



**INFRASTRUKTURA  
I ŚRODOWISKO**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**Ministerstwo  
Zdrowia**

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI FUNDUSZ  
ROZWOJU REGIONALNEGO



## **RAPORT Z BADANIA**

---

### **Badanie ewaluacyjne pn. „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020”**

**Zamawiający:**

Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15, 00 -952 Warszawa  
[www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)

**Wykonawca:**

IBC GROUP Central Europe Holding S.A.  
ul. Mokotowska 1, 00-640 Warszawa  
[www.ibc-group.pl](http://www.ibc-group.pl)

*Warszawa, grudzień 2012*



*Badanie ewaluacyjne finansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz budżetu państwa w ramach pomocy technicznej Programu Infrastruktura i Środowisko.*

Badanie ewaluacyjne pn. „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020”

## **Streszczenie**

Badanie ewaluacyjne pt. „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020” było realizowane w okresie od października do grudnia 2012 r.

Celem ogólnym badania było dokonanie analizy potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej UE na lata 2014 – 2020. Cel ogólny został zrealizowany poprzez osiągnięcie określonych celów szczegółowych:

- 1) Diagnoza sektora ochrony zdrowia w Polsce pod kątem identyfikacji ewentualnych luk oraz potrzeb dotyczących infrastruktury ochrony zdrowia;
- 2) Wypracowanie propozycji kierunków interwencji infrastrukturalnych w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014-2020;
- 3) Określenie priorytetowych typów inwestycji infrastrukturalnych w sektorze ochrony zdrowia z punktu widzenia ich znaczenia dla realizacji celów Strategii Europa 2020 oraz tzw. „inicjatyw flagowych”;
- 4) Identyfikacja ewentualnych barier w aplikowaniu o środki pochodzące z funduszy strukturalnych UE oraz wskazanie sposobów ich eliminacji.

Niniejsze badanie zostało realizowane w oparciu o analizę istniejących danych i dokumentów, a także poprzez badania empiryczne, w trakcie których gromadzone zostały dane ilościowe i jakościowe. Dane ilościowe i jakościowe w poszczególnych komponentach badania potraktowano jako komplementarne, wzajemnie się weryfikujące i uzupełniające.

### **Wyniki badania:**

Przedstawiciele kadry kierowniczej badanych podmiotów leczniczych ocenili posiadaną infrastrukturę w zakresie budynków zasadniczo pozytywnie (57% ogółu ocen). Oceny negatywne stanowią margines liczący ok. 12% ocen. W dwóch rodzajach podmiotów leczniczych występuje wyjątkowo niska samoocena posiadanej infrastruktury w zakresie budynków: są to instytuty badawcze i szpitale podległe uniwersytetom medycznym, czyli tam, gdzie infrastruktura powinna być na najwyższym poziomie. Z dużym prawdopodobieństwem przyczyn tej niskiej samooceny należy szukać w bardzo starej, niekiedy archaicznej strukturze budynków tych placówek leczniczych, które powstały jeszcze w XIX wieku.

Przedstawiciele kadry kierowniczej podmiotów leczniczych objętych badaniem ilościowym stosunkowo nisko oceniają ogólny stan infrastruktury ochrony zdrowia w kraju, a jednocześnie stosunkowo wysoko oceniają stan infrastruktury swojej placówki.

W zakresie budynków występuje bardzo duże zróżnicowanie w stanie infrastruktury posiadanej przez placówki systemu ochrony zdrowia w Polsce: obok nowoczesnych budynków, spełniających wszystkie wymagania prawne, występują budynki, których modernizacja i dostosowanie do obowiązujących wymagań napotka na bardzo duże problemy, o ile w ogóle będzie możliwe (choćby ze względu na to, że niektóre z tych budynków są zabytkami i podlegają ochronie wojewódzkiego konserwatora zabytków).

Podstawowym wyzwaniem stojącym przed wieloma podmiotami leczniczymi będzie w najbliższych latach dostosowanie się do obowiązujących od 2016 roku wymagań wynikających z przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Będzie to w wielu wypadkach wymagało przeprowadzenia kosztownych remontów, przebudów i modernizacji, na realizację których wiele placówek medycznych (i ich organów założycielskich) nie posiada wystarczających zasobów finansowych.

Najgorzej stan infrastruktury w zakresie budynków posiadanej przez ich placówkę oceniają przedstawiciele kadry kierowniczej tych placówek z województw: dolnośląskiego, lubuskiego i pomorskiego. Najlepiej stan infrastruktury swojej placówki pod względem budynków oceniają respondenci z województw: opolskiego i podlaskiego.

W zakresie wyposażenia podmiotów leczniczych w aparaturę i sprzęt medyczny podstawowym wyzwaniem w najbliższym czasie będzie zapewnienie funduszy na bieżące utrzymanie sprzętu, zapewnienie mu należytej (specjalistycznej) obsługi oraz zapewnienie odnowienia sprzętu po zakończeniu jego okresu funkcjonowania.

Zakłady opieki długoterminowej – podobnie jak w odniesieniu do budynków – generalnie deklarują wysoką ocenę posiadanego sprzętu medycznego.

Wysoko oceniają posiadany sprzęt objęci badaniem przedstawiciele kadry kierowniczej placówek medycznych z terenu następujących województw: świętokrzyskie, opolskie zachodniopomorskie podlaskie, lubelskie i śląskie.

Uczestnicy badań jakościowych podkreślali, że w Polsce najslabiej przedstawia się dostępność do świadczeń ambulatoryjnych i kwestia ta dotyczy większości poradni. Ocenili, że ograniczona jest także dostępność do specjalistycznych świadczeń diagnostycznych, takich jak diagnostyka rezonansem magnetycznym, tomografia komputerowa i w nieco mniejszym stopniu badania endoskopowe. Jako przyczynę podawano tutaj przede wszystkim słabość

finansową placówek i ograniczenia spowodowane limitami wynikającymi z kontraktów z NFZ.

Podkreślano, że istniejącą już infrastrukturę należy lepiej wykorzystywać przez zwiększanie środków kontraktowych, a problemem jest niedoszacowanie wielkości kontraktu.

Najgorzej wpływ stanu posiadanej infrastruktury na zapewnienie dostępności pacjentów do usług medycznych oceniają przedstawiciele szpitali; najlepiej tę sytuację oceniają przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego.

Największy odsetek odpowiedzi wskazujących, że dzięki posiadanej infrastrukturze placówka może zapewnić pacjentom pełną dostępność do usług medycznych występował w województwach: lubelskim, opolskim, wielkopolskim, małopolskim, podlaskim i zachodniopomorskim. Najbardziej negatywnie wpływ posiadanej infrastruktury na zapewnienie pacjentom pełnej dostępności do usług medycznych ocenili respondenci z województw: pomorskiego, warmińsko-mazurskiego, mazowieckiego, podkarpackiego i kujawsko-pomorskiego.

Jakość badań diagnostycznych z zakresu radiologii, tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, dzięki dobremu wyposażeniu w sprzęt i świetnemu wyszkoleniu kadry, jest na bardzo wysokim poziomie, jednak ich dostępność jest niezadowalająca.

Najgorzej wpływ posiadanej infrastruktury na skuteczność świadczonych usług medycznych oceniają przedstawiciele szpitali, natomiast najwyżej – przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego.

Najwyżej wpływ posiadanej infrastruktury na skuteczność świadczonych usług zdrowotnych ocenili respondenci z województw: opolskiego, lubelskiego i świętokrzyskiego. Najniżej wpływ ten ocenili respondenci z województw: pomorskiego, łódzkiego i mazowieckiego.

Obecny system ochrony zdrowia jest nieefektywny i niewydolny, co wynika z dwóch zasadniczych przyczyn:

- brak polityki zdrowotnej oceniającej potrzeby zdrowotne populacji i panującej nad strukturą systemu;
- niedofinansowanie systemu.

Najniżej wpływ posiadanej infrastruktury na efektywność wykorzystania zasobów jednostki oceniają przedstawiciele szpitali, najwyżej – przedstawiciele placówek ratownictwa

medycznego. Województwa, w których największy odsetek respondentów stwierdził, że obecny stan infrastruktury ich placówki sprzyja efektywnemu wykorzystaniu jej zasobów to: opolskie, lubuskie, świętokrzyskie i lubelskie. Najmniejsze grono respondentów uznało, że obecny stan infrastruktury ich placówki sprzyja efektywnemu wykorzystaniu jej zasobów; takie wskazania odnotowano w województwach: dolnośląskim, mazowieckim i pomorskim.

Podstawową luką występującą w infrastrukturze ochrony zdrowia w Polsce jest nierównomierne rozłożenie zasobów oraz nieprzystosowana do współczesnych wymagań infrastruktura w zakresie budynków. W wielu wypadkach konieczne jest dokończenie procesów inwestycyjnych rozpoczętych w poprzedniej perspektywie finansowej. W dużej mierze dotyczy to placówek medycyny ratunkowej.

W zakresie sprzętu i aparatury medycznej bieżące potrzeby w dużej mierze są zaspokojone. Jednakże konieczne jest zwiększenie efektywności wykorzystania posiadanych zasobów, przede wszystkim poprzez zwiększenie ich dostępności dla pacjentów. W zakresie aparatury coraz większym problemem staje się potrzeba odnowienia posiadanych zasobów aparatury medycznej tak, aby w dalszym ciągu mogła ona prawidłowo pełnić swoją rolę i zapewniać wysoki standard badań diagnostycznych.

14% objętych badaniem podmiotów leczniczych nie spełnia aktualnych wymogów prawa. Dominującą pod tym względem grupę stanowią szpitale, gdzie aż 51% spośród objętych badaniem szpitali nie spełnia wymagań określonych w aktualnie obowiązujących przepisach prawa. Sytuacja ta najlepiej wygląda w placówkach ratownictwa medycznego, gdzie aż 94% respondentów deklaruje, że ich placówka spełnia wszystkie wymogi aktualnie obowiązującego prawa.

76% wszystkich badanych podmiotów ma potrzeby inwestycyjne dotyczące budynków. Zjawisko to w największym stopniu dotyczy szpitali, gdzie takie potrzeby deklaruje aż 96% badanych podmiotów.

Planowane przez podmioty lecznicze inwestycje dotyczące budynków są raczej inwestycjami niewielkimi, zasadniczo mieszczącymi się w granicach do 10 mln PLN. Wyjątek stanowią tutaj szpitale, gdzie dominująca grupę inwestycji stanowią inwestycje duże, o wartości powyżej 30 mln PLN.

W poszczególnych typach podmiotów leczniczych, podstawowe potrzeby inwestycyjne w zakresie budynków dotyczą:

- W odniesieniu do szpitali:
  - modernizacja instalacji;
  - rozbudowa, przebudowa budynku;
  - remont budynku;
- W odniesieniu do przychodni/ ośrodków zdrowia:
  - rozbudowa, przebudowa budynku;
  - remont budynku;
  - modernizacja instalacji;
- W odniesieniu do zakładów opieki długoterminowej:
  - rozbudowa, przebudowa budynku;
  - remont budynku;
  - modernizacja instalacji;
- W odniesieniu do placówek ratownictwa medycznego:
  - remont budynku;
  - rozbudowa, przebudowa budynku;
  - budowa;
  - termomodernizacja.

Potrzeby inwestycyjne w zakresie sprzętu medycznego zgłosiło 81% badanych podmiotów.

Celem głównym wsparcia w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020 powinno być zapewnienie wzrostu poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. Ten cel główny powinien zostać osiągnięty poprzez realizację dwóch zasadniczych celów szczegółowych:

- Zwiększenie dostępności i jakości usług zdrowotnych.
- Zwiększenie efektywności świadczonych usług zdrowotnych.

W ramach działań mających na celu zwiększenie dostępności i jakości usług zdrowotnych wskazane jest wykorzystanie następujących kierunków wsparcia:

- Zapewnienie wsparcia dla ponadregionalnych ośrodków/ podmiotów leczniczych (instytuty, szpitale kliniczne, wyższe uczelnie medyczne).
- Wspieranie procesu odnawiania i modernizacji starego sprzętu i aparatury medycznej (szczególnie diagnostycznej).

- Wspieranie środkami zewnętrznymi (projekty UE) modernizacji starych i budowę nowych obiektów. W razie potrzeby wspieranie tworzenia podmiotów wypełniających zidentyfikowane luki.
- Kontynuacja wsparcia dla modernizacji i przebudowy systemu ratownictwa medycznego, z tym, że wsparcie powinno być kierowane na kolejne obszary budowania i modernizacji systemu.

W ramach działań mających na celu zwiększenie efektywności świadczonych usług zdrowotnych wskazane jest wykorzystanie m.in. następujących kierunków wsparcia:

- Wspieranie budowy (w tym także infrastrukturę techniczną, informatyczną tego systemu) nowego systemu kontraktowania usług medycznych, który będzie uwzględniał rzeczywiste koszty świadczonych usług.

W wyniku przeprowadzonych analiz i w oparciu o zgromadzony materiał uznano, że typem inwestycji, który nie jest obecnie objęty zakresem wsparcia w ramach PO IiŚ, a który należałoby objąć wsparciem w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020 jest wsparcie dla tworzenia oddziałów geriatrycznych i rehabilitacyjnych w miejscach, gdzie ze względu na uwarunkowania społeczne jest to uzasadnione.

Spośród obecnie realizowanych w ramach PO IiŚ typów inwestycji, w przyszłej perspektywie należałoby – w lekko zmodyfikowanej formie – kontynuować następujące:

- Wsparcie dla projektów związanych z rozbudową, przebudową, remontem i doposażeniem zakładów opieki zdrowotnej (szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych) dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego oraz zakupem wyrobów medycznych niezbędnych do diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
- Projekty związane z budową i remontem lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych.
- Projekty, polegające na przebudowie, rozbudowie, remoncie oraz wyposażeniu publicznych zakładów opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym, w tym dotyczące zakupu nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego spełniającego aktualne standardy.

Obecnie prowadzone są prace nad dokumentami strategicznymi i programowymi dla perspektywy finansowej 2014-2020. Wśród proponowanych zmian, planowane jest zastąpienie podejścia „linii demarkacyjnej” podejściem „wspólnych rozwiązań”.



Zaproponowane kierunki interwencji i typy projektów wpisują się w następujące inicjatywy flagowe UE:

- „Unia Innowacji”
- „Europejska agenda cyfrowa”

O wsparcie aplikowało jedynie 43% badanych podmiotów leczniczych. Zdecydowana większość (72%) spośród instytucji, które aplikowały o wsparcie, to wsparcie uzyskały.

Największym problemem na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu było prawidłowe wypełnienie wniosku. Jako kolejne bariery wskazano to, że sformułowania/ język wniosku był trudny do zrozumienia oraz kłopoty ze znalezieniem kompetentnych osób do wypełnienia wniosku.

Na etapie realizacji projektu, respondenci jako problemy wskazali: skomplikowane, pracochłonne procedury i wymogi dotyczące sprawozdawczości i raportowania z realizacji projektu; stosowanie procedur Prawa zamówień publicznych; mało precyzyjne zapisy dotyczące kwalifikowalności wydatków oraz opóźnienia w wypłacie poszczególnych transz.

Dla beneficjentów na etapie aplikowania o dofinansowanie najważniejsze jest wyeliminowanie problemów związanych z wypełnianiem wniosku. Jako kolejną sugestię zmian wskazano wyeliminowanie kosztów związanych z przygotowaniem wniosku poprzez pomoc instytucjonalną w tym zakresie.

Do najważniejszych działań, jakie należy podjąć, aby wyeliminować bariery pojawiające się na etapie realizacji projektu należą:

- wyeliminowanie konieczności powielania informacji w dokumentacji/ uproszczenie procedur i wniosków aplikacyjnych /zliberalizowanie PZP - w zakresie wybierania najtańszej oferty;
- zmiana sposobu/warunków rozliczeń;
- zmiana procedury sprawozdawczości;
- ułatwienie pozyskiwania płatności/zaliczki/skrócenie czasu oczekiwania na finansowanie.

## **Summary**

The study "Analysis of the investment needs of the health sector in the context of programming the new financial perspective 2014 - 2020" was carried out in the period from October to December 2012.

The overall objective of this study was to analyze the investment needs of the health sector in the context of the programming the new EU financial perspective for the years 2014 to 2020.

The general objective was realized through the achievement of specific objectives:

- 1) diagnosis of the health sector in Poland in terms of identifying possible gaps and needs for health infrastructure;
- 2) development of directions of infrastructure interventions within the health care sector in the EU financial perspective 2014-2020;
- 3) identification of priority types of infrastructure investments in the health sector according to their relevance to the objectives of the “Europe 2020” and the so-called: "flagship initiatives";
- 4) identification of potential barriers in applying for EU structural funds and indication of ways to eliminate them.

This study was based on an analysis of existing data and documents, as well as through empirical research, during which there were collected quantitative and qualitative data. Quantitative and qualitative data on individual components of the study were treated as complementary, mutually verifying and supplementary.

### **The results of the study:**

Executives of the surveyed medical entities assessed present infrastructure in the buildings generally positively (57% of all ratings). Failing grades are margin, with approximately 12% of the ratings. The two types of medical entities show very low self-esteem of the infrastructure in the building: these are research institutes and university hospitals, which infrastructure should be at the highest level. The most likely reasons for this low self-esteem is archaic structure of the facilities that were established in the nineteenth century.

Executives of the medical facilities showed in the quantitative survey relatively low assessment on the overall state of health infrastructure in Poland, while a relatively high opinion on the state of their own facilities infrastructure.

There is a large variation in the condition of building infrastructure in the health care facilities in Poland: next to the modern buildings that meet all the legal requirements, there are buildings which modernization and adaptation to existing requirements will face problems, if

a modernization will be possible at all (due to the fact that some of these buildings are relics and are protected by provincial conservation officer).

The main challenge for many health facilities will be adaptation to the requirements of the Act of 15 April 2011 on the activities of medical facilities that will apply in 2016. This will require expensive renovations, rebuilding and modernization. In many facilities there is not enough financial resources to meet those requirements.

The worst state of infrastructure in the buildings was pointed out in facilities in voivodeships: Dolnośląskie, Lubuskie and Pomorskie. The best state of its infrastructure in buildings was indicated in Opolskie and Podlaskie.

In terms of therapeutic and medical equipment the main challenge will be to ensure financial resources for the ongoing maintenance of equipment, providing it with adequate (specialized) service and for renewal of equipment at the end of its life cycle.

Long-term care facilities – as with regard to buildings- rate the owned medical equipment highly.

The equipment is highly rated in the following regions: Świętokrzyskie, Opolskie, Zachodniopomorskie, Podlaskie, Lubelskie and Śląskie.

Qualitative research participants emphasized that in Poland the worst is the availability of outpatient services and it relates to the majority of the clinics. There is a limited availability of specialized diagnostic services, such as magnetic resonance, tomography, and to a lesser extent, endoscopic examination. As the reason of above, there was indicated the weakness and limitations in finance due to the limits in contracts with the NHF.

It was emphasized that existing infrastructure should be used better by increasing the contracted funds, and the main problem is the underestimation of the value of the contracts.

The worst impact of existing infrastructure on ensuring the availability of medical services for patients was declared by the representatives of hospitals. This situation was best assessed by the representatives of the emergency aid medical facilities.

The highest percentage of responses indicating that thanks to its infrastructure, the facility can give patients full access to medical services was in the regions of Lubelskie, Opolskie, Wielkopolskie, Małopolskie, Podlasie and Zachodniopomorskie. The most negative impact of

the existing infrastructure on providing full access to the medical services, was declared in regions: Pomorskie, Warmińsko-Mazurskie, Mazowieckie, Podkarpackie and Kujawsko-Pomorskie.

The quality of diagnostic radiology, tomography and magnetic resonance is at very high level thanks to good equipment and excellent training of staff, but their availability is inadequate.

The worst impact of the infrastructure on the effectiveness of medical services is reported by the representatives of hospitals, while the highest – by the representatives of emergency medical facilities.

The highest impact of the infrastructure on the effectiveness of health services, respondents pointed out in Opolskie, Lubelskie and Świętokrzyskie. The lowest impact was declared in Pomorskie, Łódzkie and Mazowieckie. The current health care system is inefficient and ineffective, due to two main reasons:

- lack of the health policy that meets the population health needs and controls the structure of the system;
- underfunding of the system.

The lowest impact of the infrastructure on the efficiency of the use of resources is estimated by the representatives of hospitals, the highest – by the representatives of emergency medical facilities. Regions with the largest percentage of respondents, that said that the current state of their infrastructure facilities contribute to effective use of its resources are: Opolskie, Lubuskie, Świętokrzyskie i Lubelskie.

The smallest percentage of respondents considering that the current state of their infrastructure facilities contribute to effective use of its resources is in the regions of Dolnośląskie, Mazowieckie and Pomorskie.

The main gap occurring in the health care infrastructure in Poland is the uneven distribution of resources, and infrastructure unsuited to modern requirements for buildings. In many cases, it is necessary to complete the investment process commenced in the previous financial perspective. To a large extent this applies to emergency care facilities.

In terms of equipment, the ongoing medical needs are largely met. However, it is necessary to increase the efficiency of use of resources, primarily by increasing their accessibility. The

most common problem becomes a need to renew medical equipment so that it can continue to fulfill its role properly and to ensure high standard of diagnostic tests.

14% of surveyed medical entities do not meet the current requirements of the law. In this respect, the dominant group are hospitals - 51% of the surveyed hospitals do not meet the requirements of the current legislation. This situation looks best in emergency medical aid centers, where as much as 94% of respondents stated that their facility meets all the requirements of the current law.

76% of all surveyed entities need investments in buildings. This mostly concerns hospitals where these need was declared by 96% of the entities.

Investments planned for buildings are rather small, generally falling in the range of up to 10 million PLN. Exceptions are hospitals, where the dominant group are large investments with a value of over 30 million PLN.

In the various types of medical entities, the basic need for investment in buildings include:

- For hospitals:
  - Modernization of instalation;
  - Expansion, reconstruction of the building;
  - Renovation of the building
- With regard to the clinics / health centers:
  - Expansion, reconstruction of the building;
  - Renovation of the building
  - Modernization of instalation
- With regard to long-term care facilities
  - Enlargement, reconstruction of the building
  - Renovation of the building
  - Modernization of instalation
- With regard to emergency aid facilities
  - Renovation of the building
  - Enlargement, reconstruction of the building
  - Construction
  - Thermomodernisation

Investment needs in the field of medical equipment reported 81% of surveyed facilities.

The main objective of the support within the health sector in the EU financial perspective 2014 - 2020 should be to enhance the sense of public health safety. The main objective should be achieved through the implementation of two main specific objectives:

- Increasing the access to and quality of health services.
- Increasing the efficiency of health services.

In actions leading to increase the availability and quality of health services, it is advisable to use the following lines of support:

- Providing support for supra-regional centers / medical entities (institutes, teaching hospitals, medical universities).
- Support the process of renewal and modernization of old medical equipment (particularly diagnostic).
- External funds (EU projects) for the modernization of old and construction of new facilities. Support for the development of facilities that fill the identified gaps.
- Continuation in support for the modernization and reconstruction of the emergency aid medical system. The support should be directed to other areas of building and modernization of the system.

In actions taken to increase the efficiency of health services it is advisable to use such support in the following fields:

- Supporting the construction of a new medical service contracting system that takes into account the actual cost of medical services.

The result of the analysis showed that the type of investment, that is not currently covered by the support under IEOP, and which should be included in the EU's financial perspective 2014 - 2020 is the support for creating geriatric and rehabilitation units.

Types of investments, currently implemented under IEOP, that should be continued in the future - in a slightly modified form - are:

- Support for projects related to the expansion, reconstruction, renovation and retrofitting health care facilities (hospital emergency departments, trauma centers) for the medical emergency system and the purchase of medical devices necessary for the diagnosis and treatment of persons in emergency health threat.
- Projects related to the construction and renovation of a helicopter landing pads for access to hospital emergency departments.

- Projects involving the reconstruction, expansion, renovation and equipping of public supra-regional health care institutions, including the purchase of modern diagnostic and therapeutic equipment that meets current standards.

There is currently a work carried out on strategic and programmatic documents for financial perspective 2014-2020. Among the proposed changes, it planned to replace the "demarcation line" approach with the "common solutions" approach.

The proposed directions of intervention and types of projects are part of a flagship initiative of the EU:

- „Innovation Union”
- „Digital Agenda”

Only 43% of surveyed entities applied for support. The vast majority (72%) of those entities, received the support. The biggest problem at the stage of applying for funding was to fill in application properly. The wording / language of the applications was difficult to understand and it was hard to find qualified people to fill in the application.

The respondents pointed out problems that occur during the implementation: complex, labor- and time-consuming procedures, reporting requirements, procedures of public procurement law; vague provisions on the eligibility of expenditure and delays in the disbursement of individual tranches.

At the stage of applying for funding it is essential for Beneficiaries to eliminate the problems associated with filling in the application. Another suggestion is to eliminate the costs associated with the preparation of the application through institutional support for project preparation.

The most important action to be taken, to eliminate barriers that appear at the stage of the project include:

- elimination of the need for duplication of information in the documentation/simplifying procedures and application forms / liberalization of the Public Procurement Law in the selection of the lowest bid;
- changing settlement terms;
- changing reporting procedures;
- facilitation in obtaining payments / advances / shortening the time of waiting for funding.

## Spis treści

Akronimy i skróty stosowane w tekście.....	17
I. Wprowadzenie .....	18
I.1. Cele badania ewaluacyjnego.....	19
II. Zastosowana metodologia oraz źródła danych wykorzystanych w badaniu.....	20
II.1. Kryteria ewaluacyjne .....	20
II.2. Obszary i pytania badawcze.....	20
II.3. Koncepcja realizacji badania .....	22
II.4. Zastosowane metody i techniki badawcze .....	23
II.4.1. Badania ilościowe (ankietowe).....	24
II.4.2. Badania jakościowe.....	32
i. Analiza desk research.....	32
ii. Indywidualny wywiad pogłębiony.....	34
iii. Panel ekspertów .....	35
II.4.3. Techniki analityczne.....	36
i. Analiza wielo-kryterialna.....	36
ii. Modelowanie PCA.....	36
III. Wyniki badania.....	37
III.1. Diagnoza sektora ochrony zdrowia w Polsce pod kątem identyfikacji ewentualnych luk oraz potrzeb w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia.....	37
III.1.1. Jak należy ocenić obecny stan sektora ochrony zdrowia w Polsce pod kątem stanu infrastruktury ochrony zdrowia?.....	41
III.1.2. Jak obecny stan infrastruktury ochrony zdrowia przekłada się na: dostępność do usług medycznych, jakość usług medycznych, skuteczność udzielania świadczeń zdrowotnych, efektywność systemu ochrony zdrowia?.....	98
III.1.3. Jakie luki można zidentyfikować w infrastrukturze ochrony zdrowia w Polsce?	113
III.1.4. Jakie są największe potrzeby inwestycyjne sektora w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia? Jaka jest skala tych potrzeb?.....	121
III.1.5. Jakie są słabe / mocne strony, szanse / zagrożenia sektora ochrony zdrowia, pod kątem stanu/jakości /zasobności jednostek ochrony zdrowia w infrastrukturę ochrony zdrowia? .....	153



III.2.	Wypracowanie propozycji kierunków interwencji infrastrukturalnych w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014-2020 .....	155
III.2.1.	Jakie powinny być cele i kierunki wsparcia w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 - 2020?.....	166
III.2.2.	Jakie typy inwestycji, które nie są obecnie objęte zakresem wsparcia w ramach PO IiŚ, należałoby objąć wsparciem w perspektywie finansowej UE 2014 - 2020? Czym należy kierować się przy wyborze konkretnych rozwiązań? .....	178
III.2.3.	Jakie typy inwestycji, które obecnie objęte są wsparciem w ramach PO IiŚ, należałoby kontynuować w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020?.....	179
III.2.4.	W jaki sposób należy uwzględnić w planowanym wsparciu komplementarność pomiędzy działaniami finansowanymi z EFRR i EFS?.....	181
III.2.5.	Czy, a jeżeli tak, to w jaki sposób należy rozgranicyć wsparcie pomiędzy podmiotami publicznymi, a prywatnymi w nowej perspektywie finansowej? 182	
III.2.6.	Mając na uwadze obecne rozwiązania funkcjonujące w Programach Operacyjnych oraz w ramach Priorytetu XII PO IiŚ, jak powinna wyglądać linia demarkacyjna w nowej perspektywie finansowej UE 2014-2020? Czy, a jeśli tak, to co ewentualnie należałoby zmienić w stosunku do obecnych rozwiązań w ramach Priorytetu XII PO IiŚ? .....	183
III.2.7.	Na czym powinny opierać się główne kryteria wyboru projektów w przyszłej perspektywie finansowej UE 2014 – 2020? .....	186
III.3.	Określenie priorytetowych typów inwestycji infrastrukturalnych w sektorze ochrony zdrowia z punktu widzenia ich znaczenia dla realizacji celów Strategii Europa 2020 oraz tzw. „inicjatyw flagowych” .....	201
III.3.1.	Jakie typy inwestycji infrastrukturalnych w sektorze ochrony zdrowia należałoby traktować priorytetowo z punktu widzenia ich znaczenia dla realizacji celów Strategii Europa 2020 oraz tzw. „inicjatyw flagowych”? .....	202
III.3.2.	Które inwestycje mogłyby w największym stopniu wpisywać się w cele Strategii Europa 2020 oraz „inicjatyw flagowych” i w jakim zakresie?.....	204
III.4.	Identyfikacja ewentualnych barier w aplikowaniu o środki pochodzące z funduszy strukturalnych UE oraz wskazanie sposobów ich eliminacji.....	221
III.4.1.	Czy, a jeżeli tak to jakie bariery zostały zidentyfikowane w aplikowaniu o środki pochodzące z funduszy strukturalnych UE w ramach PO IiŚ oraz sektora ochrony zdrowia? .....	221
III.4.2.	Jakie działania należałoby podjąć, aby w przyszłej perspektywie finansowej UE 2014 – 2020 wyeliminować w największym stopniu zdiagnozowane bariery?	
	230	
IV.	Wnioski.....	234

V.	Rekomendacje.....	243
VI.	Aneksy .....	248
Załącznik 1.: Ankieta dla dyrektorów lub osób je zastępujących lub osób odpowiadających za realizację inwestycji.....		248
Załącznik 2.: Scenariusze pogłębionych wywiadów indywidualnych (IDI).....		263
A.	IDI z przedstawicielami Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego.....	263
B.	IDI z przedstawicielem Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rozwoju Regionalnego.....	265
C.	IDI z przedstawicielem Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali.....	266
D.	IDI z przedstawicielem Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej ....	268

## Akronimy i skróty stosowane w tekście

Skrót / Oznaczenie	Znaczenie
<b>SIWZ</b>	Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia
<b>SOPZ</b>	Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia
<b>UE</b>	Unia Europejska
<b>Zamawiający</b>	Ministerstwo Zdrowia
<b>Wykonawca</b>	IBC GROUP Central Europe Holding S.A.
<b>Desk Research</b>	Analiza danych zastanych
<b>IDI</b> ( <i>ang. Individual In-Depth Interview</i> )	Indywidualny wywiad pogłębiony
<b>CAWI</b> ( <i>ang. Computer Assisted Web Interview</i> )	Wspomagane komputerowo wywiad przez internet
<b>IP</b>	Instytucja Pośrednicząca
<b>IZ</b>	Instytucja Zarządzająca

## I. Wprowadzenie

Zgodnie z zapisami Szczegółowego Opisu Priorytetów Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, Priorytet XII, poprawa zdrowia społeczeństwa ma służyć zaktywizowaniu i lepszemu wykorzystaniu jego podstawowych możliwości, co przyczyni się do wzrostu liczby osób aktywnych zawodowo na rynku pracy. Istotnym elementem zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego zasobów pracy w Polsce jest poprawa infrastruktury ochrony zdrowia, standardu wyposażenia w sprzęt medyczny oraz skuteczności działań w stanach zagrożenia zdrowotnego. Rozwój zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego ma być jednym z kluczowych czynników obniżenia poziomu śmiertelności oraz niepełnosprawności, zwłaszcza z powodu wypadków drogowych, katastrof budowlanych, pożarów, katastrof naturalnych oraz chorób układu krążenia, co przyczyni się do wsparcia dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym. Oczekiwany efektem wsparcia jest m.in.: zachowanie zasady „złotej godziny”, tj. nie przekraczania 60 minut mijających od zdarzenia do rozpoczęcia specjalistycznego leczenia szpitalnego, co znacznie wpłynie na zmniejszenie poziomu powikłań powstających w wyniku zdarzeń nagłych oraz szybszy powrót poszkodowanych do aktywności zawodowej. Działania te zostały uregulowane w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, która nakłada obowiązek stworzenia zintegrowanego, jednolitego systemu ratownictwa medycznego.

W celu poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia, w ramach Priorytetu XII PO IiŚ wsparcie mogły uzyskać projekty w zakresie inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, co jest kluczowe dla zapewnienia specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, w tym diagnostyki i wczesnej wykrywalności chorób, zarówno tych stanowiących główne przyczyny zgonów (tj. chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych), jak i chorób zawodowych. Inwestycje te polegały na przebudowie, rozbudowie, remoncie oraz wyposażeniu zakładów opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym w nowoczesny sprzęt medyczny.

W październiku 2011 Komisja Europejska przyjęła projekt pakietu rozporządzeń, w którym nakreślono ramy polityki spójności Unii Europejskiej na lata 2014-2020. Komisja podkreśliła w tym projekcie, że polityka spójności powinna pozostać podstawowym elementem przyszłego budżetu UE i stanowić będzie kluczową rolę w realizacji Strategii na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu - „Europa 2020”. U podstaw

w/w dokumencie, będącego podstawą dla przyszłej polityki spójności UE, leżą trzy następujące priorytety:

- rozwój inteligentny – rozwój gospodarki opartej na wiedzy i innowacji;
- rozwój zrównoważony – wspieranie gospodarki efektywniej korzystającej z zasobów; bardziej przyjaznej środowisku i bardziej konkurencyjnej;
- rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu – wspieranie gospodarki charakteryzującej się wysokim poziomem zatrudnienia i zapewniającej spójność gospodarczą, społeczną i terytorialną.

Ministerstwo Zdrowia, przygotowując się do jak najefektywniejszego wykorzystania środków ze zbliżającej się perspektywy finansowej, zleciło przeprowadzenie analizy potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia. Niniejsze badanie ma spełniać funkcje ewaluacji wykonywanej w celu przygotowania – ogólnie spójnych z PO IiŚ 2007-2013 – zapisów dotyczących zakresu wsparcia obszaru „Zdrowie” w ramach przyszłej perspektywy 2014-2020 i służącej jak najlepszemu zaplanowaniu i przygotowaniu profilu tego wsparcia.

### **I.1. Cele badania ewaluacyjnego**

Celem głównym niniejszego badania jest:

dokonanie analizy potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej UE na lata 2014 – 2020

Cel główny badania został osiągnięty poprzez realizację określonych w SOPZ celów szczegółowych:

- 1) Diagnoza sektora ochrony zdrowia w Polsce** pod kątem identyfikacji ewentualnych luk oraz potrzeb dotyczących infrastruktury ochrony zdrowia;
- 2) Wypracowanie propozycji kierunków interwencji infrastrukturalnych w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014-2020;**
- 3) Określenie priorytetowych typów inwestycji infrastrukturalnych w sektorze ochrony zdrowia** z punktu widzenia ich znaczenia dla realizacji celów Strategii Europa 2020 oraz tzw. „inicjatyw flagowych”;
- 4) Identyfikacja ewentualnych barier w aplikowaniu o środki pochodzące z funduszy strukturalnych UE oraz wskazanie sposobów ich eliminacji.**

## II. Zastosowana metodologia oraz źródła danych wykorzystanych w badaniu

### II.1. Kryteria ewaluacyjne

Proces badawczy, jak również odpowiedzi na wszystkie pytania zostały przeprowadzone w oparciu o następujące kryteria ewaluacyjne:

- **Trafność;**
- **Skuteczność;**
- **Trwałość.**

### II.2. Obszary i pytania badawcze

Poniżej przedstawione zostały cele badania oraz przyporządkowany im wykaz pytań badawczych.

**Tabela 1.**

Cele badania i pytania badawcze

Cel główny	Cel szczegółowy badania	Pytania badawcze lub grupa pytań z celu szczegółowego badania
<p>Dokonanie analizy potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej UE na lata 2014 – 2020</p>	<p>Diagnoza sektora ochrony zdrowia w Polsce pod kątem identyfikacji ewentualnych luk oraz potrzeb w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jak należy ocenić obecny stan sektora ochrony zdrowia w Polsce pod kątem stanu infrastruktury ochrony zdrowia?</li> <li>2. Jak obecny stan infrastruktury ochrony zdrowia przekłada się na: dostępność do usług medycznych, jakość usług medycznych, skuteczność udzielania świadczeń zdrowotnych, efektywność systemu ochrony zdrowia?</li> <li>3. Jakie luki można zidentyfikować w infrastrukturze ochrony zdrowia w Polsce?</li> <li>4. Jakie są największe potrzeby inwestycyjne sektora w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia? Jaka jest skala tych potrzeb?</li> <li>5. Jakie są słabe / mocne strony, szanse / zagrożenia sektora ochrony zdrowia, pod kątem stanu/jakości /zasobności jednostek ochrony zdrowia w infrastrukturę ochrony zdrowia?</li> </ol>
	<p>Wypracowanie propozycji kierunków interwencji infrastrukturalnych w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jakie powinny być cele i kierunki wsparcia w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 - 2020?</li> <li>2. Jakie typy inwestycji, które nie są obecnie objęte zakresem wsparcia w ramach PO IiŚ, należałoby objąć wsparciem w perspektywie finansowej UE 2014 - 2020? Czym należy kierować się przy</li> </ol>

	<p>finansowej UE 2014-2020</p>	<p>wyborze konkretnych rozwiązań?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Jakie typy inwestycji, które obecnie objęte są wsparciem w ramach PO LiŚ, należałoby kontynuować w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020?</li> <li>4. W jaki sposób należy uwzględnić w planowanym wsparciu komplementarność pomiędzy działaniami finansowanymi z EFRR i EFS?</li> <li>5. Czy, a jeżeli tak, to w jaki sposób należy rozgraniczyć wsparcie pomiędzy podmiotami publicznymi, a prywatnymi w nowej perspektywie finansowej?</li> <li>6. Mając na uwadze obecne rozwiązania funkcjonujące w Programach Operacyjnych oraz w ramach Priorytetu XII PO LiŚ, jak powinna wyglądać linia demarkacyjna w nowej perspektywie finansowej UE 2014-2020? Czy, a jeśli tak, to co ewentualnie należałoby zmienić w stosunku do obecnych rozwiązań w ramach Priorytetu XII PO LiŚ?</li> <li>7. Na czym powinny opierać się główne kryteria wyboru projektów w przyszłej perspektywie finansowej UE 2014 – 2020?</li> </ol>
	<p>Określenie priorytetowych typów inwestycji infrastrukturalnych w sektorze ochrony zdrowia z punktu widzenia ich znaczenia dla realizacji celów Strategii Europa 2020 oraz tzw. „inicjatyw flagowych”</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jakie typy inwestycji infrastrukturalnych w sektorze ochrony zdrowia należałoby traktować priorytetowo z punktu widzenia ich znaczenia dla realizacji celów Strategii Europa 2020 oraz tzw. „inicjatyw flagowych”?</li> <li>2. Które inwestycje mogłyby w największym stopniu wpisywać się w cele Strategii Europa 2020 oraz „inicjatyw flagowych” i w jakim zakresie?</li> </ol>
	<p>Identyfikacja ewentualnych barier w aplikowaniu o środki pochodzące z funduszy strukturalnych UE oraz wskazanie sposobów ich eliminacji</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Czy, a jeżeli tak to jakie bariery zostały zidentyfikowane w aplikowaniu o środki pochodzące z funduszy strukturalnych UE w ramach PO LiŚ oraz sektora ochrony zdrowia?</li> <li>2. Jakie działania należałoby podjąć, aby w przyszłej perspektywie finansowej UE 2014 – 2020 wyeliminować w największym stopniu zdiagnozowane bariery?</li> </ol>

### II.3. Koncepcja realizacji badania

Niniejsze badanie, tak jak większość badań o charakterze badań społecznych, można podzielić na trzy zasadnicze etapy odpowiadające różnym fazom procesu badawczego:

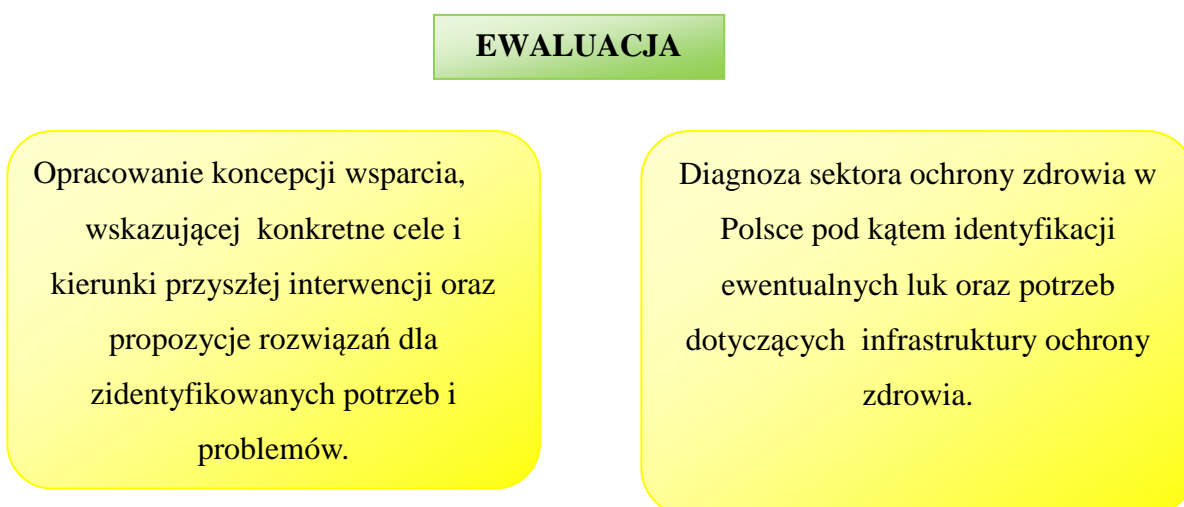
- i. eksploracja;
- ii. opis;
- iii. wyjaśnianie.

Etap eksploracji służy przede wszystkim rozpoznaniu przedmiotu badania, zgromadzeniu informacji, a także rozpoznaniu potrzeb i możliwości prowadzenia w tym obszarze szerszych i pogłębionych badań. Etap opisu ma na celu rozpoznanie i przedstawienie badanej sytuacji. Etap opisowy badania służy udzieleniu odpowiedzi na pytania: co, jak, gdzie, kiedy? Etap wyjaśniania służy udzieleniu odpowiedzi na pytanie: dlaczego?

Koncepcja badania łączy w sobie dwie perspektywy badawcze. Z jednej strony diagnozę sektora ochrony zdrowia w Polsce pod kątem identyfikacji ewentualnych luk oraz potrzeb dotyczących infrastruktury ochrony zdrowia, natomiast z drugiej strony, na podstawie sporządzonej diagnozy powinna zostać opracowana koncepcja wsparcia, wskazująca konkretne cele i kierunki przyszłej interwencji oraz propozycje rozwiązań dla zidentyfikowanych potrzeb i problemów.

#### Schemat 1.

Perspektywy badawcze.



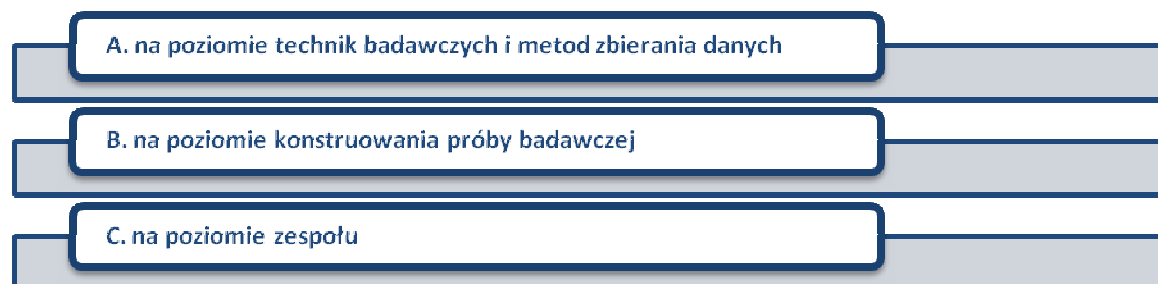
Źródło: opracowanie IBC GROUP.



Wykorzystanie w ocenie danych pochodzących z różnych źródeł, zbieranych różnymi metodami i przez różnych badaczy daje gwarancję otrzymania wiarygodnych danych i wyczerpujących wyników, a co za tym idzie – sformułowania wniosków poprawnych pod względem logicznym i metodologicznym. Zakładane cele badania i szeroki zakres pytań wymagały, by triangulacja odbywała się na kilku poziomach równocześnie.

### Schemat 2.

Poziomy triangulacji gromadzonych danych



Źródło: opracowanie IBC GROUP.

Niniejsze badanie zostało realizowane w oparciu o analizę istniejących danych i dokumentów, a także poprzez badania empiryczne, w trakcie których gromadzone zostały dane ilościowe i jakościowe. Dane ilościowe i jakościowe w poszczególnych komponentach badania potraktowano jako komplementarne, wzajemnie się weryfikujące i uzupełniające.

## II.4. Zastosowane metody i techniki badawcze

W badaniu wykorzystano następujące metody badawcze:

1. **Analizy Desk Research (metody wtórnej analizy danych);**
2. **Badania ilościowe:**
  - Technika CAWI;
3. **Badania jakościowe:**
  - Technika Indywidualnego Wywiadu Pogłębionego - IDI;
  - Panel Ekspertów.
4. **Techniki analityczne:**
  - Modelowanie PCA;
  - Analiza wielokryterialna.

Ramowy układ stosowanych technik badawczych, wykorzystywanych dla pozyskania danych pierwotnych, wraz z liczebnością podmiotów badania prezentuje tabela 3.

### **Tabela 2.**

Zestawienie technik pozyskiwania danych pierwotnych z liczebnością podmiotów badania

Lp.	Technika badawcza	Próba
1.	Indywidualny Wywiad Pogłębiony - IDI	20
2.	Panel ekspertów	1
3.	CAWI	1242

Źródło: opracowanie IBC GROUP

Poniżej szczegółowo zaprezentowano poszczególne metody i techniki badawcze.

#### **II.4.1. Badania ilościowe (ankietowe)**

##### **Badanie ankietowe CAWI**

Zgodnie z wymaganiami Zamawiającego, badanie ankietowe wśród przedstawicieli podmiotów leczniczych przeprowadzono metodą CAWI.

##### **DOBÓR PRÓBY**

Jednostki objęte badaniem to podmioty lecznicze, z uwzględnieniem następującego podziału:

##### **1) szpitale, w tym:**

- szpitale miejskie,
- powiatowe,
- wojewódzkie,
- szpitale podległe ministrom,
- szpitale podległe uniwersytetom medycznym,
- oraz instytuty badawcze

##### **2) przychodnie lekarskie/ośrodki zdrowia:**

- specjalistyczne,
- podstawowej opieki zdrowotnej,

##### **3) zakłady opieki długoterminowej:**

- zakłady opiekuńczo – lecznicze,
- zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze,
- hospicja,
- zakłady rehabilitacji leczniczej.

#### 4) jednostki systemu ratownictwa medycznego:

- stacje pogotowia ratunkowego,
- SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe.

Realizując badanie, w celu pozyskania danych kontaktowych (adresy e-mailowe, strony WWW) do poszczególnych typów podmiotów leczniczych objętych badaniem, Wykonawca wykorzystał bazę podmiotów ZOZ oraz NZOZ firmy *Biostat*. Baza ta została rozbudowana przez Wykonawcę, w szczególności w zakresie szpitali oraz w całości dla podmiotów ratownictwa medycznego.

Dobór jednostek miał charakter losowo-warstwowy. Wszystkie podmioty lecznicze w każdej z czterech kategorii zostały podzielone na warstwy odpowiadające województwom. Następnie w ramach każdej warstwy wylosowano taką liczbę jednostek, która odpowiada udziałowi danej warstwy w populacji. W szczególnych przypadkach wybrane zostały do badania wszystkie jednostki z danej warstwy.

Ze względu na dużą dysproporcję między poszczególnymi kategoriami podmiotów leczniczych, zmodyfikowano udział poszczególnych kategorii w całej próbie – tak, aby w każdej kategorii przebadane zostało minimum 100 podmiotów. Zestawienie wielkości próby dla poszczególnych kategorii jednostek badania przedstawia tabela nr 5.

Respondentami byli, dobrani celowo, przedstawiciele wylosowanych podmiotów leczniczych, tj. dyrektorzy lub osoby je zastępujące lub osoby odpowiadające za realizację inwestycji w jednostce.

Oczekiwana liczba respondentów – **1100**

W trakcie realizacji badania ankietę została wysłana do ok. 11500 podmiotów leczniczych. Poziom zwrotności ankiet, po 4 monitach emailowych oraz dwóch monitach telefonicznych wyniósł nieco ponad 10%. Wykonawca chcąc uzyskać także w pozostałych typach podmiotów oczekiwaną liczbę wypełnionych ankiet podjął intensywne działania, polegające na bezpośrednim telefonowaniu do podmiotów reprezentujących poszczególne typy jednostek. W rezultacie podjętych działań, uzyskano we wszystkich podstawowych grupach podmiotów oczekiwaną liczbę wypełnionych ankiet.

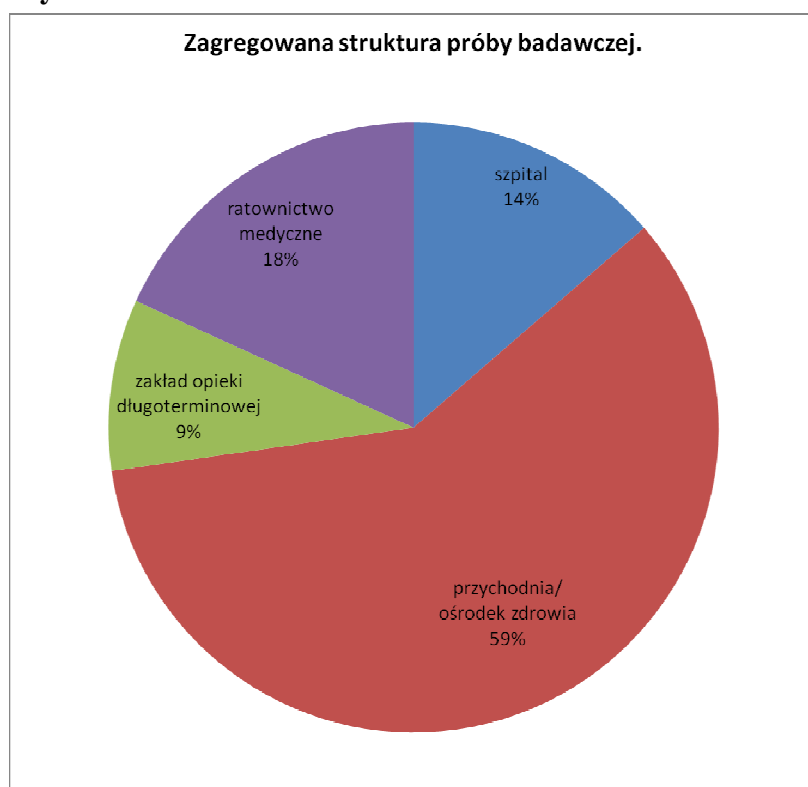
**Ostatecznie w ramach badania ilościowego uzyskano 1242 wypełnione ankiety.** Pozwala to – przy populacji całkowitej 19 850 podmiotów uzyskać poziom wiarygodności badania 95% oraz dokładność badania +/- 2,7%.

**Tabela 3.** Ilość jednostek badania według kategorii podmiotów leczniczych.

	Populacja		Próba	
	Ilość jednostek	Udział %	Zakładana liczebność próby	Zrealizowana liczebność próby
Polska	19850	100,0%	1100	1242
przychodnie	16608	83,7%	650	650
szpitale	795	4,0%	150	292
zakłady opieki długoterminowej	741	3,7%	100	100
jednostki systemu ratownictwa medycznego	1706	8,6%	200	200

W formie zagregowanej strukturę próby badawczej pokazuje Wykres 1.:

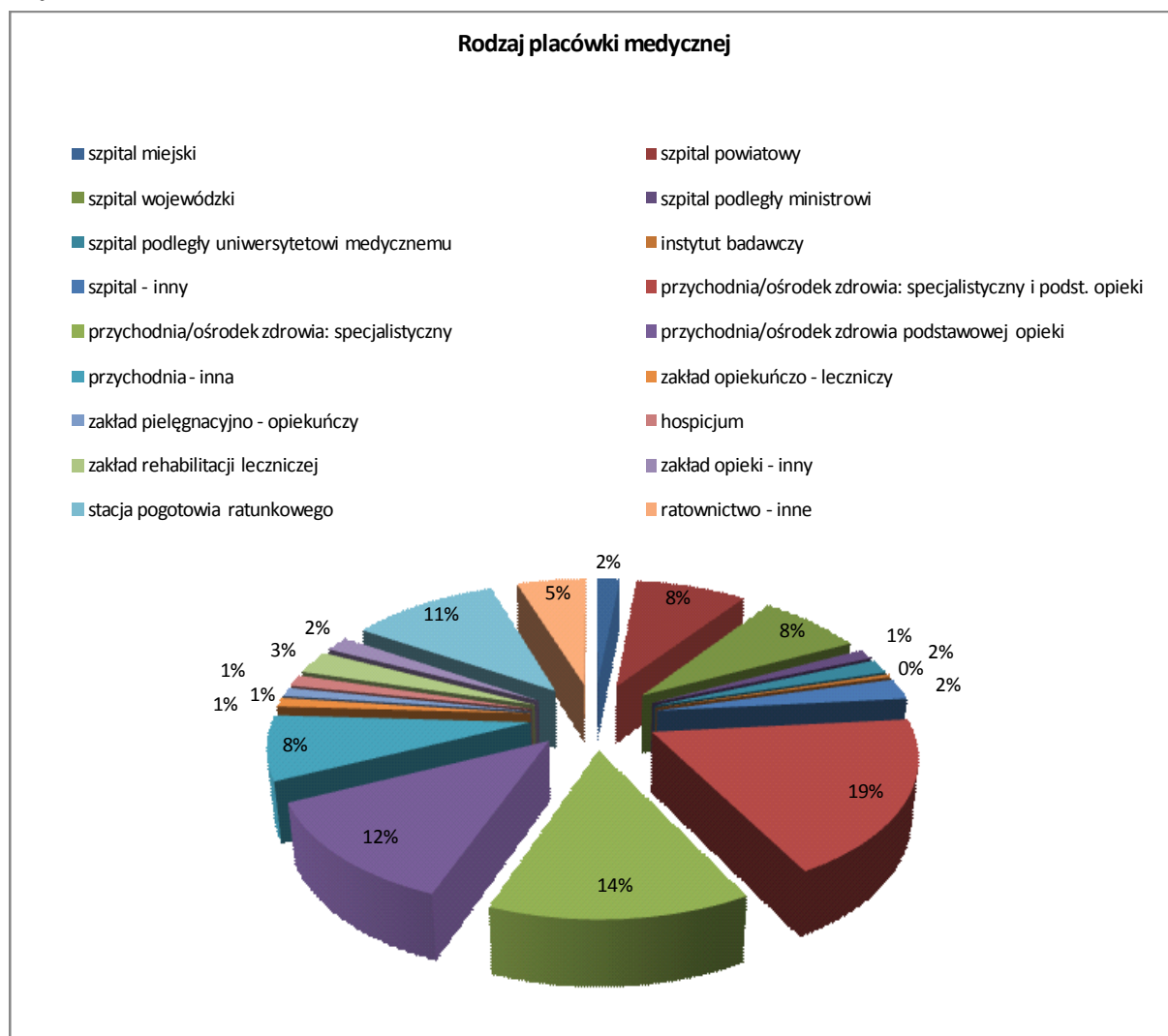
**Wykres 1.**



Źródło: badanie własne, N=1242.

Natomiast szczegółową strukturę próby badawczej, przedstawia Wykres 2:

Wykres 2.



Źródło: badanie własne, N=1242.

Wykres ten pokazuje, że w zasadniczych założeniach zachowano założoną w raporcie metodologicznym strukturę próby badawczej.

Zwraca jedynie uwagę fakt, że mimo iż w kategorii „placówki ratownictwa medycznego”, zgodnie z założeniem badania, ankietę skierowano także do placówek SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, to od tej kategorii podmiotów leczniczych nie otrzymano ani jednej wypełnionej ankiety.

Szczegółową konstrukcję zrealizowanej próby badawczej, z podziałem na poszczególne rodzaje podmiotów leczniczych objętych badaniem przedstawia poniższa Tabela 4.:

**Tabela 4.** Zrealizowana próba badawcza w podziale na poszczególne rodzaje podmiotów leczniczych.

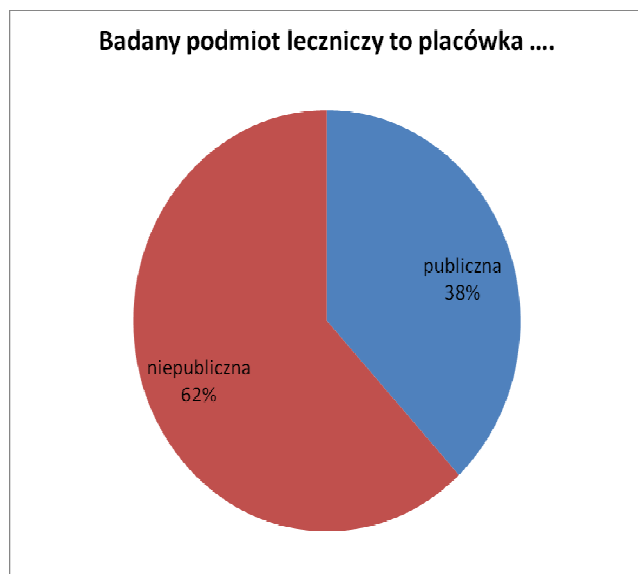
Rodzaj podmiotu leczniczego	Udział w zrealizowanej próbie badawczej	
	Liczebność	% udział w próbie.
szpital miejski	21	1,69
szpital powiatowy	103	8,29
szpital wojewódzki	96	7,73
szpital podległy ministrowi	15	1,21
szpital podległy uniwersytetowi medycznemu,	21	1,69
instytuty badawcze	5	0,40
szpital inny	31	2,50
przychodnia lekarska/ ośrodek zdrowia: specjalistyczny i podstawowej opieki zdrowotnej	232	18,65
przychodnia lekarskie/ ośrodek zdrowia specjalistyczna	168	13,55
przychodnia lekarska/ ośrodek zdrowia: podstawowej opieki zdrowotnej	155	12,47
przychodnia - inna	95	7,67
zakład opiekuńczo – leczniczy	13	1,05
zakład pielęgnacyjno – opiekuńczy	13	1,04
hospicjum	17	1,37
zakład rehabilitacji leczniczej	35	2,79
zakład opieki - inny	22	1,79
stacja pogotowia ratunkowego	136	10,97
SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	0	0
Ratownictwo-inne	64	5,14
<b>OGÓŁEM</b>	<b>1242</b>	<b>100</b>

Źródło: badanie własne.

Należy pamiętać, że na wielu wykresach (np. Wykres 2 wyżej) system zliczający wyniki będzie wskazywał, że w badaniu wzięło udział 0% instytutów badawczych. Jest to efekt uśredniania wyników, polegający na zaokrągleniu w dół wartości wynoszących poniżej 0,5%.

W zdecydowanej większości, podmioty lecznicze objęte badaniem są podmiotami niepublicznymi. Pokazuje to Wykres 3.

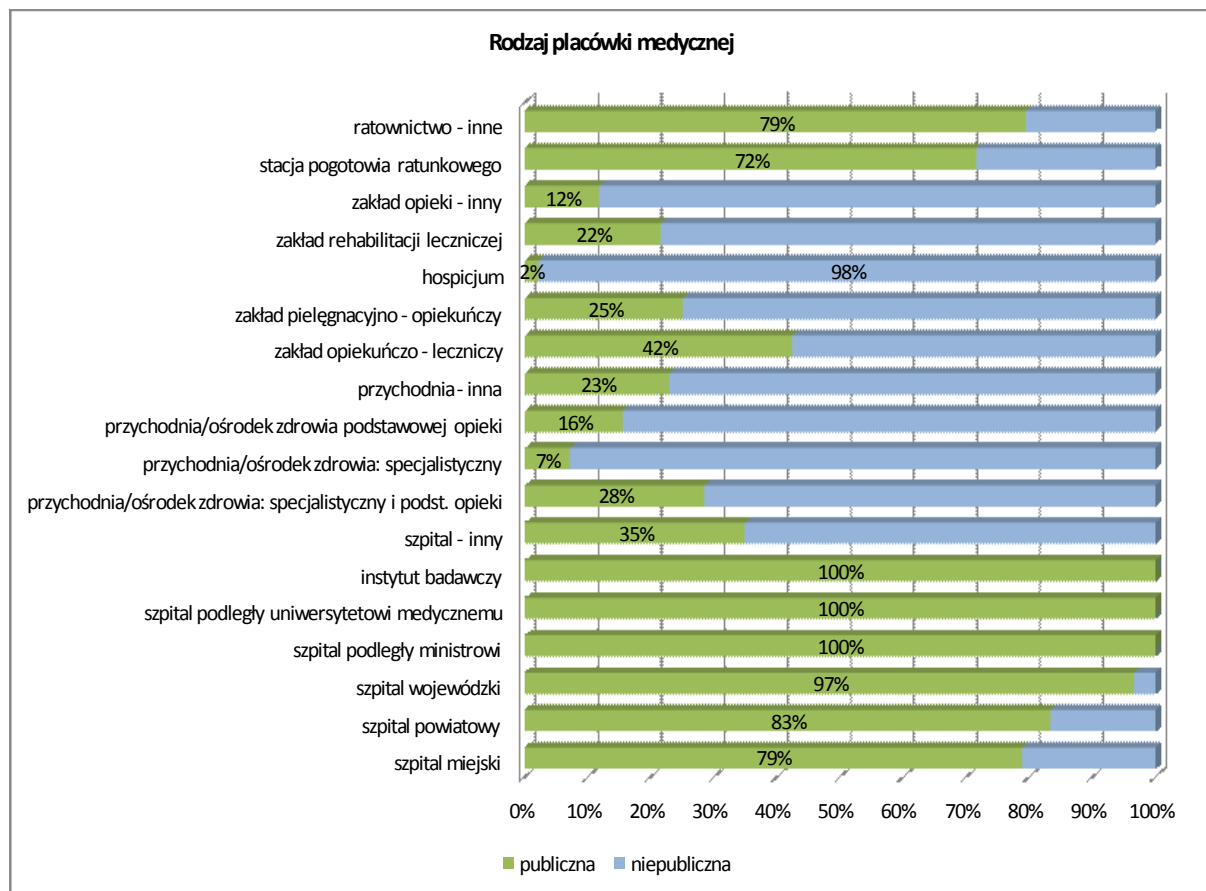
Wykres 3.



Źródło: badanie własne, N=1242.

W podziale na poszczególne typy podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu, sytuację przedstawia kolejny wykres:

Wykres 4.

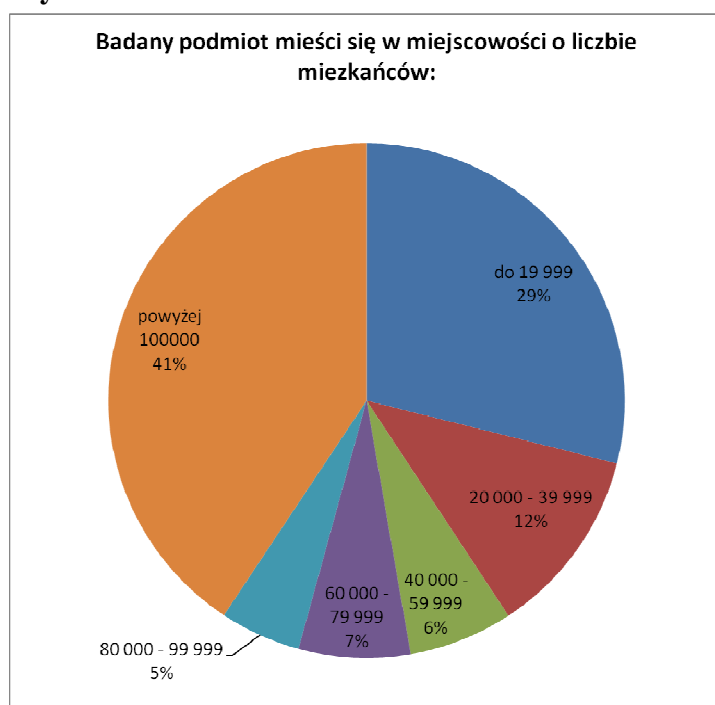


Źródło: badanie własne, N=1242.

Podmioty publiczne stanowią najmniej liczną grupę wśród następujących typów jednostek objętych badaniem: hospicja (2% podmiotów publicznych), przychodniach/ ośrodkach zdrowia specjalistycznych (7%) i w grupie zakład opieki-inny (12%). Najwięcej zakładów publicznych wśród badanych podmiotów jest w następujących grupach podmiotów: instytuty badawcze (100%), szpitale podległe ministrowi (100%), szpitale podległe uniwersytetowi medycznemu (100%), szpitale wojewódzkie (97%).

Najwięcej badanych podmiotów zlokalizowanych jest w dużych miastach, o liczbie mieszkańców ponad 100 000 osób. Jednocześnie drugą pod względem liczebności grupę badanych podmiotów, tworzą podmioty mieszczące się w miejscowościach liczących poniżej 19 999 mieszkańców. Pokazuje to Wykres 5.:

**Wykres 5.**

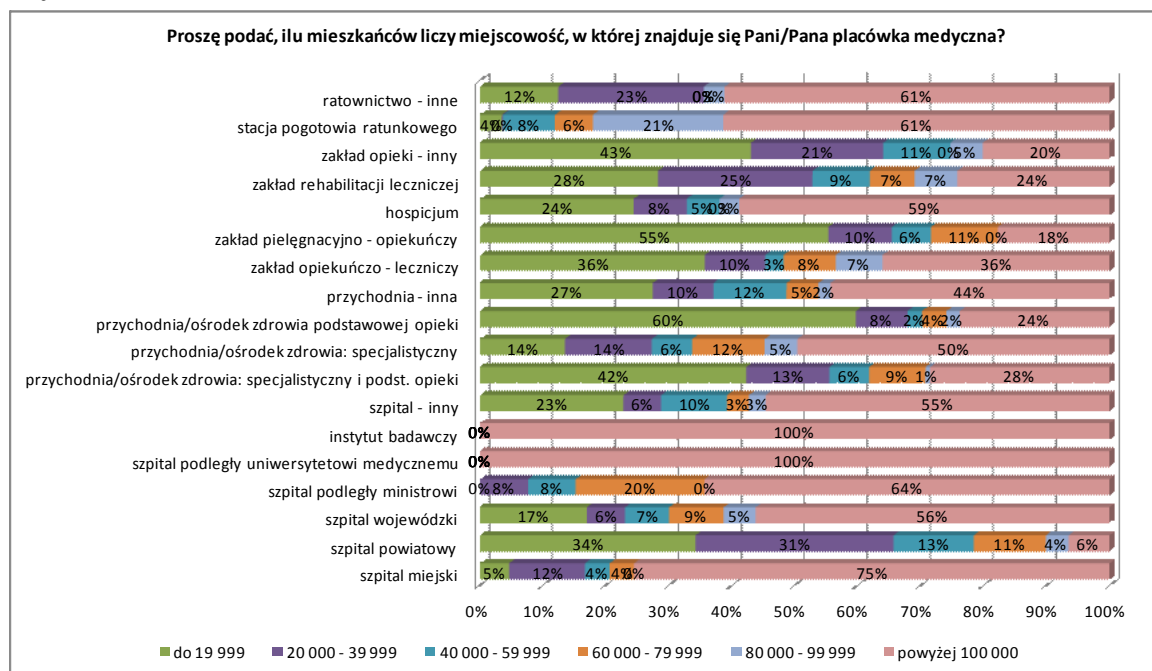


Źródło: badanie własne, N=1242.

Kolejny wykres pokazuje, z jakiej wielkości miejscowości pochodzą podmioty lecznicze, należące do poszczególnych typów jednostek objętych niniejszym badaniem.



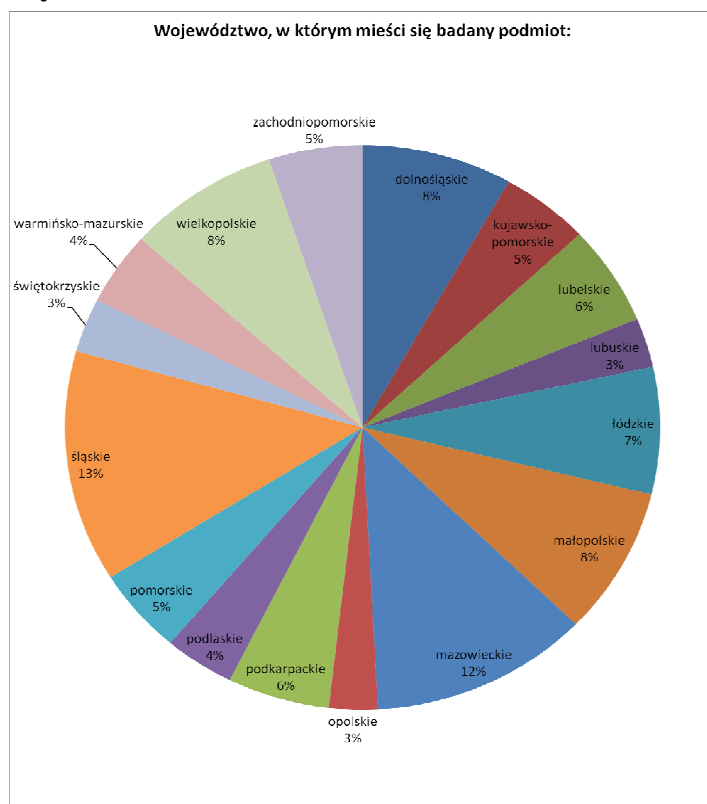
**Wykres 6.**



Źródło: badanie własne, N=1242.

Największa liczba badanych podmiotów mieści się w województwie: śląskim (13%) i mazowieckim (12%). Najmniejsza liczba pochodzi z województw: opolskiego, lubuskiego i świętokrzyskiego (po 3%). Pokazuje to Wykres 7.:

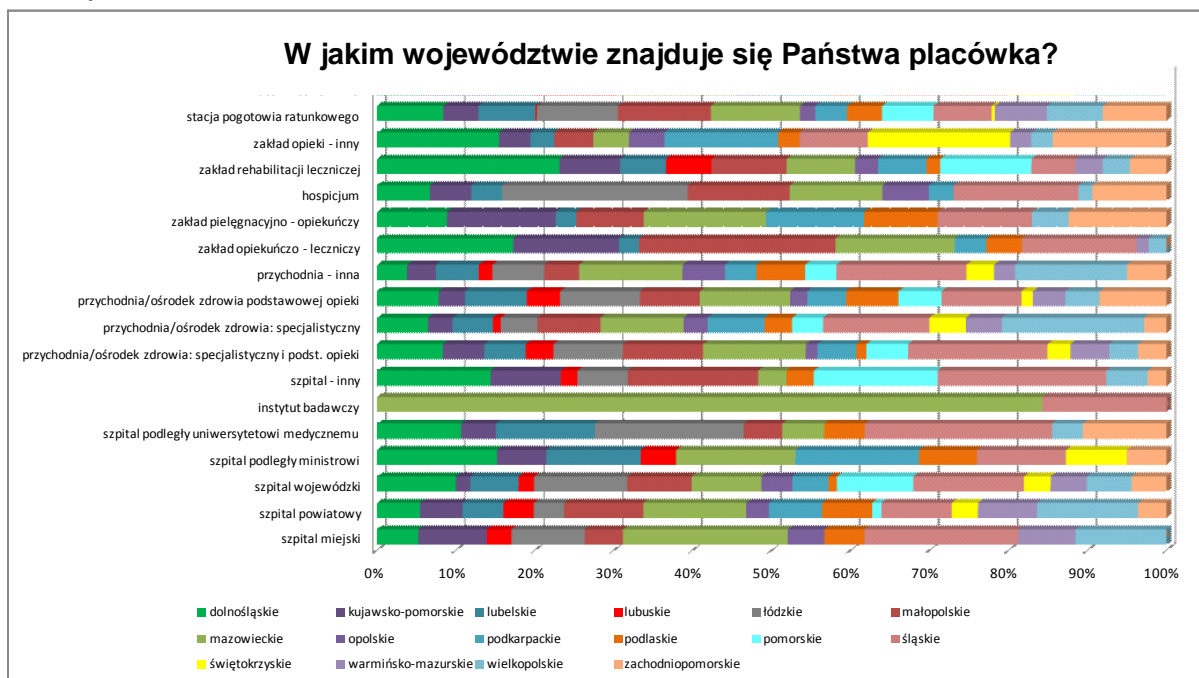
**Wykres 7.**



Źródło: badanie własne, N=1242.

Kolejny wykres pokazuje, z jakiego województwa pochodzą poszczególne typy podmiotów leczniczych objętych badaniem.

Wykres 8.



Źródło: badanie własne, N=1242.

## II.4.2. Badania jakościowe

Wykonawca wykorzystał następujące metody i techniki badawcze:

- » Analiza danych zastanych - desk research,
- » Indywidualne wywiady pogłębione (IDI),
- » Panel Ekspertów (PE).

### i. Analiza desk research

**Desk research** klasyfikowana jest jako niereaktywna metoda badań polegająca na analizie danych zastanych. Desk research stanowi uzupełnienie badań pierwotnych, dostarczając ramowych informacji analitycznych.

W analizie *desk research* wykorzystano dokumenty, raporty i publikacje – polskie i wspólnotowe, w tym:

- a) Komunikat Komisji EUROPA 2020 „Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”;
- b) Unia Innowacji;
- c) Program na rzecz nowych umiejętności i zatrudnienia;
- d) Europejska platforma współpracy w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym;
- e) Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju Polska 2030;
- f) Strategia Rozwoju Kraju 2020;
- g) Krajowy Program Reform na rzecz realizacji strategii „Europa 2020”;
- h) Strategia Sprawne Państwo 2020;
- i) Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020;
- j) Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2007 – 2013, Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka 2007 - 2013, 16 Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2007 – 2013, Zintegrowany Program Operacyjny Rozwoju Regionalnego;
- k) Publikacje naukowe/raporty z badań ewaluacyjnych/analizy o adekwatnej do przedmiotu badania tematyce, w tym:
  - „Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII PO IiŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia” ([http://www.zdrowie.gov.pl/strona-24PO\\_Infrastruktura\\_i\\_Srodowisko\\_Ewaluacja.html](http://www.zdrowie.gov.pl/strona-24PO_Infrastruktura_i_Srodowisko_Ewaluacja.html) );
  - „Ewaluacja systemu oceny i wyboru projektów w ramach Programu Infrastruktura i Środowisko na lata 2007 – 2013” ([http://www.ewaluacja.gov.pl/Wyniki/Strony/Good\\_Governance.aspx](http://www.ewaluacja.gov.pl/Wyniki/Strony/Good_Governance.aspx) );
  - „Badanie stopnia poinformowania potencjalnych beneficjentów o możliwości pozyskania środków z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko” ([http://www.ewaluacja.gov.pl/Wyniki/Strony/Good\\_Governance.aspx](http://www.ewaluacja.gov.pl/Wyniki/Strony/Good_Governance.aspx) );
  - „Analiza kryteriów wyboru projektów Programu Infrastruktura i Środowisko” ([http://www.ewaluacja.gov.pl/Wyniki/Strony/Good\\_Governance.aspx](http://www.ewaluacja.gov.pl/Wyniki/Strony/Good_Governance.aspx) );
  - „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.”, GUS, Warszawa, 2012 r. ([http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_12706\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_12706_PLK_HTML.htm) );
  - „Narodowy Rachunek Zdrowia”, GUS, Warszawa, 2012 r., ([http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_4459\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_4459_PLK_HTML.htm) );

- Dokumenty opisujące cele i działania programów operacyjnych, [www.funduszeuropejskie.gov.pl](http://www.funduszeuropejskie.gov.pl) ;
- Opracowania opisujące programy unijne dla przedsiębiorstw, w tym także dla sektora ochrony zdrowia: [www.dotacjeue.org.pl](http://www.dotacjeue.org.pl) ;
- W. Ponikło, „Infrastruktura techniczna szpitala”, Wolters Kluwer Polska, 2010;
- „Zielona Księga II”, Ministerstwo Zdrowia, ([http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zielona\\_ksiega\\_06012009.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zielona_ksiega_06012009.pdf) );
- J.Klich, M. Kautsch, M. Whitfield, „Zarządzanie w opiece zdrowotnej”, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, 2001;
- A.Gruszczak, „Dostępność usług medycznych w opinii pacjentów”, (<http://www.zdrowiepubliczne.pl/artukul/szczegoly/id/2286> );
- „NIK o dostępności usług medycznych”, NIK, Warszawa, (<http://www.nik.gov.pl/plik/id,1980,vp,2416.pdf> );
- K.Hoffman, „Rozwój badań nad jakością usług medycznych”, Nowiny Lekarskie, 2008.
- „Raport o ochronie zdrowia w Polsce”, Instytut Globalizacji, Warszawa, 2006, (<http://globalizacja.org/download/raport-wtz.pdf> );
- Raporty na temat partnerstwa publiczno-prywatnego, Fundacja „Instytut Partnerstwa Publiczno-Prywatnego, (<http://www.dobrepraktykippp.eu/kategoria/raporty/> )

## ii. Indywidualny wywiad pogłębiony

Łącznie przeprowadzono 20 indywidualnych wywiadów pogłębionych IDI z następującymi respondentami:

- przedstawiciele Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego (WCZP) lub Urzędów Wojewódzkich – 16 wywiadów:
  - Dolnośląski Urząd Wojewódzki, Dział Doskonalenia Wyższych Kadr Medycznych,
  - Kujawsko - Pomorski Urząd Wojewódzki, Wydział Zdrowia - Kujawsko-Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego,
  - Lubelski Urząd Wojewódzki, Wydział Zdrowia,
  - Lubuski Urząd Wojewódzki, Wydział Polityki Społecznej, Oddział ds. Nadzoru i Kształcenia,
  - Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego, Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych (woj. łódzkie),
  - Małopolski Urząd Wojewódzki, Wydział Polityki Społecznej,

- Mazowiecki Urząd Wojewódzki, Wydział Zdrowia,
- Opolski Urząd Wojewódzki, Opolskie Centrum Zdrowia Publicznego,
- Podkarpacki Urząd Wojewódzki, Wydział Polityki Społecznej – WCZP,
- Podlaski Urząd Wojewódzki, Wydział Polityki Społecznej – WCZP,
- Pomorski Urząd Wojewódzki, Wydział Zdrowia - Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego,
- Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru Nad systemami Opieki Zdrowotnej,
- Świętokrzyski Urząd Wojewódzki, Oddział Szkolenia i Doskonalenia Kadr Medycznych,
- Warmińsko-Mazurskie Centrum Zdrowia Publicznego,
- Wielkopolskie Centrum Zdrowia Publicznego,
- Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki, Wydział Polityki Społecznej.
- Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali – 1 wywiad;
- Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej – 1 wywiad;
- przedstawiciele IP dla Priorytetu XII PO IiŚ (Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia) – 1 wywiad;
- przedstawiciele IZ PO IiŚ (Ministerstwo Rozwoju Regionalnego) – 1 wywiad.

### **iii Panel ekspertów**

Panel ekspertów, zrealizowany jako końcowy etap całego projektu badawczego, stanowił jego podsumowanie i weryfikację uzyskanych wyników. Źródłem danych były informacje uzyskane od niezależnych ekspertów, zgodnie z wymaganiami sformułowanymi przez Zamawiającego w SOPZ:

- a) ekspert ds. ekonomiki i organizacji w ochronie zdrowia (profesor, Katedra Ekonomii Środowiska i Zasobów Naturalnych Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie),
- b) ekspert ds. technologii medycznych (Prezes Zarządu firmy zajmującej się produkcją wyrobów medycznych),
- c) ekspert ds. innowacyjności w ochronie zdrowia (przedstawiciel Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali).

## **II.4.3. Techniki analityczne**

### **i Analiza wielo-kryterialna<sup>1</sup>**

Metoda stosowana przy podejmowaniu decyzji w sytuacji, gdy problem jest skomplikowany, a konsekwencje decyzji – istotne.

W metodzie tej tworzy się Model decyzyjny, składający się z następujących elementów: określenia problemu i celu decydenta, zbioru wariantów dopuszczalnych, kryteriów oceny decyzji i funkcji celu, ocen wariantów ze względu na dane kryteria, reguły wyboru. Proces podejmowania decyzji może przebiegać według scenariusza automatycznego lub interaktywnego. Proces podejmowania decyzji składa się z następujących faz:

- 1) Wybór kryteriów;
- 2) Określenie wag dla kryteriów;
- 3) Skonstruowanie tablicy ocen;
- 4) Określenie progów: obojętności, preferencji oraz veta dla każdego z kryteriów;
- 5) Zastosowanie metody PROMETHEE<sup>2</sup>;
- 6) Podjęcie ostatecznej decyzji.

W niniejszym badaniu metodę analizy wielokryterialnej zaproponowano jako wysoce obiektywną metodę rankingowania i wyboru projektów wspieranych w ramach przyszłej perspektywy finansowej UE 2014-2020. Metodę tę zastosowano także w celu określenia priorytetyzacji zaproponowanych kierunków interwencji publicznej w infrastrukturę ochrony zdrowia, ze względu na zgodność tych kierunków ze strategią EUROPA 2020 oraz z Inicjatywami Flagowymi.

### **ii Modelowanie PCA<sup>3</sup>**

Opiera się na analizie głównych składowych (Principal Components Analysis), czyli jednej z metod analizy czynnikowej. Jest to metoda statystyczna służąca do zredukowanie dużej liczby

---

<sup>1</sup> Na podstawie, m.in.: a) Puchalski M., Wielokryterialna analiza atrakcyjności inwestycyjnej regionu, SGH, Warszawa 1998; b) Roy B., *Wielokryterialne wspomaganie decyzji*, WNT, Warszawa 1990; c) Szapiro T., *Podjęcie interaktywne we wspomaganiu podejmowania decyzji*, *Zeszyt Naukowy SGPiS nr 338*, SGPiS, Warszawa 1991;

<sup>2</sup> Zob. J.P. Brans, Ph. Vincke, A Preference Ranking Organization Method: The PROMETHEE Method for Multiple Criteria Decision-Making, *Management Science*, 31, 6, 1985; J.P. Brans, Ph. Vincke, B. Mareschal, How to select and how to rank projects: The PROMETHEE method, *European Journal of Operational Research*, 24, 2, 1986.

<sup>3</sup> Na podstawie: a) W. J. Krzanowski, *Principles of Multivariate Analysis: A User's Perspective*. Oxford University Press, 2000; b) Luszczewicz A., Słaby T., *Statystyka z pakietem komputerowym*, C.H. Beck, 2009.

zmiennych losowych do mniejszego zbioru, co uzyskujemy przez założenie, że pewne grupy zmiennych losowych reprezentują zmienność tych samych czynników, czyli zmienne losowe w danej grupie są od siebie w pewnym stopniu zależne. Jak rezultat, otrzymujemy kilka grup zmiennych, która istotnie różnią się między sobą, zachowując wewnętrzną homogeniczność. Metodę analizy w oparciu o modelowanie PCA wykorzystano do określenia celów i kierunków wsparcia w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020.

### **III. Wyniki badania**

#### **III.1. Diagnoza sektora ochrony zdrowia w Polsce pod kątem identyfikacji ewentualnych luk oraz potrzeb w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia**

Jako wstęp do przedstawienia diagnozy sektora ochrony zdrowia, zaprezentowane zostanie podsumowanie przebiegu panelu ekspertów, podczas którego poruszone zostały kwestie związane z wieloma pytaniami badawczymi.

##### **Panel ekspertów**

Uczestnicy panelu ekspertów sporo uwagi poświęcili ocenie obecnego systemu ochrony zdrowia. Podkreślili, że biorąc pod uwagę czas w jakim on funkcjonuje w obecnej formie (ok. 13 lat), widoczna jest wyraźna poprawa jakości jego funkcjonowania. Zwracano uwagę na potrzebę ujednoczenia tego systemu, doprowadzenie – przynajmniej w ramach publicznej części systemu ochrony zdrowia – do ujednoczenia koncepcji rozwoju tego systemu i prowadzonej polityki zdrowotnej. Wskazywano na istotne niedostatki w tym zakresie: jak stwierdził jeden z uczestników panelu „w samej tylko Warszawie istnieje ok. ośmiu różnych organów założycielskich dla lecznictwa w systemie stacjonarnym, i każdy z tych organów ma swoją wizję rozwoju systemu”.

Podkreślano, że 13 lat stanowi okres zbyt krótki, by obecny system ochrony zdrowia mógł w pełni się ukształtować i aby można było w pełni ocenić jego silne i słabe strony.

Jednocześnie wskazując na podstawowe problemy związane z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia, szczególnie jeżeli chodzi o usługi medyczne i kwestię organizacji całego systemu, podkreślono, że największe problemy wynikają z braku koordynacji, czyli przede wszystkim z braku współpracy między organami założycielskimi.

Wskazywano, że jeżeli chodzi o infrastrukturę szpitalną, planowanie nie odbywa się na szczeblu regionalnym, który byłby właściwy do podejmowania tego typu decyzji, lecz na szczeblu lokalnym, gminnym, powiatowym, miejskim. Każdy szpital, jego organ założycielski planuje swoje potrzeby w tym zakresie i nie wymienia się informacją z innymi organami założycielskimi. Wskazywano, że w związku z tym niekiedy dochodzi do sytuacji, że w jednym regionie nagle inwestuje się w wiele podobnych obszarów o różnych stopniach i poziomach referencyjnych, a w niektórych miejscach dochodzi do namnożenia w nadmiarze oddziałów niektórych specjalności.

Wskazano także, że brak koordynacji dotyczy również kierowania procesem leczenia. Przywoływano przykład, że w innych państwach europejskich (nie wskazano, w jakich) lekarz rodzinny ma decydującą rolę w leczeniu pacjenta i w kierowaniu go do leczenia szpitalnego. Plan leczenia jest budowany w oparciu o możliwości własne podmiotów takich jak lekarz rodzinny czy szpital rejonowy, a w momencie, gdy wykracza to poza ich możliwości leczenia pacjent jest kierowany do szpitala specjalistycznego. Przy czym zwracano uwagę, że to lekarz rodzinny ustala termin przyjęcia do szpitala specjalistycznego czy wyższego poziomu referencyjnego, a sam pacjent w ogóle nie jest w to angażowany, a jedynie dowiaduje się o terminie zgłoszenia do szpitala specjalistycznego na hospitalizację czy badania. Natomiast w Polsce pacjent po otrzymaniu skierowania na badanie specjalistyczne rozpoczyna dopiero poszukiwanie szpitala lub innej placówki leczniczej, gdzie to badanie może wykonać. Nie ma w tym względzie żadnej koordynacji.

Wskazywano na brak spójności pomiędzy trzema głównymi filarami systemu ochrony zdrowia w Polsce, które tworzy: (i) opieka podstawowa (pierwszego kontaktu), (ii) specjalistyczna opieka ambulatoryjna oraz (iii) opieka szpitalna łącznie z opieką długoterminową. Ekspertsi podkreślali brak spójności pomiędzy tymi trzema elementami, wskazując przy tym na dużą fragmentaryzację tego systemu. Podkreślono brak ciągłości opieki nad pacjentem, a także na brak komunikacji pomiędzy tymi trzema elementami systemu.

Wskazując na inne braki systemu ochrony zdrowia, zwracano uwagę, że w Polsce dotychczas nie rozwiązano podstawowego problemu, jakim jest identyfikacja ubezpieczonych, elektroniczna dokumentacja medyczna, elektroniczne skierowanie na badania diagnostyczne czy hospitalizację, czy też elektroniczna recepta.



Odnosząc te uwagi do kwestii potrzeb systemu ochrony zdrowia w zakresie infrastruktury, uczestnicy panelu podkreślali, że w ocenianiu tych potrzeb konieczne jest odnoszenie się do danych statystycznych, w tym przede wszystkim do danych ze sprawozdawczości, która kierowana jest do Narodowego Funduszu Zdrowia, który posiada całą bazę danych o infrastrukturze, zawierającą m.in. informacje o wieku urządzeń, rozpowszechnianiu dostępności do urządzeń medycznych każdego typu, dane dotyczące producenta poszczególnych urządzeń, daty produkcji, certyfikatami dopuszczającymi, etc. Wskazywano, że wszystkie dane konieczne do rzetelnej analizy, opartej na porównaniu danych epidemiologicznych, czyli określających zapotrzebowanie na konkretne rodzaje infrastruktury, z danymi o posiadanych zasobach są w posiadaniu NFZ. Podkreślano, że NFZ powinien z tych danych korzystać w procesie kontraktacji, jak i udostępnić je Ministerstwu Zdrowia i innym podmiotom zaangażowanym w tworzenie systemu ochrony zdrowia w Polsce, w celu określenia rzeczywistych potrzeb inwestycyjnych w ochronie zdrowia, jak i do tworzenia spójnej polityki zdrowotnej tak na poziomie kraju, jak i poszczególnych regionów i subregionów. Wskazano, że podobnymi danymi dysponuje także Ministerstwo Zdrowia, ponieważ gromadzi dane dotyczące szpitali, ich wyposażenia i stanu budynków. Również organy założycielskie mają podobne dane. Uczestnicy panelu ekspertów podkreślili, że można na podstawie istniejących informacji stworzyć w Polsce jedną bazę danych, która będzie zawierała wszystkie dotychczas gromadzone dane i będzie udostępniała je zainteresowanym. Podkreślano, że na podstawie danych, zawartych w rozmaitych gromadzonych obecnie zbiorach danych i zestawieniach, na pewno można ocenić, jakie są potrzeby dotyczące infrastruktury i do jakich świadczeń medycznych pacjent czeka najdłużej, w jakich regionach, etc.

Jednocześnie uczestnicy panelu ekspertów nie podjęli się próby określenia, jaki w ich opinii są podstawowe potrzeby inwestycyjne systemu ochrony zdrowia w Polsce. Podkreślali, że te kwestie są bardzo zróżnicowane regionalnie.

Analizując kwestie związane z efektywnością wykorzystania dostępnej infrastruktury technicznej w podmiotach leczniczych, uczestnicy panelu ekspertów wskazywali, że efektywność zależy w większym stopniu niż to być powinno od kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Podkreślano, że w dużym stopniu to NFZ limituje wykorzystanie posiadanej przez podmioty lecznicze aparatury, gdyż podmioty lecznicze mogą wykonać dużo więcej świadczeń niż to zostało zakontraktowane przez NFZ. Oznacza to, że niektóre świadczenia są limitowane w związku z tym przez szpitale, a pacjent chcąc leczyć się szybciej

podejmuje starania, aby znaleźć się na izbie przyjęć czy na oddziale ratunkowym – wtedy jest szybciej przyjmowany do szpitala i leczony. Podkreślano, że w takiej sytuacji trudno jest mówić o efektywności systemu ochrony zdrowia w oderwaniu od możliwości i planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia. Wskazano, że te dwa plany (możliwości diagnostyczne i usługowe podmiotów leczniczych oraz możliwości finansowe NFZ) należy ze sobą skonfrontować i zastanowić się, ile mamy infrastruktury w zakresie poszczególnych specjalności, a ile mamy środków finansowych na tę całą infrastrukturę. Podkreślano, że w planowaniu należy również uwzględniać sektor prywatny, który bardzo dynamicznie rozwija się w naszym kraju, aby całe finansowanie ze środków publicznych, niezależnie od tego, kto jest właścicielem infrastruktury było prowadzone w sposób jednolity.

