacja (PLN)	% wykonania
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój	5 648 226	5 648 226	5 597 995	4 717 990	220 654 423	2%
Regionalny Program Operacyjny – Lubuskie 2020	1 315 597	1 315 597	1 240 845	1 066 918	28 422 811	4%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego 2014-2020	10 255 827	10 255 827	9 279 261	8 663 742	100 137 918	9%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020	1 614 883	1 614 883	1 539 282	1 377 253	123 685 024	1%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020	6 378 446	6 378 446	5 531 353	4 952 518	46 428 910	11%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020	2 548 305	2 548 305	2 303 546	2 153 192	82 815 231	3%

Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020	11 306 401	11 306 401	9 746 455	8 863 012	94 600 000	9%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020	0	0	0	0	0	0
Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego 2014-2020	573 502	573 502	545 902	489 639	36 120 000	1%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020	3 069 740	3 069 740	2 175 071	2 175 071	23 172 962	9%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020	573 780	573 780	540 578	485 397	41 151 000	1%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020	993 574	993 574	942 014	842 855	77 561 272	1%

Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020	1 198 170	1 198 170	1 046 152	1 011 629	178 271 477	1%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020	9 659 041	9 659 041	8 734 561	8 309 617	58 567 466	14%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020	1 128 909	1 128 909	1 005 961	945 254	25 684 872	4%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020	2 476 941	2 476 941	2 462 763	2 221 257	30 100 000	7%
Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014 – 2020	6 559 804	6 559 804	5 314 288	5 095 014	133 730 000	4%
Razem:	**65 301 147**	**65 301 147**	**58 006 025**	**53 370 356**	**1 301 103 365**	**4%**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r. oraz programów operacyjnych

Tabela 19. Wnioski o płatność do certyfikacji: 112 Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym

Program operacyjny	Całkowita kwota poniesionych wydatków objętych wnioskami (PLN)	Kwota wydatków uznanych za kwalifikowalne (PLN)	Kwota dofinansowania (PLN)	w tym dofinansowanie UE (PLN)	Alokacja (PLN)	% wykonania
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój	169 646 816	169 646 816	163 859 682	146 508 303	702 514 065	21%
Regionalny Program Operacyjny – Lubuskie 2020	3 865 072	3 865 072	3 569 218	3 192 114	46 187 616	7%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego 2014-2020	17 980 839	17 980 839	17 029 903	15 260 495	184 900 000	8%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020	32 354 357	32 354 357	29 457 486	27 240 148	272 363 905	10%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020	11 146 959	11 146 959	10 078 381	9 046 803	213 828 130	4%

Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020	46 493 923	46 493 923	41 291 287	39 184 510	229 401 762	17%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020	32 045 958	32 045 958	29 698 743	27 230 061	441 411 258	6%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020	20 422 674	20 422 674	18 165 744	15 653 148	342 184 390	5%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego 2014-2020	40 942 364	40 942 364	38 511 005	34 848 353	215 000 000	16%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020	58 833 347	58 833 347	54 585 600	49 112 627	385 881 321	13%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020	1 416 724	1 416 724	1 298 366	1 179 364	47 300 000	2%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020	8 671 636	8 671 636	7 854 189	7 423 310	208 456 462	4%

Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020	46 419 368	46 419 368	42 401 078	38 454 595	467 889 042	8%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020	32 869 418	32 869 418	28 936 038	27 160 025	244 200 732	11%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020	15 855 311	15 855 311	14 781 109	13 388 509	150 500 000	9%
Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020	21 187 202	21 187 202	19 421 715	17 607 015	152 650 000	12%
Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014 – 2020	74 128 259	74 128 259	68 412 748	61 373 769	378 286 932	16%
Razem:	**634 280 226**	**634 280 226**	**589 352 291**	**533 863 147**	**4 682 955 614**	**11%**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r. oraz programów operacyjnych

Tabela 20. Wnioski o płatność do certyfikacji: 116 Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego oraz kształcenia na poziomie równoważnym w celu zwiększenia udziału i poziomu osiągnięć, zwłaszcza w przypadku grup w niekorzystnej sytuacji

Program operacyjny	Całkowita kwota poniesionych wydatków objętych wnioskami (PLN)	Kwota wydatków uznanych za kwalifikowalne (PLN)	Kwota dofinansowania (PLN)	w tym dofinansowanie UE (PLN)	Alokacja (PLN)	% wykonania
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój	626 636 408	626 636 408	607 633 774	523 741 749	5 142 163 617	10%
Razem:	**626 636 408**	**626 636 408**	**607 633 774**	**523 741 749**	**5 142 163 617**	**10%**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r. oraz programów operacyjnych

Tabela 21. Wnioski o płatność do certyfikacji: 117 Wyrównywanie dostępu do uczenia się przez całe życie o charakterze formalnym, nieformalnym i pozaformalnym wszystkich grup wiekowych, poszerzanie wiedzy, podnoszenie umiejętności i kompetencji siły roboczej oraz promowanie elastycznych ścieżek kształcenia, w tym poprzez doradztwo zawodowe i potwierdzanie nabytych kompetencji

Program operacyjny	Całkowita kwota poniesionych wydatków objętych wnioskami (PLN)	Kwota wydatków uznanych za kwalifikowalne (PLN)	Kwota dofinansowania (PLN)	w tym dofinansowanie UE (PLN)	Alokacja (PLN)	% wykonania
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój	226 688 398	226 688 398	222 583 183	198 537 263	777 233 708	26%
Razem:	**226 688 398**	**226 688 398**	**222 583 183**	**198 537 263**	**777 233 708**	**26%**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MIiR, stan na 31.12.2018 r. oraz programów operacyjnych

Załącznik nr 2. Całościowa aktualizacja diagnozy

Celem tej części opracowania jest ocena aktualności diagnozy dokumentu „Krajowe ramy strategiczne: Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020" z 2015 r. (KRS). Mając na uwadze bardzo szeroki zakres tematów pokrytych przez KRS, ta część badania skupia się na kluczowych obserwacjach płynących z pierwszej części KRS – „Część I. Analiza i diagnoza" z wyszczególnieniem zagrożeń dla polskiej służby zdrowia. Biorąc pod uwagę, iż zasadniczo diagnoza jawi się jako nadal - mimo upływu czasu od jej przygotowania - aktualna, zalecamy jedynie wykorzystanie poniższych danych do aktualizacji jej zapisów, bez głębszych zmian w dokumencie.

Głównym ograniczeniem przedstawionej na kolejnych stronach oceny jest dostępność do danych. Część danych wykorzystanych w KRS była niedostępna w nowszym wydaniu. W celu suplementacji wskaźników korzystano z szerokiego wachlarza źródeł krajowych (np. Główny Urząd Statyczny) oraz międzynarodowych (np. Organisation for Economic Co-operation and Development). Pomimo braku niektórych wskaźników, autorzy tego badania wyrażają przekonanie, że badanie jest w pełni kompletne.

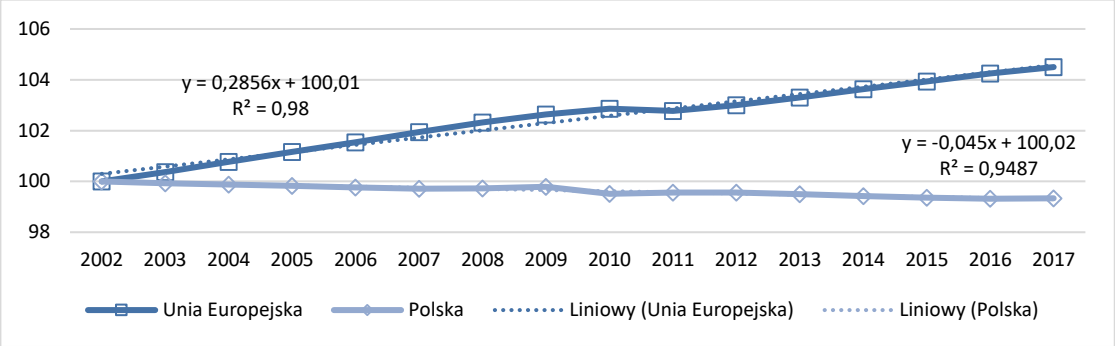
Plan tej części badania odpowiada planowi części pierwszej KRS.

2.1. Diagnoza demograficzno-epidemiologiczna dla Polski

2.1.1. Analiza demograficzna

Używając danych dla 2002 r. kiedy liczba ludności w Polsce była równa 38,23 mln wyliczono dynamikę dla kolejnych lat porównując liczbę ludności dla danego roku do liczby ludności w roku bazowym. W ten sposób wyliczone dane w sposób jednoznaczny potwierdzają fakt, że jednym z kluczowych problemów dla polskiej gospodarki jest malejąca liczba ludności (Wykres 16). Znak współczynnika przypisanego zmiennej objaśniającej w równaniu trendu (z R-kwadrat = 94,87%) jest negatywny, co oznacza, że dynamika liczby ludności w Polsce jest negatywna. Wagi opisywanemu zjawisku dodaje fakt, że dla Unii Europejskiej dynamika ludności wykazuje trend wzrostowy (R-kwadrat = 98%). Oznacza to, że pod względem liczby ludności następuje dywergencja pomiędzy Polską i Unią Europejską.

Wykres 16. Dynamika liczby ludności w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2002-2017 (rok bazowy: 2002)



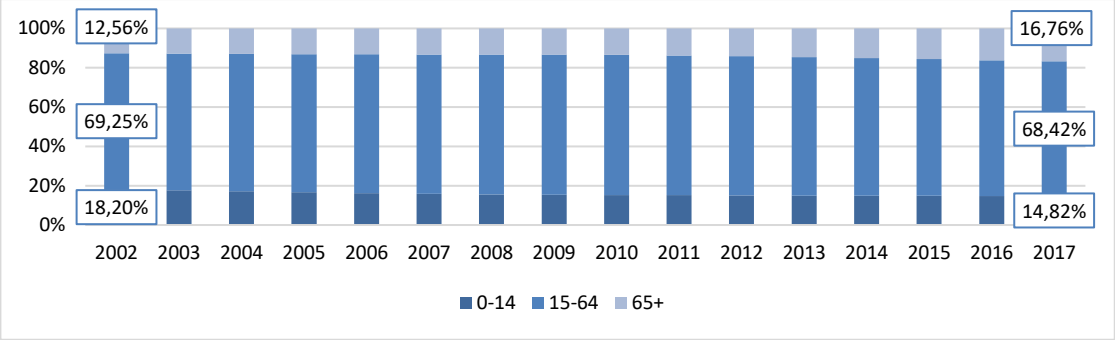
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Banku Światowego, (2019), *World Development Indicators*, https://databank.worldbank.org/data/source/world-development-indicators, data dostępu: 5 marzec 2019.

Kolejnym utrzymującym się problemem polskiego społeczeństwa jest rosnący udział osób w wieku 65 lat lub więcej (Wykres 17). O ile w 2002 r. udział osób w wieku poprodukcyjnym w polskim społeczeństwie wynosił 12,56%, o tyle w 2017 udział ten był już równy 16,67%. Problemem nie jest sam badany udział, ale również fakt, że udział ten relatywnie stabilnie rośnie. Linia trendu (R-kwadrat = 86,14%) wskazuje, że w latach 2002-2017 średni wzrost liczby osób w wieku 65 plus wyniósł 93 268 osób. Polska nie jest w tym przypadku odosobnionym krajem. Dowodem tego jest również rosnący udział badanej grupy społecznej w Unii Europejskiej: z 16,13% w 2002 r. do 19,77% w 2017 r. Mając na uwadze powyższe dane, można powiedzieć, że polskie społeczeństwo starzeje się szybciej (różnica pomiędzy udziałem w 2017 i w 2002 wynosi 4,2 pp.) niż społeczeństwo Unii Europejskiej (z różnicą równą 3,64 pp.).

Powiązanym problemem jest malejący udział osób w wieku przedprodukcyjnym (tj. od 0 do 14 lat). W Polsce w 2002 r. udział tej grupy w liczbie ludności ogółem był równy 18,2%, podczas gdy w 2017 r. był on niższy i przyjął wartość 14,82%. Analizując ten trend można powiedzieć, że średnio w każdym roku liczba osób w wieku przedprodukcyjnym w Polsce była niższa niż w roku poprzednim o 81 888 osób (R-kwadrat = 85,26%). W tym samym okresie udział osób w wieku 0-14 lat w Unii Europejskiej spadł z 16,67% do 15,41%. O ile pozytywnym wnioskiem płynącym z tej analizy jest fakt, że zmiany w Polsce nie są zmianami specyficznymi dla tej gospodarki, o tyle negatywnym jest fakt, że w Polsce jest to zjawisko postępujące szybciej (różnica pomiędzy ostatnim i pierwszym rokiem w analizowanym okresie wynosi -3,38 pp.) niż jest to w przypadku całej Unii Europejskiej (-1,26 pp.).

Od 2002 r. do 2009 r. liczba osób w wieku produkcyjnym (od 15 do 64 lat) rosła nieustannie osiągając wartość 27 203 252 osób, co stanowiło 71,30% całej ludności. Po 2009 r. liczba ta zaczęła systematycznie maleć osiągając 25 982 961 osób w 2017 r. Co ciekawe, opisywany spadek liczby osób w wieku produkcyjnym nie wpłynął znacznie na udział osób w wieku od 15 do 64 lat w polskim społeczeństwie. W 2002 r. udział ten wynosił 69,25%, a w 2017 r. 68,42%. Jest to bardzo dobra wiadomość, ponieważ w tym samym czasie udział osób w wieku produkcyjnym w liczbie ludności w całej Unii Europejskiej spadł z 67,20% w 2002 r. do 64,82% w 2017 r. (tj. o 2,38 pp.).

Wykres 17. Struktura ludności w Polsce według grup wiekowych w latach 2002-2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Banku Światowego, (2019), *World Development Indicators*, https://databank.worldbank.org/data/source/world-development-indicators, data dostępu: 5 marzec 2019.

Mając na uwadze zaprezentowane dane demograficzne, można powiedzieć, że obserwacje w tym raporcie pokrywają się z obserwacjami w raporcie KRS z 2015 r. odnośnie demografii polskiego społeczeństwa. Starzejące się społeczeństwo to nie tylko zwiększająca się liczba osób, które będą wymagać opieki zdrowotnej, ale również zmniejszająca się liczba jednostek zdolnych do wytwarzania Produktu Krajowego Brutto, a przez to finansująca publiczną część opieki zdrowotnej w kraju.

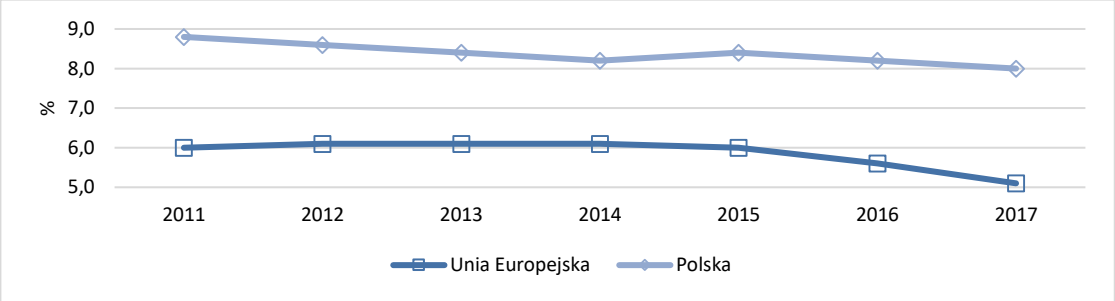
W oparciu o opisane tu dane stwierdzamy, iż Policy paper nie wymaga zmian w diagnozie w części dot. analizy demograficznej, z wyłączeniem zasadności zaktualizowania przedstawianych w niej danych.

2.1.2. Analiza epidemiologiczna

Sytuacja zdrowotna w Polsce na tle przeciętnej w Unii Europejskiej

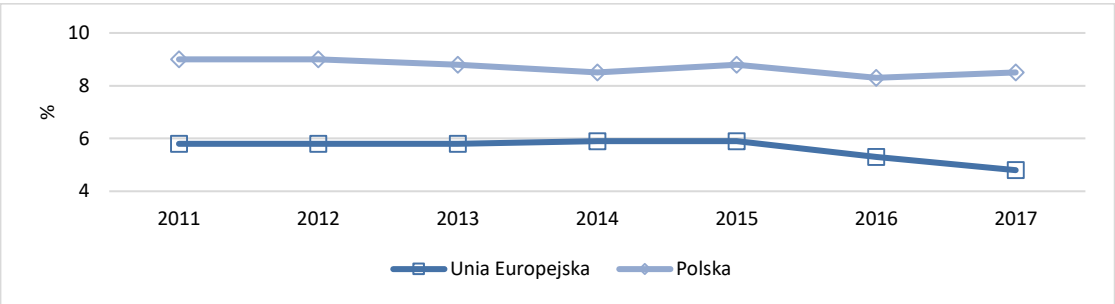
O ile w 2011 r. 8,8% osób mieszkających w Polsce w wieku od 16 do 64 lat (tj. w wieku produkcyjnym) subiektywnie oceniało swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły, o tyle w 2017 r. udział ten był o 0,8 pp. niższy (Wykres 18). Pomimo tej pozytywnej zmiany, badany udział w 2017 r. w Polsce jest nadal wyższy od tego widzianego w Unii Europejskiej (5,1%). Dodatkowo, pomimo niższej bazy, to w Unii Europejskiej odnotowano większą poprawę, tj. spadek opisywanego wskaźnika (o 0,9 pp.). Analizując opisywany subiektywny wskaźnik odnośnie stanu zdrowia respondenta w przekroju ze względu na płeć respondenta, gorzej oceniają swoje zdrowie mężczyźni niż kobiety. W 2011 r. aż 9% mężczyzn w Polsce uznało, że ich stan zdrowia jest zły lub bardzo zły (na poziomie Unii Europejskiej udział ten był równy 5,8%, Wykres 19), podczas gdy kobiet deklarujących podobne odczucia było 8,6% (6,2% na poziomie Unii Europejskiej, Wykres 20). W 2017 r. analizowany udział mężczyzn był równy 8,5% w Polsce (4,8% na poziomie Unii Europejskiej), a kobiet 7,6% (5,5% w przypadku Unii Europejskiej). Analizowane dane prowadzą do następujących wniosków. Po pierwsze, subiektywna ocena stanu zdrowia uległa polepszeniu w większym stopniu wśród kobiet (o 1 pp.), niż wśród mężczyzn (o 0,5 pp.) w Polsce. W przypadku Unii Europejskiej zmiany te są równe 0,7 pp. dla kobiet i 1 pp. dla mężczyzn. Po drugie, przepaść pomiędzy poziomem dla całej Unii Europejskiej i Polski pod względem negatywnej subiektywnej oceny zdrowia w grupie osób w wieku produkcyjnym się powiększa. Bez podziału na płeć w 2011 r. różnica pomiędzy Polską i Unią Europejską wynosiła 2,8 pp. (na niekorzyść Polski), a w 2017 r. 2,9 pp. W przypadku mężczyzn opisywana różnica wzrosła z 3,2 pp. w 2011 r. do 3,7 pp. w 2017 r. Wyjątkiem jest tu podgrupa kobiet. W przypadku tej grupy, różnica pomiędzy Polską i Unią Europejską spadła z 2,4 pp. do 2,1 pp.

Wykres 18. Odsetek ludności w wieku od 16 do 64 lat oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2011-2017



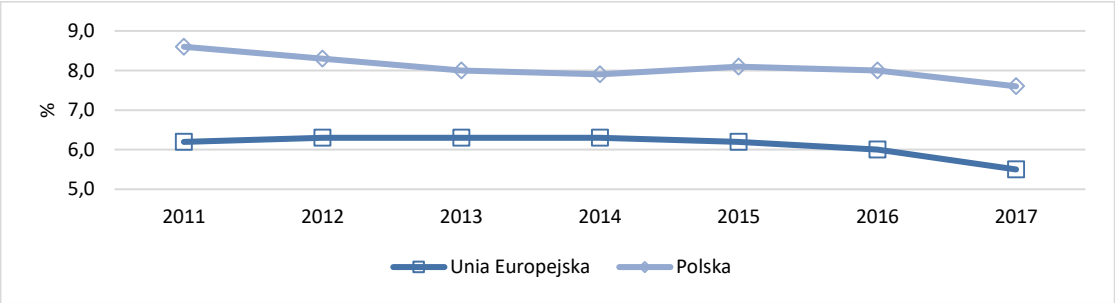
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostat (2019), *Self-perceived health by sex, age and income quintile*, https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=HLTH_SILC_10, data dostępu: 6 marzec 2019.

Wykres 19. Odsetek mężczyzn w wieku od 16 do 64 lat oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2011-2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostat (2019), *Self-perceived health by sex, age and income quintile*, https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=HLTH_SILC_10, data dostępu: 6 marzec 2019.

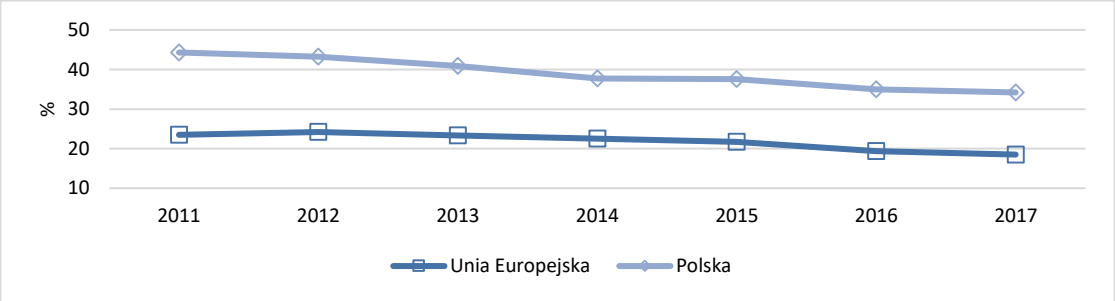
Wykres 20. Odsetek kobiet w wieku od 16 do 64 lat oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2011-2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostat (2019), *Self-perceived health by sex, age and income quintile*, https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=HLTH_SILC_10, data dostępu: 6 marzec 2019.

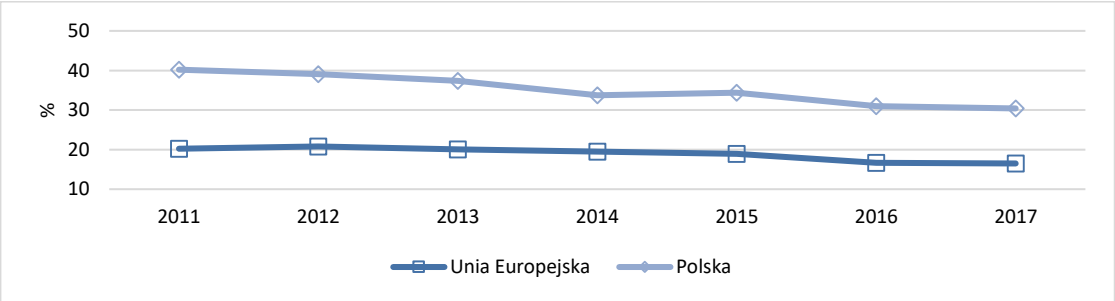
Polska wypada znacznie gorzej w przypadku osób w wieku poprodukcyjnym (tj. mających 65 lat lub więcej). Udział osób w wieku poprodukcyjnym oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły w Polsce w 2011 r. był równy aż 44,3%, co jest aż o 20,8 pp. więcej niż w przypadku całej Unii Europejskiej. Pomimo, że do 2017 r. badany odsetek spadł w Polsce o 10,1 pp. (w Unii Europejskiej o 5 pp.), nadal w Polsce blisko co trzecia osoba (dokładnie 34,2%) mająca 65 lat lub więcej bardzo negatywnie ocenia swój stan zdrowia. Na poziomie Unii Europejskiej jest to około co piąta (18,5%) osoba w badanej grupie. Podobne zmiany można zaobserwować analizując osobno mężczyzn i kobiety. W przypadku tej pierwszej grupy, udział mężczyzn, którzy subiektywnie oceniają swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły spadł w latach 2011-2017 z 20% do 13,9% (tj. o 9,8%). Dystans dzielący Polskę z Unią Europejską spadł pod tym względem z 20 pp. do 13,9 pp. W przypadku kobiet w wieku poprodukcyjnym po pierwsze należy zwrócić uwagę na fakt, że więcej kobiet niż mężczyzn w badanej grupie wiekowej negatywnie ocenia swój stan zdrowia. W 2011 r. aż 46,7% kobiet opisało swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły (w Unii Europejskiej było to o 20,7 pp. mniej), a w 2017 r. 36,7%. Spadek badanego udziału w Polsce o 10 pp. przybliżyło Polskę do poziomu Unii Europejskiej (20%).

