

Marek DYLEWSKI¹

INWESTYCJE W INFRASTRUKTURĘ ZDROWOTNĄ JAKO WYRAZ REALIZACJI ZASADY ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU W NOWEJ PERSPEKTYWIE FINANSOWEJ UNII EUROPEJSKIEJ NA PRZYKŁADZIE WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Streszczenie

Artykuł dotyczy zasady zrównoważonego rozwoju jako jednej z podstawowych zasad, które determinują nowy okres programowania Unii Europejskiej. Zasada zrównoważonego rozwoju odnosi się do człowieka, jego zdrowia i wykorzystania pracy ludzkiej jako jednego z komponentów zrównoważonego rozwoju. Środki Unii Europejskiej mają służyć realizacji tej zasady. W artykule dokonano oceny wsparcia rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia finansowanej ze środków Unii Europejskiej w okresie programowania 2007-2013 na przykładzie województwa zachodniopomorskiego. Wskazano również, jak będzie realizowana zasada zrównoważonego rozwoju w ochronie zdrowia, w nowym okresie programowania.

Słowa kluczowe: finansowanie, fundusze Unii Europejskiej, infrastruktura ochrony zdrowia

INVESTMENT IN HEALTH INFRASTRUCTURE AS EXPRESSION OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT IN NEW EU FINANCIAL PERSPECTIVE: THE CASE OF ZACHODNIOPOMORSKIE VOIVODESHIP

Summary

The paper is concerned with the principle of sustainable development as one of the basic principles that determine the new programming period of the EU. The idea of sustainable development applies to people, their health, and the use of human labour. The EU funds are designed to implement this principle. The author assesses the support given to the development of health infrastructure, financed from EU funds in the 2007-2013 programming period, based on the analysis of Zachodniopomorskie (West Pomeranian) province. It is also indicated how the principle of sustainable development will be implemented in health care in the new programming period.

Key words: financing, financing, EU funds, health care infrastructure

¹ Prof. nadzw. dr hab. Marek Dylewski – Wydział Finansów i Bankowości, Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu; e-mail: marek.dylewski@wsb.poznan.pl.

1. Wstęp

Nie sposób kwestionować problem wpływu zasady zrównoważonego rozwoju na rozwój lokalny czy też regionalny. Podejście do zrównoważonego rozwoju ewoluuje. Coraz częściej wymaga się działania zgodnie z jego ideą i coraz większą wagę dzisiejsze społeczeństwo przywiązuje do jej respektowania niemalże na wszystkich płaszczyznach życia społeczno-gospodarczego. Zasada ta odnosi się również do zapewnienia ochrony zdrowia, a tym samym do jakości i dostępności usług medycznych dla społeczeństwa (w rozumieniu podstawowej potrzeby).

Nowy okres programowania promuje działania zapewniające realizację zasady zrównoważonego rozwoju. Pojawia się nowa logika interwencji nastawiona na realizację zasady zrównoważonego rozwoju, a tym samym nowe podejście na poziomie regionów. Zdrowie i poprawa jego jakości, dostęp do usług medycznych stają się istotnymi problemami w nowej perspektywie, które będą objęte wsparciem Unii Europejskiej.

Celem artykułu jest przedstawienie nowej logiki interwencji w kontekście realizacji zasady zrównoważonego rozwoju oraz zaprezentowanie działań w województwie zachodniopomorskim, które są dedykowane zarówno infrastrukturze ochrony zdrowia, jak i wzmocnieniu interwencji w poprawę jakości zdrowia w nowym okresie programowania.

2. Idea zrównoważonego rozwoju a potrzeba wzmocnienia infrastruktury ochrony zdrowia

Polityka spójności stanowiła ważną przesłankę dla szeregu instrumentów stymulującego realizację idei zrównoważonego rozwoju w latach 2000-2006 oraz 2007-2013. Jej znaczenie w zakresie realizacji celów strategii „Europa 2020” wyraźnie podkreślono również w komunikacie pt.: *Wkład polityki regionalnej w zrównoważony rozwój w ramach strategii Europa 2020* (KE (2011) 17), [*Wkład...*, 2011], w którym stwierdza się, że polityka regionalna odgrywa kluczową rolę w stymulowaniu zwiększenia skali inwestycji w inteligentny i zrównoważony rozwój przez wspieranie działań na rzecz: ochrony klimatu, energii, środowiska oraz kapitału ludzkiego (zwłaszcza dzięki ochronie zasobów ludzkich, a przede wszystkim ważnego czynnika, jakim jest zdrowie).