Odnosząc się do kwestii związanych ze stanem infrastruktury systemu ochrony zdrowia w Polsce podkreślono, że duża część szpitali w Polsce posiada stare budynki, które są budynkami mocno wyeksploatowanymi. Jednocześnie w Polsce buduje się zbyt mało nowych szpitali. Uczestnicy panelu wskazali, że w swoim czasie został dla Ministerstwa Zdrowia opracowany raport (niestety, uczestnicy nie pamiętali ani tytułu, ani daty powstania tego raportu) wskazujący, ile rocznie powinno się oddawać nowych szpitali w Polsce. Podkreślono, że zgodnie z wiedzą uczestników panelu te wskaźniki nie są uzyskiwane. Na znaczenie potrzeby oddawania nowych budynków placówek leczniczych wskazywano także w kontekście tego, że budynki zużyte technologicznie, posiadające starą i/lub przestarzałą infrastrukturę nie mogą być efektywnie wykorzystywane także ze względu na trudności z dostosowaniem ich do aktualnie obowiązujących przepisów.

W kontekście infrastruktury, uczestnicy panelu wskazali także na kwestie związane z potrzebami kadrowymi. Wskazano, że zarówno kadra kierownicza podmiotów leczniczych, jak i kadra zarządzająca na poziomie ordynatorów, kierowników, oddziałowych wymaga ciągłych szkoleń, zdobywania wiedzy. W tym kontekście, w opinii uczestników panelu konieczne jest wprowadzenie zunifikowanych systemów informatycznych, które będą umożliwiały udostępnienie danych medycznych na temat stanu zdrowia chorego dla każdego pracownika, który będzie miał do tego uprawnienia. W opinii ekspertów, chodzi o takie rozwiązanie, które spowoduje, że pacjent, który pojawia się w danym szpitalu ma swoją elektroniczną kartotekę medyczną zdrowia i ta kartoteka jest widoczna dla lekarza prowadzącego, czy pielęgniarki w tym zakresie, w jakim jest im udostępniona. W opinii ekspertów wdrożenie takiego rozwiązania może przynieść dla systemu ochrony zdrowia także znaczne oszczędności, ze względu na to, że część badań diagnostycznych, laboratoryjnych nie

będzie powtarzana wielokrotnie ze względu na to, że pacjent pojawia się w różnych podmiotach leczniczych.

Znaczna część dyskusji w ramach panelu ekspertów została poświęcona kwestii efektywności publicznych i niepublicznych podmiotów leczniczych. W tej kwestii uwidoczniły się wśród ekspertów dwa odmienne poglądy. Pierwszy z nich podkreślał, że ochrona zdrowia jest takim samym przedsięwzięciem o charakterze biznesowym, jak każde inne przedsięwzięcie gospodarcze. Z tego względu jako bardzo korzystne i efektywne określone zostały rozwiązania, w których menedżerem podmiotu leczniczego jest osoba traktująca go w kategoriach czysto biznesowych, nie mająca przygotowania medycznego, a jedynie przygotowanie ekonomiczne i z zakresu zarządzania. Zwolennik tego poglądu podkreślał, że kierowanie podmiotem leczniczym w niczym nie różni się od kierowania jakimkolwiek innym przedsiębiorstwem. Większość uczestników panelu wyraziła zdecydowanie odmienny pogląd, wskazując, że nie można porównywać podmiotu leczniczego z każdym innym rodzajem działalności gospodarczej. Wskazywano przede wszystkim na ciążące na publicznych podmiotach leczniczych zobowiązania do zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, co uznano za kategorię nadrzędną wobec efektów finansowych prowadzonej działalności. Podkreślono, że na traktowanie prowadzenia podmiotu leczniczego tak jak każdego innego rodzaju przedsiębiorstwa może sobie pozwolić jedynie podmiot niepubliczny, natomiast podmioty publiczne mają inne zadania niż tylko generowanie dochodu. Wskazywano jednocześnie na tę różnicę, jako na podstawowy element, który powinien powodować to, że wsparcie finansowane ze środków publicznych dla sektora ochrony zdrowia powinno być adresowane przede wszystkim do publicznych podmiotów leczniczych.

### **III.1.1. Jak należy ocenić obecny stan sektora ochrony zdrowia w Polsce pod kątem stanu infrastruktury ochrony zdrowia?**

Według analizowanych dokumentów, stan infrastruktury ochrony zdrowia w Polsce jest niezadowalający. Taką konkluzję stawia większość autorów analizowanych tutaj dokumentów i opracowań. Bardzo zdecydowane wnioski w tym zakresie znalazły się w Zielonej Księdze II, gdzie stwierdzono: *„Obecny stan techniczny infrastruktury systemu ochrony zdrowia w Polsce jest niezadowalający. Poziom umorzenia majątku trwałego tego sektora wynosi około 62%. Warszawskie Centrum Postępu Techniczno - Organizacyjnego Budownictwa (Tora WACETOB) ocenia, że budynek, którego wartość jest umorzona w 40%*

*kwalifikuje się do rozległego remontu kapitalnego. Zatem system ochrony zdrowia w Polsce dysponuje zarówno zdekapitalizowanymi budynkami, jak i zdekapitalizowanym sprzętem technicznym i medycznym”<sup>4</sup>.*

W. Ponikło dochodzi do podobnych wniosków, a w swoim bardzo szczegółowym opracowaniu dotyczącym wybranych elementów infrastruktury technicznej w publicznych szpitalach województwa łódzkiego stawia następującą konkluzję: *„Infrastruktura techniczna szpitali publicznych w województwie łódzkim wymaga podjęcia rozległych działań o charakterze modernizacyjnym i/lub inwestycyjnym. Sugeruje się, by dla optymalizacji uzyskiwanych efektów, wszelkie tego typu działania miały charakter kompleksowy w ramach danego szpitala. Obserwacje poczynione podczas wizyt studialnych wskazują na tendencje do modernizacji wycinkowych (na przykład fragmenty bloku operacyjnego), których efekt końcowy jest dyskusyjny.”<sup>5</sup>* Podobne konkluzje, tylko utrzymane w bardziej ogólnym tonie, bo dotyczące całego kraju znajdziemy także w jego książce „Infrastruktura techniczna szpitala”. Analizując przyczyny słabego stanu technicznego infrastruktury technicznej ochrony zdrowia w Polsce, autorzy publikacji przede wszystkim wskazują na:

- Wysoki stopień zużycia infrastruktury technicznej systemu ochrony zdrowia wynikający z faktu, iż wiele budynków wykorzystywanych przez podmioty lecznicze jest bardzo starych i w dużej mierze niedostosowanych do aktualnie obowiązujących wymagań;
- Niedoinwestowanie systemu ochrony zdrowia i zła kondycja finansowa wielu podmiotów leczniczych;
- Częste wykorzystywanie odpisów amortyzacyjnych na inne cele niż odtwarzanie majątku (najczęściej na pokrycie straty finansowej instytucji ochrony zdrowia).

Proces leczenia ma miejsce w układzie, w którym ważną rolę odgrywają budynki, sieci i instalacje oraz aparatura medyczna. Dostęp pacjenta do nowoczesnych technologii medycznych, a tym samym do nowoczesnej aparatury medycznej możliwy jest tylko w przypadku dobrego poziomu technicznego budynków w których funkcjonuje aparatura i dobrych technicznie instalacji, z których ta aparatura jest zasilana. Stan infrastruktury technicznej systemu ochrony zdrowia wraz z nasyceniem systemu w aparaturę medyczną

---

<sup>4</sup> Zielona Księga II, s. 138.

<sup>5</sup> Zob. W. Ponikło, *Wybrane elementy infrastruktury technicznej w publicznych szpitalach województwa łódzkiego*, Łódź, 2006, s. 26.

([http://www.biznes.lodzkie.pl/wps/wcm/connect/45b483804affb9c580ec9c1722e8e226/infrastruktura\\_techniczna.pdf?MOD=AJPERES](http://www.biznes.lodzkie.pl/wps/wcm/connect/45b483804affb9c580ec9c1722e8e226/infrastruktura_techniczna.pdf?MOD=AJPERES))

decydują bezpośrednio o możliwościach wprowadzania nowoczesnych technologii, a tym samym nowoczesnej aparatury medycznej. Niektóre nowoczesne technologie medyczne nie wymagają specjalnych warunków do ich wdrożenia i stosowania, inne związane są z dedykowaną, zwykle kosztowną infrastrukturą techniczną, bez której nie jest możliwa ich eksploatacja.

Autorzy raportu „*Dostęp polskich pacjentów do innowacji w ochronie zdrowia*”<sup>6</sup> stwierdzają: „*Infrastruktura techniczna polskiego systemu ochrony zdrowia jest obszarem zaniedbanym. Sprawia to m.in., że wprowadzanie nowoczesnych technologii medycznych wymagających instalacji specjalistycznej aparatury, jest utrudnione. W sytuacji wieloletniego niedofinansowania, wydatki związane z aparaturą i infrastrukturą techniczną: na inwestycje, amortyzację oraz konserwację i naprawę posiadanych zasobów podlegają najszybciej redukcji, pozornie bez konsekwencji doraźnych. Sam koszt serwisowania sprzętu technicznego i medycznego szacuje się na ok. 1,3 mld zł, a roczne wydatki potrzebne na odtwarzanie majątku trwałego powinny wynosić prawie 5 mld zł<sup>7</sup>. Potrzeby inwestycyjne związane z pełnym wdrożeniem standardów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (do 2012 r.) szacuje się na 15 mln zł.*”

Warunki lokalowe, w jakich w Polsce leczony jest pacjent nie tylko nie spełniają oczekiwań społecznych, ale obiektywnie pozostawiają wiele do życzenia obniżając bezpieczeństwo leczenia<sup>8</sup>. Jest to szczególnie widoczne w szpitalach. Konsekwencją złego stanu technicznego budynków szpitalnych jest zły stan sieci i instalacji, np. sieci dystrybucji energii elektrycznej, instalacji zasilania w wodę, gazy medyczne czy instalacje wentylacji mechanicznej. Z badania ankietowego przeprowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia w kwietniu 2006 r. wynikało, że średni wiek budynków szpitalnych użytkowanych przez zakłady opieki zdrowotnej, dla których organami założycielskimi są jednostki samorządu terytorialnego wynosił 42 lata, a co dziesiąty budynek był pod opieką konserwatora zabytków<sup>9</sup>: Należy przy tym wziąć pod

<sup>6</sup> Zob.: [http://www.prawapacjenta.eu/var/media/File/RAPORT\\_12\\_11\\_ostatnia%20wersja.pdf](http://www.prawapacjenta.eu/var/media/File/RAPORT_12_11_ostatnia%20wersja.pdf)

<sup>7</sup> Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II. Warszawa, 29 sierpnia 2008 (wersja trzecia). Raport opracowany dla Ministra Zdrowia przez zespół pod kierunkiem prof. Stanisławy Golinowskiej. Za stroną [www.sluzbazdrowia.com.pl](http://www.sluzbazdrowia.com.pl).

<sup>8</sup> W. Ponikło, *Dostępność do nowoczesnej aparatury medycznej w Polsce w aspekcie stanu infrastruktury technicznej systemu ochrony zdrowia*. Opracowanie przygotowane dla Grupy Roboczej na rzecz Innowacji w Ochronie Zdrowia, luty, 2008.

<sup>9</sup> Rada Ministrów, Informacja dla Sejmu RP o sytuacji w ochronie zdrowia, 23.05.2006 r.

uwagę, że czas użytkowania („życia”) budynku szpitalnego liczony jest w dziesiątkach lat, podczas gdy czas „życia” technologii medycznej, rozumiany jako użytkowanie danej generacji aparatury medycznej, jest znacznie krótszy - szacuje się go na około 8 lat. W większości przypadków, instalacja nowego urządzenia - także wtedy, gdy jest ono tego samego typu, co urządzenie wycofywane z eksploatacji - pociąga za sobą konieczność rozległych zmian w instalacjach, a także w rozłożeniu pomieszczeń (powierzchnia, ciągi komunikacyjne). Zmieniają się także standardy hospitalizacji: powiększa się powierzchnia „na łóżko, zmniejsza się liczba łóżek w salach chorych, węzły sanitarne lokowane są przy salach chorych (a nie na korytarzach szpitalnych), a do sal doprowadza się coraz większą liczbę instalacji. Wszystko to powoduje, że budynki szpitalne są poddawane częstym modernizacjom. W wielu przypadkach, modernizacja szpitala wykonywana jest jako remont generalny, poszerzony niekiedy o dobudowanie nowego skrzydła budynku. Modernizacje tego rodzaju mają charakter doraźny i są wątpliwe pod względem racjonalności ekonomicznej, jeśli weźmie się pod uwagę, że koszt wybudowania 1 m<sup>2</sup> budynku szpitalnego jest zbliżony do kosztu modernizacji, a koszt wybudowania nowego szpitala jest tylko 2,5 - 3 razy większy niż jego roczny budżet eksploatacyjny. Uwzględniając obowiązujące w Polsce przepisy (amortyzacja budynków wynosi 2,5% wartości początkowej rocznie) i przyjmując czas eksploatacji budynków szpitalnych na około 80 lat, w Polsce powinno oddawać się corocznie do eksploatacji około 10-12 nowych szpitali<sup>10</sup>.

Podstawowa aparatura medyczna decyduje o możliwości diagnozowania, leczenia oraz rehabilitacji w powszechnie występujących jednostkach chorobowych i umożliwia efektywne ratowanie życia pacjenta w stanach nagłych. Procedury medyczne wykonywane z użyciem starszych aparatów są mniej dokładne, bardziej inwazyjne oraz wymagają dłuższego czasu prowadzenia badania lub zabiegu. Z badań przeprowadzonych w wybranych szpitalach w trzech województwach (w 2001, 2005 i 2007 r.) wynika jednak, że polskie szpitale dysponują aparaturą medyczną, która w znaczącym stopniu jest przestarzała<sup>11</sup>. Z 96 przebadanych pod tym kątem szpitali, tylko 3 (a więc 3,1%) uzyskało ocenę bardzo dobrą, jednoznacznie wskazującą, że placówki te prowadzą konsekwentne zarządzanie aparaturą medyczną. Oznacza to, że w tych instytucjach zachowane są właściwe proporcje pomiędzy liczbą aparatów nowych i nowoczesnych, a liczbą aparatów pozostałych. Ocena nakładów na

<sup>10</sup> W. Ponikło, *Dostępność do nowoczesnej aparatury medycznej w Polsce w aspekcie stanu infrastruktury technicznej systemu ochrony zdrowia*. Opracowanie przygotowane dla Grupy Roboczej na rzecz Innowacji w Ochronie Zdrowia, luty, 2008

<sup>11</sup> Tamże, dane za okres 2001-2007.

przeeglądy okresowe i naprawy urządzeń medycznych wskazała, że w zdecydowanej większości przypadków nakłady te były zbyt niskie, co stoi w sprzeczności z długim czasem eksploatacji aparatury w polskich szpitalach. Stosunkowo niska jest też liczba aparatów decydujących o możliwości utrzymania pacjenta przy życiu lub udzielenia mu skutecznej pomocy medycznej: aparatów do znieczulenia ogólnego, respiratorów, defibrylatorów.

Od poziomu w innych krajach europejskich odbiega także poziom nasycenia systemu ochrony zdrowia w Polsce w nowoczesną aparaturę wysokospecjalistyczną (np. tomografy komputerowe, systemy rezonansu magnetycznego czy systemy do teleradioterapii). Znaczący rozdzźwięk na niekorzyść wskaźników opisujących sytuację w Polsce pozwala stwierdzić, że, pomimo godnego odnotowania wzrostu inwestycji, polski pacjent ma wciąż utrudniony dostęp do aparatury wysokospecjalistycznej. Skutkuje to zarówno wydłużonym czasem diagnozowania, jak i terapii. Trzeba przy tym pamiętać, że zależność między poziomem nasycenia w danego rodzaju aparaturę medyczną a poziomem dostępności nie jest prosta. Ważną rolę odgrywa nie tylko ilość dostępnych urządzeń, ale też sposób ich użytkowania. Badania prowadzone w wybranych województwach wskazują, że aparatura wysokospecjalistyczna jest wykorzystywana nieefektywnie, co dodatkowo obniża jej faktyczną dostępność dla pacjenta.<sup>12</sup>

**Tabela 5.:** Tomografy komputerowe i rezonanse magnetyczne w wybranych państwach na 1 mln mieszkańców w latach 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Tomografy komputerowe</b>							
Czechy	9,6	11,4	12,1	12,6	12,6	12,3	13,1
Słowacja	bd	bd	bd	8,7	10,2	11,3	12,1
Węgry	5,7	6	6,3	6,5	6,8	7,1	7,2
Polska	4,4	5,2	5,8	6,3	6,9	7,9	9,2
Niemcy	12,7	13,3	14,2	14,7	15,4	16,2	16,7
<b>Rezonanse magnetyczne</b>							
Czechy	1,7	1,9	2,2	2,5	2,8	3,1	3,8
Słowacja	bd	bd	bd	2	3,7	4,3	4,5
Węgry	1,8	2	2,3	2,6	2,6	2,6	2,6
Polska	bd	bd	0,9	1	1,9	2	1,9
Niemcy	4,9	5,5	6	6,2	6,6	7,1	7,7

Źródło: *Dostęp polskich pacjentów do innowacji w ochronie zdrowia*, op.cit. s. 17

<sup>12</sup> *Dostęp polskich pacjentów do innowacji w ochronie zdrowia*, op.cit. s. 16.

Badanie dostępności usług medycznych przeprowadziła na przełomie 2009 i 2010 roku Najwyższa Izba Kontroli. Postępowanie kontrolne przeprowadzono w 46 szpitalach udzielających świadczeń w zakresie ortopedii, neurochirurgii i urologii. Badaniami objęto 129 oddziałów szpitalnych i 130 poradni. W wynikach badania stwierdzono, że w kontrolowanych szpitalach dostępność do świadczeń zdrowotnych była limitowana wieloma czynnikami. Należały do nich<sup>13</sup>:

- ograniczenia finansowe, wynikające z wartości kontraktów zawartych przez NFZ z kontrolowanymi szpitalami, przy braku możliwości pozyskiwania innych płatników (poza NFZ) za udzielone świadczenia,
- niedostatek personelu medycznego (lekarzy specjalistów, pielęgniarek) stwierdzony w 13% kontrolowanych szpitali,
- awarie sprzętu, w 15% badanych jednostek, powodujące konieczność przesuwania w czasie planowych zabiegów,
- utrudniony dostęp do sal operacyjnych i niewystarczająca ilość sal wybudzeniowych, posiadał je co trzeci szpital,
- strajki w służbie zdrowia obejmujące, w latach 2006-2009, 15% skontrolowanych szpitali i wpływające negatywnie na ciągłość udzielania świadczeń.

Skutkiem nierównowagi między potrzebami zdrowotnymi populacji ubezpieczonych a możliwościami ich zaspokojenia były kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Najlichniesza grupa pacjentów oczekiwała na świadczenia z zakresu ortopedii (w Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie oczekiwało 2758 osób), przy czym czas oczekiwania na te świadczenia był również najdłuższy (w Szpitalu w Kościerzynie na endoprotezoplastykę pacjenci czekali średnio 1824 dni)<sup>14</sup>.

W sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia na bieżąco odpowiednich świadczeń zdrowotnych, wprowadzono regulacje prawne zobowiązujące świadczeniodawców do prowadzenia list oczekujących w taki sposób, aby zapewnić równy oraz zgodny z kryteriami

---

<sup>13</sup> Zob.: „NIK o dostępności usług medycznych”, NIK, Warszawa 2010, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,1980,vp,2416.pdf> s. 6.

<sup>14</sup> Zob.: NIK o dostępności usług medycznych, op. cit. S. 22-23.



medycznymi dostęp do tych świadczeń. Ustalenia kontroli wskazują, że w większości skontrolowanych szpitali wymogi te nie były spełniane.<sup>15</sup>

Analiza potrzeb infrastrukturalnych systemu ochrony zdrowia w Polsce musi także uwzględnić posiadane obecnie materialne podstawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w naszym kraju oraz porównanie go z innymi państwami. W 2003 r. liczba szpitali w Polsce wynosiła 767 w tym 103 szpitale niepubliczne. Łóżka w szpitalach niepublicznych stanowią 3,1% ogółu łóżek w szpitalach w Polsce. Najwięcej szpitali funkcjonowało w województwie śląskim (115), w mazowieckim (91), i dolnośląskim (72). Najmniej w świętokrzyskim (21), lubuskim (24) i opolskim (26).<sup>16</sup>

Porównanie liczby łóżek opieki stacjonarnej na 1000 mieszkańców w wybranych krajach przedstawia poniższa tabela:

**Tabela 6.:** Łóżka opieki stacjonarnej na 1000 mieszkańców w wybranych państwach.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Czechy</b>	7,2	6,9	6,8	6,7	6,6	6,6	6,5	6,5
<b>Francja</b>	4,6	4,5	4,4	4,3	4,2	4,1	4	
<b>Niemcy</b>	9,7	9,6	9,4	9,3	9,2	9,1	9	
<b>Węgry</b>	7	6,9	6,3	6,4	6,3	6,3	6	5,9
<b>Włochy</b>	5,5	5,7	5,2	5	4,5	4,3	4,6	
<b>Polska</b>	5,8	5,7	5,6	5,5	5,3	5,1	5	4,6
<b>Hiszpania</b>	3	3	3	2,9		2,8		
<b>Szwecja</b>	3	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4		
<b>Wlk Bryt.</b>	4	4,3	4,3	4,1	4,1	3,9	3,9	3,9

Źródło: Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007-2013, s. 22.

Zestawienie to pokazuje, że jeżeli chodzi o samą liczbę łóżek opieki stacjonarnej, infrastruktura systemu ochrony zdrowia w Polsce jest wystarczająca. Odrębną kwestią pozostaje efektywność wykorzystania posiadanych zasobów oraz struktura posiadanego zasobu, tj. czy posiadane przez polski system ochrony zdrowia zasoby są ulokowane zgodnie z potrzebami.

<sup>15</sup> Tamże, z. 7.

<sup>16</sup> Za: STRATEGIA ROZWOJU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE NA LATA 2007 – 2013, Dokument przyjęty przez RM w dniu 21 czerwca 2005 r., s. 22.

Dodatkowym problemem jest kwestia stanu zasobów posiadanych przez system ochrony zdrowia w Polsce. Istotnym wskaźnikiem może być tutaj informacja o stopniu umorzenia księgowego wartości majątku trwałego. Informację o stopniu umorzenia wartości majątku trwałego na 1 łóżko określonego typu na dzień 31.12.2007 podaje Zielona Księga II.:

**Tabela 7.:** Wartość majątku trwałego na 1 łóżko danego typu.

Typ szpitala	Wartość brutto majątku trwałego „na łóżko” [PLN/łożko]	Poziom umorzenia księgowego majątku* [%]
Szpitale ogólne i specjalistyczne	167 756	58,74
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej	69 730	75,54
Sanatoria rehabilitacyjne i placówki lecznictwa uzdrowiskowego	132 674	60,35
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicja	11 835	85,25
Domy pomocy społecznej	11 835	85,25

Źródło: Zielona Księga, op.cit. s. 125. \* - średnio

Zestawienie to wskazuje na duży stopień zużycia posiadanego przez system ochrony zdrowia w Polsce majątku trwałego: poziom umorzenia księgowego majątku jest we wszystkich uwzględnionych w tabeli rodzajach podmiotów wyższy niż 50%, a w przypadku zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz hospicjów przekracza on 85%.

Wraz z przystąpieniem Polski do UE powstała możliwość dofinansowania inwestycji w infrastrukturę systemu ochrony zdrowia z funduszy strukturalnych. Poniżej omówiono możliwe źródła wsparcia inwestycji: ZPORR, PO IG, PO IiŚ oraz 16 Regionalnych Programów Operacyjnych.

### **ZPORR**

W ramach ZPORR wsparcie dla infrastruktury systemu ochrony zdrowia dostępne było w ramach dwóch priorytetów:

Priorytet 1. – Rozbudowa i modernizacja infrastruktury służącej wzmocnieniu konkurencyjności regionu;

Priorytet 3. – Rozwój lokalny.

Celem Priorytetu 1 był wzrost atrakcyjności wszystkich regionów przez oddziaływanie na obecne mocne strony regionów za pomocą inwestycji w infrastrukturę. Priorytetowo traktowano modernizację i rozwój infrastruktury technicznej i społecznej wpływającej na rozwój potencjału regionu jako całości, w tym za znajdującymi się na jego obszarze najbardziej dynamicznymi centrami wzrostu.

W ramach Priorytetu 1. wsparcie dla rozwoju infrastruktury systemu ochrony zdrowia dostępne było w ramach następujących Działań:

Działanie 1.3. Regionalna infrastruktura społeczna. Celem tego działania było podniesienie poziomu życia poprzez poprawę jakości infrastruktury społecznej, w tym infrastruktury edukacyjnej i infrastruktury ochrony zdrowia. W ramach tego działania możliwe było uzyskanie środków na modernizację i wyposażenie ośrodków zdrowia i szpitali. Wsparcie było kierowane na podniesienie poziomu jakości służby zdrowia, nie zaś na zwiększenie tego sektora. Zgłaszane projekty były rozpatrywane w kontekście krajowej lub regionalnej strategii rozwoju służby6 zdrowia, a także musiały mieć zapewnione środki na koszty operacyjne funkcjonowania nowych inwestycji.

Działanie 1.5. Infrastruktura społeczeństwa informacyjnego. Celem tego działania było zniwelowanie różnic w infrastrukturze i usługach z zakresu dostępu do Internetu, telekomunikacji, warunków dla rozwoju komunikacji, gospodarki elektronicznej oraz e-administracji, e-bezpieczeństwa, e-zdrowia i e-edukacji. W ramach tego projektu możliwe było m.in. podłączenie instytucji publicznych do Internetu (w tym publicznych placówek służby zdrowia) oraz zastosowanie technik społeczeństwa informacyjnego w pracy instytucji publicznych, np. w placówkach naukowo-badawczych, ochrony zdrowia, edukacji... .

Celem Priorytetu 3 była aktywizacja społeczna i gospodarcza obszarów zagrożonych marginalizacją. Wśród celów szczegółowych m.in. wskazano: zwiększenie możliwości zatrudnienia, edukacji i ochrony zdrowia dla społeczności lokalnych, poprzez poprawę stanu infrastruktury.

W ramach Priorytetu 3. wsparcie dla rozwoju infrastruktury systemu ochrony zdrowia dostępne było w ramach Działania 3.5 Lokalna infrastruktura społeczna. Celem głównym tego działania była poprawa jakości infrastruktury społecznej, w tym lokalnej infrastruktury edukacyjnej i ochrony zdrowia, szczególnie w kontekście zwalczania dysproporcji w tym zakresie pomiędzy obszarami wiejskimi i miejskimi. W ramach tego działania wsparcie m.in.

kierowano na budowę, rozbudowę, modernizację i wyposażenie lokalnej infrastruktury, w tym na modernizację i wyposażenie podstawowej infrastruktury ochrony zdrowia (ośrodki zdrowia).

## **PO IG**

W ramach PO IG wsparcie dla infrastruktury systemu ochrony zdrowia jest dostępne w ramach następujących priorytetów:

**Priorytet II.** Infrastruktura sfery B+R, gdzie przewidziano przeznaczenie znaczącej kwoty na ww. inwestycje infrastrukturalne w dużych ośrodkach badawczych. Z uwagi na zakładane potrzeby w zakresie szkoleń dla pracowników obsługujących nową aparaturę naukowo-badawczą, projekty infrastrukturalne mogły zawierać komponent umożliwiający nabycie odpowiednich umiejętności tego typu.

W ramach Priorytetu II realizowane są następujące działania, które umożliwiają uzyskanie wsparcia dla rozwoju infrastruktury podmiotów systemu ochrony zdrowia w Polsce:

Działanie 2.1 Rozwój ośrodków o wysokim potencjale badawczym. Instytuty badawcze oraz szpitale podlegające uniwersytetom medycznym (w ramach tych uczelni) mogą ubiegać się o wsparcie dla rozwoju infrastruktury jednostek naukowych w ośrodkach o wysokim potencjale badawczym, tak aby umożliwione zostało prowadzenie wysokiej jakości badań.

Działanie 2.2 Wsparcie tworzenia wspólnej infrastruktury badawczej jednostek naukowych. W ramach tego działania instytuty badawcze oraz szpitale podległe uczelniom medycznym mogą ubiegać się o wsparcie dla rozwoju obiektów infrastruktury badawczej służących budowaniu współpracy naukowej między różnymi krajowymi ośrodkami badawczymi, a także lepsze wykorzystanie środków finansowych i infrastruktury technicznej dzięki synergii działań.

Priorytet VII., Społeczeństwo informacyjne – budowa elektronicznej administracji.

Celem tego priorytetu jest tworzenie elektronicznych usług publicznych na rzecz obywateli i przedsiębiorców będzie możliwe dzięki przebudowie zaplecza administracji publicznej i utworzeniu w pełni zintegrowanych platform, które umożliwią świadczenie usług publicznych drogą elektroniczną w kluczowych dla prowadzenia działalności gospodarczej obszarach: m.in. rozliczeń podatkowych, ceł, opłat administracyjnych itp.

W ramach tego priorytetu m.in. wsparcie kierowane jest na przystosowanie infrastruktury teleinformatycznej, umożliwiającej wymianę danych pomiędzy dziedzinowymi platformami e-usług, rejestrami elektronicznymi i urzędami; oraz na budowa lub rozbudowa systemów informatycznych administracji publicznej wspomagających zarządzanie w sektorze publicznym.

Wśród tematów priorytetowych wsparcia w ramach priorytetu VII wskazano m.in. „Usługi i aplikacje dla obywateli (e-zdrowie, e-administracja, e-edukacja, e-integracja itp.)”. Oznacza to, że o wsparcie mogą się ubiegać podmioty wchodzące w skład systemu ochrony zdrowia.

### **PO IiŚ**

W ramach PO IiŚ wsparcie dla infrastruktury systemu ochrony zdrowia jest dostępne w ramach Priorytetu XII.

Priorytet XII PO IiŚ, *Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia*. Celem ogólnym priorytetu jest wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy. Cele szczegółowe priorytetu zostały określone następująco:

1. Obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego,
2. Zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Poprawa zdrowia społeczeństwa ma służyć zaktywizowaniu i lepszemu wykorzystaniu jego podstawowych możliwości, co prowadzi do wzrostu liczby osób aktywnych zawodowo na rynku pracy. Istotnym elementem zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego zasobów pracy w Polsce jest poprawa infrastruktury ochrony zdrowia, standardu wyposażenia w sprzęt medyczny oraz skuteczności działań w stanach zagrożenia zdrowotnego. W założeniu funkcję tę ma pełnić system zintegrowanego ratownictwa medycznego, który ma obejmować wszystkie podmioty systemu ratownictwa, mające wspólną sieć łączności, procedury ratownicze oraz sprzęt medyczny w celu utrzymania zasady „złotej godziny” i dyslokacji zespołów ratownictwa medycznego.

Rozwój zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego będzie jednym z kluczowych czynników obniżenia poziomu śmiertelności oraz niepełnosprawności, zwłaszcza z powodu wypadków drogowych, katastrof budowlanych, pożarów, katastrof naturalnych, a także

chorób układu krążenia i przyczyni się tym samym do wsparcia dobrego poziomu zdrowia osób w wieku produkcyjnym. Jednym z oczekiwanych efektów wsparcia, które zmniejszy poziom powikłań powstających w wyniku zdarzeń nagłych jest szybszy powrót do aktywności zawodowej. Działania podnoszące poziom bezpieczeństwa ludności w sytuacjach nagłego zagrożenia zdrowotnego zostały wsparte od 2007 r. poprzez nowe rozwiązania prawne (ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym), które stworzą jednolite ramy funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego.

W celu poprawy jakości i dostępności do systemu ratownictwa medycznego w Polsce w ramach osi priorytetowej wsparcie uzyskują projekty przyczyniające się do zapewnienia udzielania świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie opartym o standardy obowiązujące w państwach Unii Europejskiej (ratownictwo przedszpitalne oraz wyspecjalizowane oddziały szpitalne). W celu zapewnienia odpowiedniej dyslokacji zespołów ratownictwa medycznego (umożliwiających dotarcie do osoby znajdującej się w stanie nagłym w czasie nie dłuższym niż 8 minut w aglomeracji miejskiej i nie dłuższym niż 15 minut poza aglomeracją miejską) wyposażonych w odpowiednie środki transportu, koniecznym jest doposażenie tych jednostek w wysokiej jakości środki transportu sanitarnego.

Wsparcie otrzymują także projekty związane z budową i remontem baz lotniczego pogotowia ratunkowego oraz z budową i remontem lądowisk dla helikopterów, zlokalizowanych w bezpośrednim sąsiedztwie szpitalnych oddziałów ratunkowych, w szczególności w celu zagwarantowania ich całodobowej dostępności, zapewnienia bezpieczeństwa w fazie krytycznego lądowania lub startu oraz zabezpieczenia przed dostępem osób postronnych. Poza tym w ramach osi priorytetowej wsparcie otrzymują projekty dotyczące doposażenia zakładów opieki zdrowotnej dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego oraz zakupu aparatów i urządzeń niezbędnych do diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Ponadto w celu poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego zasobów pracy oraz poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia w ramach osi priorytetowej wsparcie uzyskują projekty w zakresie inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym dla zapewnienia specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych. W ramach osi priorytetowej realizowane będą projekty, które przyczynią się do zwiększenia dostępności i jakości świadczonych usług medycznych, w tym diagnostyki i wczesnej wykrywalności chorób zawodowych. Inwestycje w ponadregionalną infrastrukturę

ochrony zdrowia są realizowane poprzez rozbudowę, przebudowę i remont oraz wyposażenie obiektów infrastruktury ochrony zdrowia w nowoczesny sprzęt medyczny.

Jednym z warunków ubiegania się o wsparcie przez potencjalnych beneficjentów jest posiadanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia albo udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów. Zakres wsparcia powinien odpowiadać zakresowi działalności podmiotu w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej.

Głównymi beneficjentami w ramach osi priorytetowej mogą być:

- niepubliczne oraz publiczne zakłady opieki zdrowotnej lub ich organy założycielskie, udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego, posiadające umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia albo udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów;
- publiczne zakłady opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym lub ich organy założycielskie, świadczące specjalistyczne usługi medyczne, utworzone przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub inną publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, z wyłączeniem zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

Przewidywane efekty realizacji osi priorytetowej:

- zapewnienie osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego możliwości niezwłocznego przybycia na miejsce zdarzenia właściwych służb ratowniczych,
- zapewnienie niezwłocznego przewiezienia i przyjęcia do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej, udzielającego świadczeń zdrowotnych we właściwym zakresie,
- utrzymanie zasady „złotej godziny” i odpowiedniej dyslokacji zespołów ratownictwa medycznego,
- poprawa stanu infrastruktury ochrony zdrowia zapewniającej dostępność oraz wysoką jakość specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

## **16 Regionalnych Programów Operacyjnych.**

### Województwo dolnośląskie.

*Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013* wspiera system ochrony zdrowia w ramach Priorytetu 8., *Modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia na Dolnym Śląsku („Zdrowie”)*. Celem tego priorytetu jest poprawa jakości opieki zdrowotnej poprzez podniesienie standardu usług medycznych oraz zwiększenie dostępności do usług świadczonych przez zakłady opieki zdrowotnej. Podjęte działania prowadzić mają do racjonalizacji sieci placówek ochrony zdrowia. W ramach priorytetu nie jest możliwe finansowanie bieżącej działalności sektora.

W ramach Priorytetu 8 wspierane są projekty polegające na wyposażeniu placówek ochrony zdrowia w aparaturę i sprzęt medyczny. Inwestycje w nowoczesne urządzenia diagnostyczne umożliwią wczesne wykrywanie i leczenie chorób, co w efekcie doprowadzi do utrzymania liczby osób aktywnych zawodowo na rynku pracy. Współfinansowanie zakupu nowego sprzętu możliwe jest przede wszystkim w sytuacji, gdy posiadany sprzęt nie spełnia obowiązujących norm lub gdy jego wymiana doprowadzi do racjonalizacji procesu leczenia, bądź też jego brak uniemożliwia leczenie. Inwestycje w tym zakresie opierają się na szczegółowej analizie zapotrzebowania oraz optymalnego poziomu świadczenia usług.

Ze względu na niekorzystną relację liczby łóżek opieki długoterminowej w stosunku do krótkoterminowej, w ramach priorytetu wspierany jest rozwój zakładów leczenia i opieki długoterminowej przebiegający na bazie zasobów znajdujących się w posiadaniu zakładów opieki zdrowotnej. Rozwój ten powinien być rezultatem procesu racjonalizacji sieci placówek opieki zdrowotnej.

Dla podniesienia jakości opieki zdrowotnej istotne są działania zmierzające do racjonalizacji funkcjonowania placówek ochrony zdrowia poprzez wdrażanie informatycznych systemów w zakresie zarządzania oraz udostępniania informacji obywatelom.

W grupie potencjalnych beneficjentów wsparcia wskazano zakłady opieki zdrowotnej działające w publicznym systemie ochrony zdrowia.

### Województwo Kujawsko-Pomorskie

*Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2007-2013* kwestie dotyczące infrastruktury ochrony zdrowia ujmuje w ramach Osi priorytetowej 3.,



Rozwój infrastruktury społecznej. Jednym z celów tej osi priorytetowej jest poprawa jakości i dostępności usług społecznych poprzez inwestycje w infrastrukturę społeczną (edukacyjną, zdrowia, pomocy społecznej, kultury), w tym dla osób niepełnosprawnych.

Wysoka przedwczesna umieralność, struktura zachorowalności i wynikające stąd potrzeby leczenia oraz profilaktyki zdrowotnej w regionie przedstawione w diagnozie programu, wymagają dalszego **rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia**. Wspierane są inwestycje zapewniające wysoki standard usług medycznych placówek leczenia otwartego i zamkniętego, w tym przebudowa i modernizacja szpitali, centrów diagnostycznych, wdrażanie nowych technologii medycznych, wyposażenie zakładów opieki zdrowotnej w nowoczesną aparaturę i sprzęt medyczny, dostosowanie obiektów dla osób niepełnosprawnych.

Wśród potencjalnych beneficjentów wsparcia wskazano zakłady opieki zdrowotnej działające w publicznym systemie ochrony zdrowia (tzn. podmioty dostarczające świadczenia gwarantowane w ramach kontraktu z Instytucją Finansującą Publiczne Świadczenia Zdrowotne, np. NFZ).

#### Województwo Lubelskie

*Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2007-2013* problematykę ochrony zdrowia ujął w ramach Osi Priorytetowej VIII, Infrastruktura społeczna. Celem tej osi priorytetowej jest poprawa warunków kształcenia oraz dostępu do wiedzy, usług medycznych i pomocy społecznej.

Istotny wpływ na zwiększenie atrakcyjności sektora usług społecznych, a tym samym atrakcyjność Lubelszczyzny ma kwestia poprawy dostępności i jakości usług medycznych, która jest ściśle związana z poprawą stanu infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Wśród przewidywanych form wsparcia wskazano m.in.: dotacje na inwestycje z zakresu infrastruktury ochrony zdrowia niezbędnej do funkcjonowania usług świadczonych w ogólnym interesie gospodarczym (w zakresie objętym umową z Narodowym Funduszem Zdrowia), a także zakup i modernizacja sprzętu medycznego.

Podkreślono, że „w świetle tendencji do starzenia się społeczeństwa, będącej jednym priorytetowych obszarów Strategii Lizbońskiej, uzasadnione jest ukierunkowanie wsparcia na

*działania zmierzające do zwiększenia liczby lat pracy osób będących w wieku produkcyjnym oraz maksymalnego wykorzystania ich potencjału. Możliwe to będzie poprzez działania służące utrzymaniu pracowników w dobrej kondycji zdrowotnej a także inicjatywy na rzecz aktywizacji zawodowej niemobilnej sfery produkcyjnej, jak również zmierzające do ułatwienia powrotu do pracy osobom w wieku produkcyjnym. Założenie to wpisuje się w priorytety Strategicznych Wytycznych Wspólnoty (Wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia pracowników), a także w założenia Strategii Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013. Jest to szczególnie istotne w województwie lubelskim, gdzie niekorzystna struktura demograficzna, model rodziny wielopokoleniowej i dekapitalizacja infrastruktury społecznej utrudniają powrót do aktywności zawodowej, w szczególności kobietom.”*

### Województwo Lubuskie

*Lubuski Regionalny Program Operacyjny na lata 2007-2013* problematykę dotyczącą infrastruktury systemu ochrony zdrowia przedstawia w ramach Priorytetu IV. Rozwój i modernizacja infrastruktury społecznej, którego celem głównym jest: stworzenie atrakcyjnych i bezpiecznych warunków życia w województwie lubuskim oraz znoszenie dysproporcji między dynamicznymi centrami wzrostu, a terenami marginalizowanymi. Cel ten obejmuje zarówno poprawę jakości i dostępności usług edukacyjnych oraz zdrowotnych przez rozwój i modernizację infrastruktury społecznej w regionie, jak również odpowiada na strukturalny problem regionu, którym jest przede wszystkim peryferyzacja obszarów upośledzonych oraz terenów wymagających restrukturyzacji i rewitalizacji. Wśród celów szczegółowych Priorytetu IV wskazano m.in.: poprawę jakości i dostępności usług ochrony zdrowia zarówno na szczeblu regionalnym, jak i lokalnym.

Stworzenie systemu nowoczesnej służby zdrowia, na poziomie zgodnym z wymogami UE jest warunkiem osiągnięcia rozwoju społeczno – gospodarczego regionu. W związku z powyższym przewidziano realizację inwestycji, których celem jest modernizacja placówek ochrony zdrowia i poprawa jakości leczenia specjalistycznego poprzez przebudowę i modernizację obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia, w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa (w tym zakup urządzeń medycznych). Beneficjentem może być jedynie podmiot dostarczający świadczenia gwarantowane w ramach kontraktu z Instytucją Finansującą Publiczne Świadczenia Zdrowotne (np. NFZ). Projekty z obszaru ochrony zdrowia realizowane są w oparciu o narodową Strategię rozwoju ochrony zdrowia na lata 2007-2013, zapisy Strategii Rozwoju

Województwa Lubuskiego z horyzontem czasowym do 2020 oraz Strategię Polityki Społecznej Województwa Lubuskiego na lata 2005 – 2015.

### Województwo Łódzkie

*Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2007-2013* problematykę dotyczącą infrastruktury systemu ochrony zdrowia podejmuje w ramach Osi Priorytetowej V, Infrastruktura społeczna. Celem głównym tej osi priorytetowej jest Zapewnienie dogodnych warunków do rozwoju zasobów ludzkich, a wśród celów operacyjnych umieszczono: poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców.

Zapewnienie dogodnych warunków do rozwoju zasobów ludzkich, w ramach V osi priorytetowej zostanie osiągnięte poprzez udzielanie wsparcia na rzecz rozwoju bazy edukacyjnej, medycznej, pomocy społecznej oraz kultury w zakresie podniesienia standardu infrastruktury oraz polepszenia dostępności do oferowanych usług przy jednoczesnym poszanowaniu zasady równości szans. Optymalizacja zasobów ochrony zdrowia stanowi podstawę dla osiągnięcia celu jakim jest zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców. Inwestycje w zakresie usług ochrony zdrowia powiększają możliwości dostępu do technologii umożliwiających nie tylko efektywne leczenie, ale i sprawną i wnikliwą diagnostykę. Tym samym wsparcie w ramach osi przyczyni się do wzrostu liczby osób aktywnych zawodowo na rynku pracy.

Jednym z podstawowych warunków budowy konkurencyjnej gospodarki jest dbanie o kondycję zdrowotną zasobów ludzkich. Tymczasem stan infrastruktury ochrony zdrowia na terenie województwa łódzkiego nadal nie jest optymalny i nie spełnia oczekiwań społecznych, choć w ostatnich latach w placówkach ochrony zdrowia obserwujemy istotne zmiany w tym zakresie. Odnosi się to w szczególności do sprzętu i aparatury medycznej (np. radiologicznej), wyposażenia bloków operacyjnych czy infrastruktury technicznej. W ramach osi priorytetowej wsparcie przekazane zostanie na podniesienie standardu usług świadczonych w zakresie ochrony zdrowia oraz dostępu do nich, przy założeniu, że przekazywane środki nie będą służyły zwiększeniu ilości zakładów opieki zdrowotnej. Warunkiem uzyskania wsparcia w ramach programu jest złożenie przez podmiot wnioskujący oświadczenia, iż wsparcie to zostanie wykorzystane dla celów świadczeń gwarantowanych w ramach kontraktu z Instytucją Finansującą Publiczne Świadczenia Zdrowotne (np. NFZ). Jednocześnie wszystkie współfinansowane operacje muszą być zgodne z polityką rozwoju sektora określoną w *Strategii Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013*. Dla osiągnięcia

celu operacyjnego osi wsparcie uzyskają inwestycje obejmujące przebudowę jednostek ochrony zdrowia. Środki przeznaczone zostaną ponadto na zakup lub odtwarzanie aparatury lub sprzętu medycznego. Możliwy jest także zakup wyposażenia innego aniżeli aparatura i sprzęt medyczny, jeśli jest on niezbędny dla realizacji projektu tj. umożliwia używanie sprzętu i aparatury medycznej zgodnie z zastosowaniem przewidzianym przez ich wytwórcę lub - w odniesieniu do robót polegających na przebudowie - determinuje realizację celu, który zamierzano osiągnąć poprzez ww. inwestycję budowlaną.

### Województwo Małopolskie

*Małopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2007-2013* wśród swoich celów szczegółowych wymienia „**poprawę spójności wewnętrznej regionu osiągnięta w oparciu o zasadę zrównoważonego rozwoju** – realizacja tego celu zorientowana jest na stworzenie warunków dla wszechstronnego rozwoju społecznego i wysokiej jakości życia – co decyduje o spójności regionu jako bezpiecznym i przyjaznym miejscu zamieszkania i pobytu, a w konsekwencji o jego konkurencyjności”. MRPO problematykę infrastruktury systemu ochrony zdrowia podejmuje w ramach Osi Priorytetowej 6., Spójność wewnątrzregionalna.

Istotnym problemem w Małopolsce jest dostęp do usług ochrony zdrowia i innych usług społecznych. Główną przyczyną tej sytuacji jest brak lub zły stan obiektów niezbędnych do świadczenia tych usług oraz słabe ich wyposażenie. Małopolska jest ponadto regionem o znacznym przestrzennym zróżnicowaniu warunków bezpieczeństwa mieszkańców – różnice te dotyczą głównie dostępu do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, parametrów opisujących działania ratownicze na terenie województwa oraz dostępu do usług opieki społecznej.

W odniesieniu do poprawy bezpieczeństwa mieszkańców, w tym socjalnego i zdrowotnego, realizowane są m.in. działania służące implementacji nowoczesnych technologii medycznych i informatycznych do sektora ochrony zdrowia oraz w szczególności wsparciu subregionalnych (poza KOM) centrów wysokospecjalistycznej diagnostyki i terapii, oraz pełniejszemu wykorzystaniu zasobów przyrodoleczniczych i lecznictwa sanatoryjnego w ośrodkach uzdrowiskowych. Ponadto przewiduje się wsparcie innych obszarów upośledzonych, w tym terenów wiejskich, z uwzględnieniem wszystkich segmentów usług zdrowotnych oraz układu lokalnego, powiatowego i subregionalnego (w tym na terenie KOM). Inwestycje w obszarze ochrony zdrowia prowadzą przede wszystkim do poprawy

jakości i dostępności usług ochrony zdrowia, zgodnie z Małopolskim Programem Ochrony Zdrowia 2006-2013;

### Województwo Mazowieckie

*Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego 2007-2013* problematykę infrastruktury systemu ochrony zdrowia podejmuje w ramach Priorytetu VII. Tworzenie i poprawa warunków dla rozwoju kapitału ludzkiego, którego celem jest poprawa dostępności i jakości infrastruktury o charakterze społecznym. Wśród celów szczegółowych wskazano m.in.: poprawę dostępności i jakości opieki zdrowotnej.

Problematyce infrastruktury ochrony zdrowia poświęcone jest Działanie 7.1., Infrastruktura służąca ochronie zdrowia i życia. Celem tego działania jest poprawa dostępności i jakości opieki zdrowotnej w regionie.

Potrzeba realizacji działań wynika głównie z konieczności spełnienia przez zakłady opieki zdrowotnej wymogów (określonych w obowiązujących przepisach prawa), dotyczących pomieszczeń i urządzeń. Wsparcie uzyskują przedsięwzięcia mające na celu poprawę stanu infrastruktury leczenia otwartego i zamkniętego, stacjonarnego i ambulatoryjnego, doposażenie w sprzęt medyczny oraz inne niezbędne wyposażenie, zwiększające obecne możliwości diagnozowania, leczenia i rehabilitacji. Podejmowane działania mają prowadzić do wyrównania różnic w wyposażeniu placówek na szczeblu lokalnym i do zapewnienia udzielania świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie. Inwestycje w tym zakresie mają się opierać na szczegółowej analizie zapotrzebowania oraz optymalnego poziomu świadczenia tych usług. Wszystkie propozycje projektów powinny być rozpatrywane w kontekście krajowej lub regionalnej strategii rozwoju służby zdrowia. W ramach działania nie jest możliwe finansowanie bieżącej działalności sektora.

Dofinansowanie może być przeznaczone na projekty służące tworzeniu lub poprawie zdolności beneficjenta do wykonywania usług w ramach gwarantowanych przez państwo świadczeń zdrowotnych i może polegać na:

- rozbudowie, przebudowie, modernizacji istniejących obiektów infrastruktury ochrony zdrowia (z wyłączeniem termomodernizacji) w celu dostosowania do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa/ *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem*

*fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31, poz. 158).*

W szczególności powinno to dotyczyć: szpitali, zakładów opiekuńczo- leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, przychodni, ośrodków zdrowia, poradni, ambulatoriów, jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi.

W ramach działania nie przewiduje się wsparcia dla inwestycji prowadzących do powiększenia sektora ochrony zdrowia.

Możliwe są działania dotyczące zarówno kompleksowych remontów obiektów, jak też tylko części np. oddziału szpitalnego, bloku operacyjnego, pracowni diagnostycznych.

Dopuszcza się, tylko w wyjątkowych przypadkach (wynikających z rachunku ekonomicznego), dofinansowanie budowy obiektów podstawowej opieki zdrowotnej - gdy będzie nieopłacalna modernizacja istniejącej infrastruktury, w celu dostosowania jej do obowiązujących przepisów prawa.

Również możliwa jest budowa nowych zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Poprzez tworzenie tych zakładów nie powiększamy sektora ochrony zdrowia, a obejmujemy całodobową opieką osoby, które nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym wymagają stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

- zakup niezbędnego (*nowego*) wyposażenia w celu poprawy jakości świadczonych usług, zwiększającego możliwości diagnozowania i leczenia (aparaty lub urządzenia medyczne, w tym wyroby medyczne z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku) oraz wyposażenie obiektów ochrony zdrowia w celu podniesienia jakości usług medycznych.
- dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do zainstalowania i użytkowania nowego sprzętu medycznego.

Dostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych obiektów i ich otoczenia są możliwe tylko wyłącznie jako jeden z elementów projektu.

Województwo Opolskie

*Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2007-2013* problematykę dotyczącą infrastruktury systemu ochrony zdrowia ujął w ramach Osi Priorytetowej V., Infrastruktura społeczna i szkolnictwo wyższe. Wśród celów tej osi priorytetowej wskazano m.in.: wzmocnienie i poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców regionu, w szczególności osób aktywnych na rynku pracy.

Poziom **ochrony zdrowia** ludności województwa opolskiego, rozpatrywany zarówno pod względem personelu medycznego, jak i infrastruktury, nie jest zadowalający. Wskaźniki dotyczące wielkości personelu medycznego i korzystania przez pacjentów z infrastruktury medycznej kształtują się poniżej średniej krajowej, co oznacza znaczne utrudnienia w dostępie do placówek ochrony zdrowia, nowoczesnego sprzętu medycznego i świadczeń zdrowotnych.

Warunki oraz tempo życia zawodowego niosą coraz większe zagrożenia dla stanu zdrowia ludności, zwiększa się więc zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej. Strategicznym celem Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 jest (podobnie jak w programie na lata 1996-2005) poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności.

W związku z dynamiką zmian demograficznych i społecznych istotnymi elementami rozwoju społeczeństwa są szeroko pojęte przedsięwzięcia w zakresie ochrony zdrowia, tj. rozwój instytucji zdrowia, szczególnie nakierowanych na ochronę zdrowia osób aktywnych zawodowo. Konsekwencją stylu życia, chorób oraz zagrożeń cywilizacyjnych jest wzrost liczby osób niepełnosprawnych. W regionie opolskim liczba osób niepełnosprawnych wykazuje tendencję wzrostową, co powoduje konieczność zwiększenia dostępu do usług medycznych i rehabilitacji dla tych pacjentów, szczególnie w celu przywrócenia ich do aktywnego funkcjonowania na rynku pracy.

Z powodu znaczącego deficytu środków na ochronę zdrowia w całym kraju, również na Opolszczyźnie, ważącym na jakości opieki zdrowotnej problemem jest dekapitalizacja infrastruktury oraz ograniczony dostęp do kosztownych i nowoczesnych technologii medycznych. Inwestycje w tym obszarze mają wspierać restrukturyzację istniejącej bazy szpitalnej (stacjonarnej opieki medycznej) i optymalizację bazy medycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, zgodnie z katalogiem obszarów interwencji wymienionych w *Strategii Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2006-2013*. Realizacja projektów w obszarze **stacjonarnej opieki medycznej** ma się przyczynić do poprawy efektywności oddziałów szpitalnych, racjonalizacji zarządzania, dostosowywania profilu oraz wielkości

specjalistycznej i wysokospecjalistycznej bazy szpitalnej do potrzeb regionu, optymalizacji sieci podstawowej bazy szpitalnej poprzez alokację bazy łóżkowej, dalszy rozwój zakładów opieki długoterminowej, uzasadniony potrzebami społeczności lokalnej oraz rozbudowę ambulatoryjnej (diennej) bazy szpitalnej.

Głównym powodem zachorowalności i umieralności w regionie są choroby nowotworowe i układu krążenia. Priorytetowo traktowane więc mają być projekty poprawiające infrastrukturę placówek ochrony zdrowia, dotyczące tych chorób cywilizacyjnych. Projekty te powinny zapewnić w szczególności wczesną wykrywalność, poprawę dostępności, efektywności i jakości diagnostyki i terapii w onkologii i hematologii oraz leczeniu incydentów naczyniowych mózgu. Ponadto wspierane są projekty przyczyniające się do poprawy zdrowia kobiet w wieku rozrodczym oraz noworodków i niemowląt.

Ważnym elementem działań strategicznych województwa opolskiego jest również dążenie do podniesienia jakości oraz zwiększenia dostępności do infrastruktury ochrony zdrowia na poziomie lokalnym (**ambulatoryjna opieka medyczna**). Poziom dostępności do świadczeń zdrowotnych jest obecnie ograniczony, szczególnie na obszarach wiejskich, między innymi ze względu na niezadowalający stan infrastruktury technicznej lokalnych ośrodków zdrowia oraz brak sprzętu medycznego na odpowiednim poziomie. Dla zniwelowania negatywnych skutków tego stanu rzeczy podejmowane są przedsięwzięcia służące poprawie jakości podstawowej opieki zdrowotnej, gwarantującej sprawny kontakt z pacjentem. Procesom modernizacyjnym podlega także baza medyczna zarówno w odniesieniu do istniejącej substancji lokalowej, jak i wyposażenia.

Przedsięwzięcia te są wspierane przez optymalizację bazy medycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, głównie poprzez organizację wsparcia diagnostyczno–terapeutycznego dla sieci placówek podstawowej opieki zdrowotnej.

W ramach Osi 5 wspierane są projekty dotyczące opieki medycznej działającej wyłącznie w ramach publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, realizującej usługi zamówione w ramach kontraktu z instytucją Finansującą Publiczne Świadczenia Zdrowotne (np. Narodowy Fundusz Zdrowia). Przedsięwzięcia podejmowane w ramach Osi 5 nie mogą prowadzić do rozbudowy sektora ochrony zdrowia o nowe placówki.

Ze wsparcia w ramach Osi 5 wyłączone są placówki opieki zdrowotnej, które mogą uzyskać wsparcie w ramach *Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko*, tj. m.in. utworzone



przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

#### Województwo Podkarpackie

*Regionalny Program Operacyjny Województwa Podkarpackiego na lata 2007-2013* problematykę dotyczącą infrastruktury ochrony zdrowia ujmuje w ramach Osi Priorytetowej V. Infrastruktura publiczna. Celem nadrzędnym tej osi priorytetowej jest tworzenie warunków dla rozwoju kapitału społecznego poprzez inwestycje w edukację, ochronę zdrowia, pomoc społeczną, sport i rekreację. Wśród celów szczegółowych wskazano m.in.: poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego ludności i rozwój infrastruktury pomocy społecznej.

W odniesieniu do opieki zdrowotnej niezbędny jest w szczególności wzrost dostępności i jakości deficytowych usług medycznych o charakterze regionalnym i lokalnym, kluczowych z punktu widzenia rozwoju społeczno – gospodarczego województwa, z uwzględnieniem sytuacji na obszarach wiejskich. Konieczna jest także poprawa dostępności i jakości pomocy społecznej. Wspierane są zatem przedsięwzięcia zmierzające do poprawy bazy lokalowej oraz wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej i podmiotów działających w obszarze pomocy społecznej w celu dostosowania ich do zmieniających się potrzeb i standardów obowiązujących w Unii Europejskiej. Wsparcie dotyczy usług opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, ważnych z punktu widzenia wpływu na rozwój społeczno – gospodarczy województwa, i przyczyni się do poprawy jakości ochrony zdrowia i upowszechnienia dostępu do świadczeń w szeroko rozumianej pomocy społecznej, zwiększy aktywność zawodową, bądź przywróci na rynek pracy osoby zagrożone wykluczeniem społecznym oraz wpłynie na wyrównywanie szans np. kobiet na rynku pracy.

Infrastruktura ochrony zdrowia zarówno na poziomie regionalnym jak i lokalnym wymaga znaczącej poprawy – zamortyzowane budynki, wysoki stopień zużycia, wiek oraz jakość wykorzystywanej aparatury medycznej, a często w ogóle jej brak, powodują znaczne utrudnienia w dostępie do odpowiedniej jakości usług. Szczególnej poprawy wymaga dostępność i jakość usług medycznych związanych z rozwojem społeczno – gospodarczym województwa, których obecny stan odbiega od poziomu krajowego i Unii Europejskiej.

Usługi medyczne, w których występują szczególne braki to:

1. Neonatologia i położnictwo

Konieczne jest radykalna poprawa i wsparcie placówek świadczących kompleksową opiekę zdrowotną nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu oraz nad jej nowonarodzonym dzieckiem. Zdecydowane podniesienie standardów w tym zakresie wpłynęłoby korzystnie na przebieg tego okresu w życiu kobiety i jej dziecka poprzez lepszą dostępność do specjalistycznej opieki, jak również poprawę stanu zdrowia noworodka. Wsparcie w tej dziedzinie wpłynie także na zmniejszenie umieralności okołoporodowej.

## 2. Onkologia

W ostatnich latach onkologia podkarpacka osiągnęła znaczny postęp w usprzętowieniu placówek (m.in. akceleratory liniowe, aparaty RTG z torem wizyjnym, tomografy komputerowe i inne), tym niemniej w dalszym ciągu konieczna jest poprawa usług medycznych w tym zakresie. Poprawy wymagają także warunki, w jakich leczeni są pacjenci. Konieczne jest zwiększenie ilości świadczeń udzielanych w tym zakresie.

## 3. Rehabilitacja dzieci i młodzieży oraz opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą

Zdecydowanej poprawy wymaga dostępność i jakość usług medycznych w zakresie rehabilitacji dzieci i młodzieży oraz opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, które obecnie są niemal niedostępne w województwie.

Poza wskazanymi usługami deficytowymi istotna jest także poprawa jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych dotyczących chorób układu krążenia, które wciąż są ważną przyczyną śmiertelności w województwie.

W celu poprawy dostępności i jakości wskazanych usług medycznych udzielane jest wsparcie obiektów i wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej. Wsparcie ukierunkowane powinno być nie na budowę nowej, lecz na ulepszenie i doposażenie istniejącej infrastruktury, w tym w szczególności na dostosowanie obiektów do wymogów obowiązujących przepisów prawa (np. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej). Wspierane są także przedsięwzięcia w zakresie wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej, w tym w aparaturę medyczną m.in. do diagnostyki, terapii i rehabilitacji, a także w specjalistyczny i wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny.

Wsparcie przeznaczone jest na infrastrukturę opieki zdrowotnej o znaczeniu regionalnym (wojewódzkim) lub lokalnym, ze szczególnym uwzględnieniem konieczności zmniejszenia dysproporcji w dostępie do opieki zdrowotnej pomiędzy obszarami wiejskimi, a miastami. Wsparcie dotyczy wyłącznie zakładów opieki zdrowotnej funkcjonujących w publicznym systemie ochrony zdrowia.

Równie ważnym elementem poprawy dostępności do podstawowych usług społecznych są przedsięwzięcia w zakresie infrastruktury pomocy społecznej, w tym dotyczącej rodziny i opieki nad dziećmi. Przedsięwzięcia dotyczą obiektów pomocy społecznej takich jak domy pomocy społecznej, ośrodki wsparcia, ośrodki adopcyjno-opiekuńcze, placówki opiekuńczo-wychowawcze, ośrodki dla bezdomnych, centra i kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej, ośrodki dla uchodźców, a także obiektów organizacji pozarządowych działających na rzecz społeczeństwa obywatelskiego w obszarze pomocy społecznej. Wspierane jest także wyposażenie ww. obiektów w niezbędny sprzęt służący prowadzonej działalności w zakresie pomocy społecznej.

Zarówno w dziedzinie ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej, wsparcie dąży m.in. do poprawy dostępności infrastruktury dla osób niepełnosprawnych. Realizowane projekty w miarę możliwości uwzględniać mają potrzebę poprawienia wydajności energetycznej budynków i zwiększenia wydajności produkcji, transmisji oraz dystrybucji ciepła i elektryczności.

Realizowane projekty dotyczą m.in.: infrastruktury ochrony zdrowia oraz wyposażenia obiektów, w tym w aparaturę medyczną do diagnostyki, terapii i rehabilitacji oraz w specjalistyczny i wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny, w tym dostosowania ww. obiektów do potrzeb niepełnosprawnych,

### Województwo Podlaskie

*Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2007-2013* problematykę infrastruktury ochrony zdrowia ujmuje w ramach Osi Priorytetowej VI., Rozwój infrastruktury społecznej, której celem głównym jest podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej regionu poprzez poprawę jakości infrastruktury społecznej. Wśród celów szczegółowych tej osi priorytetowej wymienione zostały m.in.:

- Poprawa infrastruktury medycznej,
- Poprawa jakości usług z zakresu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej,

- Zwiększenie dostępu do specjalistycznych usług z zakresu opieki zdrowotnej.

Dobrze rozwinięta opieka zdrowotna powinna stanowić element kształtowania silnego potencjału społecznego województwa podlaskiego. Dlatego wspierany jest rozwój infrastruktury ochrony zdrowia gwarantującej łatwy dostęp do usług medycznych, podnoszącej ich standard oraz rozszerzającej możliwości diagnostyczne i terapeutyczne ośrodków medycznych. Wymaga to rozbudowy, modernizacji i zakupu odpowiedniego wyposażenia szpitali, centrów diagnostycznych i innych placówek zapewniających specjalistyczną opiekę medyczną. W celu racjonalnego wykorzystania ograniczonych zasobów finansowych, większość środków jest przeznaczona dla zakładów opieki zdrowotnej posiadających kontrakty z instytucją finansującą publiczne świadczenia zdrowotne (np. NFZ), o znaczeniu strategicznym, udzielającym wysoko specjalistycznych i specjalistycznych świadczeń medycznych, które przeciwdziałają głównym powodom zgonów w województwie, w szczególności o specjalności: kardiologia, onkologia, ortopedia i oddziały zakaźne. Profilaktyka i skuteczne leczenie doprowadzi do poprawy stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców, co znacząco wpłynie na stan i jakość zasobów ludzkich w Podlaskim. Priorytetowo są finansowane też oddziały, które według analiz Ministerstwa Zdrowia mają największe niedobory łóżkowe do roku 2012, tj.: rehabilitacyjny, psychiatryczno-neurologiczny. Dodatkowo wspierane projekty powinny być zgodne z Narodowym Programem Zdrowia i innymi dokumentami strategicznymi uchwalanymi na poziomie krajowym i regionalnym.

#### Województwo Pomorskie

*Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Pomorskiego na lata 2007-2013* problematykę infrastruktury ochrony zdrowia ujmuje w ramach Osi Priorytetowej VII, Ochrona zdrowia i system ratownictwa. Celem głównym tej osi jest poprawa jakości i dostępności specjalistycznych usług medycznych oraz poprawa efektywności systemu ratownictwa. Cele szczegółowe sformułowano następująco:

- Rozwój specjalistycznych usług medycznych w zakresie chorób nowotworowych, chorób układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy;
- Tworzenie podstaw funkcjonowania zintegrowanego regionalnego systemu ratownictwa

Społeczność województwa pomorskiego charakteryzuje się gorszym stanem zdrowia niż przeciętny w kraju. Sytuacja zdrowotna mieszkańców województwa pomorskiego przedstawia się niekorzystnie na tle kraju, zwłaszcza pod względem zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe, choroby układu sercowo-naczyniowego oraz cukrzycę.

Wysoka zachorowalność na choroby układu sercowo-naczyniowego oraz wysoka liczba zgonów młodzieży i osób w wieku produkcyjnym spowodowanych czynnikami zewnętrznymi (wypadkami) są przyczyną wzmożonej ilości interwencji służb ratowniczych. Ponadto na terenie województwa zlokalizowane są zakłady dużego ryzyka, a także występuje znaczne zagrożenie katastrofami ekologicznymi.

Polityka spójności UE powinna przyczyniać się przede wszystkim do poprawy jakości świadczeń zdrowotnych, m.in. poprzez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia oraz promowanie świadczenia wysokiej jakości usług medycznych. Działania te mają na celu utrzymanie dobrego poziomu zdrowia pracowników, wydłużenie życia zawodowego oraz zwiększenie wydajności pracy.

Istotne jest zatem podjęcie działań zmierzających do polepszenia dostępności i jakości usług w placówkach ochrony zdrowia, ważnych z punktu widzenia regionu. Profilaktyka, diagnostyka oraz leczenie chorób możliwe są jedynie w dobrze wyposażonych, specjalistycznych placówkach posiadających sprzęt medyczny, spełniający najwyższe standardy.

Dużym wyzwaniem jest także tworzenie warunków dla rozwoju zintegrowanego regionalnego systemu ratownictwa, którego głównym celem jest ochrona życia i zdrowia ludzi oraz zapobieganie zagrożeniom dla środowiska (np. zagrożenie powodzią).

Problematyka ta znalazła się także w ramach Osi Priorytetowej 9, Lokalna infrastruktura społeczna i inicjatywy obywatelskie. Celem tej osi jest poprawa dostępności lokalnej infrastruktury społecznej dla wzmocnienia struktur społecznych na obszarach poza dużymi miastami. Wśród celów szczegółowych wskazano m.in.: poprawę dostępu do lepszej jakości podstawowych usług medycznych.

Realizacja Osi Priorytetowej powinna przyczyniać się do poprawy dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych, poprzez inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia oraz promowanie wysokiej jakości usług medycznych.

## Województwo Śląskie

*Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2007-2013* problematykę infrastruktury ochrony zdrowia ujmuje w ramach Priorytetu IX, Zdrowie i rekreacja. Celem tego priorytetu jest poprawa stanu zdrowia mieszkańców regionu.

W ramach priorytetu są wspierane działania w zakresie leczenia zamkniętego i otwartego oraz lokalnej infrastruktury sportowej.

Wsparcie leczenia otwartego i zamkniętego dotyczy modernizacji obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia, obejmującej przebudowy i remonty, dostosowanie obiektów do wymogów i regulacji krajowych oraz wyposażenie ich w odpowiedni sprzęt, co przyczyni się do unowocześnienia obiektów i zwiększenia ich wartości użytkowych.

Dofinansowanie otrzymują również projekty budowy kompleksowych systemów zarządzania służbą zdrowia, przez które rozumie się informatyzację obiektów.

Inwestycje w obszarze ochrony zdrowia mają służyć poprawie jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych, a nie powiększaniu ilościowemu zasobów infrastrukturalnych sektora, tj. np. tworzeniu nowych jednostek ochrony zdrowia, oddziałów, zwiększaniu ilości łóżek szpitalnych.

W ramach projektów polegających na zakupie sprzętu medycznego, zwiększenie jego ilości w ramach jednostki prowadzi do poprawy jakości i/lub dostępności usług medycznych w związku z możliwością obsługi większej ilości pacjentów w krótszym czasie. W przypadku wymiany sprzętu na nowy (ilość sprzętu w ramach jednostki pozostaje niezmienna) prowadzi to do wzrostu jakości badań medycznych.

Wsparcie realizowane jest w ramach dwóch działań:

Działanie 9.1., Infrastruktura leczenia zamkniętego, którego celem jest wzrost dostępności i poprawa jakości usług medycznych leczenia zamkniętego. W ramach działania są realizowane m.in. następujące typy projektów:

- Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów oraz pomieszczeń infrastruktury ochrony zdrowia, wraz z zakupem niezbędnego wyposażenia, w tym również w celu dostosowania ich do wymogów prawnych, przede wszystkim Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny

odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

- Modernizacja sprzętu medycznego, zakup nowej aparatury medycznej oraz prace remontowe wynikające z konieczności dostosowania pomieszczeń do użytkowania zakupionego sprzętu.
- Kompleksowe projekty informatyzacji ZOZ-ów, polegające na zakupie i wdrożeniu systemów poprawiających zarządzanie służbą zdrowia i jakość usług medycznych; wsparcie udzielane będzie w szczególności na inwestycje polegające na budowie sieci teleinformatycznych (także na potrzeby monitoringu wizyjnego) wraz z zakupem niezbędnego sprzętu teleinformatycznego i oprogramowania, a także specjalistycznego oprogramowania medycznego.

Działanie 9.2. Infrastruktura lecznictwa otwartego, którego celem jest wzrost dostępności i poprawa jakości usług medycznych lecznictwa otwartego. W ramach działania są realizowane m.in. następujące typy projektów:

- Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów oraz pomieszczeń infrastruktury ochrony zdrowia, wraz z zakupem niezbędnego wyposażenia, w tym również w celu dostosowania ich do wymogów prawnych, przede wszystkim Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.
- Modernizacja sprzętu medycznego, zakup nowej aparatury medycznej oraz prace remontowe wynikające z konieczności dostosowania pomieszczeń do użytkowania zakupionego sprzętu.
- Kompleksowe projekty informatyzacji ZOZ-ów, polegające na zakupie i wdrożeniu systemów poprawiających zarządzanie służbą zdrowia i jakość usług medycznych; wsparcie udzielane będzie w szczególności na inwestycje polegające na budowie sieci teleinformatycznych (także na potrzeby monitoringu wizyjnego) wraz z zakupem niezbędnego sprzętu teleinformatycznego i oprogramowania, a także specjalistycznego oprogramowania medycznego.

*Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2007-2013* problematykę infrastruktury ochrony zdrowia ujmuje w ramach Osi Priorytetowej 5, Wzrost jakości infrastruktury społecznej oraz inwestycje w dziedzictwo kulturowe, turystykę i sport. Celem tej osi priorytetowej jest m.in. poprawa jakości infrastruktury ochrony zdrowia.

Pod względem infrastruktury służby zdrowia świętokrzyskie plasuje się na jednym z ostatnich miejsc w Polsce. Trudna sytuacja finansowa zdecydowanej większości placówek służby zdrowia na terenie regionu nie pozwala na samodzielne sfinansowanie koniecznych inwestycji, bez których nie jest możliwe podniesienie jakości opieki medycznej, jak również poprawa dostępności usług medycznych, zarówno podstawowych jak i specjalistycznych. Szczególnie ważne dla rozwoju regionu jest także podniesienie poziomu usług sanatoryjnych. Świadczenie tego typu usług ma w świętokrzyskim długą tradycję i stanowi istotny czynnik rozwoju województwa.

Niniejsza oś priorytetowa służy realizacji inwestycji dotyczących zakupu nowoczesnego sprzętu medycznego, przebudowy, rozbudowy, modernizacji i wyposażenia obiektów ochrony zdrowia, w tym sanatoryjnej, w celu dostosowania ich do obecnych standardów, warunków koniecznych do spełnienia w związku z zakupem i instalacją nowego sprzętu medycznego, jak również rozwoju leczenia specjalistycznego i wysokospecjalistycznego. W celu zapewnienia trwałości projektów, beneficjenci, którzy otrzymują dofinansowanie na potrzeby świadczenia określonych usług, są zobligowani do wykazania, że są włączeni w publiczny system ochrony zdrowia. Należy podkreślić, że zadania z zakresu ochrony zdrowia muszą być zgodne ze strategią rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013.

#### Województwo Warmińsko-Mazurskie

*Regionalny Program Operacyjny Warmia i Mazury na lata 2007-2013* problematykę infrastruktury ochrony zdrowia ujmuje w ramach osi priorytetowej 5.3. Infrastruktura społeczna, której cel sformułowano następująco: *szeroka dostępność do usług społecznych dobrej jakości czynnikiem wzrostu konkurencyjności regionu.*

Stwierdzono, że istotną kwestią w województwie warmińsko - mazurskim jest zapewnienie właściwego poziomu i dostępności do usług zdrowotnych. Wysoka jakość świadczeń zdrowotnych wspomaga utrzymanie dobrego poziomu zdrowia pracowników, wydłużenie życia zawodowego oraz zwiększenie wydajności pracy, a po zakończeniu pracy zawodowej poprawia jakość życia. Ma to także znaczenie w kontekście turystyki jako ważnej dziedziny



gospodarki Warmii i Mazur, bowiem na decyzje dotyczące wyboru Warmii i Mazur jako miejsca wypoczynku i uprawiania turystyki wpływa także dostępność usług medycznych.

Problemem wymagającym w województwie warmińsko-mazurskim rozwiązania jest konieczność restrukturyzacji sieci szpitali i wprowadzenie nowych funkcji - opieki paliatywnej, opieki długoterminowej. Leczenie chorób, jakie niesie ze sobą rozwój cywilizacyjny - np. uzależnień, nowotworowych, chorób układu krążenia, układu kostno-stawowego i mięśniowego, cukrzycy stanowi wyzwanie dla warmińsko-mazurskich jednostek ochrony zdrowia. Sprostanie temu wyzwaniu uwarunkowane jest posiadaniem nowoczesnego sprzętu diagnostycznego, zabiegowego, oraz nowoczesnej infrastruktury ochrony zdrowia.

Działanie zatytułowane „*Wysoki poziom zabezpieczenia i dostępności medycznej i opiekuńczej*” zmierza do doposażenia placówek medycznych o zasięgu ponadlokalnym w sprzęt i aparaturę medyczną. Finansowane są także projekty polegające na rozbudowie i modernizacji obiektów ochrony zdrowia o zasięgu regionalnym, (np. bloki operacyjne i centralna sterylizatornia). Istotne wsparcie otrzymują projekty, w wyniku których poprawie ulegnie w województwie opieka paliatywna, długoterminowa (rozbudowa i modernizacja infrastruktury tych jednostek wraz z wyposażeniem). Tworzona lub modernizowana jest także infrastruktura ośrodków uzależnień dla dzieci i młodzieży lub osób dorosłych (budynki wraz z wyposażeniem) oraz kompleksowa infrastruktura służąca wsparciu osób niepełnosprawnych, łącząca funkcje diagnostyczne, rehabilitacyjne, terapeutyczne, noclegowe (budynki wraz z basenami rehabilitacyjnymi i salami rehabilitacji sportowej, ich wyposażenie, specjalistyczna aparatura i urządzenia).

Projekty wdrażane w sektorze opieki zdrowotnej w ramach RPO WiM powinny być zgodne ze „*Strategią Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013*” a beneficjenci z sektora opieki zdrowotnej, którzy otrzymują środki na konkretne inwestycje muszą działać w publicznym systemie ochrony zdrowia.

#### Województwo Wielkopolskie

*Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2007-2013* kwestie związane z infrastrukturą ochrony zdrowia ujmuje w ramach Priorytetu V, Infrastruktura dla kapitału

ludzkiego, którego celem jest rozwój kapitału ludzkiego oraz wzmocnienie spójności społecznej regionu na rzecz wzrostu zatrudnienia.

Poziom rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia w Wielkopolsce jest zróżnicowany pod względem przestrzennym, zarówno pod względem placówek poziomu podstawowego, jak i wysokospecjalistycznej opieki medycznej. Szczególnie ograniczony jest dostęp do opieki medycznej mieszkańców wsi i małych miast. Dlatego wsparcia potrzebują szpitale powiatowe, nie tylko w zakresie opieki podstawowej, ale także specjalistycznej. Ponadto, unowocześnienia wymaga infrastruktura wysokospecjalistycznych placówek medycznych w Poznaniu oraz w ośrodkach subregionalnych. Słabszy dostęp do odpowiedniej opieki medycznej skutkuje mniejszą wykrywalnością chorób. Realizacja priorytetu ma podnieść standard istniejących obiektów ochrony zdrowia, zwłaszcza tych oferujących specjalistyczne usługi, a także zwiększyć dostępność do usług zdrowotnych mieszkańców obszarów wiejskich i małych miast. Konieczne jest również przystosowanie infrastruktury opieki społecznej do potrzeb wynikających m.in. z nasilania się procesu „starzenia” społeczeństwa województwa.

Działania w sektorze zdrowia ukierunkowane są na poprawę jakości oraz dostępu do ośrodków medycznych bez zwiększania ich wielkości, liczonej liczbą łóżek, poza przypadkami szczególnie uzasadnionymi.

Beneficjenci projektów dotyczących opieki zdrowotnej, którzy otrzymują dofinansowanie do świadczonych usług, muszą wykazać, że są podmiotem dostarczającym świadczenia gwarantowane w ramach kontraktu z Instytucją Finansującą Publiczne Świadczenia Zdrowotne (np. NFZ). Projekty w ramach WRPO nie mogą się pokrywać z projektami dofinansowywanymi w ramach PO IiŚ.

#### Województwo Zachodniopomorskie.

*Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2007-2013* kwestie infrastruktury ochrony zdrowia przedstawia w ramach Oś priorytetowa 7. Rozwój infrastruktury społecznej i ochrony zdrowia, której celem jest poprawa jakości i dostępności do infrastruktury edukacyjnej, sportowej, ochrony zdrowia oraz infrastruktury rynku pracy dla osób niepełnosprawnych. Wśród celów szczegółowych wskazano m.in. poprawę jakości i dostępności placówek ochrony zdrowia.

Istotnym problemem regionu jest jakość i dostępność usług medycznych. Wzrost powszechności świadczeń zdrowotnych wraz z rosnącą jakością opieki są niezbędnymi elementami rozwoju społeczno-gospodarczego i decydują w dużej mierze o poczuciu bezpieczeństwa społecznego. Redukcja chorób, w tym cywilizacyjnych, powinna odbywać się poprzez dobrze rozwinięty, łatwo dostępny system leczenia oparty w pierwszej kolejności na podstawowej opiece zdrowotnej, gdyż jest to najkrótsza droga zapewniająca profilaktykę, ułatwienie leczenia chorób we wczesnym, często odwracalnym stadium, a w dalszej kolejności system szpitalny i rehabilitacja medyczna.

Infrastruktura opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim jest zróżnicowana pod względem przestrzennym zarówno pod względem placówek poziomu podstawowego, jak i wysoko specjalistycznej opieki medycznej. Szczególnie ograniczony jest dostęp do opieki medycznej mieszkańców wsi i małych miast. Wsparcia potrzebują szpitale, nie tylko w zakresie opieki podstawowej, ale także specjalistycznej. Unowocześnienia wymaga infrastruktura wysoko specjalistycznych placówek medycznych o zasięgu wojewódzkim. Słabszy dostęp do odpowiedniej opieki medycznej skutkuje mniejszą wykrywalnością chorób.

Realizacja priorytetu ma podnieść standard usług, zwłaszcza specjalistycznych, a także zwiększyć dostępność do usług zdrowotnych mieszkańców obszarów wiejskich i małych miast.

Ochrona zdrowia województwa zachodniopomorskiego składa się z podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i opieki stacjonarnej. Systematycznie prowadzone są działania zmierzające do zwiększenia dostępu do diagnostyki i usług specjalistycznych. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż w ostatnich latach obserwuje się znaczący wzrost liczby podmiotów zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach opieki ambulatoryjnej.

Podstawowy problem stanowi kwestia jakości i dostępności infrastruktury leczenia zamkniętego, która pozostaje nadal niewystarczająca w stosunku do istniejących potrzeb. Konieczna jest zarówno budowa, rozbudowa, odnowa placówek, jak i lepsze wyposażenie ich w aparaturę i urządzenia diagnostyczne oraz służące terapii, ochronie życia i zdrowia pacjentów.

Ze względu na ograniczenia dostępności podstawowych usług z zakresu ochrony zdrowia konieczna jest kompleksowa poprawa systemu leczenia ambulatoryjnego.

W ramach realizacji celu szczegółowego „Poprawa jakości i dostępności placówek ochrony zdrowia” realizowane są przedsięwzięcia obejmujące swym zakresem m.in.: budowę i przebudowę obiektów infrastruktury ochrony zdrowia, dostosowywanie obiektów do potrzeb pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych, jak również zakup urządzeń medycznych.

Działania w sektorze zdrowia ukierunkowane są na poprawę jakości oraz dostępu do ośrodków medycznych bez zwiększania ich wielkości, liczonej liczbą łóżek, poza przypadkami szczególnie uzasadnionymi. Beneficjenci projektów dotyczących opieki zdrowotnej, którzy otrzymują dofinansowanie do świadczonych usług, muszą wykazać, że są podmiotem dostarczającym świadczenia gwarantowane w ramach kontraktu z Instytucją Finansującą Publiczne Świadczenia Zdrowotne (np. NFZ). Projekty w ramach RPO WZ nie mogą się pokrywać z projektami dofinansowywanymi w ramach PO IS.

\* \* \*

Gromadzenie danych dotyczących tego zagadnienia w ramach badania jakościowego (wywiady IDI, panel ekspertów) napotkało na istotne trudności. Przede wszystkim rozmówcy reprezentujący Wojewódzkie Centra Zdrowia Publicznego (Urzędy Wojewódzkie) z dużą rezerwą wypowiadali się na temat infrastruktury ochrony zdrowia na terenie ich województwa, a już w ogóle nie decydowali się wypowiadać swojej opinii dotyczącej ogólnej sytuacji w kraju. W wielu wypadkach, unikając odpowiedzi na zadawane pytania sugerowano, aby wywiadami raczej objąć przedstawicieli organów założycielskich placówek systemu ochrony zdrowia na danym terenie, a więc przedstawicieli urzędu marszałkowskiego, rektora wyższej uczelni medycznej, która posiada szpital kliniczny, czy starostów powiatowych w odniesieniu do szpitali powiatowych. Bardzo często podkreślano, że nie ma w jednym miejscu zgromadzonych danych dotyczących potrzeb infrastrukturalnych placówek medycznych. Sugerowano, że bardzo korzystnym byłoby stworzenie w ramach poszczególnych województw centralnego, jednego w ramach województwa organu założycielskiego dla wszystkich publicznych placówek medycznych w województwie. Dopiero wówczas możliwy byłby pełny i rzetelny obieg informacji o potrzebach i możliwościach wojewódzkiego systemu ochrony zdrowia, a także możliwe byłoby racjonalne planowanie inwestycji.

Rozmówcy bardzo często oceniali zasób infrastruktury ochrony zdrowia w Polsce jako „wystarczający”, podkreślając jednocześnie, że problem leży nie w samej tylko dostępnej liczbie łóżek szpitalnych i dostępnej aparaturze. Dostyc częste były stwierdzenia podkreślające, że mimo ogólnej dużej liczby łóżek szpitalnych w województwie, w wielu kategoriach występują czasami bardzo dotkliwe braki. Przykładem tego może być następująca wypowiedź respondenta: *„ilość łóżek w całym województwie u nas jest wystarczająca, a nawet biorąc pod uwagę tylko wskaźnik obłożenia łóżek można by powiedzieć, że mogłaby być mniejsza”*, który jednocześnie stwierdzał, że w strukturze tej występuje wyraźne niedostosowanie do potrzeb epidemiologicznych i demograficznych: *„jest niedostosowana do potrzeb epidemiologii i demografii. Demografii, bo jeśli się mówi, że wskaźnik wykorzystania łóżka powinien wynosić 85%, 80 – 85%, to w niektórych specjalnościach wskaźnik ten wynosi 60%. Oznacza to, że w tej dziedzinie medycyny, można by zmniejszyć liczbę łóżek, a uruchomić oddział geriatryczny, którego bezwzględnie brakuje, bo mamy tylko 2 oddziały geriatryczne w całym województwie”*. Jednocześnie trzeba podkreślić, że mówiąc o wystarczającym zasobie infrastruktury ochrony zdrowia w Polsce, respondenci zdecydowanie odnosili się do danych opisujących liczbę dostępnych łóżek, urządzeń diagnostycznych i leczniczych, etc. Ocena ta nie odnosiła się do ich rzeczywistego stanu i przewidywanego okresu dalszego funkcjonowania.

Większość respondentów podkreślała, że stan infrastruktury systemu ochrony zdrowia jest bardzo zróżnicowany. Nawet w ramach jednego szpitala, czy innej placówki medycznej, nowoczesne pawilony, budynki wybudowane w ciągu ostatnich dziesięciu lat, które spełniają wszystkie wymagania, funkcjonują jednocześnie z budynkami mającymi kilkadziesiąt i więcej lat, niekiedy znajdujące się pod opieką wojewódzkiego konserwatora zabytków, które nie spełniają – bo nie mogą spełniać – nowoczesnych wymogów stawianych przed danym typem placówki medycznej. Niemal wszyscy rozmówcy podkreślali, że „wszystkie placówki medyczne do 2016 roku muszą dostosować do wymogów higieniczno – sanitarnych, czyli rozporządzenia Ministra Zdrowia<sup>17</sup>, że placówki muszą być wyposażone w określony sprzęt, zlikwidować bariery architektoniczne itd.” Oznacza to konieczność przeprowadzenia niekiedy na wielką skalę, kosztownych prac remontowo-dostosowawczych, polegających niekiedy na gruntownej przebudowie bloku operacyjnego, przebudowie ciągów komunikacyjnych w

<sup>17</sup> Oryginalnie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej narzucało określone standardy, które mają być wdrożone do dnia 31 grudnia 2008 roku. Aktualizacją Rozporządzenia z dn. 15 lutego 2008 r. termin ten przesunięto na 31.12.2012, a aktualizacją Rozporządzenia z dn. 2 lutego 2011 termin przesunięto na 31.12.2016 r.

budynkach szpitalnych, etc. Zielona Księga II szacuje, że koszty dostosowania budynków szpitalnych w większości przypadków zbliżone są do wartości netto majątku trwałego szpitala, a w przypadku szpitali zbudowanych w drugiej połowie lat 80 ubiegłego wieku i później, koszty te są szacowane na około 40% wartości netto środków trwałych. Dla większości placówek poniesienie tak wysokich nakładów jest ze względów finansowych (szczególnie mając na uwadze bardzo złą sytuację finansową wielu podmiotów leczniczych) niewykonalne.

W wielu wypadkach postulowano dokończenie rozpoczętych inwestycji (np.: wskazywano, że konieczne są środki na budowę lądowiska dla Lotniczego Pogotowia Ratunkowego tak, aby możliwe było pełne i racjonalne wykorzystanie posiadanych przez LPR zasobów).

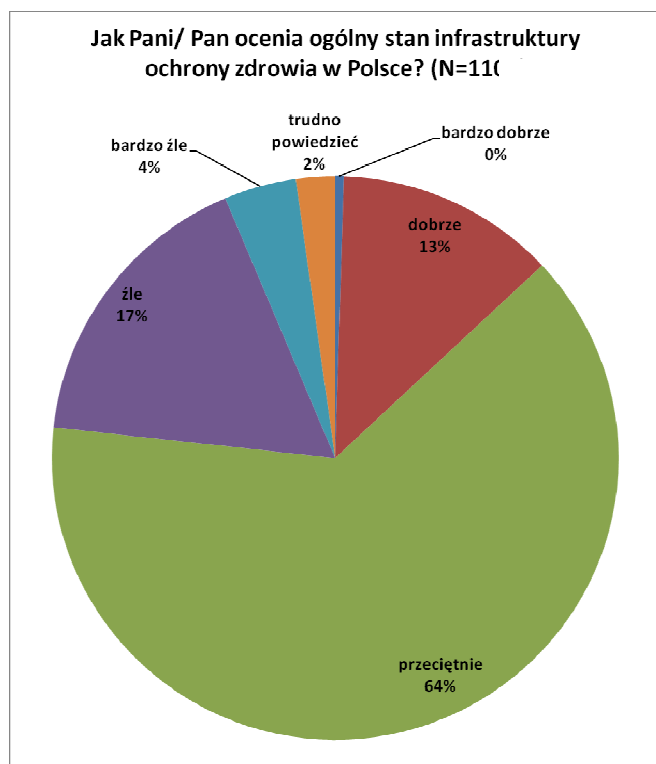
Jednocześnie stwierdzano, że w zakresie budynków, stan infrastruktury systemu ochrony zdrowia uległ w ostatnich latach poprawie. Przy czym w wielu wypadkach poprawa ta nie ma charakteru kompleksowego. Respondenci stwierdzali, że w ramach jednego podmiotu leczniczego funkcjonują obok siebie supernowoczesne budynki i urządzenia oraz obiekty powstałe jeszcze niekiedy w XIX wieku. Taka sytuacja prowadzi w niektórych podmiotach leczniczych do instalowania nowoczesnego wyposażenia w budynkach do tego nieprzystosowanych, a także do niwelowania pozytywnego efektu przeprowadzonych prac modernizacyjnych przez konieczność ich współistnienia z obiektami niedostosowanymi do obecnie obowiązujących standardów (na takie przykłady wskazywali nie tylko niektórzy respondenci, lecz także znajdują się one w analizowanych publikacjach, np. pisze o tym W.Ponikło: „nagminnie napotymano na niedawno zmodernizowane pomieszczenia, a krytyczne elementy instalacji – na przykład wentylacja mechaniczna – nie zostały objęte remontem”<sup>18</sup>).

Kadra kierownicza placówek medycznych, zapytana – w ramach badania CAWI – o ocenę ogólnego stanu infrastruktury ochrony zdrowia w Polsce, wypowiedziała się dosyć krytycznie (Wykres 9.)

---

<sup>18</sup> W. Ponikło, op.cit., s. 26.