Wykres 21. Odsetek ludności w wieku 65 lat lub więcej oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2011-2017



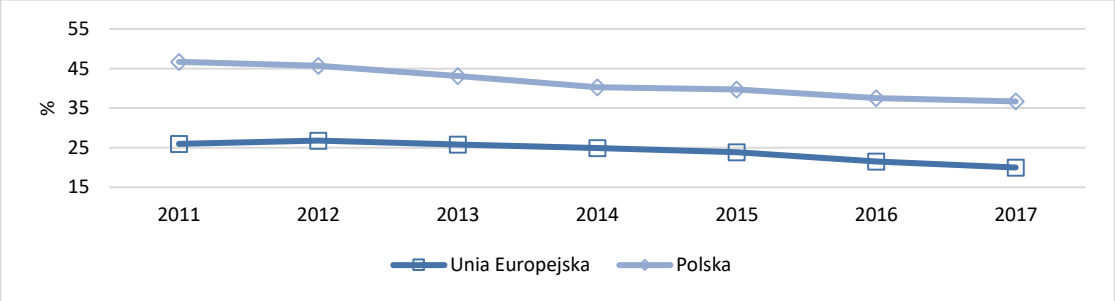
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostat (2019), *Self-perceived health by sex, age and income quintile*, https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=HLTH_SILC_10, data dostępu: 6 marzec 2019.

Wykres 22. Odsetek mężczyzn w wieku 65 lat lub więcej oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2011-2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostat (2019), *Self-perceived health by sex, age and income quintile*, https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=HLTH_SILC_10, data dostępu: 6 marzec 2019.

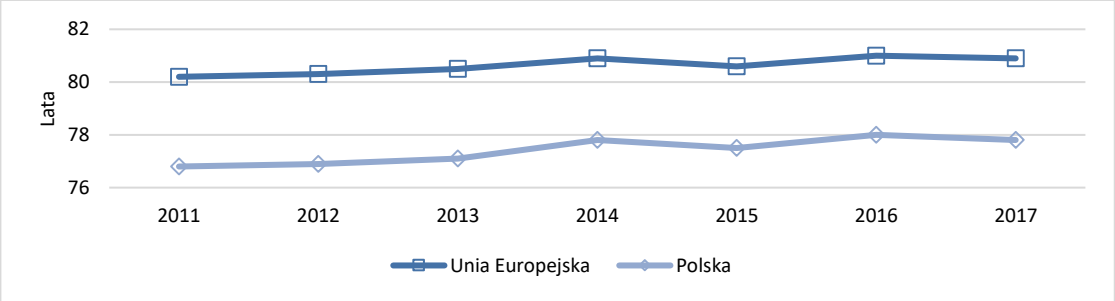
Wykres 23. Odsetek kobiet w wieku 65 lat lub więcej oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2011-2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostat (2019), *Self-perceived health by sex, age and income quintile*, https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=HLTH_SILC_10, data dostępu: 6 marzec 2019.

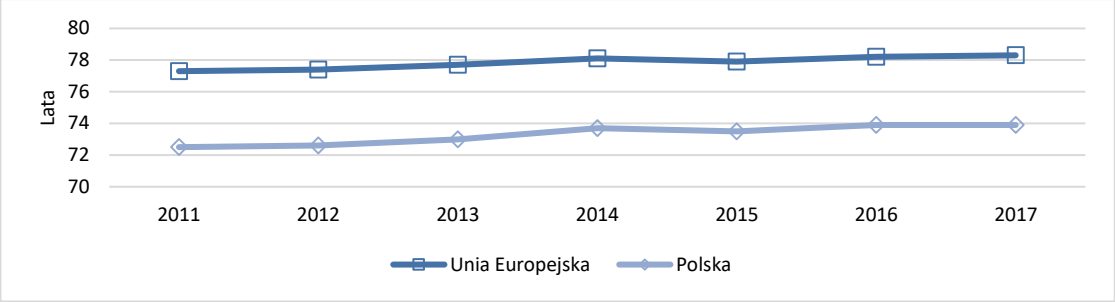
W 2011 r. przeciętna długość życia w Polsce wynosiła 76,8 lat, co było o 3,4 lat mniej niż w przypadku całej Unii Europejskiej (Wykres 24). W ciągu kolejnych sześciu lat przeciętna długość życia Polaków wzrosła o 1 rok (do 77,8 lat). Przy nieznacznie niższym wzroście na poziomie Unii Europejskiej (tj. o 0,7 lat) można powiedzieć, że pod względem przeciętnej długości życia Polska dogania Unię Europejską. W przypadku mężczyzn, przeciętna długość życia w Polsce w 2017 r. wynosiła 73,9 lat i była o 1,4 lata dłuższa niż w 2011 r. (Wykres 25). Dla porównania, w przypadku Unii Europejskiej przeciętna długość życia dla mężczyzn w 2011 r. wynosiła 77,3 lata, a w 2017 r. 78,3 lata. Oznacza to, że przeciętna długość życia w Polsce zbliża się do tej widzianej na poziomie całej Unii Europejskiej (w 2011 r. różnica była równa 4,8 lat na niekorzyść Polski, a w 2017 r. 4,4 lata). Przeciętna długość życia kobiet w Unii Europejskiej w latach 2011-2017 wzrosła z 83,1 lat do 83,5 lat (Wykres 26). W tym samym czasie w Polsce wartość tego wskaźnika wzrosła o prawie dwa razy tyle (tj. o 0,7 lat) – z 81,1 lat do 81,8 lat. Oznacza to, że przeciętna długość życia kobiet w Polsce zbliża się do poziomu zaobserwowanego dla całej Unii Europejskiej (różnica w 2017 r. wynosiła 1,7 lat, a w 2011 r. równe 2 lata). Dodatkowo należy zaznaczyć, że Polska w większym stopniu odbiega od Unii Europejskiej pod względem przeciętnej długości życia mężczyzn niż kobiet.

Wykres 24. Przeciętna długość życia w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2011-2017



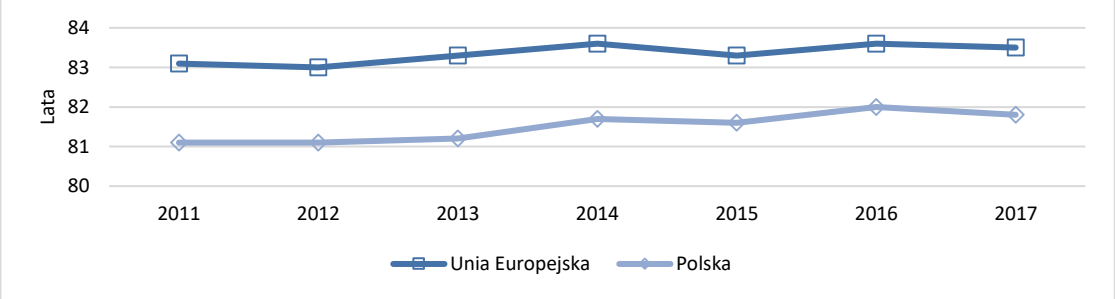
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostat (2019), *Life expectancy at birth by sex*, https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=sdg_03_10, data dostępu: 5 marzec 2019.

Wykres 25. Przeciętna długość życia mężczyzn w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2011-2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostat (2019), *Life expectancy at birth by sex*, https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=sdg_03_10, data dostępu: 5 marzec 2019.

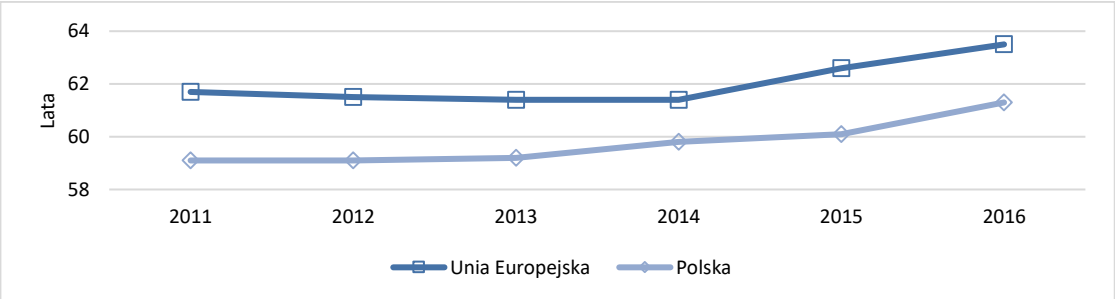
Wykres 26. Przeciętna długość życia kobiet w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2011-2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostat (2019), *Life expectancy at birth by sex*, https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=sdg_03_10, data dostępu: 5 marzec 2019.

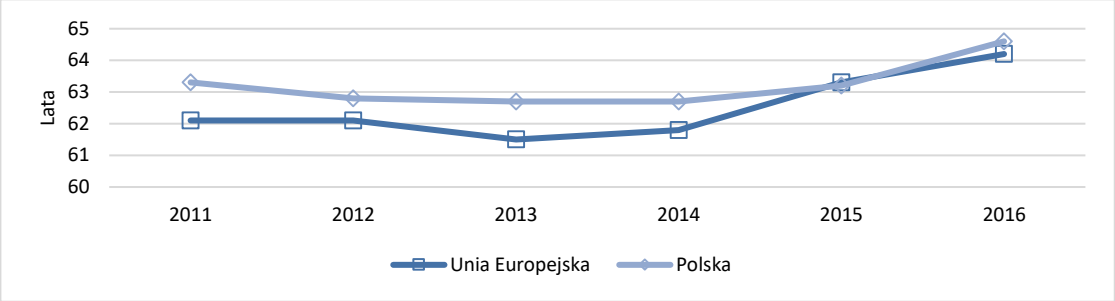
Przeciętna długość życia w zdrowiu dla mężczyzn w Polsce od 2011 r. do 2016 r. wzrosła z 59,1 lat do 61,3 lat (Wykres 1). Wzrost o 2,2 lata przybliżył Polskę do poziomu Unii Europejskiej (61,7 lat i 63,5 lat, odpowiednio). Tak, jak zauważono to w przypadku analizy innych wskaźników, tak i w tym przypadku bliżej wartości dla całej Unii Europejskiej jest grupa kobiet. W Polsce w 2011 r. przeciętna długość życia kobiet w zdrowiu wynosiła 63,3 lata (1,2 mniej, niż dla całej Unii Europejskiej), a pięć lat później już 64,6 lat (tj. tylko 0,4 lat poniżej wartości dla Unii Europejskiej) – Wykres 2.

Wykres 27. Przeciętna długość życia w zdrowie dla mężczyzn w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2011-2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostat (2019), Healthy life years (from 2004 onwards), http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en, data dostępu: 6 marzec 2019.

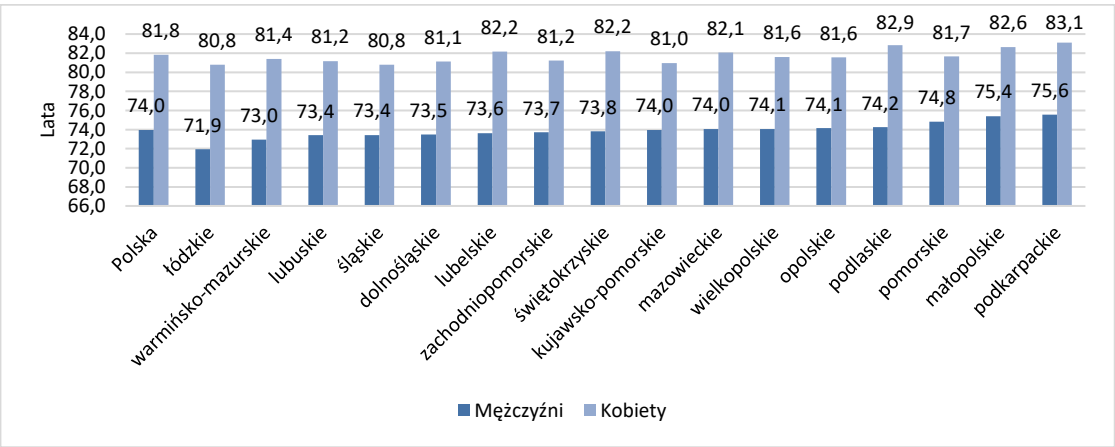
Wykres 28. Przeciętna długość życia w zdrowie dla kobiet w Polsce i Unii Europejskiej w latach 2011-2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostat (2019), Healthy life years (from 2004 onwards), http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en, data dostępu: 6 marzec 2019.

W 2017 r. przeciętne dalsze trwanie życia dla nowonarodzonych mężczyzn wynosiło 74 lata, a dla kobiet było ono o 7,9 lat dłuższe (Wykres 29). Tendencja ta jest utrzymana we wszystkich województwach w Polsce. Największa różnica została odnotowana w województwie łódzkim (8,8 lat), a najmniejsza (6,8 lat) w województwie pomorskim. Mężczyźni najkrócej żyją w województwie łódzkim (71,9 lat), a najdłużej w województwie podkarpackim (75,6 lat). Kobiety z województwa podkarpackiego również żyją najdłużej (83,1 lat). Najniższa wartość przeciętnego dalszego trwania życia dla kobiet została odnotowana w województwie łódzkim i śląskim (80,8 lat).

Wykres 29. Przeciętne dalsze trwanie życia dla mężczyzn i kobiet według województw w 2017 r.

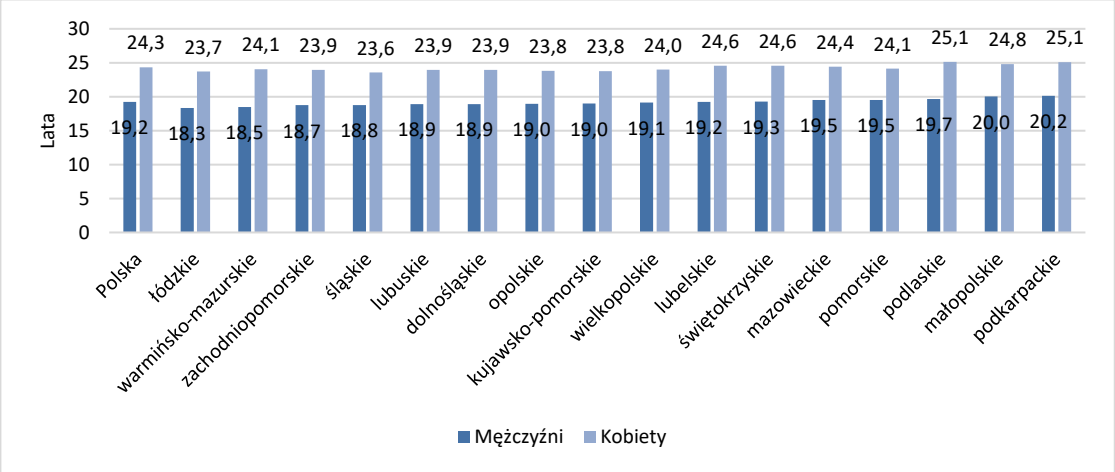


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z GUS (2019), *Przeciętne dalsze trwanie życia w 2017 r. według województw*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html, data dostępu: 5 marca 2019.

Koncentrując się na ludności Polski w wieku 60 lat w 2017 r. przeciętne dalsze trwanie życia dla mężczyzn jest równe 19,2 lata, a dla kobiet 24,3 lata (Wykres 30). Przeciętne dalsze trwanie życia dla mężczyzn jest najkrótsze dla mężczyzn z województwa łódzkiego (18,3 lata), a najdłuższe dla mężczyzn z województwa

podkarpackiego (20,2 lata). Kobiety w 60 roku życia mają najdłuższe przeciętne trwanie życia w województwie podkarpackim, a najkrótsze w województwie śląskim (23,6 lata) i województwie łódzkim (23,7 lata). Pod badanym względem najmniejsza różnica pomiędzy kobietami i mężczyznami została odnotowana w województwie pomorskim (4,6 lat), a największa w województwie warmińsko-mazurskim (5,6 lat).

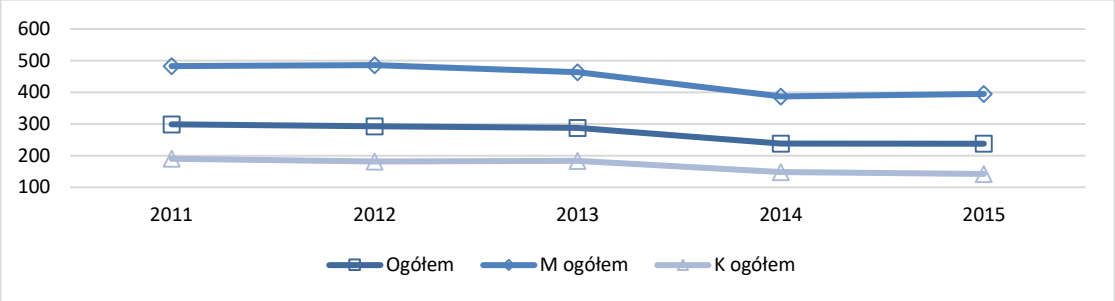
Wykres 30. Przeciętne dalsze trwanie życia dla mężczyzn i kobiet w wieku 60 lat według województw w 2017 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z GUS (2019), *Przeciętne dalsze trwanie życia w 2017 r. według województw*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html, data dostępu: 5 marca 2019.

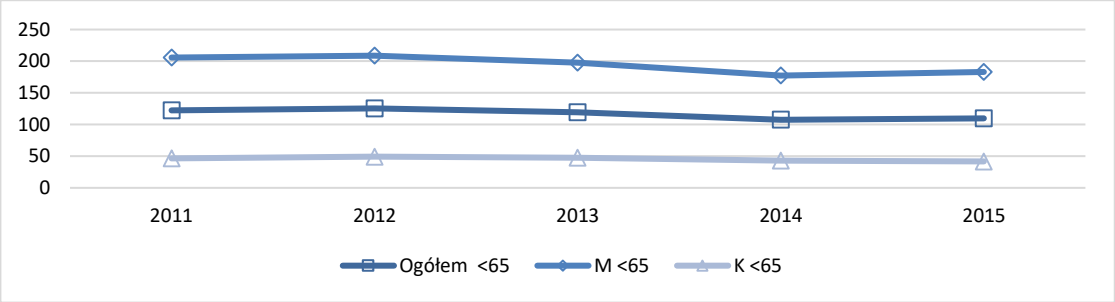
Nadwyżka umieralności (wyrażona jako wartość absolutna różnicy pomiędzy wartościami ustandaryzowanego współczynnika umieralności dla Polski i Unii Europejskiej) w latach 2011-2015 spadała, a największy spadek (bez względu na płeć) odnotowała w latach 2013-2014 (Wykres 31). Największą nadwyżkę Polska ma w przypadku mężczyzn, ale to właśnie ta nadwyżka w największym stopniu została zmniejszona. W ostatnim roku analizy, zarówno dla całej grupy, jak i dla kobiet zaobserwować można wyhamowanie przybliżania się Polski do poziomu Unii Europejskiej, a w przypadku mężczyzn nawet zwiększenie się analizowanej nadwyżki. W grupie wiekowej do 65 roku życia ewidentnie widać różnicę pomiędzy nadwyżką w przypadku kobiet i mężczyzn (Wykres 32). Po pierwsze, wartość nadwyżki umieralności w tej grupie wiekowej dla mężczyzn jest prawie czterokrotnością wartości dla kobiet. Po drugie, o ile pomimo relatywnie niskiej bazy Polska nieustannie obniża nadwyżkę umieralności kobiet w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym, o tyle w przypadku mężczyzn z tej samej grupy wiekowej w 2015 r. następuje rewers wcześniej zaobserwowanych pozytywnych zmian. Przechodząc do grupy wiekowej w wieku poprodukcyjnym (tj. osób mających 65 lat lub więcej) należy przede wszystkim podkreślić, że to właśnie w tej grupie od 2011 r. Polska najbardziej zbliżyła się do poziomu Unii Europejskiej (Wykres 33). W największym stopniu zmalała nadwyżka w grupie mężczyzn, która nadal pozostaje (relatywnie do nadwyżki ogółem i nadwyżki kobiet) na bardzo wysokim poziomie. Niestety i w tym przypadku można mówić o odwróceniu trendu w przypadku nadwyżki mężczyzn w 2015 r.

Wykres 31. Nadwyżka umieralności w Polsce z powodu ogółu przyczyn mężczyzn oraz kobiet w stosunku do poziomu Unii Europejskiej w latach 2011-2015



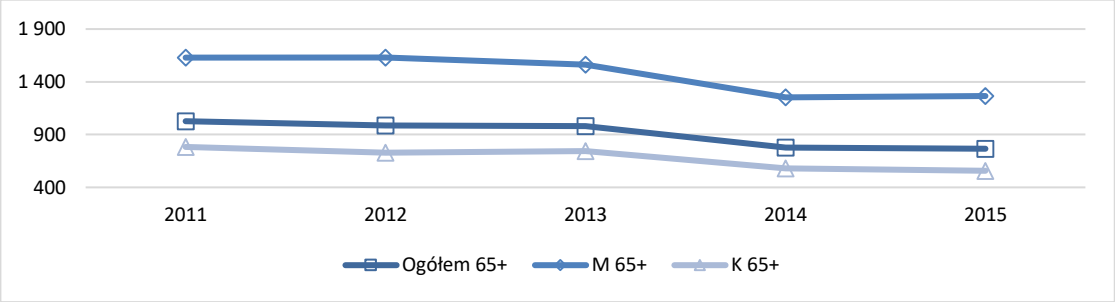
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostat (2019), *Causes of death - standardised death rate by residence [hlth_cd_asdr2]*, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr2&lang=en, data dostępu: 6 marzec 2019.

Wykres 32. Nadwyżka umieralności w Polsce w grupie wiekowej do 65 roku życia z powodu ogółu przyczyn mężczyzn oraz kobiet w stosunku do poziomu Unii Europejskiej w latach 2011-2015



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostat (2019), *Causes of death - standardised death rate by residence [hlth_cd_asdr2]*, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr2&lang=en, data dostępu: 6 marzec 2019.

Wykres 33. Nadwyżka umieralności w Polsce w grupie wiekowej od 65 roku życia z powodu ogółu przyczyn mężczyzn oraz kobiet w stosunku do poziomu Unii Europejskiej w latach 2011-2015

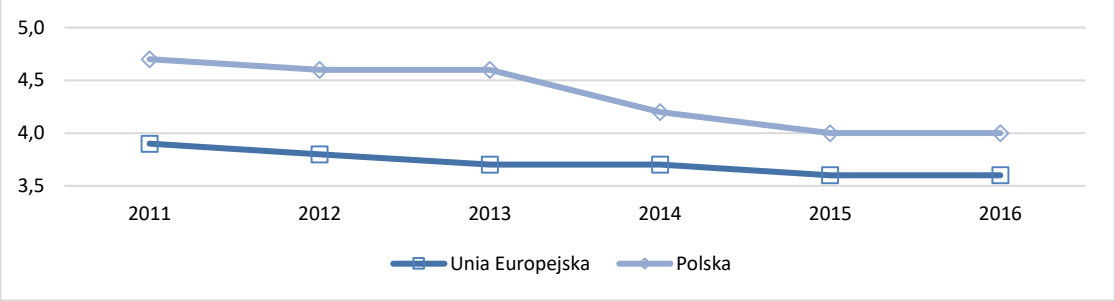


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostat (2019), *Causes of death - standardised death rate by residence [hlth_cd_asdr2]*,

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr2&lang=en, data dostępu: 6 marzec 2019.