Koncepcja zrównoważonego rozwoju opiera się na trzech podstawowych elementach, czyli synchronizacji kapitału gospodarczego, społecznego i środowiskowego [*Granice wzrostu*, 1969; Kenig-Witkowska, 1998, s. 45-58; Sitek, 1999, s. 82-83; Rosicki, 2010, s. 44-56]. Obowiązującą koncepcją zrównoważonego rozwoju jest koncepcja zawarta w *Deklaracji Sztokholmskiej* [Ciechanowicz-McLean, 2001, s. 22-23], w której jasno wskazuje się, że zgodnie z zasadą 8. rozwój gospodarczy i społeczny jest konieczny do zapewnienia środowiska sprzyjającego funkcjonowaniu człowieka, jak również do stworzenia na Ziemi warunków niezbędnych do poprawy jakości życia.

Należy zauważyć, że późniejsze deklaracje i konferencje związane z problemami zrównoważonego rozwoju w znaczący sposób podkreślały potrzebę zarówno utrzymania odpowiedniego poziomu inwestycji, jak i zwiększenia potencjału kapitału ludz-

kiego w celu realizacji koncepcji zrównoważonego rozwoju². Szczególne znaczenie dla kwestii ochrony zdrowia miał Światowy Szczyt w sprawie Zrównoważonego Rozwoju Organizacji Narodów Zjednoczonych z 2002 roku. Jego rezultatem była *Deklaracja z Johannesburga* [*Deklaracja z Johannesburga...*] dotycząca zrównoważonego rozwoju. Odniesiono się w niej m.in. do problemów: harmonizacji kapitałów, sprawiedliwości międzypokoleniowej, współdziałania na rzecz ochrony środowiska, zarządzania zasobami naturalnymi. Kraje uczestniczące w szczycie podjęły zobowiązania w zakresie realizacji zrównoważonego rozwoju, a zwłaszcza postulowały podjęcie działań na rzecz dostępu do podstawowych potrzeb, w tym ochrony zdrowia [Hens, Nath, 2003, s. 7-39; Mizak, 2002, s. 1-4; Nath, 2003, s. 231-254; Rosicki, 2010, s. 44-56].

W czerwcu 2012 roku przedstawiciele ponad 100 krajów spotkali się na kolejnym Szczycie Ziemi w Rio de Janeiro, zatytułowanym „Rio +20” [*Future We Want*], na którym podjęto ważne zobowiązanie mające na celu kształtowanie bardziej przyjaznych i sprawniej funkcjonujących organizmów miejskich. Do problemów zdrowia odniesiono się w punkcie 21., w którym złożono deklarację na rzecz zwiększenia wysiłków w celu osiągnięcia zrównoważonego rozwoju, a przede wszystkim wyeliminowania ubóstwa i głodu oraz zapobiegania chorobom.

Kwestie ochrony zdrowia w ujęciu tak rozumianego zrównoważonego rozwoju, a głównie infrastruktury zdrowia, znalazły swoje odzwierciedlenie w programie operacyjnym „Infrastruktura i Środowisko”, który był realizowany w okresie 2007-2013. Priorytet 12. dotyczył bezpieczeństwa zdrowotnego i poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia. Na jego realizację przeznaczono 456,6 mln euro (w tym 359,7 mln euro z EFRR).