### Wykres 9.

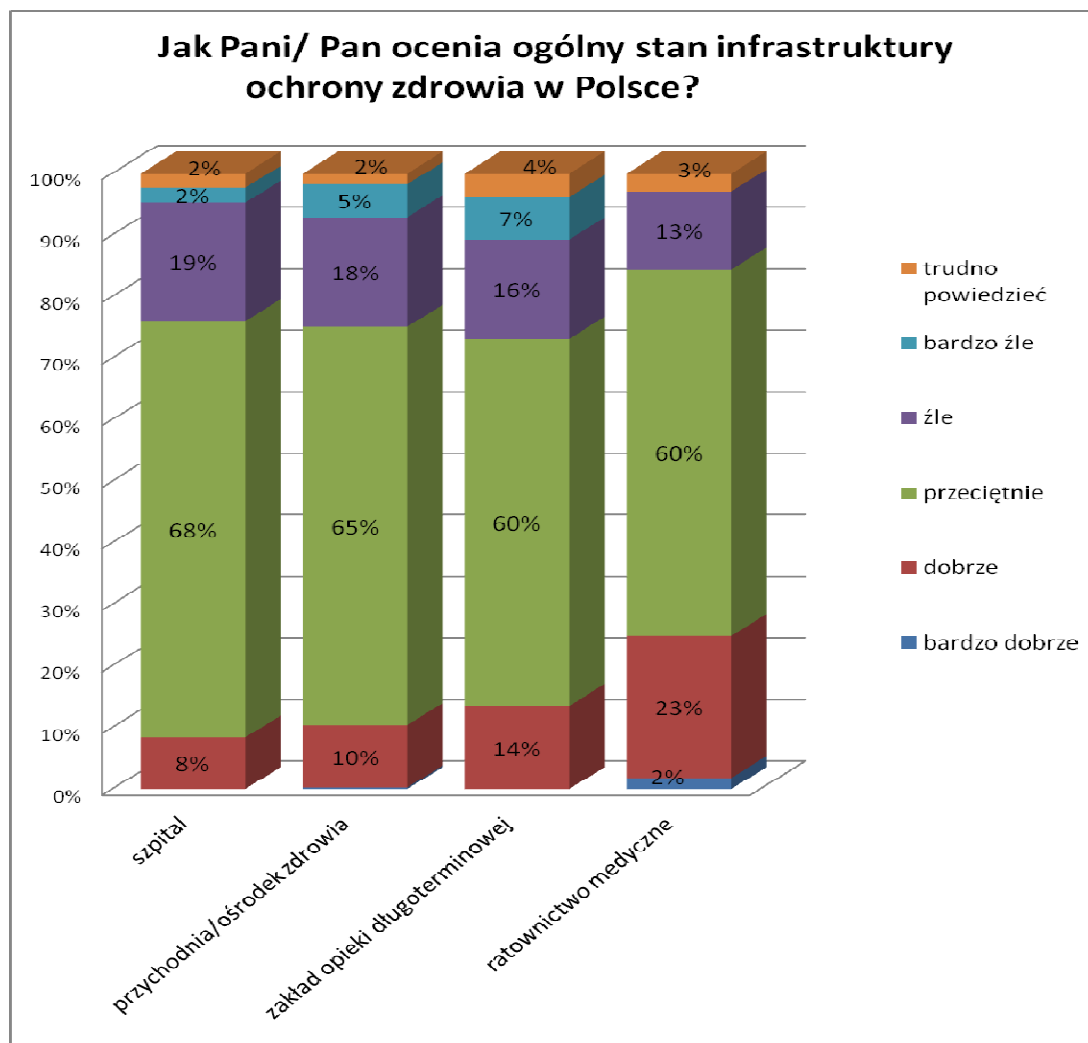


Źródło: badanie własne. N=1242.

Dobrze stan infrastruktury oceniło zaledwie 13% respondentów, podczas gdy źle i bardzo źle, aż 21%. Najlicniejsza grupa (64% respondentów) oceniła stan infrastruktury ochrony zdrowia w Polsce jako przeciętny.

W rozbiciu na poszczególne typy placówek medycznych objętych badaniem rozkład odpowiedzi jest następujący:

Wykres 10.

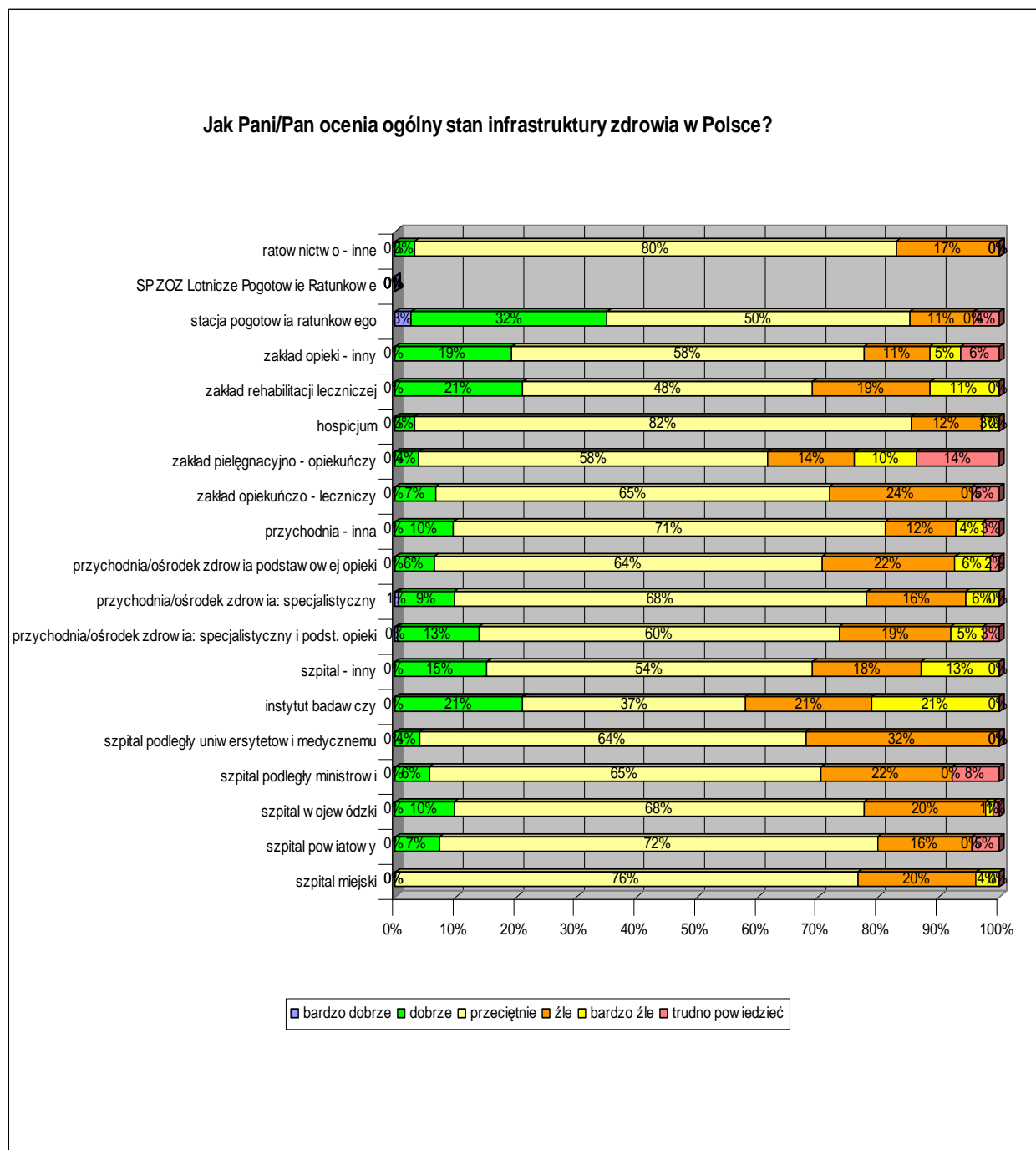


Źródło: badanie własne. N=1242.

Najlepiej stan infrastruktury oceniają przedstawiciele kadry kierowniczej placówek ratownictwa medycznego (25% ocen bardzo dobry i dobry). Najgorzej stan infrastruktury oceniają przedstawiciele szpitali (8% ocen dobrych) i ośrodków zdrowia (10% ocen dobrych). Bardziej szczegółowy rozkład odpowiedzi udzielonych na to pytanie przedstawia Wykres 11.:



Wykres 11.

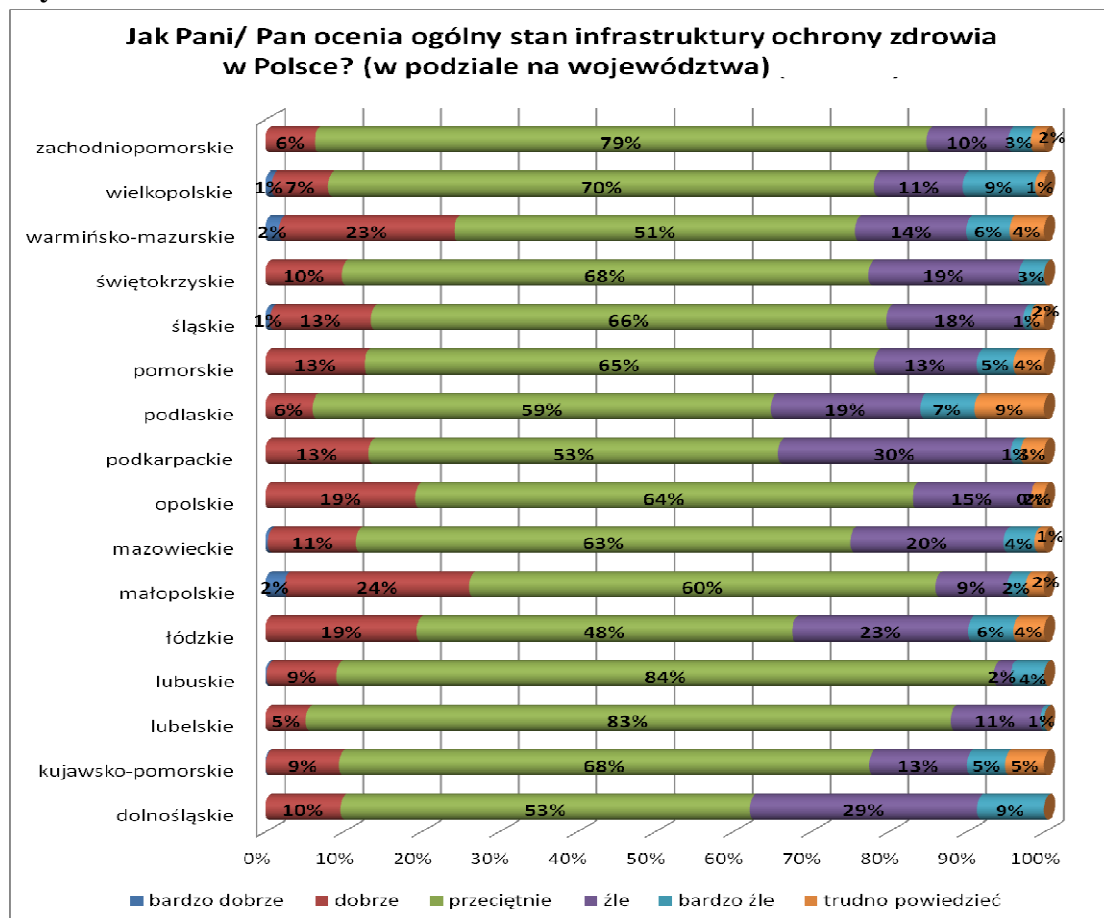


Źródło: badanie własne. N=1242.

Wykres ten pokazuje, że najlepiej stan infrastruktury systemu ochrony zdrowia w Polsce oceniają przedstawiciele stacji pogotowia ratunkowego (35% ocen pozytywnych), a najgorzej przedstawiciele instytutów badawczych (42% ocen negatywnych).

W poszczególnych województwach rozkład ocen jest następujący:

Wykres 12.



Źródło: badanie własne.

W tym rozkładzie zwraca uwagę kilka kwestii:

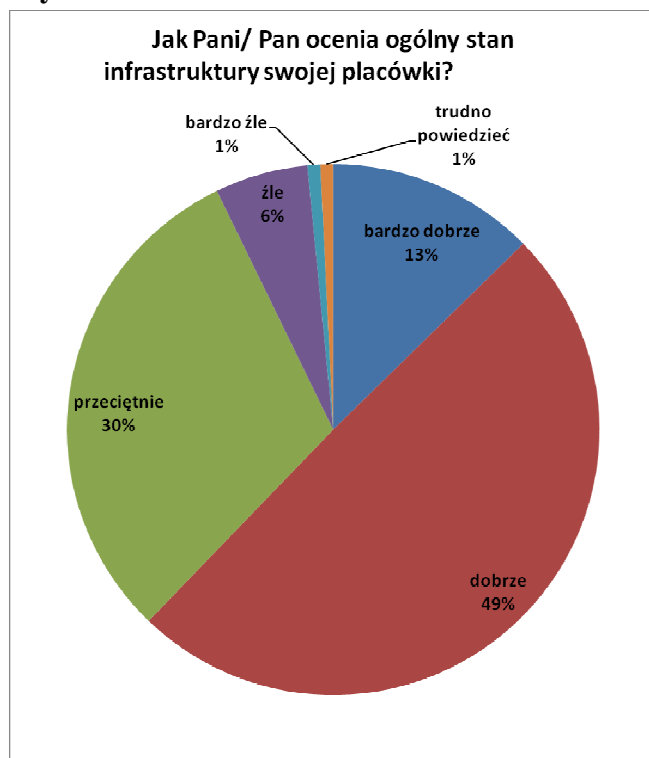
- Najmniej pozytywnych ocen ogólnego stanu infrastruktury ochrony zdrowia zgłosili przedstawiciele kadry kierowniczej placówek medycznych z województw: lubelskiego – 5%, podlaskiego – 6%, zachodniopomorskiego – 6%, wielkopolskiego – 8%, lubuskiego – 9% i kujawsko-pomorskiego – 9%.
- Najwięcej pozytywnych ocen ogólnego stanu infrastruktury ochrony zdrowia zgłosili przedstawiciele kadry kierowniczej placówek medycznych województw: małopolskiego (26%) i warmińsko-mazurskiego (25%).
- Najwięcej ocen negatywnych (stan bardzo zły lub zły) zgłosili respondenci z województw: dolnośląskiego – 38%, podkarpackiego – 31%, łódzkiego 29% i podlaskiego – 26%.
- Najmniej negatywnych ocen ogólnego stanu infrastruktury ochrony zdrowia zgłosili przedstawiciele kadry kierowniczej placówek medycznych w województw: lubuskiego (6%), małopolskiego (11%) i lubelskiego (12%)

- 64% przedstawicieli kadry kierowniczej placówek medycznych ze wszystkich województw oceniło ogólny stan infrastruktury ochrony zdrowia w Polsce jako przeciętny.

Należy przyjąć, że respondenci udzielając odpowiedzi na to pytanie kierowali się doświadczeniem i wiedzą o sytuacji w swoim najbliższym otoczeniu. Połączenie bardzo małego odsetka wskazań pozytywnych i dużego wskazań negatywnych ma miejsce w przypadku respondentów z województwa podlaskiego. Może to sugerować, że w opinii respondentów stan infrastruktury ochrony zdrowia jest w tym województwie odczuwany przez kadre kierowniczą placówek medycznych jako bardzo słaby.

Jednocześnie osoby objęte badaniem CAWI w sposób bardzo zróżnicowany oceniają stan infrastruktury swojej placówki medycznej:

**Wykres 13.**



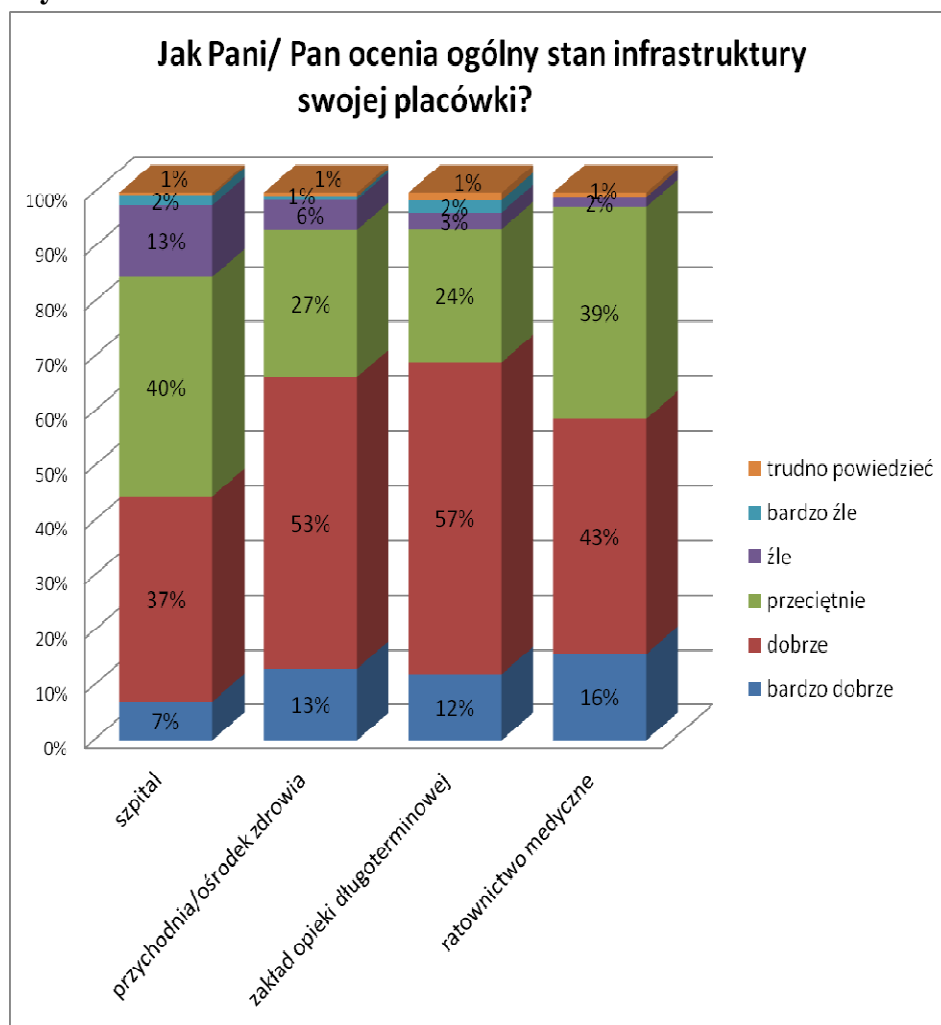
Źródło: badanie własne. N=1242

Ponad połowa respondentów (62%) stan infrastruktury swojej placówki oceniła jako bardzo dobry (13%) lub dobry (49%). Jedynie 7% respondentów negatywnie oceniło stan infrastruktury swojej placówki (źle – 6%, bardzo źle – 1%). Oznacza to, że subiektywna ocena jakości infrastruktury placówek medycznych, dokonana przez kadre kierowniczą tych placówek jest zdecydowanie pozytywna i – co bardzo istotne – zdecydowanie lepsza od ogólnej oceny stanu infrastruktury ochrony zdrowia w całym kraju. Odpowiada to postawie:

wszędzie dookoła sytuacja jest słaba, ale w naszej placówce jest całkiem przyzwoicie. Może to także oznaczać, że do oceny otoczenia zewnętrznego i do oceny swojej placówki respondenci podchodzili w nieco odmienny sposób, być może, w ocenie swojej placówki kierując się także wiedzą o uwarunkowaniach zewnętrznych stanu infrastruktury.

W rozkładzie na rodzaje placówek medycznych odpowiedzi respondentów są następujące:

Wykres 14.



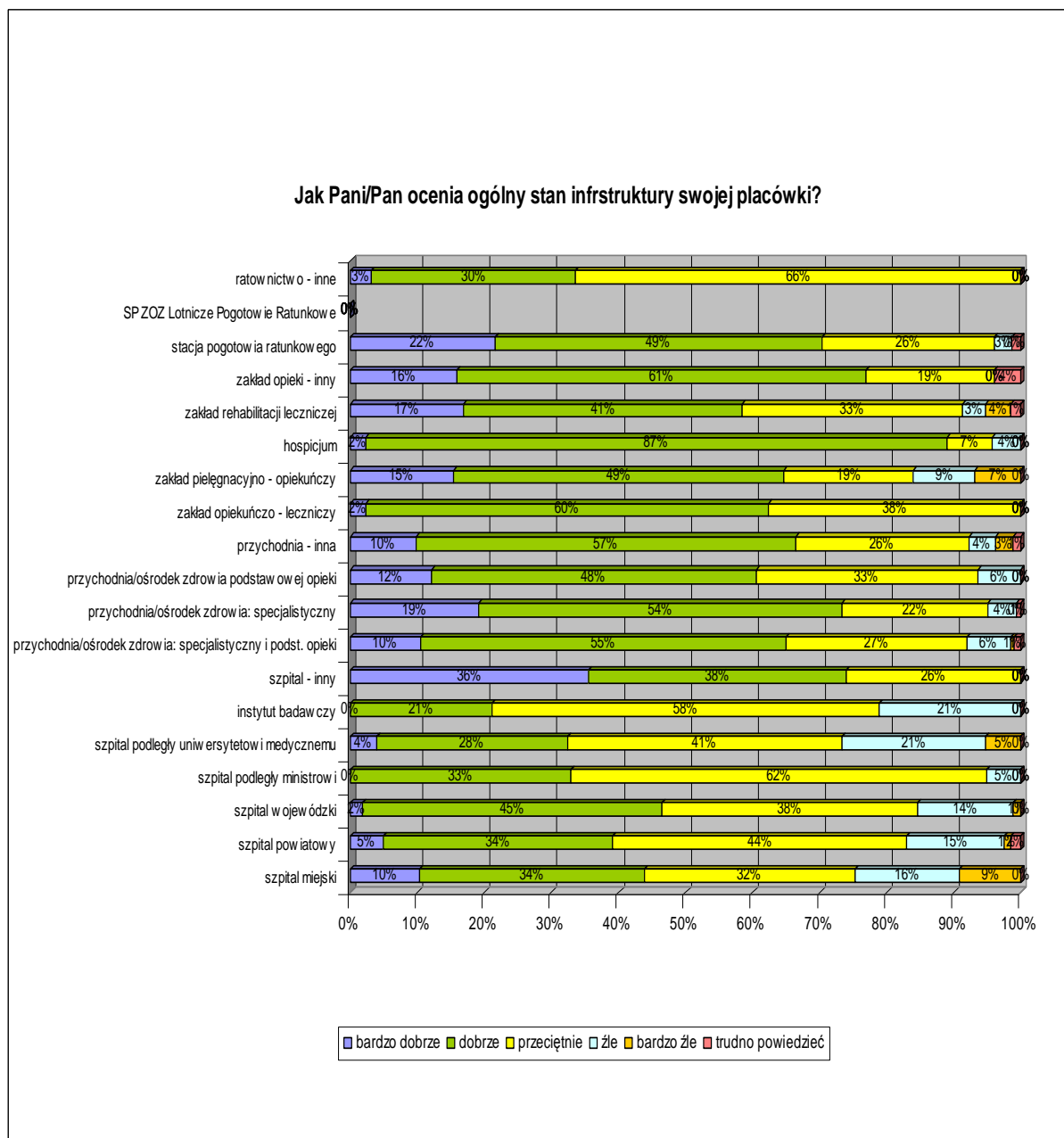
Źródło: badanie własne. N=1242.

Ponownie, najbardziej negatywnie stan infrastruktury swojej placówki oceniają przedstawiciele szpitali (15% ocen negatywnych), a najlepiej przedstawiciele zakładów opieki długoterminowej (5% ocen negatywnych) i przychodni/ośrodków zdrowia (7% ocen negatywnych). Natomiast najmniej ocen negatywnych zgłosili przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego. W tym relatywnie zagregowanym zestawieniu widać – poprzez porównanie z odpowiedziami na poprzednie pytanie – że kadra kierownicza podmiotów

leczniczych dosyć krytycznie ocenia stan infrastruktury ochrony zdrowia w kraju, lecz znacznie lepiej ocenia – w kategoriach ogólnych – stan infrastruktury swojej placówki.

W rozbiciu na bardziej szczegółowy podział na kategorie podmiotów leczniczych odpowiedź na to pytanie jest następująca:

**Wykres 15.**



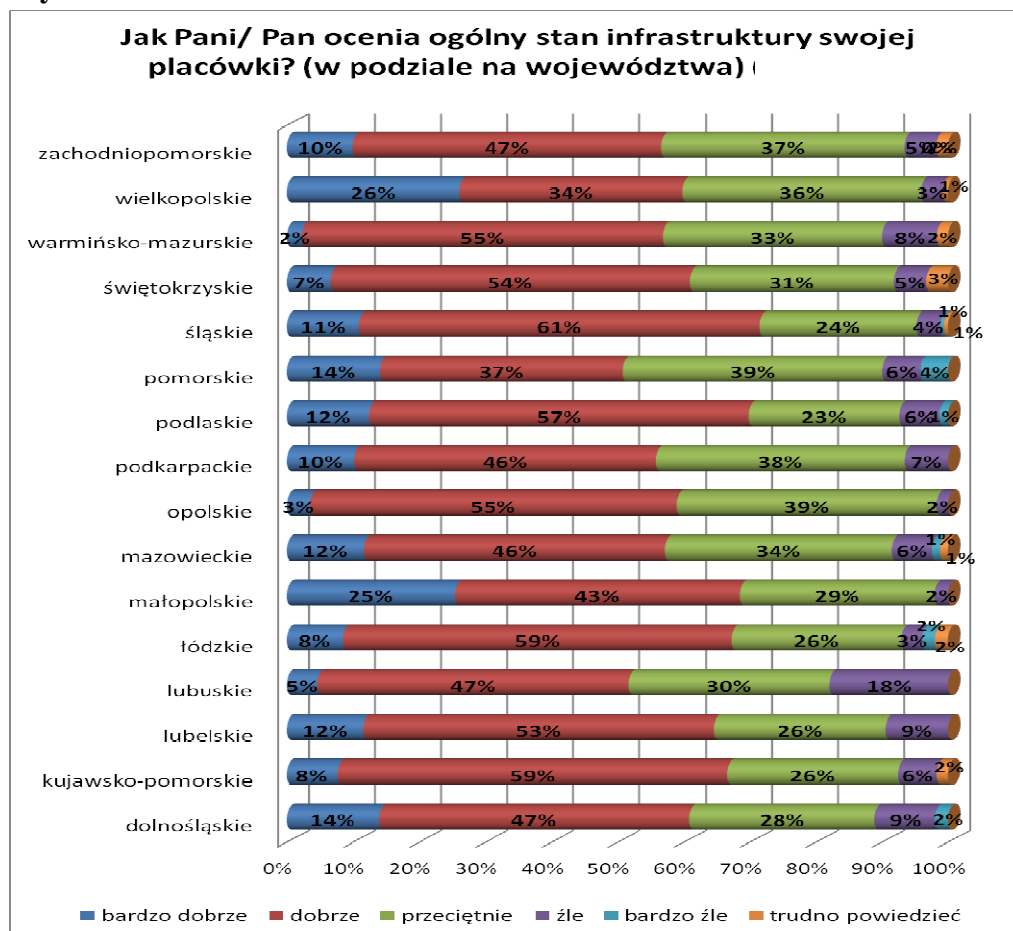
Źródło: badanie własne. N=1242.

Najwyżej ogólny stan infrastruktury swojej placówki ocenia kadra kierownicza hospicjów (89% ocen pozytywnych, 4% ocen negatywnych). Najniżej stan infrastruktury swojej placówki ocenia kadra kierownicza instytutów badawczych (21% ocen pozytywnych i jednocześnie 21% ocen negatywnych). Największy odsetek ocen negatywnych zgłosili

przedstawiciele kadry kierowniczej szpitali podległych uniwersytetowi medycznemu (26% ocen negatywnych).

Rozkład odpowiedzi respondentów w rozbiciu na województwa pokazuje kolejny wykres:

**Wykres 16.**

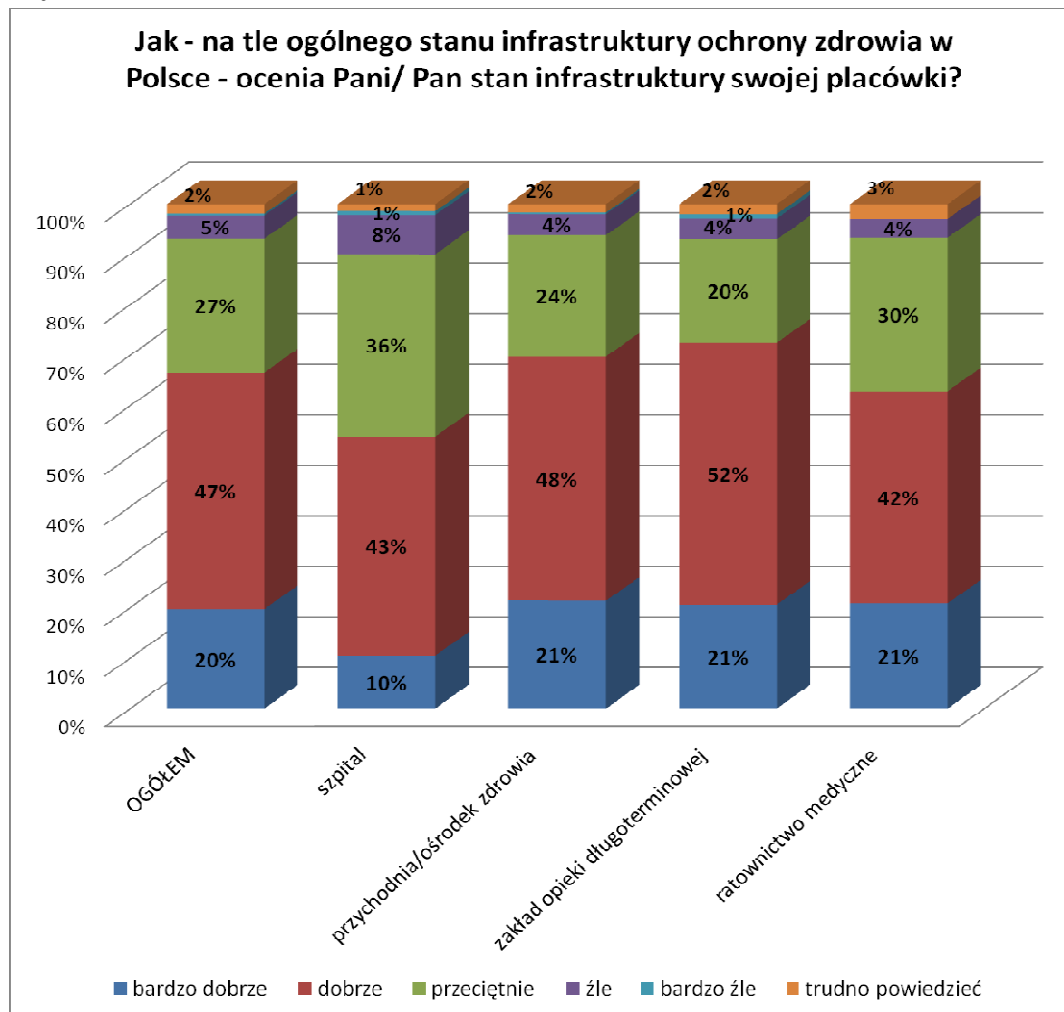


Źródło: badanie własne. N=1242

Widoczne jest tutaj bardzo duże zróżnicowanie ocen pomiędzy przedstawicielami poszczególnych województw. Najgorzej stan infrastruktury swojej placówki oceniają respondenci z województwa lubuskiego (18% ocen negatywnych). Również relatywnie źle stan infrastruktury swojej placówki oceniają respondenci z województw: pomorskiego (10% ocen negatywnych), warmińsko-mazurskiego (8% negatywnych) i podkarpackiego (7% ocen negatywnych). Najlepiej stan infrastruktury swojej placówki oceniają respondenci z województwa śląskiego (72% ocen pozytywnych) i podlaskiego (69% ocen pozytywnych).

Oceniając swoją placówkę pod względem infrastruktury, na tle sytuacji w całym kraju, respondenci udzielili następujących odpowiedzi:

Wykres 17.



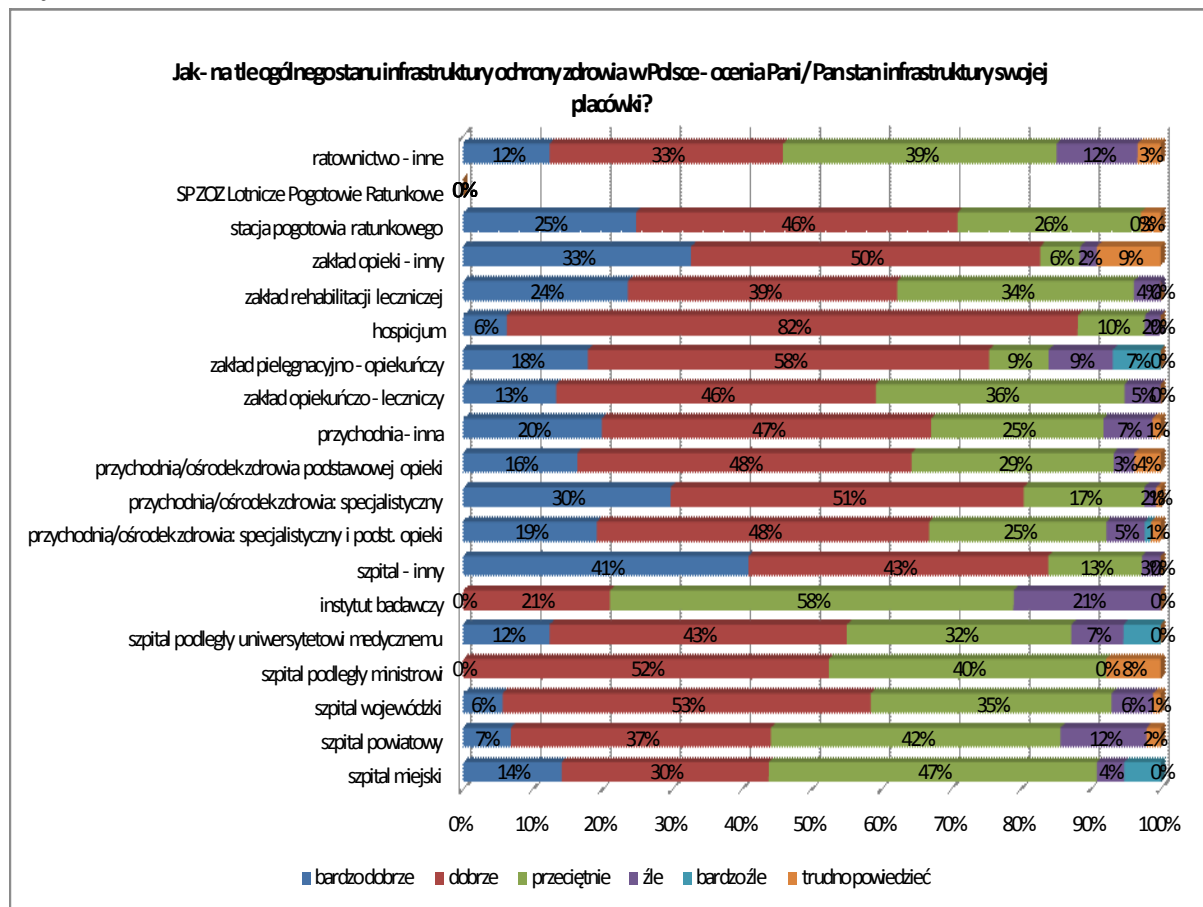
Źródło: badanie własne. N=1242.

Najgorzej – na tle sytuacji w całym kraju – stan infrastruktury swojej placówki oceniają przedstawiciele kadry kierowniczej szpitali (9% ocen negatywnych).

Najlepiej – na tle sytuacji w całym kraju – stan infrastruktury swojej placówki oceniają przedstawiciele kadry kierowniczej zakładów opieki długotrwałej (73% ocen pozytywnych) i przychodni/ ośrodków zdrowia (69% ocen pozytywnych).

W podziale na bardziej szczegółowe kategorie typów podmiotów leczniczych, rozkład odpowiedzi przedstawia Wykres 15.:

Wykres 18.



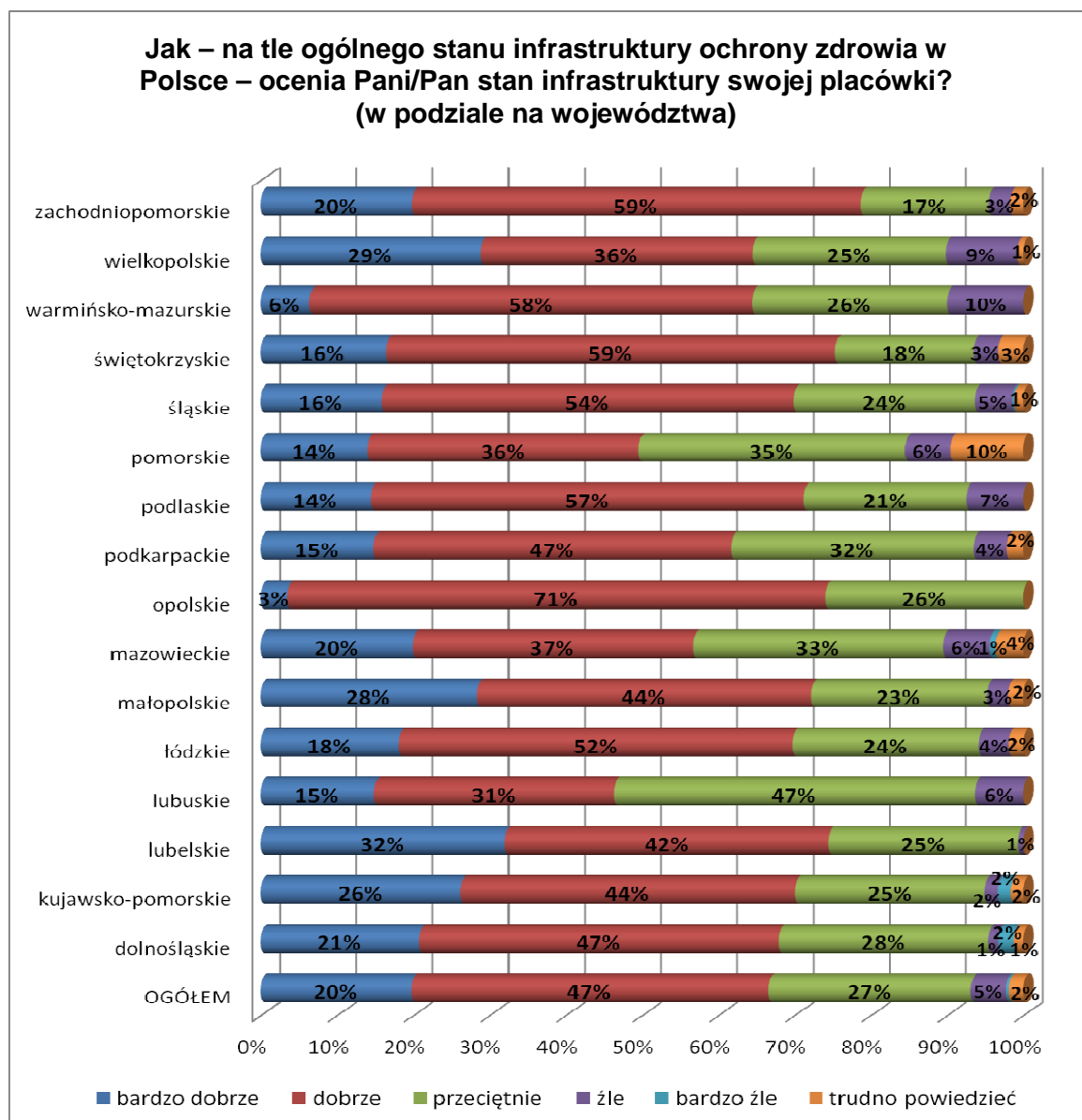
Źródło: badanie własne. N=1242.

Najlepiej stan infrastruktury swojej placówki, na tle ogólnego stanu infrastruktury ochrony zdrowia w całym kraju oceniają przedstawiciele kadry kierowniczej hospicjów (88% odpowiedzi pozytywnych), szpitali – innych (83% odpowiedzi pozytywnych) i zakładów opieki – innych (83% ocen pozytywnych). Najgorzej stan infrastruktury swojej placówki na tle ogólnego stanu infrastruktury ochrony zdrowia w całym kraju oceniają przedstawiciele kadry kierowniczej instytutów badawczych (21% ocen negatywnych). Jednocześnie przedstawiciele kadry kierowniczej instytutów badawczych wystawili swojej placówce w tej kategorii najmniejszy odsetek ocen pozytywnych (tylko 21% ocen pozytywnych).

W rozbiciu na województwa rozkład odpowiedzi wygląda następująco:



Wykres 19.

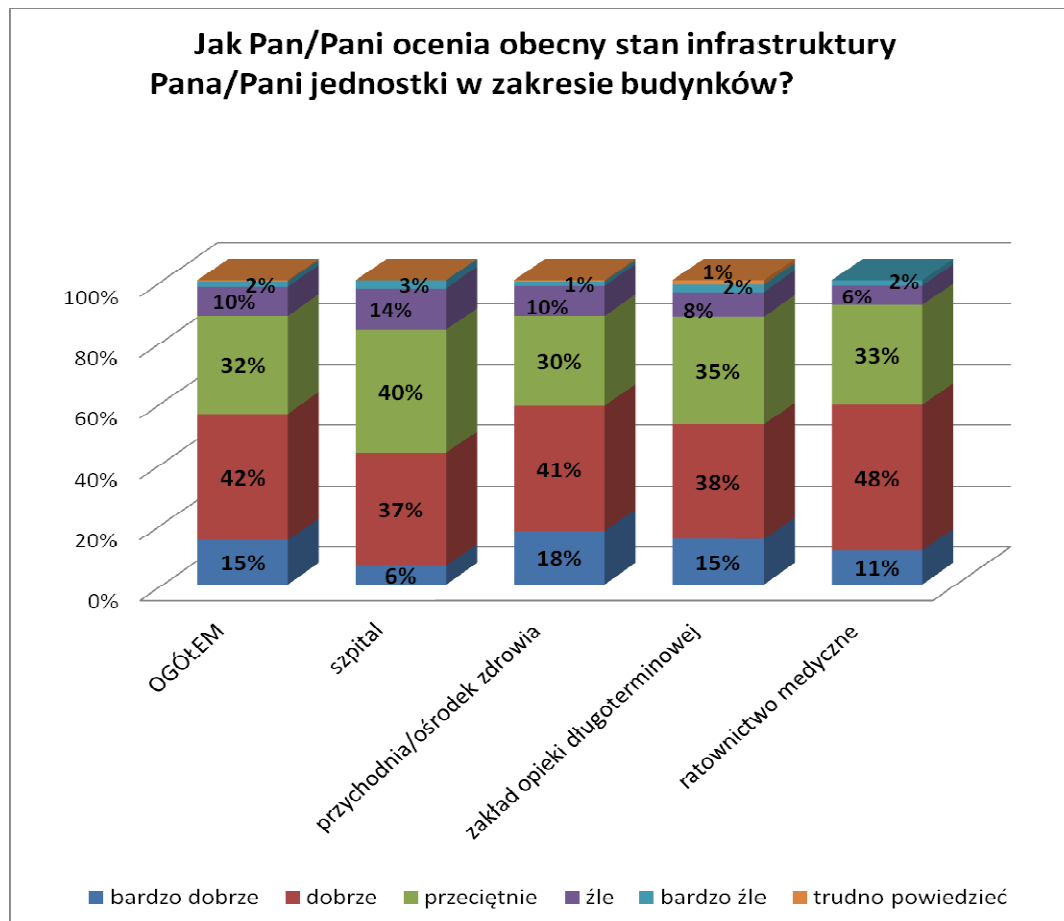


Źródło: badanie własne. N=1242

Respondenci z województwa opolskiego (74% wskazań pozytywnych, brak wskazań negatywnych) niezwykle wysoko ocenili stan infrastruktury swojej placówki na tle sytuacji w kraju. Również bardzo wysoko ocenili stan infrastruktury swojej placówki na tle sytuacji w kraju respondenci z następujących województw: lubelskiego (74% ocen pozytywnych, 1% negatywnych), zachodniopomorskiego (79% ocen pozytywnych i 3% negatywnych), małopolskiego (72% ocen pozytywnych i 3% negatywnych), kujawsko-pomorskiego (70% ocen pozytywnych i 5% negatywnych) oraz dolnośląskiego (68% wskazań pozytywnych i 3% negatywnych).

Największy odsetek ocen negatywnych zgłosili respondenci z województw: warmińsko-mazurskiego (10%) i wielkopolskiego (9%). Najmniej ocen pozytywnych zgłosili respondenci z województw: lubuskiego (46%) i pomorskiego (50%).

#### Wykres 20.



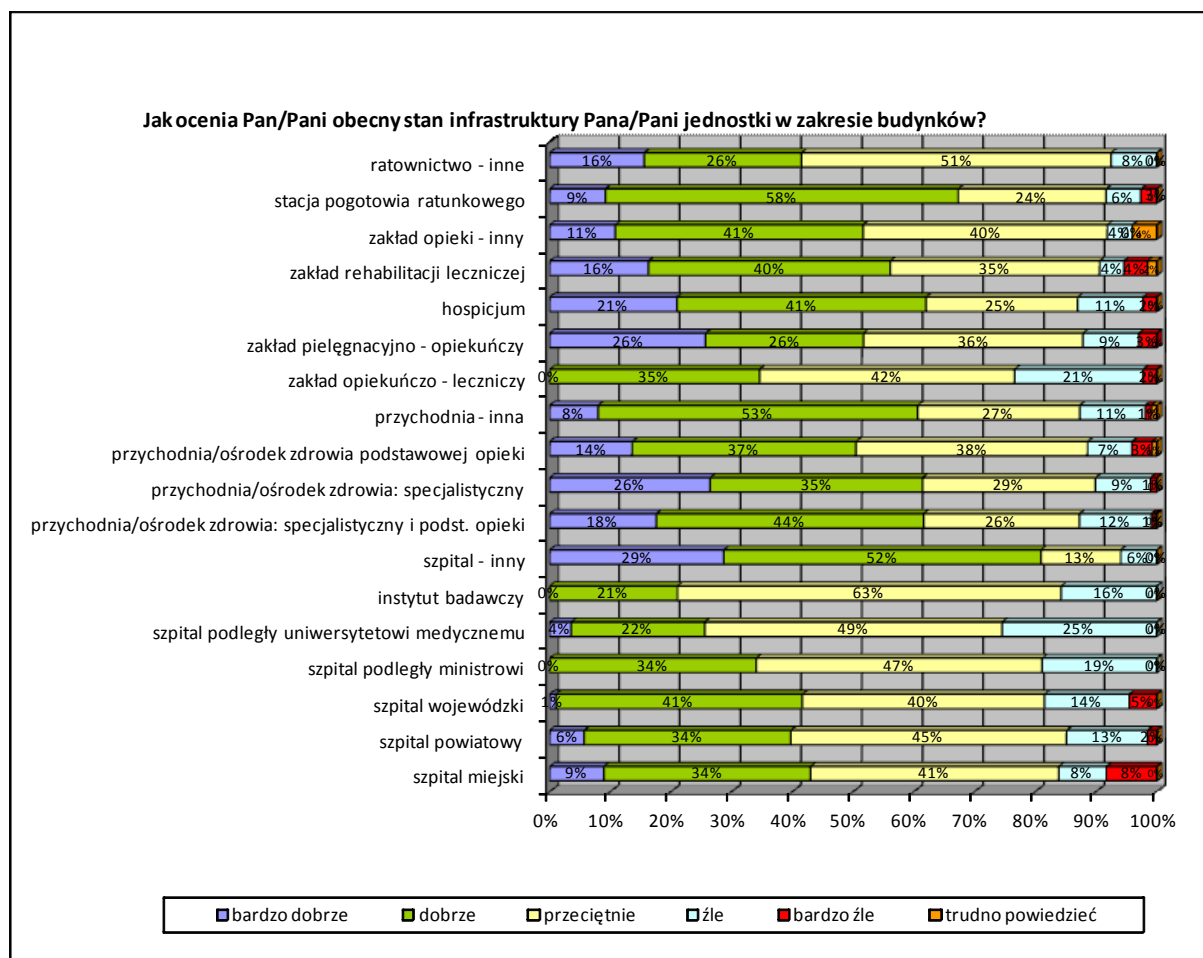
Źródło: badanie własne. N=1242.

Najgorzej stan infrastruktury swojej placówki medycznej w zakresie budynków oceniają respondenci reprezentujący kadrę kierowniczą szpitali. Tutaj aż 17% respondentów ocenia obecny stan jako zły lub bardzo zły, a jedynie 43% ocenia go jako dobry lub bardzo dobry.

Najlepiej stan infrastruktury pod względem budynków w swoich placówkach oceniają przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego ( 49% ocen dobrych i bardzo dobrych, a jedynie 8% ocen negatywnych).

W podziale na bardziej szczegółowe kategorie analityczne poszczególnych typów podmiotów leczniczych rozkład odpowiedzi na to pytanie przedstawia Wykres 21.:

Wykres 21.

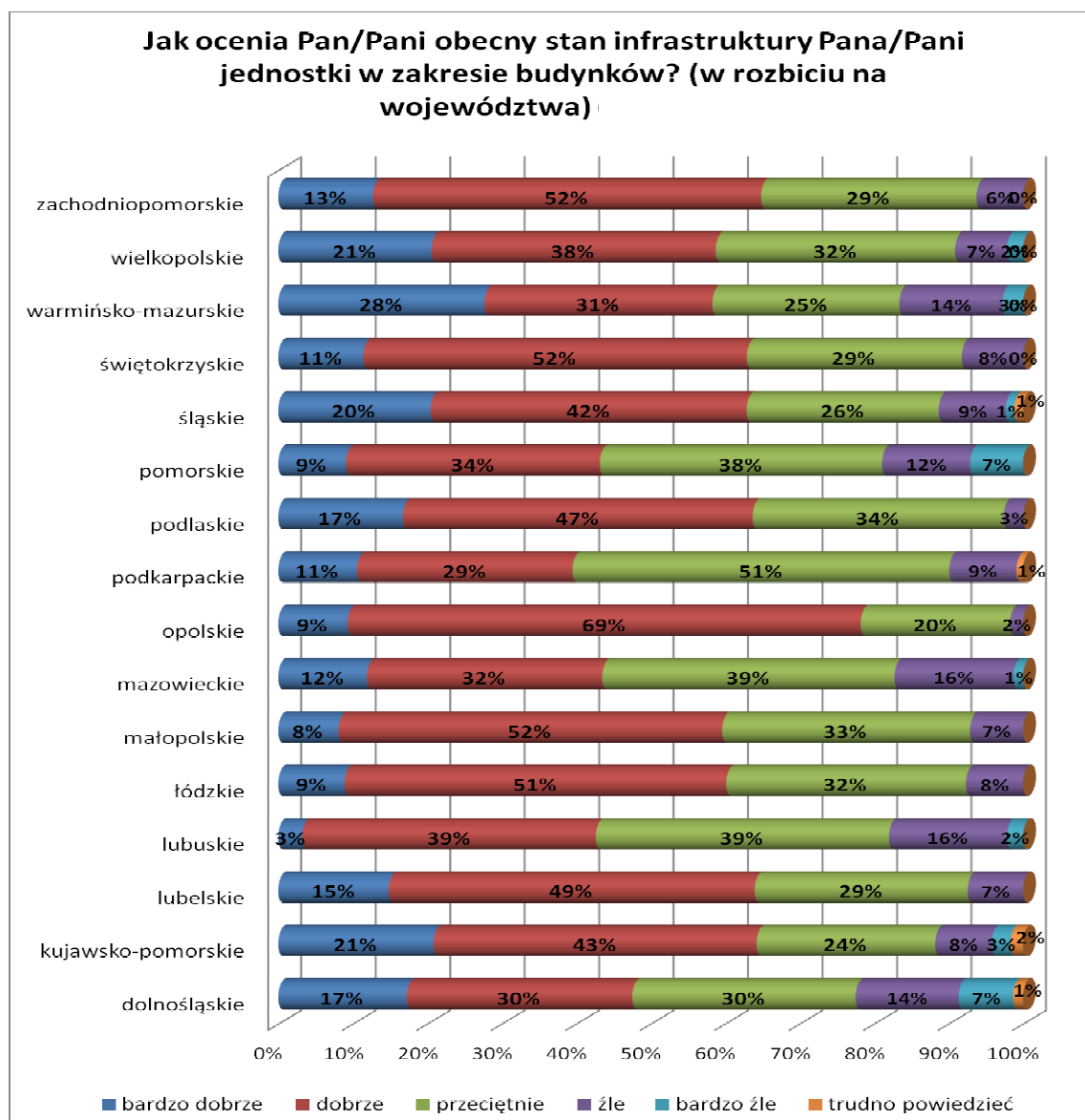


Źródło: badanie własne. N=1242.

Największy odsetek ocen pozytywnych swoim placówkom wystawili przedstawiciele kadry kierowniczej szpitali-innych (81% ocen pozytywnych) i stacji pogotowia ratunkowego (67% ocen pozytywnych). Najmniej ocen pozytywnych w tym zakresie wystawili sobie przedstawiciele instytutów badawczych (21% ocen pozytywnych) i szpitali podległych uniwersytetom medycznemu (26% ocen pozytywnych). Najwięcej ocen negatywnych wystawili sobie przedstawiciele szpitali podległych uniwersytetom medycznemu (25% ocen negatywnych) i zakładów opiekuńczo-leczniczych (21% ocen negatywnych). Najmniej ocen negatywnych wystawili sobie przedstawiciele szpitali-innych (6% ocen negatywnych) i stacji pogotowia ratunkowego (8% ocen negatywnych) oraz podmiotów należących do kategorii ratownictwo-inne (8% ocen negatywnych).

Do ciekawych wniosków pod tym względem prowadzi także analiza rozkładu odpowiedzi w rozbiciu na poszczególne województwa:

Wykres 22.



Źródło: badanie własne. N=1242.

Najgorzej stan infrastruktury w zakresie budynków swoich placówek oceniają respondenci z następujących województw: dolnośląskiego (21% ocen negatywnych), lubuskiego (18% negatywnych) i pomorskiego (19% ocen negatywnych).

Najlepiej stan infrastruktury swojej placówki pod względem budynków oceniają respondenci z następujących województw: opolskiego (78% ocen pozytywnych) i podlaskiego (64% ocen pozytywnych).

Podsumowując samoocenę posiadanej przez daną placówkę infrastruktury w zakresie budynków, trzeba podkreślić, że dominują oceny pozytywne, które stanowią 57% ogółu ocen. Oceny negatywne stanowią margines liczący ok. 12% ocen. Jednakże w dwóch rodzajach

podmiotów leczniczych występuje wyjątkowo niska samoocena posiadanej infrastruktury w zakresie budynków: są to instytuty badawcze i szpitale podległe uniwersytetom medycznym, czyli tam, gdzie infrastruktura powinna być na najwyższym poziomie. Powstaje teraz otwarte pytanie, czy taka niska samoocena posiadanej infrastruktury w zakresie budynków w tych podmiotach wynika ze świadomości ograniczeń wynikających z niedoboru infrastruktury, z większych oczekiwań, czy też rzeczywiście odpowiada realnej sytuacji, gdzie uniwersytety medyczne mieszczą się w budynkach niekiedy powstałych jeszcze w XIX wieku.

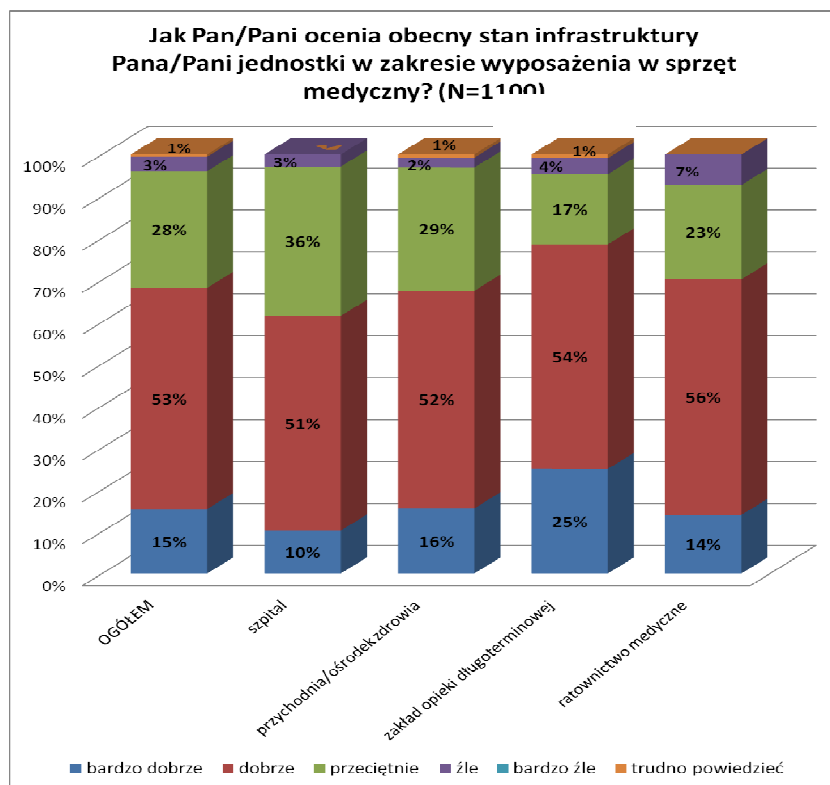
Uczestnicy badania jakościowego podkreślali, że w chwili obecnej trudno jest określić rzeczywiste zapotrzebowanie systemu ochrony zdrowia jako całości na aparaturę medyczną. Wynika to przede wszystkim z tego, że nie można z pewnością powiedzieć, czy posiadany sprzęt (aparatura) jest w pełni wykorzystywany. Ograniczenia stwarzają w tym zakresie limity wynikające z kontraktów zawieranych przez placówki medyczne z Oddziałami Wojewódzkimi Narodowego Funduszu Zdrowia. W konsekwencji tych kontraktów w drugiej połowie roku część sprzętu posiadanego przez placówki medyczne nie jest w pełni wykorzystywana. Ponadto, respondenci podkreślali, że w ostatnich latach – jak stwierdzano, w dużej mierze dzięki środkom z funduszy unijnych – ilość i jakość wyposażenia placówek medycznych w aparaturę uległa bardzo istotnej poprawie. W zasadzie wszystkie rodzaje aparatury są dostępne, tzn. respondenci podkreślali, że nie występują sytuacje, że jakiegoś podstawowego sprzętu w ogóle brakuje w danym regionie. Jednak nie oznacza to, że pacjenci mają swobodny, nieograniczony niczym innym niż tylko wskazaniami lekarskimi dostęp do badań i leczenia z wykorzystaniem danego sprzętu: barierę stanowi przede wszystkim zbyt niski poziom kontraktacji poszczególnych procedur dokonywanych przez NFZ. Jednocześnie pojawiać zaczął się już kolejny problem, polegający na konieczności finansowania przeglądów, napraw i konserwacji posiadanego sprzętu i wyposażenia. Wielu placówek systemu ochrony zdrowia nie stać na finansowanie tych niezbędnych czynności. Ponadto z posiadaniem wysokospecjalistycznego wyposażenia wiąże się konieczność zatrudniania odpowiednio wykwalifikowanej kadry, potrafiącej obsługiwać posiadaną aparaturę i w pełni wykorzystać jej możliwości. Tego typu problemy dotyczą jednak przede wszystkim kierowników placówek medycznych posiadających nowoczesne wyposażenie, gdyż tylko w przypadku takiego wysokospecjalistycznego sprzętu pojawiają się niekiedy problemy z zatrudnieniem specjalistów potrafiących w pełni wykorzystać możliwości sprzętu. Innym problemem jest konieczność odnawiania posiadanego sprzętu i wyposażenia. Wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny ma swój okres amortyzacji i żywotności, po którym

powinien zostać wymieniony na nowy. W wypadku wielu placówek medycznych posiadany obecnie i jeszcze działający sprzęt posiada już bardzo wysoki stopień umorzenia wartości księgowej. Oznacza to, że wiele podmiotów leczniczych będzie musiało odnowić posiadane przez siebie zasoby aparatury i sprzętu. Wiąże się to z koniecznością poniesienia nakładów finansowych, których wysokość jest niekiedy bardzo trudna do oszacowania.

Z wypowiedzi respondentów badania jakościowego wynika, że nie ma obecnie możliwości zbudowania spójnej bazy danych pokazującej, jaki jest bieżący stan wyposażenia posiadanego przez wszystkie rodzaje publicznych podmiotów leczniczych działających w Polsce. Wynika to w dużej mierze z wielości i różnorodności organów założycielskich podmiotów leczniczych. Wiele placówek medycznych nie posiada planów inwestycyjnych, a jedynie z dnia na dzień prowadzi krótkoterminową politykę inwestycyjną polegającą na dokonywaniu na bieżąco zakupów niezbędnych do podtrzymywania funkcjonowania danej jednostki. W dużej mierze jest to rezultatem słabości finansowej tych podmiotów.

Respondenci badania ilościowego (CAWI) udzielili odpowiedzi na pytanie o ocenę obecnego stanu swojej placówki medycznej pod względem jej wyposażenia w sprzęt medyczny. Odpowiedzi przedstawia poniższy wykres.

**Wykres 23.**



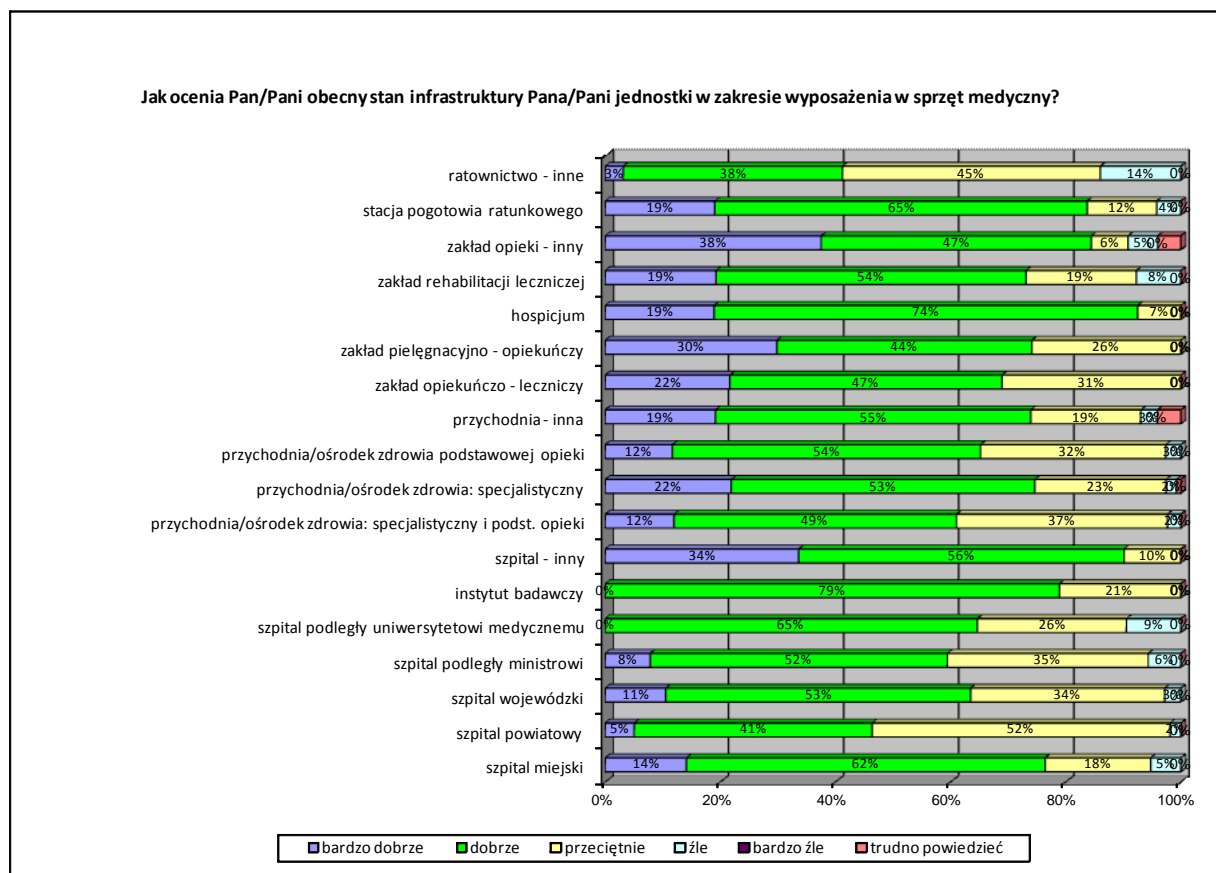
Źródło: badanie własne. N=1242.

Dosyć negatywnie swoje wyposażenie w sprzęt medyczny oceniają placówki ratownictwa medycznego (7% wskazań negatywnych). Z kolei przedstawiciele szpitali w relatywnie małym stopniu oceniają się pozytywnie (61% ocen pozytywnych), ale nie wystawiają sobie jednocześnie ocen negatywnych (tylko 3% ocen negatywnych). Może to wskazywać, że kwestie sprzętu medycznego nie stanowią dla kadry kierowniczej szpitali kluczowego problemu: sprzęt jest przez 36% przedstawicieli kadry kierowniczej tych placówek oceniany jako przeciętny, a przez 61% jako dobry lub bardzo dobry. Taki stan rzeczy pozwala na funkcjonowanie w ramach uzyskiwanych kontraktów z NFZ. W przypadku placówek ratownictwa medycznego względnie duży (7%) odsetek ocen negatywnych zdaje się wskazywać, że jeszcze pewna część placówek tego typu, w odczuciu kadry kierowniczej, nie została w pełni wyposażona w sprzęt odpowiedniej klasy. Zwraca uwagę fakt, że zakłady opieki długoterminowej – podobnie jak to miało miejsce w odniesieniu do budynków – generalnie deklarują wysoką ocenę posiadanego sprzętu medycznego (aż 79% ocen pozytywnych). Oznacza to, że zarówno pod względem budynków, jak i wyposażenia w sprzęt medyczny tego typu placówki nie posiadają większych problemów o charakterze systemowym.

Jednocześnie w odniesieniu do wszystkich powyższych zagregowanych kategorii analitycznych trzeba podkreślić, że odsetek ocen negatywnych, mieści się w przedziale od 2 do 7%, co oznacza, że w skrajnym przypadku jedynie nieznacznie przekracza margines błędu statystycznego, wynoszącego w przypadku tego badania +/-2,7%.

Rozkład odpowiedzi respondentów w podziale na szczegółowe kategorie rodzajów podmiotów leczniczych pokazuje kolejny wykres:

Wykres 24.



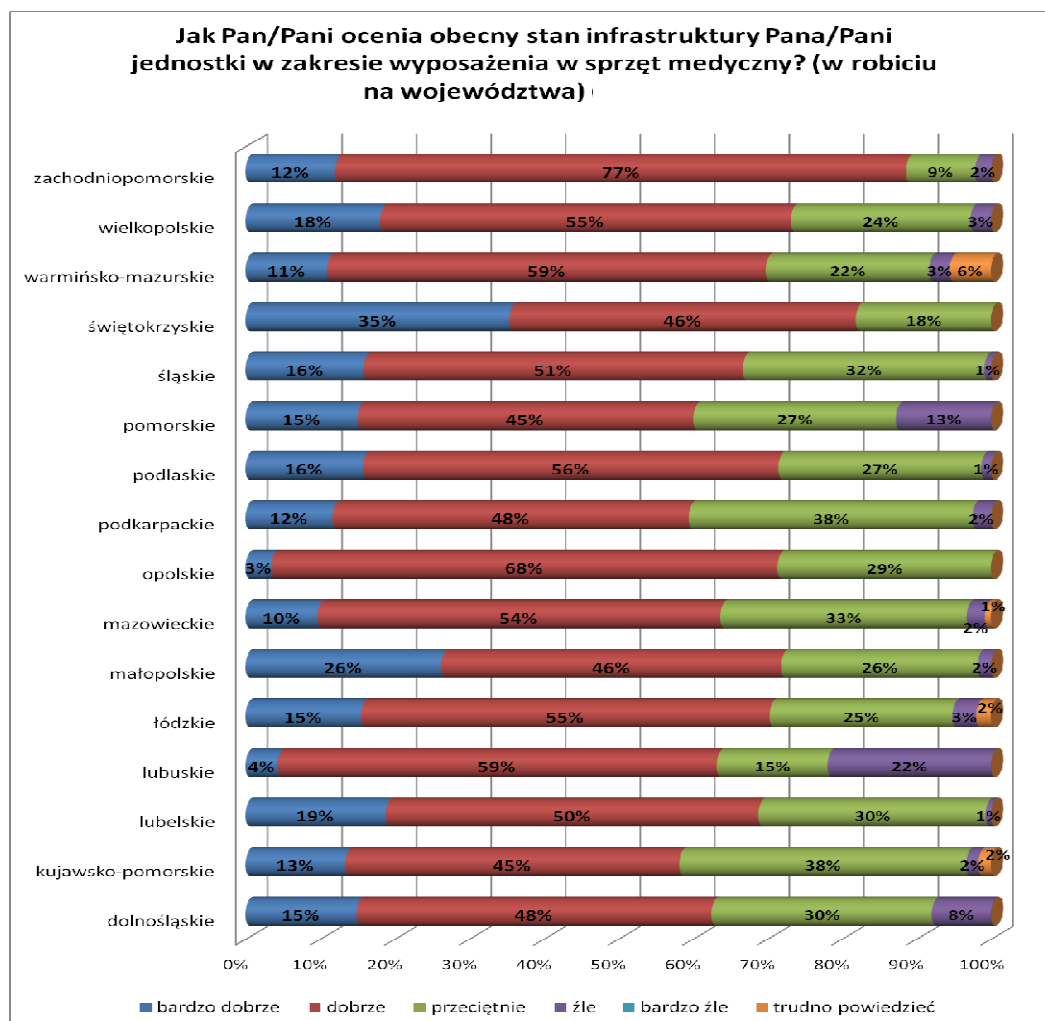
Źródło: badanie własne. N=1242.

Najwięcej pozytywnych ocen zgłosili respondenci reprezentujący grupy: hospicja (93% ocen pozytywnych), szpital-inny (90%) oraz stacja pogotowia ratunkowego (84%). Najmniej pozytywnych ocen zgłosili respondenci z grup: ratownictwo-inne (41% ocen pozytywnych) i szpital powiatowy (46%). Najwięcej ocen negatywnych zgłosili przedstawiciele grupy ratownictwo-inne (14% ocen negatywnych).

Rozkład odpowiedzi respondentów w rozbiciu na województwa przedstawia kolejny wykres.



Wykres 25.



Źródło: badanie własne, N=1242.

W dwóch województwach (świętokrzyskim i opolskim) żaden respondent nie ocenił negatywnie stanu infrastruktury w zakresie sprzętu medycznego posiadanego przez swoją jednostkę. Także respondenci z województwa zachodniopomorskiego wysoko ocenili posiadany przez ich placówki stan wyposażenia w sprzęt medyczny (89% ocen pozytywnych, jedynie 2% ocen negatywnych). Wysoko stan wyposażenia w sprzęt ocenili także respondenci z województw: podlaskiego (72% ocen pozytywnych), lubelskiego (69% ocen pozytywnych) i śląskiego (67% ocen pozytywnych).

Najniżej posiadane przez siebie wyposażenie w sprzęt medyczny ocenili respondenci z województw: lubuskiego (22% negatywnych) i pomorskiego (13% negatywnych).

### **Podsumowanie:**

- Analiza danych zastanych wskazuje na niski stan techniczny infrastruktury technicznej ochrony zdrowia w Polsce, przy czym jako podstawowe przyczyny tego stanu można wskazać:
- Wysoki stopień zużycia infrastruktury technicznej systemu ochrony zdrowia wynikający z faktu, iż wiele budynków wykorzystywanych przez podmioty lecznicze jest bardzo starych i w dużej mierze niedostosowanych do aktualnie obowiązujących wymagań;
  - Niedoinwestowanie systemu ochrony zdrowia i zła kondycja finansowa wielu podmiotów leczniczych;
  - Częste wykorzystywanie odpisów amortyzacyjnych na inne cele niż odtwarzanie majątku (najczęściej na pokrycie straty finansowej instytucji ochrony zdrowia).
- Warunki lokalowe, w jakich w Polsce leczony jest pacjent nie tylko nie spełniają oczekiwań społecznych, ale obiektywnie pozostawiają wiele do życzenia obniżając bezpieczeństwo leczenia.
- Pomimo godnego odnotowania wzrostu inwestycji, polski pacjent ma wciąż utrudniony dostęp do aparatury wysokospecjalistycznej. Skutkuje to zarówno wydłużonym czasem diagnozowania, jak i terapii.
- Przeprowadzona analiza wskazuje na duży stopień zużycia posiadanego przez system ochrony zdrowia w Polsce majątku trwałego: poziom umorzenia księgowego majątku jest we wszystkich uwzględnionych w tabeli rodzajach podmiotów wyższy jest niż 50%, a w przypadku zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz hospicjów przekracza on 85%.
- Przedstawiciele kadry kierowniczej podmiotów leczniczych objętych badaniem ilościowym stosunkowo nisko oceniają ogólny stan infrastruktury ochrony zdrowia w kraju, a jednocześnie stosunkowo wysoko oceniają stan infrastruktury swojej placówki.
- W zakresie budynków występuje bardzo duże zróżnicowanie w stanie infrastruktury posiadanej przez placówki systemu ochrony zdrowia w Polsce: obok nowoczesnych budynków, spełniających wszystkie wymagania prawne, występują budynki, których modernizacja i dostosowanie do obowiązujących wymagań napotka na bardzo duże problemy, o ile w ogóle będzie możliwa (choćby ze względu na to, że niektóre z tych budynków są zabytkami i podlegają ochronie wojewódzkiego konserwatora zabytków). Taka sytuacja niekiedy występuje w ramach jednej placówki, gdzie obok nowoczesnych

pawilonów mieszczących część oddziałów, pozostałe ulokowane są w budynkach wiekowych, nieprzystosowanych do współczesnych wymagań.

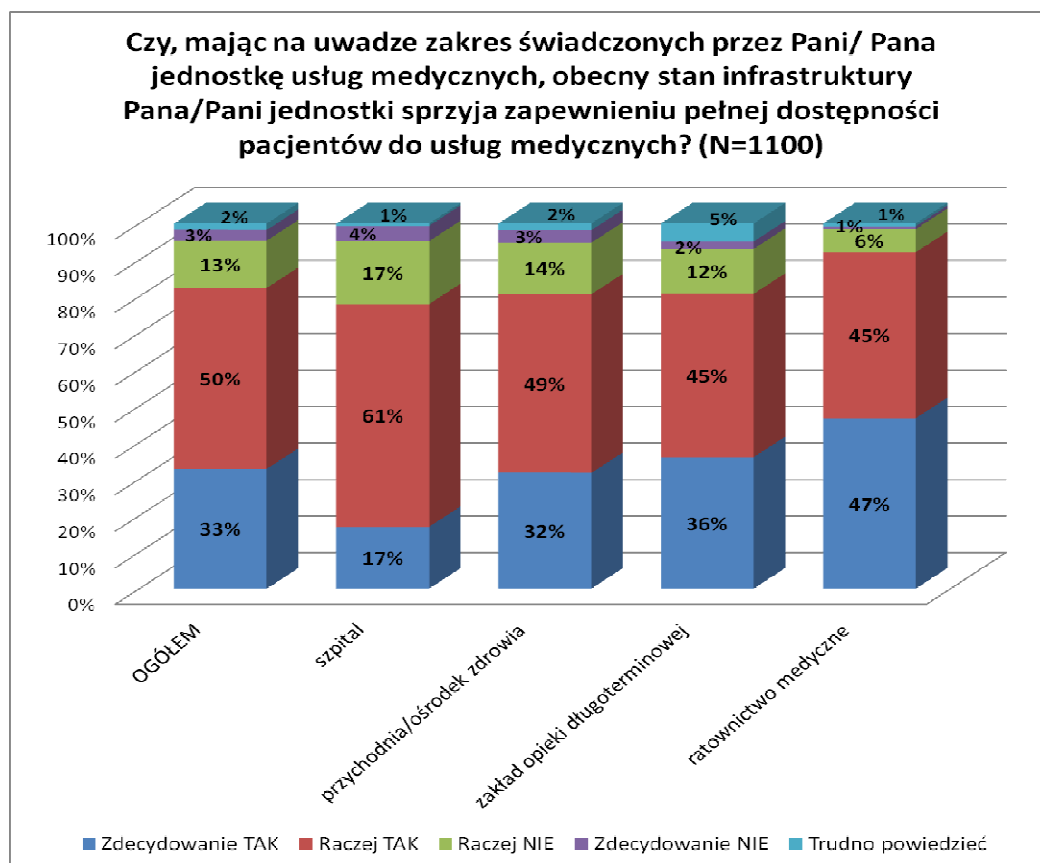
- Podstawowym wyzwaniem stojącym przed wieloma podmiotami leczniczymi będzie w najbliższych latach dostosowanie się do obowiązujących od 2016 roku nowych wymagań. Będzie to w wielu wypadkach wymagało przeprowadzenia kosztownych remontów, przebudów i modernizacji, na realizację których wiele placówek medycznych (i ich organy założycielskie) nie posiadają wystarczających zasobów finansowych.
- Najgorzej stan infrastruktury swojej placówki medycznej w zakresie budynków oceniają respondenci reprezentujący kadrę kierowniczą szpitali, w tym szczególnie przedstawiciele instytutów badawczych oraz szpitali podległych uniwersytetom medycznym. Najlepiej – przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego.
- Najgorzej stan infrastruktury w zakresie budynków oceniają przedstawiciele kadry kierowniczej tych placówek z województw: dolnośląskiego, lubuskiego i pomorskiego. Najlepiej stan infrastruktury swojej placówki pod względem budynków oceniają respondenci z województw: opolskiego i podlaskiego.
- W zakresie wyposażenia podmiotów leczniczych w aparaturę i sprzęt medyczny podstawowym wyzwaniem w najbliższym czasie będzie zapewnienie funduszy na bieżące utrzymanie sprzętu, zapewnienie mu należytej (specjalistycznej) obsługi oraz zapewnienie odnowienia sprzętu po zakończeniu jego okresu funkcjonowania.
- Zakłady opieki długoterminowej – podobnie jak w odniesieniu do budynków – generalnie deklarują wysoką ocenę posiadanego sprzętu medycznego, przy czym najwyższy stan swojego wyposażenia w sprzęt oceniają przedstawiciele hospicjów, grupy szpital-inny oraz stacji pogotowia ratunkowego.
- Relatywnie negatywnie swoje wyposażenie w sprzęt medyczny oceniają placówki ratownictwa medycznego, przy czym odsetek ocen negatywnych (7%) mieści się w granicach błędu statystycznego. Najwięcej negatywnych ocen zgłosili przedstawiciele grupy ratownictwo-inne.
- Wysoko oceniają posiadany sprzęt objęci badaniem przedstawiciele kadry kierowniczej placówek medycznych z terenu następujących województw: świętokrzyskie, opolskie zachodniopomorskie podlaskie, lubelskie i śląskie.
- Najniżej posiadane przez siebie wyposażenie w sprzęt medyczny ocenili respondenci z województw: lubuskiego i pomorskiego.

### **III.1.2. Jak obecny stan infrastruktury ochrony zdrowia przekłada się na: dostępność do usług medycznych, jakość usług medycznych, skuteczność udzielania świadczeń zdrowotnych, efektywność systemu ochrony zdrowia?**

Uczestnicy badań jakościowych podkreślali, że w Polsce występuje problem z dostępnością do świadczeń ambulatoryjnych i kwestia ta dotyczy większości poradni. Niektórzy respondenci wręcz podkreślali, że w ich województwie *„na palcach jednej ręki można policzyć te poradnie, do których kolejka oczekujących jest w granicach przyzwoitości – w okolicach 2, 3, 4 tygodni. Generalnie, czas dostępu do pozostałych poradni jest bardzo długi, sięgający nawet setek dni, także ta dostępność jest mniejsza.”* Respondenci podkreślali także, że ograniczona jest także dostępność do specjalistycznych świadczeń diagnostycznych, takich jak diagnostyka rezonansem magnetycznym, tomografia komputerowa i w nieco mniejszym stopniu badania endoskopowe. Jako przyczynę podawano tutaj przede wszystkim słabość finansową placówek i ograniczenia spowodowane limitami wynikającymi z kontraktów z NFZ. Respondenci zwracali uwagę, że należy lepiej wykorzystywać istniejącą już infrastrukturę poprzez zwiększanie środków kontraktowych, a problemem jest niedoszacowanie wielkości kontraktu. Wskazywano, że nie można obecnie opierać się w analizie wykorzystania i dostępności do świadczeń medycznych na danych statystycznych, gdyż *„dane statystyczne są stymulowane przez warunki ekonomiczne, w jakich działają świadczeniodawcy. Niski kontrakt oznacza dostępność do usług do października, później już nie. W analizie sytuacji pojawiają się problemy – co się stało? czy kiepsko tam leczą? czy ludzie przestali chorować? a może mieli niski kontrakt?”*

W badaniu ilościowym, przedstawiciele kadry kierowniczej podmiotów leczniczych udzielili odpowiedzi na pytanie, czy obecny stan infrastruktury (budynki, sprzęt medyczny, etc) ich jednostki sprzyja zapewnieniu pełnej dostępności pacjentów do usług medycznych? Udzielone odpowiedzi w rozbiciu na zagregowane rodzaje objętych badaniem podmiotów leczniczych przedstawia poniższy wykres:

Wykres 26.



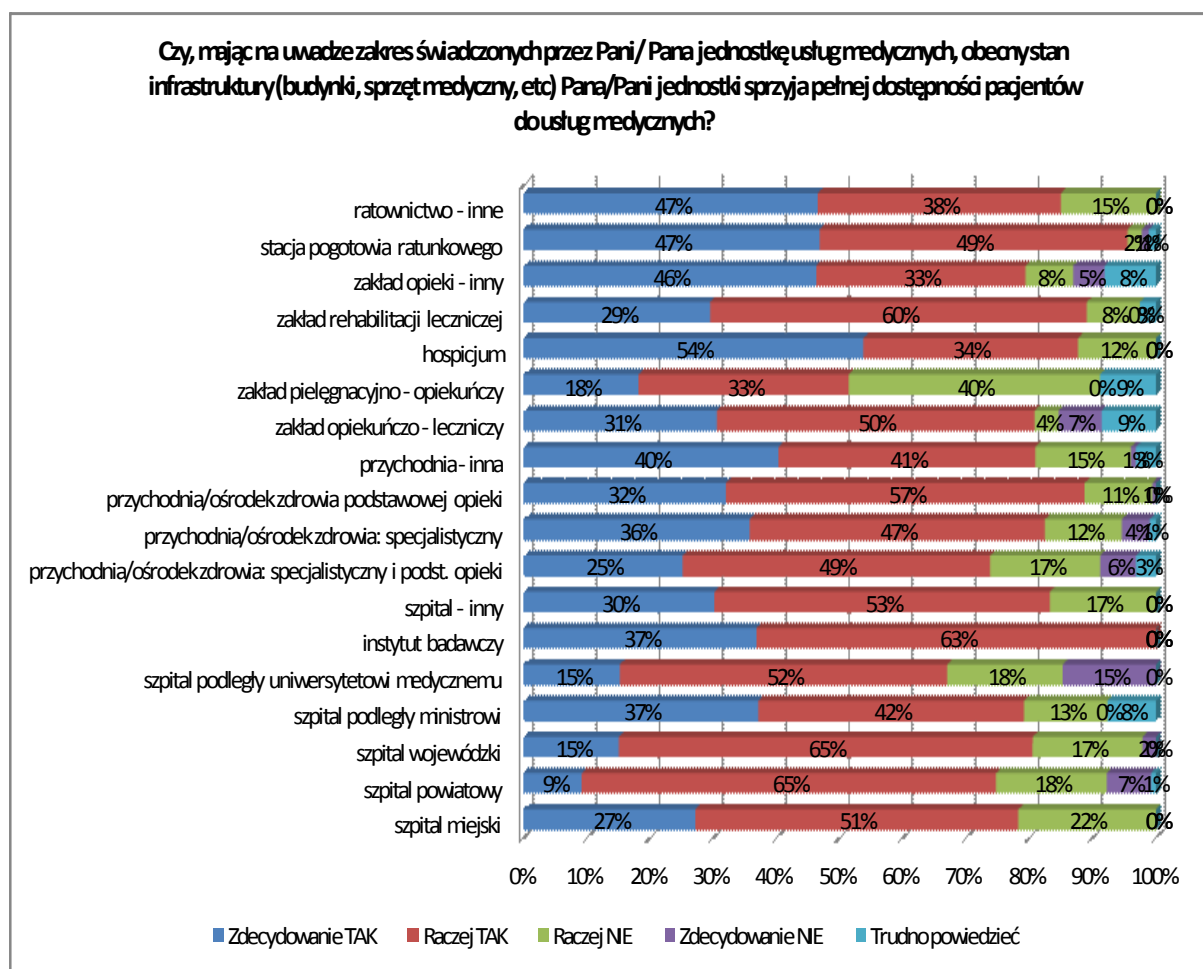
Źródło: badanie własne. N=1242.

Najgorzej wpływ stanu posiadanej infrastruktury na zapewnienie dostępności pacjentów do usług medycznych oceniają przedstawiciele szpitali (21% odpowiedzi negatywnych). Najlepiej tę sytuację oceniają przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego (92% odpowiedzi pozytywne).

Taki rozkład odpowiedzi respondentów jest zgodny z wnioskami, jakie można wyciągnąć z analizy oceny stanu posiadanej infrastruktury dokonanej przez respondentów i opisanej we wcześniejszej części raportu.

Rozkład odpowiedzi w podziale na szczegółowe rodzaje podmiotów leczniczych przedstawia poniższy wykres.

Wykres 27.

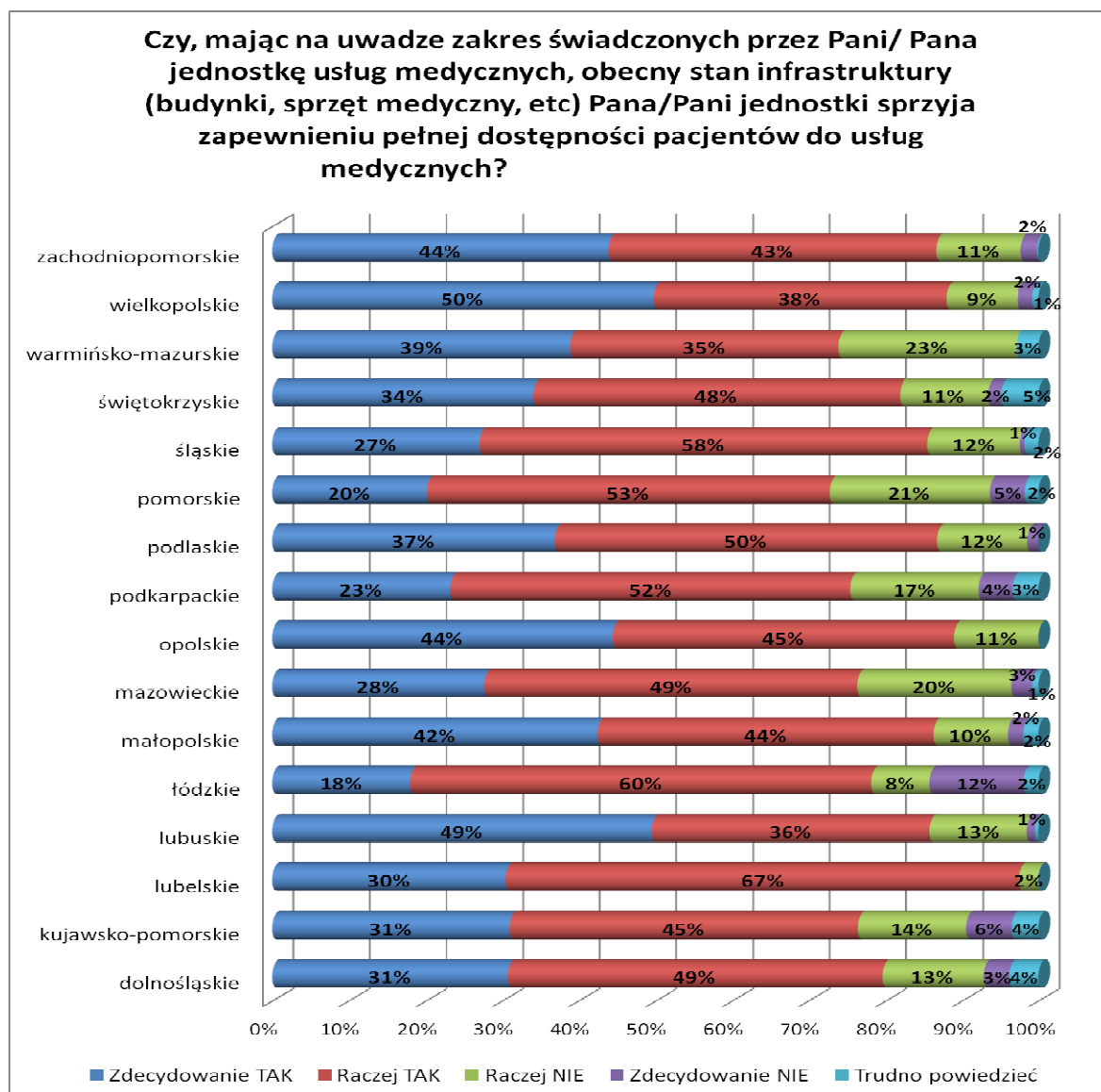


Źródło: badanie własne. N=1242.

Najwyżej stopień wpływu stanu posiadanej infrastruktury na zapewnienie pacjentom pełnej dostępności usług medycznych ocenili przedstawiciele następujących rodzajów podmiotów leczniczych: instytut badawczy (100% pozytywnych ocen) i stacja pogotowia ratunkowego (96% ocen pozytywnych). Najniżej stopień wpływu stanu posiadanej infrastruktury na zapewnienie pacjentom pełnego dostępu do usług medycznych ocenili przedstawiciele zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (51% ocen pozytywnych).

Odpowiedzi respondentów na to samo pytanie w rozbiciu na podmioty z poszczególnych województw przedstawia kolejny Wykres 28.

Wykres 28.



Źródło: badanie własne. N=1242.

Respondenci z województwa lubelskiego ocenili, że w największym stopniu dzięki posiadanej infrastrukturze mogą zapewnić pacjentom pełną dostępność do usług medycznych (97% ocen pozytywnych). Wysoko także posiadaną infrastrukturę pod względem zapewnienia pacjentom pełnego dostępu do usług medycznych ocenili respondenci z województw: opolskiego (89% ocen pozytywnych), wielkopolskiego (88% ocen pozytywnych), małopolskiego (86% ocen pozytywnych), podlaskiego (87% ocen pozytywnych) i zachodniopomorskiego (87% ocen pozytywnych).

Najbardziej negatywnie wpływ posiadanej infrastruktury na zapewnienie pacjentom pełnej dostępności do usług medycznych ocenili respondenci z województw: pomorskiego (26% ocen negatywnych), warmińsko-mazurskiego (23% ocen negatywnych), mazowieckiego

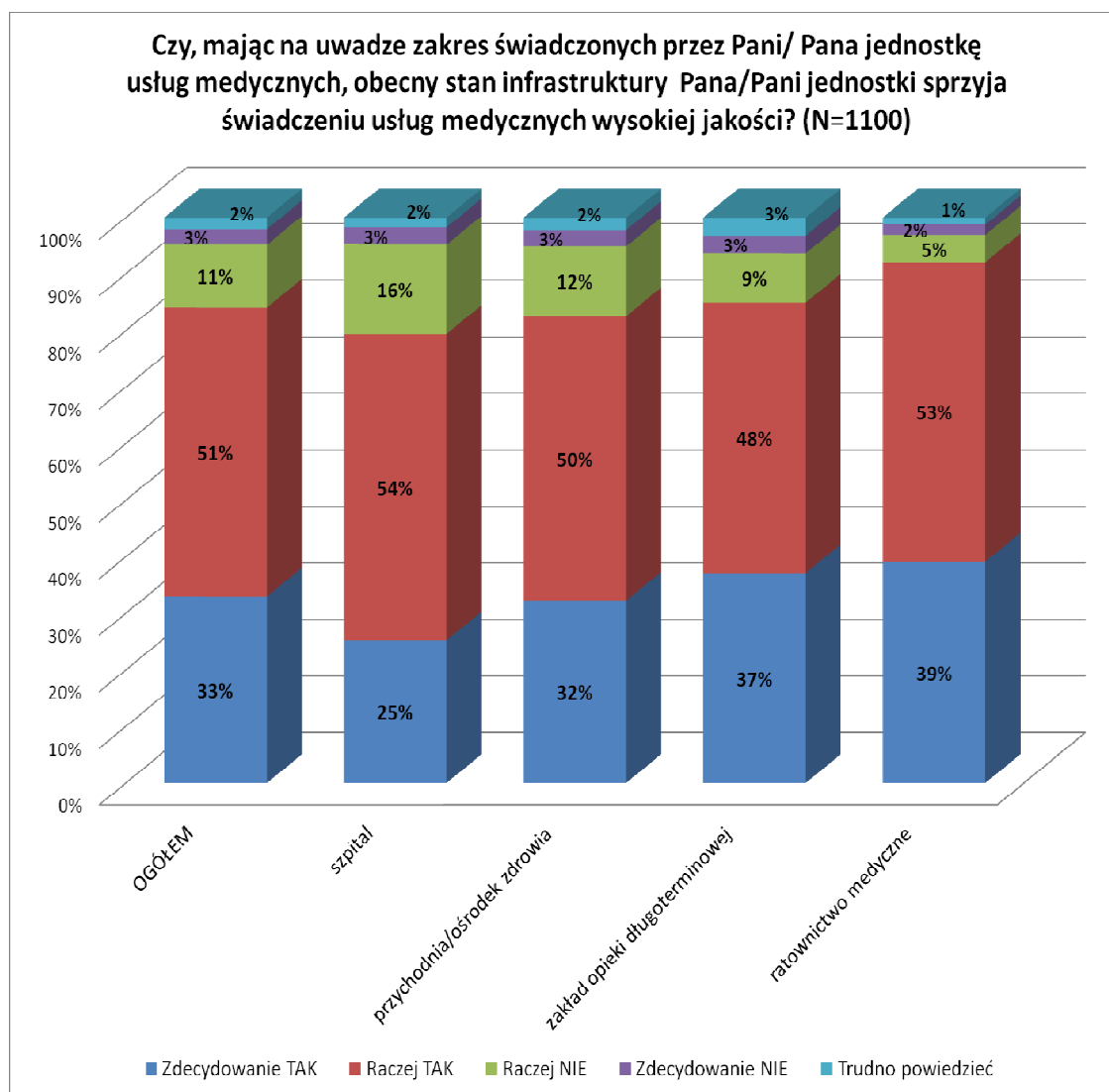
(23% ocen negatywnych), podkarpackiego (21% ocen negatywnych) i kujawsko-pomorskiego (20% ocen negatywnych).