Umieralność niemowląt mierzona jako liczba zgonów dzieci poniżej pierwszego roku życia na 1 000 żywych urodzeń spadła w latach 2011-2016 z 4,7 do 4 (Wykres 34). Poprawa wartości tego wskaźnika o 0,7 przybliżyła Polskę do poziomu Unii Europejskiej. O ile w 2011 r. różnica w umieralności niemowląt pomiędzy Polską i Unią Europejską wynosiła 0,8, o tyle w 2016 r. była on już o połowę niższa. Różnica w tempie ograniczania opisywanego zjawiska była największa w latach 2013-2014/2015. W ostatnim roku analizy, zarówno w przypadku Unii Europejskiej, jak i w przypadku Polski zaobserwowano wyhamowanie trendu, czego skutkiem jest brak zmian w analizowanej wartości w latach 2015-2016.

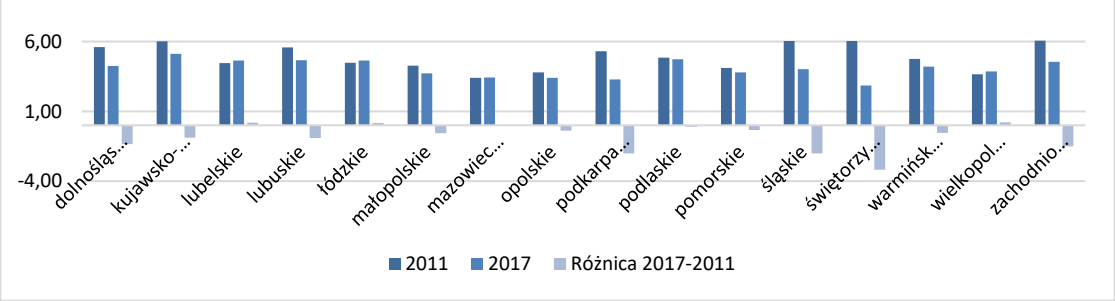
Wykres 34. Umieralność niemowląt w Polsce i w Unii Europejskiej w latach 2011-2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Eurostat (2019), *Infant mortality rates [demo_minfind]*, https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=tps00027, data dostępu: 5 marca 2019.

Analizując umieralność niemowląt z perspektywy polskich województw można zauważyć znaczną heterogeniczność w opisywanej grupie podmiotów (Wykres 35). W 2011 r. najwyższa umieralność niemowląt (na 1 000 urodzeń żywych) była w województwach zachodnio-pomorskim (6,06), śląskim (6,03), świętokrzyskim (6,03) i kujawsko-pomorskim (6,01). W tym samym czasie w województwie mazowieckim umieralność niemowląt była najniższa i równa 3,41. W 2017 r. nadal widoczne są różnice pomiędzy województwami (np. 5,12 w kujawsko-pomorskim i 2,84 w świętokrzyskim). Różnice są również widoczne w przypadku ograniczenia skali analizowanego zjawiska. W niektórych województwach odnotowano nawet wzrost umieralności niemowląt – niechlubnym liderem jest tu województwo wielkopolskie (o 0,21). W największym stopniu ograniczono umieralność niemowląt w województwie świętokrzyskim (o 3,19).

Wykres 35. Współczynnik umieralności niemowląt według województw. Porównanie lat 2011 i 2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z GUS (2019), *Bank danych lokalnych*, https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat, data dostępu: 5 marzec 2019.

Przedstawione dane wykorzystane do analizy epidemiologicznej można podsumować w następujący sposób:

1. O ile w grupie osób w wieku poprodukcyjnym Polska dogania Unię Europejską pod względem subiektywnej oceny własnego stanu zdrowia jako zły lub bardzo zły, o tyle w przypadku osób w wieku produkcyjnym następuje zjawisko dywergencji. Przedstawione dane potwierdzają główny wniosek KRS odnośnie do analizowanych danych.
2. Fakt, że w Polsce zarówno mężczyźni, jak i kobiety żyją krócej niż w przypadku całej Unii Europejskiej oraz fakt, że istnieje różnica pomiędzy oczekiwaną długością życia pomiędzy kobietami i mężczyznami są obserwacjami pokrywającymi się z wnioskami w KRS z 2015 r.
3. Przedstawione dane odnośnie do przeciętnego dalszego trwania życia potwierdzają generalne wnioski zawarte w KRS z 2015 r. odnośnie do tego wskaźnika (np. występowanie znacznej heterogeniczności pomiędzy województwami).
4. O ile w oryginalnym KRS użyto innych przedziałów wiekowych, istota nadwyżki umieralności pomiędzy kobietami i mężczyznami pozostaje bez zmian.
5. Odnośnie do problemu umieralności niemowląt, Polska kontynuuje proces doganiania Unii Europejskiej pod względem ograniczania skali tego zjawiska, co zostało podkreślone w KRS z 2015 r., ale i co również zaznaczono w oryginalnym KRS, konieczne są dalsze nieustanne działania w tym zakresie.
6. Najnowsze dane pokazują, że nadal ewidentne jest zróżnicowanie województw pod względem umieralności niemowląt.

Innymi słowy, najnowsze dane podtrzymują główne obserwacje dokonane w oryginalnym KRS z 2015 r. odnośnie do analizy epidemiologicznej.

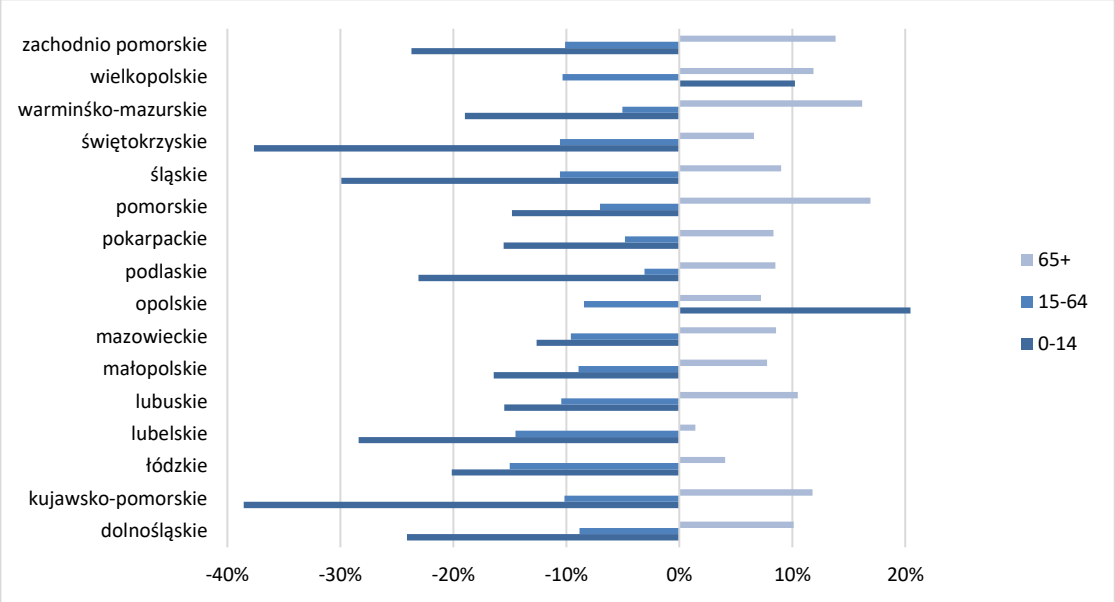
W oparciu o opisane tu dane stwierdzamy zatem, iż Policy paper nie wymaga zmian w diagnozie w części dotyczacej analizy epidemiologicznej w zakresie sytuacji zdrowotnej, z wyłączeniem zasadności zaktualizowania przedstawianych w niej danych.

Umieralność według grup wieku oraz wybranych grup chorobowych z uwzględnieniem różnic regionalnych

W latach 2011-2016 umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 0-14 lat z powodu ogółu przyczyn w największym stopniu uległa zmniejszeniu w województwach kujawsko-pomorskim (o 38,54%) i świętokrzyskim (o 37,63%) – Wykres 36. Z drugiej strony są takie województwa jak województwo opolskie i wielkopolskie, w których odnotowano wzrost umieralności mężczyzn i kobiet w wieku 0-14 lat (o 20,45% i o 10,23% odpowiednio). Te dwa województwa są zdecydowanie obserwacjami odstającymi, ponieważ są to jedyne województwa, które odnotowały wzrost opisywanego zjawiska i w sposób znaczący odstają one od wartości dla całego kraju: spadek umieralności badanej grupy o 19,36%. W grupie mężczyzn i kobiet w wieku od 15 do 64 lat (tj. w wieku produkcyjnym) umieralność w latach 2011-2016 uległa największemu ograniczeniu w województwie łódzkim (o 15,02%) i lubelskim (o 14,5%). Dobrą wiadomością jest fakt, że w każdym z 16 województw zaobserwowano spadek badanego wskaźnika, ale nadal widoczne są znaczne różnice pomiędzy województwami. W najmniejszym stopniu umieralność mężczyzn i kobiet w wieku produkcyjnym spadła w województwach podlaskim (o 3,07%) i podkarpackim (o 4,8%). Województwo podlaskie jest tu najbardziej odstającą obserwacją, ponieważ wartość zmiany procentowej w tym województwie jest równa mniej niż jednej trzeciej wartości analogicznej zmiany dla całego kraju (9,82%). Zaskakujący jest fakt, że w każdym z województw z osobna, jak i w całym kraju wzrosła umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu ogółu przyczyn. Nadal ewidentna

jest znaczna rozbieżność pomiędzy województwami. Z jednej strony spektrum są województwa pomorskie (wzrost umieralności o 16,93%) i warmińsko-mazurskie (wzrost o 16,19%), a z drugiej województwo lubelskie (wzrost o 1,42%).

Wykres 36. Różnica w umieralności mężczyzn i kobiet w wybranych grupach wiekowych według województw. Porównanie lat 2011 i 2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z OECD (2019), *Death by age and gender*, https://stats.oecd.org/#, data dostępu: 6 marzec 2019.

O ile w oryginalnym Policy paper zróżnicowanie województw pod względem umieralności mężczyzn i kobiet jest jedną z obserwacji, najnowsze dane sugerują, że problem ten powinien być uwidoczniony w większym stopniu.

2.2. Organizacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce

2.2.1. Wydatki na ochronę zdrowia

W latach 2014-2016 wydatki bieżące na ochronę zdrowia wzrosły o 12,7% do 121 106,67 mln zł (**Tabela 8**). O ile nieustannie główną składową analizowanych wydatków jest sektor publiczny, o tyle należy zaznaczyć, że w badanym okresie wydatki sektora prywatnego wzrosły o 15,81%, a sektora publicznego o 11,41%. W 2014 r. wydatki sektora prywatnego odpowiadały za 29,34% wydatków ogółem, a w 2016 r. już 30,15%. Wzrost nie jest wysoki, ale wskazuje on na występowanie trendu, który - zwłaszcza w długim okresie – może okazać się niekorzystny dla pacjentów.

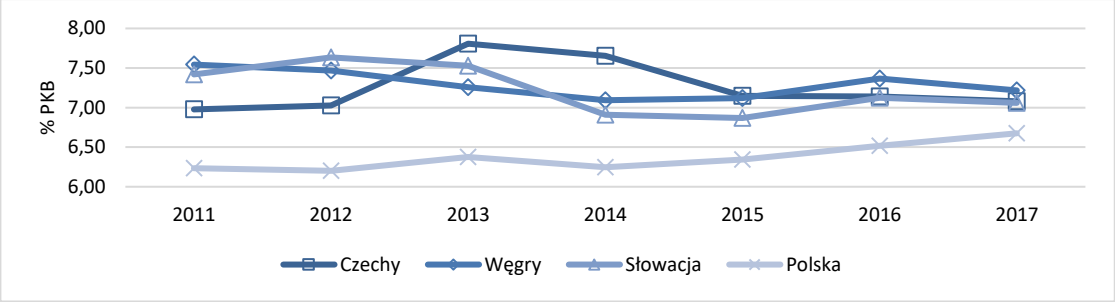
Tabela 22. Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia).

Wyszczególnione	2014	2015	2016	Różnica 2016-2014
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia razem	107 457,87	114 496,85	121 106,67	12,70%
Wydatki publiczne bieżące	75 928,65	80 241,01	84 591,51	11,41%
Schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych	10 016,60	10 907,08	12 139,93	21,20%
Instytucje rządowe	5 956,80	6 290,39	7 332,99	23,10%
Instytucje samorządowe	4 059,80	4 616,69	4 806,94	18,40%
Schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach	65 912,05	69 333,93	72 451,58	9,92%
Wydatki prywatne bieżące	31 529,22	34 255,84	36 515,16	15,81%
Bezpośrednie gospodarstw domowych	24 850,21	26 533,89	27 787,19	11,82%
Inne wydatki prywatne	6 679,01	7 721,95	8 727,98	30,68%
Udział sektora publicznego w wydatkach na ochronę zdrowia razem	70,66%	70,08%	69,85%	
Udział sektora prywatnego w wydatkach na ochronę zdrowia razem	29,34%	29,92%	30,15%	

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu 6 marzec 2019.

Jak wspomniano we wcześniejszych opracowaniach (np. oryginalny KRS z 2015 r.), Polska wydaje relatywnie niską część swojego PKB na ochronę zdrowia (**Wykres 15**). Porównując Polskę do pozostałych członków Grupy Wyszehradzkiej można zauważyć przepaść pomiędzy Polską a Czechami, Węgrami i Słowacją. Należy jednak podkreślić, że od 2014 r. można w Polsce zaobserwować zdecydowany wzrost wydatków na ochronę zdrowia. Dla porównania, po znacznym wzroście w 2012-2013 opisywanych wydatków w Czechach, kolejne lata przyniosły ze sobą zdecydowane ograniczenie wydatków na ochronę zdrowia. Jeszcze większy spadek można zaobserwować w przypadku Słowacji. Patrząc na ogólną zmianę w badanym okresie, w Polsce analizowane wydatki wzrosły o 0,44 pp., w Czechach o 0,10 pp., a w przypadku Słowacji i Węgier odnotowano ich spadek (o 0,36 pp. i o 0,33 pp. odpowiednio).

Wykres 37. Wydatki na ochronę zdrowia w Grupie Wyszehradzkiej w latach 2011-2017

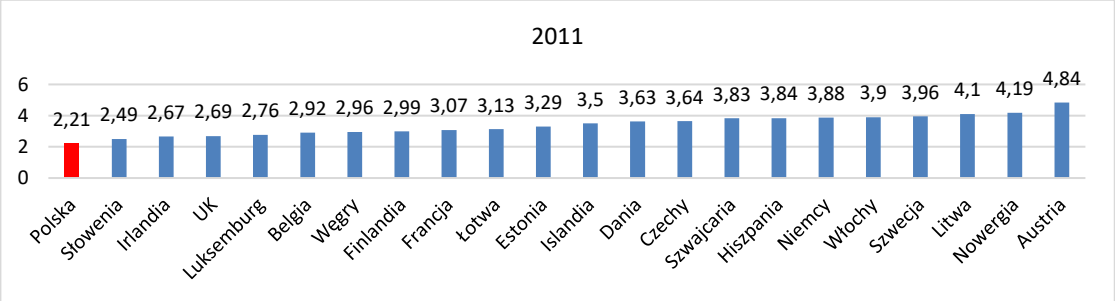


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z OCED (2019), *Current expenditure on health (all functions)*, https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA, data dostępu: 6 marzec 2019.

2.2.2. Zasoby kadrowe

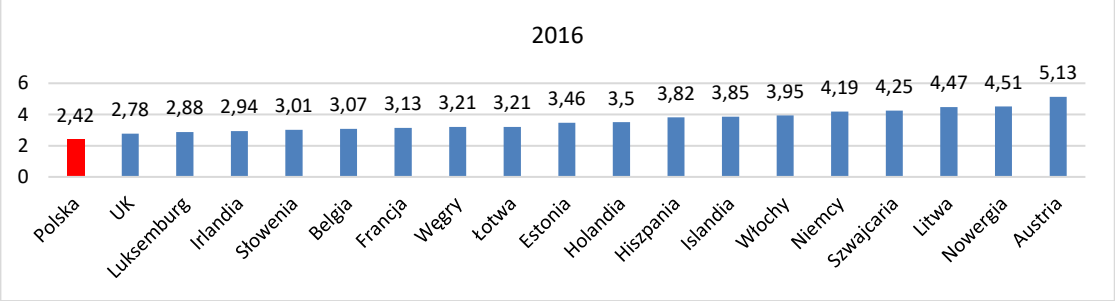
Jak w 2011 r. (Wykres 38), tak i w 2016 r. (Wykres 39) Polska zajmuje ostatnie miejsce pod względem liczby praktykujących lekarzy na 1 tys. ludności. W 2011 r. w Czechach było 1,43, a na Węgrzech 0,75 więcej praktykujących lekarzy niż w Polsce. W 2017 r. przewaga Węgier urosła do 0,79 lekarzy. Problemem w Polsce nie jest tylko bardzo niski zasób praktykujących lekarzy, ale również bardzo niski ich przyrost. W okresie 2011-2016 liczba praktykujących lekarzy w Polsce wzrosła tylko o 0,21 (na Węgrzech o 0,25). Liderem w analizowanym zestawieniu jest Słowenia (przyrost równy 0,52).

Wykres 38. Liczba praktykujących lekarzy na 1 tys. ludności w 2011 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z OECD (2019), *Physicians*, https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA#, data dostępu: 5 marzec 2019.

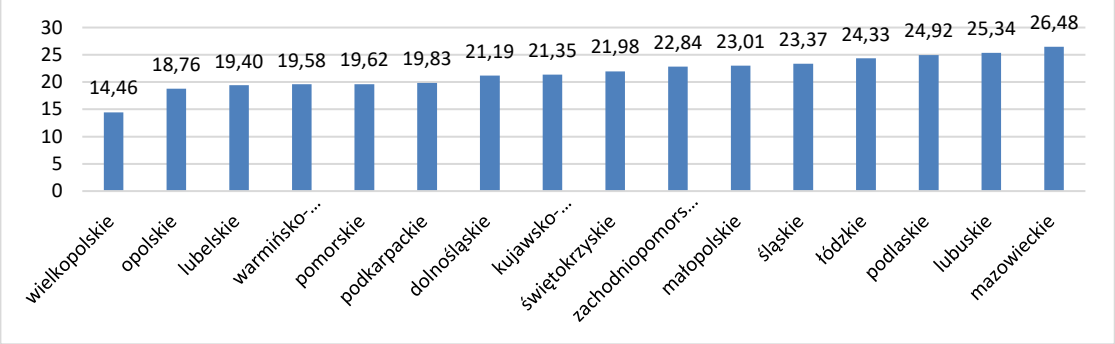
Wykres 39. Liczba praktykujących lekarzy na 1 tys. ludności w 2016 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z OECD (2019), *Physicians*, https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA#, data dostępu: 5 marzec 2019.

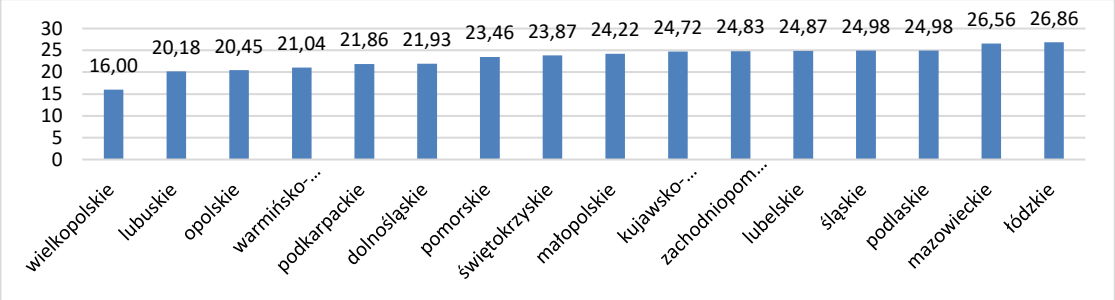
Kolejnym problemem jest heterogeniczne rozmieszczenie lekarzy w przekroju województw. W 2012 r. różnica pomiędzy województwem z największą liczbą lekarzy na 10 tys. ludności (województwo mazowieckie) i województwem z drugiej strony analizowanego spektrum (województwo wielkopolskie) wynosiła 12,02 lekarzy (Wykres 40). W 2017 r. najwięcej lekarzy było w województwie łódzkim (26,86 na 10 tys. ludności), a najmniej w województwie wielkopolskim (16 na 10 tys. ludności) – (Wykres 41). Pomimo, że odnotowano spadek różnicy pomiędzy skrajnymi województwami (do 10,86), nadal nie można mówić o rozwiązaniu problemu.

Wykres 40. Liczba lekarzy na 10 tys. mieszkańców według województw. Stan na 31 XII 2012 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu 6 marzec 2019 i GUS (2019), *Bank danych lokalnych*, https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat, data dostępu: 6 marzec 2019.

Wykres 41. Liczba lekarzy na 10 tys. mieszkańców według województw. Stan na 31 XII 2017 r.

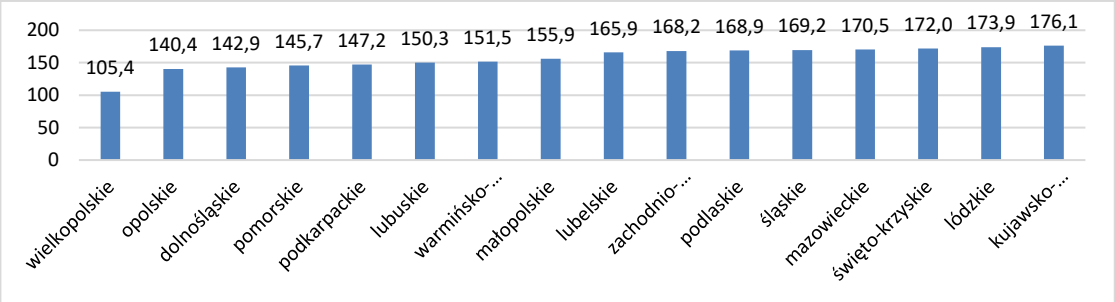


Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu 6 marzec 2019 i GUS (2019), *Bank danych lokalnych*, https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat, data dostępu: 6 marzec 2019.

Opisana heterogeniczność jest również widoczna przy analizie lekarzy specjalistów ogółem (na 100 tys. mieszkańców – Wykres 42 oraz w przypadku poszczególnych specjalizacji (Tabela 23 i Tabela 24). Dla przykładu w województwie wielkopolskim jest relatywnie najmniej chirurgów, specjalistów chorób płuc, specjalistów dermatologii i wenerologii, kardiologii, medycyny rodzinnej, neurologii, okulistyki i psychiatrii. Patrząc na dane w przekroju specjalistów, największa różnica występuje w przypadku specjalistów medycyny rodzinnej (25,86 specjalistów na 100 tys. mieszkańców), a najmniejsza w

przypadku chorób płuc (1,72). O ile te różnice nie są w pełni porównywalne ze względu na heterogeniczną liczbę specjalistów w danej dziedzinie, pozwalają one jednak na zobrazowanie i podkreślenie różnic pomiędzy województwami. Kontynuując przykład specjalistów chorób płuc, w województwie łódzkim jest prawie dwa razy tyle specjalistów co w województwie wielkopolskim.

Wykres 42. Liczba lekarzy ze specjalizacją na 100 tys. mieszkańców według województw. Stan na 31 XII 2017 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu 6 marzec 2019 i GUS (2019), *Bank danych lokalnych*, https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat, data dostępu: 6 marzec 2019.