Nowy okres programowania kładzie również nacisk na infrastrukturę ochrony zdrowia. Temu problemowi na poziomie krajowym jest dedykowana oś priorytetowa 7. pod nazwą: *Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia* w nowym programie operacyjnym „Infrastruktura i Środowisko” na lata 2014-2020. Na poziomie regionalnym władze poszczególnych województw opracowują regionalne programy operacyjne uwzględniające wytyczne Unii Europejskiej, jak również rządowe, które obejmują swoim zakresem merytorycznym spójność z programem operacyjnym „Infrastruktura i Środowisko”.

3. Nowa logika wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia w latach 2014-2020

Nowa idea wsparcia w nowym okresie programowania opiera się w szczególności na następujących założeniach:

- ukierunkowanie środków oraz udzielanego wsparcia na realne potrzeby, które będą sprzyjać zrównoważonemu rozwojowi;
- odejście od selektywnego wsparcia na rzecz terytorialnego i kompleksowego wymiaru wsparcia;

² Omawiana kwestia znalazła się w: [*Deklaracja Milenijna...*; *Porozumienie z Monterrey...*].

- realizowanie wsparcia na podstawie dwóch rodzajów konkursów alokujących projektu, ściśle powiązanych z ideą terytorialnego i kompleksowego rozwiązywania problemów.

Istotnym elementem, który charakteryzuje nową logikę wsparcia, jest odmienne podejście do kryteriów oceny projektów. Wprowadza się większą przejrzystość w informowaniu beneficjenta, jak również wskazuje się na konieczność uproszczenia procedur (negatywna ewaluacja) w celu zwiększenia dostępności. Zmienia się równocześnie podejście organizacji konkursów i naboru projektów.

Analiza przyjętych dokumentów rządowych pokazuje, że wsparcie finansowe jest także niezbędne na ochronę zdrowia, w tym infrastrukturę ochrony zdrowia w nowym okresie programowania. Potrzeby te są związane z aktualną sytuacją demograficzną w Polsce, gdzie tak jak w krajach Unii Europejskiej obserwuje się dwa główne trendy: spadek liczby ludności wywołany spadkiem urodzeń oraz wzrost długości życia (starzenie się społeczeństwa) przy jednoczesnym spadku liczby lat przeżytych w zdrowiu. Może to doprowadzić do znaczących zmian na rynku pracy i zakłócenia jego równowagi. Ze strony społeczeństwa jest więc spodziewane zwiększenie nakładów dotyczących ochrony zdrowia i opieki medycznej nad ludźmi w podeszłym wieku. Stąd też, w ramach infrastruktury ratownictwa medycznego, szczególnie istotne jest zachowanie zasady tzw. *złotej godziny*, (nieprzekraczania sześćdziesięciu minut pomiędzy zdarzeniem a rozpoczęciem specjalistycznego leczenia szpitalnego). Jednocześnie jest wymagane w tym zakresie wypełnienie luk system Państwowego Ratownictwa Medycznego, tak aby obejmował on w sposób adekwatny do zagrożeń różne obszary kraju oraz umożliwiał zapewnienie niezbędnej opieki medycznej na porównywalnym poziomie niezależnie od miejsca zamieszkania. Natomiast inne wymagania są związane z: wyposażeniem i funkcjonowaniem szpitalnych oddziałów ratunkowych, zwłaszcza obejmującym doposażenie i utworzenie stanowisk intensywnej terapii; odnowieniem infrastruktury szpitalnej, koniecznej do sprawnego funkcjonowania centrów urazowych. Znaczące potrzeby infrastrukturalne identyfikuje się również w obszarze lądowisk przyszpitalnych i wzmocnienia baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego [*Program...*, 2014, s. 12].