Respondenci badania jakościowego oceniając wpływ posiadanej przez podmioty lecznicze infrastruktury na jakość świadczonych usług medycznych stwierdzili, że jakość świadczeń medycznych w Polsce systematycznie wzrasta, na co wpływ mają obowiązujące standardy, a także jest to wynikiem postępu technologicznego w zakresie technologii medycznych i stosowania nowoczesnych metod i technik leczniczych. Jednocześnie zdecydowana większość respondentów podkreślała, że *„jakość badań diagnostycznych, czyli te badania diagnostyczne z zakresu radiologii, tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, dzięki świetnemu wyposażeniu w sprzęt, ale też dzięki świetnemu wyszkoleniu kadry, są na dobrym poziomie i tu nie musimy się niczego wstydzić. Natomiast dostępność do tych usług jest wątpliwa, znaczy jest wątpliwa – jest niezwykle utrudniona i wymaga na pewno zdecydowanych działań i wprowadzenia pewnych elementów zarządczych dotyczących polityki zdrowotnej, czyli oceny potrzeb przez czynniki kreujące tą politykę.”*

Respondenci badania ilościowego (CAWI) ocenili wpływ posiadanej infrastruktury na jakość świadczonych usług medycznych. Odpowiedzi w podziale na typy podmiotów leczniczych przedstawia kolejny wykres.



**Wykres 29.**

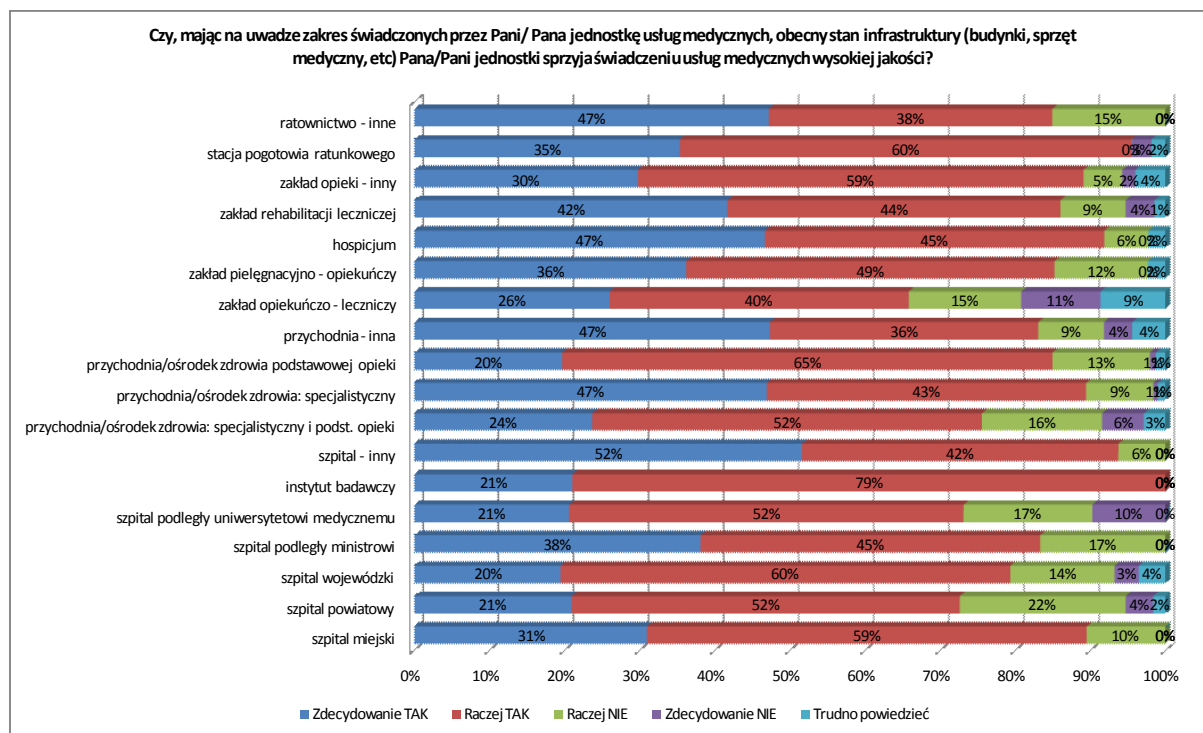


Źródło: badanie własne. N=1242.

Także tutaj widać, że grupą podmiotów leczniczych, mających największe – spowodowane stanem infrastruktury – problemy z zapewnieniem jakości oferowanych usług medycznych są szpitale (19% ocen negatywnych). Najlepiej pod tym względem swoją sytuację oceniają przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego (92% ocen pozytywnych).

Rozkład odpowiedzi w podziale na poszczególne rodzaje podmiotów leczniczych przedstawia Wykres 30.:

Wykres 30.

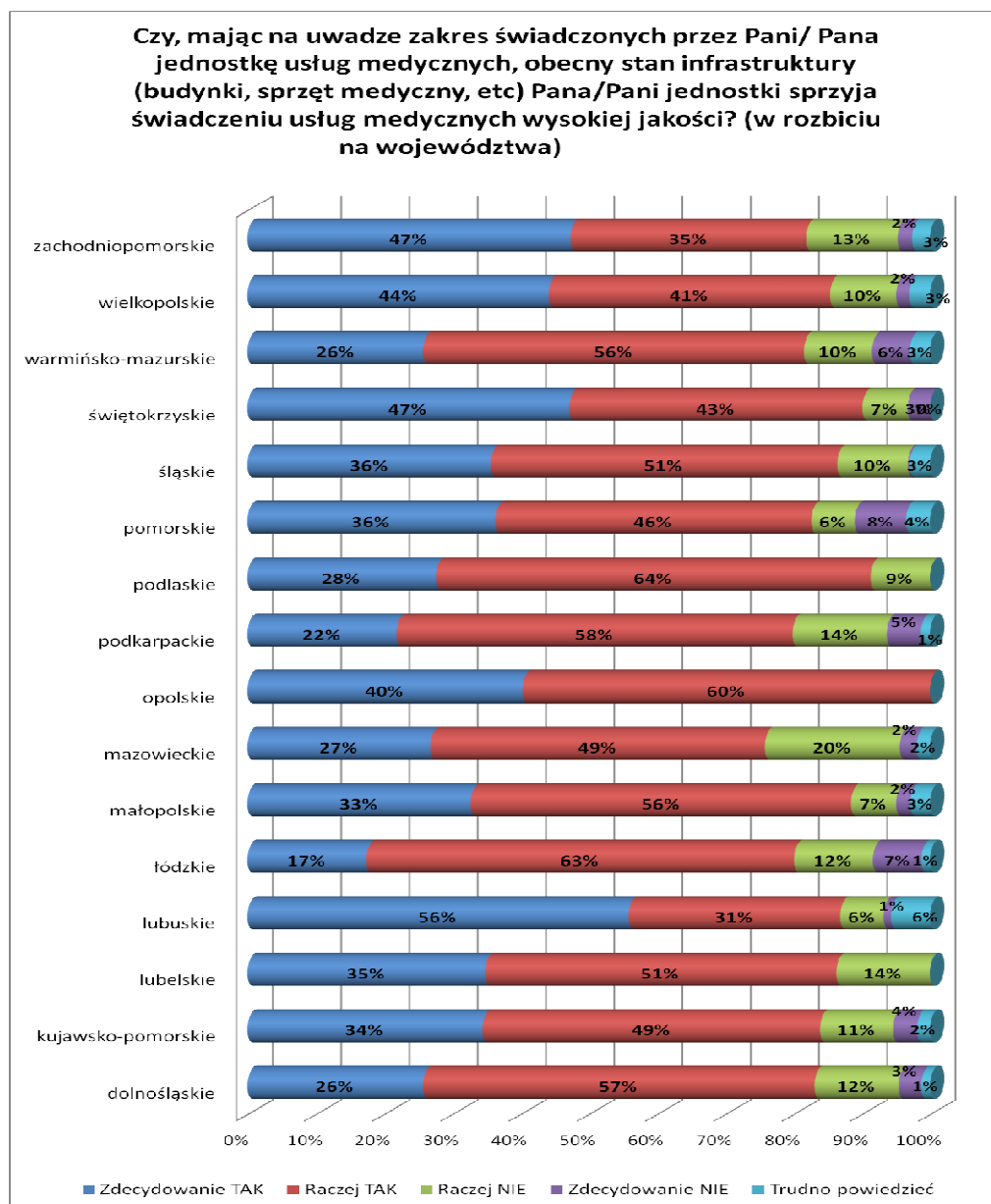


Źródło: badanie własne. N=1242.

Najwyżej wpływ posiadanego stanu infrastruktury na wysoką jakość świadczonych usług medycznych oceniają przedstawiciele następujących typów podmiotów leczniczych: instytuty badawcze (100% ocen pozytywnych), stacje pogotowia ratunkowego (95% ocen pozytywnych), szpital-inny (94% ocen pozytywnych) i szpitale miejskie (90% ocen pozytywnych). Najniżej ten wpływ oceniają przedstawiciele zakładów opiekuńczo leczniczych (66% ocen pozytywnych) i 20% ocen negatywnych).

W rozbiciu na poszczególne województwa rozkład odpowiedzi wygląda następująco:

Wykres 31.



Źródło: badanie własne. N=1242.

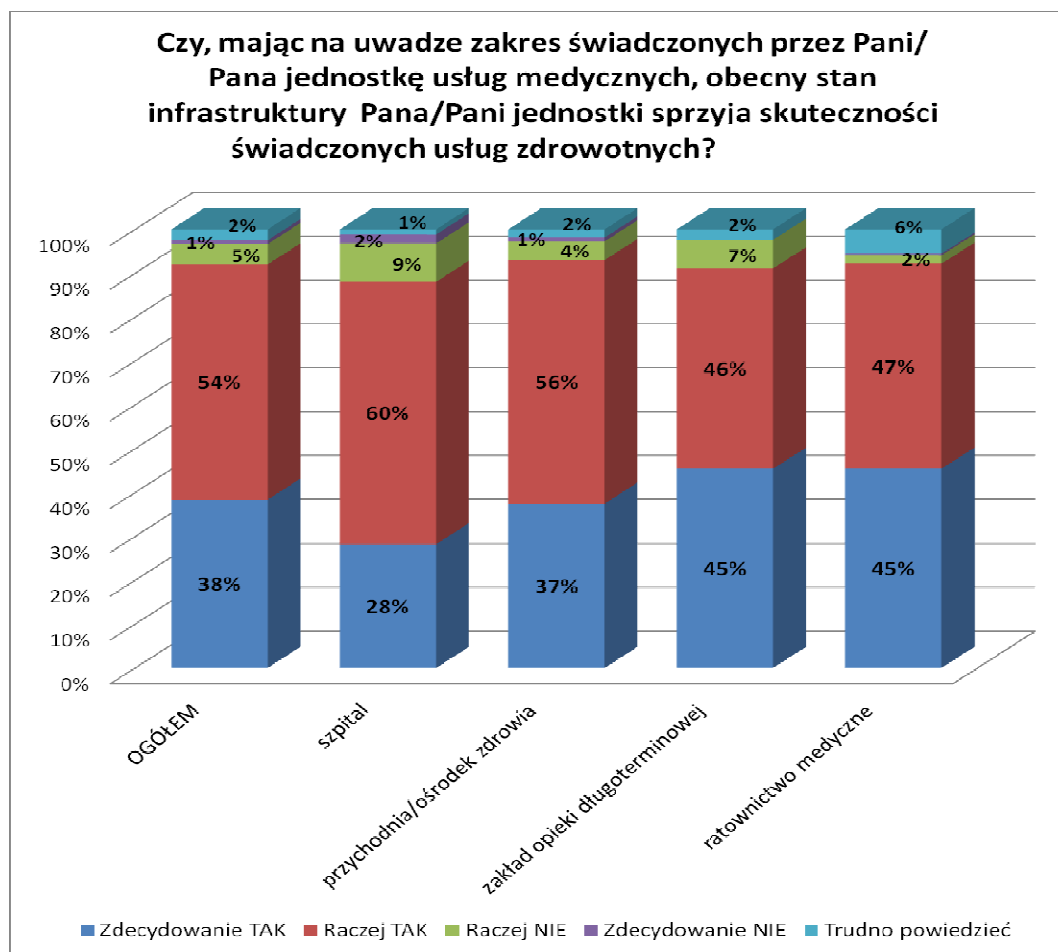
Powyższy wykres pokazuje, że najwyżej jest oceniany wpływ posiadanej infrastruktury na jakość usług medycznych oferowanych pacjentom w województwie opolskim (100% ocen pozytywnych). Wysoko ten wpływ oceniają także respondenci z następujących województw: podlaskiego (91% ocen pozytywnych) i świętokrzyskiego (90% ocen pozytywnych).

Najniżej wpływ posiadanej infrastruktury na jakość świadczonych usług oceniają respondenci z województw: mazowieckiego (22% ocen negatywnych), podkarpackiego (19% ocen negatywnych), łódzkiego (19% ocen negatywnych) i warmińsko-mazurskiego (18% ocen negatywnych).

Respondenci badania jakościowego nie odpowiedzieli na pytania dotyczące wpływu infrastruktury posiadanej przez podmioty lecznicze na skuteczność udzielania świadczeń zdrowotnych. Co więcej, generalnie stwierdzili, że w ogóle nie posiadają danych dotyczących skuteczności świadczonych przez podmioty lecznicze usług zdrowotnych. W opinii respondentów, takie dane po prostu nie są gromadzone.

Zapytani o wpływ posiadanej infrastruktury na skuteczność usług zdrowotnych świadczonych przez ich placówki, przedstawiciele kadry kierowniczej badanych podmiotów udzielili następujących odpowiedzi:

### Wykres 32.

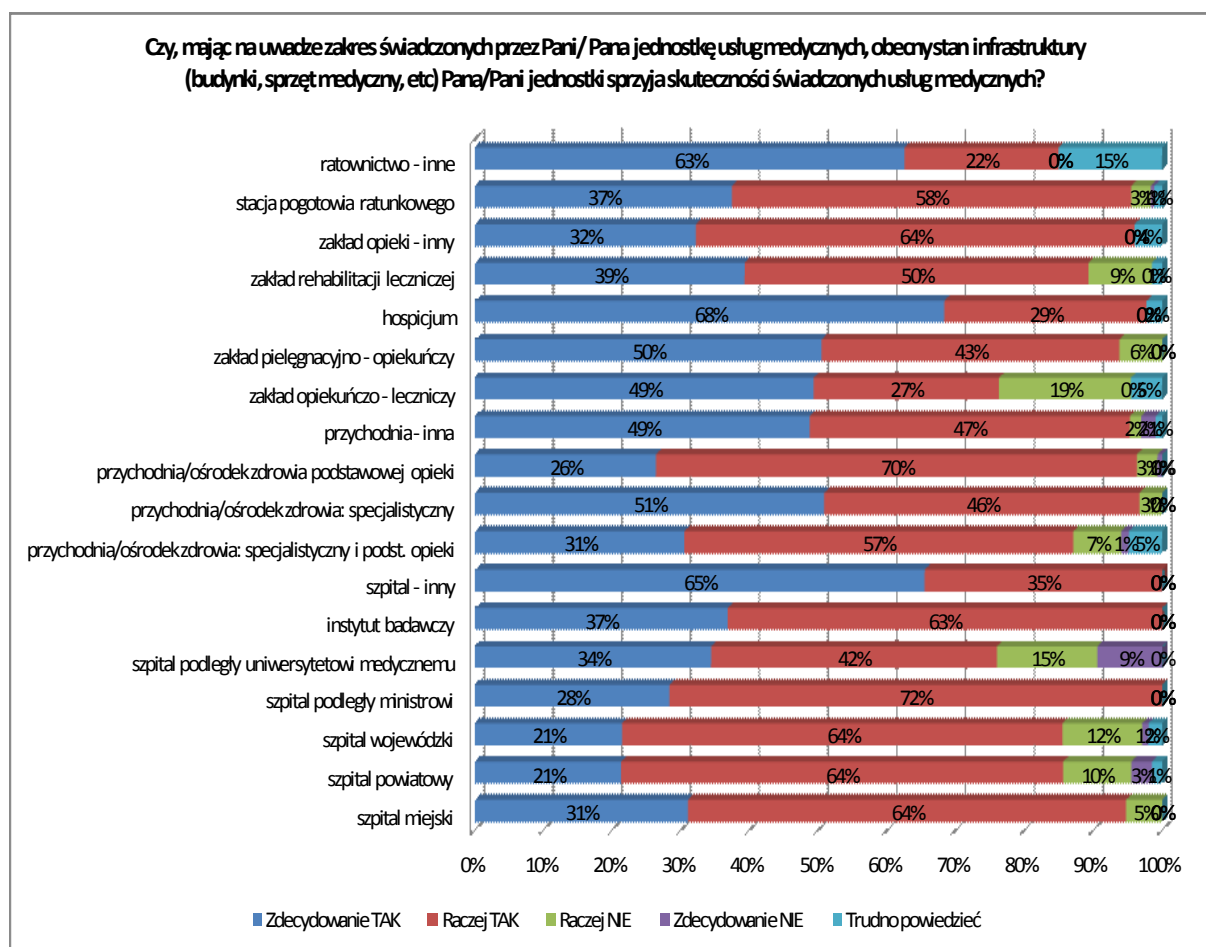


Źródło: badanie własne. N=1242.

Najniżej wpływ posiadanej infrastruktury na skuteczność świadczonych usług medycznych oceniają przedstawiciele szpitali (11% ocen negatywnych), natomiast najwyżej – przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego (tylko 2% ocen negatywnych).

W podziale na poszczególne typy podmiotów leczniczych rozkład odpowiedzi udzielonych na to pytanie przez respondentów przedstawia Wykres 33.:

Wykres 33.

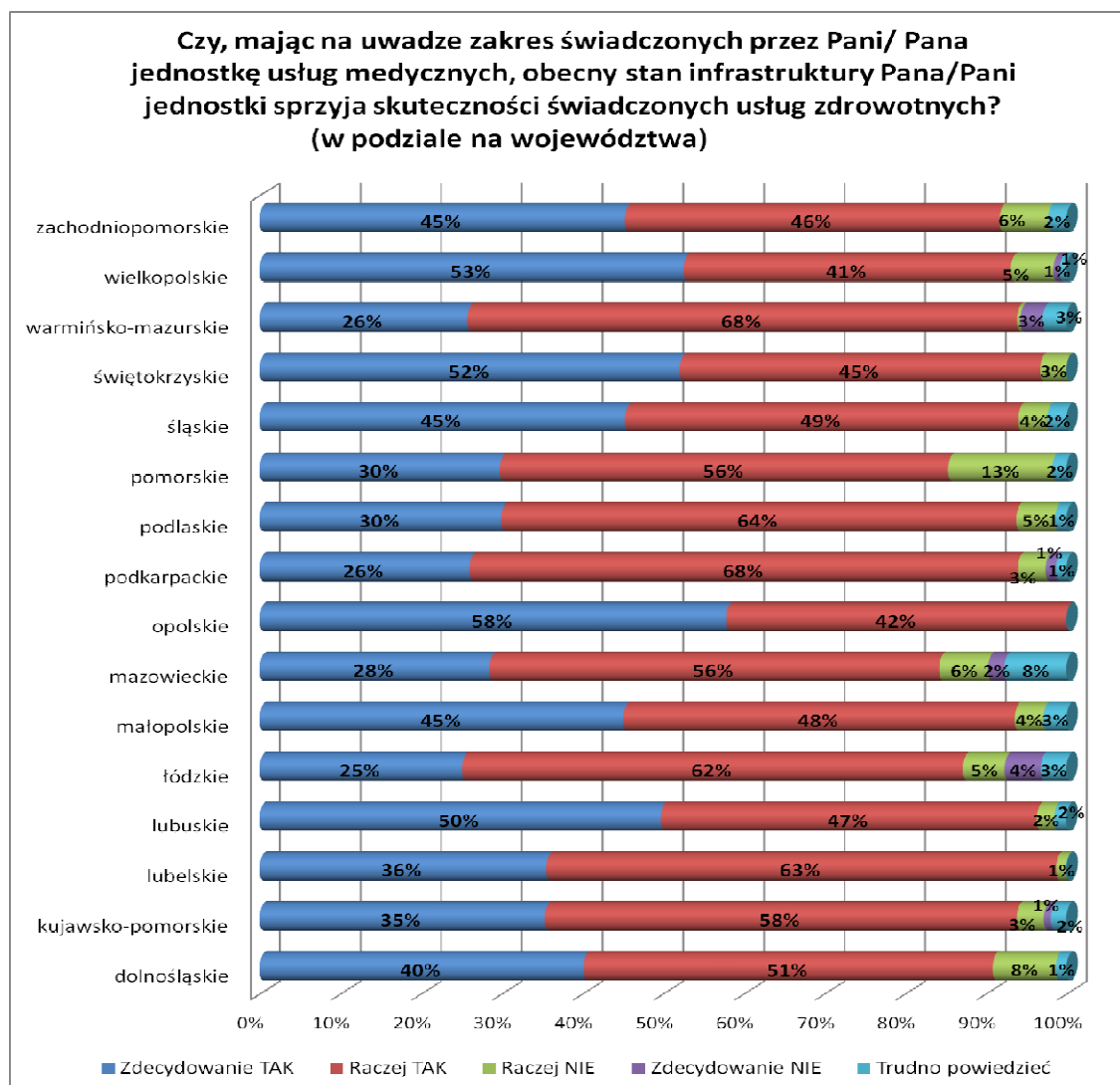


Źródło: badanie własne. N=1242.

Najwięcej ocen pozytywnych, oceniając wpływ posiadanego przez podmiot leczniczy stanu infrastruktury na skuteczność świadczonych przez ten podmiot usług medycznych, zgłosili przedstawiciele następujących typów podmiotów leczniczych: instytut badawczy (100% ocen pozytywnych), szpital-inny (100% ocen pozytywnych), przychodnia/ośrodek specjalistyczny (97% ocen pozytywnych), przychodnia/ ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej (96% ocen pozytywnych), zakład opieki- inny (96% ocen pozytywnych) i szpital miejski (95% ocen pozytywnych). Najniżej wpływ posiadanej infrastruktury na skuteczność świadczonych usług medycznych ocenili przedstawiciele zakładów opiekuńczo-leczniczych (76% ocen pozytywnych) i szpitali podległych uniwersytetom medycznym (76% ocen pozytywnych).

W podziale na województwa rozkład odpowiedzi na to pytanie wygląda następująco:

Wykres 34.



Źródło: badanie własne. N=1242.

Najwyżej wpływ posiadanej infrastruktury na skuteczność świadczonych usług zdrowotnych ocenili respondenci z województw: opolskiego (100% ocen pozytywnych), lubelskiego (99% ocen pozytywnych) i świętokrzyskiego (97% ocen pozytywnych).

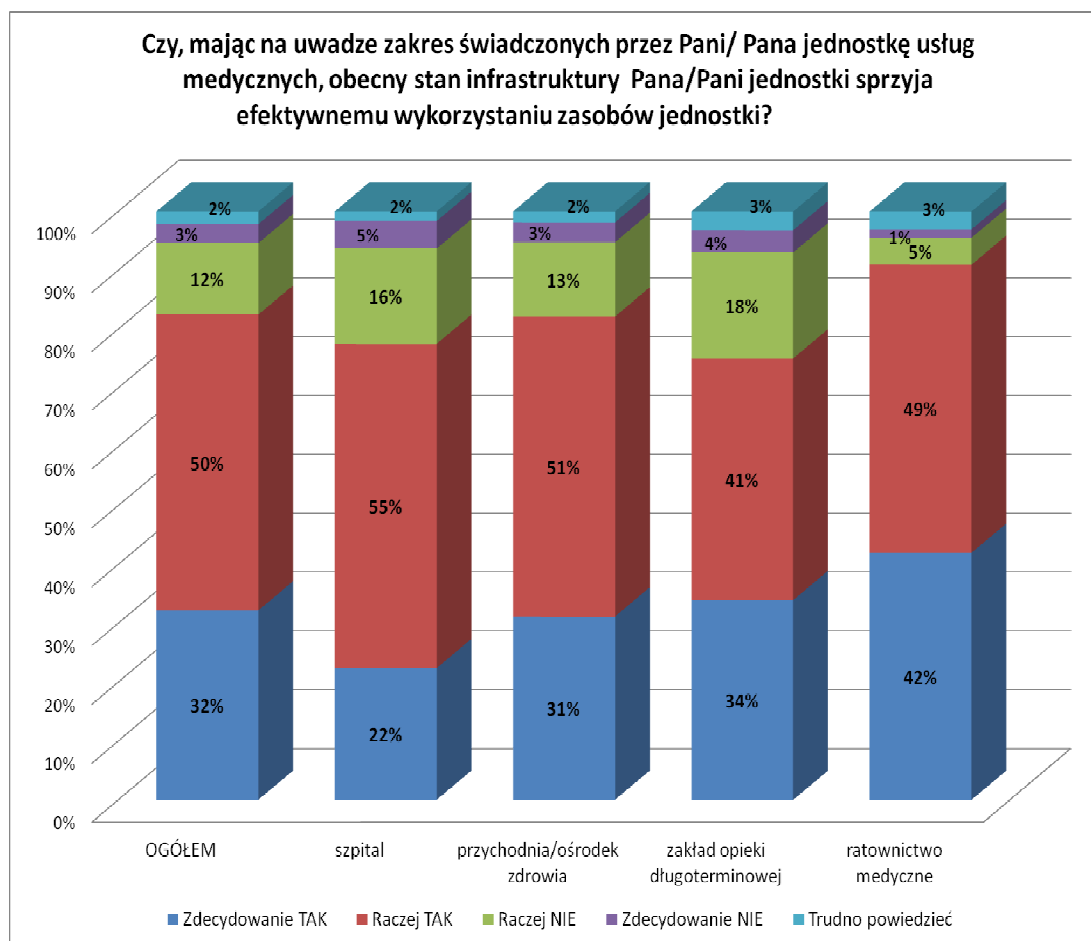
Najniżej wpływ posiadanej przez ich placówkę infrastruktury na skuteczność świadczonych usług zdrowotnych ocenili respondenci z województw: pomorskiego (13% ocen negatywnych), łódzkiego (9% ocen negatywnych) i mazowieckiego (8% ocen negatywnych).

Uczestnicy badań jakościowych odpowiadając na pytanie o wpływ obecnego stanu infrastruktury na efektywność systemu ochrony zdrowia stwierdzili, że obecny system ochrony zdrowia „jest nieefektywny, niewydolny i od lat trwający w permanentnych reformach, z których żadna nie doprowadziła do takiego przełomu, który pozwoliłby na zadowalanie pacjenta i zapewniłoby bezpieczeństwo pacjenta i obywatela”. Wskazując na przyczyny tej nieefektywności systemu, przede wszystkim podkreślano następujące czynniki:

- brak polityki zdrowotnej, która oceniałaby potrzeby zdrowotne populacji i panowałaby nad strukturą systemu, czyli ilością i rodzajem podmiotów świadczących usługi;
- niedofinansowanie systemu, co także w części wynika z braku właściwej polityki zdrowotnej i racjonalnego kontraktowania usług („dzięki daleko posuniętej dowolności w tworzeniu podmiotów i tworzeniu popytu na świadczenia zdrowotne, wymknęła się spod kontroli i wiele środków finansowych, które mogłyby być przeznaczone w sposób celowy, na poszczególne leczenia, w których jest deficyt na konkretnym terenie zostały na zasadzie wolnej konkurencji, czyli niewidzialnej ręki rynku, w tej chwili ulokowane w miejscach, w których powodują dublowanie, czy powielanie świadczeń tego samego rodzaju.”)

Biorących udział w badaniu CAWI przedstawiciele kadry kierowniczej podmiotów leczniczych zapytano, czy posiadana przez ich placówkę infrastruktura wpływa (i w jaki sposób) na efektywność wykorzystania zasobów jednostki. Udzielone odpowiedzi przedstawia poniższy wykres.

**Wykres 35.**

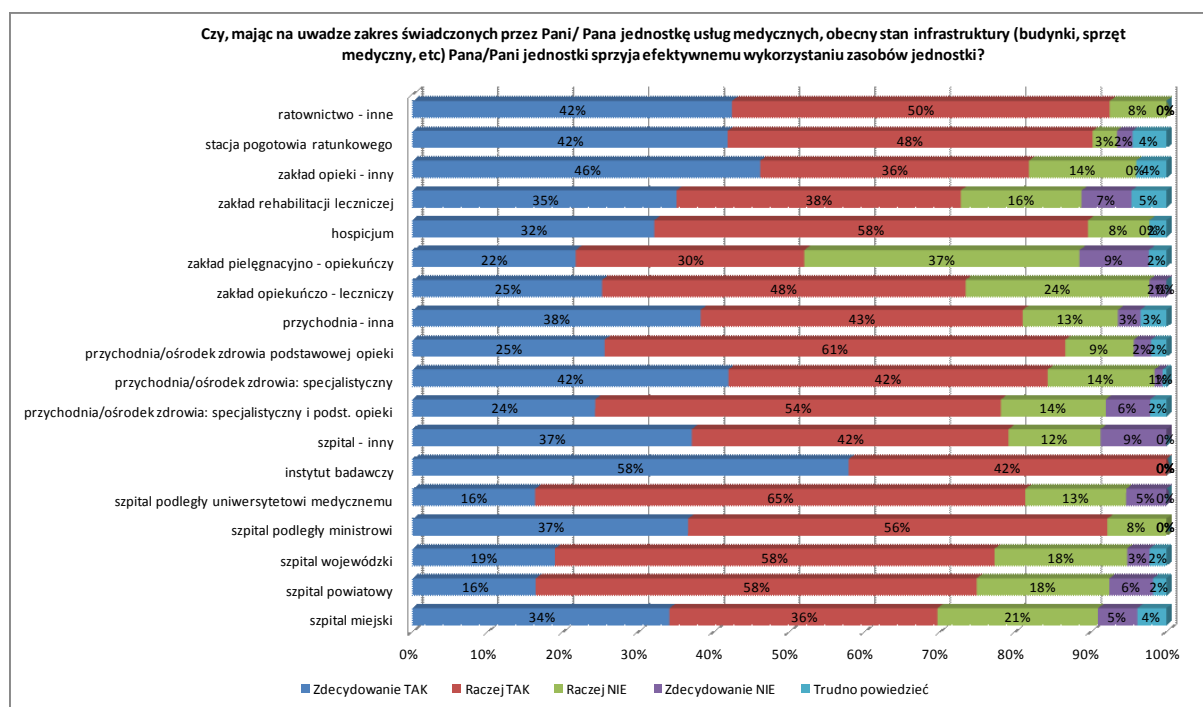


Źródło: badanie własne. N=1242.

Także tutaj najbardziej negatywnie wpływ posiadanej infrastruktury na efektywność wykorzystania zasobów jednostki oceniają przedstawiciele szpitali (21% ocen negatywnych). Najlepiej ten wpływ oceniają przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego (91% ocen pozytywnych).

W podziale na poszczególne typy podmiotów leczniczych rozkład odpowiedzi udzielonych na to pytanie przez respondentów przedstawia Wykres 36.:

**Wykres 36.**



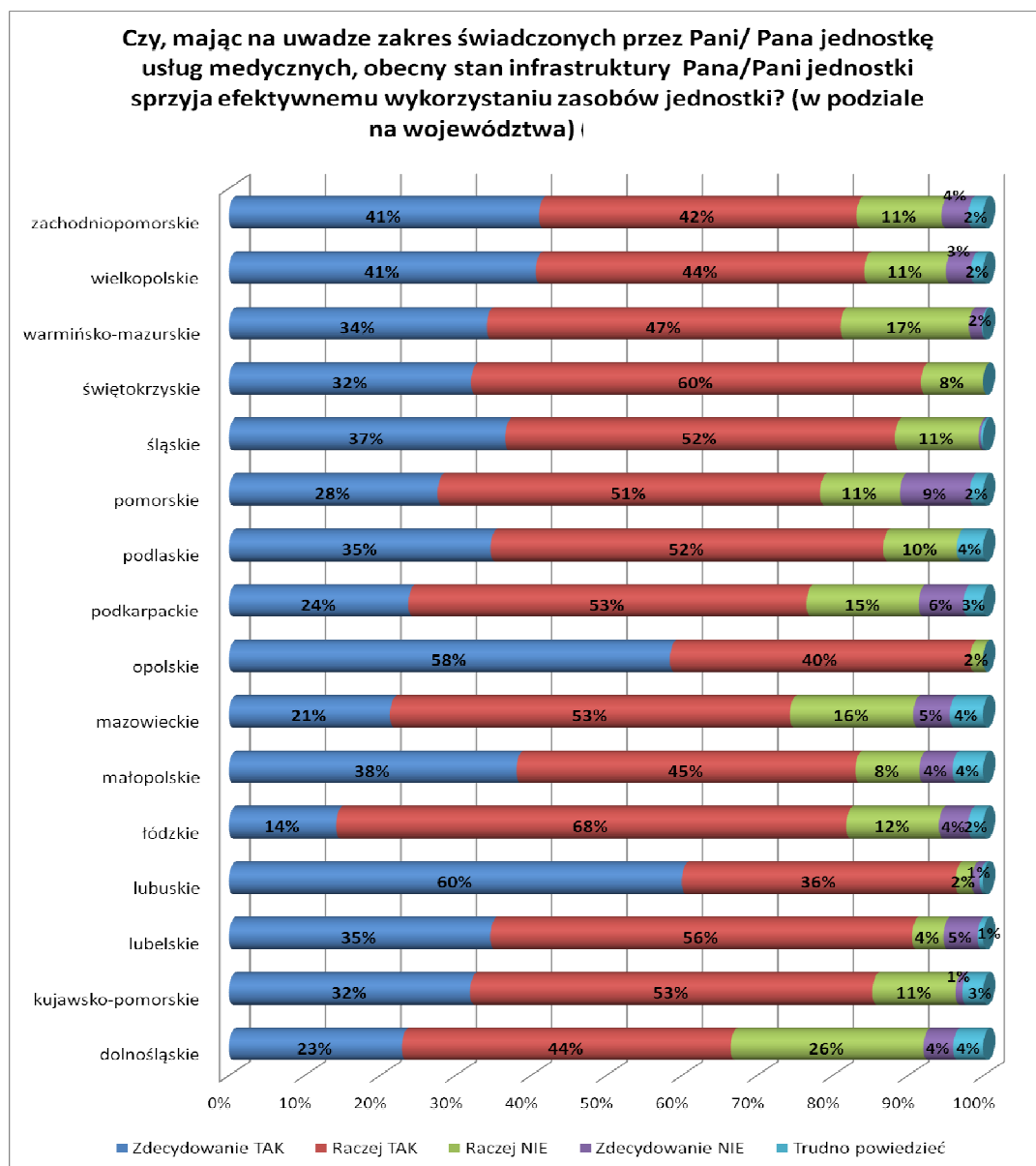
Źródło: badanie własne. N=1242.

Najwyżej wpływ posiadanego stanu infrastruktury na efektywność wykorzystania zasobów podmiotu leczniczego oceniają przedstawiciele: instytutów badawczych (100% ocen pozytywnych), szpitali podległych ministrowi (92% ocen pozytywnych) i grupy ratownictwo-inne (92% ocen pozytywnych). Najniżej wpływ posiadanego stanu infrastruktury na efektywność wykorzystania zasobów podmiotu leczniczego oceniają przedstawiciele: zakładów opiekuńczo-leczniczych (52% ocen pozytywnych).

W podziale na poszczególne województwa rozkład odpowiedzi jest następujący:



Wykres 37.



Źródło: badanie własne. N=1242.

Województwa, w których największy odsetek respondentów stwierdził, że obecny stan infrastruktury ich placówki sprzyja efektywnemu wykorzystaniu jej zasobów to: opolskie (98% ocen pozytywnych), lubuskie (96% ocen pozytywnych), świętokrzyskie (92% ocen pozytywnych) i lubelskie (91% ocen pozytywnych).

Województwa, w których największy odsetek respondentów stwierdził, że obecny stan infrastruktury ich placówki nie sprzyja efektywnemu wykorzystaniu jej zasobów to: dolnośląskie (30% ocen negatywnych), mazowieckie (21% ocen negatywnych) i pomorskie, (20% ocen negatywnych).

### **Podsumowanie:**

- Uczestnicy badań jakościowych podkreślali, że w Polsce występuje problem z dostępnością do świadczeń ambulatoryjnych i kwestia ta dotyczy większości poradni. Ocenili, że ograniczona jest także dostępność do specjalistycznych świadczeń diagnostycznych, takich jak diagnostyka rezonansem magnetycznym, tomografia komputerowa i w nieco mniejszym stopniu badania endoskopowe. Jako przyczynę podawano tutaj przede wszystkim słabość finansową placówek i ograniczenia spowodowane limitami wynikającymi z kontraktów z NFZ.
- Podkreślano, że istniejącą już infrastrukturę należy lepiej wykorzystywać przez zwiększanie środków kontraktowych, a problemem jest niedoszacowanie wielkości kontraktu.
- Najniżej wpływ stanu posiadanej infrastruktury na zapewnienie dostępności pacjentów do usług medycznych oceniają przedstawiciele szpitali; najlepiej tę sytuację oceniają przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego. W podziale na szczegółowe rodzaje podmiotów leczniczych, najwyżej wpływ posiadanej infrastruktury na dostępność świadczonych usług medycznych oceniają przedstawiciele instytutów badawczych i stacji pogotowia ratunkowego, najniżej: przedstawiciele zakładów opiekuńczo-leczniczych i szpitali podległych uniwersytetom medycznym.
- Największy odsetek odpowiedzi wskazujących, że dzięki posiadanej infrastrukturze placówka może zapewnić pacjentom pełną dostępność do usług medycznych występował w województwach: lubelskim, opolskim, wielkopolskim, małopolskiego, podlaskiego i zachodniopomorskiego. Najbardziej negatywnie wpływ posiadanej infrastruktury na zapewnienie pacjentom pełnej dostępności do usług medycznych ocenili respondenci z województw: pomorskiego, warmińsko-mazurskiego, mazowieckiego, podkarpackiego i kujawsko-pomorskiego.
- Jakość badań diagnostycznych z zakresu radiologii, tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, dzięki dobremu wyposażeniu w sprzęt i świetnemu wyszkoleniu kadry jest na bardzo wysokim poziomie, jednak ich dostępność jest niezadowalająca.
- Wpływ posiadanej infrastruktury na jakość usług medycznych oferowanych pacjentom najwyżej oceniany jest w województwie opolskim, podlaskim i świętokrzyskim. Najniżej ten wpływ oceniają respondenci z województw: mazowieckiego, podkarpackiego, łódzkiego i warmińsko-mazurskiego.

- Najniżej wpływ posiadanej infrastruktury na skuteczność świadczonych usług medycznych oceniają przedstawiciele szpitali, natomiast najwyżej – przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego. W podziale na szczegółowy rodzaje podmiotów leczniczych, najwyżej wpływ stanu posiadanej infrastruktury na skuteczność świadczonych usług medycznych oceniają przedstawiciele szpitali-innych i instytutów badawczych, najniżej zaś: przedstawiciele zakładów opiekuńczo-leczniczych i szpitali podległych uniwersytetowi medycznemu.
- Najwyżej wpływ posiadanej infrastruktury na skuteczność świadczonych usług zdrowotnych ocenili respondenci z województw: opolskiego, lubelskiego i świętokrzyskiego. Najniżej wpływ ten ocenili respondenci z województw: pomorskiego, łódzkiego i mazowieckiego.
- Obecny system ochrony zdrowia jest nieefektywny i niewydolny, co wynika z dwóch zasadniczych przyczyn:
  - brak polityki zdrowotnej oceniającej potrzeby zdrowotne populacji i panującej nad strukturą systemu;
  - niedofinansowanie systemu.
- Najniżej wpływ posiadanej infrastruktury na efektywność wykorzystania zasobów jednostki oceniają przedstawiciele szpitali, najwyżej – przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego. W podziale na szczegółowe rodzaje podmiotów medycznych, najwyżej wpływ posiadanej infrastruktury na efektywność wykorzystania posiadanych zasobów oceniają przedstawiciele instytutów badawczych i szpitali podległych ministrowi, najniżej: przedstawiciele zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych. Województwa, w których największy odsetek respondentów stwierdził, że obecny stan infrastruktury ich placówki sprzyja efektywnemu wykorzystaniu jej zasobów to: opolskie, lubuskie, świętokrzyskie i lubelskie. Najmniejszy odsetek respondentów uznał, że obecny stan infrastruktury ich placówki sprzyja efektywnemu wykorzystaniu jej zasobów w województwach: dolnośląskim, mazowieckim i pomorskim.

### **III.1.3. Jakie luki można zidentyfikować w infrastrukturze ochrony zdrowia w Polsce?**

Przeprowadzone badanie pokazało, że podstawową luką występującą w infrastrukturze ochrony zdrowia w Polsce jest nierównomierne rozłożenie zasobów oraz nieprzystosowana

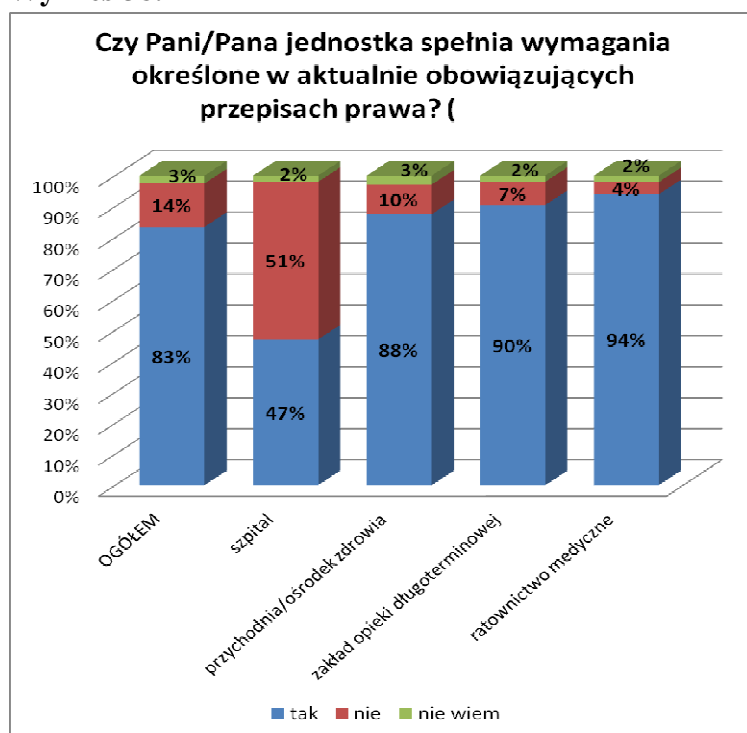
do współczesnych wymagań infrastruktura w zakresie budynków. W ramach jednego podmiotu leczniczego często występują jednocześnie budynki wysoce nowoczesne i budynki o charakterze wręcz historycznym, nie spełniające współczesnych wymagań i bardzo trudne do przystosowania i modernizacji tak, aby mogły spełniać obecne wymogi prawne.

W wielu wypadkach konieczne jest dokończenie procesów inwestycyjnych rozpoczętych w poprzedniej perspektywie finansowej. Uczestnicy przeprowadzonych wywiadów IDI, podkreślali, że potrzeba kontynuowania wsparcia i dokończenia procesów rozpoczętych w systemie ochrony zdrowia w ramach obecnej perspektywy finansowej w dużej mierze dotyczy to placówek medycyny ratunkowej, w tym przede wszystkim Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, dla którego brakuje niekiedy lądowisk przy szpitalach posiadających szpitalne oddziały ratunkowe.

W zakresie sprzętu i aparatury medycznej bieżące potrzeby w dużej mierze są zaspokojone. Jednakże konieczne jest zwiększenie efektywności wykorzystania posiadanych zasobów, przede wszystkim poprzez zwiększenie ich dostępności dla pacjentów.

W zakresie aparatury coraz większym problemem staje się potrzeba odnowienia posiadanych zasobów aparatury medycznej tak, aby w dalszym ciągu mogła ona prawidłowo pełnić swoją rolę i zapewniać wysoki standard badań diagnostycznych.

Wykres 38.

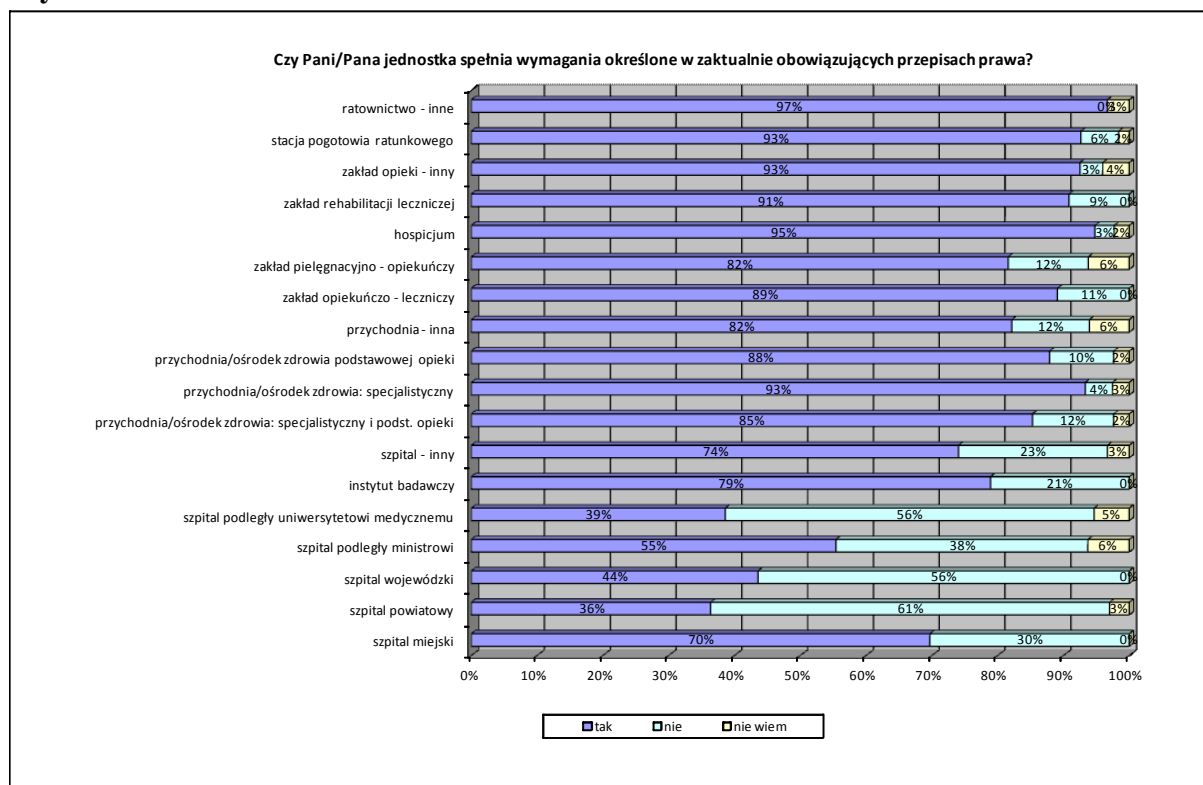


Źródło: badanie własne. N=1242.

Znaczna część (51%) szpitali nie spełnia wymagań określonych w aktualnie obowiązujących przepisach prawa. Sytuacja ta najlepiej wygląda w placówkach ratownictwa medycznego, gdzie aż 94% respondentów deklaruje, że ich placówka spełnia wszystkie wymogi aktualnie obowiązującego prawa.

Rozkład odpowiedzi na to pytanie w rozbiciu na bardziej szczegółowe kategorie typów podmiotów leczniczych pokazuje Wykres 39.:

**Wykres 39.**

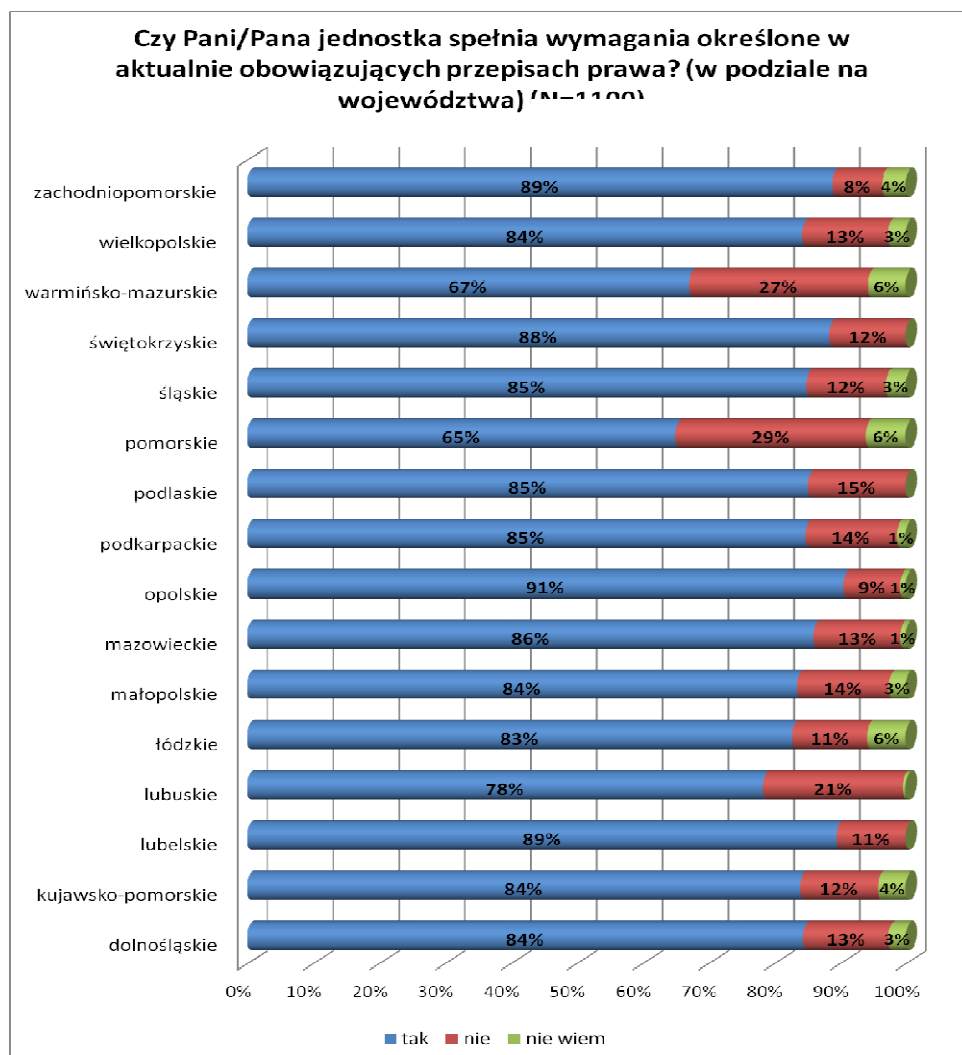


Źródło: badanie własne. N=1242.

Największy odsetek placówek z kategorii ratownictwo-inne deklaruje, że spełniają one aktualne wymogi prawa (97%), następnie: hospicja (96%), stacje pogotowia ratunkowego (93%), zakłady opieki-inne (93%) i przychodnie specjalistyczne (93%).

Najmniejszy odsetek podmiotów należących do następujących kategorii: szpital powiatowy (36%), szpital podległy uniwersytetowi medycznemu (39%) i szpital wojewódzki (44%) deklaruje, że spełniają wszystkie aktualne wymogi prawa. Ponad połowa podmiotów należących do tych grup deklaruje, że nie spełnia wymogów obowiązującego prawa.

Wykres 40.

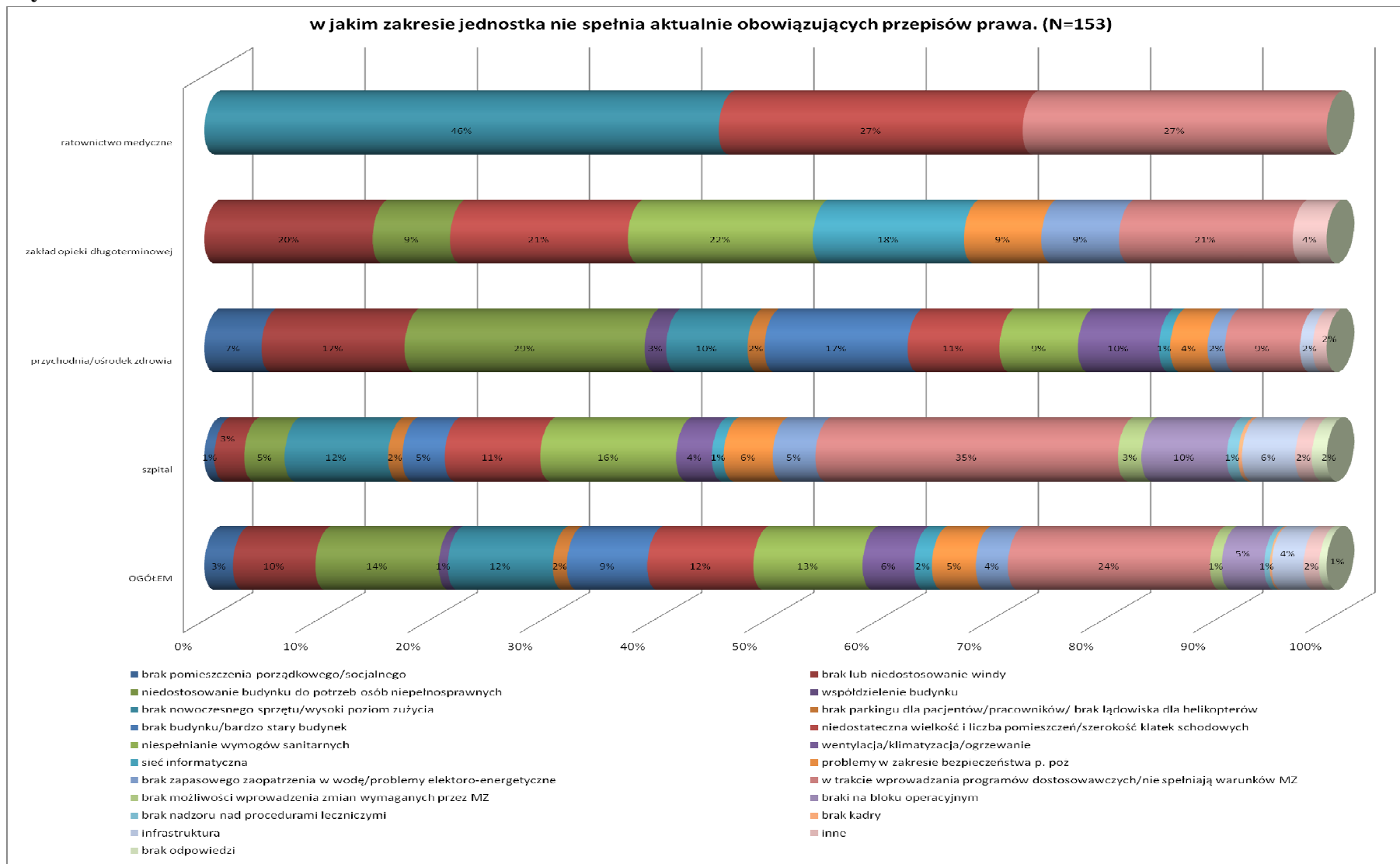


Źródło: badanie własne. N=1242.

W największym stopniu – zgodnie z deklaracjami respondentów – wymogi aktualnie obowiązującego prawa spełniają placówki medyczne z województw: opolskiego (91% deklaracji), zachodniopomorskiego (89%), lubelskiego (89%) i świętokrzyskiego (88%). Najmniejszy odsetek placówek spełnia aktualnie obowiązujące wymogi prawne w województwach: pomorskim (65% spełnia, 29% nie spełnia) i warmińsko-mazurskim (67% spełnia, 27% nie spełnia).

Podmioty, które zadeklarowały, że nie spełniają wymogów obecnie obowiązującego prawa (153 podmioty) zostały poproszone o sprecyzowanie, w jakim zakresie nie spełniają wymogów aktualnie obowiązujących regulacji prawnych. Odpowiedzi respondentów, w podziale na grupy rodzajów podmiotów leczniczych przedstawia Wykres 41.:

Wykres 41.



Źródło: badanie własne.

Kluczowe, dotyczące wszystkich objętych badaniem grup podmiotów, najczęściej występujące problemy to:

- w trakcie wprowadzania programów dostosowawczych/nie spełniają warunków MZ – 24%;
- niedostosowanie budynku do potrzeb osób niepełnosprawnych – 14%;
- niespełnianie wymogów sanitarnych – 13%;
- brak nowoczesnego sprzętu/wysoki poziom zużycia – 12%;
- niedostateczna wielkość i liczba pomieszczeń/szerokość klatek schodowych – 12%.

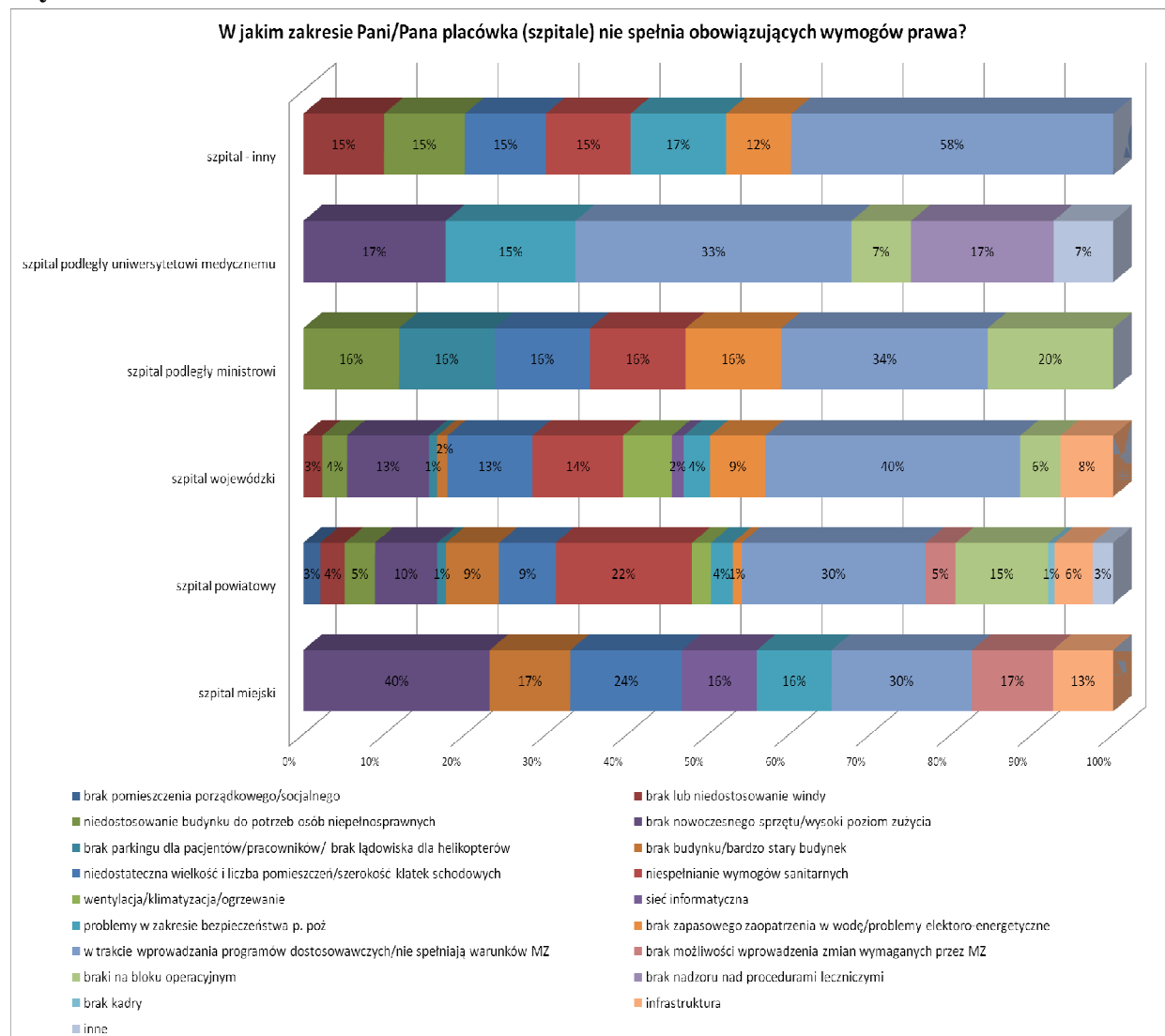
Dla szpitali, najczęściej występujące problemy w zakresie budynków, powodujące, że nie spełniają one wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia to:

- w trakcie wprowadzania programów dostosowawczych/nie spełniają warunków MZ – 35%;
- budynki nie spełniają wymogów sanitarnych – 16%;
- brak nowoczesnego sprzętu/wysoki poziom zużycia – 12%;
- niedostateczna wielkość i liczba pomieszczeń/szerokość klatek schodowych – 12%.

Dla najliczniejszej (77 jednostek) grupy wśród podmiotów nie spełniających obecnie obowiązujących wymogów prawa (szpitale) dokonano bardziej szczegółowej analizy, której wyniki przedstawia Wykres 42.:



Wykres 42.



Źródło: badanie własne. N=77.

Generalnie, dla wszystkich objętych badaniem rodzajów szpitali, bardzo ważnym problemem jest realizowane obecnie wprowadzanie programów dostosowawczych. W szczególności dotyczy to grupy szpitale-inne (58% wskazań), szpitali podległych uniwersytetom medycznym (33% wskazań), szpitali wojewódzkich (40%), szpitali podległych ministrowi (34%) i szpitali powiatowych (30%). Jedynie dla szpitali miejskich większy problem stanowi brak nowoczesnego sprzętu i wysoki poziom zużycia posiadanego sprzętu (40% wskazań), choć i tu także kwestia prowadzonych obecnie prac dostosowawczych znajduje się na drugim miejscu (30% wskazań).

Dla przychodni i ośrodków zdrowia podstawowe bariery w spełnianiu wymogów obowiązującego prawa stanowią:

- niedostosowanie budynku do potrzeb osób niepełnosprawnych – 29%;
- brak budynku/ bardzo stary budynek – 17%;

- brak lub niedostosowanie windy – 17%.

Dla zakładów opieki długoterminowej podstawowe problemy stanowią:

- niespełnianie wymogów sanitarnych – 22%;
- niedostateczna wielkość i liczba pomieszczeń/szerokość klatek schodowych – 22%.
- brak budynku/ bardzo stary budynek – 20%;

Dla placówek ratownictwa medycznego podstawowe problemy stanowią:

- brak nowoczesnego sprzętu/wysoki poziom zużycia – 46%
- brak budynku/ bardzo stary budynek – 27%
- aktualnie znajdują się w trakcie wprowadzania programów dostosowawczych/nie spełniają warunków MZ – 27%.

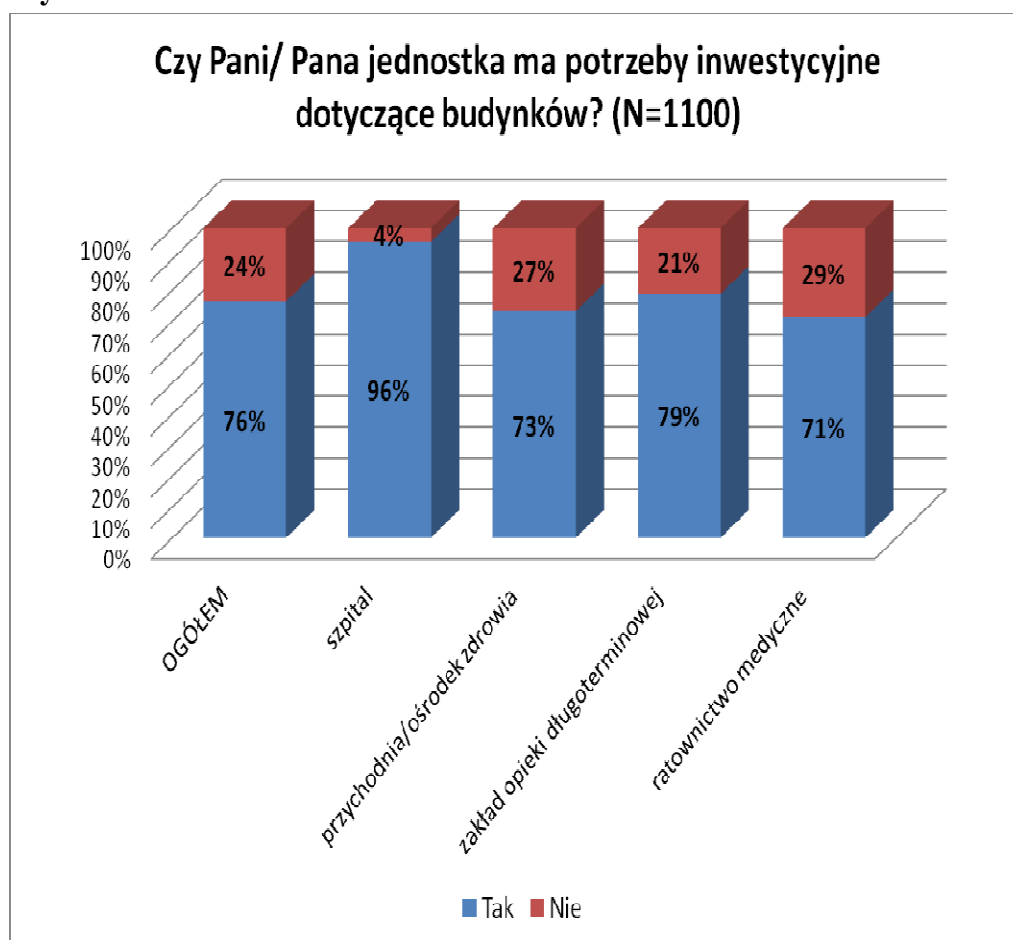
#### **Podsumowanie:**

- Podstawową luką występującą w infrastrukturze ochrony zdrowia w Polsce jest nierównomierne rozłożenie zasobów oraz nieprzystosowana do współczesnych wymagań infrastruktura w zakresie budynków.
- W wielu wypadkach konieczne jest dokończenie procesów inwestycyjnych rozpoczętych w poprzedniej perspektywie finansowej.
- W zakresie sprzętu i aparatury medycznej bieżące potrzeby w dużej mierze są zaspokojone. Jednakże konieczne jest zwiększenie efektywności wykorzystania posiadanych zasobów, przede wszystkim poprzez zwiększenie ich dostępności dla pacjentów.
- W zakresie aparatury coraz większym problemem staje się potrzeba odnowienia posiadanych zasobów aparatury medycznej tak, aby w dalszym ciągu mogła ona prawidłowo pełnić swoją rolę i zapewniać wysoki standard badań diagnostycznych.
- 14% objętych badaniem podmiotów leczniczych nie spełnia aktualnych wymogów prawa. Dominującą pod tym względem grupę stanowią szpitale, gdzie aż 51% spośród objętych badaniem szpitali nie spełnia wymagań określonych w aktualnie obowiązujących przepisach prawa. Dla szpitali podstawowym problemem są prowadzone obecnie prace dostosowawcze. Sytuacja ta najlepiej wygląda w placówkach ratownictwa medycznego, gdzie aż 94% respondentów deklaruje, że ich placówka spełnia wszystkie wymogi aktualnie obowiązującego prawa.

### III.1.4. Jakie są największe potrzeby inwestycyjne sektora w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia? Jaka jest skala tych potrzeb?

Pytanie to zadano respondentom badania ilościowego w odniesieniu do infrastruktury w zakresie budynków i aparatury medycznej.

Wykres 43.

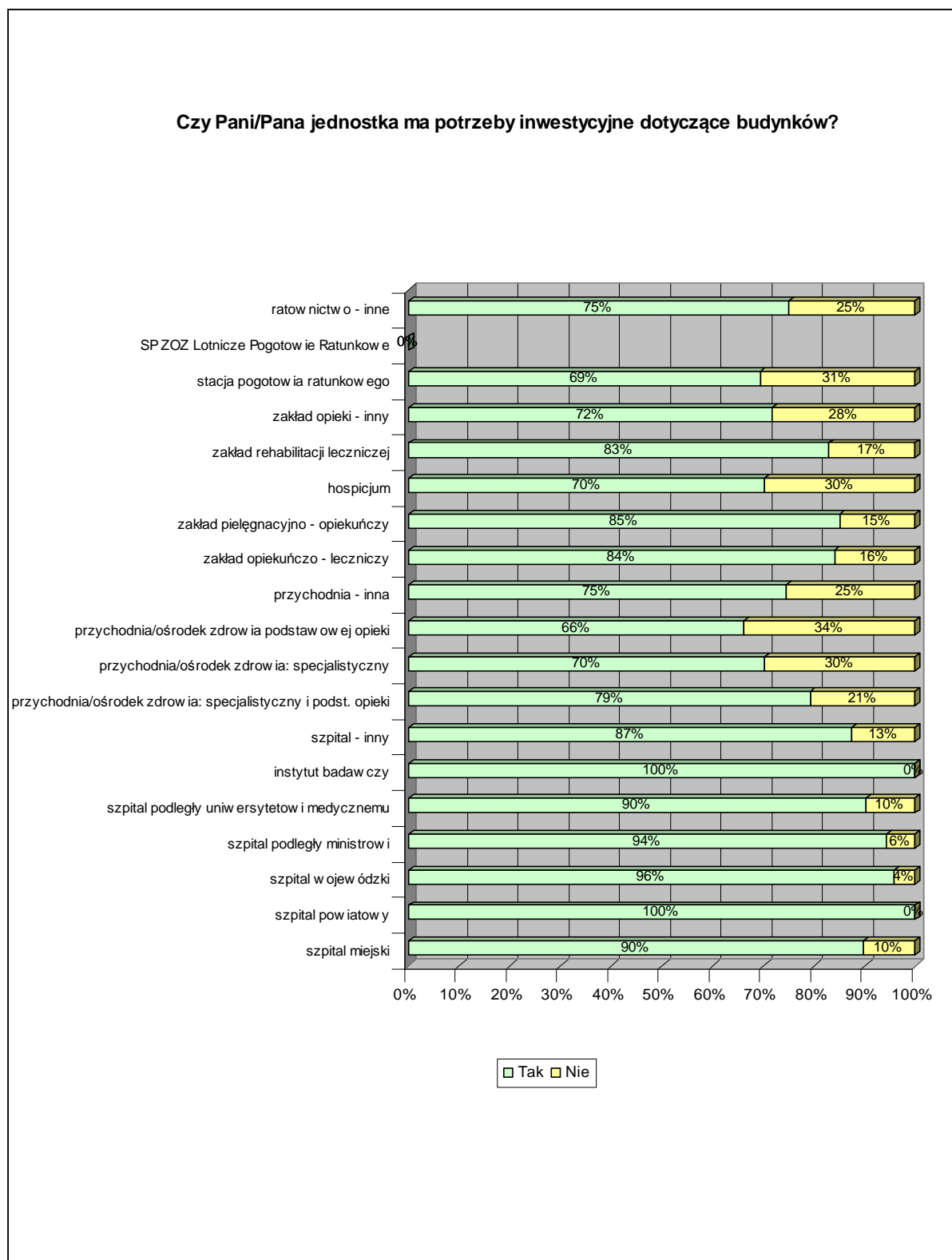


Źródło: badanie własne.

76% wszystkich badanych podmiotów ma potrzeby inwestycyjne dotyczące budynków. Zjawisko to w największym stopniu dotyczy szpitali, gdzie takie potrzeby deklaruje aż 96% badanych podmiotów.

W podziale na szczegółowe kategorie analityczne odpowiedź na to pytanie przedstawia Wykres 44.:

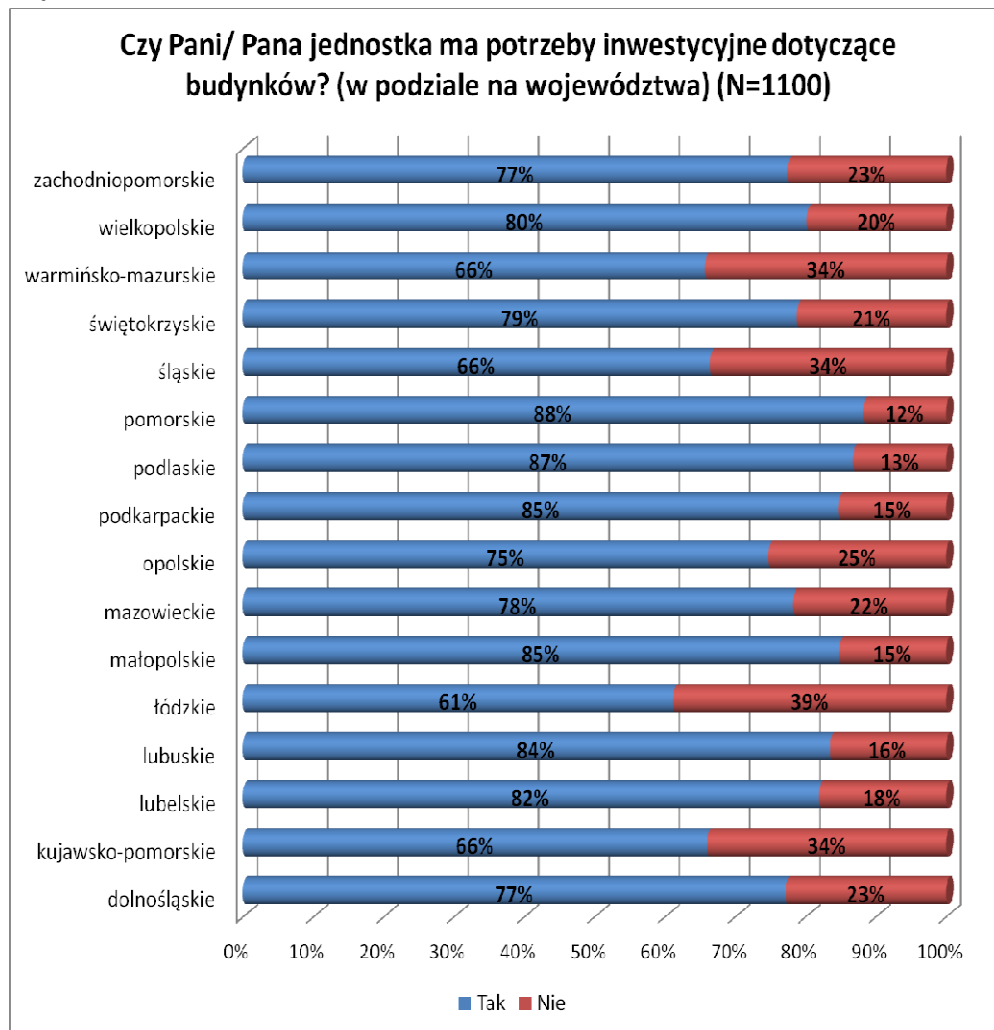
Wykres 44.



Źródło: badanie własne. N=1242.

Największe potrzeby w tym zakresie mają szpitale powiatowe oraz instytuty badawcze (w obu wypadkach 100% wskazań). Duże potrzeby mają także szpitale wojewódzkie (96% wskazań) oraz szpitale podległe ministrom (94% wskazań).

Wykres 45.

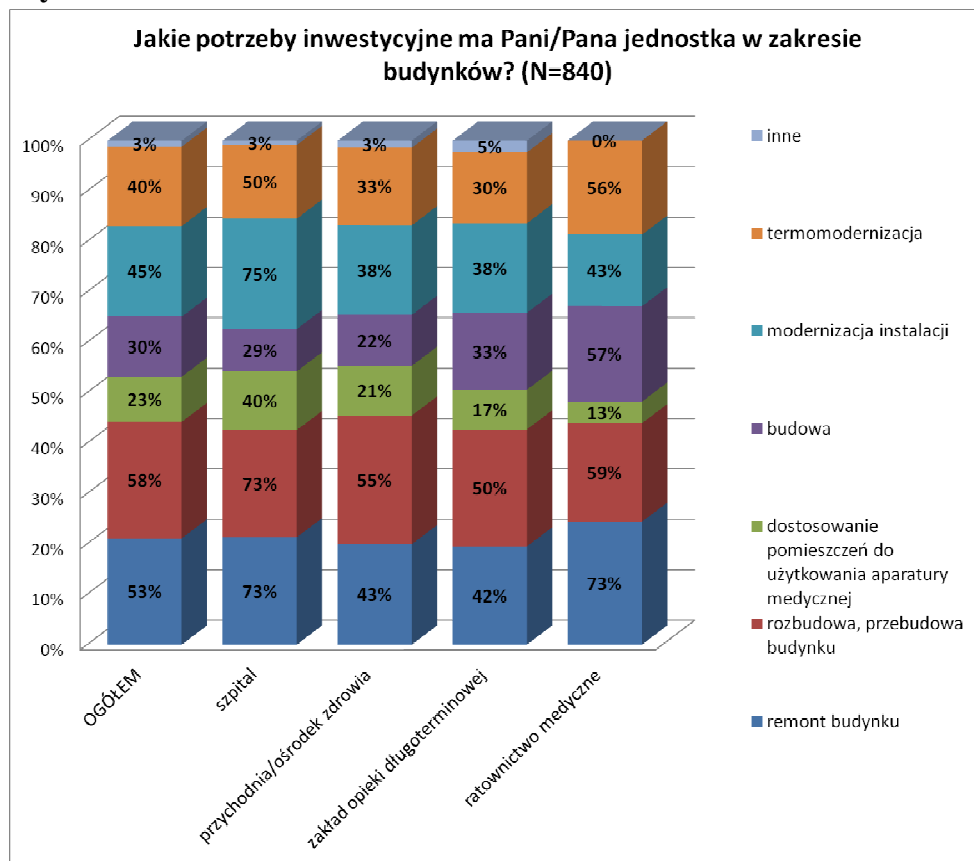


Źródło: badanie własne. N=1242.

Największe potrzeby inwestycyjne dotyczące budynków deklarują podmioty z terenu województw: pomorskiego (88%), podlaskiego (87%), podkarpackiego (85%), małopolskiego (85%) i lubuskiego (84%). Najmniejsze potrzeby w tym zakresie deklarują podmioty z województw: łódzkiego (61%), warmińsko-mazurskiego (66%), śląskiego (66%) i kujawsko-pomorskiego (66%).

Tych respondentów, którzy zadeklarowali posiadanie potrzeb inwestycyjnych w zakresie budynków (840 podmiotów) poproszono o uszczegółowienie tych potrzeb.

**Wykres 46.**



Źródło: badanie własne. Uwaga: respondenci mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź.

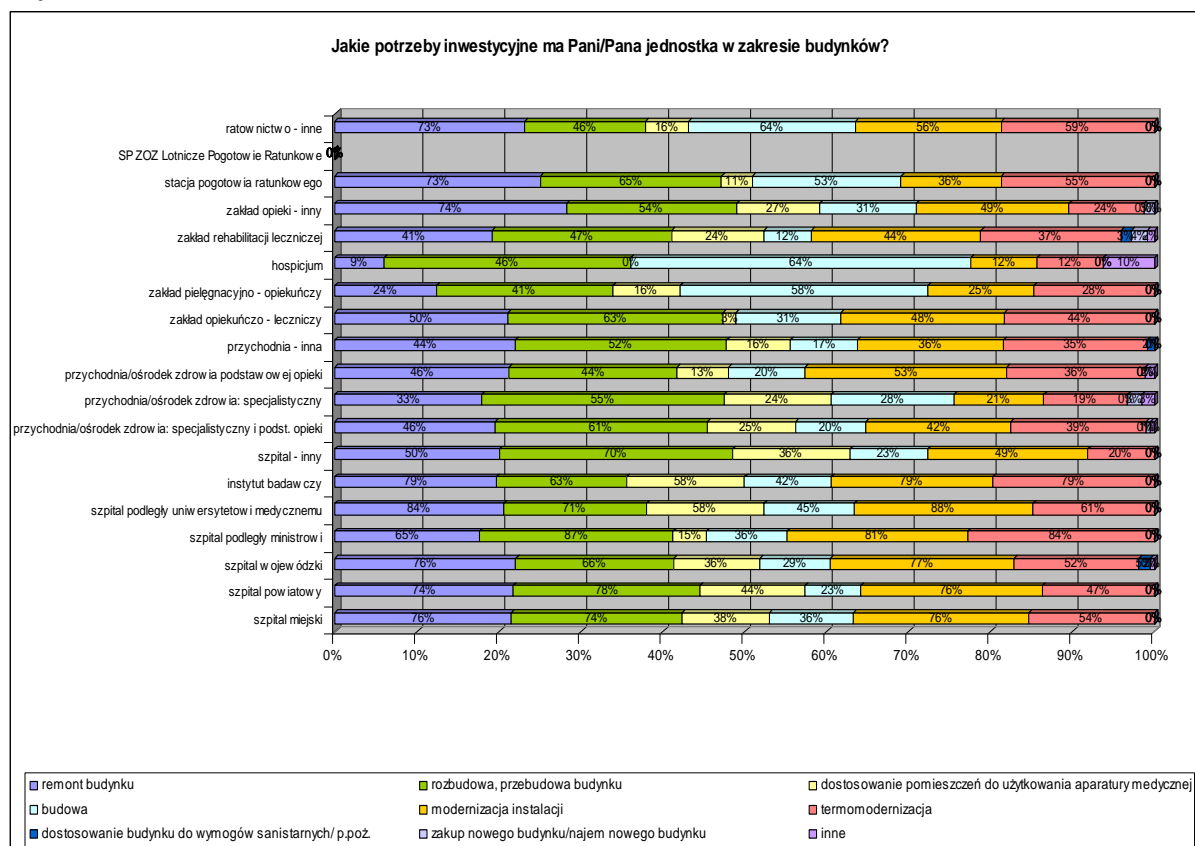
W poszczególnych typach podmiotów leczniczych, podstawowe potrzeby inwestycyjne w zakresie budynków dotyczą:

- Dla szpitali:
  - Modernizacja instalacji (75% deklaracji);
  - Rozbudowa, przebudowa budynku (73%);
  - Remont budynku (73%);
- Dla przychodni/ ośrodków zdrowia;
  - Rozbudowa, przebudowa budynku (55%);
  - Remont budynku (43%);
  - Modernizacja instalacji (38%);
- Dla zakładów opieki długoterminowej;
  - Rozbudowa, przebudowa budynku (50%);
  - Remont budynku (42%);
  - Modernizacja instalacji (38%);
- Dla placówek ratownictwa medycznego:

- Remont budynku (73%);
- Rozbudowa, przebudowa budynku (59%);
- Budowa (57%);
- Termomodernizacja (56%).

Wyniki badania w podziale na szczegółowe rodzaje podmiotów leczniczych pokazuje kolejny wykres:

**Wykres 47.**

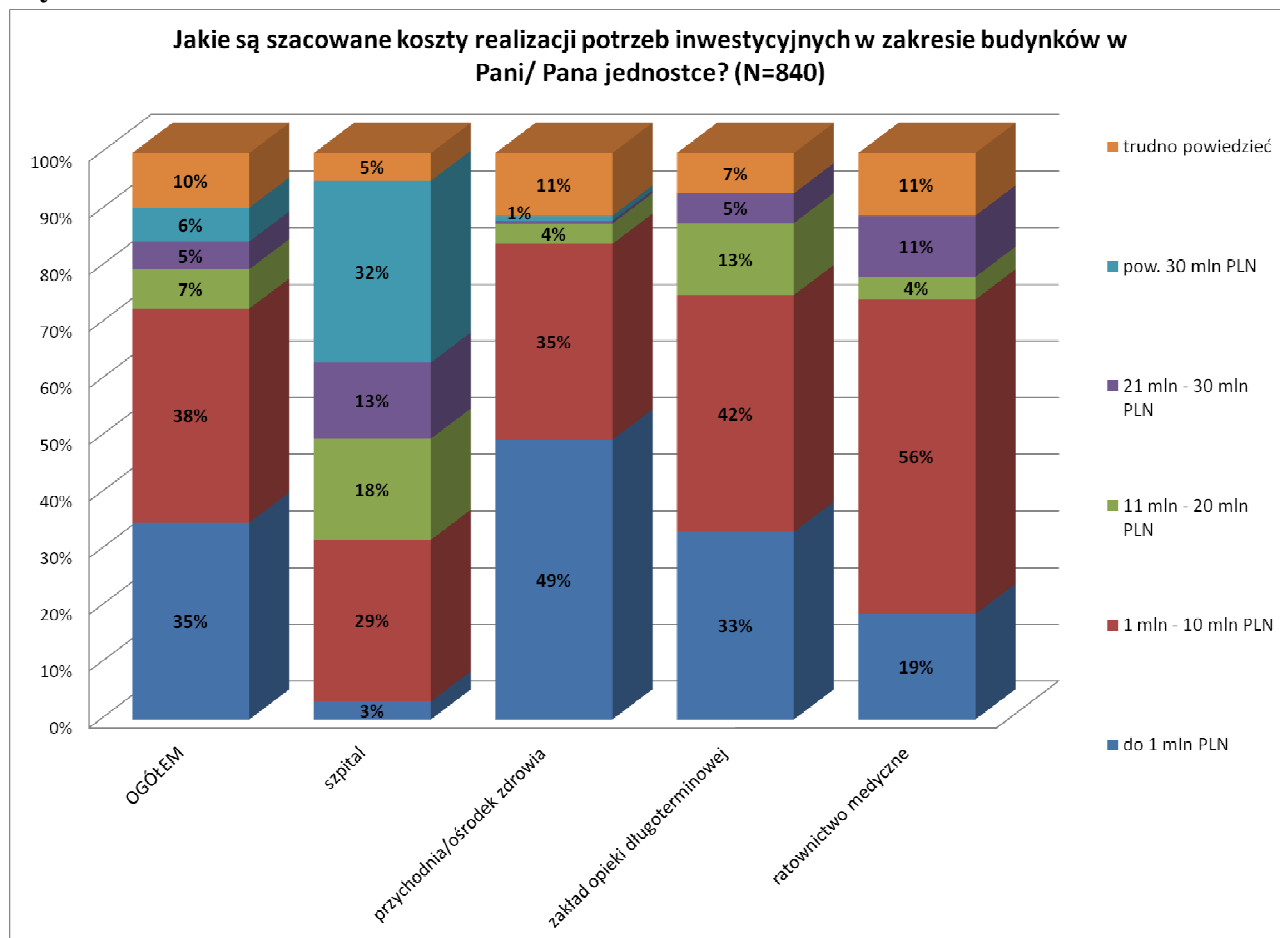


Źródło: badanie własne. N=840. Uwaga: respondenci mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź.

Powyższy wykres pokazuje, że dla wszystkich rodzajów podmiotów leczniczych objętych badaniem podstawową, najczęściej wskazywaną potrzebą inwestycyjną w zakresie budynków jest remont budynku i /lub rozbudowa/ przebudowa budynku.

Określając szacowany koszt planowanych inwestycji, respondenci udzielili następujących odpowiedzi:

**Wykres 48.**



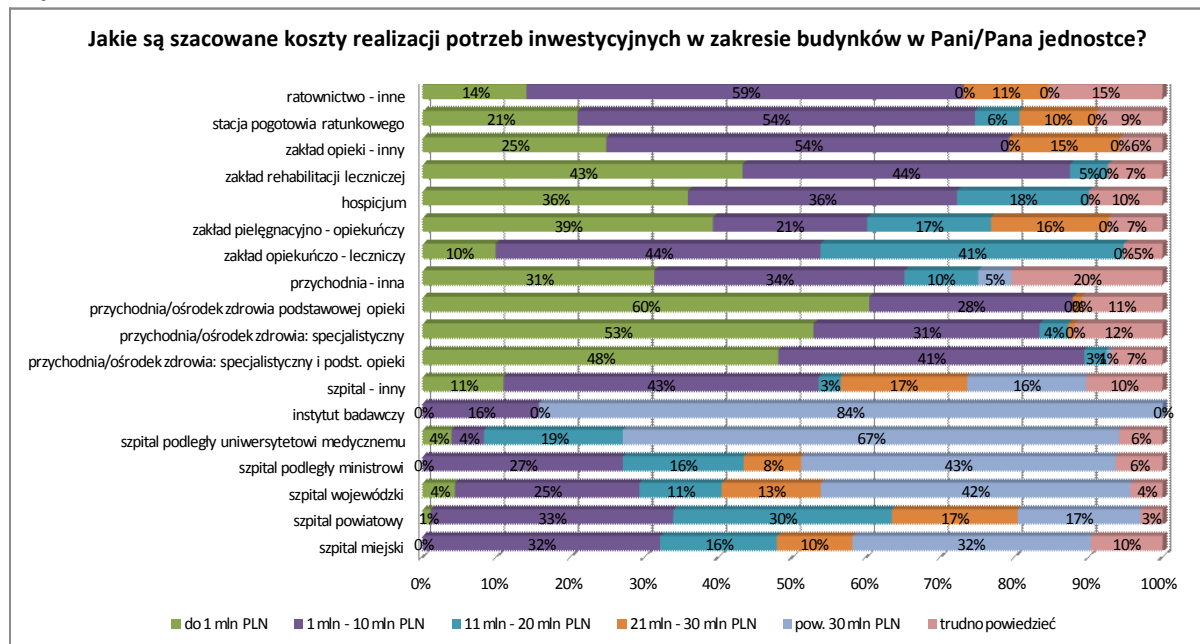
Źródło: badanie własne.

Wykres ten pokazuje, że szacowane przez podmioty lecznicze inwestycje dotyczące budynków są raczej inwestycjami niewielkimi, zasadniczo mieszczącymi się w granicach do 10 mln PLN (ogółem odnosi się to do 73% liczby planowanych inwestycji). Wyjątek stanowią tutaj szpitale, gdzie dominującą grupę inwestycji (32% planowanych inwestycji) stanowią inwestycje duże, o wartości powyżej 30 mln PLN.

Odpowiedzi respondentów w podziale na poszczególne rodzaje podmiotów leczniczych pokazuje kolejny Wykres.



Wykres 49.