Tabela 23. Liczba lekarzy ze specjalizacją na 100 tys. mieszkańców według województw. Stan na 31 XII 2017 r. (1/2)

Województwo	Anestezjologii i intensywnej terapii	Chirurgii	Chorób płuc	Chorób wewnętrznych	Dermatologii i wenerologii	Kardiologii	Medycyny rodzinnej	Medycyny pracy
dolnośląskie	8,23	19,95	3,27	16,95	2,14	5,96	14,50	2,69
kujawsko-pomorskie	11,57	25,49	3,17	19,20	2,88	7,78	17,28	2,40
lubelskie	8,42	20,18	3,95	13,40	2,21	7,76	33,77	1,50
lubuskie	10,03	23,80	2,85	9,64	2,07	6,10	24,78	2,26
łódzkie	11,15	22,74	4,16	21,52	2,75	8,48	17,28	2,26
małopolskie	9,14	21,44	3,80	17,84	1,77	8,46	18,90	1,68
mazowieckie	9,77	22,43	3,45	16,75	2,36	10,66	16,81	2,38
opolskie	9,39	23,74	3,94	14,14	2,22	6,26	13,33	2,12
podkarpackie	6,34	19,91	3,38	13,90	2,63	6,62	21,65	0,99
podlaskie	9,96	19,50	2,87	14,86	3,04	5,83	30,98	1,35
pomorskie	8,91	19,45	2,50	18,76	2,28	5,03	15,66	2,67
śląskie	11,46	24,63	3,39	21,06	2,48	9,45	13,04	2,92
świętokrzyskie	9,70	25,81	3,93	16,99	2,24	9,78	17,95	3,05
warmińsko-mazurskie	9,48	24,48	3,14	16,39	2,93	6,07	18,62	0,98

wielkopolskie	9,14	16,48	2,44	10,26	1,23	3,98	7,91	1,29
zachodnio-pomorskie	10,61	22,93	3,40	14,42	3,58	6,16	19,64	2,40
Różnica pomiędzy maks. i min	5,23	9,33	1,72	11,89	2,34	6,68	25,86	2,07

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu 6 marzec 2019 i GUS (2019), *Bank danych lokalnych*, https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat, data dostępu: 6 marzec 2019.

Tabela 24. Liczba lekarzy ze specjalizacją na 100 tys. mieszkańców według województw. Stan na 31 XII 2017 r. (2/2)

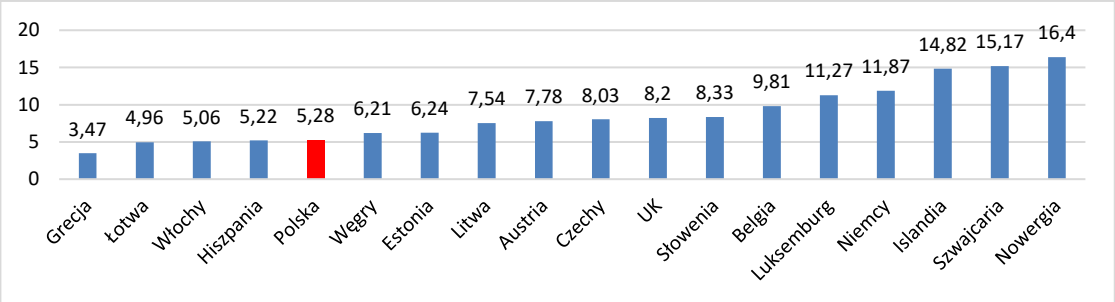
Województwo	Neurologii	Okulistyki	Onkologii	Otolaryngologii	Pediatrii	Położnictwa i ginekologii	Psychiatrii	Radiodiagnostyki
dolnośląskie	5,55	5,62	1,69	3,17	9,13	7,96	5,68	6,34
kujawsko-pomorskie	6,19	5,47	2,16	3,84	11,28	11,14	6,82	7,44
lubelskie	7,29	5,13	2,16	2,45	6,73	9,92	5,69	6,87
lubuskie	5,02	5,02	1,28	2,46	8,46	12,10	6,69	5,11
łódzkie	5,49	5,82	1,78	3,84	13,53	11,59	7,19	5,49
małopolskie	5,78	4,25	1,98	3,39	9,76	8,90	6,34	5,25
mazowieckie	7,28	6,37	3,06	3,36	10,64	9,81	8,30	5,92
opolskie	6,16	5,05	0,91	3,74	7,68	12,73	5,15	2,22
podkarpackie	8,36	3,80	1,60	2,72	8,83	9,77	5,45	5,54
podlaskie	5,74	5,07	2,36	4,56	7,34	9,62	7,85	7,01
pomorskie	6,28	5,21	1,46	2,84	10,50	7,23	6,80	5,34
śląskie	7,30	6,22	1,80	4,38	8,88	10,22	6,84	7,19
świętokrzyskie	7,21	4,97	1,20	3,21	8,34	10,90	6,41	7,13
warmińsko-mazurskie	6,42	4,46	2,16	3,84	8,51	10,11	4,88	4,81
wielkopolskie	3,93	3,12	1,60	2,84	6,96	7,28	4,50	4,79
zachodnio-pomorskie	4,81	6,98	1,29	4,69	8,68	12,20	5,69	6,33
Różnica pomiędzy maks. i min	4,43	3,85	2,16	2,25	6,80	5,50	3,80	5,22

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019 i GUS (2019), *Bank danych lokalnych*, https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat, data dostępu: 6 marzec 2019.

Liczba praktykujących pielęgniarek (na tys. ludności) w Polsce spadła w okresie od 2011 r. (Wykres 43) do 2016 r. (Wykres 44) o 0,12 – z 5,28 do 5,16. Polska nie jest odosobnionym krajem pod względem negatywnego wzrostu analizowanego zasobu (np. w UK spadek ten był prawie trzy razy taki). W 2011 r.

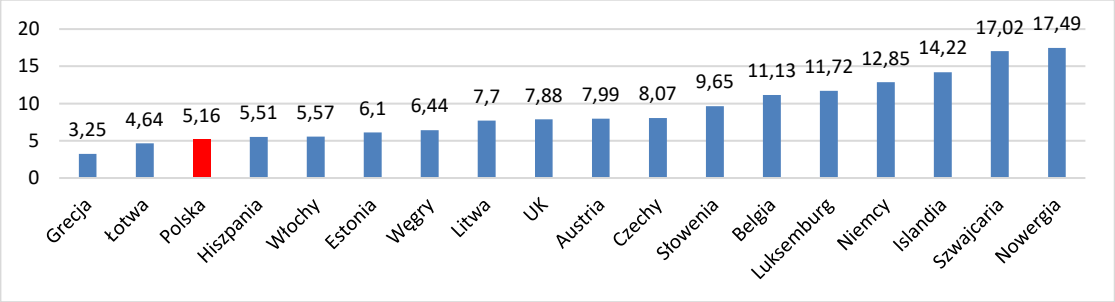
liczba praktykujących pielęgniarek (na tys. ludności) w Polsce była równa 5,28. Nie jest to najgorszy wynik w grupie analizowanych gospodarek (taki wynik ma Grecja, 3,47 pielęgniarek), ale Polska wypada niekorzystnie w zestawieniu z Węgrami (6,21) czy Czechami (8,03). W 2016 r. dystans Polski w porównaniu do Czech i Węgier pogłębił się z 2,75 do 2,91 (w przypadku Czech) i z 0,93 do 1,28 (w przypadku Węgier).

Wykres 43. Liczba praktykujących pielęgniarek na 1 tys. ludności w 2011 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z OCED (2019), *Nurses*, https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=24879#, data dostępu: 7 marzec 2019.

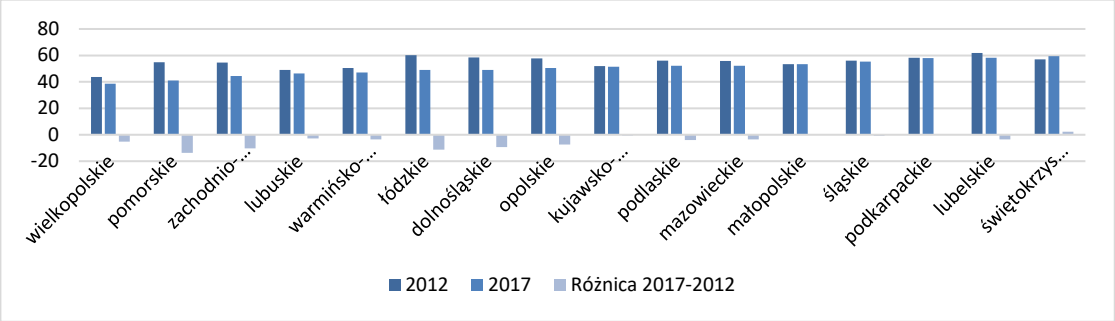
Wykres 44. Liczba praktykujących pielęgniarek na 1 tys. ludności w 2016 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z OCED (2019), *Nurses*, https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=24879#, data dostępu: 7 marzec 2019.

Problem związany z negatywnym trendem odnośnie do liczby praktykujących pielęgniarek jest pogłębiany przez nierównomierne rozmieszczenie analizowanego personelu medycznego wśród województw (Wykres 45). W 2012 r. najwięcej praktykujących pielęgniarek odnotowano w województwie lubelskim (61,82), a najmniej w województwie wielkopolskim (43,71). Pięć lat później, nadal województwo wielkopolskie posiadało najniższą wartość analizowanego zasobu (38,60), a jego największą akumulację zanotowano w województwie świętokrzyskim (59,40). Dodatkowo, należy podkreślić znaczną heterogeniczność pomiędzy województwami w temacie wartości zmian opisywanego wskaźnika w latach 2012-2017. Tylko w dwóch województwach zaobserwowano wzrost liczby praktykujących pielęgniarek (na 1 tys. ludności): małopolskim (o 0,3) i świętokrzyskim (o 2,3). Z drugiej strony spektrum znajduje się województwo pomorskie (spadek o 13,77), łódzkie (spadek o 11,35) oraz zachodnio-pomorskie (spadek o 10,31).

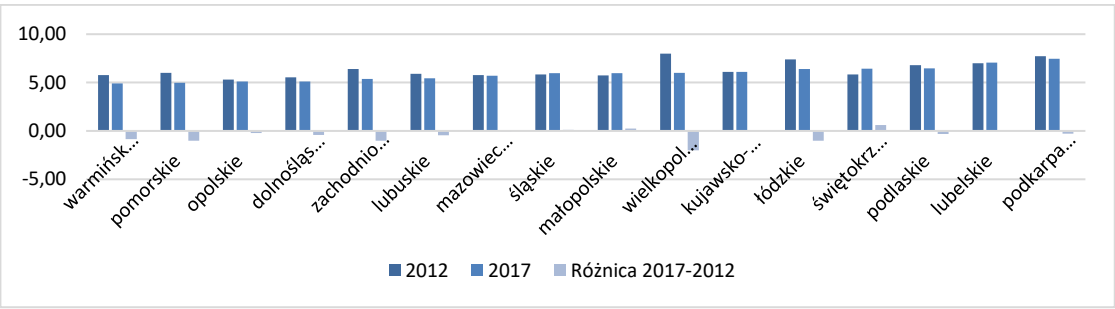
Wykres 45. Personel pracujący w placówkach ochrony zdrowia według województw – pielęgniarki, wskaźnik na 10 tys. ludności. Stan na 31 XII danego roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019 i GUS (2019), *Bank danych lokalnych*, https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat, data dostępu: 6 marzec 2019.

Podobnie jak w przypadku pielęgniarek, w większości z analizowanych województw w latach 2012-2017 odnotowano spadek liczby położnych (Wykres 46). W największym stopniu spadła liczba położnych (na 10 tys. ludności) w województwie wielkopolskim (o 2). Z drugiej strony spektrum znajduje się województwo świętokrzyskie ze wzrostem o 0,61. W przypadku województwa wielkopolskiego należy nadmienić, że w 2012 r. to właśnie w tym województwie odnotowano największą liczbę położnych (7,99). W 2017 r. pierwsze miejsce w rankingu zajęło województwo podkarpackie. W najgorszej sytuacji pod względem analizowanego wskaźnika w 2012 r. było województwo opolskie (5,31), a w 2017 r. województwo warmińsko-mazurskie.

Wykres 46. Personel pracujący w placówkach ochrony zdrowia według województw – położne, wskaźnik na 10 tys. ludności. Stan na 31 XII danego roku



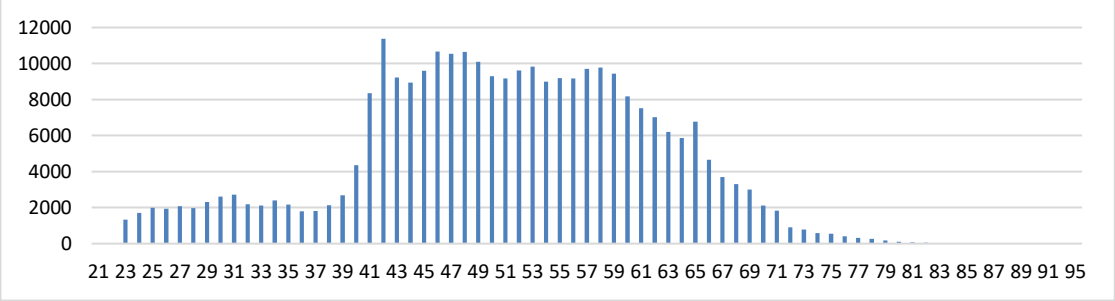
Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019 i GUS (2019), *Bank danych lokalnych*, https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat, data dostępu: 6 marzec 2019.

W 2012 r. najwięcej ratowników medycznych (na 10 tys. mieszkańców) pracowało w województwie podlaskim (4,50), a najmniej w województwie mazowieckim (1,79) – Wykres 49. W 2017 r. liderem pod względem analizowanego wskaźnika było województwo podkarpackie (5,28), a z drugiej strony spektrum

znalazło się województwo mazowieckie (2,40). Jedynie w województwie łódzkim i warmińsko-mazurskim odnotowano spadek liczby ratowników medycznych na 10 tys. mieszkańców – odpowiednio o 0,81 i o 0,17. W największym stopniu analizowana liczba ratowników wzrosła w województwie kujawsko-pomorskim (o 1,33).

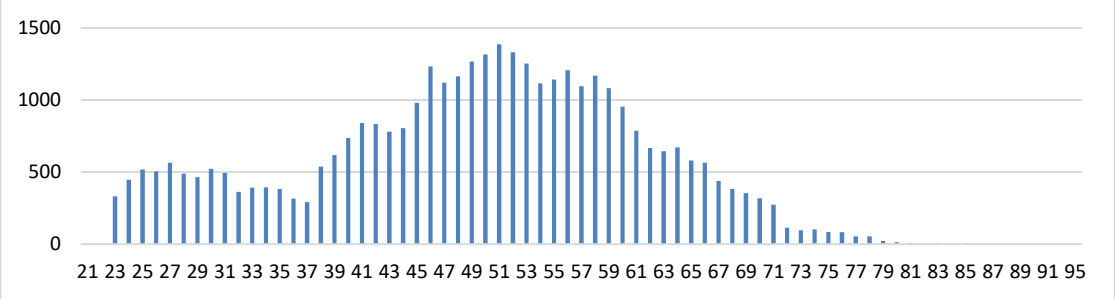
W temacie pielęgniarek i położnych należy również nadmienić, że większość pielęgniarek (Wykres 47), jak i położnych (Wykres 48) w 2016 r. było w wieku od około 40 do około 60 lat. W grupie położnych problem odejścia kadry na emeryturę jest w pewny sensie łagodzony relatywnie wyższym niż w przypadku pielęgniarek udziałem młodszego pokolenia.

Wykres 47. Liczba pielęgniarek według przedziałów wiekowych na podstawie daty urodzenia. Stan na 31.12.2016



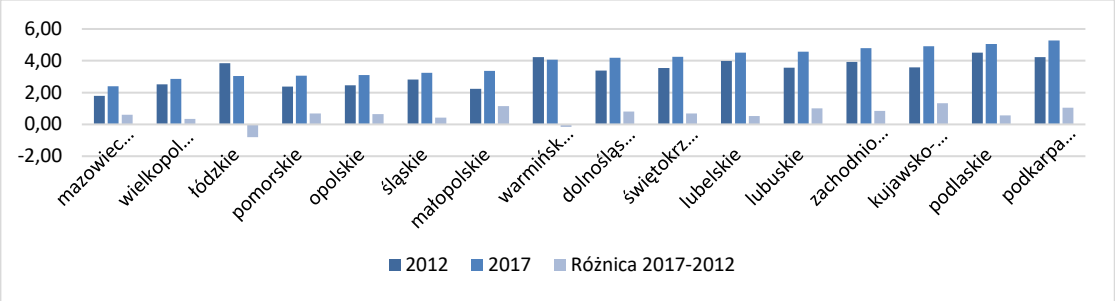
Źródło: opracowanie własne na podstawie Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (2019), *Liczba pielęgniarek i położnych wg przedziałów wiekowych na podstawie daty urodzenia stan na 31.12.2016*, http://nipip.pl/liczba-pielegniarek-poloznych-wg-przedzialow-wiekowych-podstawie-daty-urodzenia/, data dostępu: 4 marzec 2019.

Wykres 48. Liczba położnych według przedziałów wiekowych na podstawie daty urodzenia. Stan na 31.12.2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (2019), *Liczba pielęgniarek i położnych wg przedziałów wiekowych na podstawie daty urodzenia stan na 31.12.2016*, http://nipip.pl/liczba-pielegniarek-poloznych-wg-przedzialow-wiekowych-podstawie-daty-urodzenia/, data dostępu: 4 marzec 2019.

Wykres 49. Personel pracujący w placówkach ochrony zdrowia według województw – ratownicy medyczni, wskaźnik na 10 tys. ludności. Stan na 31 XII danego roku



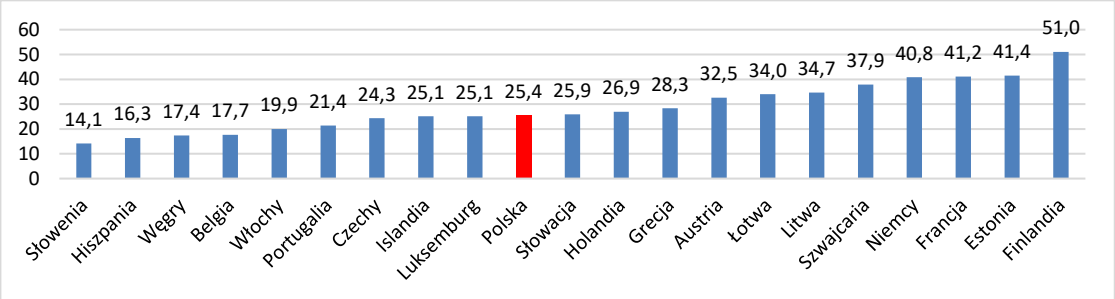
Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019 i GUS (2019), *Bank danych lokalnych*, https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat, data dostępu: 6 marzec 2019.

Brak kadry został już wcześniej zidentyfikowany jako kluczowy problem w polskiej ochronie zdrowia w oryginalnym KRS z 2015 r. Najnowsze dane potwierdzają tę obserwację w pełni, co oznacza, że problem ten nadal jest jak najbardziej aktualny.

2.2.3. Zasoby infrastrukturalne

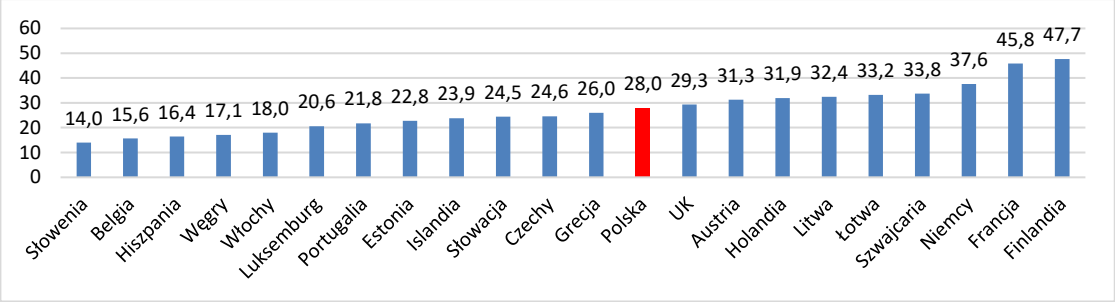
W 2011 r. działało w Polsce 25,43 szpitali na milion ludności (Wykres 50). Było to więcej niż w Czechach (24,29) i na Węgrzech (17,35) oraz nieznacznie mniej niż na Słowacji (25,93). Wartość analizowanego wskaźnika dla Polski była prawie dwa razy niższa w porównaniu do wiodącego kraju zestawienia, którym jest Finlandia (51,04). W przeciągu kolejnych pięciu lat liczba szpitali w Polsce na milion ludności wzrosła o 10,18% do 28,02 (Wykres 51). Jest to trzeci największy wzrost w analizowanej grupie gospodarek – gospodarką wiodącą pod tym względem jest Holandia (18,51%).

Wykres 50. Liczba szpitali na milion mieszkańców w 2011 r.



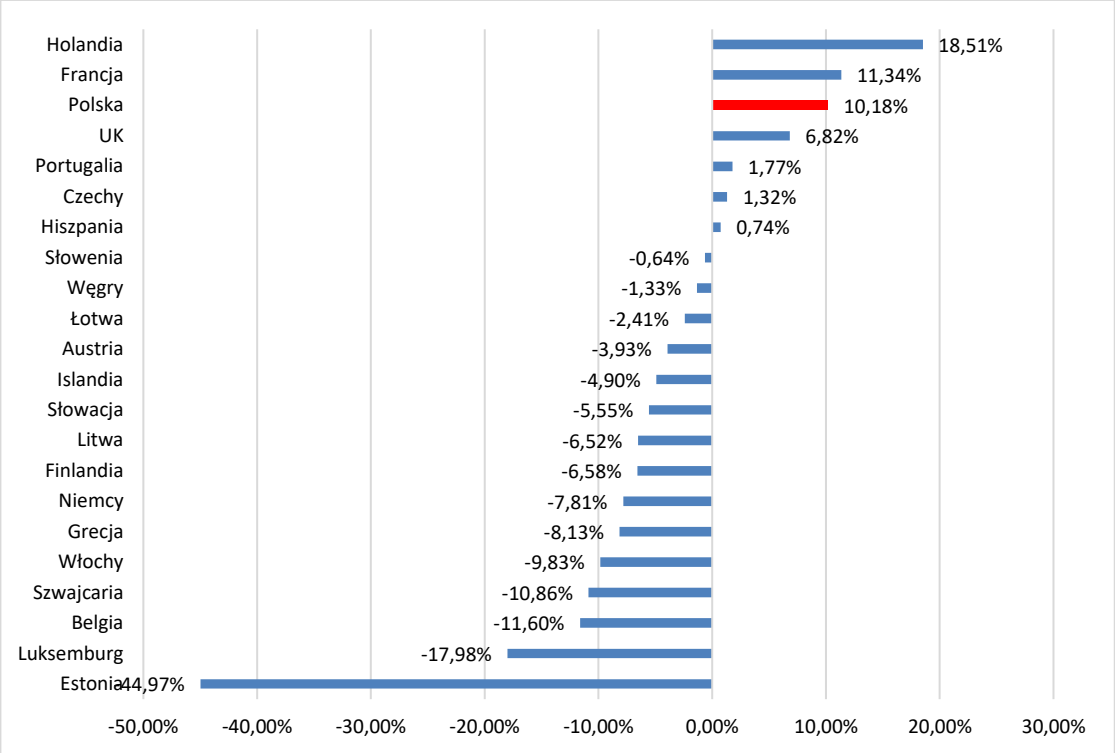
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z OCED (2019), *Hospitals*, https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30183#, data dostępu: 8 marca 2019.

Wykres 51. Liczba szpitali na milion mieszkańców w 2016 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z OCED (2019), *Hospitals*, https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30183#, data dostępu: 8 marca 2019.

Wykres 52. Liczba szpitali na milion mieszkańców. Różnica pomiędzy 2011 r. i 2016 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z OCED (2019), *Hospitals*, https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30183#, data dostępu: 8 marca 2019.