W nowym okresie programowania, zgodnie z przyjętym programem operacyjnym „Infrastruktura i Środowisko”, siódma oś priorytetowa jest dedykowana zrównoważonemu rozwojowi w zakresie ochrony zdrowia i dotyczy celu tematycznego 9. pod nazwą: *Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem*. Zakłada się, że inwestycje w infrastrukturę zdrowotną mają przyczynić się do zrównoważonego rozwoju kraju oraz mogą istotnie wpłynąć na zmniejszanie nierówności w zakresie stanu zdrowia. Wsparcie infrastruktury zdrowotnej, przewidzianej w PO IŚ poświęconym infrastrukturze rozwoju zrównoważonego, należy rozpatrywać w kontekście systemu zarządzania wielopoziomowego, którego każdy element (poziom) może wnieść wkład w osiągnięcie zakładanych celów rozwojowych. To podejście obrazuje nową logikę działania, gdyż do tej pory wsparcie było skoncentrowane na wybranych tematach (selektywnym podejściu), a nie akcentowało wystarczająco wymiaru terytorialnego. Zgodnie z przyjętym zakresem wsparcia, interwencja programu będzie ukierunkowana na rozwój strategicznych elementów infrastruktury ochrony zdrowia o znaczeniu krajowym, które będą tworzyć warunki w celu zwiększenia dostępu do niej wszystkim obywatelom.

lom, przyczyniając się tym samym do zakładanego zmniejszenia nierówności w zakresie stanu zdrowia.

Nowa logika interwencji narzuca dwa rodzaje projektów. Pierwszy jest poświęcony infrastrukturze ratownictwa medycznego i obejmuje:

- działania inwestycyjne związane z budową nowych i doposażeniem istniejących szpitalnych oddziałów ratunkowych, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk wstępnej intensywnej terapii;
- budowa nowych, doposażenie i modernizacja istniejących centrów urazowych;
- wsparcie istniejących oraz utworzenie nowych przyszpitalnych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców – przy szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR) i jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, niezbędnych dla ratownictwa medycznego (roboty budowlane, doposażenie);
- doposażenie istniejących i utworzenie nowych baz lotniczego pogotowia ratunkowego, a także wyposażenie śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy.

Drugi rodzaj projektów – infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych – jest dedykowany wsparciu:

- oddziałów i innych jednostek organizacyjnych szpitali ponadregionalnych, udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób dorosłych, dotyczących chorób: układu krążenia, nowotworowych układu kostno-stawowo-mięśniowego, układu oddechowego, psychicznych;
- oddziałów i innych jednostek organizacyjnych szpitali ponadregionalnych, udzielających świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych w zakresie: ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz innych oddziałów zajmujących się leczeniem dzieci (roboty budowlane, doposażenie);
- pracowni diagnostycznych i innych jednostek zajmujących się diagnostyką, współpracujących z jednostkami powyżej wymienionymi.

Jak widać, sam układ projektów narzuca nową logikę terytorialną, odchodzi od selektywnego wsparcia i prezentuje konkretne rodzaje działań podlegające finansowemu wsparciu (budowie nowych i doposażeniu istniejących jednostek).

Nowa logika działania w nowej perspektywie finansowej 2014-2020 narzuca również dwa tryby alokacji projektów (konkursowy i pozostały). Jako konkursy będą realizowane projekty mające na celu:

- utworzenie nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych;
- doposażenie istniejących i utworzenie nowych centrów urazowych;
- doposażenie istniejących i utworzenie nowych baz lotniczego pogotowia ratunkowego oraz wyposażenie śmigłowców ratowniczych w sprzęt umożliwiający loty w trudnych warunkach atmosferycznych i w nocy;
- niektóre inwestycje dotyczące infrastruktury szpitali ponadregionalnych.

Z punktu widzenia kraju takie podejście odzwierciedla strategiczny, a zwłaszcza inwestycyjny charakter wskazanych powyżej projektów. Dzięki wskazanym typom projektów nastąpi alokacja inwestycji w miejscach, w których aktualnie występują braki, we właściwym zabezpieczeniu świadczeń ratowniczych w danym regionie. Realizacja

tych inwestycji w trybie konkursowym mogłaby doprowadzić do sytuacji, w której powstałyby dodatkowe jednostki w miejscach, gdzie nie ma uzasadnienia związanego z potrzebami demograficznymi i epidemiologicznymi. To stanowisko jest słuszne z innego powodu. Niektóre podmioty lecznicze świadczą usługi zdrowotne unikatowe w skali kraju, a udzielone wsparcie inwestycyjne przyczyni się do podniesienia jakości i dostępności wyżej wymienionych świadczeń dla większej populacji mieszkańców Polski.