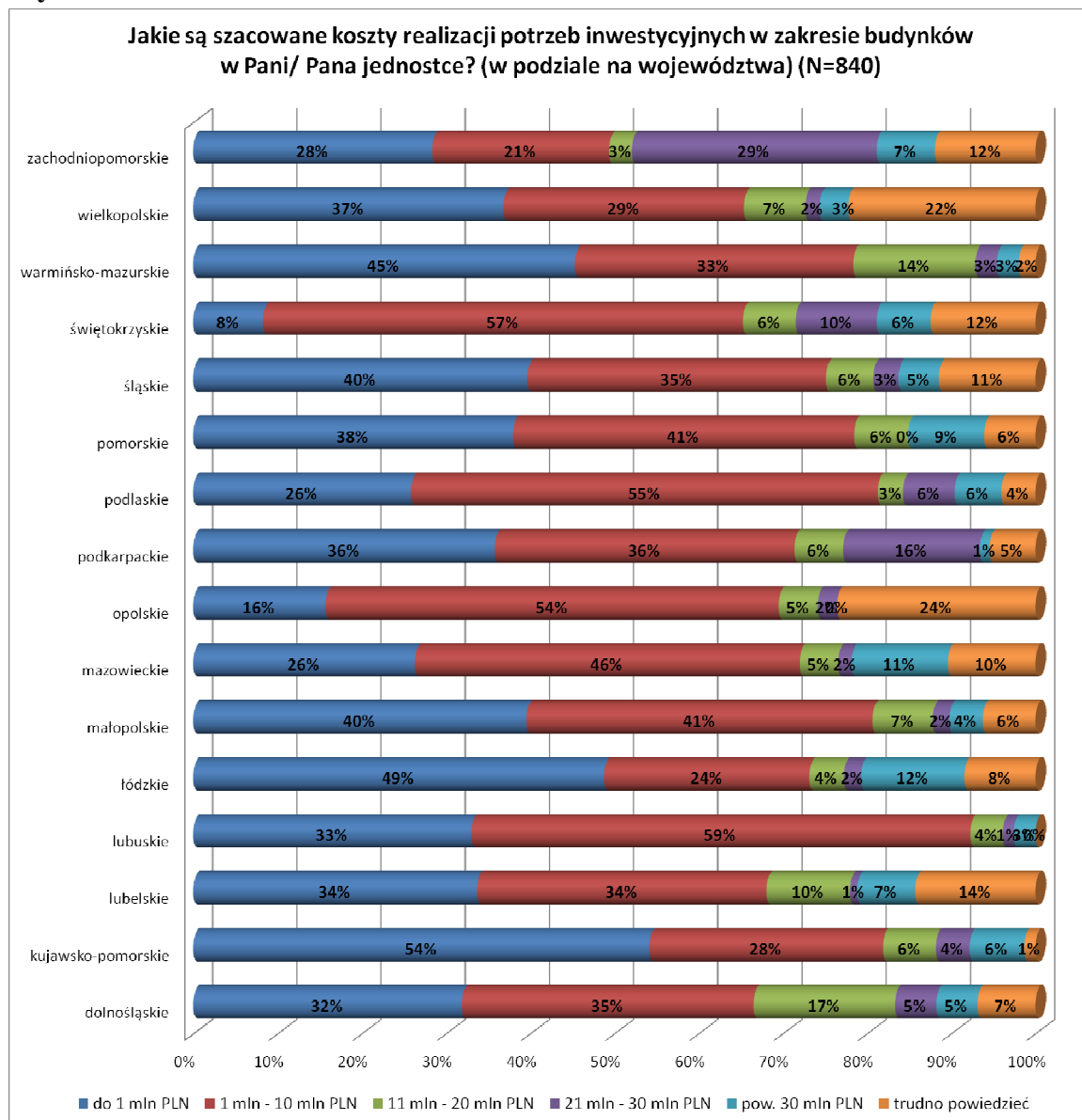


Źródło: badanie własne. N=840.

Powyższy wykres pokazuje, że w grupie instytutów badawczych, szpitali podległych uniwersytetom medycznym, szpitali podległych ministrowi i szpitali wojewódzkich w znacznej liczbie występują potrzeby inwestycyjne o znacznym koszcie, przekraczającym 30 mln złotych. Z kolei w grupie przychodni dominują potrzeby inwestycyjne o małej wartości (poniżej 1 mln złotych). Wśród podmiotów należących do grup: zakłady rehabilitacji leczniczej, zakłady opieki-inne, stacje pogotowia ratunkowego oraz ratownictwo-inne najliczniejszą grupę potrzeb inwestycyjnych stanowią inwestycje o wartości od 1 do 10 mln złotych.

W podziale na poszczególne województwa, rozkład odpowiedzi jest następujący:

Wykres 50.



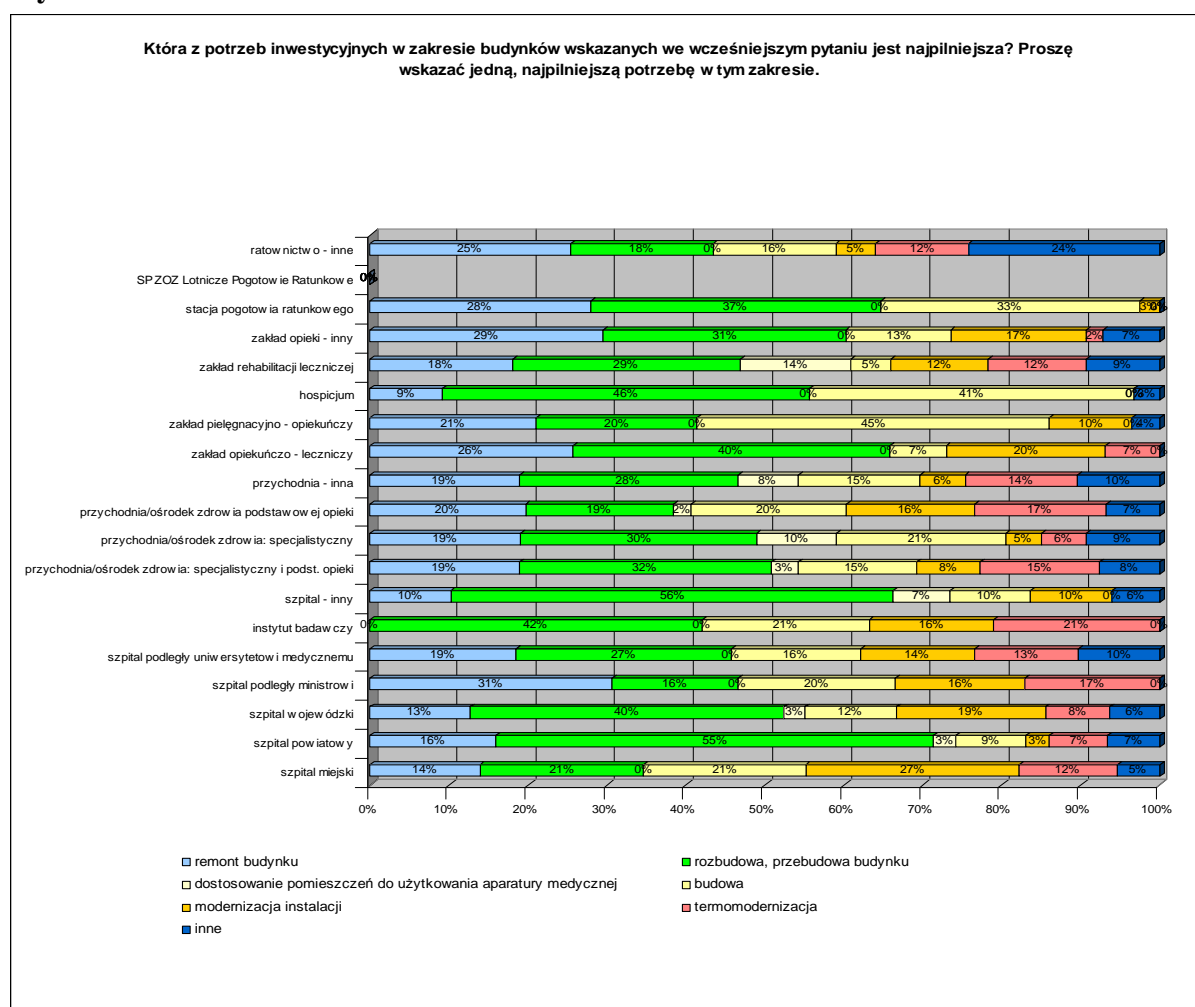
Źródło: badanie własne.

Najwięcej inwestycji większych (21-30 mln PLN) planują placówki z województwa zachodniopomorskiego (29% placówek mających potrzeby inwestycyjne dotyczące budynków). Znaczna liczba inwestycji o nieoszacowanej wartości jest deklarowana jako potrzebne w województwach wielkopolskim (22% liczby planowanych inwestycji) i opolskim (24% ogółu inwestycji w regionie). Małe (do 1 mln PLN) inwestycje przeważają w województwie kujawsko-pomorskim (54% ogólnej liczby inwestycji), a w znacznej liczbie są planowane w województwach: łódzkim (49% inwestycji) i warmińsko-mazurskim (45% ogólnej liczby planowanych inwestycji).

Ogólna wartość potrzeb inwestycyjnych dotyczących budynków deklarowanych przez respondentów niniejszego badania<sup>19</sup> sięga kwoty 7-7,5 mld PLN (nie uwzględniając wartości inwestycji, których koszty nie zostały jeszcze oszacowane przez kadre kierowniczą placówki). Oznacza to, że przeciętnie w jednej placówce realizującej inwestycję w obszarze budynków, będzie realizowana inwestycja o wartości 8 – 9 mln PLN. Należy przy tym podkreślić, że wskazane tutaj wartości są jedynie szacunkami.

Jednocześnie respondenci odpowiedzieli na pytanie o to, co stanowi najpilniejszą potrzebę inwestycyjną ich podmiotu leczniczego w zakresie budynków. Odpowiedzi przedstawia kolejny wykres:

**Wykres 51.**



Źródło: badanie własne. N=840.

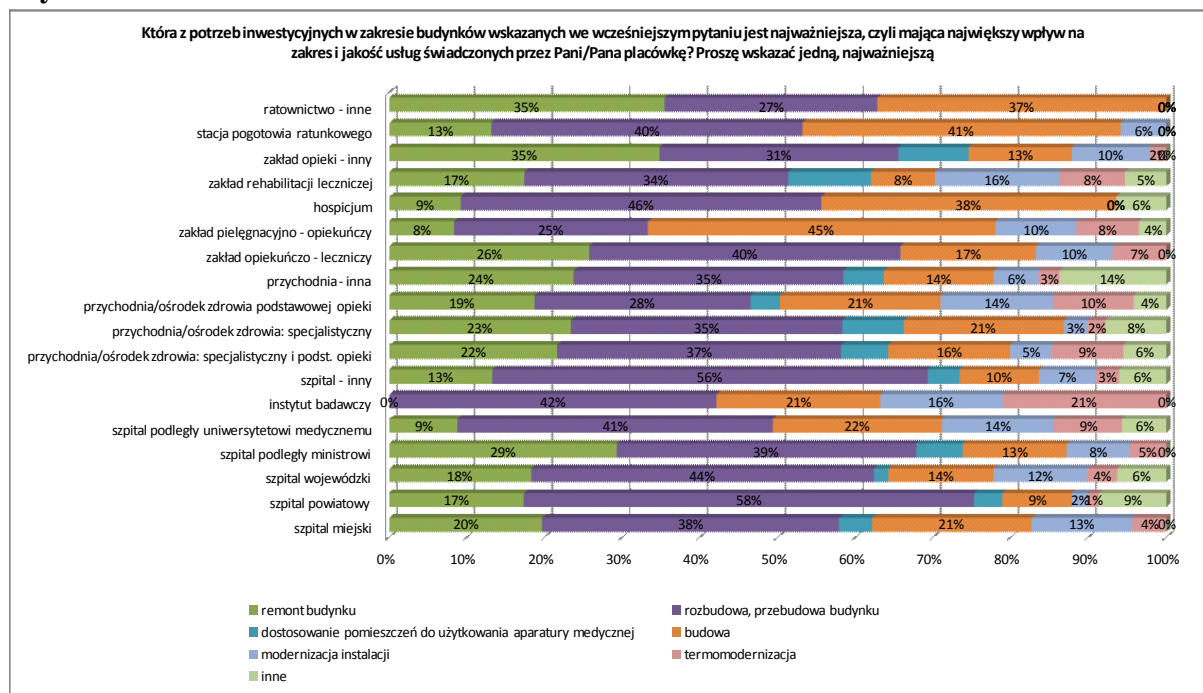
Respondenci należący niemal do wszystkich rodzajów podmiotów, jako najpilniejszą potrzebę inwestycyjną związaną z budynkami wskazali rozbudowę/ przebudowę budynku. W

<sup>19</sup> Oszacowania dokonano następująco: dla każdego przedziału wartości inwestycji domkniętego od góry przyjęto jego maksymalną wartość i pomnożono tę wartość przez liczbę wskazań; natomiast dla inwestycji o największej deklarowanej wartości przyjęto minimalną wartość i pomnożono ją przez liczbę deklarowanych projektów tej wartości.

szczególny sposób dotyczy to szpitali powiatowych i grupy szpitale-inne, gdzie ten rodzaj potrzeby jako najpilniejszy wskazało ponad 50% respondentów należących do tej grupy.

Respondentów poproszono także o wskazanie, jaki rodzaj potrzeb inwestycyjnych z zakresu budynków jest dla nich najważniejszy, czyli ma największy wpływ na zakres i jakość świadczonych przez dany podmiot usług medycznych. Odpowiedzi udzielone przez respondentów przedstawia Wykres 52.:

**Wykres 52.**

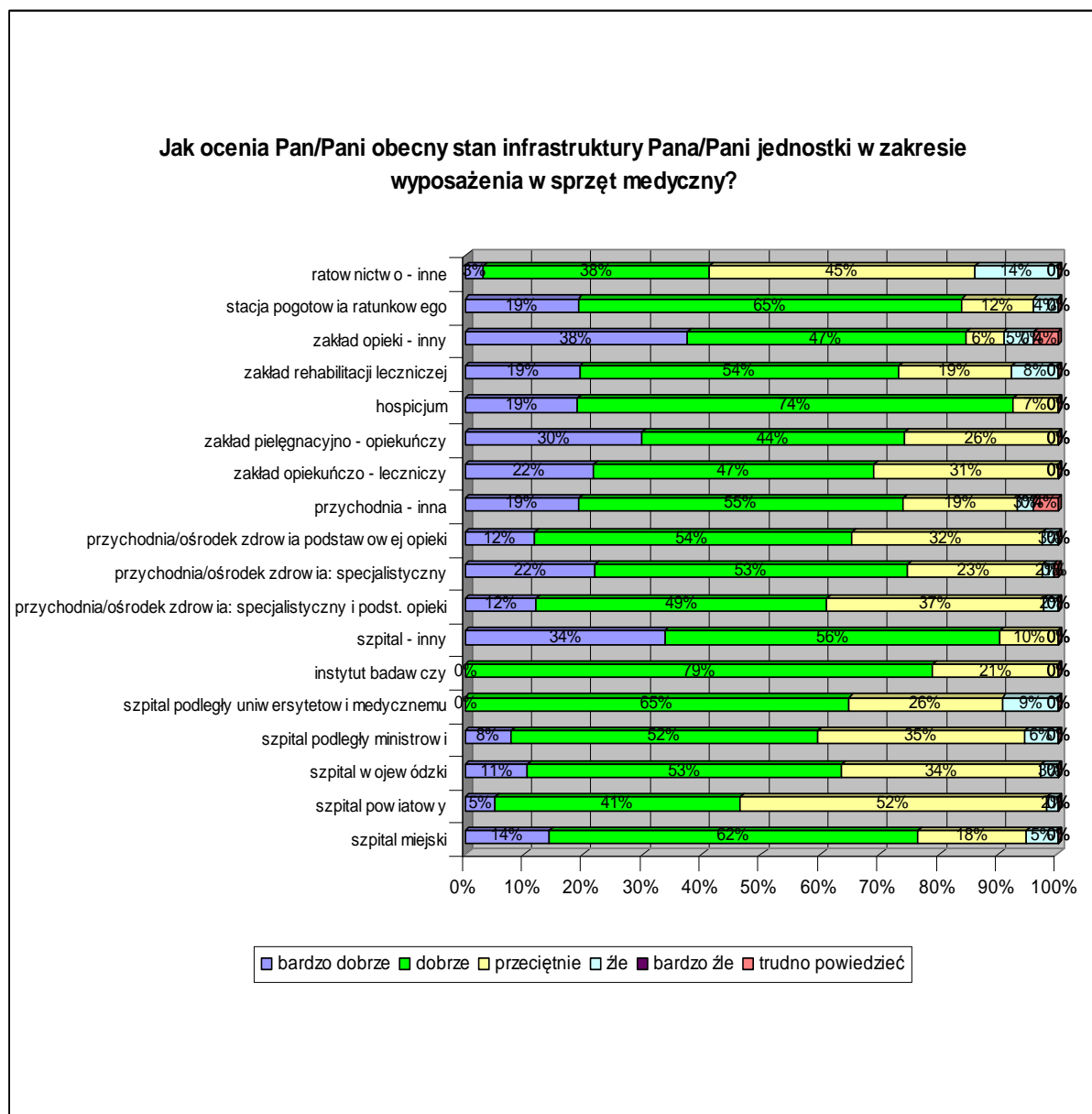


Źródło: badanie własne. N=840.

Generalnie, większość grup respondentów wskazała jako najważniejszą inwestycję w zakresie budynków rozbudowę/ przebudowę budynków. Jednak respondenci reprezentujący stacje pogotowia ratunkowego, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i hospicja jako najważniejsze wskazali inwestycje polegające na budowie budynków.

To, jak respondenci oceniają stan infrastruktury swojej placówki w zakresie sprzętu medycznego pokazuje Wykres 53.

Wykres 53.



Źródło: badanie własne. N=1242.

Zdecydowana większość respondentów obecny stan infrastruktury swojej jednostki w zakresie wyposażenia w sprzęt medyczny ocenia pozytywnie (dobrze lub bardzo dobrze). Najlepiej stan wyposażenia placówki w sprzęt medyczny oceniają przedstawiciele hospicjów (93% ocen pozytywnych) i szpitali-innych (90% ocen pozytywnych). Najniżej stan wyposażenia swojej placówki w sprzęt medyczny oceniają przedstawiciele grupy ratownictwo-inne (40% ocen pozytywnych) i szpitali powiatowych (46% ocen pozytywnych).

Potrzeby inwestycyjne w zakresie sprzętu medycznego zgłosiło 72% badanych podmiotów (889 podmiotów leczniczych). Ich szczegółowo określone potrzeby przedstawia poniższa tabela:

**Tabela 8.**

	Ogółem	Kategoria podmiotów leczniczych			
		szpital	przychodnia/ ośrodek zdrowia	zakład opieki długoterminowej	ratownictwo medyczne
analizator biochemiczny wieloparametrowy	11%	17%	9%	3%	14%
angiograf	5%	19%	3%	0%	0%
aparat do elektrokoagulacji	10%	22%	10%	3%	0%
aparat EEG	10%	20%	12%	4%	0%
aparat EMG	8%	16%	8%	3%	0%
aparat KTG	11%	29%	12%	0%	0%
aparat do znieczulenia ogólnego	12%	52%	6%	0%	0%
aparat do gazometrii	7%	18%	4%	2%	11%
aparaty diagnostyczne z obszaru medycyny nuklearnej, w tym gammakamera, scyntygraf	1%	6%	1%	0%	0%
aparaty RTG, w tym:	15%	33%	14%	5%	6%
-- aparaty RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową	10%	31%	8%	3%	3%
-- aparaty RTG z torem wizyjnym	6%	22%	4%	2%	0%
-- aparaty RTG z ramieniem C	8%	30%	5%	3%	2%
-- mammografy	8%	21%	8%	0%	0%
-- densytometry	6%	13%	7%	2%	0%
-- aparaty stomatologiczne	9%	3%	13%	3%	0%
-- pozostałe aparaty RTG	2%	6%	2%	2%	0%
aparaty USG, w tym:	26%	32%	29%	12%	15%
-- kardiologiczne (w tym echokardiograf, aparat UKG)	19%	38%	18%	5%	9%
-- ginekologiczne	16%	31%	20%	1%	0%
-- pozostałe aparaty USG	15%	17%	19%	11%	5%
defibrylator	36%	47%	28%	10%	66%

Badanie ewaluacyjne pn. „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020”

densytometr	7%	12%	7%	2%	6%
EKG, w tym:	30%	37%	30%	26%	23%
-- Holter	21%	37%	24%	7%	2%
endoskop/aparatúra endoskopowa, w tym:	11%	39%	7%	0%	2%
-- gastroskop	13%	48%	8%	0%	2%
-- kolonoskop	12%	46%	7%	0%	2%
-- bronchoskop	4%	18%	1%	0%	0%
-- wideobronchoskop	4%	21%	1%	0%	0%
-- bronchofiberoskop	4%	22%	0%	0%	0%
-- laparoskop	6%	29%	3%	1%	0%
-- laryngoskop	8%	17%	6%	2%	11%
-- rektoskop	6%	20%	4%	0%	6%
Holter ciśnieniowy	18%	33%	21%	6%	2%
inkubator niemowlęcy	5%	30%	0%	0%	2%
kardiomonitor	16%	62%	6%	15%	11%
kardiodostymulator	3%	17%	1%	0%	0%
łóżko pooperacyjne	9%	43%	3%	6%	0%
pompa infuzyjna	20%	52%	4%	32%	34%
pulsoksymetr	25%	42%	13%	26%	48%
resektoskop	2%	9%	1%	0%	0%
respiratory	17%	49%	3%	9%	41%
rezonans magnetyczny	6%	24%	4%	1%	0%
specjalistyczny sprzęt ratunkowy	13%	15%	5%	3%	45%
spirometr	21%	21%	26%	9%	9%
stół operacyjny	10%	43%	5%	3%	0%
tomograf komputerowy	9%	30%	6%	1%	2%
urządzenia do sterylizacji	24%	44%	25%	9%	12%
inne	37%	21%	26%	70%	73%

Źródło: Opracowanie własne.

Największe potrzeby inwestycyjne w zakresie sprzętu medycznego zgłaszali przedstawiciele szpitali. Dla tej grupy przeprowadzono pogłębioną analizę, z podziałem na poszczególne rodzaje szpitali.

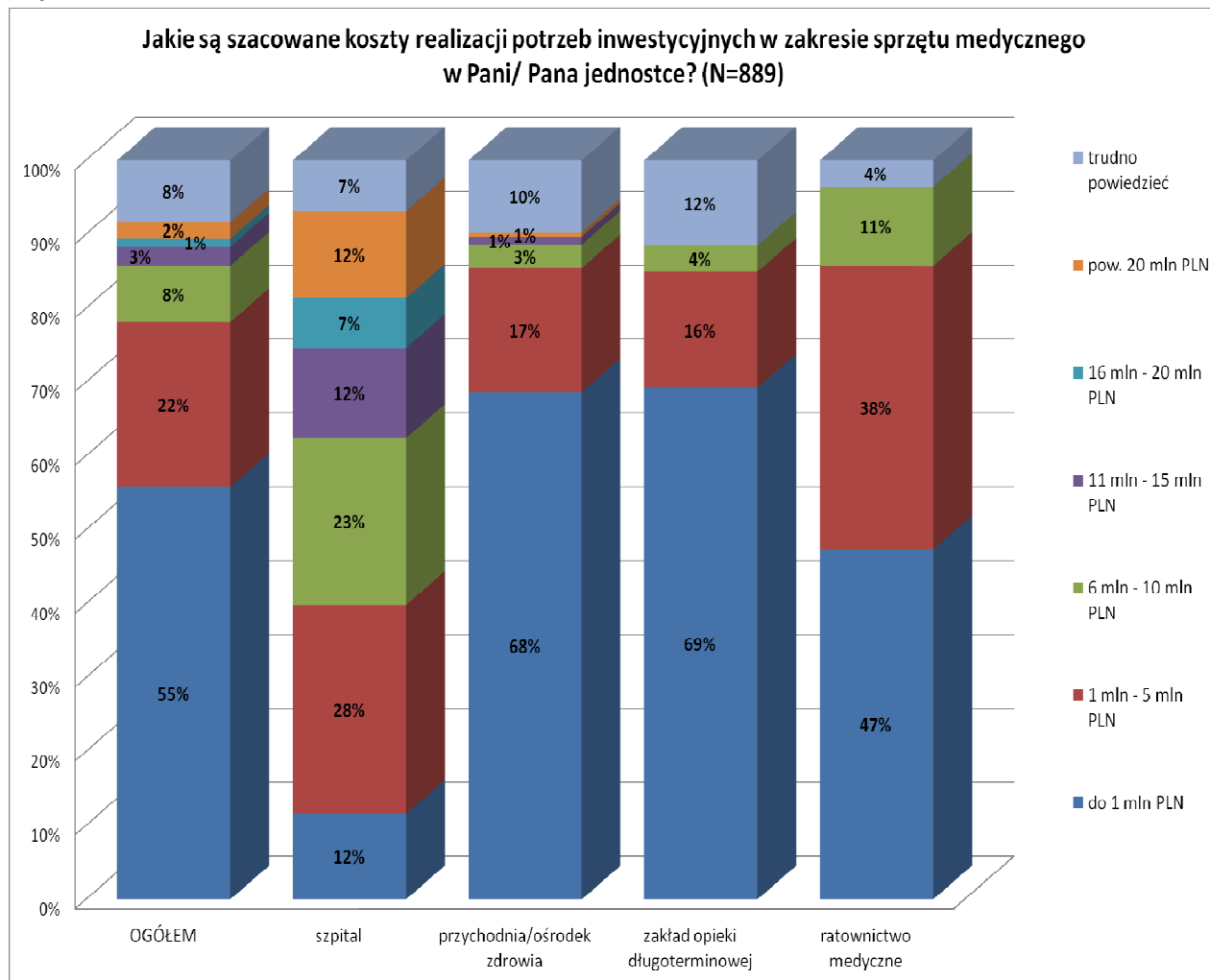
**Tabela 9.** Potrzeby inwestycyjne szpitali w zakresie sprzętu medycznego.

<b>Sprzęt medyczny - wyszczególnienie</b>	<b>szpital miejski</b>	<b>szpital powiatowy</b>	<b>szpital wojewódzki</b>	<b>szpital podległy ministrowi</b>	<b>szpital podległy uniwersytetowi medycznemu</b>	<b>instytut badawczy</b>	<b>szpital - inny</b>
analizator biochemiczny wieloparametrowy	18%	22%	17%	5%	17%	0%	11%
angiograf	10%	12%	23%	40%	44%	27%	11%
aparat do elektrokoagulacji	28%	26%	16%	35%	22%	27%	11%
aparat EEG	19%	17%	22%	28%	38%	0%	13%
aparat EMG	36%	15%	14%	20%	24%	27%	7%
aparat KTG	26%	45%	19%	25%	32%	0%	10%
aparat do znieczulenia ogólnego	59%	62%	42%	49%	52%	80%	43%
aparat do gazometrii	20%	21%	13%	8%	40%	27%	13%
aparaty diagnostyczne z obszaru medycyny nuklearnej, w tym gammakamera, scyntygraf	0%	3%	10%	6%	18%	0%	0%
aparaty RTG	46%	38%	28%	14%	40%	73%	19%
aparaty USG	43%	35%	26%	19%	50%	27%	33%
defibrylator	38%	54%	42%	20%	71%	73%	31%
densytometr	15%	11%	11%	6%	13%	27%	13%
EKG	39%	38%	39%	14%	44%	53%	22%
endoskop/aparatura endoskopowa	56%	49%	29%	10%	69%	53%	20%
Holter ciśnieniowy	38%	39%	32%	13%	45%	53%	7%
inkubator niemowlęcy	20%	40%	27%	5%	44%	27%	14%
kardiomonitor	53%	74%	55%	50%	82%	73%	39%
kardiostymulator	16%	22%	15%	8%	29%	53%	0%
łóżko pooperacyjne	56%	59%	28%	50%	40%	53%	28%
pompa infuzyjna	53%	60%	44%	38%	67%	80%	36%
pulsoksymetr	40%	44%	44%	12%	48%	80%	37%
resektoskop	6%	11%	7%	12%	14%	27%	0%
respiratory	53%	62%	41%	37%	62%	53%	25%
rezonans magnetyczny	15%	18%	30%	26%	33%	53%	26%
specjalistyczny sprzęt ratunkowy	11%	18%	15%	13%	13%	27%	12%
spirometr	14%	23%	21%	5%	32%	53%	14%
stół operacyjny	57%	55%	30%	44%	49%	80%	17%
tomograf komputerowy	24%	32%	27%	41%	31%	53%	28%
urządzenia do sterylizacji	60%	57%	29%	33%	36%	100%	34%
inne	6%	15%	31%	16%	27%	20%	22%

Jednocześnie poproszono respondentów o oszacowanie wartości potrzeb inwestycyjnych w zakresie sprzętu medycznego. Odpowiedzi przedstawia poniższy wykres.



**Wykres 54.**



Źródło: badanie własne.

Zdecydowaną większość deklarowanych potrzeb inwestycyjnych w sprzęt medyczny stanowią inwestycje o wartości poniżej 5 mln PLN (77% wszystkich planowanych inwestycji, przy czym aż 55% potrzeb inwestycyjnych stanowią inwestycje o wartości poniżej 1 mln PLN). Jedyne szpitale deklarują potrzebę większego odsetka większych inwestycji dotyczących sprzętu medycznego: inwestycje o wartości powyżej 10 mln PLN stanowią tam 31% ogólnej liczby inwestycji.

Respondentów poproszono o wskazanie, która z potrzeb inwestycyjnych w zakresie sprzętu jest dla nich najpilniejsza. Odpowiedzi przedstawia Tabela 10:

**Tabela 10.** Najpilniejsze potrzeby inwestycyjne w zakresie sprzętu medycznego

	szpital miejski	szpital powiatowy	szpital wojewódzki	szpital podległy ministrowi	szpital podległy uniwersytetowi medycznemu	instytut badawczy	szpital - inny przychodnia/ ośrodek zdrowia: specjalistyczny i podst. opieki	przychodnia/ ośrodek zdrowia: specjalistyczny	przychodnia/ ośrodek zdrowia podstawowej opieki	przychodnia - inna	zakład opiekuńczo - leczniczy	zakład pielęgnacyjno - opiekuńczy	hospicjum	zakład rehabilitacji leczniczej	zakład opieki - inny	stacja pogotowia ratunkowego	ratownictwo - inne	
Analizator biochemiczny wieloparametrowy	0%	1%	2%	0%	0%	0%	0%	2%	2%	2%	6%	3%	0%	0%	45	0%	0%	0%
Angiograf	0%	1%	9%	8%	16%	0%	0%	1%	2%	0%	1%	0%	0%	0%	30	0%	0%	0%
Aparat do elektrokoagulacji	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Aparat EEG	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	2%	0%	2%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Aparat EMG	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	1%	4%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Aparat KTG	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Aparat do znieczulenia ogólnego	10%	7%	5%	0%	0%	27%	12%	1%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	4%	0%	1%	0%
Aparat do gazometrii	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Aparaty diagnost. (med. nuklearna, gammakamera, scyntygraf)	0%	1%	1%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Aparaty RTG, w tym:	0%	5%	3%	0%	0%	20%	0%	5%	6%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%
-- aparaty RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową	16%	11%	6%	12%	4%	0%	14%	6%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	14%	0%	0%
-- aparaty RTG z torem wizyjnym	4%	4%	2%	0%	0%	0%	0%	2%	1%	0%	2%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%
-- aparaty RTG z ramieniem C	23%	9%	3%	0%	4%	0%	0%	1%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Badanie ewaluacyjne pn. „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020”

-- mammografy	0%	5%	3%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%
-- densytometry	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- aparaty stomatologiczne	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	4%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- pozostałe aparaty RTG	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	4%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%
Aparaty USG, w tym:	0%	2%	2%	5%	4%	0%	14%	9%	7%	13%	3%	17%	0%	15%	0%	0%	0%	0%
-- kardiologiczne (w tym echokardiograf, aparat UKG)	5%	4%	2%	0%	10%	0%	0%	6%	6%	4%	0%	0%	5%	2%	0%	0%	0%	0%
-- ginekologiczne	6%	5%	1%	8%	0%	0%	3%	7%	8%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- pozostałe aparaty USG	0%	1%	1%	0%	0%	0%	5%	7%	3%	8%	2%	9%	0%	24%	4%	0%	0%	0%
Defibrylator	0%	0%	2%	0%	10%	0%	0%	3%	4%	9%	6%	0%	18%	0%	0%	0%	15%	0%
Densytometr	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%
EKG, w tym:	0%	0%	4%	0%	0%	0%	3%	3%	2%	23%	6%	13%	9%	0%	0%	7%	0%	0%
-- Holter	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	2%	1%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%
Endoskop/aparatura endoskopowa, w tym:	4%	1%	3%	0%	0%	0%	0%	1%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- gastroskop	0%	3%	3%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- kolonoskop	0%	1%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- bronchoskop	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- wideobronchoskop	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- bronchofiberoskop	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- laparoskop	0%	0%	0%	8%	4%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- laryngoskop	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%
-- rektoskop	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Holter ciśnieniowy	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	5%	0%	11%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Inkubator niemowlęcy	0%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Kardiomonitor	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	4%	11%	0%	0%	0%	0%	0%
Kardiostymulator	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	10%	0%
Łóżko pooperacyjne	6%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9%	0%	0%	0%	0%	0%

Pompa infuzyjna	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	21%	0%	11%	0%	0%
Pulsoksymetr	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	8%	0%	0%	0%	0%	0%
Resektoskop	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Respiratory	0%	3%	4%	0%	4%	0%	7%	1%	0%	0%	0%	0%	5%	6%	0%	0%	0%	0%
Rezonans magnetyczny	4%	8%	10%	5%	15%	0%	10%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Specjalistyczny sprzęt ratunkowy	0%	0%	1%	0%	0%	0%	4%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	27%	0%
Spirometr	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	9%	2%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Stół operacyjny	0%	4%	0%	8%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Tomograf komputerowy	10%	11%	7%	23%	9%	53%	11%	2%	4%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Urządzenia do sterylizacji	9%	8%	3%	0%	0%	0%	0%	7%	5%	3%	7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Inne	0%	4%	9%	16%	0%	0%	11%	14%	23%	3%	39%	32%	29%	32%	0%	61%	45%	100%

Źródło: badanie własne.

Tabela ta nie pozwala na zidentyfikowanie jakiegś bardziej wyrazistej grupy najpilniejszych potrzeb inwestycyjnych w zakresie sprzętu.

Wskazania respondentów rozkładają się raczej równomiernie.

Odpowiedzi respondentów dotyczące najważniejszej inwestycji w zakresie sprzętu medycznego, przedstawia Tabela 11.

**Tabela 11.** Najważniejsze potrzeby inwestycyjne w zakresie sprzętu medycznego.

	szpital miejski	szpital powiatowy	szpital wojewódzki	szpital podległy ministrowi	szpital podległy uniwersytetowi medycznemu	instytut badawczy	szpital - inny	przychodnia/ ośrodek zdrowia: specjalistyczny i podst. opieki	przychodnia/ ośrodek zdrowia: specjalistyczny	przychodnia/ ośrodek zdrowia podstawowej opieki	przychodnia - inna	zakład opiekuńczo - leczniczy	zakład pielęgnacyjno - opiekuńczy	hospicjum	zakład rehabilitacji leczniczej	zakład opieki - inny	stacja pogotowia ratunkowego	ratownictwo - inne
Analizator biochemiczny wieloparametrowy	2%	0%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	2%	2%	1%	7%	3%	0%	0%	0%	0%	0%
Angiograf	1%	0%	2%	11%	8%	16%	0%	0%	0%	2%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Aparat do elektrokoagulacji	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Aparat EEG	2%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	3%	2%	0%	7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Aparat EMG	1%	0%	1%	1%	8%	0%	0%	0%	1%	3%	0%	1%	9%	0%	0%	0%	0%	0%
Aparat KTG	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Aparat do znieczulenia ogólnego	2%	14%	7%	5%	0%	10%	27%	16%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Aparat do gazometrii	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Aparaty diagnost. (med. nuklearna, gammakamera, scyntygraf)	0%	0%	1%	1%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Aparaty RTG, w tym:	4%	5%	4%	3%	0%	0%	0%	0%	5%	8%	1%	1%	0%	0%	0%	4%	0%	2%
-- aparaty RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową	3%	10%	16%	6%	0%	4%	20%	10%	7%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	14%	0%
-- aparaty RTG z torem wizyjnym	2%	10%	4%	5%	0%	0%	0%	0%	2%	1%	1%	2%	0%	0%	0%	4%	0%	0%

Badanie ewaluacyjne pn. „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020”

-- aparaty RTG z ramieniem C	2%	29%	6%	3%	5%	0%	0%	0%	2%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- mammografy	1%	0%	4%	3%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- densytometry	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- aparaty stomatologiczne	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	5%	3%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- pozostałe aparaty RTG	1%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	2%	1%	1%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Aparaty USG, w tym:	7%	0%	4%	1%	0%	0%	0%	7%	11%	6%	14%	6%	17%	5%	16%	1%	0%	0%
-- kardiologiczne (w tym echokardiograf, aparat UKG)	4%	0%	3%	2%	0%	6%	0%	4%	6%	5%	8%	0%	0%	0%	0%	4%	0%	0%
-- ginekologiczne	5%	6%	4%	1%	14%	0%	0%	6%	8%	11%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- pozostałe aparaty USG	4%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	6%	8%	5%	8%	4%	0%	0%	13%	0%	0%	0%
Defibrylator	4%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	3%	1%	7%	1%	0%	14%	0%	0%	0%	15%
Densytometr	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	3%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%
EKG, w tym:	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	5%	1%	21%	4%	13%	5%	0%	0%	7%	0%
-- Holter	1%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	1%	3%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%
Endoskop/aparatura endoskopowa, w tym:	1%	4%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- gastroskop	1%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- kolonoskop	0%	0%	1%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- bronchoskop	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- wideobronchoskop	0%	0%	0%	1%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- bronchofiberoskop	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- laparoskop	0%	0%	0%	0%	8%	9%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
-- laryngoskop	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%
-- rektoskop	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Holter ciśnieniowy	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	7%	0%	11%	0%	0%	0%	1%	0%
Inkubator niemowlęcy	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Kardiomonitor	0%	0%	1%	0%	6%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%	4%	11%	0%	0%	0%	0%

Badanie ewaluacyjne pn. „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020”

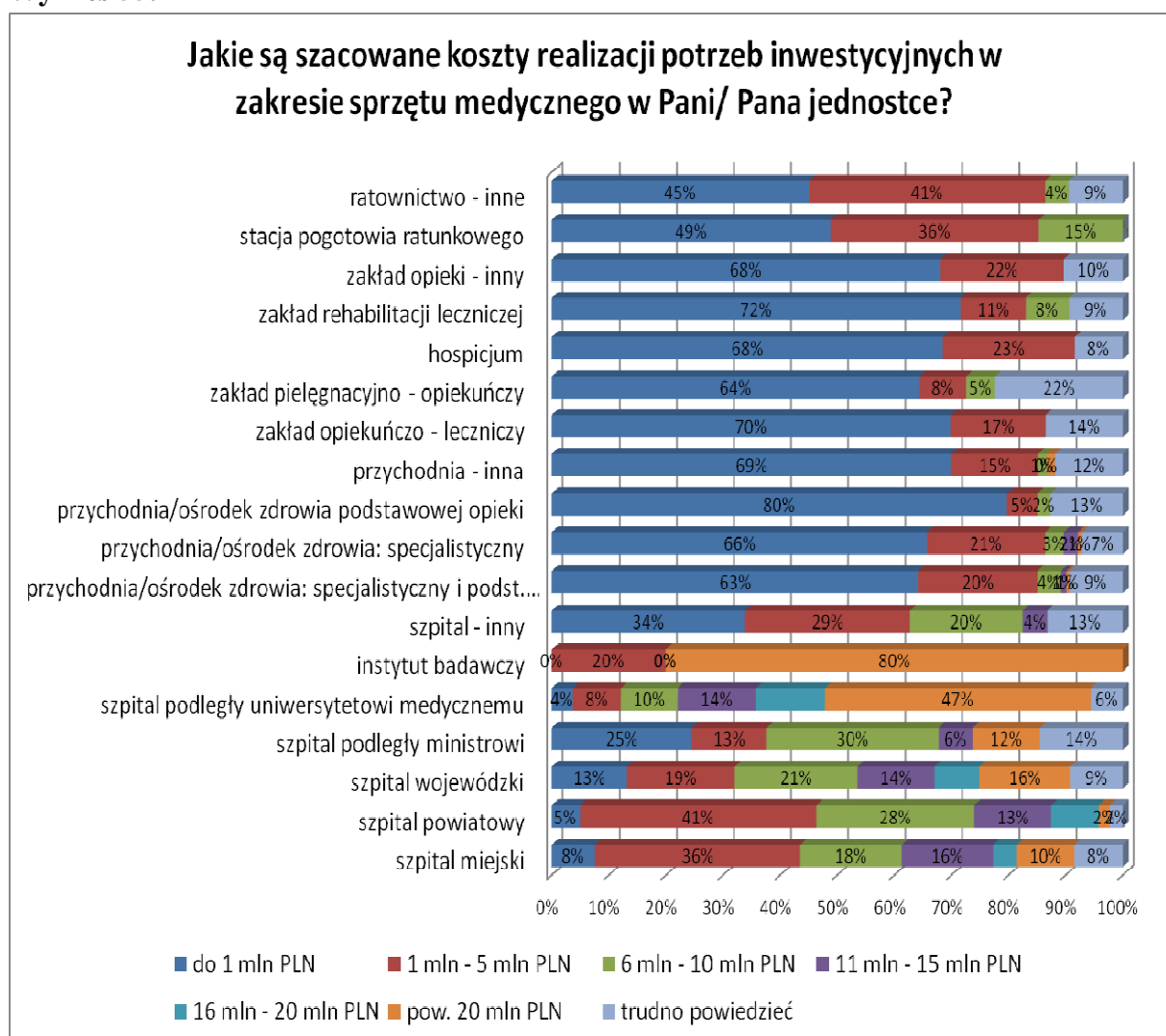
Kardiostymulator	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Łóżko pooperacyjne	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9%	0%	0%	0%	0%	0%
Pompa infuzyjna	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	4%	18%	0%	5%	0%	0%
Pulsoksymetr	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	8%	0%	0%	0%	0%	0%
Resektoskop	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Respiratory	1%	0%	2%	5%	0%	9%	0%	7%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	14%	0%	0%	0%	0%
Rezonans magnetyczny	2%	0%	9%	12%	5%	15%	0%	7%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%
Specjalistyczny sprzęt ratunkowy	5%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	4%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	38%
Spirometr	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	1%	9%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Stół operacyjny	0%	0%	2%	0%	8%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Tomograf komputerowy	4%	14%	14%	11%	21%	9%	53%	15%	2%	3%	0%	6%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%
Urządzenia do sterylizacji	3%	3%	5%	3%	0%	0%	0%	0%	4%	5%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Inne	27%	0%	2%	11%	16%	14%	0%	11%	11%	24%	4%	43%	38%	33%	38%	80%	67%	45%	0%

Źródło: Badanie własne

Tutaj także nie udało się zidentyfikować jakiś wyraźniej zarysowanych trendów wśród potrzeb inwestycyjnych w zakresie sprzętu deklarowanych przez przedstawicieli poszczególnych rodzajów podmiotów leczniczych.

W podziale na poszczególne rodzaje podmiotów leczniczych szacowane koszty potrzeb inwestycyjnych w zakresie sprzętu medycznego przedstawia Wykres 55.:

**Wykres 55.**



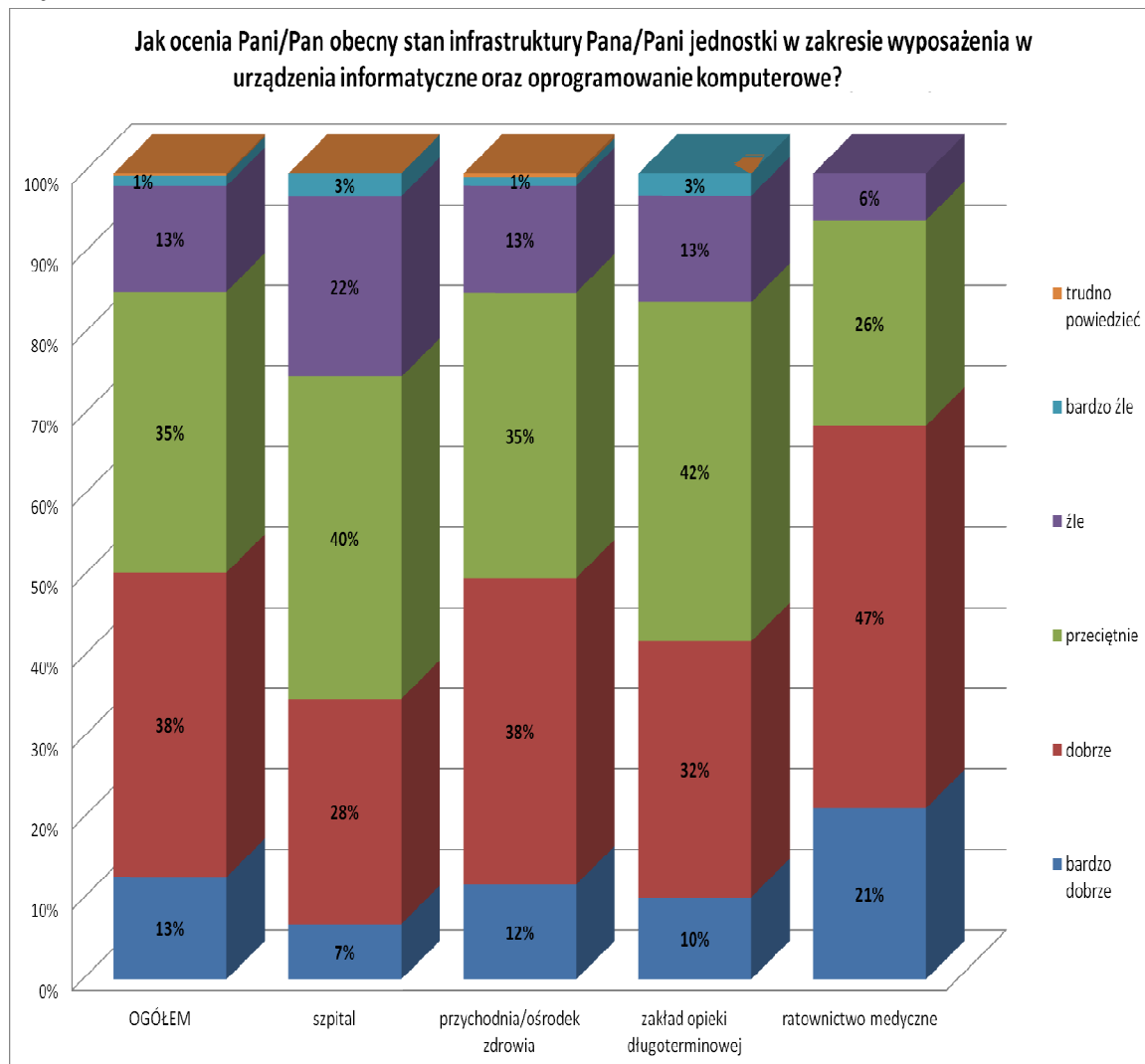
Źródło: badanie własne. N=889.

Zdecydowana większość podmiotów objętych badaniem ma potrzeby inwestycyjne w zakresie sprzętu medycznego szacowane w wysokości do 1 mln złotych. Jedynie w grupie instytutów badawczych i szpitali podległych uniwersytetowi medycznemu jest liczniejsza grupa podmiotów mająca potrzeby szacowane na powyżej 20 mln PLN.

Zebrane dane pozwalają oszacować ogólną wartość inwestycji potrzeb inwestycyjnych dotyczących sprzętu medycznego. Zgodnie z deklaracjami respondentów ogólna wartość potrzeb inwestycyjnych w zakresie sprzętu medycznego deklarowanych przez podmioty lecznicze objęte badaniem wynosi ok. 3,1 mld PLN. Przeciętna wartość inwestycji w sprzęt medyczny realizowanej przez jedną placówkę, która w niniejszym badaniu zadeklarowała potrzebę realizacji takiej inwestycji wynosi ok. 7 mln PLN.



**Wykres 56.**

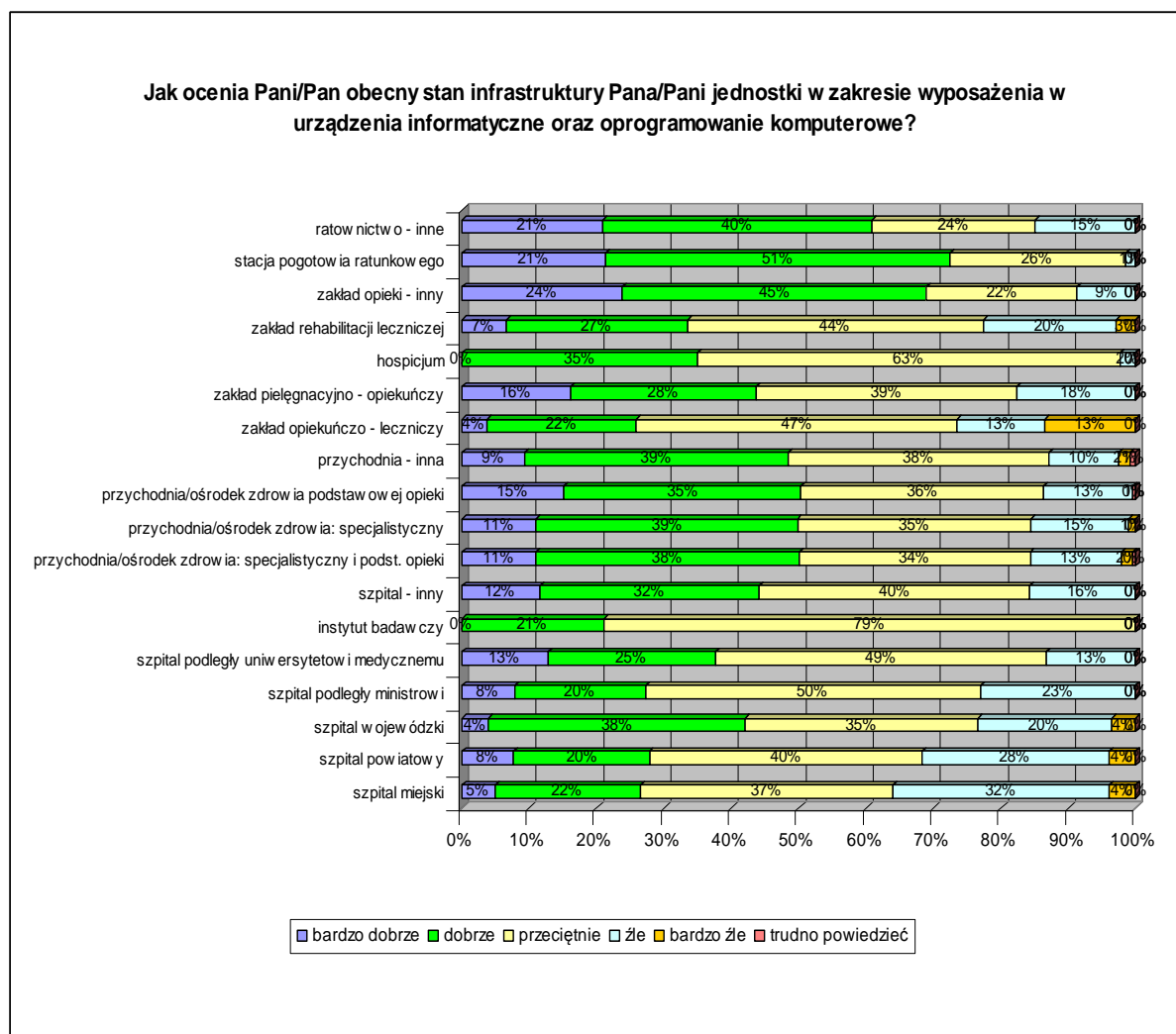


Źródło: badanie własne. N=1242

Ocena stanu infrastruktury jednostek w zakresie wyposażenia w urządzenia informatyczne i oprogramowanie komputerowe jest raczej dość wysoka: negatywne oceny pozytywne stanowią 51% ocen udzielonych przez respondentów, natomiast oceny negatywne wskazało tylko 14% badanych. Tutaj także przedstawiciele szpitali najniżej oceniają wyposażenie swoich jednostek w ten rodzaj sprzętu. Najlepiej wyposażenie swoich placówek w urządzenia informatyczne i oprogramowanie komputerowe oceniają przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego.

W podziale na bardziej szczegółowe kategorie analityczne odpowiedzi na to pytanie przedstawia Wykres 57.:

Wykres 57.



Źródło: badanie własne. N=1242

Najlepiej swoje wyposażenie w urządzenia informatyczne i sprzęt komputerowy oceniają przedstawiciele stacji pogotowia ratunkowego (72% ocen pozytywnych) i zakładów opiekinnych (69% ocen pozytywnych). Najgorzej swoje wyposażenie w urządzenie informatyczne i sprzęt komputerowy oceniają przedstawiciele: instytutów badawczych (21% ocen pozytywnych), zakładów opiekuńczo-leczniczych (26% ocen pozytywnych), szpitali miejskich (27% ocen pozytywnych), szpitali powiatowych (28% ocen pozytywnych) i szpitali podległych ministrowi (28% ocen pozytywnych).

82% respondentów deklaruje (900 podmiotów), że ich placówka ma potrzeby inwestycyjne w zakresie wyposażenia w urządzenia informatyczne i oprogramowanie komputerowe.

Szczegółowe zestawienie deklarowanych potrzeb inwestycyjnych respondentów w zakresie wyposażenia w urządzenia informatyczne i oprogramowanie komputerowe przedstawia poniższa tabela.

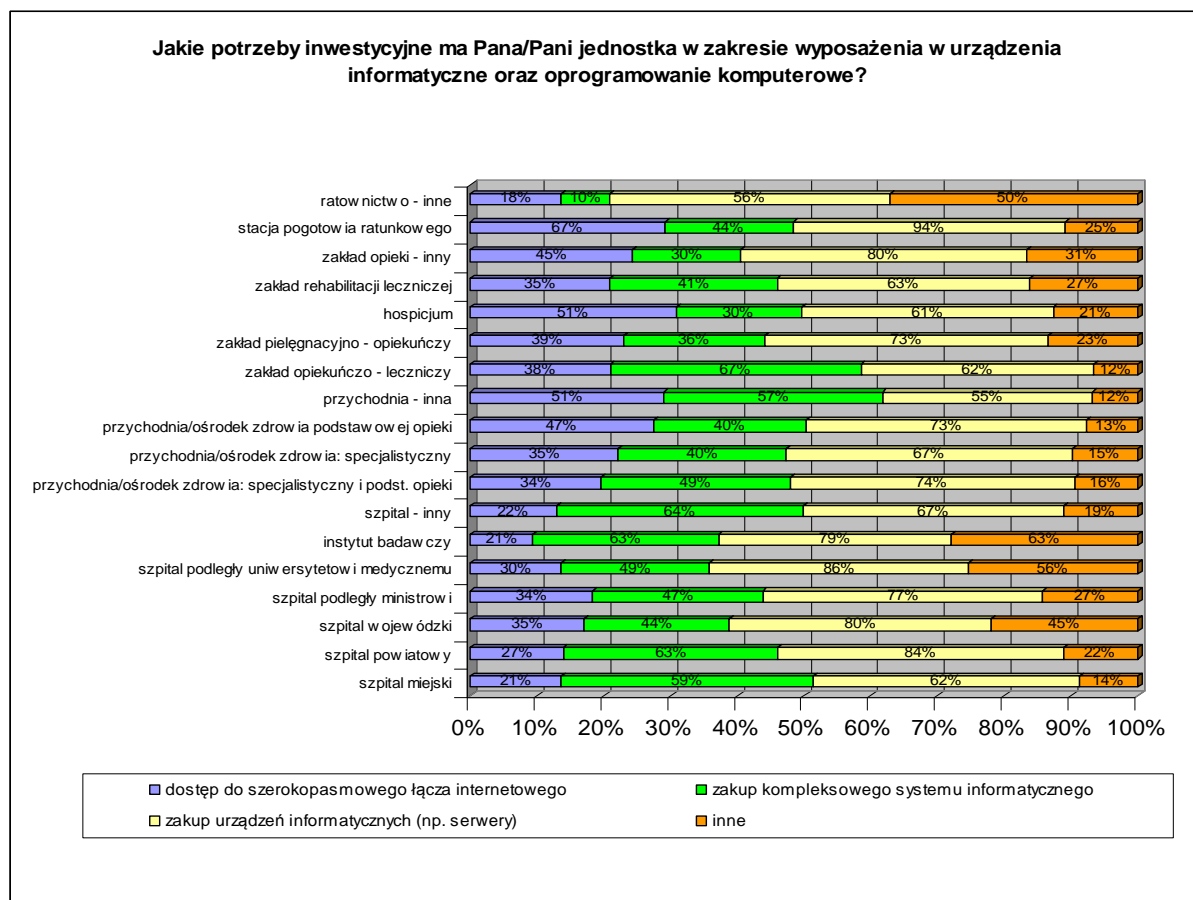
**Tabela 12.**

	Ogółem	Kategoria podmiotów leczniczych			
		szpital	przychodnia/ ośrodek zdrowia	zakład opieki długoterminowej	ratownictwo medyczne
dostęp do szerokopasmowego łącza internetowego	40%	29%	39%	40%	50%
zakup kompleksowego systemu informatycznego, np.	44%	54%	45%	40%	32%
-- system PACS	10%	26%	7%	1%	6%
-- system RIS	8%	24%	5%	3%	7%
-- system HIS	9%	33%	4%	8%	8%
-- inny	11%	18%	6%	5%	24%
zakup urządzeń informatycznych (np. serwery)	73%	79%	70%	67%	81%
inne	21%	32%	15%	24%	33%

Źródło: Badanie własne.

Kolejny wykres przedstawia deklarowane potrzeby inwestycyjne respondentów w podziale na rodzaje podmiotów leczniczych.

Wykres 58.

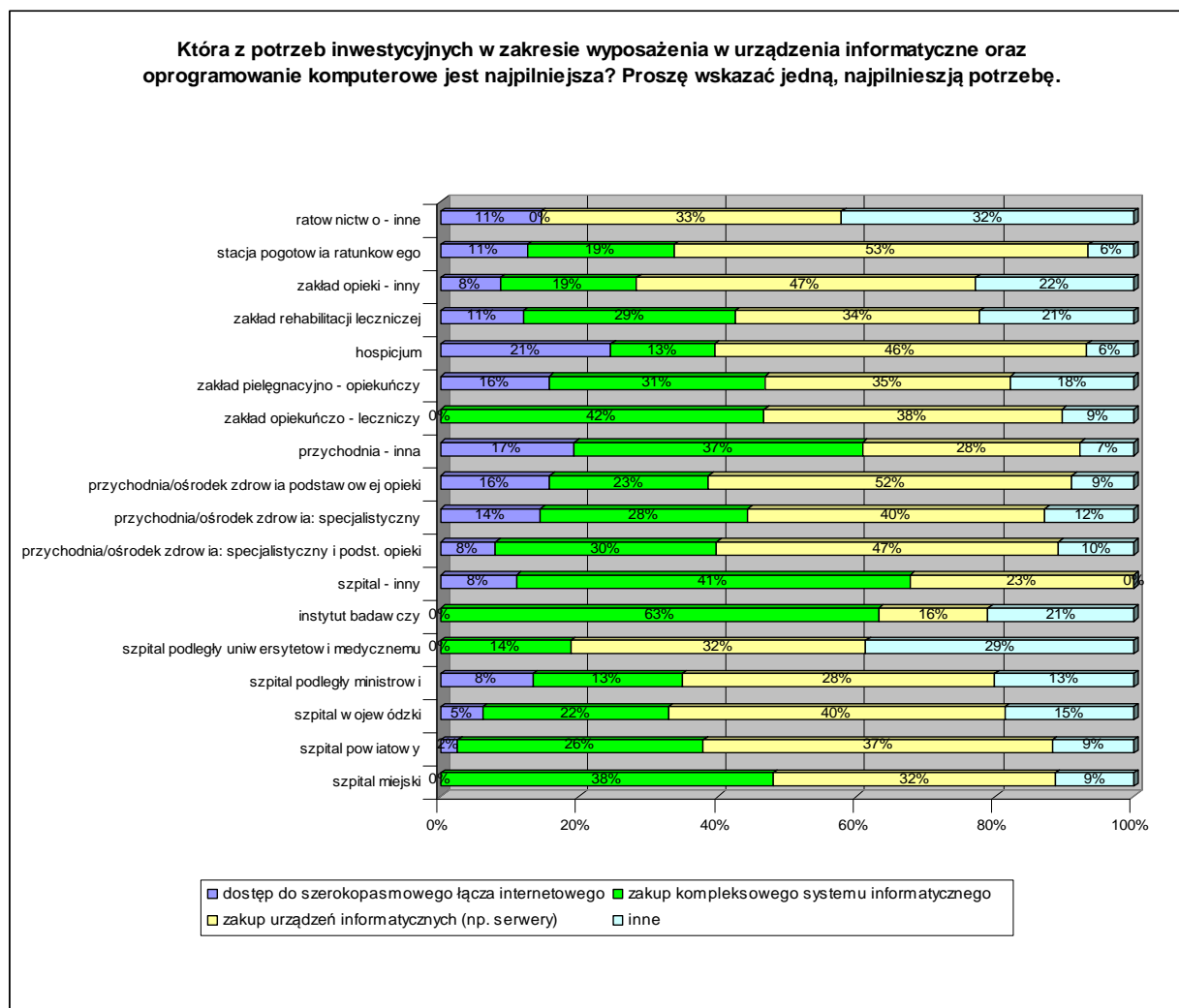


Źródło: badanie własne.

Najliczniejszą grupę potrzeb we wszystkich rodzajach podmiotów leczniczych objętych badaniem stanowi zakup urządzeń informatycznych. Pozostałe potrzeby reprezentowane są nieco mniej licznie, jednak w niektórych grupach podmiotów stanowią istotny element. Dostęp do szerokopasmowego Internetu jest jako bardzo istotna potrzeba zgłaszany przede wszystkim przez stacje pogotowia ratunkowego (57% wskazań), grupę przychodnie-inne (51% wskazań), hospicja (51% wskazań) i przychodnie/ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej (47% wskazań). Zakup kompleksowego systemu komputerowego stanowi bardzo istotną potrzebę dla: szpitali miejskich (59% wskazań, grupy przychodnia-inna (57% wskazań), grupy szpital-inny (54% wskazań) i szpitali powiatowych (54% wskazań).

Respondentów poproszono także o wskazanie, która potrzeba z zakresu wyposażenia w urządzenia informatyczne i sprzęt komputerowy jest dla ich placówki najpilniejsza. Uzyskane odpowiedzi przedstawia kolejny wykres.

Wykres 59.



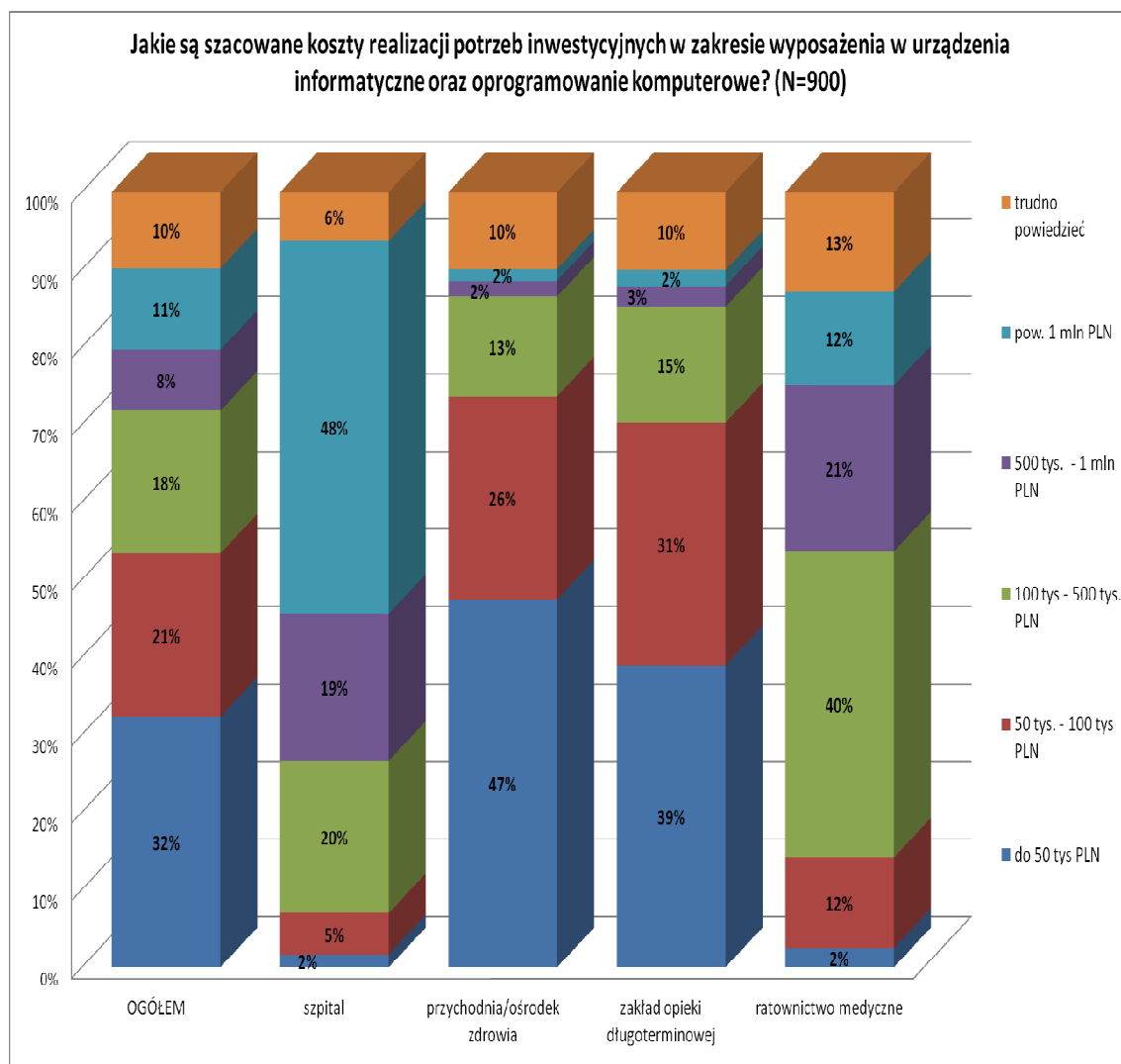
Źródło: badanie własne.

Ogólnie najliczniejszą grupę najpilniejszych potrzeb stanowi zakup urządzeń informatycznych (w tym serwerów). Jest to najistotniejsza potrzeba m.in. dla: stacji pogotowia ratunkowego (53% wskazań), przychodni/ ośrodków zdrowia podstawowej opieki zdrowotnej (52% wskazań), zakładów opieki-innych (47% wskazań), przychodni/ ośrodków zdrowia specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej (47% wskazań).

Zakup kompleksowego systemu informatycznego jest najpilniejszą potrzebą w tym zakresie dla instytutów badawczych (63% wskazań), zakładów opiekuńczo-leczniczych (42% wskazań) i szpitali-innych (41% wskazań).

Pozostałe potrzeby są wskazywane jako najpilniejsze przez zdecydowanie mniejsze grupy podmiotów.

**Wykres 60.**

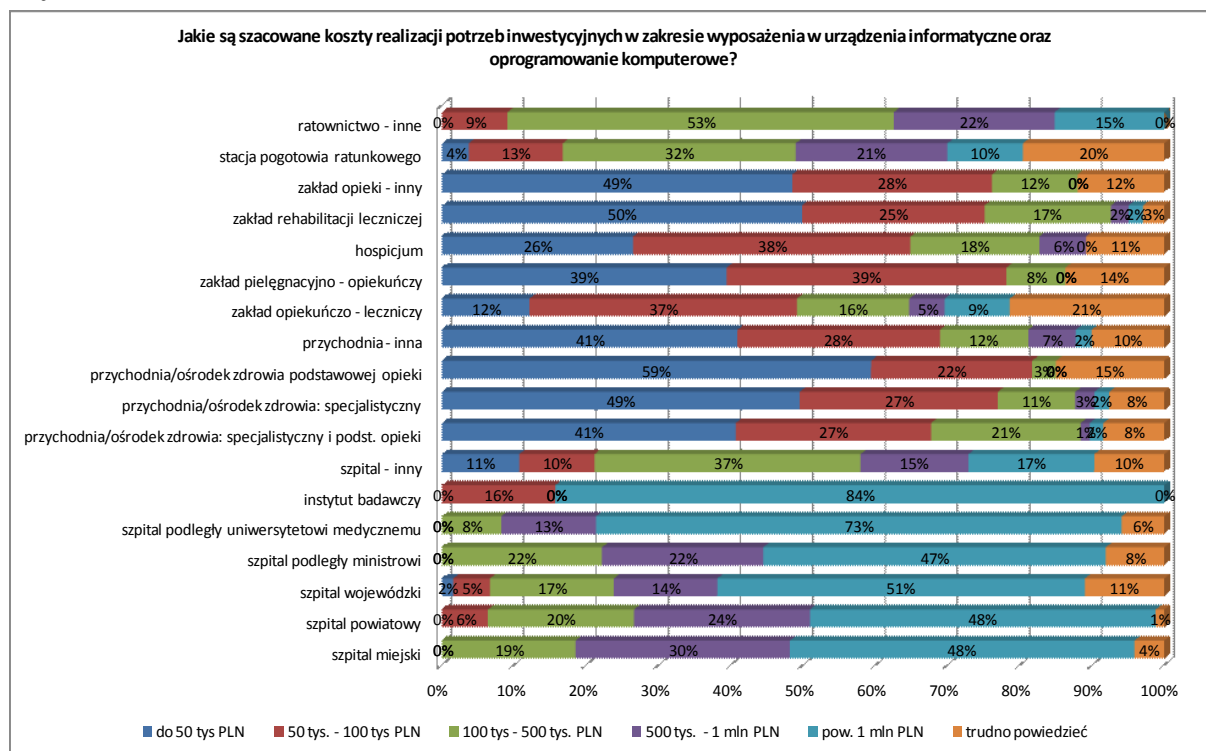


Źródło: badanie własne.

Większość (53%) planowanych w tym zakresie inwestycji, to niewielkie projekty, o wartości do 100 tys. PLN. Jedynie w wypadku szpitali planowane są w większej liczbie (48%) projekty duże, o wartości ponad 1 mln PLN.

W podziale na poszczególne typy podmiotów leczniczych objętych badaniem, szacunki wartości potrzeb inwestycyjnych w zakresie wyposażenia w urządzenia informatyczne i sprzęt komputerowy są następujące:

Wykres 61.



Źródło: badanie własne.

Powyższy wykres pokazuje, że potrzeby o większej wartości w tym zakresie (powyżej 1 mln PLN) mają przede wszystkim instytuty badawcze (84% wskazań), szpitale podległe uniwersytetowi medycznemu, (73% wskazań), szpitale wojewódzkie (51% wskazań), szpitale powiatowe (48%), szpitale miejskie (48%) i szpitale podległe ministrowi (47%).

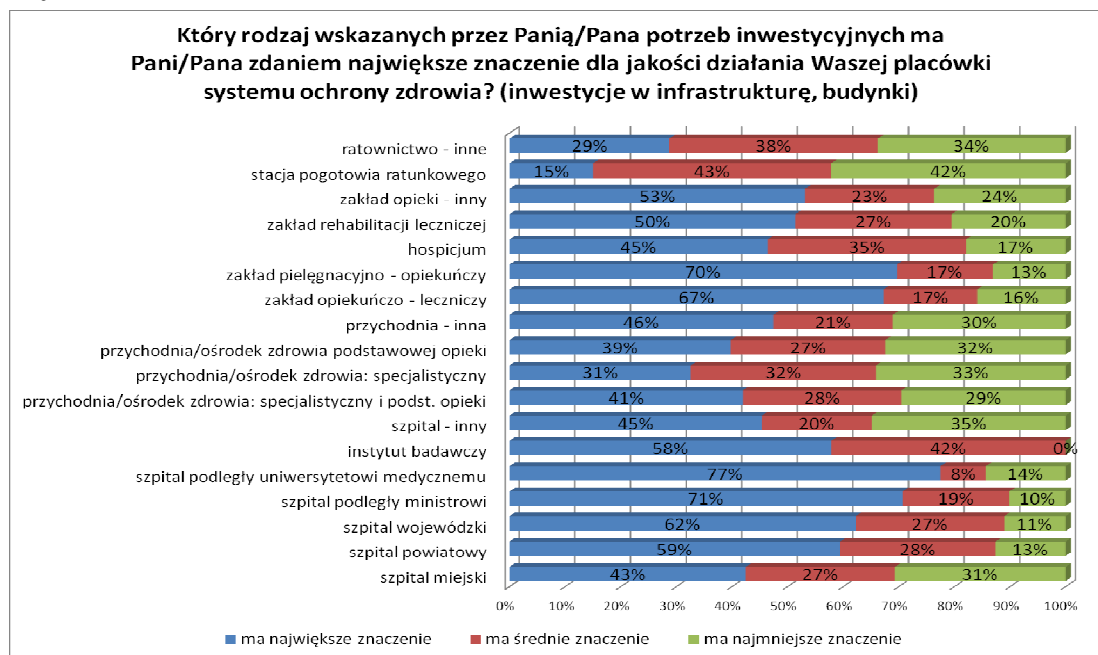
Potrzeby w minimalnej wielkości (do 50 tys. PLN) mają przede wszystkim: przychodnie/ ośrodki zdrowia podstawowej opieki zdrowotnej (59% wskazań), zakłady rehabilitacji leczniczej (50%), zakłady opieki-inne (49%), przychodnie/ ośrodki zdrowia specjalistyczne (49%).

Ogólna wartość wszystkich potrzeb inwestycyjnych deklarowanych przez respondentów niniejszego badania w zakresie wyposażenia swojej placówki w urządzenia informatyczne i oprogramowanie komputerowe<sup>20</sup> wynosi ok. 0.3 mld PLN.

Zadeklarowana przez podmioty biorące w badaniu wartość inwestycji w infrastrukturę (budynki, sprzęt medyczny i wyposażenie informatyczne) wynosi ogółem ok. 10-10,8 mld PLN.

<sup>20</sup> Metoda szacowania ogólnej wartości deklarowanych potrzeb inwestycyjnych w zakresie wyposażenia swojej placówki w urządzenia informatyczne i oprogramowanie komputerów jest taka sama jak w przypadku potrzeb w zakresie budynków (zob. przypis nr 8)

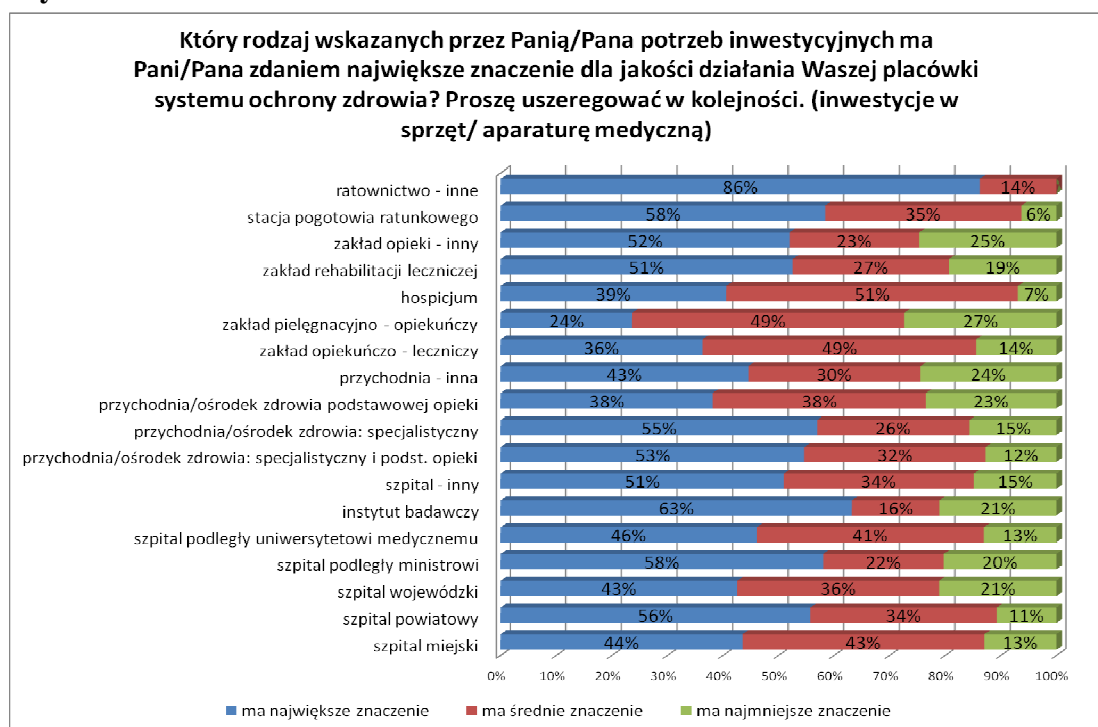
Wykres 62.



Źródło: badanie własne. N=1242

Inwestycje w budynki mają największe znaczenie dla szpitali podległych uniwersytetom medycznemu (77% wskazań, że ta inwestycja ma największe znaczenie), szpitali podległych ministrowi (71% wskazań) i zakładów opiekuńczo-leczniczych (70% wskazań). Najmniejsze znaczenie inwestycje w budynki mają dla stacji pogotowia ratunkowego (15% wskazań, że ten typ inwestycji jest najważniejszy).

Wykres 63.

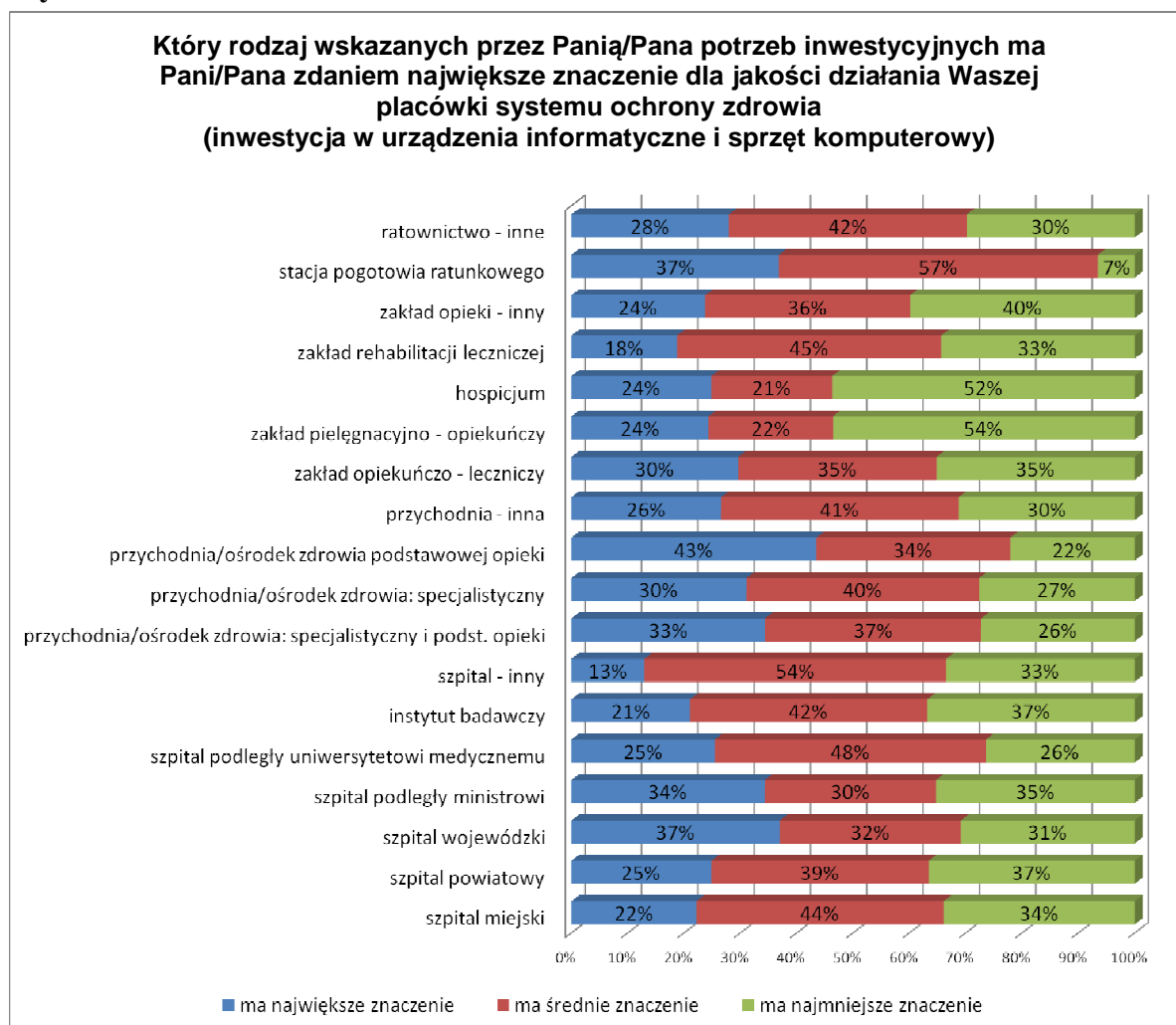


Źródło: badanie własne. N=1242.



Inwestycja w sprzęt/ aparaturę medyczną ma największe znaczenie dla grupy ratownictwo-inne (86% wskazań, że ta inwestycja jest najważniejsza). Najmniejsze znaczenie ma ten rodzaj inwestycji dla zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (24% wskazań, że ta inwestycja jest najważniejsza), zakładów opiekuńczo-leczniczych (36% wskazań) i przychodni/ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej (38% wskazań).

Wykres 64.



Źródło: badanie własne. N=1242.

Inwestycje w urządzenia informatyczne i sprzęt komputerowy mają największe znaczenie dla przychodni/ ośrodków zdrowia podstawowej opieki zdrowotnej (43% wskazań, że ten rodzaj inwestycji ma największe znaczenie). Najmniejsze znaczenie ten typ inwestycji ma dla grupy szpital-inny (13% wskazań, że ta inwestycja ma największe znaczenie) i zakładów rehabilitacji leczniczej (18% wskazań).

### **Podsumowanie:**

- 76% wszystkich badanych podmiotów ma potrzeby inwestycyjne dotyczące budynków. Zjawisko to w największym stopniu dotyczy szpitali, gdzie takie potrzeby deklaruje aż 96% badanych podmiotów.
- Planowane przez podmioty lecznicze inwestycje dotyczące budynków są raczej inwestycjami niewielkimi, zasadniczo mieszczącymi się w granicach do 10 mln PLN. Wyjątek stanowią tutaj szpitale, gdzie dominującą grupę inwestycji stanowią inwestycje duże, o wartości powyżej 30 mln PLN.
- W poszczególnych typach podmiotów leczniczych, podstawowe potrzeby inwestycyjne w zakresie budynków dotyczą:
  - Dla szpitali:
    - Modernizacja instalacji;
    - Rozbudowa, przebudowa budynku
    - Remont budynku;
  - Dla przychodni/ ośrodków zdrowia;
    - Rozbudowa, przebudowa budynku;
    - Remont budynku;
    - Modernizacja instalacji;
  - Dla zakładów opieki długoterminowej:
    - Rozbudowa, przebudowa budynku;
    - Remont budynku;
    - Modernizacja instalacji;
  - Dla placówek ratownictwa medycznego:
    - Remont budynku;
    - Rozbudowa, przebudowa budynku;
    - Budowa;
    - Termomodernizacja.
- Ogólna wartość potrzeb inwestycyjnych dotyczących budynków deklarowanych przez respondentów niniejszego badania sięga kwoty 7-7,5 mld PLN, a przeciętnie w jednej placówce realizującej inwestycję w obszarze budynków, będzie realizowana inwestycja o wartości 8 – 9 mln PLN.

- Potrzeby inwestycyjne w zakresie sprzętu medycznego zgłosiło 81% badanych podmiotów.
- Zgodnie z deklaracjami respondentów ogólna wartość inwestycji w sprzęt medyczny planowanych przez podmioty lecznicze objęte badaniem wynosi ok. 3,1 mld PLN. Przeciętna wartość inwestycji w sprzęt medyczny realizowanej przez jedną placówkę, która w niniejszym badaniu zadeklarowała potrzebę realizacji takiej inwestycji wynosi ok. 7 mln PLN.
- 82% respondentów deklaruje (900 podmiotów), że ich placówka ma potrzeby inwestycyjne w zakresie wyposażenia w urządzenia informatyczne i oprogramowanie komputerowe. Większość planowanych w tym zakresie inwestycji, to niewielkie projekty, o wartości do 100 tys. PLN. Jedynie w wypadku szpitali planowane są w większej liczbie projekty duże, o wartości ponad 1 mln PLN. Ogólna wartość wszystkich potrzeb inwestycyjnych deklarowanych przez respondentów niniejszego badania w zakresie wyposażenia swojej placówki w urządzenia informatyczne i oprogramowanie komputerowe wynosi ok. 0.3 mld PLN.
- Inwestycje w budynki mają największe znaczenie dla szpitali podległych uniwersytetom medycznym, szpitali podległych ministrowi i zakładów opiekuńczo-leczniczych. Inwestycja w sprzęt/ aparaturę medyczną ma największe znaczenie dla grupy ratownictwo-inne. Inwestycje w urządzenia informatyczne i sprzęt komputerowy mają największe znaczenie dla przychodni/ ośrodków zdrowia podstawowej opieki zdrowotnej (43% wskazań, że ten rodzaj inwestycji ma największe znaczenie)
- Zadeklarowana przez podmioty biorące w badaniu wartość inwestycji w infrastrukturę (budynki, sprzęt medyczny i wyposażenie informatyczne) wynosi ogółem ok. 10-10,8 mld PLN.

### **III.1.5. Jakie są słabe / mocne strony, szanse / zagrożenia sektora ochrony zdrowia, pod kątem stanu/jakości /zasobności jednostek ochrony zdrowia w infrastrukturę ochrony zdrowia?**

<b>SILNE STRONY</b>	<b>SŁABE STRONY</b>
Bardzo dobrze wykształcone kadry <sup>21</sup> ; Zakupione – w dużej mierze za środki unijne	Niski poziom finansowania systemu ochrony zdrowia: brak funduszy na konieczne remonty, naprawy, prace modernizacyjne i

<sup>21</sup> Por. Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007-2013, s. 36.

<p>– nowoczesne wyposażenie (sprzęt medyczny);</p> <p>Bardzo szeroka i profesjonalna oferta usług medycznych, także dla świadczeniobiorców spoza naszego kraju.<sup>22</sup></p> <p>Powstały nowoczesne placówki medyczne, spełniające wszystkie obecne wymogi prawne;</p> <p>Istnienie ośrodków stosujących nowoczesne technologie medyczne.</p>	<p>odnowę sprzętu;</p> <p>Znaczny odsetek infrastruktury (budynki) wymagający pilnych (i często niezwykle kosztownych) prac remontowych i modernizacyjnych. W niektórych wypadkach nie ma możliwości dokonania prac modernizacyjnych tak, aby budynki spełniały aktualne wymogi prawne;</p> <p>Niski poziom kontraktacji z NFZ i niska wycena punktowa niektórych procedur (szczególnie w wypadku placówek pełniących ostre dyżury) powodujący problemy z finansowaniem koniecznych działań modernizacyjnych i odtworzeniowych w zakresie infrastruktury;</p> <p>Braki specjalistów w niektórych dziedzinach, koniecznych, aby należycie wykorzystywano posiadaną infrastrukturę.</p>
<p><b>SZANSE</b></p>	<p><b>ZAGROŻENIA</b></p>
<p>Umieszczenie kwestii związanych z ochroną zdrowia wśród najważniejszych priorytetów warunkujących prawidłowy rozwój społeczno-gospodarczy Polski;</p> <p>Uwzględnienie infrastruktury ochrony zdrowia wśród priorytetowych celów polityki spójności;</p> <p>Objęcie systemu ochrony zdrowia (w szczególności kwestii dotyczących infrastruktury ochrony zdrowia) wsparciem w ramach programów współfinansowanych ze środków UE;</p> <p>Dostosowanie systemu ochrony zdrowia do zmieniającego się popytu na świadczenia zdrowotne.</p>	<p>Utrzymujący się niski poziom finansowania ochrony zdrowia;</p> <p>Brak koordynacji inwestycji podmiotów publicznego systemu ochrony zdrowia, skutkujący obniżeniem stopnia efektywności realizowanych inwestycji. Powoduje to nieefektywne inwestowanie i nienależyte wykorzystywanie posiadanego w publicznym systemie ochrony zdrowia wyposażenia;</p> <p>Niedoszacowane kontrakty na świadczenie usług medycznych;</p> <p>Niedostosowanie kontraktów na świadczenie usług medycznych do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych populacji na danym terenie;</p> <p>Dublowanie się świadczeniodawców oferujących usługi wysokopunktowane (ekonomicznie korzystne) przy jednoczesnym braku podmiotów świadczących usługi niskopunktowe;</p> <p>Niedostosowanie leczenia stacjonarnego do zjawisk związanych ze starzeniem się społeczeństwa;</p> <p>Atrakcyjniejsza oferta finansowa dla kadry medycznej za granicą.</p>

<sup>22</sup> Tamże..

## III.2. Wypracowanie propozycji kierunków interwencji infrastrukturalnych w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014-2020

### Analiza unijnych i krajowych dokumentów strategicznych

Kluczowym dokumentem strategicznym określającym zasadnicze kierunki polityki Unii Europejskiej do roku 2020 jest dokument „*Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*”<sup>23</sup> Na poziomie krajowym realizowana jest ona przez Programy i Strategie, które zostały omówione poniżej.

Dokumentem operacyjnym, opracowanym w celu wdrożenia w Polsce strategii określonej w dokumencie Europa 2020, jest dokument: *Krajowy Program Reform na rzecz realizacji strategii „Europa 2020”*,<sup>24</sup> gdzie na stronie 24, w części dotyczącej rozwoju infrastruktury społecznej, znajduje się dosyć obszerny fragment dotyczący kwestii związanych z ochroną zdrowia społeczeństwa:

*Kolejną kwestią jest poprawa systemu ochrony zdrowia, jako obszaru o kluczowym znaczeniu dla jakości życia obywateli. Działania w tym obszarze będą ukierunkowane na poprawę dostępności oraz zdolności instytucjonalnej i poprawę efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, poprzez wprowadzenie zmian w zakresie zasad organizacji i zarządzania w systemie ochrony zdrowia oraz funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą, a także poprzez inwestycje podnoszące jakość i konkurencyjność świadczenia usług zdrowotnych (m. in. modernizacja placówek świadczących usługi medyczne, zakup nowoczesnego sprzętu diagnostycznego leczniczego i rehabilitacyjnego). Konieczne będzie również podjęcie szerszych niż do tej pory działań w zakresie profilaktyki i rehabilitacji oraz opieki długoterminowej, szczególnie w kontekście starzenia się społeczeństwa, w tym w zakresie szerszego wykorzystania nowoczesnych technologii teleinformatycznych w służbie osobom starszym i niepełnosprawnym, aby umożliwić im niezależne życie i aktywność społeczną. Przyczyni się to do osiągnięcia celu strategicznego, jakim jest poprawa stanu zdrowia społeczeństwa oraz będzie sprzyjało dłuższemu pozostawaniu osób pracujących na rynku pracy. Niezbędne będzie wspieranie systemów norm, standardów interoperacyjności oraz certyfikacji systemów i usług e-zdrowia. Warto rozważyć wprowadzenie kontroli*

<sup>23</sup> Zob.: [http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1\\_PL\\_ACT\\_part1\\_v1.pdf](http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_PL_ACT_part1_v1.pdf) pobranie z dnia 12.12.2012., patrz.: Pkt. III.3.

<sup>24</sup> Zob.: [http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nrp/nrp\\_poland\\_pl.pdf](http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nrp/nrp_poland_pl.pdf), pobranie z dn. 12.12.2012 r.

*bezpieczeństwa produktów informatycznych w ochronie zdrowia w sposób analogiczny, jak dla bezpieczeństwa urzędów medycznych. Jednocześnie należy zapewnić kształcenie kadr medycznych w specjalizacjach niezbędnych do zagwarantowania odpowiedniego poziomu zdrowia społeczeństwa.*

Dokument ten podkreśla istotne znaczenie sprawnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia dla jakości życia obywateli. Jednocześnie wskazuje na kluczowe, priorytetowe kierunki działań podejmowanych w celu poprawy funkcjonowania tego systemu:

- poprawa dostępności oraz zdolności instytucjonalnej i poprawę efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, poprzez wprowadzenie zmian w zakresie zasad organizacji i zarządzania w systemie ochrony zdrowia oraz funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą, a także poprzez inwestycje podnoszące jakość i konkurencyjność świadczenia usług zdrowotnych.
- podjęcie szerszych niż do tej pory działań w zakresie profilaktyki i rehabilitacji oraz opieki długoterminowej, szczególnie w kontekście starzenia się społeczeństwa.
- wspieranie systemów norm, standardów interoperacyjności oraz certyfikacji systemów i usług e-zdrowia.
- kształcenie kadr medycznych w specjalizacjach niezbędnych do zagwarantowania odpowiedniego poziomu zdrowia społeczeństwa.