Od 2012 r. praktycznie w sposób systematyczny spada zarówno liczba łóżek w szpitalach oraz liczba leczonych (Tabela 25). O ile w 2012 r. dostępnych łóżek było 188 820, a leczonych 7 897 872, o tyle w 2017 r. było ich 185 263 i 7 773 353, odpowiednio. Należy zaznaczyć, że nie są to znaczne zmiany (o 1,88% i o 1,58%), ale nie można zaprzeczyć istnienia tendencji malejącej. Liczba leczonych na jedno łóżko nie wykazuje znacznej dynamiki. W badanym okresie wskaźnik ten wacha się od 4,69 w 2015 r. do 41,98 w 2014 r.

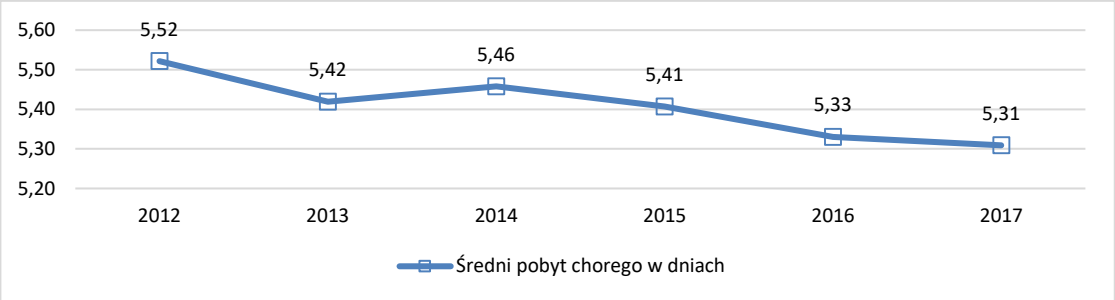
Tabela 25. Liczba łóżek, leczeni oraz leczeni na łóżko w opiece zdrowotnej w Polsce. Stan na 31 XII danego roku w latach 2012-2017

Rok	Liczba łóżek	Leczeni ogółem	Leczeni na łóżko
2012	188 820	7 897 872	41,83
2013	187 763	7 867 664	41,90
2014	188 116	7 897 119	41,98
2015	186 994	7 795 496	41,69
2016	186 607	7 829 012	41,95
2017	185 263	7 773 353	41,96

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2016-r-,1,7.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015-roku,1,6.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2013-r-,1,4.html, data dostępu: 6 marzec 2019 i GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

Średni pobyt chorego w dniach w latach 2012-2017 wykazuje tendencję malejącą, co oznacza, że przeciętnie pacjent spędza z roku na rok mniej czasu w szpitalu (Wykres 53). Należy odnotować, że w opisywanym trendzie występuje jedna nieregularność, tj. nieznaczny wzrost wartości badanego wskaźnika z 2013 r. (5,42) do 2014 r. (5,46).

Wykres 53. Średni pobyt chorego w stacjonarnych szpitalach ogólnych w dniach. Stan na 31 danego roku

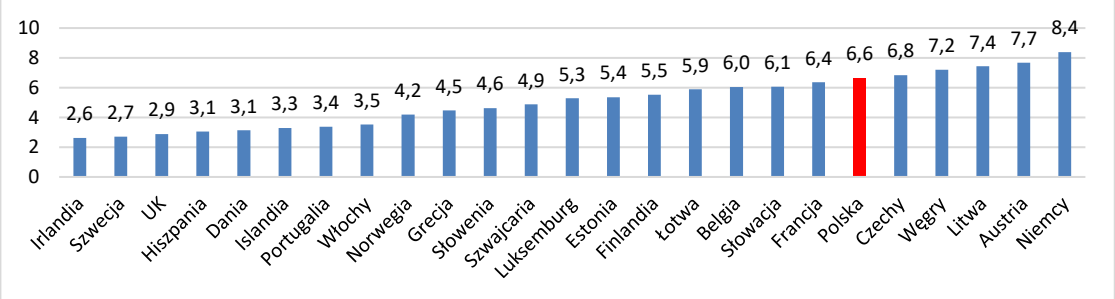


Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2016-r-,1,7.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*,

https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015-roku,1,6.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2013-r-,1,4.html, data dostępu: 6 marzec 2019 i GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

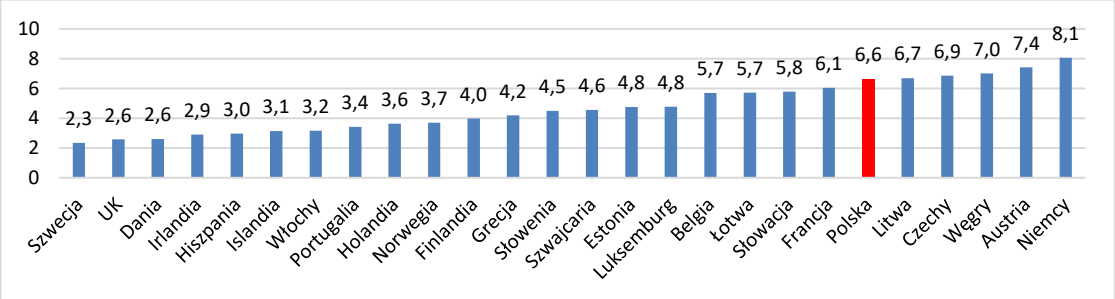
Liczba łóżek szpitalnych na 1 tys. mieszkańców w Polsce praktycznie nie zmieniła się od 2011 r., w którym wartość tego wskaźnika wynosiła 6,63 łóżka (Wykres 54). W 2016 r. były to 6,64 łóżka (Wykres 55). Dla porównania, w 2016 r. w Czechach na 1 tys. mieszkańców przypadały 6,85 łóżek, na Węgrzech 7 łóżek, a na Słowacji 5,78. Należy tu jednak zaznaczyć, że tylko w przypadku Polski i Czech odnotowano wzrost analizowanego wskaźnika (o 0,01 w obu przypadkach). Na Węgrzech oraz Słowacji opisywana liczba łóżek spadła o 0,19 i o 0,27 łóżek odpowiednio. Pomimo małego wzrostu liczby łóżek na 1 tys. mieszkańców, Polska (zarówno w 2011 r., jak i w 2016 r.) uplasowała się na szóstej pozycji wśród analizowanych gospodarek. W obu analizowanych latach na pierwszym miejscu w zestawieniu były Niemcy (8,38 łóżek w 2011 r. i 8,06 łóżek w 2016 r.).

Wykres 54. Liczba łóżek szpitalnych na 1 tys. ludności w 2011 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD (2019), *Hospital beds*, https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30183, data dostępu: 8 marzec 2019.

Wykres 55. Liczba łóżek szpitalnych na 1 tys. ludności w 2016 r.

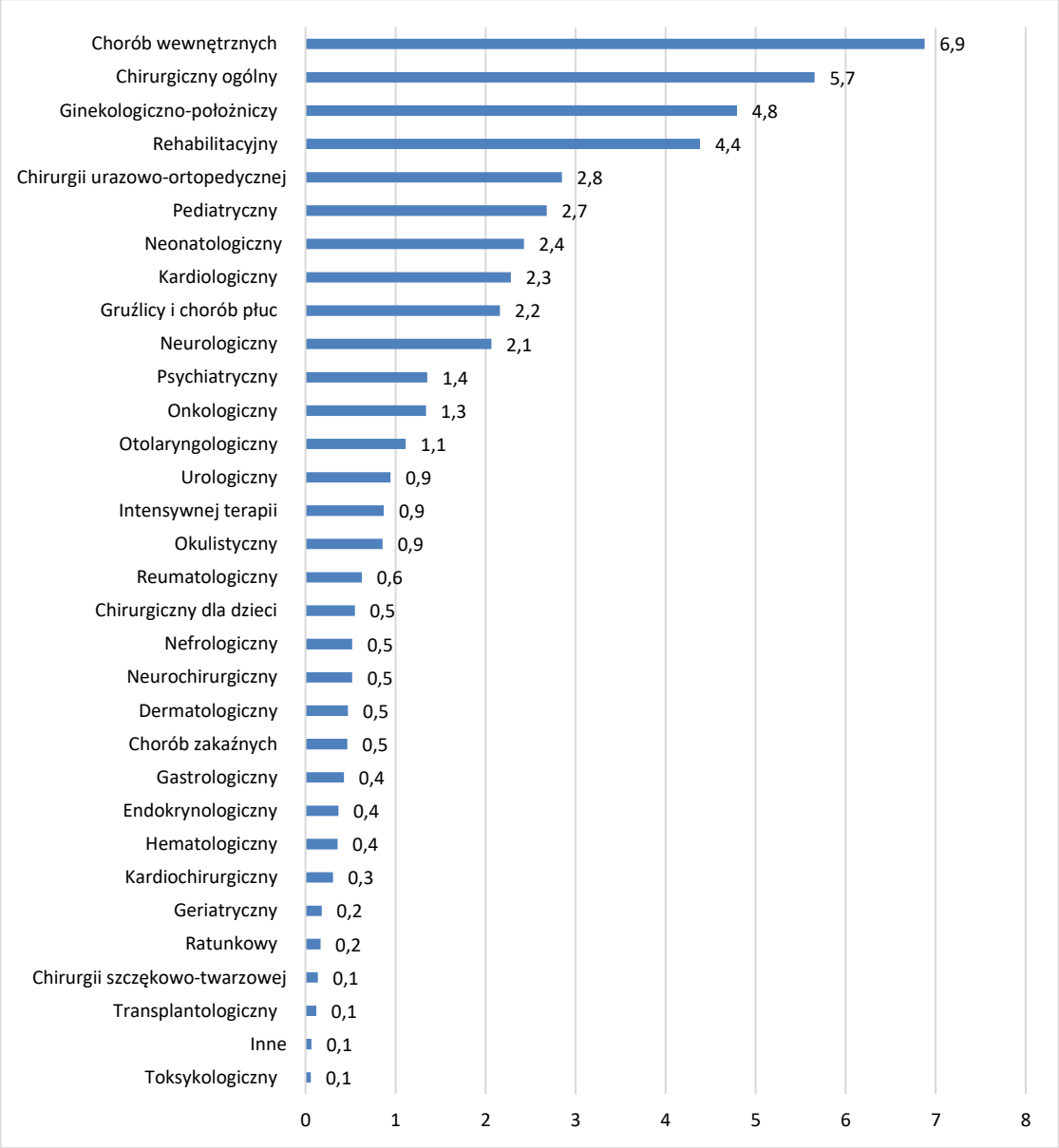


Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD (2019), *Hospital beds*, https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30183, data dostępu: 8 marzec 2019.

W 2012 r. najwięcej łóżek na 10 tys. ludności wśród oddziałów znajdowało się na oddziałach chorób wewnętrznych (6,88 łóżka), a najmniej na toksykologii (0,06 łóżka) – Wykres 56. Pomijając kategorię „Inne", sytuacja była identyczna w 2017 r. (Wykres 57). Na oddziałach toksykologicznych zanotowano w

całej Polsce 0,07 łóżek na 10 tys. mieszkańców, a na oddziale chorób wewnętrznych 6,26 łóżka. W badanym okresie najwięcej łóżek przybyło na oddziałach rehabilitacyjnych (0,39) i chorób zakaźnych (0,36) – Wykres 58. W największym stopniu zmniejszyła się liczba łóżek na oddziałach chorób wewnętrznych (o 0,62) i chirurgii ogólnej (o 0,3).[20]

Wykres 56. Liczba łóżek według oddziałów na 10 tys. ludności. Stan na 31 XII 2012 r.

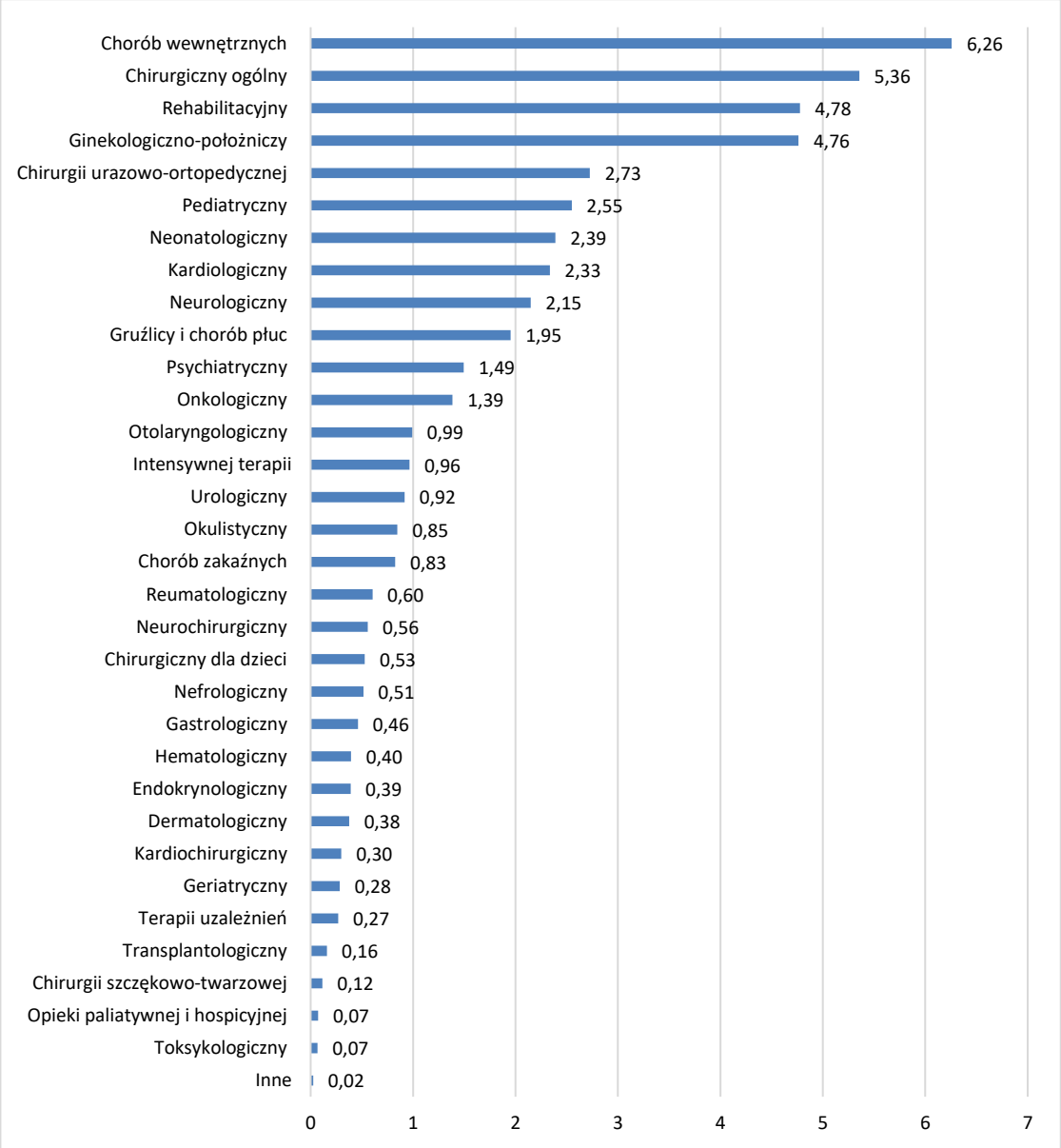


Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-

[20] Analizę porównawczą wykonano tylko dla oddziałów, dla których podano dane za obydwa okresy.

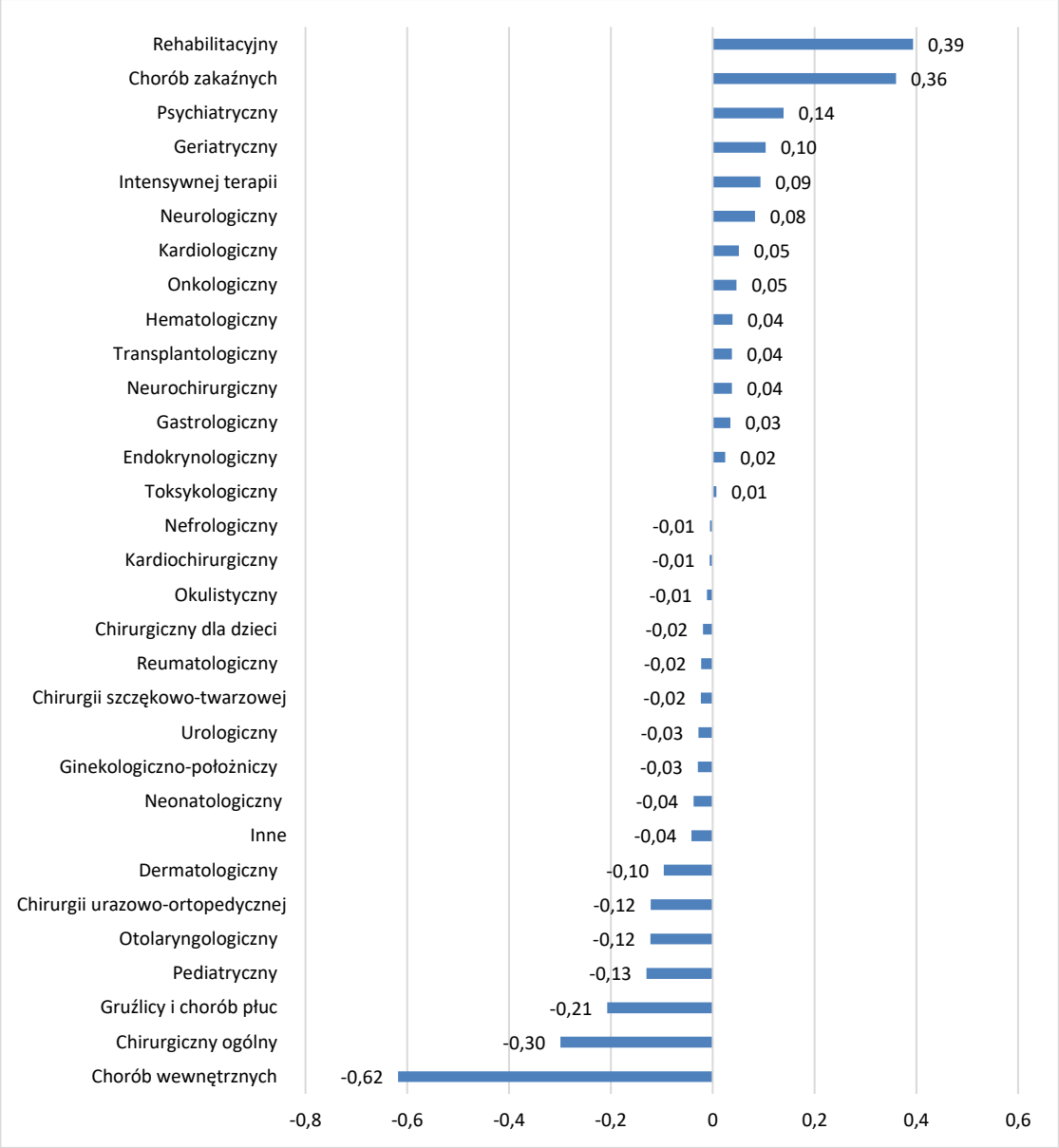
,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019 i GUS (2019), *Bank danych lokalnych*, https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat, data dostępu: 6 marzec 2019.

Wykres 57. Liczba łóżek według oddziałów na 10 tys. ludności. Stan na 31 XII 2017 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, i GUS (2019), *Bank danych lokalnych*, https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat, data dostępu: 6 marzec 2019.

Wykres 58. Różnica w liczbie łóżek według oddziałów na 10 tys. ludności. Stan na 31 XII danego roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019 i GUS (2019), *Bank danych lokalnych*, https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/temat, data dostępu: 6 marzec 2019.

Największą liczbę leczonych w 2017 r. (zarówno ogółem, jak i na 10 tys. ludności) zaobserwowano na oddziale ginekologiczno-położniczym (1 132,2 i 294,67 odpowiednio) oraz na oddziale chirurgicznym ogólnym (1 028,71 i 267,74 odpowiednio) – Tabela 26. Z drugiej strony analizowanego zestawienia (pomijając kategorie „Leczeni jednego dnia" i „Inne") znajduje się oddział opieki paliatywnej i hospicyjnej

(3,91 i 1,02 odpowiednio). Oddział opieki paliatywnej i hospicyjnej jest oddziałem o relatywnie wysokiej wartości wykorzystania łóżek (296,66 dni) oraz relatywnie długim średnim pobycie chorego (19,8 dni). Najdłuższy średni pobyt chorego został zaobserwowany na oddziale psychiatrycznym (28,51), a najkrótszy na oddziale okulistycznym (1,77). Interesującą obserwacją jest fakt, że oddział okulistyczny jest oddziałem o największej liczbie leczonych na jedno łóżko (96,57). Oddziałami o najniższej wartości tego wskaźnika są psychiatria (11,71) i rehabilitacja (11,83). Oddział chorób wewnętrznych charakteryzuje się bardzo wysoką wartości osobodni (6 434,92 tys.), oddział toksykologiczny najniższą analizowaną wartością (57,23).

Tabela 26. Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych – leczeni. Stan na 31 XII 2017 r.

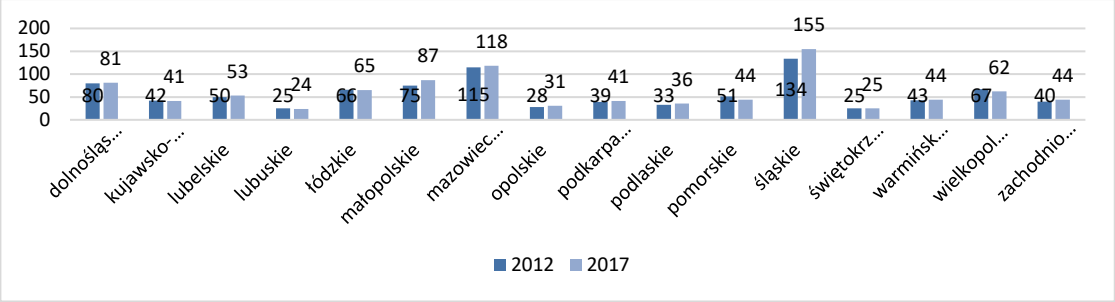
	Leczeni w trybie stacjonarnym (łącznie z ruchem międzyoddziałowym)			Średni pobyt chorego w dniach	Wykorzystanie łóżek w dniach	Osobodni w tys.
	ogółem w tys.	na 10 tys. ludności	na jedno łóżko			
Razem	8458,61	2201,48	45,27	5,31	240,34	44906,54
w tym:						
Chirurgiczny dla dzieci	136,59	35,55	66,76	2,91	194,18	397,30
Chirurgiczny ogólny	1028,71	267,74	49,69	4,45	221,18	4579,19
Chirurgii szczękowo-twarzowej	25,74	6,70	56,32	3,12	175,85	80,36
Chirurgii urazowo-ortopedycznej	483,41	125,81	45,42	4,81	218,59	2326,42
Chorób wewnętrznych	985,48	256,49	40,88	6,53	266,95	6434,92
Chorób zakaźnych	150,11	39,07	46,87	5,12	240,08	768,97
Dermatologiczny	60,49	15,74	41,83	5,53	231,27	334,41
Endokrynologiczny	92,91	24,18	62,56	4,27	267,07	396,59
Gastrologiczny	113,40	29,51	64,29	4,29	275,57	486,10
Geriatryczny	31,89	8,30	29,23	8,27	241,62	263,61
Ginekologiczno-położniczy	1132,20	294,67	62,33	3,47	216,26	3928,40
Gruźlicy i chorób płuc	248,40	64,65	33,06	7,75	256,17	1924,87
Hematologiczny	75,08	19,54	49,99	6,07	303,33	455,60
Intensywnej terapii	116,42	30,30	29,15	8,17	238,03	950,70
Kardiochirurgiczny	43,83	11,41	38,85	6,50	252,60	284,94
Kardiologiczny	581,02	151,22	63,39	4,17	264,41	2423,62
Nefrologiczny	85,58	22,27	43,05	6,31	271,45	539,64
Neonatologiczny	409,96	106,70	44,89	4,45	199,88	1825,49
Neurochirurgiczny	87,48	22,77	37,48	6,28	235,28	549,13
Neurologiczny	333,97	86,92	40,26	6,82	274,48	2276,92
Okulistyczny	321,18	83,59	96,57	1,77	170,81	568,10
Onkologiczny	343,97	89,52	64,94	3,95	256,57	1359,05
Opieki paliatywnej i hospicyjnej	3,91	1,02	14,98	19,80	296,66	77,43

Otolaryngologiczny	241,31	62,81	62,44	2,97	185,53	717,06
Pediatryczny	446,73	116,27	45,74	4,01	183,22	1789,35
Psychiatryczny	67,15	17,48	11,71	28,51	334,02	1914,59
Rehabilitacyjny	223,80	58,25	11,83	23,20	274,46	5192,02
Reumatologiczny	84,76	22,06	36,11	6,56	236,75	555,65
Terapii uzależnień	19,38	5,04	18,54	17,13	317,67	331,97
Toksykologiczny	12,35	3,22	48,25	4,63	223,55	57,23
Transplantologiczny	24,08	6,27	38,22	6,90	263,69	166,12
Urologiczny	253,23	65,91	68,96	3,25	224,21	823,31
Leczenia jednego dnia	2,64	0,69	13,92	0,74	10,35	1,96
Inne	3,12	0,81	33,17	8,29	275,06	25,86

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019

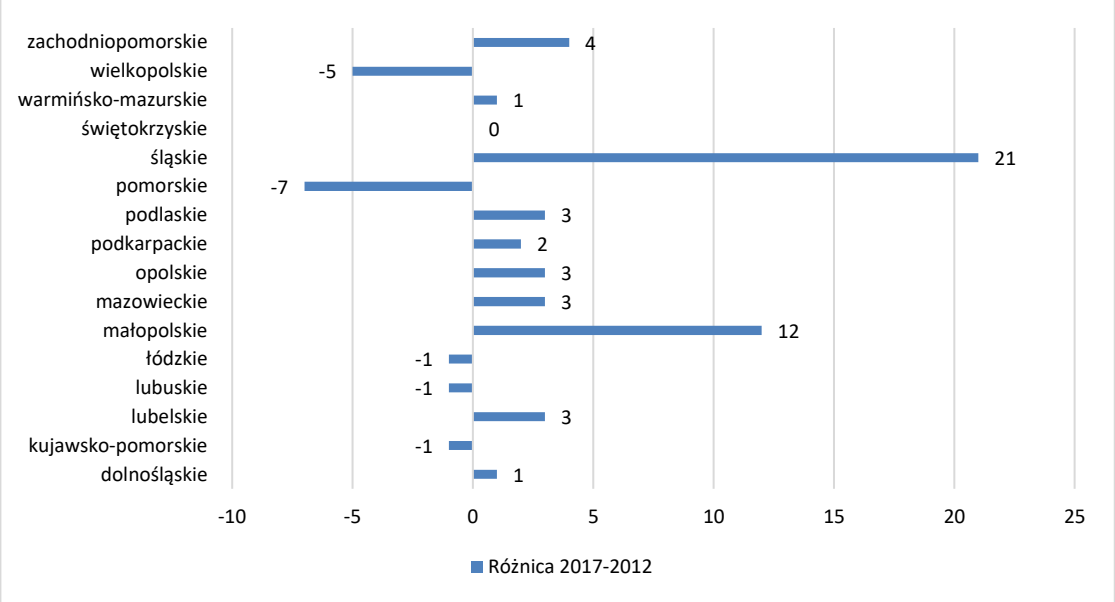
Liczba szpitali w Polsce była równa 951 w 2017 r., co jest wartością większą niż ta w 2012 r. o 38 szpitali. Najwięcej szpitali w 2017 r. znajduje się w województwie śląskim (155), a najmniej w województwie lubuskim (24) i świętokrzyskim (25) – Wykres 59. Analizując przyrost liczby szpitali w okresie 2012-2017, na uwagę zasługuje województwo śląskie, ponieważ to w tym województwie przybyło najwięcej (21) szpitali) – Wykres 60. Co ciekawe, w wielu województwach liczba szpitali uległa zmniejszeniu – w największym stopniu (o 7) w województwie pomorskim. W okresie 2012-2017 liczba łóżek w polskich szpitalach zmalała z 188 820 do 185 263. Najwięcej łóżek w 2017 r. znajdowało się w województwie mazowieckim (26 049) i województwie śląskim (25 091) – Wykres 61. Z drugiej strony spektrum znajduje się województwo lubuskie (4 401 łóżek) oraz województwo opolskie (4 569 łóżek). Liczba łóżek urosła najbardziej w województwie kujawsko-pomorskim (o 287). Jak w przypadku szpitali, tak i w przypadku łóżek są województwa, w których w latach 2012-2017 zmalała liczba łóżek (Wykres 62). Co ciekawe, województwem z największym ubytkiem łóżek jest województwo śląskie (o 910). W 2017 r. liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców w Polsce wynosiła 48,20, co jest wynikiem mniejszym o 0,80 w porównaniu z 2012 r. Dalej analizując liczbę łóżek w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców liderem w 2017 r. było województwo śląskie (55,17), a na bliskim drugim miejscu znajdowało się województwo lubelskie (52,63) – Wykres 63. Najmniej wyposażone są szpitale w województwie pomorskim, w którym w 2017 r. było tylko 39,82 łóżek na 10 tys. ludności. Najwięcej łóżek na 10 tys. ludności dodano w województwie kujawsko-pomorskim (1,67) oraz województwie podlaskim (1,54) – Wykres 64. Z drugiej strony listy znajdują się województwa opolskie (ze stratą 3,08) oraz zachodniopomorskie (ze spadkiem o 2,43).

Wykres 59. Liczba szpitali według województw. Stan na 31 XII danego roku



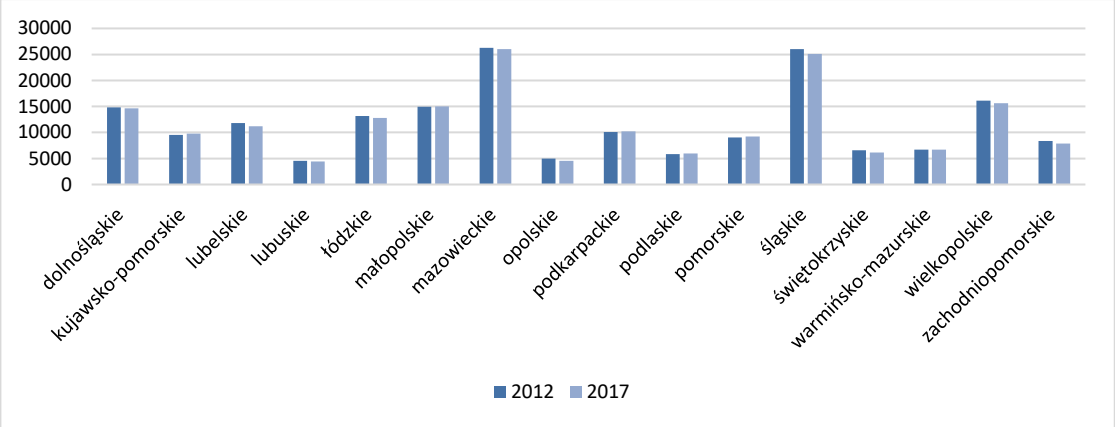
Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

Wykres 60. Różnica pomiędzy liczbą szpitali według województw. Stan na 31 XII danego roku



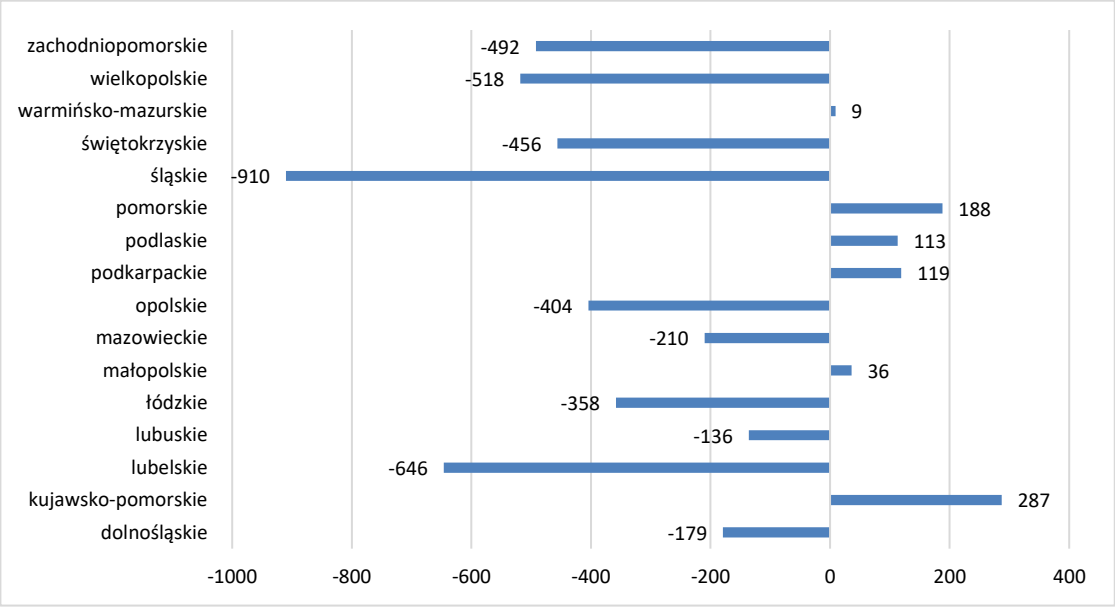
Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

Wykres 61. Liczba łóżek według województw. Stan na 31 XII danego roku



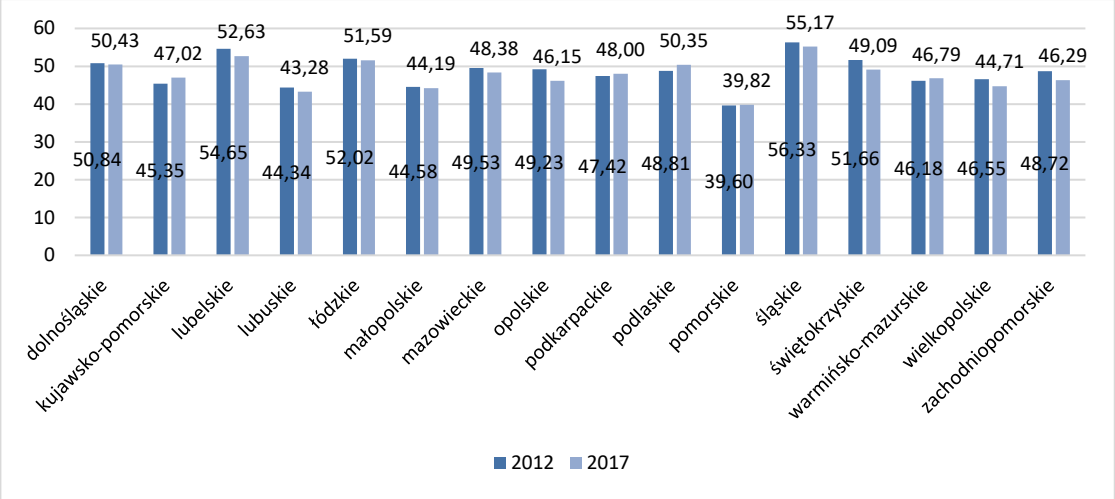
Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

Wykres 62. Różnica pomiędzy liczbą łóżek według województw. Stan na 31 XII danego roku



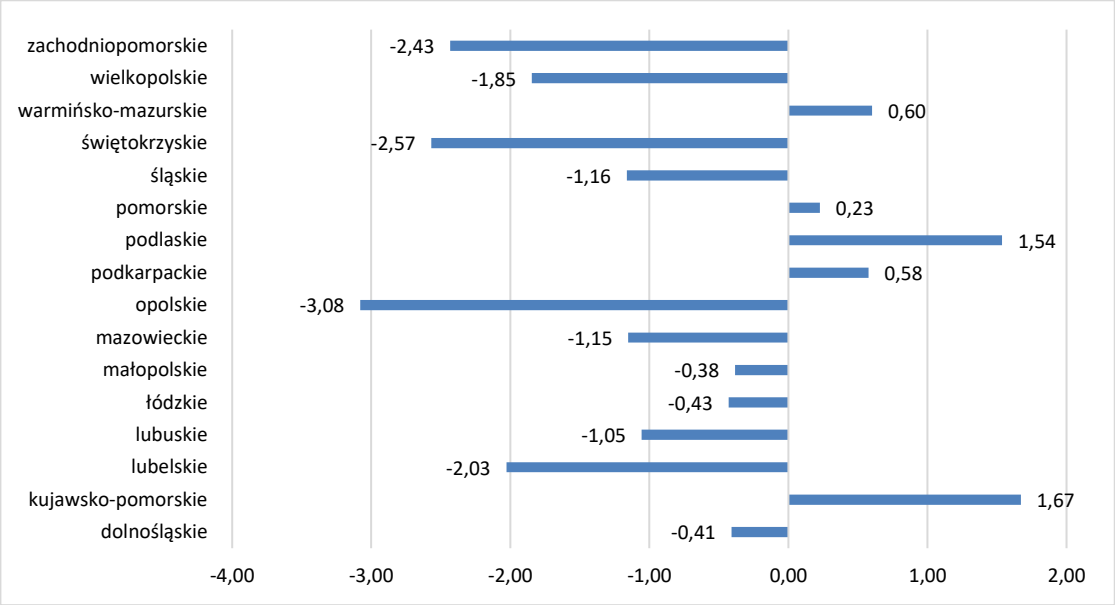
Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

Wykres 63. Liczba łóżek według województw – na 10 tys. ludności. Stan na 31 XII danego roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

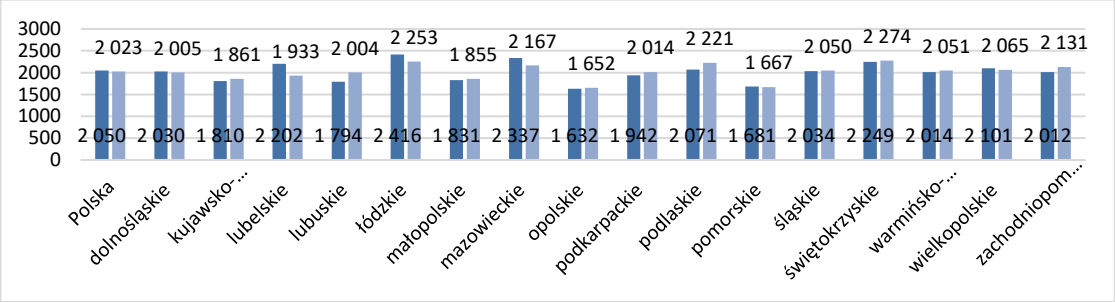
Wykres 64. Różnica pomiędzy liczbą łóżek według województw – na 10 tys. ludności. Stan na 31 XII danego roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

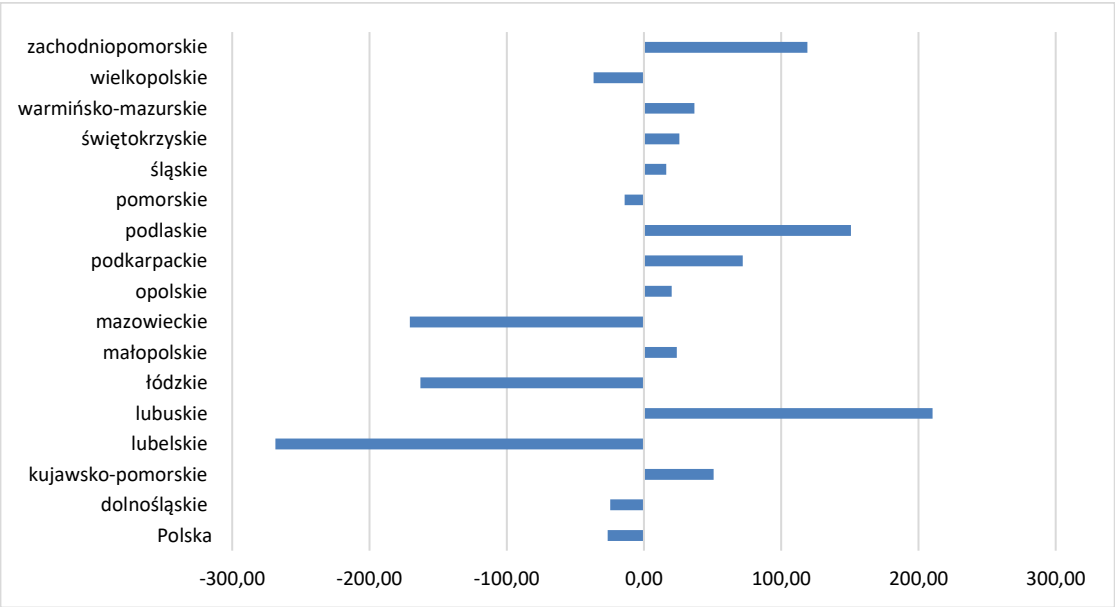
W 2017 liczba leczonych na 10 tys. ludności w Polsce była równa 2 023,13 – 26,46 mniej niż w 2012 r. Największą liczbę leczonych na 10 tys. ludności w 2017 r. odnotowano w województwie łódzkim (2 252,72), świętokrzyskim (2 274,47) i podlaskim (2 221,50) – Wykres 65. Najmniej osób jest leczonych w województwie opolskim (1 652,28) i pomorskim (1 667,29). Co ciekawe, podane województwa zajmują blisko analogiczne miejsca w zestawieniu z 2012 r. W siedmiu województwach zaobserwowano spadek liczby leczonych na 10 tys. ludności (Wykres 66). Największy taki spadek wyliczono dla województwa lubelskiego (o 268,52). Z drugiej strony spektrum znajduje się województwo lubuskie ze wzrostem liczby leczonych na 10 tys. ludności o 210,28.

Wykres 65. Liczba leczony według województw – na 10 tys. ludności. Stan na 31 XII danego roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

Wykres 66. Różnica pomiędzy liczbą leczony według województw – na 10 tys. ludności. Stan na 31 XII danego roku

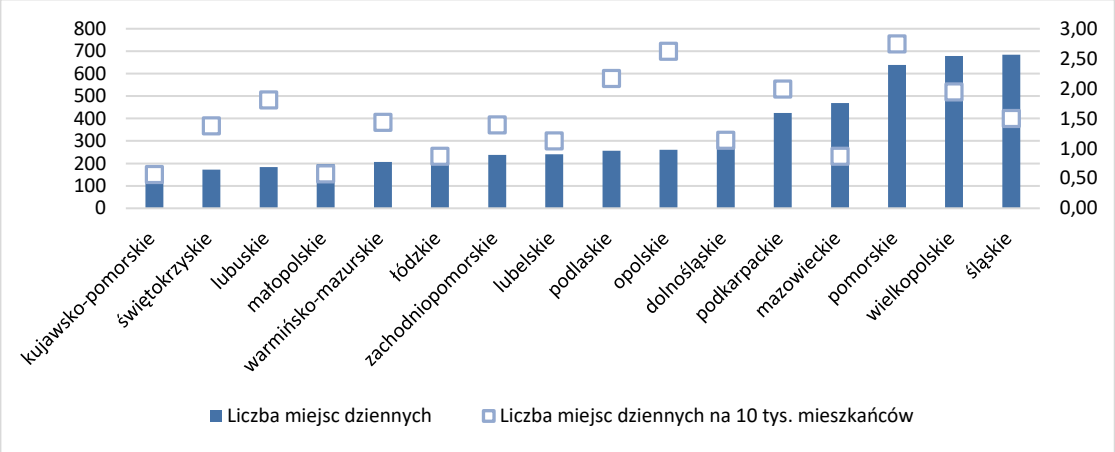


Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-

,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

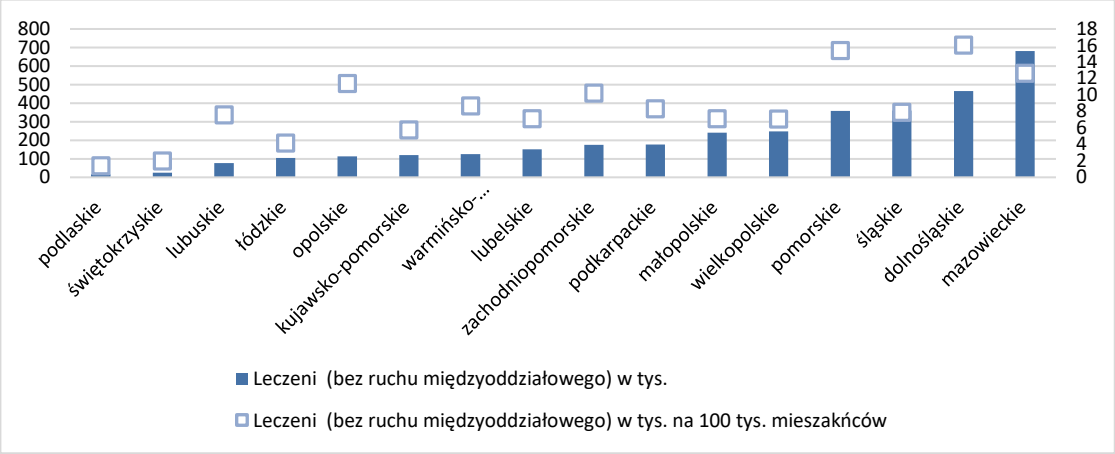
Najnowsze dane zawierające liczbę miejsc w szpitalach ogólnych w trybie dziennym wskazują, że analizowana liczba miejsc w 2017 r. (5 313) była niższa niż w roku poprzednim (5 821). Najwięcej analizowanych miejsc znajdowało się w województwie śląskim (684), a najmniej w województwie kujawsko-pomorskim (118) – Wykres 67. Przeliczając liczbę miejsc w szpitalach ogólnych w trybie dziennym na 10 tys. mieszkańców, liderem jest województwo pomorskie (2,75), a niedaleko za nim jest województwo opolskie (2,63). Najgorzej pod tym względem wypadają województwa kujawsko-pomorskie (0,57) oraz małopolskie (0,58). Liczba leczonych (bez ruchu międzyoddziałowego) w trybie dziennym w 2017 r. wynosiła 3437,9 tys., tj. była o 203,2 tys. wyższa niż w 2016 r. Liderem pod względem wartości bezwzględnych jest województwo mazowieckie (681,195 tys.), które znacząco odbiega od województwa dolnośląskiego (465,808 tys.), zajmującego drugie miejsce w analizowanym zestawieniu (Wykres 68). Najmniejsza liczba leczonych (bez ruchu międzyoddziałowego) w trybie dziennym została odnotowana w województwie świętokrzyskim (24,784 tys.). Przekładając analizowany wskaźnik na wartość na 100 tys. ludności, to województwo dolnośląskie jest liderem (16,05). Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że istnieje znaczna przepaść pomiędzy wartościami analizowanego wskaźnika pomiędzy województwem wiodącym i województwem z drugiej strony spektrum (tj. województwem podlaskim: 1,41).

Wykres 67. Liczba miejsc w szpitalach ogólnych w trybie dziennym według województw – wartości bezwzględne oraz na 10 tys. ludności. Stan na 31 XII 2017 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

Wykres 68. Liczba leczonych (bez ruchu międzyoddziałowego) w trybie dziennym według województw – wartości bezwzględne oraz na 100 tys. ludności. Stan na 31 XII 2017 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

W porównaniu z 2016 r. liczba leczonych w oddziałach stacjonarnych wzrosła o 37,13 tys. w 2017 r. Najwięcej (13,39%, tj. 1 132,20 tys.) osób leczono na oddziałach ginekologiczno-położniczych, chirurgii ogólnej (12,16%, 1 027,71 tys.) oraz chorób wewnętrznych (11,65%, 985,48 tys.). Najmniej (pomijając kategorie „Inne" i „Leczenia jednego dnia") natomiast na oddziale opieki paliatywnej i hospicyjnej (0,05%), toksykologii (0,28%, 24,08 tys.) i terapii uzależnień (0,23%, 19,38 tys.). W przeliczeniu na jedno łóżko najwięcej leczonych w opisywanym trybie znajdowało się na oddziale okulistycznym (96,57). Jest to oddział wyjątkowo mocno oblegany, czego dowodem jest fakt, że drugim w badanym zestawieniu oddziałem jest oddział urologiczny z 68,96 leczonymi na jedno łóżko. Znaczna dysproporcja pod względem analizowanego wskaźnika jest podkreślana przez fakt, że oddziały z najmniejszą liczbą leczonych na jedno łózko (psychiatryczny – 11,71 – i rehabilitacyjny – 11,83) odbiegają nie tylko od lidera, ale również od średniej wartości.