Wśród krajowych dokumentów strategicznych odnoszących się do problematyki systemu ochrony zdrowia, przede wszystkim trzeba wskazać na projekt dokument *Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju*.<sup>25</sup> W dokumencie tym odniesienia do kwestii związanych z ochroną zdrowia znajdujemy już na stronie 4, gdzie zdefiniowano dwadzieścia pięć kluczowych decyzji, jaki muszą zostać podjęte w najbliższym czasie w Polsce. Wśród nich, jako decyzję numer 10, wymieniono:

#### **10. Dostępność i wysoka jakość usług zdrowotnych**

*Wdrożyć zmiany do 2015 w systemie zdrowia powszechnego, których celem będzie poprawa dostępności, skuteczności i jakości usług medycznych (w tym rehabilitacji), głównie za sprawą wzrostu efektywności systemu ochrony zdrowia, istotnego wzmocnienia dobrze*

<sup>25</sup> Zob.: projekt dokumentu z dnia 17.11.2012 r., [http://zds.kprm.gov.pl/sites/default/files/dsrk\\_2\\_tom\\_17\\_listopada\\_2011\\_0.pdf](http://zds.kprm.gov.pl/sites/default/files/dsrk_2_tom_17_listopada_2011_0.pdf) pobranie z dn. 12.12.2012.

*adresowanych działań profilaktycznych, uruchomienia dodatkowych źródeł finansowania opieki zdrowotnej.*

Nieco dalej, na stronie 6, wymieniono także decyzję numer 19, gdzie także wskazano na pewne elementy związane z systemem ochrony zdrowia.

### **19. Poprawa cywilizacyjnych warunków życia na wsi**

*Wyposażyć obszary wiejskie i małe miasteczka w infrastrukturę cywilizacyjną pozwalającą na wyrównanie szans zawodowych i społecznych ich mieszkańców (dostępność komunikacyjna, cyfrowa, edukacyjna, do usług zdrowotnych, warunki uczestnictwa w kulturze oraz dla pracy poza rolnictwem – także w nowych dziedzinach eko-gospodarki) i silniejsze powiązanie z lokalnymi, regionalnymi i krajowymi centrami rozwoju.*

Decyzja nr 10., która w pełni i bezpośrednio odnosi się do systemu ochrony zdrowia, jest sformułowana bardzo ogólnie i wskazuje jedynie na potrzebę podjęcia kompleksowych działań zmierzających do poprawy jakości i dostępności usług medycznych w Polsce. Wskazane zostały tu pewne obszary, które można uznać za priorytetowe:

- Wzrost efektywności systemu ochrony zdrowia;
- Wzmocnienie działań profilaktycznych;
- Uruchomienie dodatkowych źródeł finansowania opieki zdrowotnej.

W decyzji nr 19. wskazano jedynie na znaczenie dostępności do usług medycznych dla poprawy warunków cywilizacyjnych życia na wsi. Z punktu widzenia planowania przyszłego wsparcia dla systemu ochrony zdrowia, jest to zarazem wskazanie, że za istotny – jeżeli nie priorytetowy – można uznać kierunek działań zmierzający do poprawy dostępności do usług medycznych na obszarach wiejskich.

W dalszej części dokumentu ***Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju*** znajdujemy dalsze i bardziej szczegółowe odniesienia do kwestii związanych z systemem ochrony zdrowia.

W ramach celu IV. Kapitał Ludzki (str. 139), wskazanych zostało 19 kluczowych projektów, z których kilka odnosi się bezpośrednio do obszaru ochrony zdrowia:

*IV.17 Przeprowadzenie zmian w systemie ochrony zdrowia, tak aby w większym stopniu był przygotowany na wyzwania związane z przemianami demograficznymi (np. zapewnienie lepszej opieki dla kobiet w ciąży i w okresie połogu, znalezienie odpowiedzi na starzenie się społeczeństwa, wspieranie par bezdzietnych starających się o potomstwo).*

*IV.19 Zwiększenie dostępności do kluczowych usług medycznych wysokiej jakości (np. terapii nowotworowej, leczenia chorób wieńcowych, chorób psychicznych i wypalenia (stresu) zawodowego).*

Podkreślono, że „Starzenie się ludności i zmiany proporcji między liczebnością osób młodych i starszych w populacji pociągną za sobą konieczność zmian w strukturze wydatków publicznych nie tylko w obszarze emerytalnym i rentowym, lecz także w dwóch innych obszarach tj. wydatkach na zdrowie i edukację. W tym pierwszym wypadku zakłada się w Strategii stopniowy wzrost wydatków do roku 2030 o ok. 1% PKB, co wiązać się będzie zarówno z koniecznością podniesienia standardów w opiece zdrowotnej, jak i ze znacznym wzrostem w populacji odsetka ludzi w wieku, w którym zachorowalność jest większa. Z kolei, wynikający także z procesów demograficznych, przewidywany spadek liczby uczniów szkolnictwa powszechnego oraz studentów szkolnictwa wyższego pozwoli na niewielkie zmniejszenie (o ok. 0,5% PKB) wydatków publicznych na cele edukacyjne bez jednoczesnego spadku, a nawet przy wzroście, jakości świadczonych w tym zakresie usług publicznych.”<sup>26</sup>

Przytoczone wyżej stwierdzenia stanowią istotne wskazania, w jakim kierunku planowane są interwencje publiczne w sektorze ochrony zdrowia. Jako bezpośrednie wskazanie priorytetów można odczytać tytuły projektów IV.17 i IV.19.

Dokument *Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju*, kwestiom ochrony zdrowia poświęca jeden z pięciu celów strategicznych w obszarze dotyczącym rozwoju kapitału ludzkiego. W tej części znajdujemy dosyć precyzyjne zapisy dotyczące poszczególnych celów operacyjnych w ramach strategicznego obszaru IV, jakim jest poprawa stanu zdrowia społeczeństwa (str. 173).

Sformułowano następujące cele operacyjne:

**4.1 Dostosowanie opieki zdrowotnej do wyzwań demograficznych.** Realizacji tego celu operacyjnego miałby służyć projekt kluczowy IV.17.

---

<sup>26</sup> Zob.: Polska 2030, cz. 2., s. 26.



**4.2 Zmniejszenie liczby zachorowań i zgonów poprzez działania z zakresu zdrowia publicznego (w tym profilaktyki).** Realizacji tego celu operacyjnego miałyby służyć projekt kluczowy IV.18.

**4.3 Poprawa dostępności do wysokiej jakości usług medycznych oraz nowoczesnej rehabilitacji.** Realizacji tego celu operacyjnego miałyby służyć projekt kluczowy IV.19.

**4.4 Kształtowanie świadomości zdrowotnej i zdrowego stylu życia poprzez promocję i edukację zdrowotną (zwłaszcza wśród osób o najniższym statusie społeczno-ekonomicznym) oraz wzrost poziomu aktywności fizycznej.** W dokumencie nie wskazano żadnego projektu kluczowego, który miałyby służyć realizacji tego celu operacyjnego.

W dokumencie *Strategia Rozwoju Kraju 2020*<sup>27</sup> (SRK 2020) problematyka zdrowia pojawia się w kontekście dyskusji Celu II.4. Rozwój kapitału ludzkiego. Omawiając (w ramach działania II.4.2. Poprawa jakości kapitału ludzkiego) kierunki oddziaływania na poprawę jakości kapitału ludzkiego w Polsce w perspektywie najbliższych lat (do 2020), dokument zawiera następujące stwierdzenie: *Biorąc pod uwagę fakt, że stan zdrowia stanowi element istotnie warunkujący aktywność na rynku pracy i ma jednocześnie decydujący wpływ na jakość kapitału ludzkiego, promowane i wspierane będą działania o charakterze prozdrowotnym i profilaktycznym dotyczące chorób stanowiących współcześnie główne przyczyny przedwczesnego opuszczania rynku pracy i korzystania ze środków zabezpieczenia społecznego, tj. choroby zawodowe i choroby cywilizacyjne. Przedsięwzięcia dotyczące poprawy zdrowotności są horyzontalne, natomiast ich wdrażanie powinno uwzględniać zróżnicowania terytorialne - np. stanu zdrowia i czynników społecznych je warunkujących, przewidywanych trendów w tym zakresie, dostępności do usług zdrowotnych.*

Zapisy SRK 2020 wskazują, że przewidziane w niej działania polegające na promowaniu i wspieraniu działań o charakterze prozdrowotnym i profilaktycznym w odniesieniu do chorób zawodowych i cywilizacyjnych powinny być realizowane w całym okresie objętym prognozowaniem w ramach SRK 2020, tj. do roku 2020 i powinny one mieć przełożenie na działania realizowane w ramach strategii zintegrowanej Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego, w ramach realizacji decyzji strategicznej nr 10 (zgodnie z numeracją określoną w

---

<sup>27</sup> Zob.:

[http://www.mrr.gov.pl/rozwoj\\_regionalny/Polityka\\_rozwoju/SRK\\_2020/Documents/Projekt\\_SRK\\_do\\_konsultacji2\\_09112011.pdf](http://www.mrr.gov.pl/rozwoj_regionalny/Polityka_rozwoju/SRK_2020/Documents/Projekt_SRK_do_konsultacji2_09112011.pdf) pobranie z dn. 28.12.2012 (projekt dokumentu, datowany: Warszawa, listopad 2011).

dokumencie Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju).

W ramach Celu III.1. Integracja społeczna, SRK 2020 m.in. przewiduje położenie nacisku nie tylko na działania redystrybucyjne, prowadzące do łagodzenia ubóstwa związanego z poziomem dochodów, lecz przede wszystkim na działania aktywizujące, umożliwiające powszechne uczestnictwo w różnych sferach życia. Dlatego w ramach priorytetowego kierunku interwencji publicznej III.1.1. Zwiększenie aktywności osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym przewidziano podjęcie działań mających przynieść zmiany w systemie świadczeń społecznych to także lepsze dopasowanie wsparcia, stymulowanie aktywności m.in. dzięki zintegrowaniu działań różnych służb publicznych (reformy w zakresie świadczeń z tytułu choroby, macierzyństwa, inwalidztwa, wypadków przy pracy). W ramach tego kierunku interwencji przez cały okres objęty prognozą SRK 2020 realizowane będą działania zwiększające dostęp do rehabilitacji. Działania te będą realizowane w ramach strategii zintegrowanej Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego, w ramach realizacji decyzji strategicznej nr 9.

W ramach celu III.2. Zapewnienie dostępu i określonych standardów usług publicznych, w SRK 2020 znajdują się następujące stwierdzenia:

*O poziomie rozwoju kraju i jakości życia ludności świadczy w dużej mierze możliwość korzystania i jakość usług publicznych. Ponieważ dostęp do takich usług (zdrowie, edukacja, kultura, administracja, bezpieczeństwo, etc.) istotnie wpływa na potencjalny rozwój obywateli, kwestia ta wymaga szczególnej uwagi władz rządowych i samorządowych. (...)*

*Usługi publiczne o charakterze społecznym (ochrona zdrowia, oświata, kultura, pomoc i opieka społeczna, obsługa bezrobotnych) wykonywane są zwykle przez samorządowe jednostki organizacyjne lub jednostki posiadające osobowość prawną, dla których organem założycielskim jest samorząd terytorialny. Tu podstawowym problemem jest podniesienie poziomu racjonalności ekonomicznej, a w przypadku usług, dla których określone są ustawowo ich standardy (pomoc i opieka społeczna, oświata) – konieczność utrzymywania standardu określonego w normie prawnej.*

W ramach priorytetowego kierunku interwencji publicznej III.2.1. Podnoszenie jakości i dostępności usług publicznych, postanowiono podjąć następujące działania:

- W okresie 2011-2015 dokonać przegląd funkcjonowania systemu usług publicznych (Sprawne Państwo, Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego, Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego – decyzja nr 9 i 10),
- W okresie do 2020 określić zakres usług, ich standardów i kosztów świadczenia (Sprawne Państwo, Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego, Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego – decyzja nr 9 i 10),
- W okresie 2016-2020 wprowadzić nowy model świadczenia usług publicznych (Sprawne Państwo, Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego, Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego – decyzja nr 9 i 10),
- W okresie do 2020 Przeprowadzić zwiększenie dostępu do usług (e-edukacja, e-zdrowie, e-kultura itp.) poprzez digitalizację zasobów (Sprawne Państwo, Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego, Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego – decyzja nr 9 i 10).

W ramach priorytetowego kierunku interwencji publicznej III.2.2. Zwiększenie efektywności systemu świadczenia usług publicznych, postanowiono podjąć następujące działania:

- W okresie 2016-2020 wprowadzenie systemu zarządzania usługami publicznymi (w tym zasady zlecania usług podmiotom niepublicznym, narzędzia pomiaru efektywności) (Sprawne Państwo, Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego – decyzja nr 9 i 10),
- W okresie 2016-2020 określenie zakresu usług, ich standardów i kosztów świadczenia (Sprawne Państwo, Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego – decyzja nr 9 i 10),
- W okresie do 2020 zmiana zasad finansowania poszczególnych usług publicznych uwzględniająca m.in. specyfiki terytorialne, łączenie środków finansowych (publiczne, prywatne) (Sprawne Państwo, Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego – decyzja nr 9 i 10)

W ramach celu III.3. Wzmocnienie mechanizmów dyfuzji oraz integracja przestrzenna dla rozwijania i pełnego wykorzystania potencjałów regionalnych, w ramach priorytetowego kierunku interwencji publicznej III.3.1. Tworzenie warunków instytucjonalnych, prawnych i finansowych dla realizacji działań rozwojowych w regionach, postanowiono podjąć m.in. następujące działania:

- W okresie do 2020 dokonać zmiany sposobu/modelu finansowania polityk publicznych z uwzględnieniem terytorializacji (zdrowie, kultura, edukacja, szkolnictwo wyższe itp.) (Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego, Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego, Strategia Rozwoju Kapitału Społecznego, Strategia Innowacyjności i Efektywności Gospodarki – decyzje 16 i 18).

W ramach priorytetowego kierunku interwencji publicznej III.3.4. Zwiększenie spójności terytorialnej, postanowiono podjąć m.in. następujące działania:

- W okresie do 2020: wspieranie rozwoju miast o znaczeniu lokalnym w zakresie działań rewitalizacyjnych, rozbudowy infrastruktury, zwłaszcza komunikacyjnej, a także rozwoju usług użyteczności publicznej i innych funkcji niezbędnych dla inicjowania procesów rozwojowych na poziomie lokalnym (Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego – decyzje nr 16, 18 i 19).

W ramach priorytetowego kierunku interwencji publicznej III.3.4. Zwiększenie spójności terytorialnej, postanowiono podjąć m.in. następujące działania:

- W okresie do 2020: działania wyrównawcze na najbardziej zapóźnionych obszarach wiejskich na rzecz zwiększenia dostępu i jakości podstawowych usług publicznych (Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego, Strategia Zrównoważonego Rozwoju Wsi i Rolnictwa – decyzje nr 16 i 19).

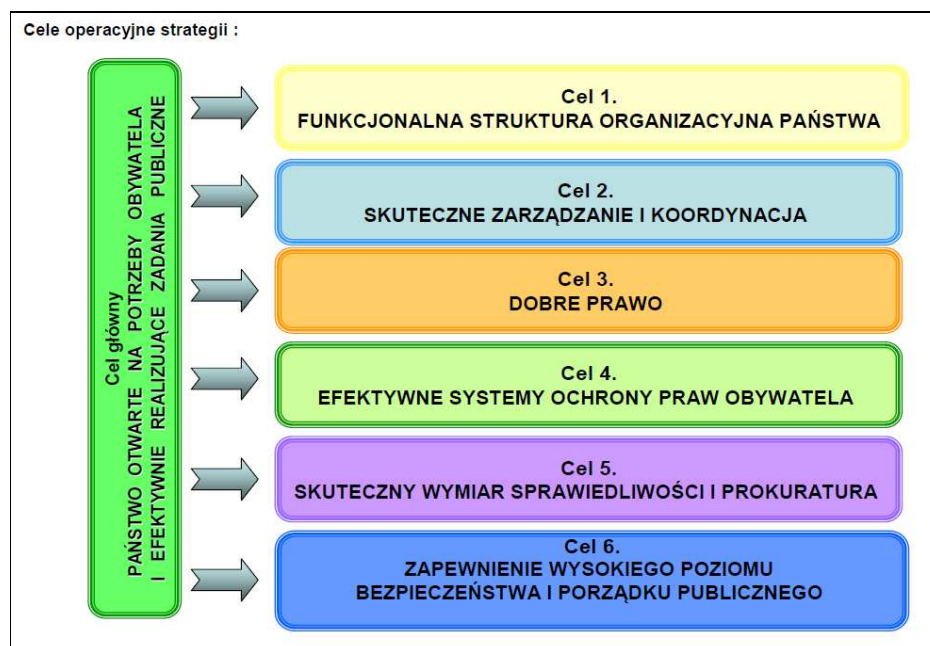
Dokument strategiczny *Strategia Sprawne Państwo 2020*<sup>28</sup> (SSP 2020) jako swój cel główny określa „państwo otwarte na potrzeby obywatela i efektywnie realizujące zadania publiczne”.

Dla realizacji tego celu głównego, SSP 2020 zbudowała następujący układ celów operacyjnych:

---

<sup>28</sup> Zob.:

[http://www.msw.gov.pl/portal/pl/714/9398/Projekt\\_strategii\\_Sprawne\\_Panstwo\\_2020\\_uzgodnienia\\_miedzyresortowe.html](http://www.msw.gov.pl/portal/pl/714/9398/Projekt_strategii_Sprawne_Panstwo_2020_uzgodnienia_miedzyresortowe.html) pobranie z dn. 28.12.2012.



Źródło: *Strategia Sprawne Państwo 2020*, s. 31.

Problematyka dotycząca ochrony zdrowia zawarta została w ramach celu operacyjnego 4. Efektywne systemy ochrony praw obywatela, jako cel operacyjny 4.1. Efektywny system ochrony zdrowia.

Odnosząc się do systemu ochrony zdrowia w Polsce, *Strategia Sprawne Państwo 2020* stwierdza, że „Zapewnienie społeczeństwu dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej wymaga **dobrze funkcjonujących placówek medycznych o stabilnej kondycji finansowej**. Polski system ochrony zdrowia od wielu lat przeżywa poważne trudności. Głównymi przyczynami tego stanu są:

- *ułomna i nieefektywna forma prawna, w jakiej funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej,*
- *niewystarczające kwalifikacje kadr zarządzających publicznymi jednostkami ochrony zdrowia,*
- *ograniczona odpowiedzialność organów założycielskich za zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,*
- *zadłużenie części samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.*

*Niezbędne jest wdrożenie nowych rozwiązań organizacyjno – prawnych i restrukturyzacyjnych, które wpłyną na poprawę funkcjonowania jednostek opieki zdrowotnej oraz ich kondycji finansowej. Pod uwagę należy wziąć zastosowanie w sektorze ochrony zdrowia zasad obowiązujących w gospodarce wolnorynkowej, m.in. poprzez **przekształcanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego**. Takie rozwiązanie*

*wprowadzi silniejszy nadzór właścicielski nad placówkami, wpłynie na poprawę zarządzania, zwiększy ich dyscyplinę finansową, a także spowoduje wzrost konkurencji na rynku usług medycznych, podnosząc tym samym ich jakość i dostępność. W chwili obecnej przekształcenia zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego dokonywane są na podstawie programu wieloletniego pod nazwą ‘Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia’, przyjętego uchwałą Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009”*

Z tych przyczyn **Strategia Sprawne Państwo 2020** w obszarze dotyczącym zdrowia proponuje następujące kierunki interwencji publicznej:

4.1.1. Wprowadzenie zmian w zakresie zasad organizacji systemu ochrony zdrowia i funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

4.1.2. Poprawa infrastruktury ochrony zdrowia, bazy dydaktycznej uczelni medycznych oraz instytutów badawczych.

4.1.3. Poprawa dostępności i jakości usług zdrowotnych, w tym zabiegów ratujących życie oraz poprawa zarządzania informacją medyczną, a także usprawnienie rozliczania świadczeń zdrowotnych.

4.1.4. Rozwój transplantologii.

4.1.5. Zapewnienie funkcjonowania publicznej służby krwi.

4.1.6. Efektywna gospodarka produktami leczniczymi.

4.1.7. Poprawa bezpieczeństwa pacjentów, wprowadzenie procedur służących ewaluacji jakości oraz rozwój programów oceny jakości w zakładach opieki zdrowotnej, w tym badań opinii pacjentów.

Dokument **Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary wiejskie**<sup>29</sup> (KSRR 2020) ustala następujące cele polityki regionalnej do 2020 roku:

1. Wspomaganie wzrostu konkurencyjności regionów („konkurencyjność”),

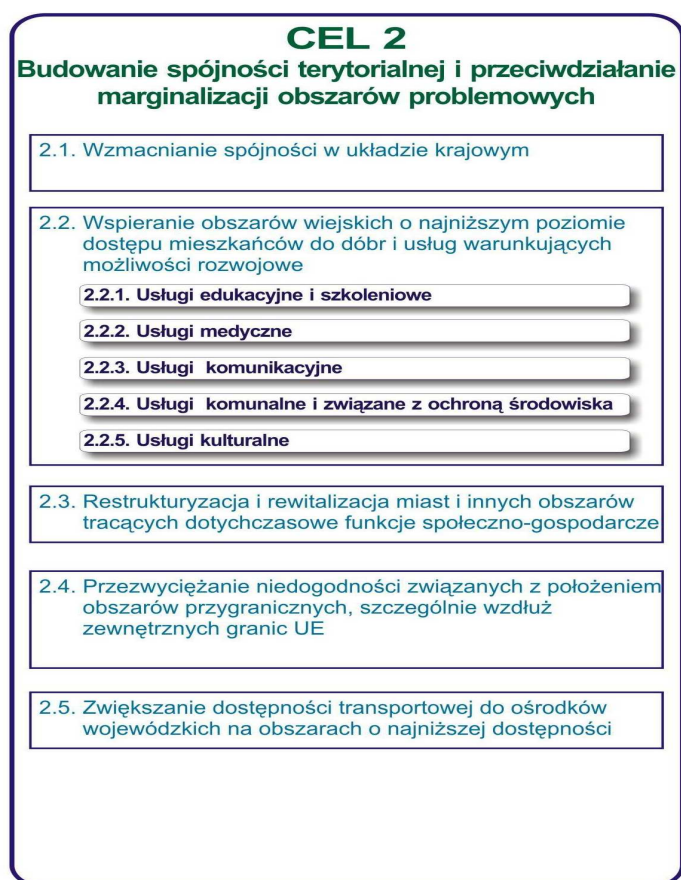
2. Budowanie spójności terytorialnej i przeciwdziałanie marginalizacji obszarów problemowych („spójność”),

<sup>29</sup> Zob.: [http://www.mrr.gov.pl/aktualnosci/polityka\\_rozwoju/Documents/KSRR\\_13\\_07\\_2010.pdf](http://www.mrr.gov.pl/aktualnosci/polityka_rozwoju/Documents/KSRR_13_07_2010.pdf) pobranie z dn. 28.12.2012.

3. Tworzenie warunków dla skutecznej, efektywnej i partnerskiej realizacji działań rozwojowych ukierunkowanych terytorialnie („sprawność”).

Zagadnienia dotyczące ochrony zdrowia znajdują się w obszarze objętym celem 2.

W ramach celu drugiego, ukierunkowanego na promowanie spójności w różnych wymiarach przestrzennych, zaplanowano pomoc polityki regionalnej w przezwycięzeniu trudności rozwojowych silnie skoncentrowanych terytorialnie, które zlokalizowane są na obszarach charakteryzujących się najniższymi w skali kraju wskaźnikami gospodarczymi, społecznymi, instytucjonalnymi i wyposażenia infrastrukturalnego. Obszary te zagrożone są marginalizacją, czyli stałym pogarszaniem się perspektyw rozwojowych. Powoduje to, że potencjały endogeniczne tych obszarów nie mogą zostać wykorzystane w procesach rozwojowych kraju bez dodatkowego, zewnętrznego wsparcia. Kierunki działań w ramach celu drugiego obejmują przede wszystkim wsparcie dla przyspieszenia procesów restrukturyzacyjnych i poprawy sytuacji mieszkańców tych obszarów w zakresie dostępu do podstawowych dóbr i usług publicznych mających pierwszorzędne znaczenie rozwojowe w obecnych warunkach społeczno-gospodarczych.



Źródło: Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020, s. 93

Działania w kierunku interwencji 2.2.2. Poprawa jakości i dostępności usług medycznych na obszarach problemowych mają na celu poprawę kondycji zdrowotnej ich mieszkańców, co bezpośrednio przekłada się na liczbę osób aktywnych zawodowo oraz na jakość i wydajność pracy. Odpowiedni poziom opieki zdrowotnej jest warunkiem zwiększenia udziału populacji w wieku produkcyjnym (siły roboczej) na rynku pracy. Działania polityki regionalnej będą wspomagać zapewnianie mieszkańcom obszarów problemowych dostępu do efektywnej służby zdrowia przez:

- zwiększanie dostępu mieszkańców obszarów peryferyjnych do lekarzy pierwszego kontaktu i lekarzy specjalistów oraz usług pielęgnacyjnych i specjalistycznych,
- optymalizację systemów ratownictwa medycznego, szczególnie na rzecz zwiększania dostępności na obszarach peryferyjnych,
- programy profilaktyczne nakierowane na zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych oraz nowotworowych, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów upadku społeczno-gospodarczego i obszarów peryferyjnych.
- zwiększanie dostępności do placówek i instytucji opieki nad matką i dzieckiem, poprawę jakości opieki medycznej nad kobietą w okresie okołoporodowym i noworodkiem, a także przedsięwzięcia w zakresie edukacji prozdrowotnej i profilaktyki.

### **III.2.1. Jakie powinny być cele i kierunki wsparcia w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 - 2020?**

Przeprowadzone badanie jedynie w wąskim zakresie udzieliło odpowiedzi na to pytanie badawcze. Z tego powodu w próbie udzielenia odpowiedzi na powyższe pytanie badawcze zostanie zastosowana metoda modelowania PCA, opierająca się na analizie głównych składowych (Principal Components Analysis) badanego zagadnienia. Pozwoli to na drodze analizy od celu, poprzez jego podstawowe elementy i ich kluczowe składowe ograniczyć liczbę zmiennych i zidentyfikować pomiędzy nimi istotne korelacje oraz określenie potencjalnych obszarów interwencji publicznej oddziałujących na największą liczbę kluczowych obszarów.

Przed wszystkim respondenci, biorący udział w badaniu jakościowym (wywiady IDI, panel ekspertów) reprezentowali różne regiony, charakteryzujące się nieco odrębną specyfiką,



swoistymi problemami i potrzebami, posiadali mocno zróżnicowane doświadczenie wynikające także z różnej perspektywy widzenia problemów w związku z ich rolą w systemie ochrony zdrowia w Polsce, a także bardzo różny poziom woli, by w ramach badania podzielić się swoją wiedzą, doświadczeniem i przemyśleniami. W rezultacie część przeprowadzonych wywiadów nie wniosła nic nowego do procesu badawczego i jedynie w niewielkim stopniu pogłębiła rozumienie istoty problemów i potrzeb, z jakimi ma obecnie do czynienia polski system ochrony zdrowia i które przynajmniej w jakimś stopniu mogą być zniwelowane poprzez interwencję publiczną.

Z przeprowadzonych badań wyłania się obraz wysoce nieefektywnego i niespójnego systemu ochrony zdrowia w Polsce, w którym jednocześnie funkcjonuje wielu kluczowych aktorów, przy czym rzeczywista współpraca i koordynacja działań pomiędzy tymi kluczowymi podmiotami jest na niewystarczającym poziomie.

Jednocześnie system ochrony zdrowia w Polsce musi spełniać swoje podstawowe zadanie, jakim jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. *Brak bezpieczeństwa zdrowotnego odpowiada subiektywnemu poczuciu zagrożenia, jakie spotyka pacjentów i ich rodziny w sytuacji choroby.*<sup>30</sup>

W opracowaniu „Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego”, prof. Jacek Ruszkowski stwierdza, że *„model równoważenia systemu zdrowotnego uwzględnia hierarchiczność, sekwencyjność i inercyjność zachodzących w nim procesów, w myśl następującej zależności: ·spełnianie oczekiwań pacjentów poprzez zaspokajanie ich potrzeb zdrowotnych wymaga dostarczania określonych, finansowanych z dostępnych zasobów, świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez świadczeniodawców – przedstawicieli profesji medycznych, należycie przygotowanych, wynagradzanych i przestrzennie usytuowanych, z szerokim dostępem do rozwoju zawodowego, dysponujących stosowną, właściwie rozmieszczoną infrastrukturą i efektywnymi technologiami medycznymi.”*<sup>31</sup>

Tak rozumiany model systemu zdrowotnego zapewnia jednocześnie spełnienie inaczej wyrażonych, kluczowych dla społecznego poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego elementów:

- Dostępność usług zdrowotnych;
- Jakość świadczonych przez system usług zdrowotnych;
- Skuteczność świadczonych usług zdrowotnych.

Przyjmując, że celem funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwu należy określić, jakie powinny być

<sup>30</sup> J. Ruszkowski, Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego, MRR, Warszawa, 2010, s.2.

<sup>31</sup> Tamże.

kluczowe cele ewentualnej interwencji publicznej, tak, aby w jej rezultacie poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego wzrosło.

W tym celu należy zdiagnozować podstawowe problemy i bariery, ograniczające jakość, efektywność i skuteczność działania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

W trakcie niniejszego badania zgromadzono rozległy materiał wskazujący, że podstawowym problemem polskiego systemu ochrony zdrowia jest dostępność do usług zdrowotnych. Jak to już wcześniej zostało kilkakrotnie stwierdzone, problem stanowi dostęp do poradni specjalistycznych, a także dostęp do specjalistycznych badań diagnostycznych. Utrudnienia w dostępie do tych świadczeń mogą wynikać z kilku przyczyn: zbyt małej liczby specjalistycznej aparatury medycznej, zbyt małej liczby i źle przestrzennie rozlokowanych lekarzy specjalistów, nieprawidłowo skonstruowanych kontraktów (limity) na świadczenie tego rodzaju usług. Jednocześnie trzeba pamiętać, że aby zapewnić ciągłość dostępu do określonych usług diagnostycznych, należy w sposób stały odnawiać posiadaną infrastrukturę w zakresie aparatury medycznej. Jak wynika z informacji uzyskanych od respondentów badania, dla wielu podmiotów leczniczych (i dla ich organów założycielskich) problem może stanowić samodzielne zgromadzenie środków finansowych koniecznych na dokonanie wymiany starego sprzętu i aparatury medycznej.

Uczestniczący w badaniu jakościowym respondenci podkreślali także relatywnie częste trudności z dostępnością do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, oferowanych przez ośrodki ponadregionalne (instytuty, szpitale kliniczne) lub przez ograniczoną grupę specjalistów. Jak to zostało zauważone przez wielu uczestników badań, a także potwierdzone danymi gromadzonymi i publikowanymi przez GUS<sup>32</sup> oraz np. Instytut Zdrowia Publicznego<sup>33</sup>, w Polsce występuje istotny deficyt lekarzy specjalistów w wielu specjalnościach. Respondenci badania także sygnalizowali, że niedobór niektórych, pozalekarskich zawodów medycznych na rynku pracy staje się coraz bardziej odczuwalny i będzie negatywnie wpływał na dostępność społeczeństwa do usług zdrowotnych. Brak wykwalifikowanych kadr medycznych stanowi istotne ograniczenie i barierę dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwu.

W Polsce stan infrastruktury placówek systemu ochrony zdrowia jest bardzo zróżnicowany. Obok nowoczesnych, doskonale wyposażonych i w pełni zgodnych z aktualnie

<sup>32</sup> Zob.: Raport GUS *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.*  
[http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_12706\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_12706_PLK_HTML.htm)

<sup>33</sup> Zob.: *Zasoby kadrowe polskiego systemu ochrony zdrowia – prezentacja danych statystycznych w okresie 2000-2010, na podstawie danych z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia*, Instytut Zdrowia Publicznego, [http://izp.cm-uj.krakow.pl/izp\\_files/20121004\\_hetmanp\\_kadrypolskiego systemu\\_o\\_623104.pdf](http://izp.cm-uj.krakow.pl/izp_files/20121004_hetmanp_kadrypolskiego systemu_o_623104.pdf)

obowiązującymi regulacjami prawnymi obiektów, część podmiotów leczniczych nadal funkcjonuje w obiektach, które lata świetności mają dawno za sobą i obecnie nie spełniają i wymogów stawianych wobec podmiotów leczniczych określonego typu. Zgodnie z aktualnym stanem prawnym, ostateczny termin dokonania koniecznych prac przystosowawczych, dostosowujących podmioty lecznicze do zachowania zgodności z obowiązującymi regulacjami upływa w roku 2016. Wiele wskazuje, że znaczna część obecnie działających podmiotów leczniczych nie będzie w stanie sprostać (z różnych przyczyn: finansowych, organizacyjnych, niemożności dokonywania modernizacji w posiadanych obiektach, etc.) i – być może – będą zmuszone zaprzestać działalności. Ta sytuacja ma dwojakie konsekwencje: w chwili obecnej odczucie jakości usług zdrowotnych świadczonych przez placówki nie spełniające aktualnych wymogów prawa jest (niezależnie od rzeczywistej jakości świadczonych usług) mocno obniżone. Również pacjenci odczuwają istotny dyskomfort w zetknięciu z niekiedy mocno archaiczną infrastrukturą niektórych podmiotów leczniczych, mieszczących się w obiektach zabytkowych, powstałych w niektórych wypadkach jeszcze w XIX wieku. Taka sytuacja negatywnie wpływa na społeczne poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego. Natomiast w dłuższej perspektywie, jeżeli z powodu niemożności dostosowania się do obowiązujących regulacji te podmioty lecznicze będą musiały zaprzestać działalności i nie zostaną w międzyczasie zastąpione innymi, świadczącymi ten sam zakres usług, na rynku usług medycznych może wytworzyć się luka, oznaczająca także zmniejszenie dostępności do niektórych świadczeń zdrowotnych.

W zgodnej opinii większości uczestników badania, obecny system ochrony zdrowia jest nieefektywny i w niewłaściwy sposób identyfikuje rzeczywiste potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Prowadzi to do niekiedy niewłaściwego kontraktowania usług medycznych, powodującego, że niektóre usługi są zakontraktowane w nadmiernej liczbie, podczas kiedy limity na inne usługi wyczerpują się już na początku drugiej połowy roku. W rezultacie występują w niektórych przypadkach wielotygodniowe i wielomiesięczne okresy oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty lub na przeprowadzenie badań diagnostycznych. W ten sposób istotnie zostaje ograniczona dostępność do usług medycznych.

Struktura świadczeń medycznych oferowanych przez świadczeniodawców i kontraktowana przez NFZ nie zawsze odpowiada potrzebom społeczeństwa. W dodatku te społeczne potrzeby w sposób dynamiczny zmieniają się w czasie. Przykładem może być tutaj bardzo poważne wyzwanie, jakie staje nie tylko przez systemem ochrony zdrowia, ale też przed całym systemem gospodarczym kraju, wynikające z zachodzących obecnie zmian demograficznych i związanego z nimi starzenia się społeczeństwa. Zjawisko to ma wymiar

nie tylko w skali naszego kraju, lecz także dotyczy całej Unii Europejskiej i jako takie zostało zdiagnozowane jako jedno z istotnych ograniczeń UE w dokumencie Europa 2020. Dobrze rozpoznanemu i zdiagnozowanemu zjawisku starzenia się społeczeństwa nie towarzyszy odpowiednie przygotowanie systemu ochrony zdrowia do tego wyzwania. Generalnie w kraju brakuje oddziałów geriatrycznych, a specjalizacja w zakresie geriatry należy do deficytowych. Ta sytuacja także ogranicza dostępność do usług medycznych dla coraz większej części społeczeństwa.

Respondenci niniejszego badania wielokrotnie sygnalizowali, że w ramach kontraktów zawieranych z NFZ występują grupy świadczeń, które są w istotny sposób niedoszacowane i takie, zostały wyszacowane bardzo wysoko w stosunku do rzeczywistych kosztów procedury. Podmioty lecznicze, które w swoim koszyku oferowanych usług mają głównie (jeżeli nie tylko) te usługi, które zostały w ramach kontraktu niedoszacowane, mogą wpaść w spiralę zadłużenia, realizując usługi poniżej kosztów własnych. Również kwestia wysokości kontraktów z NFZ dotyczy także innego elementu, a mianowicie tego, czy podmiot zakontraktowany oferuje jedynie działania planowe, czy też jednocześnie realizuje ostre dyżury. Jest rzeczą dobrze znaną, że rzeczywisty (ponoszony realnie przez podmiot leczniczy) koszt tej samej procedury realizowanej przez podmiot zapewniający ochronę zdrowia w trybie ostrych dyżurów jest wyższy, niż w przypadku gdy tę procedurę realizuje podmiot działający jedynie w trybie planowym. Niestety, ta kwestia nie jest należycie ujęta w kontraktach z NFZ. Powoduje to popadanie w bardzo trudną sytuację finansową podmiotów świadczących kluczowe usługi z punktu widzenia zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa – ostre dyżury gwarantujące zapewnienie świadczeń zdrowotnych w nagłych wypadkach.

Z punktu widzenia zapewnienia koniecznej i szybkiej dostępności do usług zdrowotnych w nagłych wypadkach kluczowe znaczenie ma prawidłowe funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego. Proces modernizacji i przebudowy systemu ratownictwa medycznego jest w obecnej perspektywie finansowej jednym z priorytetów wsparcia udzielonego dla systemu ochrony zdrowia w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (Priorytet XII, Działanie 12.1).

Powyższy wywód pozwolił na zidentyfikowanie kilku obszarów istotnych dla zapewnienia należytej dostępności (a także często również jakości) usług medycznych. Są to:

- (1) Utrudniony/ ograniczony dostęp do poradni specjalistycznych, a także dostęp do specjalistycznych badań diagnostycznych;
- (2) Utrudniony dostęp do ponadregionalnych placówek systemu ochrony zdrowia;

- (3) Brak odpowiedniej liczby i prawidłowego rozmieszczenia przestrzennego specjalistów z określonych zawodów medycznych (dotyczy to nie tylko lekarzy, lecz także innych grup zawodów medycznych);
- (4) Niewłaściwe identyfikowanie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Prowadzi to do niewłaściwego kontraktowania usług medycznych, powodującego, że niektóre usługi są zakontraktowane w nadmiernej liczbie, podczas kiedy limity na inne usługi wyczerpują się już na początku drugiej połowy roku;
- (5) Konieczność modernizacji wielu obiektów systemu ochrony zdrowia i przystosowania ich do wymogów obecnych regulacji prawnych. W niektórych wypadkach możliwe jest, że podmioty medyczne nie będą w stanie dokonać koniecznych modernizacji w określonym czasie i będą musiały zaprzestać działalności. Bez pełnego rozeznania tej sytuacji i – w razie potrzeby – zapewnienia przejęcia usług przez nowe (działające w oparciu o nowoczesną bazę) podmioty, może to doprowadzić do ograniczenia dostępności usług zdrowotnych;
- (6) Wiele podmiotów może mieć problemy z zapewnieniem zastąpienia zużywającego się sprzętu i aparatury medycznej przez nowy. Może to ograniczyć dostępność do niektórych usług;
- (7) System ochrony zdrowia nie jest dostosowany do zachodzących obecnie zmian demograficznych i ciągłego starzenia się społeczeństwa. Ta sytuacja ogranicza dla części społeczeństwa dostęp dla istotnych dla niej usług zdrowotnych;
- (8) Niektóre procedury medyczne są w ramach kontraktów z NFZ niedoszacowane, a inne przeszacowane. Podmioty realizujące głównie usługi „niedoszacowane” popadają w zadłużenie i w konsekwencji, mogą zmniejszyć dostępność do tych usług;
- (9) Kontrakty z NFZ nie uwzględniają w wystarczającym stopniu różnicy w kosztach ponoszonych przez podmioty działające w trybie ostrych dyżurów i działających jedynie w trybie planowym. Powoduje to trudną sytuację podmiotów pełniących dyżury;
- (10) Kluczowe dla bezpieczeństwa zdrowotnego jest działanie systemu ratownictwa medycznego. Rozpoczęta modernizacja i przebudowa tego systemu nie została jeszcze zakończona.

Powyższe elementy nie zostały zaprezentowane w zhierarchizowany sposób, wskazujący na większe lub mniejsze znaczenie poszczególnych elementów dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. Po prostu, wszystkie te elementy na różnym obszarze (regiony,

wielkie aglomeracje miejskie, etc) występują w różnym natężeniu i odgrywają bardzo zróżnicowaną rolę.

Jednak możliwe jest na podstawie powyższego katalogu problemów zidentyfikowanie kilku obszarów potencjalnej interwencji publicznej, która w największym stopniu będzie oddziaływać na neutralizację wskazanych grup problemów.

W wyniku przeprowadzonych analiz, zaproponowano kilka celów i kierunków wsparcia w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020. Przedstawia to poniższa tabela.

**Tabela 13.**

Cel główny wsparcia (interwencji publicznej)	Cele szczegółowe wsparcia	Kierunki wsparcia	Obszary problemowe, na które będzie oddziaływać wsparcie
Zapewnienie wzrostu poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa	Zwiększenie dostępności i jakości usług zdrowotnych	Zapewnienie wsparcia dla ponadregionalnych ośrodków/ podmiotów leczniczych (instytuty, szpitale kliniczne, wyższe uczelnie medyczne) w celu zapewnienia:	Utrudniony / ograniczony dostęp do poradni specjalistycznych, a także dostęp do specjalistycznych badań diagnostycznych;
		<ul style="list-style-type: none"> <li>większej dostępności do świadczonych przez nie usług zdrowotnych poprzez doposażenie ich w sprzęt medyczny, a także podniesienie jakości i unowocześnienie infrastruktury w zakresie budynków,</li> </ul>	Utrudniony dostęp do ponadregionalnych placówek systemu ochrony zdrowia;
		<ul style="list-style-type: none"> <li>podniesienia jakości kształcenia w kluczowych zawodach medycznych (szczególnie deficytowych) poprzez inwestycje w infrastrukturę techniczną wspierającą proces kształcenia</li> </ul>	Brak odpowiedniej liczby i prawidłowego rozmieszczenia przestrzennego specjalistów z określonych zawodów medycznych (dotyczy to nie tylko lekarzy, lecz także innych grup zawodów medycznych):
		<ul style="list-style-type: none"> <li>napływu do systemu ochrony zdrowia niezbędnych specjalistów, poprzez wzmocnienie technicznej infrastruktury</li> </ul>	System ochrony zdrowia nie jest dostosowany do zachodzących obecnie zmian demograficznych i ciągłego starzenia się społeczeństwa. Ta sytuacja ogranicza dla części społeczeństwa dostęp dla istotnych dla niej usług zdrowotnych:

		<p>wspierającej proces kształcenia;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● rozwijania nowoczesnych/ innowacyjnych metod leczenia poprzez wsparcie infrastrukturalne dla instytutów badawczych, wyższych uczelni medycznych oraz szpitali klinicznych.</li> </ul>	<p>Kluczowe dla bezpieczeństwa zdrowotnego jest odpowiednie działanie systemu ratownictwa medycznego. Rozpoczęta modernizacja i przebudowa tego systemu nie została jeszcze zakończona i powinna być kontynuowana;</p>
		<p>Wspieranie procesu odnawiania i modernizacji starego sprzętu i aparatury medycznej (szczególnie diagnostycznej)</p>	<p>Utrudniony / ograniczony dostęp do poradni specjalistycznych, a także dostęp do specjalistycznych badań diagnostycznych;</p> <p>Wiele podmiotów może mieć problemy z zapewnieniem zastąpienia zużywającego się sprzętu i aparatury medycznej nowym sprzętem. Może to ograniczyć dostępność do niektórych usług;</p>
		<p>Wspieranie środkami zewnętrznymi (projekty UE) modernizacji starych i budowy nowych obiektów.</p> <p>W razie potrzeby wspieranie tworzenia podmiotów wypełniających zidentyfikowane luki. Istotną uwagę należy przykładać do kwestii zapewnienia funkcjonowania odpowiedniej do potrzeb populacji liczby oddziałów geriatrycznych i rehabilitacyjnych.</p>	<p>Konieczność modernizacji wielu obiektów systemu ochrony zdrowia i przystosowania ich do wymogów obecnych regulacji prawnych. W niektórych wypadkach możliwe jest, że podmioty lecznicze nie będą w stanie dokonać koniecznych modernizacji w określonym czasie i będą musiały zaprzestać działalności. Bez</p>



			<p>pełnego rozeznania tej sytuacji i – w razie potrzeby – zapewnienia przejęcia usług przez nowe (działające w oparciu o nowoczesną bazę) podmioty, może to doprowadzić do ograniczenia dostępności usług zdrowotnych;</p>
			<p>System ochrony zdrowia nie jest dostosowany do zachodzących obecnie zmian demograficznych i procesu starzenia się społeczeństwa. Ta sytuacja ogranicza dla części społeczeństwa dostęp dla istotnych dla niej usług zdrowotnych, gdyż np. usługi z zakresu geriatry są trudnodostępne ze względu na brak specjalistów i niewielką liczbę oddziałów tej specjalizacji.</p>
		<p>Kontynuacja wsparcia modernizacji i przebudowy systemu ratownictwa medycznego, z tym, że wsparcie powinno być kierowane na kolejne obszary budowania i modernizacji systemu. W porównaniu do obecnej perspektywy z niektórych obszarów wsparcia należy zrezygnować.</p>	<p>Kluczowe dla bezpieczeństwa zdrowotnego jest odpowiednie działanie systemu ratownictwa medycznego. Rozpoczęta modernizacja i przebudowa tego systemu nie została jeszcze zakończona i powinna być kontynuowana.</p>

	<p>Zwiększenie efektywności świadczonych usług zdrowotnych</p>	<p>Wspieranie budowy nowego systemu kontraktowania usług medycznych, który będzie uwzględniał rzeczywiste koszty świadczonych usług.</p>	<p>Niektóre procedury medyczne są w ramach kontraktów z NFZ niedoszacowane, a inne przeszacowane. Podmioty realizujące głównie usługi „niedoszacowane” popadają w zadłużenie i w konsekwencji, mogą zmniejszyć dostępność do tych usług;</p> <p>Kontrakty z NFZ nie uwzględniają w wystarczającym stopniu różnicy w kosztach ponoszonych przez podmioty działające w trybie ostrych dyżurów i działających jedynie w trybie planowym. Powoduje to trudną sytuację podmiotów pełniących dyżury.</p>
--	--	--	--

### **Podsumowanie:**

- Celem głównym wsparcia w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020 powinno być zapewnienie wzrostu poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.
- Ten cel główny powinien zostać osiągnięty poprzez realizację dwóch zasadniczych celów szczegółowych:
  - Zwiększenie dostępności i jakości usług zdrowotnych;
  - Zwiększenie efektywności świadczonych usług zdrowotnych.
- W ramach działań mających na celu zwiększenie dostępności i jakości usług zdrowotnych wskazane jest wykorzystanie następujących kierunków wsparcia:
  - Zapewnienie wsparcia dla ponadregionalnych ośrodków/ podmiotów leczniczych (instytuty, szpitale kliniczne, wyższe uczelnie medyczne) w celu zapewnienia:
    - większej dostępności do świadczonych przez nie usług zdrowotnych;
    - podniesienia jakości kształcenia w kluczowych zawodach medycznych (szczególnie deficytowych);
    - napływu do systemu ochrony zdrowia niezbędnych specjalistów;
    - rozwijania nowoczesnych/ innowacyjnych metod leczenia.
  - Wspieranie procesu odnawiania i modernizacji starego sprzętu i aparatury medycznej (szczególnie diagnostycznej).
  - Wspieranie środkami zewnętrznymi (projekty UE) modernizacji starych i budowę nowych obiektów. W razie potrzeby wspieranie tworzenia podmiotów wypełniających zidentyfikowane luki.
  - Kontynuacja wsparcia dla modernizacji i przebudowy systemu ratownictwa medycznego, z tym, że wsparcie powinno być kierowane na kolejne obszary budowania i modernizacji systemu. W porównaniu do obecnej perspektywy z niektórych obszarów wsparcia należy zrezygnować.
- W ramach działań mających na celu zwiększenie efektywności świadczonych usług zdrowotnych wskazane jest wykorzystanie m.in. następujących kierunków wsparcia:
  - Wspieranie budowy nowego systemu kontraktowania usług medycznych, który będzie uwzględniał rzeczywiste koszty świadczonych usług.

### **III.2.2. Jakie typy inwestycji, które nie są obecnie objęte zakresem wsparcia w ramach PO IiŚ, należałoby objąć wsparciem w perspektywie finansowej UE 2014 - 2020? Czym należy kierować się przy wyborze konkretnych rozwiązań?**

W ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (PO IiŚ) wsparcie dla sektora ochrony zdrowia kierowane jest w ramach Priorytetu XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia. W ramach tego priorytetu realizowane są dwa działania<sup>34</sup>:

- Działanie 12.1 *Rozwój systemu ratownictwa medycznego*, Priorytet XII PO IiŚ. Celem tego działania jest obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. W ramach działania wsparcie uzyskały projekty infrastrukturalne w zakresie ratownictwa przedszpitalnego oraz szpitalnego (szpitalne oddziały ratunkowe oraz istniejące zespoły ratownictwa medycznego wpisane do wojewódzkiego planu działania systemu, centra urazowe). W celu zapewnienia odpowiedniej dyslokacji zespołów ratownictwa medycznego wsparcie otrzymały projekty polegające na doposażeniu tych jednostek w wysokiej jakości specjalistyczne środki transportu sanitarnego. W ramach działania wsparcie otrzymały projekty związane z rozbudową, przebudową, remontem i doposażeniem zakładów opieki zdrowotnej (szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych) dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego oraz zakupem wyrobów medycznych niezbędnych do diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Dofinansowane zostały również projekty związane z budową i remontem lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych. W ramach działania zrealizowano także projekt indywidualny, polegający na budowie i remoncie oraz doposażeniu baz lotniczego pogotowia ratunkowego, co w znacznym stopniu wpłynie na osiągnięcie celów POIiŚ a także SRK i NSRO w zakresie zwiększenia dostępności do usług medycznych m. in. poprzez skrócenie czasu dotarcia na miejsce zdarzenia zespołu ratownictwa medycznego.
- Działanie 12.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, Priorytet XII PO IiŚ. Celem tego działania jest: Zwiększenie

<sup>34</sup> Za: Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, Priorytet XII., [http://www.pois.gov.pl/Dokumenty/Lists/Dokumenty%20programowe/Attachments/93/SzOP\\_POIiS\\_v\\_3\\_2\\_30\\_909.pdf](http://www.pois.gov.pl/Dokumenty/Lists/Dokumenty%20programowe/Attachments/93/SzOP_POIiS_v_3_2_30_909.pdf)

dostępności i jakości specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

W ramach działania wsparcie uzyskały projekty z zakresu inwestycji w infrastrukturę ochrony zdrowia polegające na przebudowie, rozbudowie, remoncie oraz wyposażeniu publicznych zakładów opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym, w tym dotyczące zakupu nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego spełniającego aktualne standardy. Tego typu wsparcie stanowi jeden z elementów podniesienia dostępności i jakości świadczeń, a także obniżenia ich kosztów.

Analizując wskazane wyżej kierunki interwencji publicznej w ramach sektora ochrony zdrowia i ograniczając analizę jedynie do interwencji w infrastrukturę, wydaje się że jedynym proponowanym kierunkiem wsparcia, który nie jest obecnie objęty wsparciem w ramach Priorytetu XII PO IiŚ jest propozycja wsparcia tworzenia tam, gdzie jest to potrzebne ze względu na rosnące potrzeby społeczne, oddziałów geriatrycznych i rehabilitacyjnych. Oczywiście, w ramach tego kierunku możliwe jest także przekształcanie istniejących aktualnie oddziałów innej specjalizacji w oddziały geriatryczne lub rehabilitacyjne. Ten typ projektu obejmowałby przebudowę, rozbudowę, remont oraz wyposażenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej oferujących usługi zdrowotne z zakresu geriatry i rehabilitacji.

#### **Podsumowanie:**

→ W wyniku przeprowadzonych analiz i w oparciu o zgromadzony materiał uznano, że typem inwestycji, który nie jest obecnie objęty zakresem wsparcia w ramach PO IiŚ, a który należałoby objąć wsparciem w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020 jest wsparcie tworzenia tam, gdzie jest to potrzebne ze względu na zapotrzebowanie społeczne, oddziałów geriatrycznych i rehabilitacyjnych.

Jednocześnie, w ramach obecnej (2007-2013) i poprzedniej (2004-2006) perspektywy finansowej wsparcie dla infrastruktury ochrony zdrowia kierowane jest nie tylko w ramach PO IiŚ, lecz także w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego (ZPORR), Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka (PO IG) oraz 16 Regionalnych Programów Operacyjnych.

#### **III.2.3. Jakie typy inwestycji, które obecnie objęte są wsparciem w ramach PO IiŚ, należałoby kontynuować w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020?**

Z przeprowadzonych badań wynika, że niemal wszystkie typy projektów, które są obecnie objęte wsparciem w ramach Priorytetu XII PO IiŚ należałyby – z niewielkimi, choć istotnymi modyfikacjami – kontynuować w perspektywie finansowej 2014-2020.

Z typów inwestycji objętych wsparciem w ramach Działania 12.1 PO IiŚ należałyby kontynuować:

- Wsparcie dla projektów związanych z rozbudową, przebudową, remontem i doposażeniem zakładów opieki zdrowotnej (szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych) dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego oraz zakupem wyrobów medycznych niezbędnych do diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Trzeba przy tym pamiętać, że niekiedy wsparcie powinno także obejmować wymianę starego, przestarzałego technologicznie sprzętu i aparatury medycznej na nowszy, zapewniający dłuższy czas bezawaryjnego funkcjonowania, a także lepsze, dokładniejsze i mniej inwazyjne działanie.
- Zdecydowanie należy kontynuować projekty związane z budową i remontem lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych. W tym wypadku należy działania te możliwie rozszerzyć, tak, aby przy każdym SOR-rze znajdowało się lądowisko dla helikopterów.

W ramach Działania 12.2 realizowany jest tylko jeden typ projektów, polegający na przebudowie, rozbudowie, remoncie oraz wyposażeniu publicznych zakładów opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym, w tym dotyczące zakupu nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego spełniającego aktualne standardy. W nowej perspektywie finansowej ten typ projektu należałyby kontynuować, jednak rozszerzając nieco zakres udzielanego wsparcia także na wzmocnienie edukacyjnej roli tych ponadregionalnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (budowanie na ich podstawie regionalnych i ponadregionalnych centrów kształcenia ustawicznego dla zawodów medycznych).

#### **Podsumowanie:**

Spośród obecnie realizowanych w ramach Priorytetu XII PO IiŚ typów inwestycji, w przyszłej perspektywie należałyby – w lekko zmodyfikowanej formie – kontynuować następujące:

- wsparcie dla projektów związanych z rozbudową, przebudową, remontem i doposażeniem zakładów opieki zdrowotnej (szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych) dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego oraz zakupem

wyrobów medycznych niezbędnych do diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

- projekty związane z budową i remontem lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych.
- projekty, polegające na przebudowie, rozbudowie, remoncie oraz wyposażeniu publicznych zakładów opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym, w tym dotyczące zakupu nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego spełniającego aktualne standardy.

#### **III.2.4. W jaki sposób należy uwzględnić w planowanym wsparciu komplementarność pomiędzy działaniami finansowanymi z EFRR i EFS?**

Komplementarność pomiędzy działaniami finansowanymi z EFRR i EFS powinna opierać się nie na zasadzie wspólnoty celów, lecz odrębności obszarów działania. W myśl tej zasady EFRR realizowałyby działania polegające na budowaniu obiektów i struktur, do których zasoby ludzkie byłyby przygotowywane w ramach projektów finansowanych z EFS.

W obecnym okresie programowanie takie podejście było z dużym powodzeniem realizowane w projektach realizowanych w ramach PO IiŚ i PO KL wspierających system ochrony zdrowia. Np. działaniem komplementarnym do Działania 12.1 były projekty polegające na wspieraniu procesu kształcenia kadr dla systemu ratownictwa medycznego (projekty „*Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych*” oraz „*Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego*”).

W przyszłej perspektywie finansowej dobrym obszarem dla takiego komplementarnego działania jest propozycja wspierania tworzenia oddziałów geriatrycznych, któremu mógłby towarzyszyć realizowany w ramach EFS projekt polegający na kształceniu lekarzy geriatrów.

W nowej perspektywie finansowej typ projektu, polegającego na przebudowie, rozbudowie, remoncie oraz wyposażeniu publicznych zakładów opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym należałoby kontynuować, jednak rozszerzając nieco zakres udzielanego wsparcia także na wzmocnienie edukacyjnej roli tych ponadregionalnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (budowanie na ich podstawie regionalnych i ponadregionalnych centrów kształcenia ustawicznego dla zawodów medycznych). Tworzy się tutaj wówczas bardzo duże pole do realizacji działań komplementarnych w ramach EFS i EFRR, gdzie w

ramach EFRR możliwe byłoby wspieranie infrastruktury zarówno szpitali klinicznych, jak i podmiotów leczniczych o znaczeniu ponadregionalnym, a w ramach EFS, na bazie tych podmiotów należałoby prowadzić działania podnoszące jakość i efektywność działania systemu ochrony zdrowia w regionie, a więc także upowszechnianie najnowszych zdobyczy nauk medycznych, nowoczesne metody leczenia, wykorzystanie nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i leczniczego, etc.

Jednocześnie wskazane byłoby poszerzenie grupy docelowej wsparcia o wyższe uczelnie medyczne, aby wspierać tam podnoszenie poziomu kształcenia kadr medycznych, szczególnie w zakresie specjalizacji i zawodów deficytowych, a także rozwijania nowoczesnych i innowacyjnych metod i technik medycznych. Wsparcie powinno obejmować także projekty polegające na dostosowaniu, remoncie i budowie bazy szkoleniowo-dydaktycznej i wyposażeniu jej w nowoczesny sprzęt dydaktyczny (symulatory, fantomy, nowoczesny sprzęt diagnostyczny i terapeutyczny). Przy czym sugeruje się preferowanie projektów kompleksowych, w ramach których inwestycja będzie dotyczyła zarówno bazy szkoleniowo-dydaktycznej, jak i związane z daną instytucją systemu kształcenia podmioty lecznicze (szpitale kliniczne, ambulatoria, etc.). Uznając fakt, że w ramach PO IiŚ w obecnej perspektywie wsparcie dla systemu kształcenia jest realizowane w ramach Priorytetu XIII, dla którego rolę Instytucji Pośredniczącej pełni Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, sugeruje się, aby w przyszłej perspektywie wzmocnić poprzez wsparcie kierowane przez Ministerstwo Zdrowia podmioty lecznicze o znaczeniu ponadregionalnym tak, aby mogły być one wykorzystywane także jako centra szkoleniowe i aby ich rola, jako ośrodków upowszechniających w regionie nowoczesne metody i techniki lecznicze rosła.

### **III.2.5. Czy, a jeżeli tak, to w jaki sposób należy rozgraniczyć wsparcie pomiędzy podmiotami publicznymi, a prywatnymi w nowej perspektywie finansowej?**

W trakcie rozmów i dyskusji przeprowadzonych w ramach realizacji niniejszego badania z przedstawicielami środowisk medycznych, często podnoszona była kwestia istotnej nierówności pomiędzy podmiotami prywatnymi, a publicznymi, która w istotny sposób defaworyzowała podmioty publiczne.

Na podmiotach publicznych, ze względu na charakter organów założycielskich i rolę, która została im przypisana w ramach ładu społecznego, ciąży obowiązek zapewnienia kompleksowej ochrony zdrowia społeczeństwa. Z tego powodu podmioty publiczne muszą – w całości, jako system – zapewnić określony zakres usług i zbudować odpowiednie poczucie



bezpieczeństwa zdrowotnego w społeczeństwie. Nie mogą one zatem koncentrować swojej działalności jedynie na tych działach usług zdrowotnych, które są ekonomicznie korzystne i prowadzą do generowania określonego przychodu i dochodu. Natomiast podmioty prywatne są – siłą rzeczy – zwolnione z obowiązku zapewniania kompleksowej obsługi zdrowotnej społeczeństwa na danym obszarze. Mogą się zatem koncentrować na działalności mającej silne podstawy ekonomiczne i generującej dochód na poziomie zapewniającym swobodne funkcjonowanie i dalszy rozwój prywatnego podmiotu leczniczego. W tym wypadku prywatny podmiot leczniczy może postępować – i postępuje – tak jak każde inne przedsiębiorstwo, którego podstawowym zadaniem jest generowanie dochodu.

Jest prawdą, że prywatne podmioty lecznicze coraz częściej zawierają kontrakty z NFZ i w ten sposób zapewniają świadczenie pewnej grupy świadczeń zdrowotnych dla społeczeństwa. Jednak dopóki podmioty prywatne nie będą zapewniały uniwersalnych usług zdrowotnych w pełnym zakresie (obejmując tym także pełnienie ostrych dyżurów nocnych i świątecznych), a także nie będą – na mocy kontraktu – zobligowane do świadczenia nie tylko wybranej grupy usług wysoko wycenionych w ramach kontraktu z NFZ, i będą – tak jak robią to obecnie publiczne podmioty lecznicze – świadczyły także te usługi, które są dużo niżej (a niekiedy zdecydowanie zbyt nisko) wycenione, do tego czasu trudno jest mówić o konieczności równego traktowania podmiotów publicznych i prywatnych.

Z przytoczonych wyżej powodów wydaje się, że wsparcie publiczne kierowane do systemu ochrony zdrowia powinno trafiać przede wszystkim do podmiotów publicznych, wyrównując w ten sposób, przynajmniej w pewnym zakresie, nierówności pomiędzy tymi rodzajami podmiotów spowodowane zupełnie innymi możliwościami działania na rynku usług medycznych.

### **III.2.6. Mając na uwadze obecne rozwiązania funkcjonujące w Programach Operacyjnych oraz w ramach Priorytetu XII PO IiŚ, jak powinna wyglądać linia demarkacyjna w nowej perspektywie finansowej UE 2014-2020? Czy, a jeśli tak, to co ewentualnie należałoby zmienić w stosunku do obecnych rozwiązań w ramach Priorytetu XII PO IiŚ?**

Obecnie trwają prace nad dokumentami programowymi związanymi z perspektywą finansową UE 2014-2020. Realizowany jest I etap prac nad przygotowaniem zasad funkcjonowania dokumentów programowych i systemu wdrażania Polityki Spójności na lata 2014-2020.

W dniu 7 maja 2012 roku, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego przekazało do wiadomości członkom Rady ministrów informację dotyczącą prac programowych związanych z perspektywą finansową UE 2014-2020.<sup>35</sup>

W dokumencie tym stwierdzono, że aktualna reforma polityk współfinansowanych z budżetu UE oparta jest na założeniu ściślejszej koordynacji polityk UE z krajowymi oraz wzmacnianiu współzależności wybranych dziedzin interwencji publicznej. Europejski system programowania oraz wykonania budżetu UE ulega zasadniczym zmianom. Z uwagi na przekrojowy charakter Polityki Spójności (PS) oraz wagę finansową w budżecie UE, została ona zaliczona do czołowych nośników tej reformy. Wskazano także główne kierunki tej reformy, wśród których znalazło się także zdanie o „*odejściu od logiki ‘linii demarkacyjnej’ na rzecz logiki ‘wspólnych rozwiązań’.*”

Obecnie trwają prace nad doprecyzowaniem znaczenia powyższego sformułowania.

Stanowiący podstawę do dyskusji na temat zakresu wsparcia działań rozwojowych środkami unijnymi z funduszy Wspólnych Ram Strategicznych (EFRR, EFS, FS, EFRROW i EFMR) w latach 2014- 2020 dokument: „Programowanie perspektywy finansowej 2014 -2020 - uwarunkowania strategiczne”<sup>36</sup> przedstawia podstawowe założenia proponowanego podziału interwencji pomiędzy poziom krajowy i regionalny. Założeniem tym jest zwiększenie przejrzystości zarządzania środkami unijnymi oraz wyeliminowanie znacznej części błędów systemu na lata 2007-2013.

Najważniejsze zasady nowego podziału interwencji między poziom krajowy i regionalny to :

- tam gdzie to możliwe, dążenie do określenia jednego poziomu interwencji dla danego priorytetu inwestycyjnego ewentualnie typu działań;
- odejście od stosowania kryterium kwotowego (które nastroczało wiele problemów w perspektywie 2007-2013);
- zastosowanie nie więcej niż dwu kryteriów podziału jednocześnie. Najważniejsze kryteria podziału to: zasięg geograficzny wsparcia; beneficjent (typ beneficjenta/masowość beneficjenta/zdolność instytucjonalna); skala oddziaływania interwencji (znaczenie) oraz oczywiście kryteria charakterystyczne dla konkretnego typu interwencji.

---

<sup>35</sup> Zob.:

[http://www.mrr.gov.pl/fundusze/Fundusze\\_Europejskie\\_2014\\_2020/Programowanie\\_2014\\_2020/Documents/Info\\_ver\\_ost\\_0705.pdf](http://www.mrr.gov.pl/fundusze/Fundusze_Europejskie_2014_2020/Programowanie_2014_2020/Documents/Info_ver_ost_0705.pdf) pobranie z dn. 15.12.2012.

<sup>36</sup> Zob.:

[http://www.mrr.gov.pl/fundusze/Fundusze\\_Europejskie\\_2014\\_2020/Programowanie\\_2014\\_2020/Documents/uwarunkowania\\_strategiczne.pdf](http://www.mrr.gov.pl/fundusze/Fundusze_Europejskie_2014_2020/Programowanie_2014_2020/Documents/uwarunkowania_strategiczne.pdf) pobranie z dn. 15.12.2012.

W związku z powyższym, w okresie 2014-2020 zakres decentralizacji funduszy WRS w Polsce będzie większy niż w obecnym zakresie. Nie oznacza to jednak całkowitej decentralizacji, ponieważ nadal istnieje uzasadnienie dla interwencji z poziomu krajowego, dotyczy to m.in. reform systemowych, czy infrastruktury o znaczeniu lub zasięgu krajowym.

W ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego zaproponowano następujący podział:

Zwiększenie kompetencji regionów w zakresie działań właściwych dla EFRR dotyczyć powinno tych działań, których zasięg nie wykracza poza terytorium województwa. Szczególnie dotyczy to tych sfer, które wymagają uwzględnienia różnicowań terytorialnych.

Na poziomie krajowym powinny pozostać głównie:

- wzmacnianie infrastruktur B+R, centrów kompetencji o największym znaczeniu itd., tylko najważniejsze klastry i wspieranie przedsiębiorstw wysoko innowacyjnych - ewentualnie kilku kluczowych branż (cel tematyczny 1.);
- e-administracja i sieci szerokopasmowe (cel tematyczny 2.);
- internacjonalizacja MSP (cel tematyczny 3.);
- energetyka o znaczeniu/zasięgu ponadregionalnym (cel tematyczny 4.);
- horyzontalne rozwiązania dotyczące dostosowania do zmian klimatu i odporności na ryzyka - projekty przeciwpowodziowe (cel tematyczny 5.), ochrona bioróżnorodności, ekosystemów - NATURA 2000, najważniejsze obiekty dziedzictwa kulturowego – lista UNESCO (cel tematyczny 6.);
- sieci komunikacyjne - TEN-T, SETA, kolej (cel tematyczny 7.).

Z poziomu regionalnego powinny być zatem wspierane głównie:

- regionalna i lokalna infrastruktura naukowa, transfer technologii, regionalne badania i innowacje (cel tematyczny 1.);
- wspieranie przedsiębiorczości (cel tematyczny 3.);
- lokalne inwestycje energetyczne, strategie niskoemisyjne dla miast (cel tematyczny 4.);
- regionalna i lokalna infrastruktura środowiskowa, kultura, (cel tematyczny 6.);
- regionalna i lokalna infrastruktura transportowa (cel tematyczny 7.) transport publiczny w miastach;
- regionalna i lokalna infrastruktura edukacyjna, społeczna, rewitalizacja, lokalne strategie rozwoju, dostępność do usług (cel 9., cel 10.).

### **Podsumowanie:**

- Obecnie prowadzone są prace nad dokumentami strategicznymi i programowymi dla perspektywy finansowej 2014-2020. Wśród proponowanych zmian, planowane jest zastąpienie podejścia „linii demarkacyjnej” podejściem „wspólnych rozwiązań”.
- To, jak powinno w przyszłej perspektywie wyglądać rozwiązanie „linii demarkacyjnej” zależy przede wszystkim od decyzji strategicznych dotyczących doprecyzowania określenia „podejście ‘wspólnych rozwiązań’ ”. Bez precyzyjnego zdefiniowania tego terminu nie jest możliwe wskazywanie żadnych konkretnych pożądaných rozwiązań, ani wskazywanie możliwych zmian w stosunku do rozwiązań obowiązujących w obecnej perspektywie.

### **III.2.7. Na czym powinny opierać się główne kryteria wyboru projektów w przyszłej perspektywie finansowej UE 2014 – 2020?**

Kryteria wyboru projektów powinny dzielić się na formalne i merytoryczne. Kryteria formalne powinny sprowadzać się do systemu zero-jedynkowego sprawdzenia zgodności składanych dokumentów aplikacyjnych z wymaganym wzorem i sprawdzenia poprawności formalnej wypełnienia wszystkich wymaganych pól we wniosku. Powinny także odnosić się do kontroli wymogów formalnych dostępu do wsparcia (np. czy beneficjent należy do grupy uprawnionej do otrzymania wsparcia w ramach danej procedury). Kryteria formalne nie powinny decydować o dokonaniu wyboru projektu. Z tego powodu wszędzie tam, gdzie jest to możliwe, a beneficjent popełnił omyłkę formalną w procesie kontroli kryteriów formalnych instytucja /organ decydujący o przyznaniu projektu powinien zwrócić się do instytucji aplikującej o usunięcie wad formalnych wniosku.

Decydujące znaczenie powinny mieć kryteria merytoryczne oceny wniosku.

Główne kryteria wyboru projektów powinny koncentrować się na kilku kluczowych elementach decydujących o tym, w jaki sposób i w jakim stopniu dany projekt przyczyni się do realizacji zakładanych celów interwencji. Przy czym istotne jest zapewnienie zgodności celów samej interwencji z celami określonymi dla danego obszaru w wyższego rzędu dokumentach strategicznych.

Zatem jednym z kryteriów wyboru powinna być zgodność projektu z celami tematycznymi oraz określonymi dla tych celów tematycznych priorytetami inwestycyjnymi.

Jednocześnie ważne jest sprawdzenie w jakim stopniu projekt wpłynie na osiągnięcie celów interwencji. Z tego powodu każdy wniosek aplikacyjny powinien zawierać miejsce na wskazanie przez beneficjenta w jaki sposób i w jakim stopniu projekt wpłynie na realizację celów interwencji. Powinno być to oceniane za pomocą wskaźników osiągnięcia celu. Wskaźniki powinny zostać opracowane dla całej interwencji, a następnie aplikanci powinni we wnioskach o dofinansowanie podawać – wraz z merytorycznym uzasadnieniem – dlaczego i w jakim stopniu ich projekt przyczyni się do osiągnięcia celów całej interwencji.

Przy dokonywaniu oceny końcowej wniosków i tworzeniu listy rankingowej wskazane jest skorzystanie z matematycznych modeli wielokryterialnego wspomaganie podejmowania decyzji, w celu zwiększenia stopnia obiektywizacji dokonywanych ocen wniosków projektowych i dokonywania wyboru najlepszych wniosków.

Istnieje wiele systemów wielokryterialnego wspomaganie procesów decyzyjnych. W ramach przykładu podajemy tutaj jedno z możliwych do przyjęcia rozwiązań, specjalnie przystosowanych właśnie do dokonywania wyboru pomiędzy projektami i tworzenia list rankingowych.

### **Propozycja wielokryterialnej metody rankingowania wniosków projektowych i wyboru projektów.**

W procesie rankingowania wniosków projektowych i wyboru projektów można zastosować możliwie zobiektywizowane procedury i mechanizmy oceny. Wydaje się, że należy tutaj wykorzystywać w możliwie maksymalnym stopniu techniki wielokryterialnej analizy i wspomaganie procesu decyzyjnego oparte o modele matematyczne.

Proponuje się w tym miejscu zastosowanie wielokryterialnego procesu wspomaganie decyzji.

W skład tego procesu wchodzi następujące elementy:

1. Wybór kryteriów;
2. Określenie wag dla kryteriów;
3. Skonstruowanie tablicy ocen;
4. Określenie progów: obojętności, preferencji oraz veta dla każdego z kryteriów;
5. Zastosowanie metody PROMETHEE<sup>37</sup>;
6. Podjęcie ostatecznej decyzji (zbudowanie rankingu).

#### Podstawowe założenia metodologiczne

---

<sup>37</sup> Zob. J.P. Brans, Ph. Vincke, A Preference Ranking Organization Method: The PROMETHEE Method for Multiple Criteria Decision-Making, *Management Science*, 31, 6, 1985; J.P. Brans, Ph. Vincke, B. Mareschal, How to select and how to rank projects: The PROMETHEE method, *European Journal of Operational Research*, 24, 2, 1986.

Podejmowanie decyzji stanowi nieodłączny element życia każdego człowieka. Podejmując decyzję możemy oczywiście zadowolić się wyborem pierwszego wariantu rozwiązania, jaki przyjdzie nam do głowy, częściej jednak staramy się wybrać rozwiązanie najlepsze spośród możliwych, czyli rozwiązanie optymalne.

W przypadku gdy poszukujemy rozwiązania optymalnego biorąc pod uwagę jedno kryterium, sytuacja jest dość prosta: poszukujemy wariantu dopuszczalnego, dla którego funkcja kryterium przyjmuje wartość największą (gdy dążymy do maksymalizacji funkcji celu) lub najmniejszą (gdy dążymy do minimalizacji funkcji celu).

Zupełnie inaczej wygląda sytuacja, gdy mamy do czynienia z wielokryterialnym problemem decyzyjnym, tzn. gdy poszukujemy najlepszych wariantów decyzyjnych rozpatrując więcej niż jedno kryterium. A z taką właśnie sytuacją mamy do czynienia w przypadku podjęcia próby zbudowania rankingu projektów w oparciu o rozbudowany zestaw wskaźników (kryteriów).

Każdy z projektów musi zostać poddany ocenie uwzględniającej wszystkie istotne atrybuty i przeprowadzonej względem różnych kryteriów, a zatem ocenie składającej się z wielu ocen częściowych i przybierającej w związku z tym formę wektora o liczbie składowych równej liczbie rozpatrywanych kryteriów. Porównując ze sobą projekty opisane za pomocą wektorów ocen zwykle trudno jest je uporządkować od najlepszego do najgorszego zgodnie z preferencjami decydenta – sytuacja, w której wartości wszystkich składowych jednego z wektorów ocen są większe bądź równe (gdy dążymy do osiągnięcia jak najwyższych wartości) lub mniejsze bądź równe (gdy dążymy do osiągnięcia jak najniższych wartości) wartościom składowym drugiego z wektorów zdarza się bowiem niezwykle rzadko. Pożądane jest zatem, by w procesie decyzyjnym posługiwać się metodami pozwalającymi przewycięzać tego typu trudności.

Można oczywiście skonstruować globalną funkcję użyteczności decydenta (odzwierciedlającą jego preferencje) agregując użyteczności częściowe wariantów (względem każdego z kryteriów)<sup>38</sup>. Jest to jednak możliwe tylko przy spełnieniu pewnych określonych (i bardzo restrykcyjnych) założeń, a poza tym może prowadzić do pełnej kompensacji czyli sytuacji, w której wariant oceniony bardzo słabo ze względu na jedno lub nawet kilka kryteriów zostaje mimo to uznany za optymalny, ponieważ osiągnął bardzo wysokie oceny w przypadku pozostałych kryteriów. Dodać trzeba, że określenie analitycznej postaci globalnej funkcji

---

<sup>38</sup> Zob. R.L. Keeney, H. Raiffa, *Decisions with Multiple Objectives: Preferences and Values Tradeoffs*, Wiley, New York 1976.

użyteczności jest zadaniem bardzo trudnym, a czasem wręcz niemożliwym do wykonania – często sam decydent nie potrafi podać informacji wystarczających do jej zbudowania.

Ze względu na wymienione wyżej trudności opisane w poprzednim akapicie podejście oparte na teorii użyteczności jest krytykowane przez wielu badaczy (wywodzących się głównie z europejskiej szkoły podejmowania decyzji, której twórcą jest B. Roy). Podkreślają oni, że realnym problemom decyzyjnym zawsze towarzyszy niepewność, nieprecyzyjność, nieokreśloność i zmienność zarówno danych, na których opiera się analiza, jak też ocen i preferencji uczestników procesu decyzyjnego, którzy w swoich działaniach nie muszą być wcale do końca konsekwentni. W związku z tym proponuje się<sup>39</sup> rozszerzenie zbioru podstawowych sytuacji preferencyjnych (obejmującego równoważność rozpatrywanych wariantów oraz preferencję jednego z nich) w taki sposób, by obejmował on sytuacje: równoważności, preferencji słabej, preferencji silnej oraz nieporównywalności, przy czym przez preferencję słabą wariantu a nad wariantem b należy rozumieć sytuację, w której decydent waha się pomiędzy stwierdzeniem, że „wariant a jest silnie preferowany nad b”, a stwierdzeniem, że „wariant a jest równoważny b”. Z kolei sytuacja nieporównywalności charakteryzuje się nieobecnością oceny preferencji między wariantami (tzn. brak jest wystarczających przesłanek, aby przyjąć, że zachodzi którakolwiek z pozostałych sytuacji podstawowych).

Cztery wymienione wcześniej sytuacje podstawowe mogą zostać wykorzystane do zdefiniowania relacji zgrupowanych (czyli sytuacji w których parze wariantów - z różnych powodów obejmujących m.in. niezdecydowanie czy niewiedzę - przypisujemy więcej niż jedną sytuację podstawową, przy czym nie jest istotne, która z tych sytuacji ma miejsce), takich jak np. preferencja w szerokim sensie (czyli silna lub słaba preferencja), przypuszczenie preferencji (czyli słaba preferencja lub równoważność) czy też przewyższanie (czyli preferencja albo przypuszczenie preferencji).

Rozróżnienie sytuacji preferencyjnych jest możliwe dzięki wprowadzeniu do analizy progów równoważności i preferencji związanych z poszczególnymi kryteriami. Powoduje to zdecydowanie bardziej realistyczne odwzorowanie analizowanego problemu decyzyjnego, jako że mało znaczące różnice w ocenach wariantów (dla danego kryterium) nie powodują jeszcze uznania ich za nierównoważne (dzięki zastosowaniu progu równoważności), a dopiero dostatecznie duże różnice w ocenach wariantów powodują uznanie jednego z nich za silnie preferowany ze względu na dane kryterium (dzięki zastosowaniu progu preferencji).

---

<sup>39</sup> Zob. B. Roy, *Wielokryterialne wspomaganie decyzji*, Wydawnictwa Naukowo-Techniczne, Warszawa 1990.

W proponowanym podejściu przyjmuje się ponadto założenie o ograniczonej kompensacji, co oznacza, że możliwa jest taka sytuacja, w której przewaga wariantu a nad wariantem b ze względu na jedno z kryteriów powoduje, że wariant b nie może zostać uznany za lepszy od wariantu a nawet wtedy, gdy jest on preferowany ze względu na wszystkie pozostałe kryteria. Do analizy tego typu sytuacji wykorzystywany jest próg veta.

Istotnym elementem wielokryterialnego procesu budowania rankingu projektów jest wyznaczenie wag dla kryteriów ich oceny. Dokonujemy tego przy pomocy metody Saaty'ego<sup>40</sup>, w której porównujemy parami ze sobą wszystkie kryteria z wykorzystaniem specjalnie skonstruowanej do tego celu dziewięciostopniowej skali, co pozwala uzyskać – po dokonaniu pewnych przekształceń matematycznych – dodatni, unormowany i przybliżony wektor wag dla kryteriów odzwierciedlający ujawnione wcześniej preferencje decydenta.

W celu otrzymania końcowego rankingu dokonujemy porównań projektów parami na zasadzie „każdy z każdym”. Procedurę rozpoczynamy od wyznaczenia współczynników zgodności odzwierciedlających siłę koalicji zgodności (czyli siłę zbioru kryteriów, które - w stopniu określonym dla każdego kryterium oddzielnie poprzez wskaźniki zgodności – potwierdzają hipotezę, że wariant a jest preferowany nad b). W kolejnym kroku obliczane są z kolei dla każdego z kryteriów wskaźniki niezgodności mierzące siłę opozycji (czyli stopień niezgodności w stosunku do hipotezy, że wariant a jest preferowany nad b z punktu widzenia danego kryterium).

Na podstawie współczynników zgodności i wskaźników niezgodności wyliczane są współczynniki wiarygodności mierzące – jak wskazuje ich nazwa - stopień wiarygodności hipotezy głoszącej, że wariant a jest preferowany nad b. Wartości współczynników wiarygodności są co najwyżej równe wartości współczynników zgodności w sytuacji gdy nie ma opozycji i są tym mniejsze im jest ona silniejsza; w szczególności gdy istnieje kryterium, które stawia veto, współczynnik wiarygodności wynosi 0, co oznacza brak zgody na przyjęcie hipotezy, że wariant a jest preferowany nad b. Obliczone w ten sposób współczynniki wiarygodności pozwalają na zbudowanie porządku zupełnego w zbiorze wariantów, czyli na uporządkowanie projektów od najlepszego do najgorszego.

\* \* \*

Poniżej przedstawiamy aparat matematyczny pozwalający na zaimplementowanie przedstawionej metody do zbudowania rankingu projektów.

#### Określenie wag dla kryteriów

---

<sup>40</sup> T.L. Saaty, *The Analytic Hierarchy Process*, McGraw-Hill, New York 1980.



Wartości wag dla poszczególnych kryteriów uzyskujemy przy pomocy *metody Saaty’ego*. W tym celu budujemy macierz porównań kryteriów parami. Na jej podstawie każdemu kryterium  $c_i$  przyporządkowana zostanie znormalizowana ocena końcowa  $w_i$ , interpretowana jako użyteczność  $i$ -tego kryterium.

Porównań kryteriów parami dokonujemy w oparciu o dziewięciostopniową skalę zamieszczoną poniżej w Tabeli nr 1.

**Tabela 14. Oceny liczbowe i werbalne**

Ocena liczbow a	Ocena werbalna
1	Porównywane kryteria są równoważne
2	Wahanie pomiędzy równoważnością i niewielką przewagą pierwszego z porównywanych kryteriów nad drugim
3	Niewielka przewaga kryterium pierwszego nad drugim
4	Wahanie pomiędzy niewielką przewagą i dużą przewagą pierwszego z kryteriów nad drugim
5	Duża przewaga kryterium pierwszego nad drugim
6	Wahanie pomiędzy dużą przewagą a bardzo dużą przewagą pierwszego z kryteriów nad drugim
7	Bardzo duża przewaga kryterium pierwszego nad drugim
8	Wahanie pomiędzy bardzo dużą przewagą i ogromną (krytyczną) przewagą pierwszego z porównywanych kryteriów nad drugim
9	Ogromna (krytyczna) przewaga kryterium pierwszego nad drugim

Oceny liczbowe wpisujemy do Tabeli nr 2 konstruując w ten sposób macierz K porównań kryteriów parami. Dokonujemy tego w następujący sposób: jeśli uważamy, że przewaga kryterium nr 1 nad kryterium nr 2 jest bardzo duża, to wpisujemy liczbę 7 w pierwszym wierszu i trzeciej kolumnie Tabeli nr 2. Jeśli natomiast uważamy, że to przewaga kryterium nr 2 nad kryterium nr 1 jest bardzo duża, to w pierwszym wierszu i trzeciej kolumnie Tabeli nr 2 wpisujemy 1/7 (odwrotność liczby 7).

**Tabela 15. Macierz K porównań kryteriów parami**

	Kryterium 1	Kryterium 2	...	...	Kryterium n
Kryterium 1	1	7	...	...	$k_{1n}$
Kryterium 2	1/7	1	...	...	$k_{2n}$
...	...	...	1	...	...
...	...	...	...	1	...
Kryterium n	$1/k_{1n}$	$1/k_{2n}$	...	...	1

Macierz K porównań kryteriów parami musi być macierzą proporcjonalną. Jeżeli zatem porównując dwa kryteria przyporządkowaliśmy temu porównaniu jakąś ocenę, to porównując te same kryteria w odwrotnej kolejności przypisujemy temu porównaniu ocenę będącą odwrotnością oceny poprzedniego porównania.

Macierz K porównań kryteriów parami nie musi być natomiast spójna tzn. jeśli np. przewaga kryterium nr 1 w stosunku do kryterium nr 4 zostanie uznana za bardzo dużą i oceniona na 7, a z kolei kryteria nr 4 i 5 zostaną uznane za równoważne, to nie oznacza to wcale, że przewaga kryterium nr 1 w stosunku do kryterium nr 5 musi również zostać uznana za bardzo dużą i oceniona na 7 (choć oczywiście może tak być). Porównania kryteriów parami są od siebie niezależne w związku z czym występowanie niespójności jest dopuszczalne.

Postępowanie w metodzie Saaty’ego przebiega w następujący sposób:

Krok 1:

W każdej kolumnie macierzy K porównań kryteriów sumujemy oceny  $k_{ij}$  obliczając:

$$\sigma_j = \sum_{i=1}^n k_{ij}$$

Krok 2:

Budujemy znormalizowaną macierz  $W = [\varphi_{ij}]$   $i, j = 1, \dots, n$ , której elementy w kolumnie  $j$

powstały przez podzielenie  $k_{ij}$  przez  $\sigma_j$ :  $\varphi_{ij} = \frac{k_{ij}}{\sigma_j}$ .

Krok 3:

Obliczamy przybliżony wektor  $w$ , którego elementy są średnimi z wierszy macierzy

$$w_i = \frac{1}{n} \left( \sum_{j=1}^n \varphi_{ij} \right)$$

znormalizowanej:

Otrzymany w ten sposób wektor  $w$  jest wektorem wag kryteriów dla rozpatrywanego problemu decyzyjnego.

Określenie progów: obojętności, preferencji oraz veta dla każdego z kryteriów.

Do budowy modelu preferencji decydenta wykorzystana zostanie koncepcja progów obojętności, preferencji oraz veta. Progi te powinny zostać określone przez decydenta dla każdego kryterium oddzielnie.

Próg równoważności – maksymalna różnica pomiędzy ocenami dwóch projektów, przy której nie można jeszcze stwierdzić, że jeden z projektów jest lepszy (pod względem danego

kryterium), w związku z czym projekty te będą traktowane jako równoważne (z punktu widzenia danego kryterium).

Jeśli przykładowo dla kryterium nr 3 określimy wartość progu równoważności jako 1, będzie to oznaczać, że projekty które uzyskają na przykład 5 i 6 punktów zostaną uznane za równoważne.

Próg preferencji – minimalna różnica pomiędzy ocenami dwóch projektów, po przekroczeniu której nie istnieją już żadne wątpliwości, że jeden z nich jest lepszy (pod względem danego kryterium); oznacza to, że jeden z projektów zostanie uznany za lepszy od drugiego (z punktu widzenia danego kryterium) jeśli jego przewaga punktowa będzie wyższa od progu preferencji.

Jeśli na przykład dla kryterium nr 6 określimy wartość progu preferencji na 5, będzie to oznaczać, że dopiero projekt, który uzyska 8 punktów zostanie uznany za lepszy od tego, który uzyskał 2 punkty.

Próg veta – minimalna różnica pomiędzy ocenami dwóch projektów dla danego kryterium, po przekroczeniu której wykluczone jest uznanie ocenionego niżej wariantu za ogólnie lepszy od tego ocenionego pod względem danego kryterium wyżej nawet jeśli zostanie on uznany za zdecydowanie lepszy od drugiego pod względem wszystkich innych kryteriów.

Jeśli na przykład dla kryterium nr 8 określimy wartość progu veta na 7, będzie to oznaczało, że projekt, który uzyskał 8 punktów mniej od innego nie będzie mógł zostać uznany za ogólnie lepszy nawet wtedy, gdy będzie uznany za dużo lepszy pod względem wszystkich innych kryteriów.

**Tabela 16. Model preferencji**

Nr	Kryteria	Próg równoważności (q)	Próg preferencji (p)	Próg veta (v)
1	<b>Kryterium nr 1</b>			
2	Kryterium nr 2			
...	...			
...	...			
n	Kryterium n			

W oparciu o koncepcję progów równoważności i preferencji definiuje się pseudokryterium. Jest to taka funkcja kryterialna  $g$ , z którą związane są dwie funkcje progowe  $q_g [g(a)]$  i  $p_g [g(a)]$  spełniające zależności:

$$\forall a, b \in A \quad \frac{q_g [g(a)] - q_g [g(b)]}{g(a) - g(b)} \geq -1 \quad \text{i} \quad \frac{p_g [g(a)] - p_g [g(b)]}{g(a) - g(b)} \geq -1$$

$$\forall a, b \in A \quad g(a) \geq g(b) \Rightarrow \left\{ \begin{array}{lll} aI_g b & \text{gdy} & g(a) - g(b) \leq q_g [g(a)] \\ aQ_g b & \text{gdy} & q_g [g(a)] < g(a) - g(b) \leq p_g [g(a)] \\ aP_g b & \text{gdy} & g(a) - g(b) > p_g [g(a)] \end{array} \right\}$$

gdzie:

$g(a)$  oraz  $g(b)$  to odpowiednio oceny projektów  $a$  i  $b$  z punktu widzenia kryterium  $g$ ;

$q_g [g(a)]$  - próg równoważności (funkcja przyjmująca wartości rzeczywiste zdefiniowana na zbiorze wartości  $g(a)$ ; może przyjmować wartość stałą);

$p_g [g(a)]$  - próg preferencji (funkcja przyjmująca wartości rzeczywiste zdefiniowana na zbiorze wartości  $g(a)$ ; może przyjmować wartość stałą);

$I_g$  - relacja równoważności (odpowiada istnieniu wyraźnych przesłanek uzasadniających równoważność dwóch projektów z punktu widzenia kryterium  $g$ );

$P_g$  - relacja silnej preferencji (odpowiada istnieniu wyraźnych przesłanek uzasadniających znaczącą preferencję jednego z dwóch projektów z punktu widzenia kryterium  $g$ );

$Q_g$  - relacja słabej preferencji (odpowiada istnieniu wyraźnych przesłanek, które osłabiają silną preferencję jednego z dwóch projektów z punktu widzenia kryterium  $g$ , przy czym przesłanki te są niewystarczające, by na ich podstawie wnioskować o równoważności obu projektów lub silnej preferencji drugiego z nich).

W związku z powyższym wyróżniamy następujące sytuacje preferencyjne:

1. Silna preferencja projektu  $a$  w stosunku do projektu  $b$ :

$$a P b \Leftrightarrow g(a) > g(b) + p_g [g(a)]$$

2. Silna preferencja projektu  $b$  w stosunku do projektu  $a$ :

$$b P a \Leftrightarrow g(b) > g(a) + p_g [g(b)]$$

3. Słaba preferencja projektu  $a$  w stosunku do projektu  $b$ :

$$a Q b \Leftrightarrow q_g [g(a)] < g(a) - g(b) \leq p_g [g(a)]$$

4. Słaba preferencja projektu  $b$  w stosunku do projektu  $a$ :

$$b Q a \Leftrightarrow q_g [g(b)] < g(b) - g(a) \leq p_g [g(b)]$$

5. Brak preferencji (równoważność obu rozpatrywanych projektów) - w pozostałych przypadkach.

Procedura rozpoczyna się od wyznaczenia wskaźników zgodności dla każdej pary projektów.

Są one obliczane w następujący sposób:

$$c(a, b) = \frac{\sum_{j=1}^n w_j c_j(a, b)}{\sum_{j=1}^n w_j},$$

gdzie:

$w_j$  – współczynnik określający wagę kryterium  $j$ ,

$c_j(a, b)$  – wskaźnik zgodności dla kryterium  $j$ , obliczany w następujący sposób:

$$c_j(a, b) = \left\{ \begin{array}{ll} 1 & \text{gdy } g_j(a) > g_j(b) + p_j[g_j(a)] \\ 0 & \text{gdy } g_j(a) \leq g_j(b) + q_j[g_j(a)] \\ \frac{g_j(a) - q_j[g_j(a)] - g_j(b)}{p_j[g_j(a)] - q_j[g_j(a)]} w & \text{innych przypadkach} \end{array} \right\}$$

Wskaźniki zgodności mogą zatem przyjmować wartości z przedziału  $[0, 1]$ .