Tabela 27. Leczeni w trybie stacjonarnym (łącznie z ruchem międzyoddziałowym) w szpitalach ogólnych według oddziałów. Stan na 31 XII 2017 r.

	Ogółem w tys.	% dla 2017 r.	Na jedno łóżko
Ogółem 2016	8 421,48		45,34
Ogółem 2017	8 458,61	100%	45,27
w tym:			
Chirurgiczny dla dzieci	136,59	1,61%	66,76
Chirurgiczny ogólny	1 028,71	12,16%	49,69
Chirurgii szczękowo-twarzowej	25,74	0,30%	56,32
Chirurgii urazowo-ortopedycznej	483,41	5,71%	45,42
Chorób wewnętrznych	985,48	11,65%	40,88
Chorób zakaźnych	150,11	1,77%	46,87
Dermatologiczny	60,49	0,72%	41,83
Endokrynologiczny	92,91	1,10%	62,56
Gastrologiczny	113,40	1,34%	64,29
Geriatryczny	31,89	0,38%	29,23
Ginekologiczno-położniczy	1 132,20	13,39%	62,33
Gruźlicy i chorób płuc	248,40	2,94%	33,06
Hematologiczny	75,08	0,89%	49,99
Intensywnej terapii	116,42	1,38%	29,15

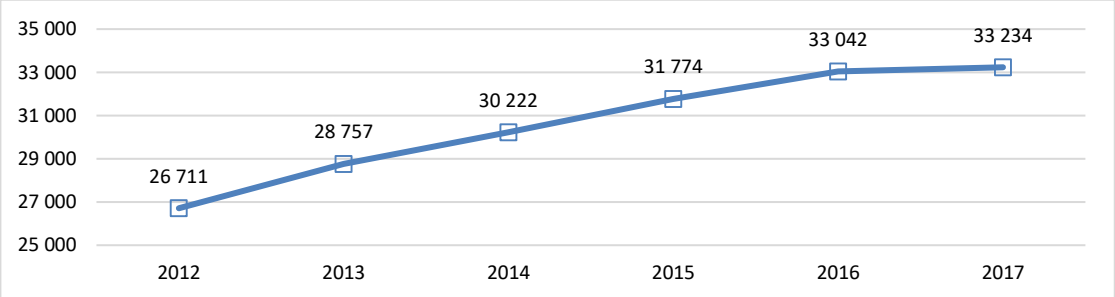
Kardiochirurgiczny	43,83	0,52%	38,85
Kardiologiczny	581,02	6,87%	63,39
Nefrologiczny	85,58	1,01%	43,05
Neonatologiczny	409,96	4,85%	44,89
Neurochirurgiczny	87,48	1,03%	37,48
Neurologiczny	333,97	3,95%	40,26
Okulistyczny	321,18	3,80%	96,57
Onkologiczny	343,97	4,07%	64,94
Opieki paliatywnej i hospicyjnej	3,91	0,05%	14,98
Otolaryngologiczny	241,31	2,85%	62,44
Pediatryczny	446,73	5,28%	45,74
Psychiatryczny	67,15	0,79%	11,71
Rehabilitacyjny	223,80	2,65%	11,83
Reumatologiczny	84,76	1,00%	36,11
Terapii uzależnień	19,38	0,23%	18,54
Toksykologiczny	12,35	0,15%	48,25
Transplantologiczny	24,08	0,28%	38,22
Urologiczny	253,23	2,99%	68,96
Leczenia jednego dnia	2,64	0,03%	13,92
Inne	3,12	0,04%	33,17

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

Analizowane dane na temat szpitali i łóżek wskazują na kontynuację znacznego zróżnicowania województw pod względem badanych zasobów rzeczowych w służbie zdrowia. Tak jak w 2012 r., w 2017 r. widoczne jest zróżnicowanie województw pod względem liczby leczonych. Istnieje również dość znacząca różnica w liczbie miejsc w szpitalach ogólnych w trybie dziennym pomiędzy województwami. Należy jednak zaznaczyć, że zróżnicowanie odnośnie do np. liczby leczonych na łóżko mogą wynikać nie tylko z różnic w finansowaniu, ale również z różnic związanych z rodzajami chorób oraz koniecznym leczeniem.

Liczba pacjentów zakładów opieki długoterminowej rośnie w Polsce z roku na rok bez oznak wyhamowania. Pomiędzy 2012 r. i 2017 r. analizowana liczba pacjentów wzrosła o 24,42% do 33 234. Dużym problemem w przypadku starzejącego się społeczeństwa jest rosnąca liczba osób starszych wymagających długoterminowej opieki. Ta obserwacja jest potwierdzona przez fakt, że od 2012 r. do 2017 r. liczba pacjentów zakładów opieki długoterminowej wzrosła w największym stopniu (42,09%) w przedziale wiekowym 80 lat i więcej. W drugiej kolejności jest przedział 65-74 lata (39,22%). Grupa wiekowa 80 lat i więcej jest również zdecydowanie najliczniejszą grupą wiekową pod badanym względem.

Wykres 69. Liczba pacjentów zakładów opieki długoterminowej. Stan na 31 XII danego roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*,

https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2016-r-,1,7.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015-roku,1,6.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2013-r-,1,4.html, data dostępu: 6 marzec 2019 i GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

Tabela 28. Struktura wieku pacjentów zakładów opieki długoterminowej. Stan na 31 XII danego roku

Rok	do 18 lat	19-40	41-60	61-64	65-74	75-79	80 lat i więcej
2012	1,80%	3,50%	15,51%	7,02%	15,84%	14,72%	41,60%
2013	1,56%	3,20%	14,63%	6,79%	16,67%	14,34%	42,80%
2014	1,64%	2,96%	13,72%	6,51%	16,83%	13,83%	44,51%
2015	1,58%	2,85%	13,12%	6,48%	16,65%	12,98%	46,34%
2016	1,54%	3,07%	12,63%	6,88%	18,10%	13,55%	44,22%
2017	1,55%	2,63%	11,60%	6,33%	17,73%	12,65%	47,51%

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2016-r-,1,7.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015-roku,1,6.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2013-r-,1,4.html, data dostępu: 6 marzec 2019 i GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

W latach 2012-2017 liczba oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych wzrosła z 6 716 do 7 234 (Tabela 29). Wzrost ten, przy relatywnie niezmienionym stanie liczby leczonych (łącznie z ruchem międzyoddziałowym) przełożył się na malejącą liczbę leczonych w przeliczeniu na oddział (z 1 621,02 od 1 224,61). Uszczupleniu uległa również liczba łóżek w oddziałach stacjonarnych (z 188 820 w 2012 r. do 185 263 w 2017 r.). Liczba leczonych na łóżko w oddziałach stacjonarnych nie uległa znacznej zmianie. W 2012 r. wartość tego wskaźnika była równa 44,15, a w 2017 r. 45,66. Należy tu jednak zaznaczyć, że wskaźnik pokazujący liczbę leczonych (łącznie z ruchem międzyoddziałowym) na łóżko w oddziałach stacjonarnych wykazuje tendencję wzrostową.

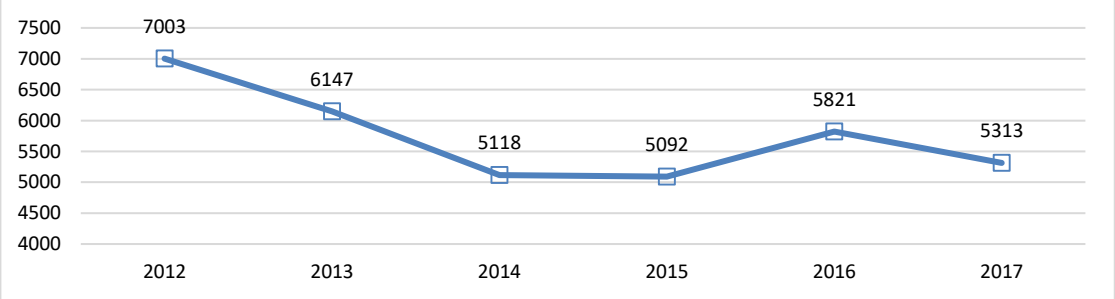
Tabela 29. Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych: Infrastruktura i leczeni. Stan na 31 XII danego roku

Rok	Oddziały	Leczeni (łącznie z ruchem międzyoddziałowym) w tys.	Leczeni (w tys.) na oddział	Łóżka	Leczeni na łóżko
2012	6 716	8 337,02	1 621,02	188 820	44,15
2013	6 892	8 471,69	1 579,69	187 763	45,12
2014	7 063	8 459,10	1 396,10	188 116	44,97
2015	6 978	8 397,51	1 419,51	186 994	44,91
2016	7 062	8 421,48	1 359,48	186 607	45,13
2017	7 234	8 458,61	1 224,61	185 263	45,66

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2016-r-,1,7.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015-roku,1,6.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2013-r-,1,4.html, data dostępu: 6 marzec 2019 i GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

Liczba miejsc dziennych w szpitalach ogólnych charakteryzuje się tendencją malejącą (Tabela 29). O ile w 2012 r. analizowany wskaźnik przyjmowała wartość 7 003, o tyle w 2017 r. był on już o 24,13% niższy.

Wykres 70. Liczba miejsc dziennych w szpitalach ogólnych. Stan na 31 XII danego roku

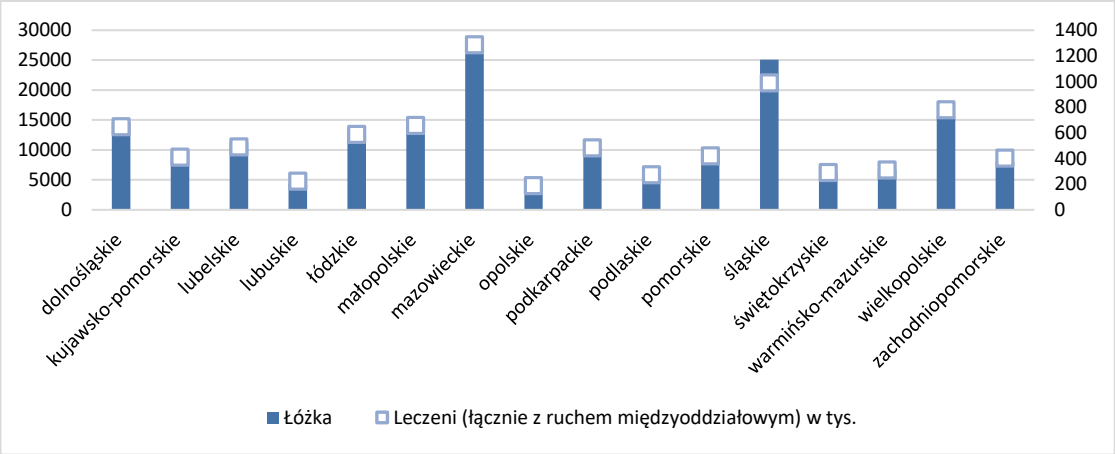


Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2016-r-,1,7.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015-roku,1,6.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.html, data dostępu: 6 marzec 2019, GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2013-r-,1,4.html, data dostępu: 6 marzec 2019 i GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2012-r-,1,3.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

W 2017 r. największa liczba łóżek oraz największa liczba leczonych (łącznie z ruchem międzyoddziałowym) odnośnie do działalności oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych została odnotowana w województwie mazowieckim (26 049 łóżek i 1 288,19 tys. leczonych) – Wykres 71. Bardzo blisko pod względem liczby łóżek jest województwo śląskie (25 091), ale województwo to znacznie odbiega od województwa mazowieckiego pod względem liczby leczonych (990,24 tys.). Najniższa dostępność analizowanych łóżek znajduje się w województwie lubuskim (4 401) oraz w województwie opolskim (4 569). Co ciekawe, są to również województwa z najniższą liczbą leczonych: 223,36 tys. i 190,24 tys. odpowiednio. Z drugiej jednak strony, tj. w przeliczeniu liczby leczonych na liczbę łóżek, województwo lubuskie zajmuje drugą pozycję wśród wszystkich województw (50,75) – liderem jest województwo

zachodniopomorskie (51,06). Na uwagę zasługuje również województwo wielkopolskie (49,99) oraz województwo mazowieckie (49,45). Najmniej leczonych na łóżko w 2015 r. w oddziałach stacjonarnych odnotowano w województwie śląskim (39,47).

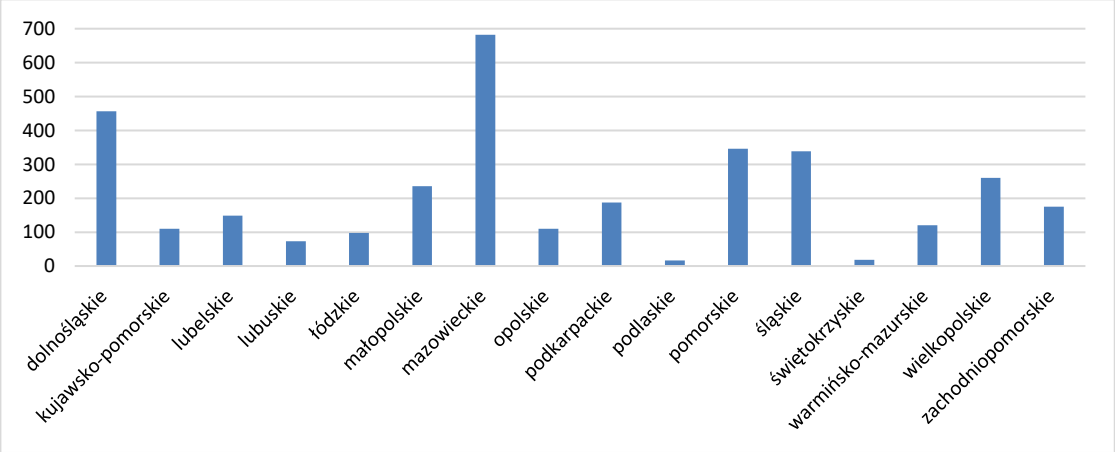
Wykres 71. Liczba łóżek oraz największa liczba leczonych (łącznie z ruchem międzyoddziałowym) odnośnie do działalności oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych według województw. Stan na 31 XII 2017 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

Największa liczba leczonych w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych w 2017 r. znajdowała się w województwie mazowieckim (682,5 tys.) – Wykres 72. Na drugim miejscu pod względem wartości analizowanego wskaźnika znajduje się województwo dolnośląskie (456 tys.). Te dwa wiodące województwa w znaczny sposób odbiegają od reszty województw. Najniższa liczba leczonych w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych została odnotowana w województwie świętokrzyskim (17,9 tys.) i podlaskim (16,3 tys.).

Wykres 72. Liczba leczonych w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych według województw. Stan na 31 XII 2017 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2019), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html, data dostępu: 6 marzec 2019.

Wnioski

Przeprowadzona w tym badaniu analiza potwierdza kluczowe obserwacje KRS z 2015 r. odnośnie do faktu, że polskie społeczeństwo jest społeczeństwem starzejącym się, co znajduje swoje odzwierciedlenie np. w udziale osób w wieku 80 lat i więcej w opiece długoterminowej. Polska wypada równie niekorzystanie pod względem umieralności – zwłaszcza w przypadku mężczyzn. O ile odnotowano poprawę subiektywnej oceny zdrowia zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, nadal pod względem umieralności, jak i wspomnianej samodiagnozy Polska plasuje się poniżej poziomu obserwowanego dla całej Unii Europejskiej. Plusem jest wydłużający się okres życia kobiet i mężczyzn, ale nadal Polska wypada ogółem gorzej niż Unii Europejska. Na co należy zwrócić uwagę to fakt, że długość życia jest różna pomiędzy województwami w Polsce.

Przedstawione powyższe obserwacje są wynikiem problemów w polskiej służbie zdrowia, które zostały już wyszczególnione w oryginalnym KRS. Przede wszystkim Polska nadal boryka się z niewystarczającymi wydatkami na ochronę zdrowia, co bezsprzecznie przyczynia się do drugiego kluczowego problemu omawianego sektora, którym są zatrważające braki kadrowe. Należy pamiętać, że brak finansowania sektora publicznego oraz brak dostępności lekarzy w tym sektorze wypycha chorych do sektora prywatnego. Taka zmiana jest niekorzystna dla pacjentów starszych, którzy zazwyczaj władają niższym dochodem rozporządzalnym. Tak, jak w przypadku analizy demograficznej oraz epidemiologicznej, tak i w przypadku zasobów (szpitali, lekarzy, łóżek, specjalistów) istnieje znaczne zróżnicowanie pomiędzy polskimi województwami, co potencjalnie zmusza pacjentów do intra-krajowej turystyki medycznej.

Mając powyższe na uwadze można powiedzieć, że diagnoza KRS odnośnie do problemów w polskiej służbie zdrowia jest nadal aktualna.

Załącznik nr 3. Narzędzia badawcze

3.1. IDI z przedstawicielami MIiR i MZ

Scenariusz stanowi ogólny zarys rozmowy. W zależności od specyfiki respondenta, zakresu jego wiedzy i kompetencji część pytań będzie pomijana, a mocniej eksplorowane inne.

Lp.	Pytanie
Cele i priorytety	
1.	Jak Pan/i ocenia z perspektywy czasu cele i priorytety wskazane w Policy paper? Co stało za takim określeniem celów i priorytetów? Czy to podejście może się sprawdzić w przyszłości? Dlaczego? Jaka jest alternatywa?
2.	Co jest według Pana/Pani najlepszą miarą skutecznej realizacji celów Policy paper? W przypadku których celów można mówić o najbardziej skutecznej realizacji? Dlaczego? A które są najmniej skutecznie realizowane? Dlaczego?
3.	Co jest według Pana/Pani najlepszą miarą efektywnej realizacji celów Policy paper? W przypadku których celów można mówić o najbardziej efektywnej realizacji? Dlaczego? A które są najmniej efektywnie realizowane? Dlaczego?
4.	Czy może Pan/i wskazać, które działania najmocniej przyczyniają się do realizacji celów Policy paper? Czy są takie priorytety? Programy? Typy projektów? Dlaczego te? Które z nich warto kontynuować? A czy są takie, z których można zrezygnować w przyszłości?
5.	A czy obserwował/a Pan/i brak spójności między Policy paper a interwencją współfinansowaną z środków unijnych? Czy może Pan/i podać konkretne przykłady? Z czego wynika ten brak spójności?
6.	Patrząc z kolei na inne działania administracji w zakresie ochrony zdrowia, czy one są spójne z Policy paper? Czy może Pan/i podać konkretne przykłady braku spójności? Z czego wynika ten brak spójności?
7.	A czy spotkał się Pan/i z brakiem spójności celów/priorytetów Policy paper ze strategiami sektorowymi/regionalnymi/innymi? Gdzie? W jakim zakresie? Z czego wynika ten brak spójności?

8.	Czy według Pana/i można zauważyć synergię/wartość dodaną efektów działań realizowanych w oparciu o Policy paper? Czy może Pan/i podać przykłady takich działań/projektów? Jakie czynniki sprzyjają osiągnięciu synergii efektów? A jakie uniemożliwiają?
9.	W jakim zakresie Policy paper jest spójna z Celami SE2020? [moderator ma przygotowaną listę celów] Które cele są realizowane przez Policy paper, w jakim zakresie/jakimi metodami?
Percepcja Policy paper	
10.	Jakie można wskazać bariery w odbiorze Policy paper?
11.	Jak ocenia Pan/i zrozumiałość dokumentu Policy paper? Które fragmenty budzą wątpliwości? Jakie?
12.	Czy według Pana/i Policy paper w sposób jasny i przejrzysty wskazuje kierunki polskiej polityki ochrony zdrowia? Co może budzić wątpliwości?
13.	Czy w oparciu o obecne zapisy łatwo komunikować założenia Policy paper? Dlaczego?
Monitoring, wskaźniki itd.	
14.	Czego oczekiwał(a)by Pan/i od skutecznego monitoringu Policy paper?
15.	Na czym według Pana/i powinna skupiać się aktywność monitoringowa? Jakie dane powinna gromadzić?
16.	[MOD.: Przedstaw materiał pomocniczy z zestawem wskaźników Policy paper] Jak ogólnie ocenia Pan/I niniejszy zestaw wskaźników? Czy pozwala on skutecznie monitorować postęp we wdrażaniu Policy paper? Jeśli nie, dlaczego? Czy jakiegoś wskaźnika Pana/I zdaniem brakuje? Jeśli tak, jakiego I dlaczego?
17.	Czy wnioski płynące z monitoringu i ewaluacji Policy paper i/ lub interwencji w obszarze ochrony zdrowia są wykorzystywane? Jeżeli tak, w jaki sposób, w jakiem zakresie? Jeżeli nie, co powoduje, że nie są wykorzystywane?
18.	Co można zmienić, aby były wykorzystywane?
19.	Gdzie były dotychczas największe problemy ze zbieraniem danych? Z czego wynikały te problemy?
Zaktualizowane Policy paper	

20.	Jakie są Pana/Pani oczekiwania względem zaktualizowanego Policy paper? Z czego to wynika?
21.	Na jakie/czyje potrzeby powinien odpowiadać? Dlaczego?
22.	Jaki poziom szczegółowości powinien mieć Policy paper? Co mogłoby poprawić jego elastyczność? W jakim zakresie ta elastyczność jest potrzebna i dlaczego?
23.	Czy obecny Policy paper przyniósł jakieś rozczarowania? Jakie? Jak uniknąć ich w zaktualizowanym Policy paper?
24.	Co należałoby bezwzględnie kontynuować w zaktualizowanym Policy paper? A z czego zrezygnować? Dlaczego?
25.	Czego zabrakło w Policy paper i warto to uwzględnić w zaktualizowanej wersji? Dlaczego?
Podsumowanie	
26.	Czy jest jeszcze coś ważnego o co nie zapytałem/łam a chciał(a)by Pan/i przy okazji tego badania o tym powiedzieć?
27.	Zakończyć wywiad, podziękować respondentowi.

3.2. CAWI/CATI z IZ RPO

Szanowni Państwo,

Na zlecenie Ministerstwa Zdrowia prowadzimy przegląd śródokresowy założeń dokumentu „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020". Jako, że uczestniczą Państwo aktywnie we wdrażaniu zapisów dokumentu i jednocześnie są jednym z jego głównych beneficjentów, Państwa udział w niniejszej ankiecie jest nieodzownym warunkiem powodzenia całego badania i przydatności jego wyników. Państwa opinie i spostrzeżenia zostaną wykorzystane w procesie oceny postępu wdrażania dokumentu, stosowanych w tym celu narzędzi oraz wprowadzania ewentualnych zmian w zakresie wsparcia dostępnego w ramach obecnej perspektywy finansowej.

Informujemy, że ankieta jest **poufna**, a pozyskane odpowiedzi będą przedstawiane tylko w postaci zbiorczych zestawień np. tabel czy wykresów. Zebrane dane posłużą wyłącznie do analiz w ramach przedmiotowego badania i nie będą wykorzystywane w żadnym innym celu.

Wypełnienie ankiety zajmuje ok. 30 minut.

Bardzo prosimy o udzielanie odpowiedzi na wszystkie pytania. O ile nie wskazano inaczej, pytania dają możliwość jednokrotnego wyboru odpowiedzi. Mają Państwo możliwość cofania ankiety (bez utraty wpisanych odpowiedzi) – służy do tego przycisk "Wstecz" widoczny na dole strony. Częściowo wypełnioną ankietę można zapisać i powrócić do niej w dogodnym terminie lub po zebraniu dodatkowych informacji. Po udzieleniu odpowiedzi na wszystkie pytania prosimy wcisnąć przycisk "Wyślij".

W przypadku pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt *z koordynatorem badań kwestionariuszowych – imię, nazwisko, telefon, e-mail)*

Z poważaniem,

Zespół badawczy Ecorys Polska Sp. z o. o.

METRYCZKA

1) **Proszę wskazać, jakie stanowisko zajmuje osoba wypełniająca ankietę:**
   a) Członek kierownictwa (np. dyrektor departamentu)
   b) Członek średniego personelu kierowniczego (np. naczelnik wydziału)
   c) Specjalista (młodszy, starszy, główny itd.)
   d) Inne

2) Proszę wskazać, czy osoba wypełniająca ankietę była/jest bezpośrednio zaangażowana w programowanie wsparcia i jego wdrażanie:

a) Tak

b) Nie

ZAKRES WSPARCIA W POLICY PAPER

P1) Proszę z perspektywy posiadanych doświadczeń ogólnie, całościowo ocenić dotychczasowy wpływ wdrażania funduszy strukturalnych 2014-2020 na poszczególne aspekty efektywności systemu ochrony zdrowia. Oceny proszę dokonać na skali od 1 do 5, gdzie 1 - oznacza silny, negatywny wpływ, zaś 5 - silny, pozytywny wpływ.

	1 - silny, negatywny wpływ	2 - umiarkowany, negatywny wpływ	3 - neutralność	4 - umiarkowany, pozytywny wpływ	5 - silny, pozytywny wpływ
Wzmocnienie POZ					
Dezinstytucjonalizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi i rozwój opieki środowiskowej					
Wdrożenie opieki koordynowanej					
Restrukturyzacja lecznictwa szpitalnego Przekształcanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe					
Działania na rzecz rozwoju PPP, służące poprawie efektywności systemu ochrony zdrowia					
Stosowanie map potrzeb zdrowotnych					
Wzmocnienie systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego					
Poprawa systemu informacji w obszarze ochrony zdrowia (e-zdrowie)					
Wsparcie kształcenia kadr medycznych					
Wsparcie zadań z zakresu zdrowia publicznego					

P2) Pierwszym celem Policy paper jest Cel A: Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce. W ramach Komponentu Regionalnego wdrażane są wybrane narzędzia ukierunkowane na jego realizację. Na skali od 1 do 5 proszę ocenić ich wpływ na osiąganie Celu A Policy paper, gdzie 1 - oznacza silny, negatywny wpływ, zaś 5 - silny, pozytywny wpływ.

	1 - silny, negatywny wpływ	2 - umiarkowany, negatywny wpływ	3 - neutralność	4 - umiarkowany, pozytywny wpływ	5 - silny, pozytywny wpływ
EFS					

Narzędzie 2: Opracowanie i wdrożenie programów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu. (CT 8, PI 8.vi)					
Narzędzie 3: Opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy. (CT 8, PI 8.vi)					
Narzędzie 4: Opracowanie i wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy. (CT 8, PI 8.vi)					
Narzędzie 5: Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi. (CT 8, PI 8.vi)					
EFRR					
Narzędzie 13: Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) (CT9, PI 9a)					
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). (CT9, PI 9a)					

P3) Drugim celem Policy paper jest Cel B Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi. W ramach Komponentu Regionalnego wdrażane są wybrane narzędzia ukierunkowane na jego realizację. Na skali od 1 do 5 proszę ocenić ich wpływ na osiąganie Celu B Policy paper, gdzie 1 - oznacza silny, negatywny wpływ, zaś 5 - silny, pozytywny wpływ.

	1 - silny, negatywny wpływ	2 - umiarkowany, negatywny wpływ	3 - neutralność	4 - umiarkowany, pozytywny wpływ	5 - silny, pozytywny wpływ
EFRR					
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). (CT9, PI 9a)					

Narzędzie 17: Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki geriatrycznej (roboty budowlane, doposażenie). (CT9, PI 9a)					
EFS					
Narzędzie 18: Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi). EFS (CT9, PI 9.iv)					
Narzędzie 19: Opracowanie i wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych. (CT9, PI 9.iv)					

P4) Trzecim celem Policy paper jest 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 W ramach Komponentu Regionalnego wdrażane jest jedno narzędzie ukierunkowane na jego realizację. Na skali od 1 do 5 proszę ocenić ich wpływ na osiąganie Celu C Policy paper, gdzie 1 - oznacza silny, negatywny wpływ, zaś 5 - silny, pozytywny wpływ.

	1 - silny, negatywny wpływ	2 - umiarkowany, negatywny wpływ	3 - neutralność	4 - umiarkowany, pozytywny wpływ	5 - silny, pozytywny wpływ
Narzędzie 26 Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej. (CT 2, PI 2.3)					
Narzędzie 27: Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny. (CT 2, PI 2.3)					

P5-P7) Proszę wskazać, czy w zakresie poszczególnych narzędzi w Policy paper występuje potrzeba zmiany zakresu wsparcia. Jeśli tak, proszę wskazać, jaka modyfikacja jest Pani/Pana zdaniem potrzebna oraz uzasadnić swoją opinię.

	P5) Czy istnieje potrzeba zmiany zakresu tematycznego oferowanego wsparcia? a) Tak -> P6 b) Nie -> P10	P6) Jaki zakres wsparcia byłby bardziej odpowiedni? PYTANIE OTWARTE	P7) Czy istnieje potrzeba zmiany zakresu podmiotów (możliwych odbiorców oferowanego wsparcia?) c) Tak -> P6 d) Nie -> P10	P8) Jaki zakres adresatów byłby bardziej odpowiedni? PYTANIE OTWARTE	P9) Czy istnieje potrzeba zmiany zakresu finansowego wsparcia? e) Tak -> P8 f) Nie -> P10	P10) Jeśli TAK, w którym kierunku? g) zwiększenia alokacji h) zmniejszenia alokacji	P11) Dlaczego, z czego wynika taka ocena? PYTANIE OTWARTE
Narzędzie 2: Opracowanie i wdrożenie programów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu. (CT 8, PI 8.vi)							
Narzędzie 3: Opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy. (CT 8, PI 8.vi)							
Narzędzie 4: Opracowanie i wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy. (CT 8, PI 8.vi)							

Narzędzie 5: Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka jelita grubego, szyjki macicy i raka piersi. (CT 8, PI 8.vi)							
Narzędzie 13: Wsparcie regionalnych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dedykowanych chorobom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej (roboty budowlane, doposażenie) (CT9, PI 9a)							
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). (CT9, PI 9a)							
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). (CT9, PI 9a)							
Narzędzie 17: Wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki geriatrycznej (roboty budowlane, doposażenie). (CT9, PI 9a)							
Narzędzie 18: Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi). (CT9, PI 9.iv)							

Narzędzie 19: Opracowanie i wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych. (CT9, PI 9.iv)							
Narzędzie 26 Upowszechnienie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej. (CT 2, PI 2.3)							
Narzędzie 27: Upowszechnienie wykorzystania telemedycyny. (CT 2, PI 2.3)							

PRIORYTETY INWESTYCYJNE WDRAŻANE W REGIONACH

P12) Proszę wskazać, które czynniki mogą oddziaływać na skuteczność realizacji projektów w obszarze ochrony zdrowia w RPO Pani/Pana regionu?

	a) Tak b) Nie c) *Nie wiem/trudno powiedzieć*
1. Wprowadzone zmiany przepisów prawnych	
2. Planowane zmiany przepisów prawnych	
3. Wzrost cen, kosztów jednostkowych pozycji finansowych projektu	
4. Spadek cen, kosztów jednostkowych pozycji finansowych projektu	
5. Wzrost płac w branży/w regionie/kraju	
6. Spadek płac w branży/w regionie/kraju	
7. Wzrost podaży pracowników/poszukujących pracy na rynku pracy wśród przedstawicieli kadr medycznych	
8. Spadek podaży pracowników/poszukujących pracy na rynku pracy wśród przedstawicieli kadr medycznych	
9. Przewidywany spadek popytu na produkty i rezultaty projektu (np. usługi/świadczenia medyczne)	
10. Przewidywany wzrost popytu na produkty i rezultaty projektu (np. usługi/świadczenia medyczne)	
11. Problemy z pozyskaniem wykwalifikowanego personelu projektu [dot. EFS]	
12. Problemy z zapewnieniem wkładu własnego w projekcie	
13. Wątpliwości dotyczące kwalifikowalności wydatków	
14. Przedłużające się procedury związane z zamówieniami publicznymi lub realizacją projektu zgodnie z zasadą konkurencyjności	
15. Wzrost konkurencji na rynku sprzedaży towarów (np. sprzętu medycznego)/usług (np. reklamowych)	
16. Spadek konkurencji na rynku sprzedaży towarów (np. sprzętu medycznego)/usług (np. reklamowych)	
17. Problemy z uzyskaniem niezbędnych pozwoleń związanych z realizowaną inwestycją	
18. Problemy z rekrutacją uczestników	
19. Rezygnacja uczestników z udziału w projekcie	

P13) Których wskaźników nie udało się osiągnąć w zakładanej wielkości na koniec 2018 r. i/lub istnieje zagrożenie dla osiągnięcia zakładanych wartości na koniec 2023 r.?

LISTA WSKAŹNIKÓW DLA PI W OBSZARZE OCHRONY ZDROWIA DLA DANEGO RPO

1. Żadnych

~~99. Nie wiem/ trudno powiedzieć~~

P14) Jeżeli P9 =/= 1 lub 99: Proszę opisać, co spowodowało nieosiągnięcie zakładanej wartości wskaźnika/ów i/lub zagrożenie dla jego prognozowanej wartości w Państwa RPO?

1. Przeszacowanie zakładanej wartości wskaźnika
2. Wzrost cen, zwiększenie kosztów jednostkowych głównych pozycji finansowych projektu
3. Zmiany potrzeb, nieaktualność diagnozy
4. Zmiany zakresu projektu w trakcie realizacji
5. Zmiana sposobu liczenia wskaźnika, zmiana definicji wskaźnika
6. Inne powody – Jakie? PYTANIE OTWARTE

99. Nie wiem/ trudno powiedzieć

P15) Dla których wskaźników udało się przekroczyć zakładane wielkości na koniec 2018 r. i/lub istnieje wysokie prawdopodobieństwo dla przekroczenia zakładanych wartości na koniec 2023 r.?

LISTA WSKAŹNIKÓW DLA PI W OBSZARZE OCHRONY ZDROWIA DLA DANEGO RPO

1. Żadnych

99. Nie wiem/ trudno powiedzieć

P16) Jeżeli B11=/=1 lub 99 Proszę opisać, co spowodowało lub uprawdopodabnia przekroczenie zakładanej wartości wskaźnika/ów w Państwa RPO?

1. Niedoszacowanie zakładanej wartości wskaźnika
2. Większe od spodziewanego zainteresowanie projektem
3. Spadek cen, zmniejszenie kosztów jednostkowych głównych pozycji finansowych projektu
4. Zmiany zakresu projektu w trakcie realizacji
5. Zmiana sposobu liczenia wskaźnika, zmiana definicji wskaźnika
6. Inne powody – Jakie? PYTANIE OTWARTE

99. Nie wiem/ trudno powiedzieć

P17) Czy identyfikują Państwo takie potrzeby w regionie, na które nie odpowiadają typy wsparcia dostępne w ramach Państwa RPO?

1. Tak
2. Nie

99. Nie wiem/ trudno powiedzieć

P18) Jeżeli B13=1 Jakiego typu wsparcia brakuje w ramach Państwa RPO?

PYTANIE OTWARTE

99. Nie wiem/ trudno powiedzieć

P19) Jakie zmiany - obecnie niedopuszczalne - w obszarze interwencji z zakresu ochrony zdrowia chcieliby Państwo wprowadzić w swoim RPO, gdyby Policy paper je umożliwiło?

PYTANIE OTWARTE

99. Nie wiem/ trudno powiedzieć

P20) W jaki sposób, Państwa zdaniem, można by dodatkowo monitorować efekty interwencji w obszarze ochrony zdrowia w Państwa RPO?

PYTANIE OTWARTE

99. Nie wiem/ trudno powiedzieć

3.3. Panel ekspercki z elementami warsztatu otwierającego

Szacunkowy czas trwania: 120 min

	Obszar	Czas
Wprowadzenie		
1	Przedstawienie celów spotkania, zasad przebiegu panelu, prośba o wyrażenie zgody na nagrywanie	10 min
2	Przedstawienie prowadzących panel	
3	Przedstawienie się uczestników w szczególności w kontekście pełnionych ról w planowaniu i wdrażaniu Policy paper	
Aktualność diagnozy		
4	• Jak zmieniła się sytuacja w obszarze ochrony zdrowia od czasu, gdy tworzono Policy paper (tj. ok. 5 lat) do dziś? Jakie trendy Państwo obserwują? Jakie to ma znaczenie dla poszczególnych obszarów interwencji? • Jaki jest wpływ zachodzących zmian na stopień osiągania celów Policy paper? • Czy przyjęte założenia co do potrzeb, wyzwań, celów oraz form wsparcia pozostają aktualne, czy też pojawiły się nowe potrzeby? Czy należałoby zmodyfikować wsparcie uwzględnione w Policy paper? Jeśli tak, w jakim zakresie/ w jakich obszarach interwencji?	20 min
Komplementarność/synergia/wartość dodana		
5	• Czy różne projekty realizowane w ramach KPO / RPO w obszarze ochrony zdrowia uzupełniają się, wzmacniają swoje efekty? Czy zachodzi między nimi synergia? • W których obszarach interwencji i w przypadku których typów projektów można mówić o uzupełnianiu się? A konflikcie/wykluczaniu się?	20 min
Postęp rzeczowy i finansowy		
6	***Moderator prezentuje na ekranie aktualne zestawienie dot. postępu rzeczowego i finansowego w KPO i RPO w obszarze ochrony zdrowia i krótko je omawia:*** Jak wynika z danych monitoringowych… ○ w Osiach Priorytetowych … może występować ryzyko nieosiągnięcia wartości docelowych wskaźników… ○ w Osiach Priorytetowych … założone wartości docelowe mogą być przekroczone… ○ w przypadku … postęp rzeczowy rozmija się z finansowym… ○ cele pośrednie Ram Wykonania osiągane są dotychczas w stopniu…	10 min

	Co może być powodem tej sytuacji? Jak temu próbowano przeciwdziałać/jakie działania zapobiegawcze można podjąć w przyszłości?	
	System wskaźników	
7	• Czy w systemie monitorowania Policy paper znalazły się wskaźniki trudne do monitorowania? [*MOD: dopytać o konkretne wskaźniki oraz genezę trudności*] • Czy w systemie monitorowania Policy paper znalazły się wskaźniki, których wartości zostały niedoszacowane lub przeszacowane? Jakie były tego przyczyny? • Jak z perspektywy czasu można ocenić słuszność założeń poczynionych na etapie określania wartości docelowych wskaźników? • Jak z perspektywy czasu można ocenić trafność doboru wskaźników do charakteru interwencji? Czy wskaźniki trafnie odzwierciedlają osiągane cele interwencji?	20 min
	Oczekiwanie dotyczące produktów badania	
8	• Jakie są Państwa oczekiwania odnośnie do produktu ekspertyzy? • Jaki powinien być poziom szczegółowości wyników badania i rekomendacji? – czy raczej wskazanie uwag ogólnych, w jakim kierunku powinny przebiegać prace nad zaktualizowanym dokumentem Policy paper (np. przejście na poziom strategiczny, konkretyzacja, skrócenie)? – czy raczej wypracowanie bardziej szczegółowych ustaleń dotyczących wizji, zaproponowanie wokół jakich zagadnień powinny koncentrować się cele itd.? – jaka forma byłaby użyteczna dla interesariuszy Policy paper (zwłaszcza poza MZ, którego stanowisko jest znane Wykonawcy)	20 min
	Podsumowanie	
9	Czy są jeszcze inne kwestie, których nie poruszyliśmy, a mają istotne znacznie w temacie dzisiejszego spotkania?	5 min
10	Podziękowanie za udział, zamknięcie spotkania	5 min

3.4. Panel ekspercki z elementami warsztatu implementacyjnego

Czas panelu: ok. 2 godziny

Moduł wprowadzający
• czas: 15 minut • cel: dostarczenie osobom uczestniczącym w panelu wiedzy nt. wyników ekspertyzy, w tym wypływających z jej realizacji wniosków i rekomendacji • materiały: wyniki ekspertyzy (wraz z odwołaniem do dokumentu Policy paper i wskazaniem konkretnych propozycji jego modyfikacji, w tym w zakresie zmian zakładanych wartości wskaźników); prezentacja PPT

Przebieg:

- powitanie uczestników;
- przedstawienie się prowadzącego;
- prezentacja celu panelu i metod pracy podczas panelu;
- przedstawienie się uczestników panelu;
- przedstawienie wyników badania.

Moduł zasadniczy
• czas: 90 minut • cel: dyskusja nad wynikami badania, projektowanie rekomendacji • materiały: wyniki badania; prezentacja PPT

Przebieg - Pytania do dyskusji:

Komponent	Pytania / Wyjaśnienia	Opis	Czas (min)
Trafność / adekwatności rekomendacji	W jakim stopniu wnioski w Państwa ocenie stanowią wyczerpującą odpowiedź dla rozpoznanych problemów w poszczególnych obszarach	Runda wśród uczestników spotkania.	20
	W jaki sposób należy sformułować rekomendacje, by były bardziej powiązane z wnioskami płynącymi z badaniami? Czy kwestie oceny spójności w poszczególnych badaniach zostały ujęte w sposób konsekwentny/nie wykluczający się wzajemnie?	Runda wśród uczestników spotkania./ lub praca w podgrupach i prezentacja wyników na forum	
Użyteczność rekomendacji	Czy wypracowane rekomendacje wydają się Państwu możliwe do wdrożenia?	Runda wśród uczestników spotkania. Moderator zapisuje odpowiedzi	40
	W jaki sposób należy sformułować rekomendacje, by mogły zostać w pełni wykorzystane w praktyce?	Burza mózgów	
	Jakie inne rekomendacje należy sformułować?	Burza mózgów	
Wdrażanie rekomendacji i skutki	W jaki sposób można wdrożyć proponowane rekomendacje?	Wykorzystanie techniki projekcyjnej	30
	Jakie bariery mogą wystąpić w trakcie wdrażania rekomendacji?	Wykorzystanie techniki projekcyjnej	
	Jakie będą skutki wdrożenia rekomendacji?	Wykorzystanie techniki projekcyjnej	

Moduł Podsumowujący
• czas: 15 minut • cel: projektowanie rekomendacji • materiały: efekty uprzedniej dyskusji

Przebieg:

- podsumowanie i zaprezentowanie wypracowanych wspólnie rekomendacji;
- potencjalne komentarze uczestników panelu do zaprezentowanych wypracowanych wspólnie rekomendacji, uwagi do badania i in. uzupełnienia uczestników spotkania;
- podziękowanie uczestnikom.

Załącznik nr 4. Analiza wskaźników

Tabela 30. Analiza wskaźników PO WER w zakresie adekwatności/trafności, poprawności zaszeregowania oraz oceny oszacowania wartości docelowej

Nazwa wskaźnika produktu	Adekwatność	Poprawność zaszeregowania	Ocena oszacowania	Nazwa wskaźnika rezultatu/strategicznego	Adekwatność	Poprawność zaszeregowania	Ocena oszacowania
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	TAK	TAK	POPRAWNA	Liczba wdrożonych programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy	TAK	TAK	PROPONOWANA ZMIANA
				Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym,	TAK	TAK	B.D

				dofinansowanej w ramach EFS			
Liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które zostały przeszkolone z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS	ŚREDNIO	TAK	B.D.	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	ŚREDNIO	TAK	B.D
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	TAK	TAK	PROPONOWANA ZMIANA	Liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostały utworzone w ramach programu	TAK	TAK	PROPONOWANA ZMIANA

osobami zależnymi							
Narzędzie 20: Działania projakościowe dedykowane podmiotom leczniczym, które świadczą szpitalne usługi medyczne – EFS							
Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą objętych wsparciem w programie	TAK	TAK	PROPONOWANA ZMIANA	Liczba podmiotów wykonujących szpitalną działalność leczniczą, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu	TAK	TAK	PROPONOWANA ZMIANA
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	TAK	TAK	POPRAWNA	Liczba podmiotów wykonujących podstawową opiekę zdrowotną, które wdrożyły działania projakościowe w ramach programu	TAK	TAK	POPRAWNA
Narzędzie 22: Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK), służącej polepszeniu jakościi 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	TAK	TAK	POPRAWNA	Liczba podmiotów (koordynatorów procesu) wykonujących działalność leczniczą, które wdrożyły model opieki koordynowanej w ramach programu	TAK	TAK	POPRAWNA / PROPONOWANA ZMIANA
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	TAK	TAK	POPRAWNA	Łączna liczba wdrożeń modeli analitycznych na rzecz ochrony zdrowia	TAK	TAK	B.D.
Liczba opracowanych analitycznych modeli prognozowania chorobowości	TAK	TAK	POPRAWNA				

Liczba opracowanych analitycznych wielosektorowych modeli planowania zasobów i infrastruktury medycznej	TAK	TAK	POPRAWNA				
Liczba opracowanych modeli analizy danych w zakresie medycznego rynku pracy	TAK	TAK	POPRAWNA				
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	ŚREDNIO	TAK	PROPONOWANA ZMIANA	Liczba pracowników podmiotów leczniczych, w tym administracji systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS podnieśli kompetencje w zakresie zarządzania i kontroli	TAK	TAK	PROPONOWANA ZMIANA

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	TAK	TAK	PROPONOWANA ZMIANA	Liczba organizacji pozarządowych, które zostały włączone w proces konsultacji społecznych dotyczących działań podejmowanych przez administrację państwową w obszarze ochrony zdrowia	ŚREDNIO	TAK	PROPONOWANA ZMIANA
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	TAK	TAK	POPRAWNA / PROPONOWANA ZMIANA	Liczba wdrożonych programów rozwojowych na uczelniach kształcących na kierunkach medycznych opracowanych dzięki wsparciu z EFS	TAK	TAK	POPRAWNA / PROPONOWANA ZMIANA
Narzędzie 33: 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 kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków EFS	NIE	TAK	PROPONOWANA ZMIANA	Liczba osób, które dzięki wsparciu programu uzyskały uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej	TAK	TAK	PROPONOWANA ZMIANA
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							
Liczba lekarzy objętych kształceniem podyplomowym w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczn	TAK	TAK	PROPONOWANA ZMIANA	Liczba lekarzy, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kwalifikacje zawodowe w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	ŚREDNIO	TAK	PROPONOWANA ZMIANA

o-demograficznymi							
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	TAK	TAK	PROPONOWANA ZMIANA	Liczba pielęgniarek i położnych, które po zakończeniu udziału w programie uzyskały kwalifikacje w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi	TAK	TAK	PROPONOWANA ZMIANA
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	TAK	TAK	PROPONOWANA ZMIANA	Liczba przedstawicieli innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kompetencje	TAK	TAK	PROPONOWANA ZMIANA

objęci wsparciem w programie w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi				zawodowe w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 31. Analiza wskaźników PO IiŚ w zakresie adekwatności/trafności, poprawności zaszeregowania oraz oceny oszacowania wartości docelowej

Nazwa wskaźnika produktu	Adekwatność	Poprawność zaszeregowania	Ocena oszacowania	Nazwa wskaźnika rezultatu/strategicznego	Adekwatność	Poprawność zaszeregowania	Ocena oszacowania
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) – EFR							
Narzędzie 10: Budowa lub remont całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców przyj ednostkach 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							
Liczba wspartych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń ratownictwa medycznego lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego	TAK	TAK	PROPONOWANA ZMIANA	Średnia liczba osób przypadająca na SOR	TAK	TAK	POPRAWNA
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							
Liczba wspartych podmiotów leczniczych z	TAK	TAK	PROPONOWANA ZMIANA	Średni czas pobytu pacjenta na łóżkach leczniczych w Polsce	TAK	TAK	POPRAWNA

wyłączeniem ratownictwa medycznego							

Źródło: opracowanie własne.