Kolejnym krokiem jest obliczenie dla każdej pary projektów wskaźników niezgodności (również przyjmujących wartości z przedziału  $[0, 1]$ ):

$$d_j(a, b) = \left\{ \begin{array}{ll} 1 & \text{gdy } g_j(b) > g_j(a) + v_j[g_j(a)] \\ 0 & \text{gdy } g_j(b) \leq g_j(a) + p_j[g_j(a)] \\ \frac{g_j(b) - g_j(a) - p_j[g_j(a)]}{v_j[g_j(a)] - p_j[g_j(a)]} w & \text{innym przypadku} \end{array} \right\},$$

gdzie:

$d_j(a, b)$  - wskaźnik niezgodności dla kryterium  $j$ ;

$v_g[g(a)]$  – próg veta (funkcja przyjmująca wartości rzeczywiste zdefiniowana na zbiorze wartości  $g(a)$ ; może przyjmować wartość stałą).

Następnie obliczamy współczynniki wiarygodności:

$$r(a, b) = \left\{ \begin{array}{ll} c(a, b) & \text{gdy } J = \{j : d_j(a, b) > c(a, b)\} = \emptyset \\ c(a, b) \prod_{j \in J} \frac{1 - d_j(a, b)}{1 - c(a, b)} & \text{gdy } J \neq \emptyset \end{array} \right\}$$

Współczynnik wiarygodności jest co najwyżej równy wartości współczynnika zgodności  $c(a, b)$  w sytuacji gdy nie ma opozycji i jest tym mniejszy im jest ona silniejsza; w szczególności

gdy istnieje kryterium, które stawia veto ( $d_j(a,b) = 1$ ), to współczynnik wiarygodności wynosi 0.

Rezultatem powyższych obliczeń jest macierz współczynników wiarygodności.

**Tabela 17. Macierz współczynników wiarygodności**

	Projekt a	Projekt b	...	...	Projekt n
Projekt a	0	$r_{ab}$	...	...	$r_{an}$
Projekt b	$r_{ba}$	0	...	...	$r_{bn}$
...	...	...	0	...	...
...	...	...	...	0	...
Projekt n	$r_{na}$	$r_{nb}$	...	...	0

W kolejnym kroku określamy wartość przepływu netto dla każdego projektu:

$$\Phi(a) = \Phi^+(a) - \Phi^-(a)$$

gdzie:

$$\Phi^+(a) = \sum_{b \in A} r(a,b)$$

$$\Phi^-(a) = \sum_{b \in A} r(b,a)$$

Finałowy ranking projektów otrzymujemy porządkując malejąco obliczone przepływy netto.

Projekt a jest zatem lepszy od projektu b jeśli  $\Phi(a) > \Phi(b)$ , natomiast jeśli  $\Phi(a) = \Phi(b)$  to znaczy, że projekty są równoważne.

**Tabela 18. Lista rankingowa projektów**

Projekt	$\Phi$
Projekt a	$\Phi(a)$
Projekt b	$\Phi(b)$
...	...
...	...
Projekt n	$\Phi(n)$

\* \* \*

W dalszej części prezentujemy przykładową sytuację i wyniki obliczeń zbudowane dla hipotetycznej sytuacji, gdzie przedmiot analizy stanowi sześć kryteriów (K1 – K6), a rankingowane jest 11 podmiotów (np. projektów)

**Tabela 19. Przykład: porównanie kryteriów**

	K1	K2	K3	K4	K5	K6
K1	1	4	2	2	9	1
K2	0,25	1	0,50	0,50	5	0,14
K3	0,50	2	1	0,25	4	0,25
K4	0,50	2	4	1	7	0,25
K5	0,11	0,20	0,25	0,14	1	0,11
K6	1	7	4	4	9	1

Tabelę należy odczytywać następująco: Kryterium K1 i K2: Wahanie pomiędzy niewielką przewagą i dużą przewagą pierwszego z kryteriów nad drugim, itd. Tabela jest symetryczna, tak, że po przeciwnej stronie przekątnej, zawsze pojawi się odwrotność nadanej wagi.

Rozumowanie, które legło u podstaw określenia wzajemnych wag poszczególnych kryteriów w tym przypadku było następujące:

Najbardziej istotnymi kryteriami są kryteria K1 oraz K6.

Za trzecie, co do ważności kryterium, przyjęto kryterium K4.

Średnią rangę nadano kryterium K3 i kryterium K2.

Relatywnie najniższą ważność nadano kryterium K5 – stanowić ono będzie kryterium pomocnicze.

Opisana sytuacja wymaga określenia dla każdego z kryteriów progu równoważności. Jest to – maksymalna różnica pomiędzy ocenami dwóch projektów, przy której nie można jeszcze stwierdzić, że jeden z projektów jest lepszy (pod względem danego kryterium), w związku z czym projekty te będą traktowane jako równoważne (z punktu widzenia danego kryterium).

Jeśli przykładowo dla kryterium K3 określimy wartość progu równoważności jako 1, będzie to oznaczać, że projekty które uzyskają na przykład 5 i 6 punktów zostaną uznane za równoważne.

Opisana sytuacja wymaga określenia dla każdego z kryteriów progu preferencji . Jest to minimalna różnica pomiędzy ocenami dwóch projektów, po przekroczeniu której nie istnieją już żadne wątpliwości, że jeden z nich jest lepszy (pod względem danego kryterium); oznacza to, że jeden z projektów zostanie uznany za lepszy od drugiego (z punktu widzenia danego kryterium) jeśli jego przewaga punktowa będzie wyższa od progu preferencji.

Jeśli na przykład dla kryterium K6 określimy wartość progu preferencji na 5, będzie to oznaczać, że dopiero projekt, który uzyska 8 punktów zostanie uznany za lepszy od tego, który uzyskał 2 punkty.

Opisana sytuacja wymaga określenia progu veta . Jest to minimalna różnica pomiędzy ocenami dwóch projektów dla danego kryterium, po przekroczeniu której wykluczone jest uznanie ocenionego niżej wariantu za ogólnie lepszy od tego ocenionego pod względem danego kryterium wyżej nawet jeśli zostanie on uznany za zdecydowanie lepszy od drugiego pod względem wszystkich innych kryteriów.

Jeśli na przykład dla kryterium nr K8 określimy wartość progu veta na 7, będzie to oznaczało, że projekt, który uzyskał 8 punktów mniej od innego nie będzie mógł zostać uznany za ogólnie lepszy nawet wtedy, gdy będzie uznany za dużo lepszy pod względem wszystkich innych kryteriów.

W omawianym przykładzie progi równoważności, preferencji oraz veta zostały określone w następujący sposób:



**Tabela 20. Przykład: tabela preferencji**

Kryterium	Próg równoważności (q)	Próg preferencji (p)	Próg veta (v)
K1	2	4	10
K2	1	3	10
K3	1	3	10
K4	1	2	10
K5	2	4	10
K6	1	3	8

Zwrócić należy uwagę, iż określenie progu veta na poziomie 10 (a więc maksymalnej możliwej różnicy punktowej) oznacza, iż parametr ten nie został wskazany, ponieważ „działa” on dopiero po przekroczeniu progu, co oczywiście w tym przypadku jest niemożliwe. Powyższe parametry wprowadzane są do algorytmu obliczeniowego opartego na metodzie Promethee. Algorytm ten może zostać zaimplementowany w arkuszu obliczeniowym EXCEL. Po wprowadzeniu ocen dla populacji ocenianych kryteriów, generowana jest lista rankingowa projektów.

W uproszczeniu, schemat realizowanych obliczeń wygląda następująco:

W celu otrzymania końcowego rankingu dokonujemy porównań projektów parami na zasadzie „każdy z każdym”.

Procedurę rozpoczynamy od wyznaczenia współczynników zgodności odzwierciedlających siłę koalicji zgodności (czyli siłę zbioru kryteriów, które - w stopniu określonym dla każdego kryterium oddzielnie poprzez wskaźniki zgodności – potwierdzają hipotezę, że wariant a jest preferowany nad b). W kolejnym kroku obliczane są z kolei dla każdego z kryteriów wskaźniki niezgodności mierzące siłę opozycji (czyli stopień niezgodności w stosunku do hipotezy, że wariant a jest preferowany nad b z punktu widzenia danego kryterium).

Na podstawie współczynników zgodności i wskaźników niezgodności wyliczane są współczynniki wiarygodności mierzące – jak wskazuje ich nazwa - stopień wiarygodności hipotezy głoszącej, że wariant a jest preferowany nad b. Wartości współczynników wiarygodności są co najwyżej równe wartości współczynników zgodności w sytuacji gdy nie ma opozycji i są tym mniejsze im jest ona silniejsza; w szczególności gdy istnieje kryterium, które stawia veto, współczynnik wiarygodności wynosi 0, co oznacza brak zgody na przyjęcie hipotezy, że wariant a jest preferowany nad b. Obliczone w ten sposób współczynniki wiarygodności pozwalają na zbudowanie porządku zupełnego w zbiorze wariantów, czyli na uporządkowanie projektów od najlepszego do najgorszego.

Poniżej przedstawione wybrane fragmenty arkusza obliczeniowego ilustrują poszczególne etapy obliczeń oraz uzyskany wynik dla hipotetycznej populacji 11 ocenianych projektów A – K dla których przyznano następujące oceny:

**Tabela 21. Przykładowa populacja ocenianych podmiotów**

Kryterium	Analizowane podmioty (np.: projekty)										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
<b>K1</b>	1	10	4	7	5	6	5	3	8	9	7
<b>K2</b>	9	7	10	6	3	5	4	5	4	3	1
<b>K3</b>	7	3	9	8	9	4	7	8	6	2	6
<b>K4</b>	3	8	2	5	7	9	6	4	2	8	6
<b>K5</b>	7	2	8	10	3	4	5	6	5	3	4
<b>K6</b>	3	8	3	9	5	2	6	4	5	6	10

**Rysunek 5. Fragment arkusza obliczeniowego**

Wskaźniki zgodności	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
A	0	0,161	0	0,073	0,098	0,18	0,073	0,073	0,073	0,197	0,09
B	0,803	0	0,803	0,304	0,704	0,67	0,692	0,839	0,611	0,256	0,38
C	0,182	0,197	0	0,073	0,098	0,2	0,135	0,073	0,185	0,197	0,2
D	0,815	0,125	0,67	0	0,465	0,49	0,428	0,657	0,649	0,584	0,15
E	0,669	0,099	0,355	0,172	0	0,47	0,05	0,172	0,271	0,099	0,14
F	0,436	0	0,172	0,172	0,208	0	0,172	0,304	0,172	0,086	0,24
G	0,803	0,112	0,538	0	0	0,47	0	0,355	0,172	0,099	0,07
H	0	0,125	0,172	0	0,049	0,28	0	0	0,221	0,148	0,12
I	0,448	0,112	0,448	0	0,132	0,42	0,132	0,265	0	0,099	0,07
J	0,803	0	0,803	0,172	0,265	0,5	0,436	0,619	0,172	0	0,21
K	0,803	0,282	0,67	0	0,366	0,42	0,366	0,803	0,538	0,465	0

Opozycja	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
A	1	0,106	1	0,31	0,832	0,61	0,944	1	0,539	0,323	0,15
B	1	1	1	0,479	1	1	1	1	1	1	1
C	1	0,387	1	0,407	0,693	0,47	0,867	1	1	0,623	0,23
D	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
E	1	0,88	0,664	0,583	1	1	1	1	1	1	0,69
F	1	0,4	0,744	0,194	0,902	1	0,966	1	1	0,875	0
G	1	0,938	1	0,833	1	1	1	1	1	1	0,86
H	0,857	0,447	0,862	0,6	0,92	0,87	1	1	1	0,689	0,46
I	1	0,563	1	0,583	0,72	0,64	0,864	1	1	0,555	0,52
J	1	0,857	1	0,416	0,583	1	1	1	1	1	1
K	1	0,796	0,433	0,476	1	1	1	1	1	1	1

Współczynniki wiarygodności	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	przepływy	
												"+"	netto
A	0	0,017	0	0,023	0,082	0,11	0,069	0,073	0,039	0,064	0,01	0,492	-5,268
B	0,803	0	0,803	0,146	0,704	0,67	0,692	0,839	0,611	0,256	0,38	5,896	5,143
C	0,182	0,076	0	0,03	0,068	0,09	0,117	0,073	0,185	0,123	0,05	0,992	-3,071
D	0,815	0,125	0,67	0	0,465	0,49	0,428	0,657	0,649	0,584	0,15	5,011	4,608
E	0,669	0,087	0,236	0,1	0	0,47	0,05	0,172	0,271	0,099	0,09	2,242	0,075
F	0,436	0	0,128	0,033	0,188	0	0,166	0,304	0,172	0,075	0	1,502	-2,219
G	0,803	0,105	0,538	0	0	0,47	0	0,355	0,172	0,099	0,06	2,599	0,160
H	0	0,056	0,148	0	0,045	0,25	0	0	0,221	0,102	0,06	0,874	-3,285
I	0,448	0,063	0,448	0	0,095	0,27	0,114	0,265	0	0,055	0,04	1,793	-1,236
J	0,803	0	0,803	0,071	0,154	0,5	0,436	0,619	0,172	0	0,21	3,765	1,863
K	0,803	0,225	0,29	0	0,366	0,42	0,366	0,803	0,538	0,465	0	4,271	3,229
przeływ "-"	5,761	0,753	4,063	0,403	2,167	3,721	2,439	4,158	3,029	1,902	1,042		

Rysunek 6. Fragment arkusza obliczeniowego – wynik

WYNIK		RANKING	
Projekt	Ocena	Projekt	Ocena
A	-5,268	B	5,143
B	5,143	D	4,608
C	-3,071	K	3,229
D	4,608	J	1,863
E	0,075	G	0,160
F	-2,219	E	0,075
G	0,160	I	-1,236
H	-3,285	F	-2,219
I	-1,236	C	-3,071
J	1,863	H	-3,285
K	3,229	A	-5,268

\* \* \*

Proponowana metoda (w połączeniu z listą kryteriów) zapewnia stosunkowo dużą obiektywizację ocen. Rola osób oceniających koncentruje się bowiem na przyznaniu oceny punktowej każdemu projektowi, a nie na ustalaniu listy rankingowej.

Metoda ta, przy zastosowaniu mierzalnych, weryfikowalnych i obiektywnych wskaźników pozwala na przeprowadzenie zobjektywizowanego procesu – opartego o aparat matematyczny mający silne podbudowanie teoretyczne – budowania rankingu ocenianych projektów.

W powyższym tekście bardzo często pojawia się słowo „projekt”, gdyż metoda ta bardzo dobrze nadaje się do wykorzystania w procesie wyboru/ rankingowania projektów.

W razie wykazania przez Ministerstwo Zdrowia zainteresowania zastosowaniem tej metody możliwe jest udostępnienie Ministerstwu narzędzia informatycznego w postaci arkusza kalkulacyjnego Excel dokonującego, po wprowadzeniu podstawowych parametrów, wszystkich obliczeń związanych ze stosowaniem metody analizy wielokryterialnej.

### III.3. Określenie priorytetowych typów inwestycji infrastrukturalnych w sektorze ochrony zdrowia z punktu widzenia ich znaczenia dla realizacji celów Strategii Europa 2020 oraz tzw. „inicjatyw flagowych”

Kluczowym dokumentem strategicznym określającym zasadnicze kierunki polityki Unii Europejskiej do roku 2020 jest dokument „*Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*”<sup>41</sup>

W dokumencie tym nie ma zasadniczo żadnych bezpośrednich odniesień do kwestii związanych z ochroną zdrowia. Dokument ten koncentruje się na znalezieniu sposobów przywrócenia, po okresie kryzysu finansowego, obszarowi Unii Europejskiej wysokiej dynamiki rozwoju gospodarczego. W tym kontekście została podniesiona jednak kwestia,

<sup>41</sup> Zob.: [http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1\\_PL\\_ACT\\_part1\\_v1.pdf](http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_PL_ACT_part1_v1.pdf) pobranie z dnia 12.12.2012.

która także znajduje się w kręgu dyskusji dotyczącej kierunków rozwojowych polskiej polityki ochrony zdrowia. Mianowicie dokument Europa 2020 omawiając strukturalnie słabe strony Europy, wśród trzech kluczowych czynników wskazuje także na kwestie związane ze starzeniem się społeczeństwa:

*„społeczeństwa starzeją się coraz szybciej. Wraz z odchodzeniem na emeryturę pokolenia wyżu demograficznego liczba osób aktywnych zawodowo zacznie się w UE zmniejszać począwszy od 2013/2014 r. Liczba osób w wieku powyżej 60 lat rośnie dziś w tempie dwa razy szybszym niż przed rokiem 2007, tj. o ok. 2 mln osób rocznie - wcześniej był to 1 mln rocznie. Mniejsza liczba ludności czynnej zawodowo i wzrost liczby emerytów będzie dodatkowym obciążeniem dla naszych systemów opieki społecznej”*

Jest to jedyne zidentyfikowane w dokumencie Europa 2020 odniesienie do kwestii, które można zaliczyć do obszarów leżących w sferze oddziaływania systemu ochrony zdrowia. Trzeba przy tym podkreślić, że wskazanie na problem postępującego starzenia się społeczeństw i konieczność dostosowania do niego systemu ochrony zdrowia jest jednym z wiodących elementów debaty, jaką prowadzi się obecnie w Polsce w kwestii określenia priorytetowych obszarów wsparcia dla systemu ochrony zdrowia.

Dokument Europa 2020 nakierowuje dyskusję o kwestiach planowania strategicznego interwencji publicznej w państwach Unii Europejskiej na problematykę wsparcia dla zidentyfikowanych kluczowych obszarów tematycznych, określanych jako „Inicjatywy Flagowe” (zwane też Projektami przewodnimi).

### **III.3.1. Jakie typy inwestycji infrastrukturalnych w sektorze ochrony zdrowia należałoby traktować priorytetowo z punktu widzenia ich znaczenia dla realizacji celów Strategii Europa 2020 oraz tzw. „inicjatyw flagowych”?**

Z punktu widzenia oceny znaczenia typów inwestycji dla realizacji celów Strategii Europa 2020 oraz tzw. „inicjatyw flagowych” (zwanymi także „projektami przewodnimi”) kluczowe znaczenia mają te projekty, które w największym stopniu przyczynić się mogą dla realizacji celów Strategii Europa 2020.

Strategia Europa 2020 identyfikuje trzy zasadnicze słabe strony Europy stwierdzając, że najpilniejszym zadaniem jest wyjście z kryzysu. Wskazuje na trzy obszary, w których w

*porównaniu z resztą świata, Europa, nawet przed kryzysem, w wielu obszarach nie rozwijała się w wystarczającym tempie:*

- *średnia stopa wzrostu w Europie była strukturalnie niższa w porównaniu z naszymi największymi partnerami gospodarczymi, głównie z uwagi na różnice w poziomach wydajności, rosnące w ciągu ostatniego dziesięciolecia. Wynika to w dużym stopniu z różnic w strukturach biznesowych, niższego poziomu inwestycji w działalność badawczo-rozwojową i innowacje, niewystarczającego wykorzystania technologii informacyjno-komunikacyjnych, niechęci części naszych społeczeństw do wprowadzania innowacji, trudności w dostępie do rynku i mniej dynamicznego otoczenia biznesu;*
- *mimo postępów, wskaźniki zatrudnienia w Europie – średnio 69% dla osób w wieku 20-64 lat – są wciąż znacznie niższe niż w innych częściach świata. Pracuje tylko 63% kobiet, podczas gdy zatrudnienie mężczyzn wynosi 76%. Spośród osób starszych (osoby w wieku 55-64 lat) zatrudnionych jest 46% – dla porównania, w Stanach Zjednoczonych i Japonii wskaźnik ten wynosi 62%. Ponadto Europejczycy pracują średnio 10% czasu mniej niż pracownicy w USA lub Japonii;*
- *społeczeństwa starzeją się coraz szybciej. Wraz z odchodzeniem na emeryturę pokolenia wyżu demograficznego liczba osób aktywnych zawodowo zacznie się w UE zmniejszać począwszy od 2013/2014 r. Liczba osób w wieku powyżej 60 lat rośnie dziś w tempie dwa razy szybszym niż przed rokiem 2007, tj. o ok. 2 mln osób rocznie – wcześniej był to 1 mln rocznie. Mniejsza liczba ludności czynnej zawodowo i wzrost liczby emerytów będzie dodatkowym obciążeniem dla naszych systemów opieki społecznej”.<sup>42</sup>*

Znaczna część z zaproponowanych kierunków interwencji wspierających system ochrony zdrowia przyczynia się do ograniczenia oddziaływania wskazanych wyżej trzech słabych punktów Europy.

Przede wszystkim, zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych i usług medycznych podniesie poziom zdrowia społeczeństwa, co przyczyni się także do poprawy produktywności społeczeństwa, zwiększy jego siłę wytwórczą i mobilność.

---

<sup>42</sup> Komunikat Komisji, EUROPA 2020, Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu, s.8.

Zapewnienie wsparcia dla ponadregionalnych ośrodków/ podmiotów leczniczych przyczyni się do podniesienia poziomu wykształcenia kadr medycznych, zapewni możliwość kontynuowania kształcenia w systemie podyplomowym (specjalizacje, kursy kwalifikacyjne) i w ten sposób wpisuje się w cele Strategii Europa 2020.

Modernizacja zasobów trwałych (budynki) systemu ochrony zdrowia i ich dostosowanie do potrzeb zdrowotnych populacji także będzie przyczyniać się do aktywizacji zawodowej osób starszych, będzie przeciwdziałać obniżaniu się ich aktywności zawodowej. Jednocześnie przyczyni się również do podniesienia produktywności całej populacji.

Kontynuacja wsparcia dla modernizacji i przebudowy systemu ratownictwa medycznego, ma znaczenie dla stanu zdrowia całej populacji, a zatem także przyczyni się do podniesienia produktywności społeczeństwa.

### **III.3.2. Które inwestycje mogłyby w największym stopniu wpisywać się w cele Strategii Europa 2020 oraz „inicjatyw flagowych” i w jakim zakresie?**

Kilka z zaproponowanych w ramach badania typów projektów wpisuje się w poziom krajowy realizacji części tzw. Inicjatyw Flagowych UE.

#### **Projekt przewodni: „Unia Innowacji”**

Celem projektu jest wykorzystywanie działalności badawczo-rozwojowej i innowacyjnej do rozwiązywania takich problemów jak zmiany klimatu, efektywność energetyczna i pod względem zasobów, zdrowie oraz zmiany demograficzne. Konieczne jest wzmocnienie każdego elementu procesu innowacji, począwszy od wstępnych projektów badawczych aż po komercyjne wykorzystanie ich wyników.

Na poziomie krajowym państwa członkowskie będą zobowiązane:

- zreformować krajowe (i regionalne) systemy prowadzenia działalności badawczo-rozwojowej i innowacyjnej, aby sprzyjały one rozwijaniu doskonałości i inteligentnej specjalizacji, zacieśnić współpracę między uczelniami, społecznością badawczą i biznesem, realizować wspólne planowanie, a także poprawić współpracę w obszarach, gdzie UE może zaoferować wartość dodaną, i odpowiednio dostosować krajowe procedury finansowania, tak aby zapewnić rozprzestrzenianie się technologii na całe terytorium UE;

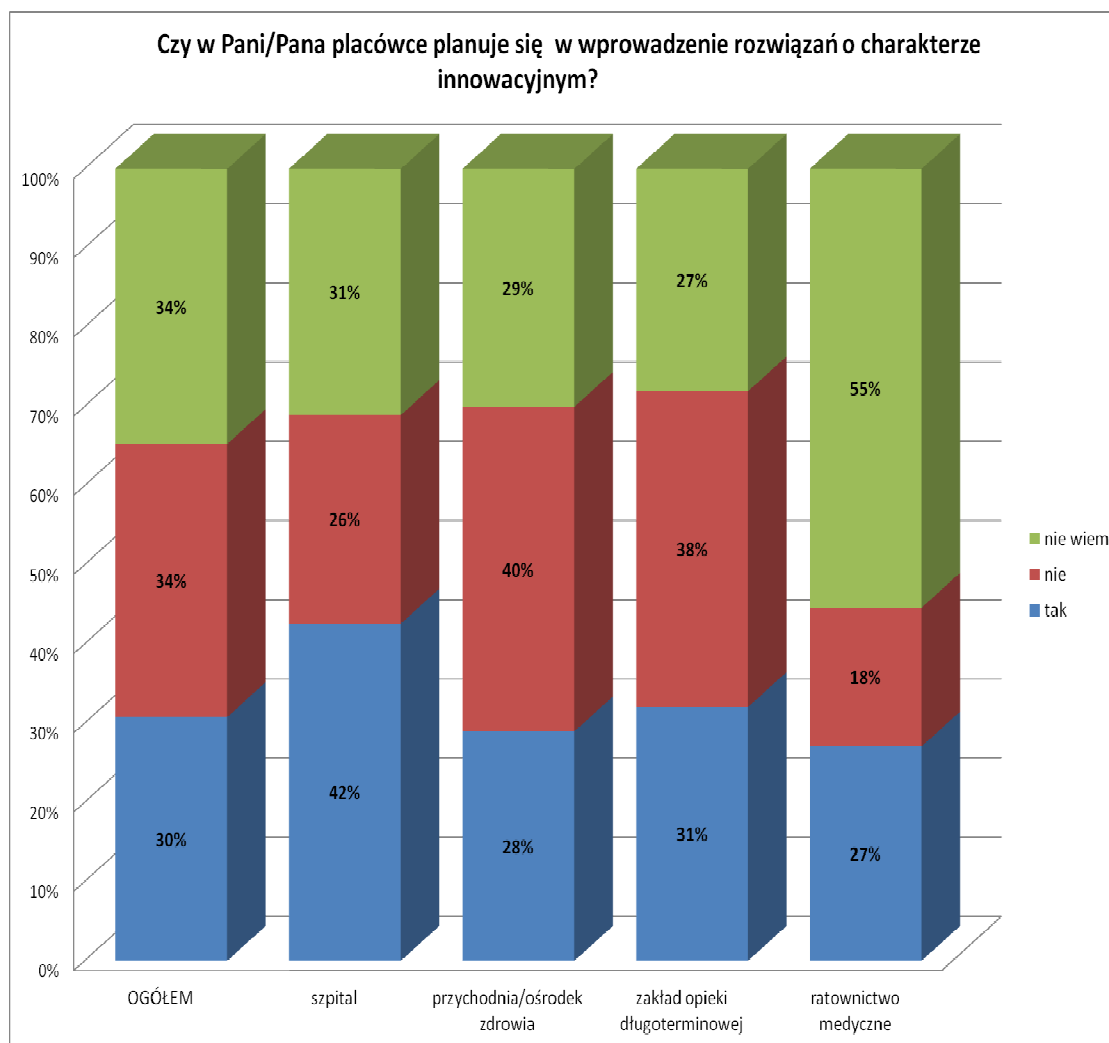
- zapewnić odpowiednią liczbę absolwentów nauk ścisłych, wydziałów matematycznych i inżynierskich oraz wprowadzić do programów szkolnych elementy kreatywności, innowacji i przedsiębiorczości;
- promować wydatki na wiedzę, między innymi stosując ulgi podatkowe i inne instrumenty finansowe umożliwiające wzrost prywatnych inwestycji w badania i rozwój.

W ten projekt przewodni mogą wpisać się przede wszystkim projekty o charakterze innowacyjnym realizowane przez podmioty lecznicze. Duża część tych projektów wpisuje się w zaproponowany kierunek interwencji, polegający na modernizacji i dostosowaniu do wymogów prawa istniejącej infrastruktury podmiotów leczniczych. Oczywiście powstaje tutaj dyskusyjna kwestia tego, co rozumiemy jako innowację. Jedną z ogólnie przyjętych definicji innowacji jest to, co *stanowi nową (dla organizacji, społeczności czy cywilizacji), wprowadzoną przez człowieka wartość bądź jakość dotyczącą jej celów lub sposobów ich realizacji*<sup>43</sup>. Podobną definicją innowacji posługiwała się Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości realizując działania wspierające innowacyjność gospodarki. W takiej sytuacji innowacją jest wszystko to, co stanowi nowość dla danej organizacji. Należy jednak pamiętać, że nie wszyscy powszechnie akceptują tę niezwykle szeroką definicję innowacji i niekiedy domagają się, aby za innowację uznawać tylko wprowadzanie rozwiązań rzeczywiście nowych, stanowiących własność intelektualną danego przedsiębiorstwa. Nie rozstrzygając tutaj kwestii, która definicja jest prawidłowa, zwróćmy uwagę, że bardzo znaczący odsetek uczestników badania ilościowego deklaruje, że te projekty, realizujące potrzeby inwestycyjne poszczególnych placówek mają charakter innowacyjny. Pokazuje to kolejny wykres:

---

<sup>43</sup> Por. np. [http://pl.wikipedia.org/wiki/Innowacja\\_biznesowa](http://pl.wikipedia.org/wiki/Innowacja_biznesowa)

Wykres 65.

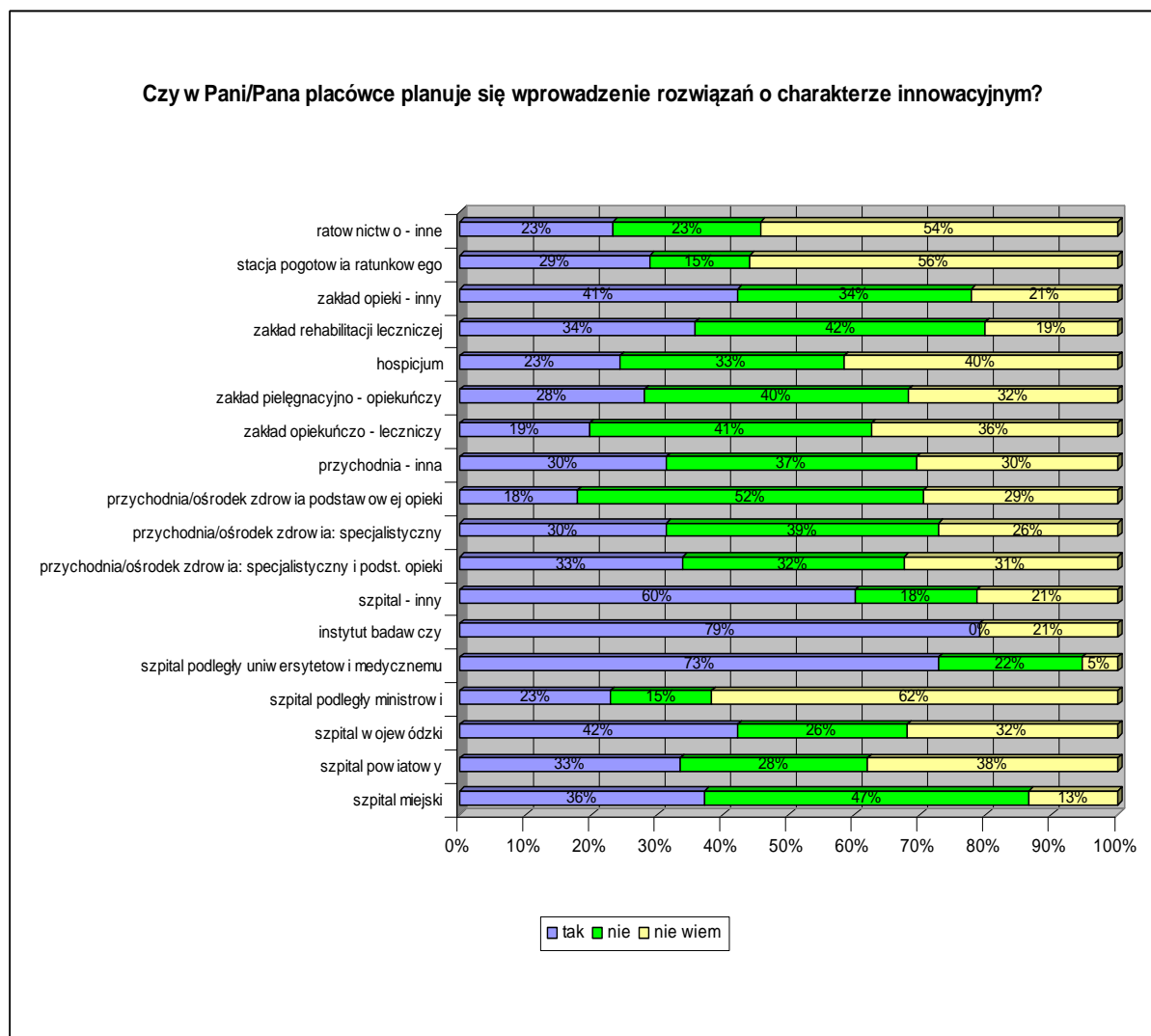


Źródło: badanie własne. N=1242

Największy odsetek deklaracji o planach wprowadzenia w podmiocie leczniczym rozwiązań innowacyjnych pochodzi od kadry kierowniczej szpitali (42%), natomiast najmniej od przedstawicieli ratownictwa medycznego (27%) i przychodni/ ośrodków zdrowia (28%).



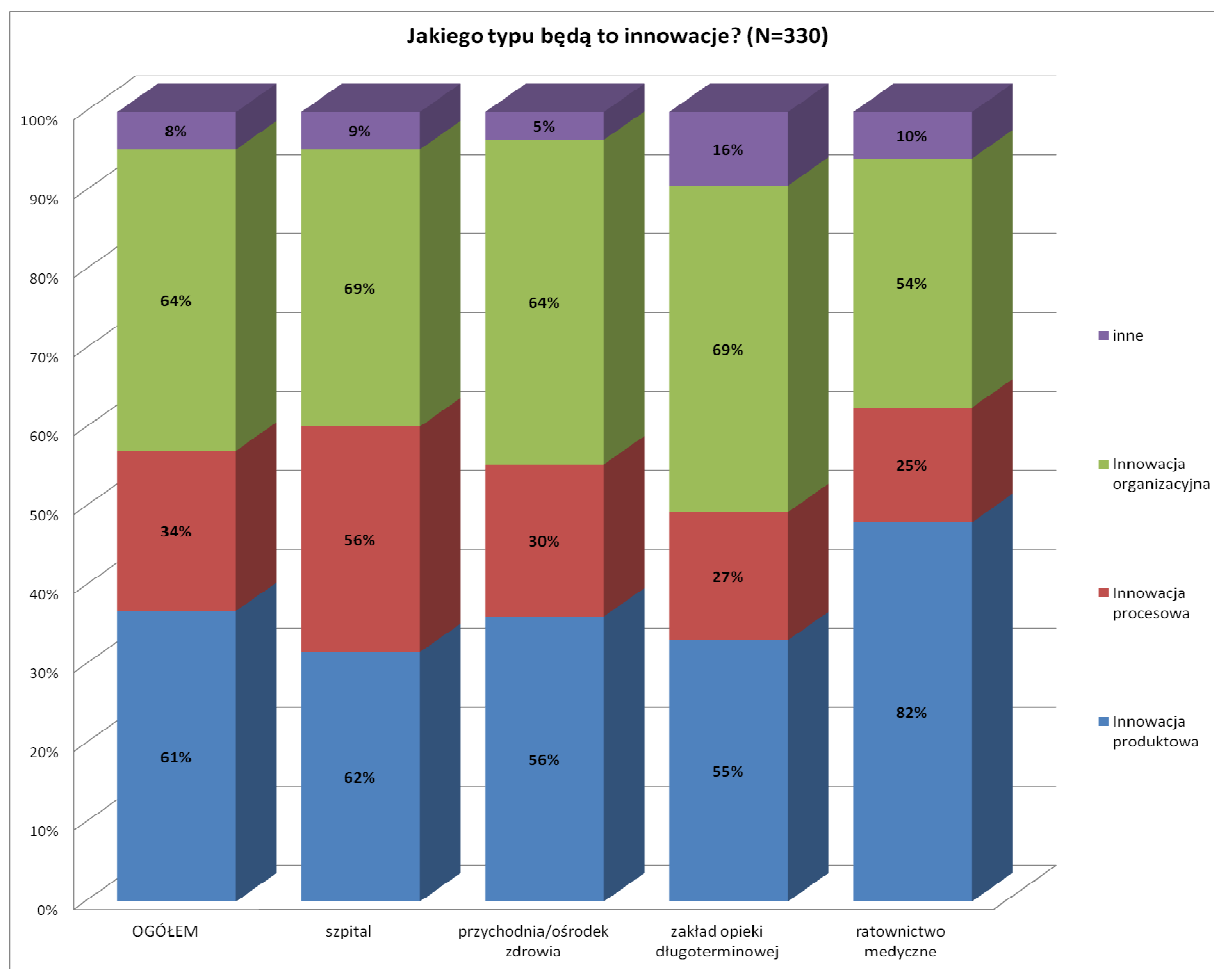
Wykres 66.



Źródło: badanie własne. N=1242

Szczególnie dużo rozwiązań o charakterze innowacyjnym planują wprowadzić następujące rodzaje podmiotów leczniczych: instytuty badawcze (79% wskazań), szpitale podległe uniwersytetom medycznym (73% wskazań), szpitale-inne (60% wskazań). Najmniej działań o charakterze innowacyjnych planują: przychodnie/ ośrodki zdrowia podstawowej opieki zdrowotnej (18% wskazań), zakłady opiekuńczo-lecznicze (19% wskazań), hospicja (23%), szpitale podległe ministrowi (23%) oraz podmioty z grupy ratownictwo-inne (23%).

Wykres 67.



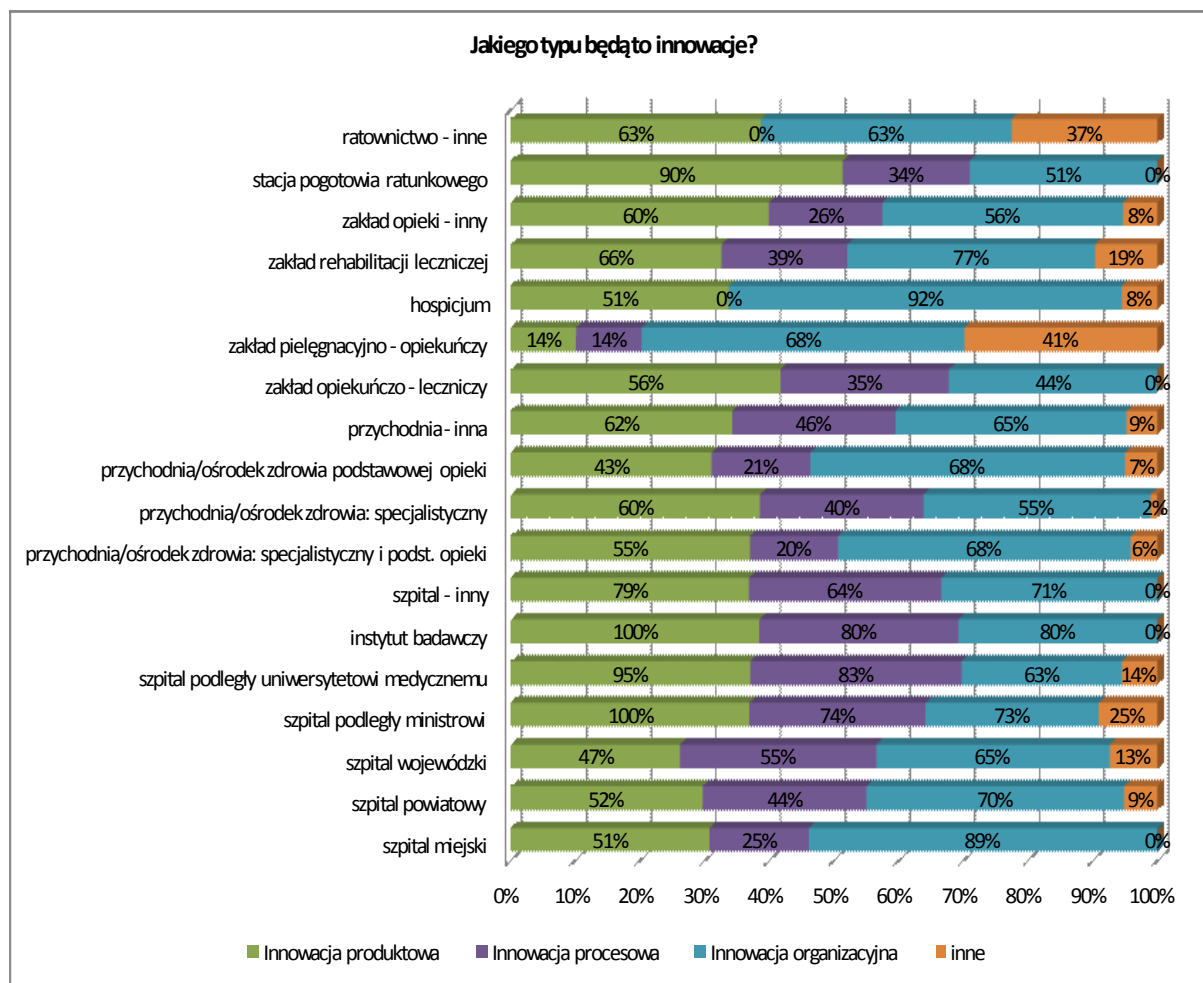
Źródło: badanie własne.

Wśród planowanych innowacji dominują dwa rodzaje innowacji: produktowa i organizacyjna. Poszczególne rodzaje podmiotów leczniczych objęte badaniem przewidują realizację następujących działań innowacyjnych:

Zasadniczo wyróżniamy cztery rodzaje innowacji:

- **Innowacja produktowa** (rozumiana jako wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań technicznych/technologicznych w zakresie diagnostyki i leczenia);
- **Innowacja procesowa** (rozumiana jako wprowadzenie innowacyjnych metod leczenia);
- **Innowacja organizacyjna** (rozumiana jako opracowanie i wdrożenie modelu opieki zdrowotnej o wyższej efektywności ekonomicznej i zdrowotnej) oraz
- **Innowacja marketingowa** (rozumiana jako istotna zmiana strategii marketingowej, przy czym może być związana z promocją produktów i strategią cenową).

Wykres 68.

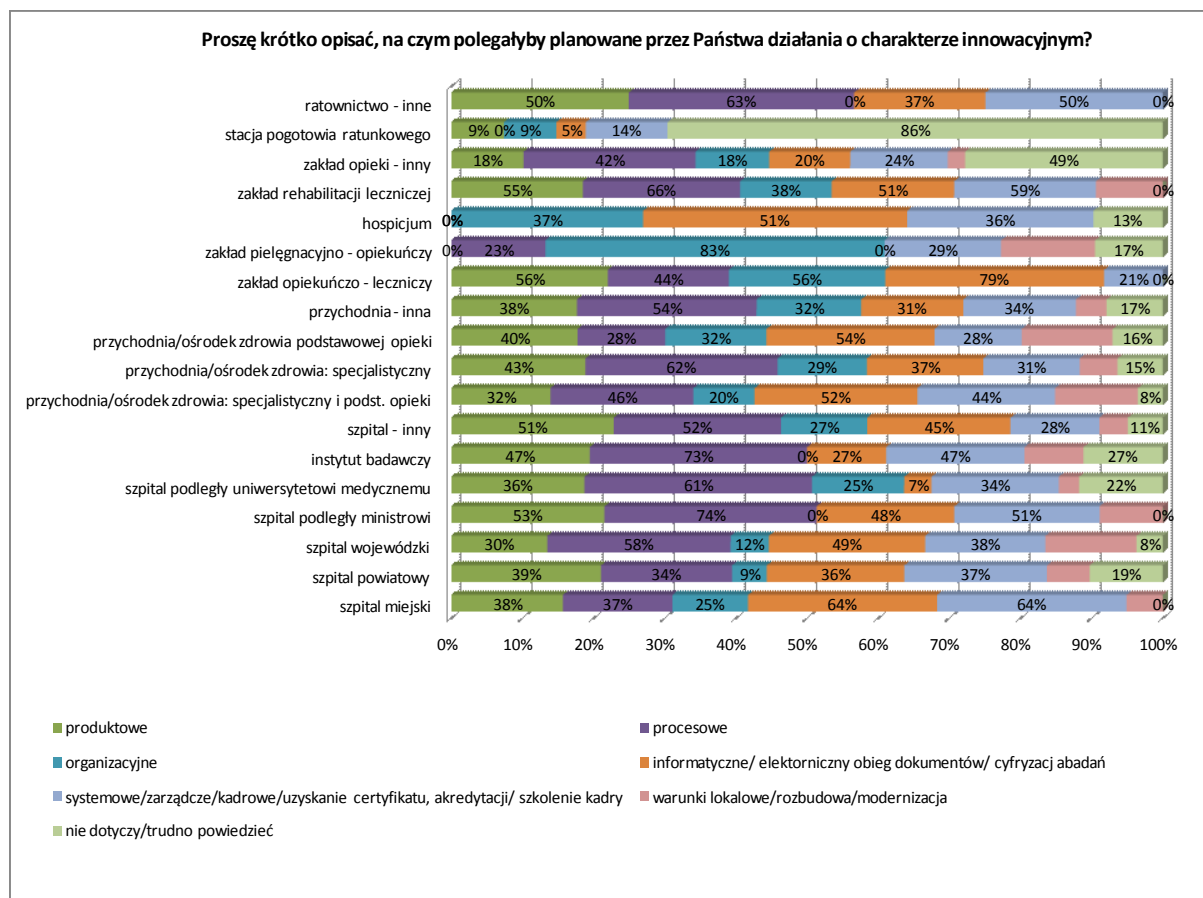


Źródło: badanie własne. N=330. Uwaga: respondenci mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź.

Najwięcej innowacji produktowych planują: instytuty badawcze (100% wskazań) oraz stacje pogotowia ratunkowego (90% wskazań). Najwięcej innowacji procesowych planują szpitale podległe uniwersytetom medycznym (83%) i instytuty badawcze (80%). Najwięcej innowacji organizacyjnych przewidują wdrożyć szpitale miejskie (89% wskazań) i instytuty badawcze (80%).

Uczestnicy badania poproszeni o wskazanie, na czym będą polegać planowane przez nich innowacje udzielili następujących odpowiedzi:

Wykres 69.



Źródło: badanie własne. N=330. Uwaga: respondenci mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź.

W wielu wypadkach respondenci ograniczyli się jedynie do stwierdzenia, że będzie to innowacja produktowa, organizacyjna lub procesowa, co w zasadzie stanowiło powtórzenie odpowiedzi na poprzednie pytanie. Spora część respondentów stwierdziła, że wdrożą innowacje systemowe/ zarządcze, polegające na uzyskaniu certyfikatu/ akredytacji/ przeszkoleniu kadry kierowniczej. Znaczna część wskazała także na plany wprowadzenia innowacji „informatycznej” polegającej na elektronicznym obiegu dokumentów lub cyfryzacji zadań, co w istocie sprowadza się do innowacji organizacyjnej. Stosunkowo nieliczna grupa deklaruje także wprowadzenie innowacji polegających na poprawie warunków lokalowych i modernizacji posiadanych budynków. Można zatem stwierdzić, że respondenci badania skłaniają się raczej do przyjęcia bardzo szerokiego rozumienia znaczenia słowa innowacja, niekiedy wręcz rozumianego jako synonim słowa „modernizacja”.

Można przypuszczać, że część spośród wskazanych przez uczestników badania propozycji mogłyby się wpisać w projekt przewodni „Unia Innowacji”.

### **Projekt przewodni: „Młodzież w drodze”**

Celem projektu jest poprawa wyników i podniesienie atrakcyjności europejskiego szkolnictwa wyższego na arenie międzynarodowej oraz podniesienie jakości wszystkich poziomów kształcenia i szkolenia w UE, łącząc doskonałość z ideą sprawiedliwości, poprzez wspieranie mobilności studentów i stażystów oraz poprawę sytuacji młodzieży na rynku pracy.

Na poziomie krajowym państwa członkowskie będą zobowiązane:

- zapewnić odpowiedni poziom inwestycji w systemy kształcenia i szkolenia na wszystkich poziomach (od przedszkolnego do wyższego);
- poprawić rezultaty procesu kształcenia, stosując zintegrowane podejście w każdym segmencie systemu (kształcenie przedszkolne, podstawowe, średnie, zawodowe i wyższe), uwzględniając kluczowe kompetencje i dążąc do ograniczenia liczby osób przedwcześnie kończących naukę szkolną;
- zwiększyć otwartość i znaczenie systemów kształcenia poprzez utworzenie krajowej struktury kwalifikacji i lepsze łączenie rezultatów procesu kształcenia z potrzebami rynku pracy;
- ułatwić młodzieży wchodzenie na rynek pracy poprzez zintegrowane działania obejmujące m.in. udzielanie informacji, doradztwo, staże.

Projekty mające na celu wspieranie ponadregionalnych podmiotów leczniczych, szczególnie w odniesieniu do ich roli edukacyjnej bardzo dobrze wpisują się w tę inicjatywę flagową UE. Podobnie interwencja mająca na celu kształcenie specjalistów z deficytowych zawodów medycznych także wpisuje się w tę inicjatywę flagową, jednak ten typ działań wpisuje się raczej w EFS niż w EFRR.

### **Projekt przewodni: „Europejska agenda cyfrowa”**

Celem projektu jest osiągnięcie trwałych korzyści ekonomicznych i społecznych z jednolitego rynku cyfrowego płynących z szybkiego i bardzo szybkiego Internetu i aplikacji interoperacyjnych; w praktyce oznacza to szerokopasmowy dostęp do Internetu dla wszystkich do roku 2013, dostęp do łączy o dużo większej prędkości transmisji danych (30 Mb/s i więcej) dla wszystkich do roku 2020 oraz dostęp do łączy o prędkości powyżej 100 Mb/s dla co najmniej 50% europejskich gospodarstw domowych.

Na poziomie krajowym państwa członkowskie będą zobowiązane:

- sporządzić strategie operacyjne dotyczące szybkiego Internetu i kierować środki publiczne, szczególnie fundusze strukturalne, na obszary nie w pełni obsługiwane przez inwestorów prywatnych;
- stworzyć ramy prawne służące koordynacji działań publicznych, aby obniżyć koszty procesu upowszechniania Internetu;
- propagować stosowanie i korzystanie z nowoczesnych usług *on-line* (takich jak e-administracja, e-zdrowie, inteligentny dom, umiejętności informatyczne, bezpieczeństwo).

W tę inicjatywę mogą się wpisać projekty realizowane przez podmioty lecznicze w zakresie informatyzacji (wprowadzanie e-rejestrów, etc.). Jednocześnie wsparcie skierowane na wzmocnienie systemów komunikacyjnych w ramach systemu medycyny ratunkowej powinno wpisywać się w tę inicjatywę flagową, gdyż bezpośrednio odwołuje się do postulowanego w tym projekcie przewodnim wzmocnienia usług *on-line*, a w szczególności do wdrażania systemu e-zdrowie.

### **Projekt przewodni: „Program na rzecz nowych umiejętności i zatrudnienia”**

Celem projektu jest stworzenie warunków do unowocześnienia rynków pracy w związku z rosnącym poziomem bezrobocia oraz zapewnienie trwałości naszych modeli społecznych. Oznacza to wzmocnienie pozycji obywateli poprzez umożliwienie im zdobywania nowych umiejętności, tak aby obecni i przyszli pracownicy mogli przystosować się do nowych warunków i ewentualnej zmiany kariery, aby ograniczyć bezrobocie i podnieść wydajność siły roboczej.

Na poziomie krajowym państwa członkowskie będą zobowiązane:

- zrealizować własne ścieżki w zakresie *flexicurity* zgodnie z uzgodnieniami Rady Europejskiej, aby zmniejszyć segmentację rynku pracy oraz ułatwić zmianę i pogodzenie życia zawodowego i rodzinnego;
- analizować i regularnie monitorować skuteczność działania systemów podatkowych i systemów świadczeń, tak aby praca była opłacalna (ze szczególnym uwzględnieniem osób o niskich kwalifikacjach), i jednocześnie usuwać czynniki zniechęcające do pracy na własny rachunek;

- wspierać nowe sposoby utrzymania równowagi między życiem zawodowym a prywatnym, wspierać aktywność osób starszych oraz zwiększyć równouprawnienie płci;
- wspierać i kontrolować skuteczne wprowadzanie w życie wyników dialogu społecznego;
- dodać silnego bodźca do realizacji europejskich ram kwalifikacji poprzez opracowanie krajowych ram kwalifikacji;
- zapewnić zdobywanie i uznawanie kompetencji koniecznych do kontynuowania nauki i na rynku pracy w toku kształcenia ogólnego, zawodowego, wyższego i kształcenia dorosłych, w tym także w toku uczenia się pozaformalnego i nieformalnego.
- utworzyć partnerstwo przedstawicieli świata edukacji i szkoleń oraz przedstawicieli rynku pracy, przede wszystkim włączając partnerów społecznych do planowania potrzeb w zakresie kształcenia i szkolenia.

W tę inicjatywę flagową wpisują się projekty dotyczące przeciwdziałaniu negatywnym zjawiskom demograficznym, które będą sprzyjały utrzymaniu równowagi między życiem zawodowym a prywatnym oraz będą wspierać aktywność osób starszych.

Także w tę inicjatywę wpisują się projekty dotyczące wspierania ośrodków ponadregionalnych, szczególnie w ich roli jako ośrodków kształcenia podyplomowego i stałego podnoszenia kwalifikacji, przy czym ten typ projektów wpisuje się we wsparcie realizowane w ramach EFS, nie EFRR.

### **Projekt przewodni: „Europejski program walki z ubóstwem”**

Projekt dąży do zapewnienia spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej, stanowi kontynuację idei Europejskiego Roku Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym i ma na celu zwiększenie świadomości i uznanie praw podstawowych osób ubogich i wykluczonych społecznie, dając im szansę godnego życia i aktywnego uczestniczenia w życiu społecznym.

Na poziomie krajowym państwa członkowskie będą musiały:

- propagować wspólne i indywidualne poczucie odpowiedzialności za walkę z ubóstwem i wyłączeniem społecznym;

- opracować i przeprowadzić działania mające na celu rozwiązanie konkretnych problemów grup szczególnie zagrożonych (rodziców samotnie wychowujących dzieci, starszych kobiet, mniejszości, Romów, osób niepełnosprawnych i bezdomnych);
- w pełni wykorzystywać swoje systemy ochrony socjalnej i emerytalne, aby zapewnić odpowiednie wsparcie dochodu i dostęp do opieki zdrowotnej.

Ten Projekt przewodni pozwala na wspieranie działań mających na celu poprawę dostępności do opieki zdrowotnej, a więc także do działań mających na celu zwiększenie jakości i efektywności systemu ochrony zdrowia (poprzez pełniejszy dostęp społeczeństwa do usług zdrowotnych). Jednak aktualna forma zapisów określających ten projekt przewodni wskazuje raczej, że może on dotyczyć raczej wsparcia realizowanego w ramach EFS, niż EFRR.

### **Podsumowanie:**

- ➔ Zaproponowane kierunki interwencji i typy projektów wpisują się w następujące inicjatywy flagowe UE:
- „Unia Innowacji”
  - „Europejska agenda cyfrowa”

\* \* \*

Przy zastosowaniu metody analizy wielokryterialnej dokonana zostanie w tym miejscu próba określenia priorytetyzacji (ze względu na ich oddziaływanie na realizację celów strategii EUROPA 2020 oraz tzw. Inicjatyw Flagowych) zaproponowanych kierunków interwencji publicznej, które w przyszłej perspektywie finansowej UE 2014-2020 zostały w niniejszym raporcie zaproponowane do wykorzystania w celu wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia w Polsce.

Analizie poddane zostaną następujące, wskazane w poprzednich rozdziałach (III.2.1., III.2.2. oraz III.2.3.), proponowane kierunki wsparcia:

- Zapewnienie wsparcia dla ponadregionalnych ośrodków/ podmiotów leczniczych (instytuty, szpitale kliniczne, wyższe uczelnie medyczne) w celu zapewnienia:
  - większej dostępności do świadczonych przez nie usług zdrowotnych;
  - podniesienia jakości kształcenia w kluczowych zawodach medycznych (szczególnie deficytowych);
  - napływu do systemu ochrony zdrowia niezbędnych specjalistów;
  - rozwijania nowoczesnych/ innowacyjnych metod leczenia.



- Wspieranie procesu odnawiania i modernizacji starego sprzętu i aparatury medycznej (szczególnie diagnostycznej).
- Wspieranie środkami zewnętrznymi (projekty UE) modernizacji starych i budowę nowych obiektów. W razie potrzeby wspieranie tworzenia podmiotów wypełniających zidentyfikowane luki.
- Kontynuacja wsparcia dla modernizacji i przebudowy systemu ratownictwa medycznego, z tym, że wsparcie powinno być kierowane na kolejne obszary budowania i modernizacji systemu.
- Wspieranie budowy nowego systemu kontraktowania usług medycznych, który będzie uwzględniał rzeczywiste koszty świadczonych usług.
- Wsparcie tworzenia tam, gdzie jest to potrzebne ze względu na zapotrzebowanie społeczne, oddziałów geriatrycznych i rehabilitacyjnych.
- Wsparcie dla projektów związanych z rozbudową, przebudową, remontem i doposażeniem zakładów opieki zdrowotnej (szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych) dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego oraz zakupem wyrobów medycznych niezbędnych do diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Trzeba przy tym pamiętać, że niekiedy wsparcie powinno także obejmować wymianę starego, przestarzałego technologicznie sprzętu i aparatury medycznej na nowszy, zapewniający dłuższy czas bezawaryjnego funkcjonowania, a także lepsze, dokładniejsze i mniej inwazyjne działanie.
- Kontynuacja projektów związanych z budową i remontem lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych. W tym wypadku należy działania te możliwie rozszerzyć, tak, aby przy każdym SOR-rze znajdowało się lądowisko dla helikopterów.

Do ustalenia rankingu tych kierunków wsparcia ze względu na ich potencjalny wpływ na realizację celów wynikających ze strategii EUROPA 2020 oraz wskazanych w tej strategii Inicjatyw Flagowych, zastosowane zostaną kryteria, wynikające z zapisów strategii EUROPA 2020, a także dwóch Inicjatyw Flagowych, w które – zgodnie z analizą z przeprowadzoną w rozdziale III.3.2 – mogą wpisywać się projekty wspierające infrastrukturę systemu ochrony zdrowia w Polsce.

W analizie wykorzystane zostaną następujące kryteria:

#### A. Kryteria dotyczące strategii EUROPA 2020

1. podniesienie średniej stopy wzrostu poprzez podniesienie poziomu inwestycji w działalność badawczo-rozwojową i innowacje, niewystarczającego wykorzystania technologii informacyjno-komunikacyjnych, niechęci części naszych społeczeństw do wprowadzania innowacji, trudności w dostępie do rynku i mniej dynamicznego otoczenia biznesu;
2. podniesienie wskaźników zatrudnienia;
3. przeciwdziałanie negatywnym efektom starzenia się społeczeństwa.

B. Kryteria wynikające z Inicjatyw Flagowych:

#### „Unia Innowacji”

4. reformowanie krajowego i regionalnych systemów prowadzenia działalności badawczo-rozwojowej i innowacyjnej;

#### „Europejska agenda cyfrowa”

5. propagowanie stosowania i korzystania z nowoczesnych usług *on-line* (takich jak e-administracja, e-zdrowie, inteligentny dom, umiejętności informatyczne, bezpieczeństwo).

Postępując zgodnie z procedurą opisaną szczegółowo w rozdziale II.2.7., budujemy macierz K porównania kryteriów parami:

	Kryterium 1	Kryterium 2	Kryterium 3	Kryterium 4	Kryterium 5
Kryterium 1	1	3	5	4	5
Kryterium 2	1/3	1	2	4	5
Kryterium 3	1/5	1/3	1	3	2
Kryterium 4	1/4	1/4	1/3	1	1/3
Kryterium 5	1/5	1/5	1/2	3	1

W kolejnym kroku budujemy model preferencji, czyli określamy progi równoważności, preferencji oraz veta:

Nr	Kryteria	Próg równoważności (q)	Próg preferencji (p)	Próg veta (v)
1	Kryterium nr 1	2	4	6
2	Kryterium nr 2	2	4	7

3	Kryterium nr 3	3	4	8
4	Kryterium nr 4	1	3	8
5	Kryterium nr 5	2	3	9

Dokonujemy teraz oceny każdego ze wskazanych na początku analizy kierunków interwencji publicznej według wybranych kryteriów:

Kod kierunku interw. publ.	Kierunek interwencji publicznej	K1	K2	K3	K4	K5
A	Zapewnienie wsparcia dla ponadregionalnych ośrodków/ podmiotów leczniczych (instytuty, szpitale kliniczne, wyższe uczelnie medyczne)	6	2	4	5	3
B	Wspieranie procesu odnawiania i modernizacji starego sprzętu i aparatury medycznej (szczególnie diagnostycznej)	1	3	3	3	3
C	Wspieranie środkami zewnętrznymi (projekty UE) modernizacji starych i budowę nowych obiektów. W razie potrzeby wspieranie tworzenia podmiotów wypełniających zidentyfikowane luki.	1	1	2	3	3
D	Kontynuacja wsparcia dla modernizacji i przebudowy systemu ratownictwa medycznego, z tym, że wsparcie powinno być kierowane na kolejne obszary budowania i modernizacji systemu.	2	1	3	2	3
E	Wspieranie budowy nowego systemu kontraktowania usług medycznych, który będzie uwzględniał rzeczywiste koszty świadczonych usług.	1	3	3	4	5
F	Wsparcie tworzenia tam, gdzie jest to potrzebne ze względu na zapotrzebowanie społeczne, oddziałów geriatrycznych i rehabilitacyjnych.	2	4	9	1	1
G	Wsparcie dla projektów związanych z rozbudową, przebudową, remontem i wyposażeniem zakładów opieki zdrowotnej (szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych) dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego oraz zakupem wyrobów medycznych niezbędnych do diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.	2	3	4	3	4
H	Kontynuacja projektów związanych z budową i remontem lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych.	1	1	3	2	1

Dokonujemy stosownych obliczeń:

Procedurę rozpoczynamy od wyznaczenia współczynników zgodności odzwierciedlających siłę koalicji zgodności (czyli siłę zbioru kryteriów, które - w stopniu określonym dla każdego kryterium oddzielnie poprzez wskaźniki zgodności – potwierdzają hipotezę, że wariant a jest preferowany nad b). W kolejnym kroku obliczane są z kolei dla każdego z kryteriów wskaźniki niezgodności mierzące siłę opozycji (czyli stopień niezgodności w stosunku do hipotezy, że wariant a jest preferowany nad b z punktu widzenia danego kryterium).

Na podstawie współczynników zgodności i wskaźników niezgodności wyliczane są współczynniki wiarygodności mierzące – jak wskazuje ich nazwa - stopień wiarygodności hipotezy głoszącej, że wariant a jest preferowany nad b. Wartości współczynników wiarygodności są co najwyżej równe wartości współczynników zgodności w sytuacji gdy nie ma opozycji i są tym mniejsze im jest ona silniejsza; w szczególności gdy istnieje kryterium, które stawia veto, współczynnik wiarygodności wynosi 0, co oznacza brak zgody na przyjęcie hipotezy, że wariant a jest preferowany nad b. Obliczone w ten sposób współczynniki wiarygodności pozwalają na zbudowanie porządku zupełnego w zbiorze wariantów, czyli na uporządkowanie projektów od najlepszego do najgorszego.

Wszystkie obliczenia dokonywane są z wykorzystaniem specjalnie w tym celu opracowanego programu w arkuszu kalkulacyjnym Excel.

Niżej przedstawione zostały wyniki dokonanych obliczeń:

Wskaźniki zgodności	A	B	C	D	E	F	G	H
A	0	0,387	0,387	0,421	0,352	0,421	0,387	0,421
B	0	0	0	0	0	0,034	0	0
C	0	0	0	0	0	0,034	0	0
D	0	0	0	0	0	0	0	0
E	0	0	0	0,034	0	0,165	0	0,13
F	0,124	0,124	0,228	0,228	0,124	0	0,124	0,228
G	0	0	0	0	0	0,13	0	0,096
H	0	0	0	0	0	0	0	0

Opozycja	A	B	C	D	E	F	G	H
A	1	1	1	1	1	1	1	1
B	0,5	1	1	1	1	0,518	1	1
C	0,5	1	1	1	1	0,259	1	1
D	1	1	1	1	1	0,5	1	1
E	0,5	1	1	1	1	0,599	1	1
F	0,914	1	1	1	0,952	1	1	1

Badanie ewaluacyjne pn. „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020”

<b>G</b>	1	1	1	1	1	0,862	1	1
<b>H</b>	0,5	1	1	1	0,833	0,5	1	1

Współczynniki wiarygodności	A	B	C	D	E	F	G	H	przepływy	
									"+"	netto
<b>A</b>	0	0,387	0,387	0,421	0,352	0,421	0,387	0,421	4,698	4,585
<b>B</b>	0	0	0	0	0	0,018	0	0	0,824	0,313
<b>C</b>	0	0	0	0	0	0,009	0	0	0,503	-0,112
<b>D</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0,391	-0,293
<b>E</b>	0	0	0	0,034	0	0,099	0	0,13	1,069	0,598
<b>F</b>	0,114	0,124	0,228	0,228	0,118	0	0,124	0,228	2,164	1,505
<b>G</b>	0	0	0	0	0	0,112	0	0,096	1,387	0,876
<b>H</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0,103	-0,773

WYNIK		RANKING	
Projekt	Ocena	Projekt	Ocena
<b>A</b>	4,585	<b>A</b>	4,585
<b>B</b>	0,313	<b>F</b>	1,505
<b>C</b>	-0,112	<b>G</b>	0,876
<b>D</b>	-0,293	<b>E</b>	0,598
<b>E</b>	0,598	<b>B</b>	0,313
<b>F</b>	1,505	<b>C</b>	-0,112
<b>G</b>	0,876	<b>D</b>	-0,293
<b>H</b>	-0,773	<b>H</b>	-0,773

Uzyskana w wyniku przeprowadzonej analizy wielokryterialnej priorytetyzacja proponowanych kierunków wsparcia dla infrastruktury ochrony zdrowia ze względu na ich zgodność ze strategią EUROPA 2020 oraz z Inicjatywami Flagowymi pozwala na ustalenie następującej kolejności (od kierunków najsilniej oddziałujących na osiągnięcie celów strategii EUROPA 2020 i Inicjatyw Flagowych, do najslabiej oddziałujących na osiągnięcie tych celów) proponowanych kierunków interwencji publicznej:

1. Zapewnienie wsparcia dla ponadregionalnych ośrodków/ podmiotów leczniczych (instytuty, szpitale kliniczne, wyższe uczelnie medyczne) w celu zapewnienia:
  - większej dostępności do świadczonych przez nie usług zdrowotnych;
  - podniesienia jakości kształcenia w kluczowych zawodach medycznych (szczególnie deficytowych);
  - napływu do systemu ochrony zdrowia niezbędnych specjalistów;
  - rozwijania nowoczesnych/ innowacyjnych metod leczenia.

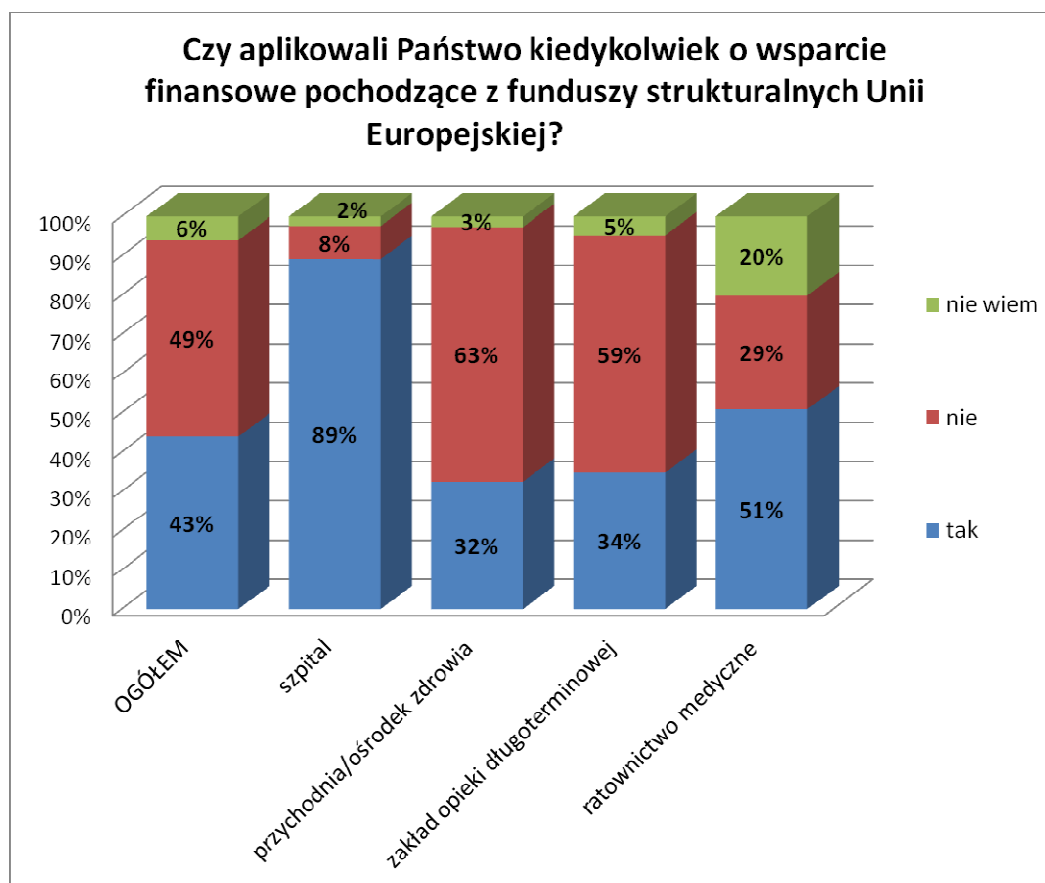
2. Wsparcie tworzenia tam, gdzie jest to potrzebne ze względu na zapotrzebowanie społeczne, oddziałów geriatrycznych i rehabilitacyjnych.
3. Wsparcie dla projektów związanych z rozbudową, przebudową, remontem i doposażeniem zakładów opieki zdrowotnej (szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych) dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego oraz zakupem wyrobów medycznych niezbędnych do diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Trzeba przy tym pamiętać, że niekiedy wsparcie powinno także obejmować wymianę starego, przestarzałego technologicznie sprzętu i aparatury medycznej na nowszy, zapewniający dłuższy czas bezawaryjnego funkcjonowania, a także lepsze, dokładniejsze i mniej inwazyjne działanie.
4. Wspieranie budowy nowego systemu kontraktowania usług medycznych, który będzie uwzględniał rzeczywiste koszty świadczonych usług.
5. Wspieranie procesu odnawiania i modernizacji starego sprzętu i aparatury medycznej (szczególnie diagnostycznej).
6. Wspieranie środkami zewnętrznymi (projekty UE) modernizacji starych i budowę nowych obiektów. W razie potrzeby wspieranie tworzenia podmiotów wypełniających zidentyfikowane luki.
7. Kontynuacja wsparcia dla modernizacji i przebudowy systemu ratownictwa medycznego, z tym, że wsparcie powinno być kierowane na kolejne obszary budowania i modernizacji systemu.
8. Kontynuacja projektów związanych z budową i remontem lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych. W tym wypadku należy działania te możliwie rozszerzyć, tak, aby przy każdym SOR-rze znajdowało się lądowisko dla helikopterów.

### III.4. Identyfikacja ewentualnych barier w aplikowaniu o środki pochodzące z funduszy strukturalnych UE oraz wskazanie sposobów ich eliminacji.

#### III.4.1. Czy, a jeżeli tak to jakie bariery zostały zidentyfikowane w aplikowaniu o środki pochodzące z funduszy strukturalnych UE w ramach PO IiŚ oraz sektora ochrony zdrowia?

Pewna część respondentów badania ilościowego już aplikowała o wsparcie w ramach programów UE.

#### Wykres 70.

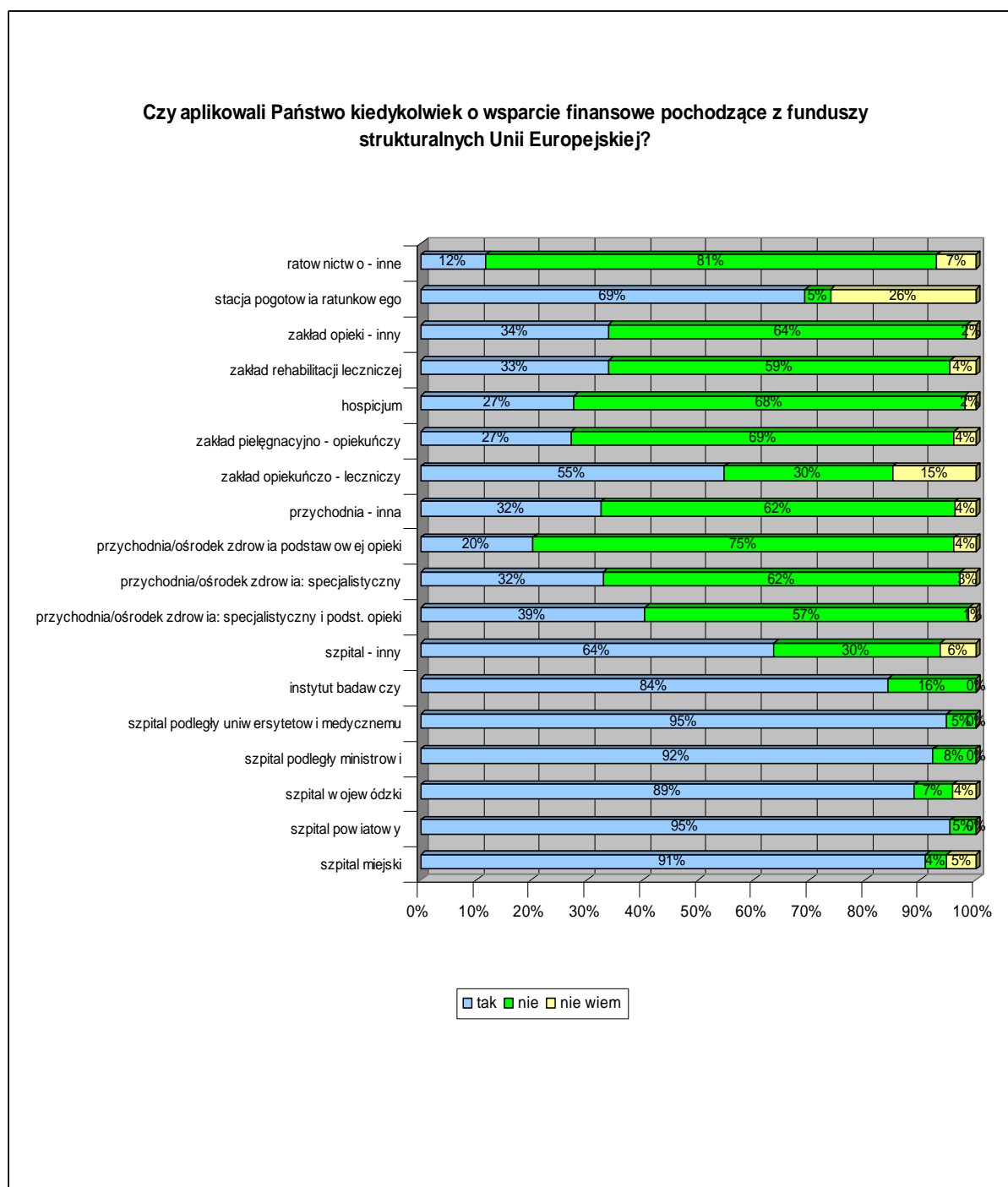


Źródło: badanie własne. N=1242.

Mimo iż o wsparcie – z ogółu badanych – aplikowało jedynie 43%, to już wśród placówek szpitalnych objętych badaniem ten odsetek wyniósł 89%. Najmniejszy odsetek aplikujących o wsparcie wśród badanej grupy był wśród przychodni zdrowia (32%) i zakładów opieki długoterminowej (34%).

Odpowiedzi na to pytanie w podziale na szczegółowe kategorie podmiotów leczniczych przedstawia Wykres 71.:

**Wykres 71.**



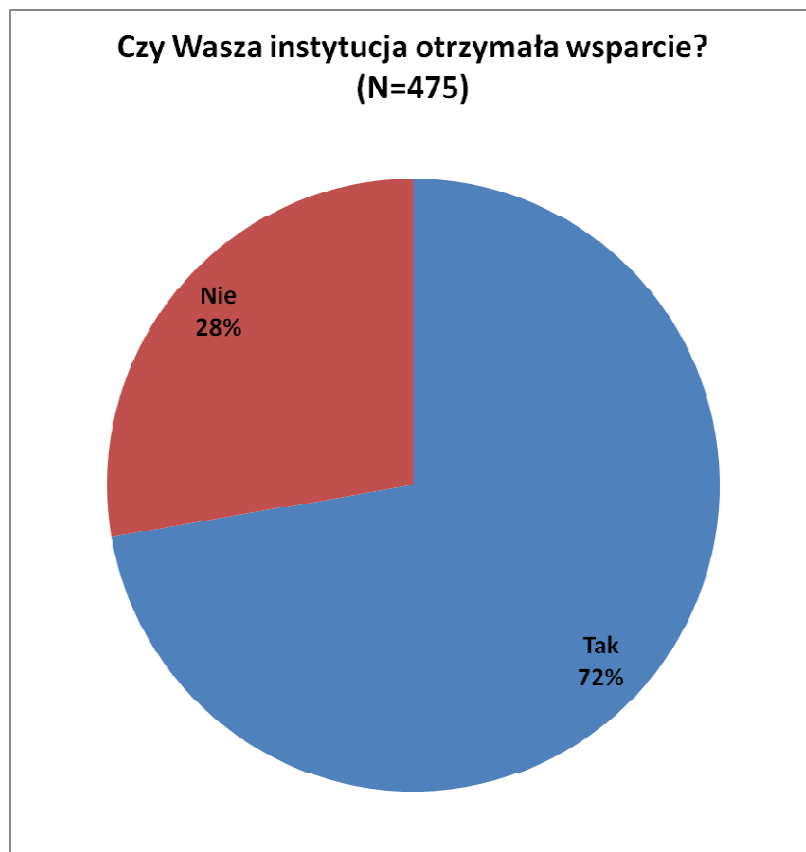
Źródło: badanie własne. N=1242.

Spośród podmiotów leczniczych objętych badaniem o wsparcie w ramach projektów współfinansowanych ze środków UE aplikował największy odsetek szpitali podległych uniwersytetowi medycznemu (95%), szpitali powiatowych (95%), szpitali podległych ministrowi (92%) i szpitali miejskich (91%).



Najmniejszy odsetek aplikował o wsparcie z grupy ratownictwo-inne (12%), przychodnia/ośrodek zdrowia podstawowej opieki zdrowotnej (20%), hospicjum, (27%) i zakład pielęgnacyjno-leczniczy (27%).

**Wykres 72.**

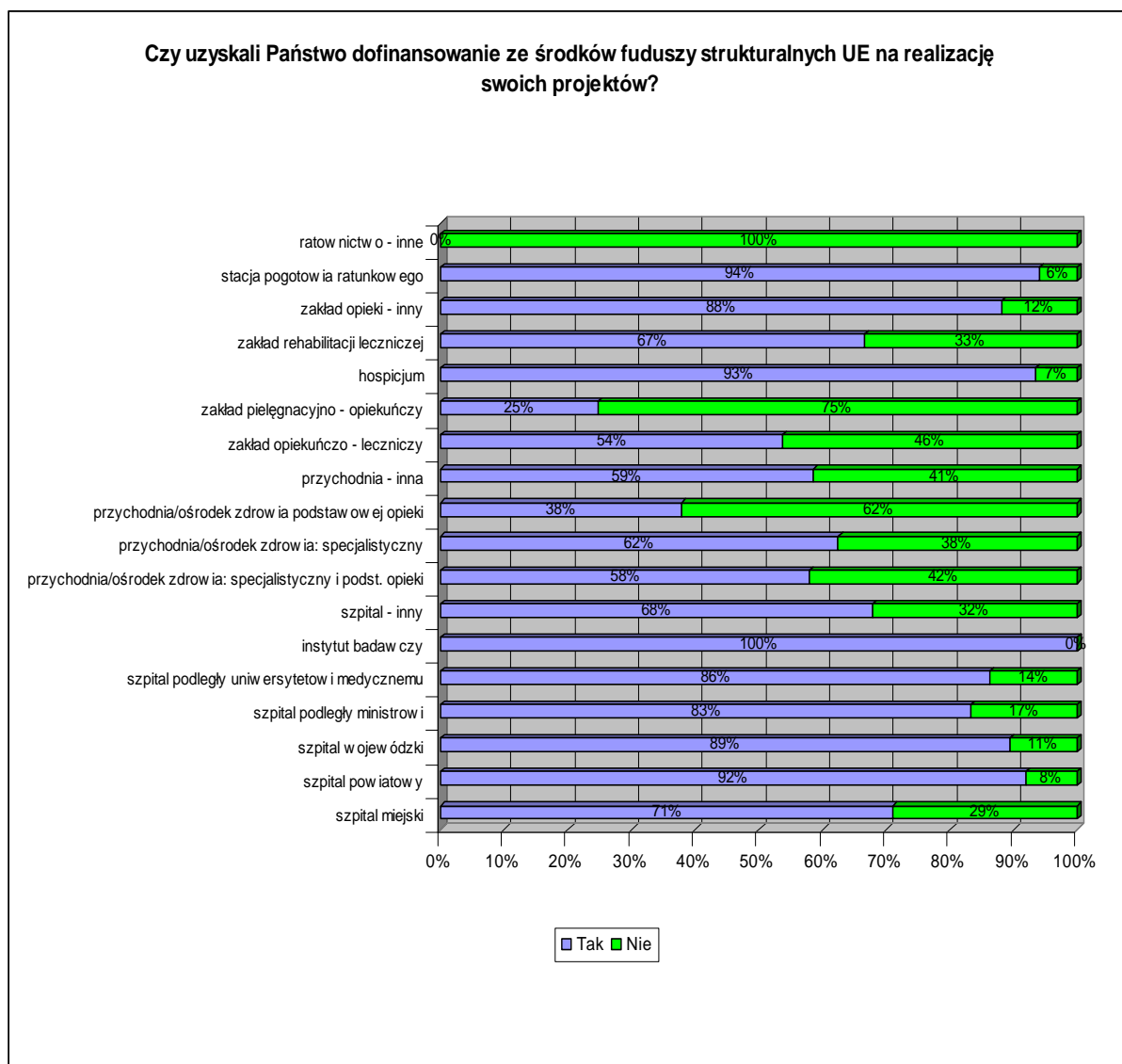


Źródło: badanie własne.

Zdecydowana większość (72%) spośród instytucji, które aplikowały o wsparcie, to wsparcie uzyskały.

Poniższy wykres przedstawia, jak kształtowało się uzyskiwanie wsparcia przez poszczególne rodzaje podmiotów leczniczych aplikujących o wsparcie w ramach projektów UE.

Wykres 73.

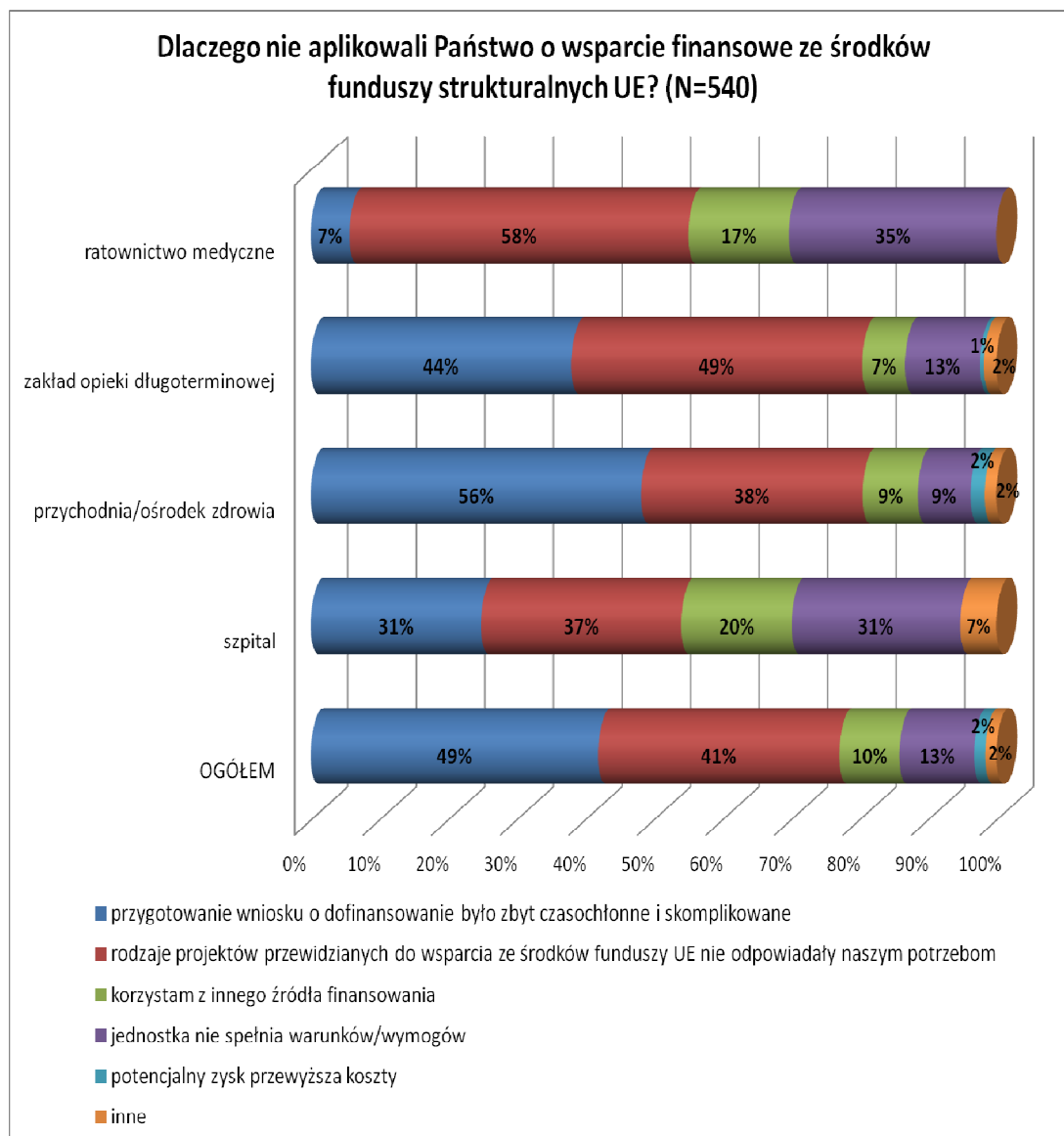


Źródło: badanie własne. N=475.

Największy odsetek podmiotów ubiegających się o wsparcie uzyskał je wśród następujących grup podmiotów: instytuty badawcze (100%), stacje pogotowia ratunkowego (94%), szpitale powiatowe (92%). Najniższy odsetek podmiotów aplikujących, które uzyskały wsparcie występował wśród następujących rodzajów podmiotów leczniczych: ratownictwo-inne (0%) i zakłady opiekuńczo-lecznicze (25%).

Instytucje, które nie ubiegały się o uzyskanie wsparcia w ramach projektów UE, odpowiedziały na pytanie, dlaczego nie ubiegały się o wsparcie?

**Wykres 74.**

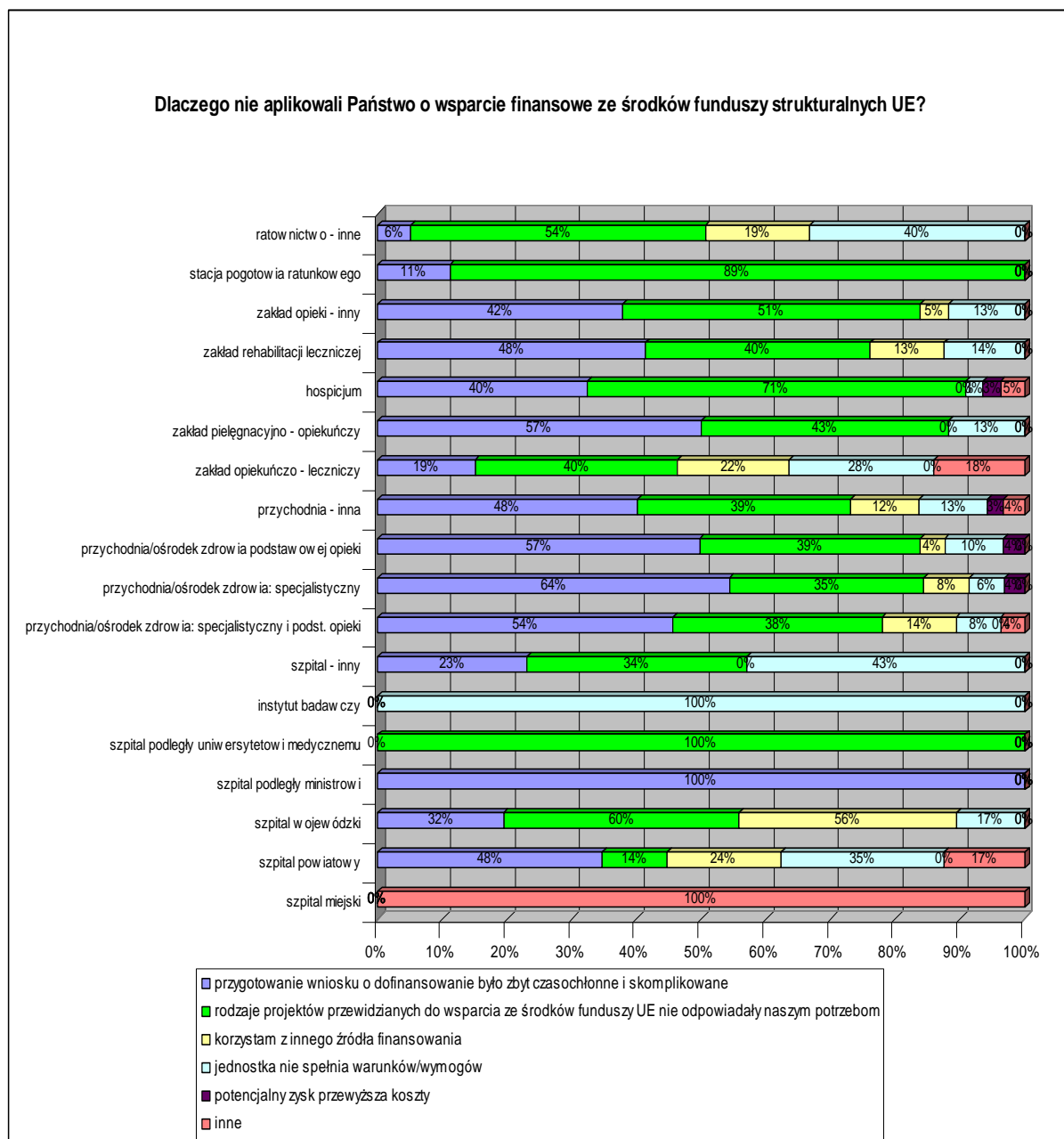


Źródło: badanie własne.

Przedstawiciele przychodni/ ośrodków zdrowia i zakładów opieki długoterminowej, czyli typów placówek, które w najmniejszym stopniu ubiegały się o wsparcie ze środków UE, jako przyczynę tego stanu rzeczy podały, że „przygotowanie wniosku o dofinansowanie było zbyt czasochłonne i skomplikowane”. Na drugim miejscu jako przyczynę wskazały to, że rodzaje projektów przewidzianych do wsparcia ze środków UE nie odpowiadały ich potrzebom.

W podziale na poszczególne rodzaje podmiotów leczniczych, uzasadnienie, dlaczego poszczególne jednostki nie zdecydowały się aplikować o wsparcie przedstawia Wykres 75.:

Wykres 75.

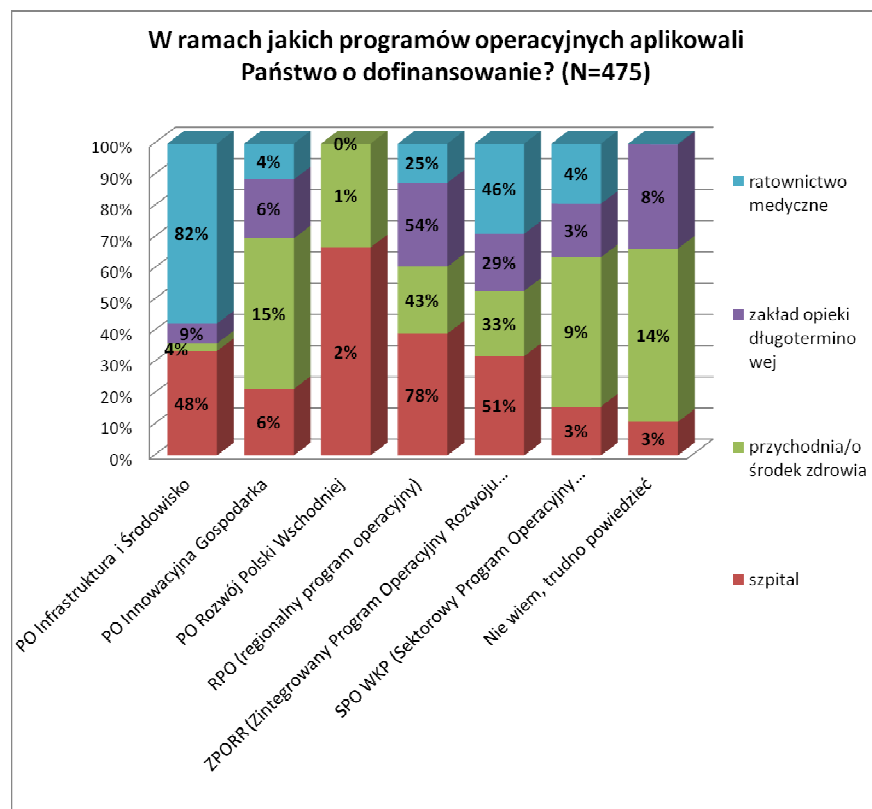


Źródło: badanie własne.

Wśród udzielonych tutaj odpowiedzi zaskakujące są dwa przypadki: szpitale podległe ministrowi, które jako jedyny powód nie aplikowania o wsparcie wskazały fakt, że przygotowanie wniosku o dofinansowanie było zbyt czasochłonne i skomplikowane, oraz instytuty badawcze, spośród których część uznała, że nie spełniają one warunków warunkujących możliwość ubiegania się o wsparcie. Oba te przypadki wskazują, że w tych podmiotach nie podjęto należytych działań w celu pozyskania dodatkowych środków na rozwój i wzmocnienie danego podmiotu leczniczego.

Interesujące jest również to, że te dwie przyczyny nie podjęcia decyzji o aplikowaniu o wsparcie ze środków UE podają przedstawiciele tej nielicznej części szpitali, które nie aplikowały o środki z UE. Zdaje się to potwierdzać powszechną dosyć opinię, że ubieganie się o wsparcie projektu ze środków UE wiąże się dla wielu osób z dużymi trudnościami, wśród których do najważniejszych należą skomplikowane, napisane niezrozumiałym, pełnym określeń żargonowych, językiem urzędowym. Dla wielu osób jest to bariera nie do przekroczenia. Jednocześnie tylko nieliczne instytucje z systemu ochrony zdrowia decydują się na skorzystanie przy wypełnianiu wniosku aplikacyjnego z usług wyspecjalizowanych firm, obawiając się, że trzeba będzie ponieść koszty opracowania wniosku nie mając gwarancji, że uzyska się środki na realizację projektu.

**Wykres 76.**



Źródło: badanie własne.

O wsparcie w ramach PO RPW aplikowało zaledwie kilka podmiotów, z tego względu wyniki są tutaj bardzo nie miarodajne. Jednak w przypadku pozostałych programach widać, jakie typy podmiotów leczniczych najczęściej występowały o wsparcie w ramach tych programów. Respondenci (475 podmiotów) wskazali, na jakie problemy natrafili na etapie aplikowania o dotację ze środków UE. Odpowiedzi podsumowuje poniższa tabela.

**Tabela 22.**

	Ogółem	Kategoria podmiotów leczniczych			
		szpital	przychodnia/ ośrodek zdrowia	zakład opieki długoterminowej	ratownictwo medyczne
przygotowanie wniosku było czasochłonne	60%	59%	53%	49%	79%
sformułowania / język wniosku był trudny do zrozumienia	33%	25%	34%	32%	43%
wystąpiły kłopoty ze znalezieniem kompetentnych osób do wypełnienia wniosku	18%	13%	16%	27%	23%
niezachowanie terminów/ problemy z terminową wypłatą środków ze strony urzędu	1%	1%	2%	6%	0%
zbyt wysokie wymagania	3%	2%	5%	3%	4%
zbyt wysoki koszt związany z przygotowaniem wniosku	1%	1%	1%	0%	0%
niespełnianie warunków	2%	2%	2%	4%	0%
nieadekwatne kryteria/ zbyt duża szczegółowość	4%	3%	6%	3%	0%
problemy z administracją obsługującą projekt	2%	2%	3%	0%	0%
zbyt duża konkurencja/brak partnerów do współpracy	1%	0%	0%	6%	0%
odrzućenie wniosku	1%	0%	1%	0%	0%
zbyt długa procedura oceny powodująca konieczność wielokrotnej aktualizacji dokumentów	0%	0%	0%	0%	0%
inne/brak odpowiedzi	0%	0%	0%	0%	0%
nie pojawiły się żadne problemy	24%	28%	25%	24%	17%

Źródło: badanie własne. Uwaga: respondenci mogli podać więcej niż jedną odpowiedź.

Widać, że także w tej grupie, podmiotów, które ubiegały się o wsparcie, największym problemem na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu było prawidłowe wypełnienie wniosku. Jako kolejną barierę wskazano „sformułowania / język wniosku był trudny do zrozumienia” oraz „kłopoty ze znalezieniem kompetentnych osób do wypełnienia wniosku”.

Na etapie realizacji projektu respondenci natrafili na inne trudności i bariery.

**Tabela 23.**

	Ogółem	Kategoria podmiotów leczniczych			
		szpital	przychodnia/ ośrodek zdrowia	zakład opieki długoterminowej	ratownictwo medyczne
problemy z wyłonieniem wykonawcy	12%	19%	8%	3%	11%
trudna współpraca z wykonawcą	8%	15%	5%	9%	2%
opóźnienia w realizacji projektu (brak możliwości dotrzymania terminów zawartych w harmonogramie)	17%	25%	18%	34%	0%
skomplikowane, praco- i czasochłonne procedury i wymogi dotyczące sprawozdawczości i raportowania z realizacji projektu	44%	47%	47%	55%	33%
mało precyzyjne zapisy dotyczące kwalifikowalności wydatków	28%	26%	23%	33%	35%
opóźnienia w wypłacie poszczególnych transz	27%	21%	18%	35%	44%
długie terminy rozliczenia i wypłacania faktur dla wykonawcy	13%	15%	14%	27%	6%
stosowanie procedur Prawa o Zamówieniach Publicznych	31%	36%	23%	12%	40%
inne problemy	3%	3%	5%	8%	0%
nie pojawiły się żadne problemy	26%	19%	29%	20%	32%

Źródło: badanie własne. Uwaga: respondenci mogli podać więcej niż jedną odpowiedź.

Na etapie realizacji projektu, respondenci wskazali jako na podstawowy problem przede wszystkim na „skomplikowane, praco- i czasochłonne procedury i wymogi dotyczące sprawozdawczości i raportowania z realizacji projektu” (wskazało na to aż 44% badanych). Jako kolejne bariery wskazali: „stosowanie procedur Prawa o Zamówieniach Publicznych” (31% badanych), „mało precyzyjne zapisy dotyczące kwalifikowalności wydatków” (28% wskazań) oraz „opóźnienia w wypłacie poszczególnych transz” (27% wskazań).

#### **Podsumowanie:**

- ➔ O wsparcie aplikowało jedynie 43% badanych podmiotów leczniczych.
- ➔ Zdecydowana większość (72%) spośród instytucji, które aplikowały o wsparcie, to wsparcie uzyskały.
- ➔ Największym problemem na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu było prawidłowe wypełnienie wniosku. Jako kolejną barierę wskazano to, że

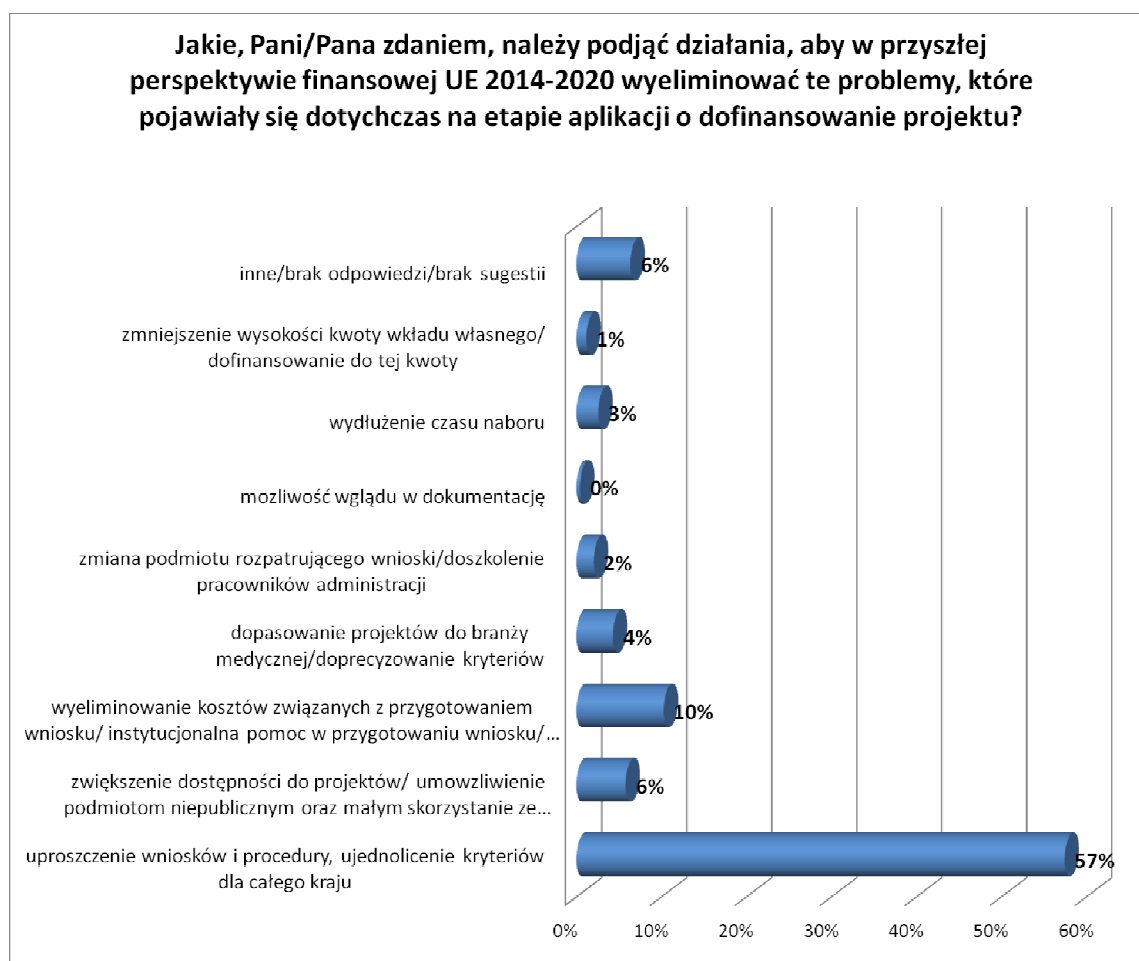
„sformułowania/ język wniosku był trudny do zrozumienia” oraz „kłopoty ze znalezieniem kompetentnych osób do wypełnienia wniosku”.

- Na etapie realizacji projektu, respondenci jako problemy wskazali: „skomplikowane, praco- i czasochłonne procedury i wymogi dotyczące sprawozdawczości i raportowania z realizacji projektu”; „stosowanie procedur Prawa o Zamówieniach Publicznych”; „mało precyzyjne zapisy dotyczące kwalifikowalności wydatków” oraz „opóźnienia w wypłacie poszczególnych transz”.

### III.4.2. Jakie działania należałoby podjąć, aby w przyszłej perspektywie finansowej UE 2014 – 2020 wyeliminować w największym stopniu zdiagnozowane bariery?

Uczestnicy badania, wskazali następujące działania, jakie należałoby podjąć, aby w przyszłej perspektywie finansowej UE 2014 – 2020 wyeliminować w największym stopniu zdiagnozowane bariery, które pojawiły się na etapie aplikowania o wsparcie.

Wykres 77.



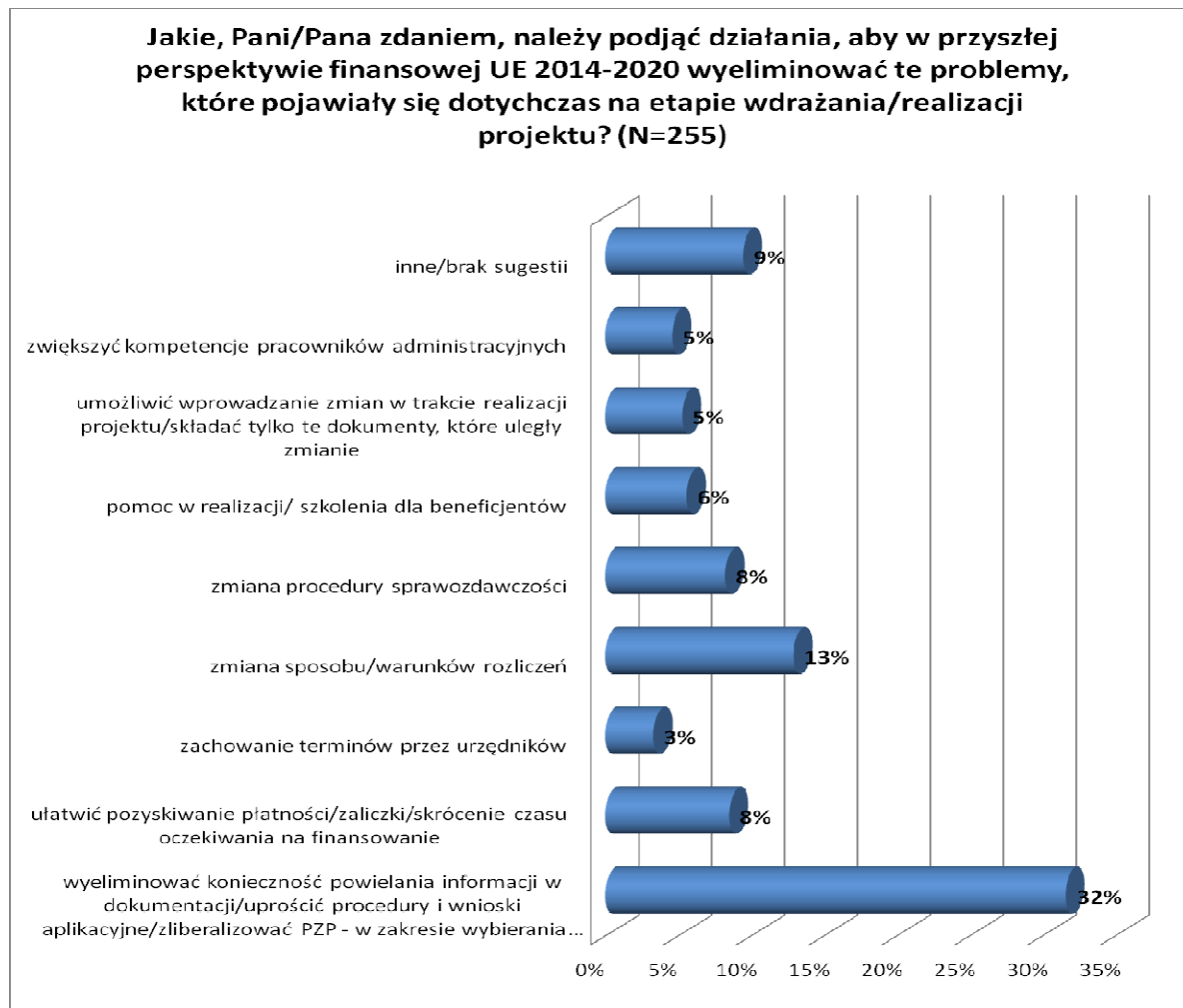
Źródło: badanie własne. N=361.

Bardzo wyraźnie widać, że dla beneficjentów najważniejsze jest wyeliminowanie problemów związanych z wypełnianiem wniosku (57% wskazań).



Jako kolejną sugestię zmian wskazano wyeliminowanie kosztów związanych z przygotowaniem wniosku poprzez pomoc instytucjonalną w przygotowaniu wniosku (10% wskazań).

#### Wykres 78.



Źródło: badanie własne.

Do najważniejszych działań, jakie należy podjąć, aby wyeliminować bariery pojawiające się na etapie realizacji projektu należą:

- wyeliminowanie konieczności powielania informacji w dokumentacji/uproszczenie procedury i wniosków aplikacyjnych/zliberalizowanie PZP - w zakresie wybierania najtańszej oferty (32% wskazań);
- zmiana sposobu/warunków rozliczeń (13% wskazań);
- zmiana procedury sprawozdawczości (8%)
- ułatwienie pozyskiwania płatności/zaliczki/skrócenie czasu oczekiwania na finansowanie (8%).

Jednocześnie należy wziąć pod uwagę słabe strony zdiagnozowane w systemie naboru wniosków i udzielania dofinansowania w ramach PO IiŚ w ramach uprzednio przeprowadzonych badań ewaluacyjnych, z których najpełniejszy obraz pod tym względem przedstawia badanie *Ewalucja systemu oceny i wyboru projektów w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2007-2013* zrealizowane na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego przez PSDB. W raporcie tym wskazano na następujące zasadnicze elementy:

- Wnioskodawcy uważają, że forma wniosku stosowanego w obecnej perspektywie jest mniej przejrzysta w porównaniu z wcześniejszymi wnioskami z perspektywy finansowej na lata 2004-2006;
- Niedostosowanie dokumentacji aplikacyjnej do potrzeb beneficjentów (stosowanie tego samego wzoru wniosku o dofinansowanie projektu we wszystkich priorytetach POIŚ);
- Brak szczegółowych definicji niektórych pojęć kluczowych dla oceny (np. komplementarności) oraz brak definicji precyzyjnych definicji wskaźników oraz brak metodologii ich pomiaru;
- Rozproszenie dokumentów niezbędnych do prawidłowego przygotowania wniosku o dofinansowanie projektu (część dokumentów dostępna była na stronach internetowych IZ, część IP a inne na stronie IW/IPII), co powodowało, iż beneficjenci nie zawsze byli pewni czy zapoznali się ze wszystkimi wymaganymi opracowaniami;
- Nieaktualne informacje na oficjalnej stronie POIŚ;
- Przedstawianie beneficjentom niepełnych uzasadnień do ocen przez IP;
- Ogólny charakter dokumentu „organizacja systemu oceny i wyboru projektów” (który w przyszłej perspektywie należy doszczegółowić wykorzystując sytuacje i problemy, które pojawiły się w obecnym okresie – dokument ten musi brać pod uwagę jak największą liczbę możliwych sytuacji, które mogą wystąpić podczas procesu oceny i wyboru projektów);
- Czasochłonność przygotowania wniosku o dofinansowanie projektu oraz załączników;

- Konieczność składania dużej liczby załączników (co w przyszłej perspektywie można rozwiązać poprzez wprowadzenie fisz projektowych na etapie preselekcji);
- Brak lub niesprawnie działające generatory wnioskowo dofinansowanie projektu.

Zdecydowana większość dostrzeżonych problemów i ich rozwiązań proponowanych w tym raporcie ewaluacyjnym jest zgodna ze spostrzeżeniami zgłaszanymi przez uczestników niniejszego badania.

W szczególności należy za wskazane uznać:

1. Wprowadzenie w przyszłej perspektywie bardziej przejrzystego i dostosowanego do potrzeb beneficjentów, a więc zróżnicowanego w zależności od priorytetu i nawet rodzaju projektu formatu wniosku o dofinansowanie;
2. Wprowadzenie jasnych i zrozumiałych definicji kluczowych pojęć;
3. Zgromadzenie w jednym miejscu wszystkich podstawowych dokumentów dotyczących wsparcia i zasad ubiegania się o dofinansowanie;
4. Maksymalne uproszczenie wniosku o dofinansowanie projektu oraz ograniczenie liczby wymaganych załączników.

#### **Podsumowanie:**

- Dla beneficjentów na etapie aplikowania o dofinansowanie najważniejsze jest wyeliminowanie problemów związanych z wypełnianiem wniosku. Jako kolejną sugestię zmian wskazano wyeliminowanie kosztów związanych z przygotowaniem wniosku poprzez pomoc instytucjonalną w przygotowaniu wniosku.
- Do najważniejszych działań, jakie należy podjąć, aby wyeliminować bariery pojawiające się na etapie realizacji projektu należą:
  - wprowadzenie bardziej przejrzystego i dostosowanego do potrzeb beneficjentów, (zróżnicowanego w zależności od priorytetu i rodzaju projektu) formatu wniosku o dofinansowanie;
  - wyeliminować konieczność powielania informacji w dokumentacji/uproszczyć procedury i wnioski aplikacyjne/zliberalizować PZP - w zakresie wybierania najtańszej oferty;

- ograniczenie zawartości wniosku o dofinansowania, a w szczególności ograniczenie liczby wymaganych załączników;
- zmiana sposobu/warunków rozliczeń;
- zmiana procedury sprawozdawczości;
- ułatwić pozyskiwanie płatności/zaliczki/skrócenie czasu oczekiwania na finansowanie.

## IV. Wnioski

Przedstawiciele kadry kierowniczej podmiotów leczniczych objętych badaniem ilościowym stosunkowo nisko oceniają ogólny stan infrastruktury ochrony zdrowia w kraju, a jednocześnie stosunkowo wysoko oceniają stan infrastruktury swojej placówki.

W zakresie budynków występuje bardzo duże zróżnicowanie w stanie infrastruktury posiadanej przez placówki systemu ochrony zdrowia w Polsce: obok nowoczesnych budynków, spełniających wszystkie wymagania prawne, występują budynki, których modernizacja i dostosowanie do obowiązujących wymagań napotka na bardzo duże problemy, o ile w ogóle będzie możliwe (choćby ze względu na to, że niektóre z tych budynków są zabytkami i podlegają ochronie wojewódzkiego konserwatora zabytków). Taka sytuacja niekiedy występuje w ramach jednej placówki, gdzie obok nowoczesnych pawilonów mieszczących część oddziałów, pozostałe ulokowane są w budynkach wiekowych, nieprzystosowanych do współczesnych wymagań.

Podstawowym wyzwaniem stojącym przed wieloma podmiotami leczniczymi będzie w najbliższych latach dostosowanie się do obowiązujących od 2016 roku nowych wymagań. Będzie to w wielu wypadkach wymagało przeprowadzenie kosztownych remontów, przebudów i modernizacji, na realizację których wiele placówek medycznych (i ich organy założycielskie) nie posiada wystarczających zasobów finansowych.

Najgorzej stan infrastruktury swojej placówki medycznej w zakresie budynków oceniają respondenci reprezentujący kadry kierowniczą szpitali. Najlepiej – przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego.

Najgorzej stan infrastruktury w zakresie budynków posiadanej przez ich placówkę oceniają przedstawiciele kadry kierowniczej tych placówek z województw: dolnośląskiego, lubuskiego

i pomorskiego. Najlepiej stan infrastruktury swojej placówki pod względem budynków oceniają respondenci z województw: opolskiego i podlaskiego.

W zakresie wyposażenia podmiotów leczniczych w aparaturę i sprzęt medyczny podstawowym wyzwaniem w najbliższym czasie będzie zapewnienie funduszy na bieżące utrzymanie sprzętu, zapewnienie mu należytej (specjalistycznej) obsługi oraz zapewnienie odnowienia sprzętu po zakończeniu jego okresu funkcjonowania.

Zakłady opieki długoterminowej – podobnie jak w odniesieniu do budynków – generalnie deklarują wysoką ocenę posiadanego sprzętu medycznego.

Dosyć negatywnie swoje wyposażenie w sprzęt medyczny oceniają placówki ratownictwa medycznego.

Wysoko oceniają posiadany sprzęt objęci badaniem przedstawiciele kadry kierowniczej placówek medycznych z terenu następujących województw: świętokrzyskie, opolskie zachodniopomorskie podlaskie, lubelskie i śląskie.

Najniżej posiadane przez siebie wyposażenie w sprzęt medyczny ocenili respondenci z województw: lubuskiego i pomorskiego.

Uczestnicy badań jakościowych podkreślali, że w Polsce generalnie naj słabiej przedstawia się dostępność do świadczeń ambulatoryjnych i kwestia ta dotyczy większości poradni. Ocenili, że ograniczona jest także dostępność do specjalistycznych świadczeń diagnostycznych, takich jak diagnostyka rezonansem magnetycznym, tomografia komputerowa i w nieco mniejszym stopniu badania endoskopowe. Jako przyczynę podawano tutaj przede wszystkim słabość finansową placówek i ograniczenia spowodowane limitami wynikającymi z kontraktów z NFZ.

Podkreślano, że należy już istniejącą infrastrukturę lepiej wykorzystywać przez zwiększanie środków kontraktowych, a problemem jest niedoszacowanie wielkości kontraktu.

Najgorzej wpływ stanu posiadanej infrastruktury na zapewnienie dostępności pacjentów do usług medycznych oceniają przedstawiciele szpitali; najlepiej tę sytuację oceniają przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego.

Największy odsetek odpowiedzi wskazujących, że dzięki posiadanej infrastrukturze placówka może zapewnić pacjentom pełną dostępność do usług medycznych występował w województwach: lubelskim, opolskim, wielkopolskim, małopolskiego, podlaskiego i zachodniopomorskiego. Najbardziej negatywnie wpływ posiadanej infrastruktury na zapewnienie pacjentom pełnej dostępności do usług medycznych ocenili respondenci z województw: pomorskiego, warmińsko-mazurskiego, mazowieckiego, podkarpackiego i kujawsko-pomorskiego.

Jakość badań diagnostycznych z zakresu radiologii, tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, dzięki dobremu wyposażeniu w sprzęt i świetnemu wyszkoleniu kadry jest na bardzo wysokim poziomie, jednak ich dostępność jest niezadowalająca.

Wpływ posiadanej infrastruktury na jakość usług medycznych oferowanych pacjentom najwyżej oceniany jest w województwie opolskim, podlaskim i świętokrzyskim. Najniżej ten wpływ oceniają respondenci z województw: mazowieckiego, podkarpackiego, łódzkiego i warmińsko-mazurskiego.

Najgorzej wpływ posiadanej infrastruktury na skuteczność świadczonych usług medycznych oceniają przedstawiciele szpitali, natomiast najwyżej – przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego.

Najwyżej wpływ posiadanej infrastruktury na skuteczność świadczonych usług zdrowotnych ocenili respondenci z województw: opolskiego, lubelskiego i świętokrzyskiego. Najniżej wpływ ten ocenili respondenci z województw: pomorskiego, łódzkiego i mazowieckiego.

Obecny system ochrony zdrowia jest nieefektywny i niewydolny, co wynika z dwóch zasadniczych przyczyn:

- brak polityki zdrowotnej oceniającej potrzeby zdrowotne populacji i panującej nad strukturą systemu;
- niedofinansowanie systemu.

Najniżej wpływ posiadanej infrastruktury na efektywność wykorzystania zasobów jednostki oceniają przedstawiciele szpitali, najwyżej – przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego. Województwa, w których największy odsetek respondentów stwierdził, że obecny stan infrastruktury ich placówki sprzyja efektywnemu wykorzystaniu jej zasobów to: opolskie, lubuskie, świętokrzyskie i lubelskie. Najmniejszy odsetek respondentów uznał, że obecny stan infrastruktury ich placówki sprzyja efektywnemu wykorzystaniu jej zasobów w województwach: dolnośląskim, mazowieckim i pomorskim.

Podstawową luką występującą w infrastrukturze ochrony zdrowia w Polsce jest nierównomierne rozłożenie zasobów oraz nieprzystosowana do współczesnych wymagań infrastruktura w zakresie budynków.

W wielu wypadkach konieczne jest dokończenie procesów inwestycyjnych rozpoczętych w poprzedniej perspektywie finansowej. W dużej mierze dotyczy to placówek medycyny ratunkowej.

W zakresie sprzętu i aparatury medycznej bieżące potrzeby w dużej mierze są zaspokojone. Jednakże konieczne jest zwiększenie efektywności wykorzystania posiadanych zasobów, przede wszystkim poprzez zwiększenie ich dostępności dla pacjentów.

W zakresie aparatury coraz większym problemem staje się potrzeba odnowienia posiadanych zasobów aparatury medycznej tak, aby w dalszym ciągu mogła ona prawidłowo pełnić swoją rolę i zapewniać wysoki standard badań diagnostycznych.

14% objętych badaniem podmiotów leczniczych nie spełnia aktualnych wymogów prawa. Dominującą pod tym względem grupę stanowią szpitale, gdzie aż 51% spośród objętych badaniem szpitali nie spełnia wymagań określonych w aktualnie obowiązujących przepisach prawa. Sytuacja ta najlepiej wygląda w placówkach ratownictwa medycznego, gdzie aż 94% respondentów deklaruje, że ich placówka spełnia wszystkie wymogi aktualnie obowiązującego prawa.

76% wszystkich badanych podmiotów ma potrzeby inwestycyjne dotyczące budynków. Zjawisko to w największym stopniu dotyczy szpitali, gdzie takie potrzeby deklaruje aż 96% badanych podmiotów.

Planowane przez podmioty lecznicze inwestycje dotyczące budynków są raczej inwestycjami niewielkimi, zasadniczo mieszczącymi się w granicach do 10 mln PLN. Wyjątek stanowią tutaj szpitale, gdzie dominująca grupę inwestycji stanowią inwestycje duże, o wartości powyżej 30 mln PLN.

W poszczególnych typach podmiotów leczniczych, podstawowe potrzeby inwestycyjne w zakresie budynków dotyczą:

- Dla szpitali:
  - Modernizacja instalacji;
  - Rozbudowa, przebudowa budynku
  - Remont budynku;
- Dla przychodni/ ośrodków zdrowia
  - Rozbudowa, przebudowa budynku;
  - Remont budynku;
  - Modernizacja instalacji;
- Dla zakładów opieki długoterminowej:
  - Rozbudowa, przebudowa budynku;
  - Remont budynku;
  - Modernizacja instalacji;

• Dla placówek ratownictwa medycznego:

- Remont budynku;
- Rozbudowa, przebudowa budynku;
- Budowa;
- Termomodernizacja.

Ogólna wartość potrzeb inwestycyjnych dotyczących budynków deklarowanych przez respondentów niniejszego badania sięga kwoty 7-7,5 mld PLN, a przeciętnie w jednej placówce realizującej inwestycję w obszarze budynków, będzie realizowana inwestycja o wartości 8 – 9 mln PLN.

Potrzeby inwestycyjne w zakresie sprzętu medycznego zgłosiło 81% badanych podmiotów. Zgodnie z deklaracjami respondentów ogólna wartość inwestycji w sprzęt medyczny planowanych przez podmioty lecznicze objęte badaniem wynosi ok. 3,1 mld PLN. Przeciętna wartość inwestycji w sprzęt medyczny realizowanej przez jedną placówkę, która w niniejszym badaniu zadeklarowała potrzebę realizacji takiej inwestycji wynosi ok. 7 mln PLN.

82% respondentów deklaruje, że ich placówka ma potrzeby inwestycyjne w zakresie wyposażenia w urządzenia informatyczne i oprogramowanie komputerowe. Najliczniejszą grupę potrzeb we wszystkich rodzajach podmiotów leczniczych objętych badaniem stanowi zakup urządzeń informatycznych. Większość planowanych w tym zakresie inwestycji, to niewielkie projekty, o wartości do 100 tys. PLN. Jedynie w wypadku szpitali planowane są w większej liczbie projekty duże, o wartości ponad 1 mln PLN. Ogólna wartość wszystkich potrzeb inwestycyjnych deklarowanych przez respondentów niniejszego badania w zakresie wyposażenia swojej placówki w urządzenia informatyczne i oprogramowanie komputerowe<sup>44</sup> wynosi ok. 0.3 mld PLN.

Zadeklarowana przez podmioty biorące w badaniu wartość inwestycji w infrastrukturę (budynki, sprzęt medyczny i wyposażenie informatyczne) wynosi ogółem ok. 10-10,8 mld PLN.

Inwestycje w budynki mają największe znaczenie dla szpitali podległych uniwersytetom medycznym, szpitali podległych ministrowi i zakładów opiekuńczo-leczniczych. Inwestycja w sprzęt/ aparaturę medyczną ma największe znaczenie dla grupy ratownictwo-inne.

---

<sup>44</sup> Metoda szacowania ogólnej wartości deklarowanych potrzeb inwestycyjnych w zakresie wyposażenia swojej placówki w urządzenia informatyczne i oprogramowanie komputerów jest taka sama jak w przypadku potrzeb w zakresie budynków (zob. przypis nr 8)



Inwestycje w urządzenia informatyczne i sprzęt komputerowy mają największe znaczenie dla przychodni/ ośrodków zdrowia podstawowej opieki zdrowotnej.

Celem głównym wsparcia w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020 powinno być zapewnienie wzrostu poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.

Ten cel główny powinien zostać osiągnięty poprzez realizację dwóch zasadniczych celów szczegółowych:

- Zwiększenie dostępności i jakości usług zdrowotnych.
- Zwiększenie efektywności świadczonych usług zdrowotnych.

W ramach działań mających na celu zwiększenie dostępności i jakości usług zdrowotnych wskazane jest wykorzystać następujące kierunki wsparcia:

- Zapewnienie wsparcia dla ponadregionalnych ośrodków/ podmiotów leczniczych (instytuty, szpitale kliniczne, wyższe uczelnie medyczne) w celu zapewnienia:
  - większej dostępności do świadczonych przez nie usług zdrowotnych,
  - podniesienia jakości kształcenia w kluczowych zawodach medycznych (szczególnie deficytowych),
  - napływu do systemu ochrony zdrowia niezbędnych specjalistów,
  - rozwijania nowoczesnych/ innowacyjnych metod leczenia.
- Wspieranie procesu odnawiania i modernizacji starego sprzętu i aparatury medycznej (szczególnie diagnostycznej).
- Wspieranie środkami zewnętrznymi (projekty UE) modernizacji starych i budowę nowych obiektów. W razie potrzeby wspieranie tworzenia podmiotów wypełniających zidentyfikowane luki.
- Kontynuacja wsparcia dla modernizacji i przebudowy systemu ratownictwa medycznego, z tym, że wsparcie powinno być kierowane na kolejne obszary budowania i modernizacji systemu.

W ramach działań mających na celu zwiększenie efektywności świadczonych usług zdrowotnych wskazane jest wykorzystać m.in. następujące kierunki wsparcia:

- Wspieranie budowy nowego systemu kontraktowania usług medycznych, który będzie uwzględniał rzeczywiste koszty świadczonych usług.

W wyniku przeprowadzonych analiz i w oparciu o zgromadzony materiał uznano, że typem inwestycji, który nie jest obecnie objęty zakresem wsparcia w ramach PO IiŚ, a który

należałoby objąć wsparciem w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020 jest wsparcie dla tworzenia oddziałów geriatrycznych i rehabilitacyjnych w miejscach, gdzie ze względu na zapotrzebowanie społeczne jest to potrzebne.

Spośród obecnie realizowanych w ramach PO LiŚ typów inwestycji, w przyszłej perspektywie należałoby – w lekko zmodyfikowanej formie – kontynuować następujące:

- Wsparcie dla projektów związanych z rozbudową, przebudową, remontem i doposażeniem zakładów opieki zdrowotnej (szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych) dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego oraz zakupem wyrobów medycznych niezbędnych do diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
- Projekty związane z budową i remontem lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych.
- Projekty, polegające na przebudowie, rozbudowie, remoncie oraz wyposażeniu publicznych zakładów opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym, w tym dotyczące zakupu nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego spełniającego aktualne standardy.

Obecnie prowadzone są prace nad dokumentami strategicznymi i programowymi dla perspektywy finansowej 2014-2020. Wśród proponowanych zmian, planowane jest zastąpienie podejścia „linii demarkacyjnej” podejściem „wspólnych rozwiązań”.

Zaproponowane kierunki interwencji i typy projektów wpisują się w następujące inicjatywy flagowe UE:

- „Unia Innowacji”
- „Europejska agenda cyfrowa”

Uzyskana w wyniku przeprowadzonej analizy wielokryterialnej priorytetyzacja proponowanych kierunków wsparcia dla infrastruktury ochrony zdrowia ze względu na ich zgodność ze strategią EUROPA 2020 oraz z Inicjatywami Flagowymi pozwala na ustalenie następującej kolejności (od kierunków najsilniej oddziałujących na osiągnięcie celów strategii EUROPA 2020 i Inicjatyw Flagowych, do najslabiej oddziałujących na osiągnięcie tych celów) proponowanych kierunków interwencji publicznej:

1. Zapewnienie wsparcia dla ponadregionalnych ośrodków/ podmiotów leczniczych (instytuty, szpitale kliniczne, wyższe uczelnie medyczne).

2. Wsparcie tworzenia tam, gdzie jest to potrzebne ze względu na zapotrzebowanie społeczne, oddziałów geriatrycznych i rehabilitacyjnych.
3. Wsparcie dla projektów związanych z rozbudową, przebudową, remontem i doposażeniem zakładów opieki zdrowotnej (szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych) dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego oraz zakupem wyrobów medycznych niezbędnych do diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
4. Wspieranie budowy nowego systemu kontraktowania usług medycznych, który będzie uwzględniał rzeczywiste koszty świadczonych usług.
5. Wspieranie procesu odnawiania i modernizacji starego sprzętu i aparatury medycznej (szczególnie diagnostycznej).
6. Wspieranie środkami zewnętrznymi (projekty UE) modernizacji starych i budowę nowych obiektów. W razie potrzeby wspieranie tworzenia podmiotów wypełniających zidentyfikowane luki.
7. Kontynuacja wsparcia dla modernizacji i przebudowy systemu ratownictwa medycznego, z tym, że wsparcie powinno być kierowane na kolejne obszary budowania i modernizacji systemu..
8. Kontynuacja projektów związanych z budową i remontem lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych. W tym wypadku należy działania te możliwie rozszerzyć, tak, aby przy każdym SOR-rze znajdowało się lądowisko dla helikopterów.

O wsparcie aplikowało jedynie 43% badanych podmiotów leczniczych.

Zdecydowana większość (72%) spośród instytucji, które aplikowały o wsparcie, to wsparcie uzyskały.

Największym problemem na etapie aplikowania o dofinansowanie projektu było prawidłowe wypełnienie wniosku. Jako kolejną barierę wskazano to, że sformułowania/ język wniosku był trudny do zrozumienia oraz kłopoty ze znalezieniem kompetentnych osób do wypełnienia wniosku.

Na etapie realizacji projektu, respondenci jako problemy wskazali: skomplikowane, pracochłonne procedury i wymogi dotyczące sprawozdawczości i raportowania z realizacji projektu; stosowanie procedur Prawa zamówień publicznych; mało precyzyjne zapisy dotyczące kwalifikowalności wydatków oraz opóźnienia w wypłacie poszczególnych transz.

Dla beneficjentów na etapie aplikowania w dofinansowanie najważniejsze jest wyeliminowanie problemów związanych z wypełnianiem wniosku. Jako kolejną sugestię zmian wskazano wyeliminowanie kosztów związanych z przygotowaniem wniosku poprzez pomoc instytucjonalną w przygotowaniu wniosku.

Do najważniejszych działań, jakie należy podjąć, aby wyeliminować bariery pojawiające się na etapie realizacji projektu należą:

- wyeliminować konieczność powielania informacji w dokumentacji/uprościć procedury i wnioski aplikacyjne/zliberalizować PZP - w zakresie wybierania najtańszej oferty;
- zmiana sposobu/warunków rozliczeń;
- zmiana procedury sprawozdawczości;
- ułatwić pozyskiwanie płatności/zaliczki/skrócenie czasu oczekiwania na finansowanie.

## V. Rekomendacje

Numer	Tytuł Raportu	Wniosek	Rekomendacja	Adresat Rekomendacji	Sposób Wdrożenia	Status	Termin Realizacji	Klasyfikacja	Obszar Tematyczny
1	Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020	Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego jest podstawowym celem działania systemu ochrony zdrowia. Obecnie w Polsce podstawowym problemem jest zapewnienie dostępu do usług zdrowotnych (s. 177)	Celem głównym wsparcia w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020 powinno być zapewnienie wzrostu poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. Ten cel główny powinien zostać osiągnięty poprzez realizację dwóch zasadniczych celów szczegółowych: <ul style="list-style-type: none"> <li>• zwiększenie dostępności i jakości usług zdrowotnych</li> <li>• zwiększenie efektywności świadczonych usług zdrowotnych</li> </ul>	Ministerstwo Zdrowia	Ująć takie cele w dokumentach programujących wsparcie UE w perspektywie 2014-2020		Perspektywa finansowa 2014-2020		Infrastruktura i Środowisko 2007 - 2013
2	Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście	Zwiększenie dostępności i jakości usług zdrowotnych jest podstawowym celem działań inwestycyjnych w sektorze zdrowia (s. 177)	W kierunkach wsparcia uwzględnić następujące elementy: <ul style="list-style-type: none"> <li>• zapewnienie wsparcia dla</li> </ul>	Ministerstwo Zdrowia	Zaproponować takie kierunki wsparcia dla interwencji w sektorze ochrony zdrowia		Perspektywa finansowa 2014-2020		Infrastruktura i Środowisko 2007 - 2013

	programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020		<p>ponadregionalnych ośrodków/ podmiotów leczniczych (instytuty, szpitale kliniczne, wyższe uczelnie medyczne)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● wspieranie procesu odnawiania i modernizacji starego sprzętu i aparatury medycznej</li> <li>● wspieranie środkami zewnętrznymi (projekty UE) modernizacji starych i budowę nowych obiektów</li> <li>● kontynuacja wsparcia dla modernizacji i przebudowy systemu ratownictwa medycznego</li> </ul>					
3	Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020	Jednym z podstawowych wyzwań, przed jakimi staje cała UE i Polska jest zmieniająca się sytuacja demograficzna i postępujące starzenie się społeczeństwa (s. 179)	Typem inwestycji, który nie jest obecnie objęty zakresem wsparcia w ramach PO IiŚ, a który należałoby objąć wsparciem w perspektywie finansowej UE 2014 – 2020 jest wsparcie dla tworzenia tam, gdzie ze względu na zapotrzebowanie	Ministerstwo Zdrowia	Zaproponować takie kierunki wsparcia dla interwencji w sektorze ochrony zdrowia		Perspektywa finansowa 2014-2020	Infrastruktura i Środowisko 2007 - 2013

			społeczne jest to potrzebne, oddziałów geriatrycznych i rehabilitacyjnych						
4	Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020	Interwencja publiczna w obszarze ochrony zdrowia wspiera obecnie kluczowe elementy systemu ochrony zdrowia. (s. 180-181)	<p>W przyszłej perspektywie należy – z drobnymi modyfikacjami – kontynuować wsparcie w następujących obszarach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● wsparcie dla projektów związanych z rozbudową, przebudową, remontem i doposażeniem zakładów opieki zdrowotnej (szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych) dla potrzeb systemu ratownictwa medycznego oraz zakupem wyrobów medycznych niezbędnych do diagnostyki i leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.</li> <li>● projekty związane z budową i remontem ładowisk dla</li> </ul>	Ministerstwo Zdrowia	Zaproponować takie kierunki wsparcia dla interwencji w sektorze ochrony zdrowia		Perspektywa finansowa 2014-2020		Infrastruktura i Środowisko 2007 - 2013

			<p>helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>projekty, polegające na przebudowie, rozbudowie, remoncie oraz wyposażeniu publicznych zakładów opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym</li> </ul>					
5	<p>Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020</p>	<p>Podmioty lecznicze, na etapie aplikowania o dofinansowanie natrafiały na bariery, istotnie ograniczające liczbę podmiotów decydujących się na aplikację. Do podstawowych barier należą:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>problemy z prawidłowym wypełnieniem wniosku</li> <li>trudny do zrozumienia język wniosku (s. 233)</li> </ul>	<p>Należy dążyć do likwidacji zidentyfikowanych barier.</p>	<p>Ministerstwo Zdrowia</p>	<p>Podjąć negocjacje z MRR, mające na celu radykalne uproszczenie procedur i doprowadzenie do napisania formularza wniosku oraz instrukcji wypełniania językiem mniej urzędowym, lecz znacznie bardziej zrozumiałym dla przeciętnego odbiorcy.</p>		<p>Perspektywa finansowa 2014-2020</p>	<p>Infrastruktura i Środowisko 2007 - 2013</p>
6.	<p>Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020</p>	<p>Dla beneficjentów najważniejsze działania usprawniające realizację projektów to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>wyeliminowanie konieczności powielania informacji w dokumentacji/uproszczeni</li> </ul>	<p>Należy dążyć do likwidacji zidentyfikowanych barier.</p>	<p>Ministerstwo Zdrowia</p>	<p>Podjąć negocjacje z MRR, mające na celu radykalne uproszczenie procedur i wprowadzenie zmian wszędzie tam, gdzie jest to możliwe.</p>		<p>Perspektywa finansowa 2014-2020</p>	<p>Infrastruktura i Środowisko 2007 - 2013</p>



		<p>e procedury i wniosków aplikacyjnych</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● zmiana sposobu/warunków rozliczeń;</li> <li>● zmiana procedury sprawozdawczości;</li> <li>● ułatwienie pozyskiwania płatności/zaliczki/skrócenie czasu oczekiwania na finansowanie. (s. 233-234)</li> </ul>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## VI. Aneksy

### Załącznik 1.: Ankieta dla dyrektorów lub osób je zastępujących lub osób odpowiadających za realizację inwestycji

Tytuł e-maila z zaproszeniem do badania:

Inwestycje w ochronę zdrowia – jakie jest Państwa zdanie?

Wstęp:

Zapraszamy Państwa do wypełnienia ważnej ankiety na temat potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia. Zbliża się moment planowania nowej perspektywy finansowej Unii Europejskiej na lata 2014-2020. Będą tam przewidziane również środki na ochronę zdrowia. Konieczne jest zaplanowanie inwestycji już na obecnym etapie. Dlatego prosimy o wypełnienie ankiety na temat potrzeb Państwa jednostki.

Badanie realizowane jest na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. Więcej informacji można uzyskać pod telefonem ..... lub na stronie [www.zdrowie.gov.pl](http://www.zdrowie.gov.pl).

Państwa opinia jest niezwykle istotna. Z góry dziękujemy za poświęcony czas.

Niniejsze badanie ewaluacyjne jest finansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz budżetu państwa w ramach pomocy technicznej Programu Infrastruktura i Środowisko.

#### Ankieta

<b>P1. Jak Pani/ Pan ocenia ogólny stan infrastruktury ochrony zdrowia w Polsce?</b>					
<input type="checkbox"/> bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> dobrze	<input type="checkbox"/> przeciętnie	<input type="checkbox"/> źle	<input type="checkbox"/> bardzo źle	<input type="checkbox"/> trudno powiedzieć
<b>P2. Jak Pani/ Pan ocenia ogólny stan infrastruktury swojej placówki?</b>					
<input type="checkbox"/> bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> dobrze	<input type="checkbox"/> przeciętnie	<input type="checkbox"/> źle	<input type="checkbox"/> bardzo źle	<input type="checkbox"/> t trudno powiedzieć
<b>P3. Jak na tle ogólnego stanu infrastruktury ochrony zdrowia w Polsce Pani/ Pan ocenia stan infrastruktury swojej placówki?</b>					

<input type="checkbox"/> bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> dobrze	<input type="checkbox"/> przeciętnie	<input type="checkbox"/> źle	<input type="checkbox"/> bardzo źle	<input type="checkbox"/> t trudno powiedzieć	
<b>P4. Czy, mając na uwadze zakres świadczonych przez Pani/ Pana jednostkę usług medycznych, obecny stan infrastruktury (budynki, sprzęt medyczny, etc) Pana/Pani jednostki sprzyja:</b>		<b>Zdecydowanie TAK</b>	<b>Raczej TAK</b>	<b>Raczej NIE</b>	<b>Zdecydowanie NIE</b>	<b>Trudno powiedzieć</b>
a. zapewnieniu pełnej dostępności pacjentów do usług medycznych		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. świadczeniu usług medycznych wysokiej jakości		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. skuteczności świadczonych usług medycznych		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. efektywnemu wykorzystaniu zasobów jednostki		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>P5. Czy Pani/Pana jednostki spełnia wymagania określone w aktualnie obowiązujących przepisach prawa?</b>						
<input type="checkbox"/> TAK			<input type="checkbox"/> NIE			
Jeżeli NIE proszę wskazać w jakim zakresie?						
<b>P6. Jak ocenia Pan/Pani obecny stan infrastruktury Pana/Pani jednostki w zakresie budynków?</b>						
<input type="checkbox"/> bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> dobrze	<input type="checkbox"/> przeciętnie	<input type="checkbox"/> źle	<input type="checkbox"/> bardzo źle	<input type="checkbox"/> t trudno powiedzieć	
<b>P7. Czy Pani/ Pana jednostka ma potrzeby inwestycyjne dotyczące budynków?</b>						
<i>FILTR: jeżeli odpowiedź „NIE” – przejście do pytania P12.</i>						
<input type="checkbox"/> tak			<input type="checkbox"/> nie			
<b>P8. Jakie potrzeby inwestycyjne ma Pani/Pana jednostka w zakresie budynków?</b>						
<input type="checkbox"/> remont budynku						
<input type="checkbox"/> rozbudowa, przebudowa budynku						
<input type="checkbox"/> dostosowanie pomieszczeń do użytkowania aparatury medycznej						
<input type="checkbox"/> budowa						
<input type="checkbox"/> modernizacja instalacji						
<input type="checkbox"/> termomodernizacja						
<input type="checkbox"/> inne, jakie?						

**P9. Jakie są szacowane koszty realizacji potrzeb inwestycyjnych w zakresie budynków w Pani/ Pana jednostce?**

do 1 mln PLN

1 mln – 10 mln PLN

11 mln – 20 mln PLN

21 mln – 30 mln PLN

pow. 30 mln PLN

**P10. Która z potrzeb inwestycyjnych w zakresie budynków wskazanych w pytaniu 8 jest najpilniejsza? Proszę wskazać jedną, najpilniejszą potrzebę w tym zakresie:**

remont budynku

rozbudowa, przebudowa budynku

dostosowanie pomieszczeń do użytkowania aparatury medycznej

budowa

modernizacja instalacji

termomodernizacja

inne, jakie?

**P11. Która z potrzeb inwestycyjnych w zakresie budynków wskazanych w pytaniu 8 jest najważniejsza, czyli mająca największy wpływ na zakres i jakość usług świadczonych przez Pani/Pana placówkę? Proszę wskazać jedną, najważniejszą potrzebę w tym zakresie:**

remont budynku

rozbudowa, przebudowa budynku

dostosowanie pomieszczeń do użytkowania aparatury medycznej

budowa

modernizacja instalacji

termomodernizacja

inne, jakie?

**P12. Jak ocenia Pan/Pani obecny stan infrastruktury Pana/Pani jednostki w zakresie wyposażenia w sprzęt medyczny?**

bardzo dobrze

dobrze

przeciętnie

źle

bardzo źle

trudno powiedzieć

**P13. Czy Pani/ Pana jednostka ma potrzeby inwestycyjne dotyczące wyposażenia w sprzęt medyczny?**

*FILTR: jeżeli odpowiedź „NIE” – przejście do pytania P18.*

tak

nie

**P14. Jakie potrzeby inwestycyjne ma Pana/Pani jednostka w zakresie sprzętu medycznego?**

Aparaty USG, w tym:

kardiologiczne (w tym echokardiograf, aparat UKG)

ginekologiczne

pozostałe, jakie?

Aparaty RTG, w tym:

aparaty RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową

aparaty RTG z torem wizyjnym

aparaty RTG z ramieniem C

mammografy

densytometry

aparaty stomatologiczne

pozostałe, jakie?

Tomograf komputerowy

Rezonans magnetyczny

Angiograf

Respiratory

Aparaty diagnostyczne z obszaru medycyny nuklearnej, w tym gammakamera, scyntygraf

EKG, w tym:

Holter

Holter ciśnieniowy

Aparat EEG

Pompa infuzyjna

Inkubator niemowlęcy

Defibrylator

Spirometr

Aparat do gazometrii

Aparat KTG

Pulsoksymetr

Kardiomonitor

Kardiostymulator

Aparat do elektrokoagulacji

Badanie ewaluacyjne pn. „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020”

<input type="checkbox"/> Densytometr	
<input type="checkbox"/> Resektoskop	
<input type="checkbox"/> Endoskop/aparatura endoskopowa, w tym:	
	<input type="checkbox"/> gastroskop
	<input type="checkbox"/> kolonoskop
	<input type="checkbox"/> bronchoskop
	<input type="checkbox"/> wideobronchoskop
	<input type="checkbox"/> bronchofiberoskop
	<input type="checkbox"/> laparoskop
	<input type="checkbox"/> laryngoskop
	<input type="checkbox"/> rektoskop
<input type="checkbox"/> Aparat EMG	
<input type="checkbox"/> Analizator biochemiczny wieloparametrowy	
<input type="checkbox"/> Aparat do znieczulenia ogólnego	
<input type="checkbox"/> Stół operacyjny	
<input type="checkbox"/> Łóżko pooperacyjne	
<input type="checkbox"/> Urządzenia do sterylizacji	
<input type="checkbox"/> Specjalistyczny sprzęt ratunkowy	
<input type="checkbox"/> Inny (jaki?)	
<b>P15. Jakie są szacowane koszty realizacji potrzeb inwestycyjnych w zakresie sprzętu medycznego w Pani/ Pana jednostce?</b>	
<input type="checkbox"/> do 1 mln PLN	
<input type="checkbox"/> 1 mln – 5 mln PLN	
<input type="checkbox"/> 6 mln – 10 mln PLN	
<input type="checkbox"/> 11 mln – 15 mln PLN	
<input type="checkbox"/> 16 mln – 20 mln PLN	
<input type="checkbox"/> pow. 20 mln PLN	
<b>P16. Która z tych potrzeb inwestycyjnych w zakresie sprzętu medycznego wskazanych w pytaniu 14 jest najpilniejsza? Proszę wskazać <u>jedną, najpilniejszą</u> potrzebę w tym zakresie:</b>	
<input type="checkbox"/> Aparaty USG, w tym:	
	<input type="checkbox"/> kardiologiczne (w tym echokardiograf, aparat UKG)
	<input type="checkbox"/> ginekologiczne

Badanie ewaluacyjne pn. „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020”

	<input type="checkbox"/> pozostałe, jakie?
<input type="checkbox"/> Aparaty RTG, w tym:	
	<input type="checkbox"/> aparaty RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową
	<input type="checkbox"/> aparaty RTG z torem wizyjnym
	<input type="checkbox"/> aparaty RTG z ramieniem C
	<input type="checkbox"/> mammografy
	<input type="checkbox"/> densytometry
	<input type="checkbox"/> aparaty stomatologiczne
	<input type="checkbox"/> pozostałe, jakie?
<input type="checkbox"/> Tomograf komputerowy	
<input type="checkbox"/> Rezonans magnetyczny	
<input type="checkbox"/> Angiograf	
<input type="checkbox"/> Respiratory	
<input type="checkbox"/> Aparaty diagnostyczne z obszaru medycyny nuklearnej, w tym gammakamera, scyntygraf	
<input type="checkbox"/> EKG, w tym:	
	<input type="checkbox"/> Holter
<input type="checkbox"/> Holter ciśnieniowy	
<input type="checkbox"/> Aparat EEG	
<input type="checkbox"/> Pompa infuzyjna	
<input type="checkbox"/> Inkubator niemowlęcy	
<input type="checkbox"/> Defibrylator	
<input type="checkbox"/> Spirometr	
<input type="checkbox"/> Aparat do gazometrii	
<input type="checkbox"/> Aparat KTG	
<input type="checkbox"/> Pulsoksymetr	
<input type="checkbox"/> Kardiomonitor	
<input type="checkbox"/> Kardiostymulator	
<input type="checkbox"/> Aparat do elektrokoagulacji	
<input type="checkbox"/> Densytometr	
<input type="checkbox"/> Resektoskop	
<input type="checkbox"/> Endoskop/aparatura endoskopowa, w tym:	
	<input type="checkbox"/> gastroskop

Badanie ewaluacyjne pn. „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020”

	<input type="checkbox"/> kolonoskop
	<input type="checkbox"/> bronchoskop
	<input type="checkbox"/> wideobronchoskop
	<input type="checkbox"/> bronchofiberoskop
	<input type="checkbox"/> laparoskop
	<input type="checkbox"/> laryngoskop
	<input type="checkbox"/> rektoskop
<input type="checkbox"/> Aparat EMG	
<input type="checkbox"/> Analizator biochemiczny wieloparametrowy	
<input type="checkbox"/> Aparat do znieczulenia ogólnego	
<input type="checkbox"/> Stół operacyjny	
<input type="checkbox"/> Łóżko pooperacyjne	
<input type="checkbox"/> Urządzenia do sterylizacji	
<input type="checkbox"/> Specjalistyczny sprzęt ratunkowy	
<input type="checkbox"/> Inny (jaki?)	
<b>P17. Która z tych potrzeb inwestycyjnych w zakresie sprzętu medycznego wskazanych w pytaniu 14 jest najważniejsza, czyli mająca największy wpływ na zakres i jakość usług świadczonych przez Pani/Pana placówkę? Proszę wskazać <u>jedną, najważniejszą</u> potrzebę w tym zakresie:</b>	
<input type="checkbox"/> Aparaty USG, w tym:	
	<input type="checkbox"/> kardiologiczne (w tym echokardiograf, aparat UKG)
	<input type="checkbox"/> ginekologiczne
	<input type="checkbox"/> pozostałe, jakie?
<input type="checkbox"/> Aparaty RTG, w tym:	
	<input type="checkbox"/> aparaty RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową
	<input type="checkbox"/> aparaty RTG z torem wizyjnym
	<input type="checkbox"/> aparaty RTG z ramieniem C
	<input type="checkbox"/> mammografy
	<input type="checkbox"/> densytometry
	<input type="checkbox"/> aparaty stomatologiczne
	<input type="checkbox"/> pozostałe, jakie?
<input type="checkbox"/> Tomograf komputerowy	
<input type="checkbox"/> Rezonans magnetyczny	



Badanie ewaluacyjne pn. „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020”

<input type="checkbox"/>	Angiograf
<input type="checkbox"/>	Respiratory
<input type="checkbox"/>	Aparaty diagnostyczne z obszaru medycyny nuklearnej, w tym gammakamera, scyntygraf
<input type="checkbox"/>	EKG, w tym:
<input type="checkbox"/>	Holter
<input type="checkbox"/>	Holter ciśnieniowy
<input type="checkbox"/>	Aparat EEG
<input type="checkbox"/>	Pompa infuzyjna
<input type="checkbox"/>	Inkubator niemowlęcy
<input type="checkbox"/>	Defibrylator
<input type="checkbox"/>	Spirometr
<input type="checkbox"/>	Aparat do gazometrii
<input type="checkbox"/>	Aparat KTG
<input type="checkbox"/>	Pulsoksymetr
<input type="checkbox"/>	Kardiomonitor
<input type="checkbox"/>	Kardiotymulator
<input type="checkbox"/>	Aparat do elektrokoagulacji
<input type="checkbox"/>	Densytometr
<input type="checkbox"/>	Resektoskop
<input type="checkbox"/>	Endoskop/aparatura endoskopowa, w tym:
<input type="checkbox"/>	gastroskop
<input type="checkbox"/>	kolonoskop
<input type="checkbox"/>	bronchoskop
<input type="checkbox"/>	wideobronchoskop
<input type="checkbox"/>	bronchofiberoskop
<input type="checkbox"/>	laparoskop
<input type="checkbox"/>	laryngoskop
<input type="checkbox"/>	rektoskop
<input type="checkbox"/>	Aparat EMG
<input type="checkbox"/>	Analizator biochemiczny wieloparametrowy
<input type="checkbox"/>	Aparat do znieczulenia ogólnego
<input type="checkbox"/>	Stół operacyjny

<input type="checkbox"/> Łóżko pooperacyjne					
<input type="checkbox"/> Urządzenia do sterylizacji					
<input type="checkbox"/> Specjalistyczny sprzęt ratunkowy					
<input type="checkbox"/> Inny (jaki?)					
<b>P18. Jak ocenia Pani/Pan obecny stan infrastruktury Pana/Pani jednostki w zakresie wyposażenia w urządzenia informatyczne oraz oprogramowanie komputerowe?</b>					
<input type="checkbox"/> bardzo dobrze	<input type="checkbox"/> dobrze	<input type="checkbox"/> przeciętnie	<input type="checkbox"/> źle	<input type="checkbox"/> bardzo źle	<input type="checkbox"/> trudno powiedzieć
<b>P19. Czy Pani/ Pana jednostka ma potrzeby inwestycyjne dotyczące wyposażenia w urządzenia informatyczne oraz oprogramowanie komputerowe?</b>					
<i>FILTR: jeżeli odpowiedź „NIE” – przejście do pytania P24.</i>					
<input type="checkbox"/> tak			<input type="checkbox"/> nie		
<b>P20. Jakie potrzeby inwestycyjne ma Pana/Pani jednostka w zakresie wyposażenia w urządzenia informatyczne oraz oprogramowanie komputerowe?</b>					
<input type="checkbox"/> dostęp do szerokopasmowego łącza internetowego					
<input type="checkbox"/> zakup kompleksowego systemu informatycznego, np.					
	<input type="checkbox"/> system PACS				
	<input type="checkbox"/> system RIS				
	<input type="checkbox"/> system HIS				
	<input type="checkbox"/> inny (jaki?)				
<input type="checkbox"/> zakup urządzeń informatycznych (np. serwery)					
<input type="checkbox"/> inne (jakie?)					
<b>P21. Jakie są szacowane koszty realizacji potrzeb inwestycyjnych w zakresie wyposażenia w urządzenia informatyczne oraz oprogramowanie komputerowe?</b>					
<input type="checkbox"/> do 50 tys PLN					
<input type="checkbox"/> 50 tys. – 100 tys PLN					
<input type="checkbox"/> 101 tys – 500 tys. PLN					
<input type="checkbox"/> 501 tys. – 1 mln PLN					
<input type="checkbox"/> pow. 1 mln PLN					
<b>P22. Która z potrzeb inwestycyjnych w zakresie wyposażenia w urządzenia informatyczne oraz oprogramowanie komputerowe wskazanych w pytaniu 20 jest najpilniejsza? Proszę wskazać <u>jedną</u>, <u>najpilniejszą</u> potrzebę w tym zakresie:</b>					
<input type="checkbox"/> dostęp do szerokopasmowego łącza internetowego					
<input type="checkbox"/> zakup kompleksowego systemu informatycznego, np.					

<input type="checkbox"/> system PACS			
<input type="checkbox"/> system RIS			
<input type="checkbox"/> system HIS			
<input type="checkbox"/> inny (jaki?)			
<input type="checkbox"/> zakup urządzeń informatycznych (np. serwery)			
<input type="checkbox"/> inne (jakie?)			
<b>P23. Która z potrzeb inwestycyjnych w zakresie wyposażenia w urządzenia informatyczne oraz oprogramowanie komputerowe wskazanych w pytaniu 20 jest najważniejsza, czyli mająca największy wpływ na zakres i jakość usług świadczonych przez Pani/Pana placówkę? Proszę wskazać <u>jedną, najważniejszą</u> potrzebę w tym zakresie:</b>			
<input type="checkbox"/> dostęp do szerokopasmowego łącza internetowego			
<input type="checkbox"/> zakup kompleksowego systemu informatycznego, np.			
<input type="checkbox"/> system PACS			
<input type="checkbox"/> system RIS			
<input type="checkbox"/> system HIS			
<input type="checkbox"/> inny (jaki?)			
<input type="checkbox"/> zakup urządzeń informatycznych (np. serwery)			
<input type="checkbox"/> inne (jakie?)			
<b>P24. Który rodzaj wskazanych przez Panią/Pana potrzeb inwestycyjnych ma Pani/Pana zdaniem największe znaczenie dla jakości działania Waszej placówki systemu ochrony zdrowia? Proszę uszeregować w kolejności od 1 – najważniejsze do 3 – najmniej ważne.</b>	<b>1 ( ma największe znaczenie)</b>	<b>2 (ma średnie znaczenie)</b>	<b>3 (ma najmniejsze znaczenie)</b>
Inwestycję w infrastrukturę (budynki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwestycje w sprzęt/ aparaturę medyczną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwestycje w urządzenia informatyczne i oprogramowanie komputerowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>P25. Czy aplikowali Państwo kiedykolwiek o wsparcie finansowe pochodzące z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej?</b>			
<i>FILTR: jeżeli odpowiedź „TAK” – przejście do pytania P27, jeżeli odpowiedź „NIE WIEM” – przejście do pytania P32</i>			
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem	
<b>P26. Dlaczego nie aplikowali Państwo o wsparcie finansowe ze środków funduszy strukturalnych UE?</b>			
<i>FILTR: przejdź do pytania P32</i>			
<input type="checkbox"/> przygotowanie wniosku o dofinansowanie było zbyt czasochłonne i skomplikowane			
<input type="checkbox"/> rodzaje projektów przewidzianych do wsparcia ze środków funduszy UE nie odpowiadały naszym potrzebom			

korzystam z innego źródła finansowania (jakiego?)

z innych przyczyn (jakich?)

**P27. W ramach jakich programów operacyjnych aplikowali Państwo o dofinansowanie?**

PO Infrastruktura i Środowisko

PO Innowacyjna Gospodarka

PO Rozwój Polski Wschodniej

RPO (regionalny program operacyjny)

ZPORR (Zintegrowany Program Operacyjny Rozwoju Regionalnego)

SPO WKP (Sektorowy Program Operacyjny Wspieranie Konkurencyjności Przedsiębiorstw)

**P28. Czy uzyskali Państwo dofinansowanie ze środków funduszy strukturalnych UE na realizację swoich projektów?**

tak

nie

**P29. Jakie problemy pojawiły się podczas procedury aplikacyjnej?**

przygotowanie wniosku było czasochłonne

sformułowania / język wniosku był trudny do zrozumienia

wystąpiły kłopoty ze znalezieniem kompetentnych osób do wypełnienia wniosku

Inne problemy (Jakie?)

**P30. Jakie problemy pojawiły się w trakcie realizacji projektu?**

problemy z wyłonieniem wykonawcy

trudna współpraca z wykonawcą

opóźnienia w realizacji projektu (brak możliwości dotrzymania terminów zawartych w harmonogramie)

skomplikowane, praco- i czasochłonne procedury i wymogi dotyczące sprawozdawczości i raportowania z realizacji projektu

mało precyzyjne zapisy dotyczące kwalifikowalności wydatków

opóźnienia w wypłacie poszczególnych transz

długie terminy rozliczenia i wypłacania faktur dla wykonawcy

stosowanie procedur Prawa o Zamówieniach Publicznych

Inne problemy (Jakie?)

**P31. Jakie, Pani/Pana zdaniem, należy podjąć działania, aby w przyszłej perspektywie finansowej UE 2014-2020 wyeliminować te problemy, które pojawiały się dotychczas na etapie aplikacji o dofinansowanie oraz na etapie wdrażania/ realizacji projektu?**

Na etapie aplikacji o dofinansowanie:

Na etapie wdrażania/ realizacji projektu:

**P32. Które z podanych poniżej kategorii wsparcia powinny być Pani/Pana zdaniem kontynuowane w przyszłej perspektywie finansowej UE 2014-2020?**

Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia (istniejące szpitalne oddziały ratunkowe wpisane do wojewódzkiego planu działania systemu) w zakresie ratownictwa medycznego w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa

Zakup wyrobów medycznych służących do diagnostyki lub terapii, z wyłączeniem wyrobów i produktów jednorazowego użytku, w tym dostosowanie stanu technicznego istniejącej infrastruktury do użytkowania zakupionych wyrobów

Budowa i remont lądowisk dla helikopterów służących dostępności do szpitalnych oddziałów ratunkowych

Zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów) wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego

Budowa i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego

Rozbudowa, remont i wyposażenie centrów urazowych

Przebudowa, rozbudowa i remont obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa

Zakup aparatury obrazowej

Żadne z wyżej wymienionych

**P33. Działalność innowacyjna to szereg działań o charakterze m. in. naukowym (badawczym), technicznym, organizacyjnym i finansowym, których celem jest opracowanie i wdrożenie nowych lub istotnie ulepszonych produktów i procesów.**

**Czy w Pani/Pana placówce planuje się w wprowadzenie rozwiązań o charakterze innowacyjnym?**

**FILTR: Jeżeli odpowiedź „NIE” lub „NIE WIEM” – wówczas KONIEC badania, przejść do METRYCZKI.**

tak

nie

nie wiem

**P34. Jakiego typu będą to innowacje:**

Innowacja produktowa (rozumiana jako wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań technicznych/technologicznych w zakresie diagnostyki i leczenia)

Innowacja procesowa (rozumiana jako wprowadzenie innowacyjnych metod leczenia)

Innowacja organizacyjna (rozumiana jako opracowanie i wdrożenie modelu opieki zdrowotnej o wyższej efektywności ekonomicznej i zdrowotnej)

<b>Inna (jaka?)</b>		<input type="checkbox"/>		
<b>P35. Proszę krótko opisać, na czym polegałyby planowane przez Państwa działania o charakterze innowacyjnym? Proszę także zaznaczyć, z jakiego rodzaju innowacji będą to działania?</b>	<b>Innowacja produktowa</b>	<b>Innowacja procesowa</b>	<b>Innowacja organizacyjna</b>	<b>Inna</b>
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>P36. Czy planowane przez Państwa działania o charakterze innowacyjnych są związane/ zależne od realizacji potrzeb w zakresie inwestycji w infrastrukturę (budynki), sprzęt/ aparaturę medyczną i/lub systemy komputerowe i oprogramowanie?</b>				
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> trudno powiedzieć		

**Przechodzimy do części METRYCZKA**

## METRYCZKA

<b>M1 Proszę wskazać, do którego z niżej wskazanych rodzajów należy Pani/ Pana placówka medyczna</b>	
Szpital miejski	<input type="checkbox"/>
Szpital powiatowy	<input type="checkbox"/>
Szpital wojewódzki	<input type="checkbox"/>
Szpital podległy ministrowi	<input type="checkbox"/>
Szpital podległy uniwersytetowi medycznemu	<input type="checkbox"/>
Instytut badawczy	<input type="checkbox"/>
przychodnia lekarska/ośrodek zdrowia: specjalistyczny i podstawowej opieki zdrowotnej	<input type="checkbox"/>
przychodnia lekarska/ośrodek zdrowia: specjalistyczny	<input type="checkbox"/>
przychodnia lekarska/ośrodek zdrowia podstawowej opieki zdrowotnej	<input type="checkbox"/>
zakład opiekuńczo – leczniczy	<input type="checkbox"/>
zakłady pielęgnacyjno – opiekuńczy	<input type="checkbox"/>
hospicjum	<input type="checkbox"/>
zakład rehabilitacji leczniczej	<input type="checkbox"/>
stacja pogotowia ratunkowego	<input type="checkbox"/>
SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	<input type="checkbox"/>
<b>M2. Proszę zaznaczyć, jaka jest to placówka medyczna?</b>	
<input type="checkbox"/> publiczna	<input type="checkbox"/> niepubliczna
<b>M3. Proszę podać, ilu mieszkańców liczy miejscowość, w której znajduje się Pani/Pana placówka medyczna?</b>	
<input type="checkbox"/> ≤ 19 999	
<input type="checkbox"/> 20 000 – 39 999	
<input type="checkbox"/> 40 000 – 59 999	
<input type="checkbox"/> 60 000 – 79 999	
<input type="checkbox"/> 80 000 – 99 999	
<input type="checkbox"/> ≥ 100 000	
<b>M3. W jakim województwie znajduje się ta placówka?</b>	
<input type="checkbox"/> Dolnośląskie	
<input type="checkbox"/> Kujawsko-pomorskie	
<input type="checkbox"/> Lubelskie	
<input type="checkbox"/> Lubuskie	

Badanie ewaluacyjne pn. „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020”

<input type="checkbox"/> Łódzkie
<input type="checkbox"/> Małopolskie
<input type="checkbox"/> Mazowieckie
<input type="checkbox"/> Opolskie
<input type="checkbox"/> Podkarpackie
<input type="checkbox"/> Podlaskie
<input type="checkbox"/> Pomorskie
<input type="checkbox"/> Śląskie
<input type="checkbox"/> Świętokrzyskie
<input type="checkbox"/> Warmińsko-mazurskie
<input type="checkbox"/> Wielkopolskie
<input type="checkbox"/> Zachodniopomorskie

>Koniec. Dziękujemy za wypełnienie ankiety.



## **Załącznik 2.: Scenariusze pogłębionych wywiadów indywidualnych (IDI)**

**UWAGA** Przedstawione w niniejszych scenariuszach pytania nie stanowią katalogu zamkniętego, gdyż ani nie wyczerpują wszystkich kwestii, jakie mogą zostać podjęte w trakcie realizacji IDI, ani też nie wszystkie muszą być zadane w trakcie prowadzenia konkretnego wywiadu. Stanowią one jedynie rodzaj wskazówek, dyspozycji do realizacji wywiadu, poprzez wskazanie zasadniczych zagadnień, które powinny stanowić zasadniczą oś IDI. Zgodnie bowiem z metodologią nauk społecznych, IDI będący badaniem jakościowym o charakterze eksploracyjnym (w przeciwieństwie do wywiadów kwestionariuszowych), ma swoją własną, indywidualną dynamikę i jego przebieg w dużej mierze zależy od odpowiedzi udzielanych przez osobę badaną. Zatem w każdym realizowanym wywiadzie mogą być pogłębiane jedne zagadnienia, a bardziej powierzchownie traktowane inne – w zależności od wiedzy danego rozmówcy i jego chęci do dzielenia się swoimi przemyśleniami.

### **A. IDI z przedstawicielami Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego**

Na wstępie rozmowy należy zaznaczyć, że wywiad jest częścią realizowanego na zlecenie *Ministerstwa Zdrowia* badania ewaluacyjnego pt. „*Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020*”, które ma na celu przeprowadzenie diagnozy sektora ochrony zdrowia w Polsce pod kątem identyfikacji ewentualnych luk oraz potrzeb dotyczących infrastruktury ochrony zdrowia, wypracowanie koncepcji propozycji kierunków interwencji infrastrukturalnych w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014-2020, określenie priorytetowych typów inwestycji infrastrukturalnych w sektorze ochrony zdrowia z punktu widzenia ich znaczenia dla realizacji celów Strategii Europa 2020 oraz tzw. „inicjatyw flagowych” oraz identyfikacja ewentualnych barier w aplikowaniu o środki pochodzące z funduszy strukturalnych UE oraz wskazanie sposobów ich eliminacji. Wywiad ten stanowi istotną część procesu ewaluacji.

Rozmówca zostanie poproszony o wyrażenie zgody na rejestrowanie przebiegu wywiadu na nośniku cyfrowym. Jeżeli nie wyrazi zgody – z przebiegu IDI zostanie jedynie opracowana notatka podsumowująca zasadnicze wątki i wnioski z przebiegu wywiadu. Rozmówca zostanie także poinformowany, że w raporcie nie zostaną ujawnione źródła poszczególnych informacji, gdyż raport będzie prezentował opinie i poglądy ewaluatorów nie zaś poszczególnych informatorów.

W trakcie wywiadu osoba prowadząca badanie zadaje pytania odnoszące się do wiedzy i opinii badanej osoby odnośnie celów realizowanej ewaluacji.

Wywiad obejmie następujące zagadnienia:

#### **Zagadnienia podejmowane w ramach bloku dotyczącego diagnozy sektora ochrony zdrowia w Polsce w kontekście identyfikacji ewentualnych luk oraz potrzeb w zakresie infrastruktury**

1. Jak ocenia Pan/Pani stan infrastruktury ochrony zdrowia w województwie? Jak ten stan wygląda pod względem następujących elementów:
  - a) dostępności do usług medycznych
  - b) jakości usług medycznych

c) skuteczności udzielania świadczeń zdrowotnych

d) efektywności systemu ochrony zdrowia?

2. Jak przedstawia się stan infrastruktury w poszczególnych rodzajach jednostek (np. szpitale, przychodnie, itp.) oraz w podziale na budynki i wyroby medyczne? Jaki jest stan budynków i w jakim stopniu placówki medyczne są wyposażone w aparaturę medyczną? Jakie są potrzeby jednostek systemu ochrony zdrowia w województwie? Jaka jest skala tych potrzeb?
3. Jakie są słabe / mocne strony, szanse / zagrożenia sektora ochrony zdrowia w województwie, pod kątem stanu/jakości /zasobności jednostek ochrony zdrowia w infrastrukturę ochrony zdrowia?
4. Jakie są luki w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia w województwie?
5. Jakie są zasadnicze czynniki kształtujące potrzeby inwestycyjne sektora ochrony zdrowia w województwie?
6. Jakie są zasadnicze bariery ograniczające stan i jakość infrastruktury systemu ochrony zdrowia w regionie, wyposażenia placówek w aparaturę medyczną i ich cyfryzacji?
7. Jak jest nastawienie podmiotów leczniczych w województwie do kwestii inwestowania w infrastrukturę, wyposażenie (sprzęt i aparatura medyczna) oraz zwiększania stopnia wykorzystania technik informatycznych w praktyce działania placówek?
8. Jakie typy inwestycji infrastrukturalnych w zakresie ochrony zdrowia należałoby traktować priorytetowo z punktu widzenia potrzeb województwa? Dlaczego ?
9. Czy mają Państwo wiedzę na temat problemów jednostek ochrony zdrowia w aplikowaniu o środki pochodzące ze środków unijnych? Jeżeli tak czy wiedzą Państwo na czym one polegały? I jakie ewentualnie działania należałoby podjąć aby wyeliminować te problemy w przyszłej perspektywie finansowej UE 2014-2020?

## **B. IDI z przedstawicielem Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rozwoju Regionalnego**

Na wstępie rozmowy należy zaznaczyć, że wywiad jest częścią realizowanego na zlecenie *Ministerstwa Zdrowia* badania ewaluacyjnego pt. „*Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020*”, które ma na celu przeprowadzenie diagnozy sektora ochrony zdrowia w Polsce pod kątem identyfikacji ewentualnych luk oraz potrzeb dotyczących infrastruktury ochrony zdrowia, wypracowanie koncepcji propozycji kierunków interwencji infrastrukturalnych w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014-2020, określenie priorytetowych typów inwestycji infrastrukturalnych w sektorze ochrony zdrowia z punktu widzenia ich znaczenia dla realizacji celów Strategii Europa 2020 oraz tzw. „inicjatyw flagowych” oraz identyfikacja ewentualnych barier w aplikowaniu o środki pochodzące z funduszy strukturalnych UE oraz wskazanie sposobów ich eliminacji. Wywiad ten stanowi istotną część procesu ewaluacji.

Rozmówca zostanie poproszony o wyrażenie zgody na rejestrowanie przebiegu wywiadu na nośniku cyfrowym. Jeżeli nie wyrazi zgody – z przebiegu IDI zostanie jedynie opracowana notatka podsumowująca zasadnicze wątki i wnioski z przebiegu wywiadu. Rozmówca zostanie także poinformowany, że w raporcie nie zostaną ujawnione źródła poszczególnych informacji, gdyż raport będzie prezentował opinie i poglądy ewaluatorów nie zaś poszczególnych informatorów.

### **Poznanie badanej osoby:**

Cel: Poznanie roli osoby badanej w systemie wdrażania funduszy unijnych, jej stanowiska pracy i dotychczasowych doświadczeń z projektami współfinansowanymi ze środków UE w zakresie inwestycji w obszarze ochrony zdrowia.

1. Prośba o przedstawienie się i określenie swojej roli i zadań w ramach wykonywanego zawodu.
2. Czy respondent bierze udział – a jeżeli tak, to w jaki sposób i w jakim zakresie – w planowaniu i programowaniu działań inwestycyjnych w obszarze ochrony zdrowia?

Na tym etapie wywiadu osoba badana powinna mieć możliwość swobodnej wypowiedzi i kształtowania udzielanych informacji. Prowadzący badanie powinien zwracać szczególną uwagę na to, co badana osoba prezentuje jako swoje zasadnicze działania w ramach projektu. Ta część wywiadu powinna stanowić ok. 10% całego czasu badania (tzn. ok. 5-10').

W trakcie dalszej części wywiadu osoba prowadząca badanie zadaje pytania odnoszące się do wiedzy i opinii badanej osoby odnośnie celów realizowanej ewaluacji.

Wywiad obejmie dwa bloki tematyczne, odpowiadające głównym celom realizowanego badania, co do których respondenci z tej grupy mogą posiadać istotną z wiedzę:

### **Zagadnienia podejmowane w ramach bloku dotyczącego wypracowania propozycji kierunków interwencji infrastrukturalnych w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej Unii Europejskiej 2014-2020**

1. Jakie typy inwestycji w ochronie zdrowia objęte wsparciem w ramach PO IiŚ w największym stopniu przyczyniły się do zwiększenia jakości i dostępności usług ochrony zdrowia?
2. Jakie typy inwestycji realizowanych w ramach PO IiŚ w największym stopniu przyczyniły się do realizacji celów Priorytetu XII PO IiŚ? Czy z dzisiejszej perspektywy, cele te zostały trafnie

zidentyfikowane i odnoszą się do najważniejszych problemów systemu ochrony zdrowia w Polsce?

3. Jakie typy inwestycji z punktu widzenia potrzeb sektora ochrony zdrowia powinny być objęte wsparciem w ramach przyszłej perspektywy finansowej 2014-2020?
4. W jaki sposób należy uwzględnić w planowanym wsparciu komplementarność pomiędzy działaniami finansowanymi z EFRR i EFS?
5. Czy, a jeżeli tak to w jaki sposób, należy rozgraniczyć wsparcie pomiędzy podmiotami publicznymi a prywatnymi? Jakie argumenty przemawiają za takim rozwiązaniem?
6. Mając na uwadze obecne rozwiązania funkcjonujące w Programach Operacyjnych oraz w ramach Priorytetu XII PO IiŚ, jak powinna wyglądać linia demarkacyjna w nowej perspektywie finansowej UE 2014-2020? Co należałoby zmienić w stosunku do obecnych rozwiązań funkcjonujących w ramach Priorytetu XII PO IiŚ?
7. Na czym powinny się opierać główne kryteria wyboru projektów w przyszłej perspektywie finansowej 2014-2020?

#### **Zagadnienia podejmowane w ramach bloku dotyczącego identyfikacji ewentualnych barier w aplikowaniu o środki pochodzące z funduszy strukturalnych UE**

1. Czy placówki medyczne miały dotychczas problemy w aplikowaniu o środki pochodzące z funduszy strukturalnych UE?
2. Na czym polegały te problemy?
3. Jakie działania należałoby podjąć, aby w przyszłej perspektywie wyeliminować te problemy?

#### **C. IDI z przedstawicielem Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali**

Na wstępie rozmowy należy zaznaczyć, że wywiad jest częścią realizowanego na zlecenie Ministerstwa Zdrowia badania ewaluacyjnego pt. „*Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020*”, które ma na celu przeprowadzenie diagnozy sektora ochrony zdrowia w Polsce pod kątem identyfikacji ewentualnych luk oraz potrzeb dotyczących infrastruktury ochrony zdrowia, wypracowanie koncepcji propozycji kierunków interwencji infrastrukturalnych w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014-2020, określenie priorytetowych typów inwestycji infrastrukturalnych w sektorze ochrony zdrowia z punktu widzenia ich znaczenia dla realizacji celów Strategii Europa 2020 oraz tzw. „inicjatyw flagowych” oraz identyfikacja ewentualnych barier w aplikowaniu o środki pochodzące z funduszy strukturalnych UE oraz wskazanie sposobów ich eliminacji. Wywiad ten stanowi istotną część procesu ewaluacji.

Rozmówca zostanie poproszony o wyrażenie zgody na rejestrowanie przebiegu wywiadu na nośniku cyfrowym. Jeżeli nie wyrazi zgody – z przebiegu IDI zostanie jedynie opracowana notatka podsumowująca zasadnicze wątki i wnioski z przebiegu wywiadu. Rozmówca zostanie także poinformowany, że w raporcie nie zostaną ujawnione źródła poszczególnych informacji, gdyż raport będzie prezentował opinie i poglądy ewaluatorów nie zaś poszczególnych informatorów.

W trakcie wywiadu osoba prowadząca badanie zadaje pytania odnoszące się do wiedzy i opinii badanej osoby odnośnie celów realizowanej ewaluacji.

Wywiad obejmuje następujące zagadnienia:

**Zagadnienia podejmowane w ramach bloku dotyczącego diagnozy sektora ochrony zdrowia w Polsce w kontekście identyfikacji ewentualnych luk oraz potrzeb w zakresie infrastruktury**

1. Jak ocenia Pan/Pani obecny stan infrastruktury ochrony zdrowia w Polsce? Jak ten stan wygląda pod względem następujących elementów:
  - a) dostępności do usług medycznych
  - b) jakości usług medycznych
  - c) skuteczności udzielania świadczeń zdrowotnych
  - d) efektywności systemu ochrony zdrowia?
2. Jaki jest stan infrastruktury szpitali w podziale na poszczególne województwa: czy pod tym względem możemy wyróżnić regiony o lepszej i gorszej infrastrukturze? Jeżeli tak, to z czego taka sytuacja wynika?
3. Jaki jest stan budynków szpitalnych i w jakim stopniu placówki medyczne są wyposażone w aparaturę medyczną? Jakie są podstawowe potrzeby inwestycyjne szpitali w Polsce? Jaka jest skala tych potrzeb?
4. Jakie są zasadnicze czynniki kształtujące potrzeby inwestycyjne szpitali w Polsce?
5. Jakie są luki w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia w lecznictwie szpitalnym? Jak to wygląda w rozkładzie na poszczególne typy szpitali (miejskie, powiatowe, wojewódzkie, podległe ministrom, podległe uniwersytetom medycznym, instytuty badawcze)? Co różni poszczególne typy szpitali, a co jest dla nich wspólne?
6. Jakie są największe potrzeby inwestycyjne w sektorze ochrony zdrowia?
7. Jakie są zasadnicze bariery ograniczające stan i jakość infrastruktury systemu ochrony zdrowia w Polsce, wyposażenia placówek w aparaturę medyczną i ich cyfryzacji?
8. Jak jest nastawienie kadry kierowniczej szpitali do kwestii inwestowania w infrastrukturę, wyposażenie (sprzęt i aparatura medyczna) oraz zwiększania stopnia wykorzystania technik informatycznych w praktyce działania placówek? Jakie czynniki mają podstawowy wpływ na te postawy?
9. Czy i jakiego rodzaju innowacyjne rozwiązania należy wprowadzić zarówno w odniesieniu do modułu medycznego (infrastruktury placówek) jak i administracyjnego/zarządczego?

**Zagadnienia podejmowane w ramach bloku dotyczącego identyfikacji ewentualnych barier w aplikowaniu o środki pochodzące z funduszy strukturalnych UE**

1. Czy orientuje się Pan/Pani, czy szpitale mają problemy w aplikowaniu o środki pochodzące z funduszy strukturalnych UE?
2. Na czym polegają te problemy?
3. Jakie działania należałoby podjąć, aby w przyszłej perspektywie wyeliminować te problemy?

## **D. IDI z przedstawicielem Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej**

Na wstępie rozmowy należy zaznaczyć, że wywiad jest częścią realizowanego na zlecenie *Ministerstwa Zdrowia* badania ewaluacyjnego pt. „*Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014 – 2020*”, które ma na celu przeprowadzenie diagnozy sektora ochrony zdrowia w Polsce pod kątem identyfikacji ewentualnych luk oraz potrzeb dotyczących infrastruktury ochrony zdrowia, wypracowanie koncepcji propozycji kierunków interwencji infrastrukturalnych w ramach sektora ochrony zdrowia w perspektywie finansowej UE 2014-2020, określenie priorytetowych typów inwestycji infrastrukturalnych w sektorze ochrony zdrowia z punktu widzenia ich znaczenia dla realizacji celów Strategii Europa 2020 oraz tzw. „inicjatyw flagowych” oraz identyfikacja ewentualnych barier w aplikowaniu o środki pochodzące z funduszy strukturalnych UE oraz wskazanie sposobów ich eliminacji. Wywiad ten stanowi istotną część procesu ewaluacji.

Rozmówca zostanie poproszony o wyrażenie zgody na rejestrowanie przebiegu wywiadu na nośniku cyfrowym. Jeżeli nie wyrazi zgody – z przebiegu IDI zostanie jedynie opracowana notatka podsumowująca zasadnicze wątki i wnioski z przebiegu wywiadu. Rozmówca zostanie także poinformowany, że w raporcie nie zostaną ujawnione źródła poszczególnych informacji, gdyż raport będzie prezentował opinie i poglądy ewaluatorów nie zaś poszczególnych informatorów.

W trakcie wywiadu osoba prowadząca badanie zadaje pytania odnoszące się do wiedzy i opinii badanej osoby odnośnie celów realizowanej ewaluacji.

Wywiad obejmie następujące zagadnienia:

### **Zagadnienia podejmowane w ramach bloku dotyczącego diagnozy sektora ochrony zdrowia w Polsce w kontekście identyfikacji ewentualnych luk oraz potrzeb w zakresie infrastruktury**

1. Jak Pan/Pani ocenia stan infrastruktury ochrony zdrowia w Polsce? Jak ten stan wygląda pod względem następujących elementów:
  - a) dostępności do usług medycznych
  - b) jakości usług medycznych
  - c) skuteczności udzielania świadczeń zdrowotnych
  - d) efektywności systemu ochrony zdrowia?
2. Jaki jest stan infrastruktury ochrony zdrowia w Polsce, w podziale na poszczególne typy placówek systemu ochrony zdrowia (szpitale, przychodnie, zakłady opieki długotrwałej, ratownictwo medyczne) oraz w podziale na poszczególne województwa? Czy pod tym względem możemy wyróżnić placówki oraz regiony o lepszej / gorszej infrastrukturze? Jeżeli tak, to z czego taka sytuacja wynika? Jak wygląda zróżnicowanie placówek systemu opieki zdrowia pod względem wyposażenia w aparaturę medyczną – z czego wynika zróżnicowanie?
3. Jaki jest stan budynków placówek systemu ochrony zdrowia i w jakim stopniu placówki medyczne są wyposażone w aparaturę medyczną? Jakie są ich podstawowe potrzeby inwestycyjne? Jaka jest skala tych potrzeb? Jakie są zasadnicze czynniki kształtujące potrzeby inwestycyjne szpitali w Polsce?
4. Jakie są luki w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia? Jak to wygląda w rozkładzie na różne typy placówek systemu ochrony zdrowia? Co różni sytuację poszczególnych typów placówek, a co jest dla nich wspólne?
5. Jakie są zasadnicze bariery ograniczające stan i jakość infrastruktury systemu ochrony zdrowia w Polsce, wyposażenia placówek w aparaturę medyczną i ich cyfryzacji?

6. Jak jest nastawienie kadry kierowniczej jednostek systemu ochrony zdrowia w Polsce do kwestii inwestowania w infrastrukturę, wyposażenie (sprzęt i aparatura medyczna) oraz zwiększania stopnia wykorzystania technik informatycznych w praktyce działania placówek? Jakie czynniki mają podstawowy wpływ na te postawy?
7. Czy i jakiego rodzaju innowacyjne rozwiązania należy wprowadzić zarówno w odniesieniu do modułu medycznego (infrastruktury placówek) jak i administracyjnego/zarządczego?

**Zagadnienia podejmowane w ramach bloku dotyczącego identyfikacji ewentualnych barier w aplikowaniu o środki pochodzące z funduszy strukturalnych UE**

1. Czy orientuje się Pan/Pani, czy placówki systemu ochrony zdrowia w Polsce mają problemy w aplikowaniu o środki pochodzące z funduszy strukturalnych UE?
2. Na czym polegają te problemy?
3. Jakie działania należałoby podjąć, aby w przyszłej perspektywie wyeliminować te problemy?