Drugi tryb alokacji projektów na rzecz wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia obejmuje:

- wsparcie istniejących szpitalnych oddziałów ratunkowych;
- wsparcie istniejących i utworzenie nowych przyszpitalnych całodobowych lotnisk lub lądowisk dla śmigłowców (przy SOR oraz jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego).

Projekty w tym trybie alokacji będą wybierane w drodze konkursu, co ma doprowadzić do wyboru projektów lepszej jakości i ściślej związanych z celem nadrzędnym – ideą zrównoważonego rozwoju.

Podczas wyboru projektów do realizacji zmieniają się kryteria. Będzie liczyć się nie tylko rozwiązanie konkretnych problemów, ale również względy kompleksowego oddziaływania czy efektywności inwestycji, w tym w szczególności finansowej.

4. Efekty realizacji wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia w województwie zachodniopomorskim

4.1. Efekty wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia w województwie zachodniopomorskim, w okresie 2007-2013

Istotnym problemem województwa zachodniopomorskiego w okresie programowania 2007-2013 była jakość i dostępność usług medycznych. Władze województwa postrzegały wzrost powszechności świadczeń zdrowotnych wraz z rosnącą jakością opieki za niezbędny element rozwoju społeczno-gospodarczego regionu, który w dużej mierze decyduje o poczuciu bezpieczeństwa społecznego. Przyjęto założenie, że redukcja chorób, w tym cywilizacyjnych, powinna odbywać się dzięki dobrze rozwiniętemu, łatwo dostępnemu systemowi lecznictwa opartemu przede wszystkim na podstawowej opiece zdrowotnej, gdyż jest to najkrótsza droga zapewniająca profilaktykę, ułatwieniu leczenia chorób we wczesnym, często odwracalnym, stadium, a następnie systemowi szpitalnemu i rehabilitacji medycznej. To założenie stanowiło podstawę przyjętych celów i priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013.

Aby przyjęte założenie mogło zostać spełnione, konieczne było zapewnienie odpowiedniej jakości infrastruktury oddziałującej na teren całego województwa. W momencie rozpoczęcia okresu programowania 2007-2013 oceniono, że infrastruktura opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim jest zróżnicowana pod względem przestrzennym, zarówno jeśli chodzi o placówki poziomu podstawowego, jak i wysoko specjalistyczną opiekę medyczną. Przeprowadzone analizy wykazały, że szczególnie

jest ograniczony dostęp do opieki medycznej mieszkańców wsi i małych miast. Wsparcia finansowego potrzebowały szpitale, nie tylko w zakresie opieki podstawowej, ale także specjalistycznej. Przede wszystkim były konieczne nakłady finansowe, które pozwoliłyby na unowocześnienie infrastruktury wysoko specjalistycznych placówek medycznych o zasięgu wojewódzkim. Uznano, że słabszy dostęp do odpowiedniej opieki medycznej skutkuje mniejszą wykrywalnością chorób. Jako pozostałe problemy, kwalifikujące się do objęcia interwencją regionalnego programu operacyjnego w okresie 2007-2013, zdiagnozowano:

- niedostateczną jakość i dostępność infrastruktury lecznictwa zamkniętego, która pozostawała niewystarczająca w stosunku do istniejących potrzeb;
- niedostateczną jakość infrastruktury, zwłaszcza była konieczna zarówno budowa, rozbudowa, odnowa placówek, jak i lepsze wyposażenie ich w aparaturę i urządzenia diagnostyczne, jak również służące: terapii, ochronie życia i zdrowia pacjentów;
- ograniczenie dostępności podstawowych usług z zakresu ochrony zdrowia, co wymagało kompleksowej poprawy systemu leczenia ambulatoryjnego.

W celu poprawy jakości i dostępności usług medycznych władze województwa zachodniopomorskiego przyjęły, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013, priorytet 7. „Rozwój infrastruktury społecznej i ochrony zdrowia”, działanie 3. „Infrastruktura ochrony zdrowia”. W ramach wskazanego działania wyłoniono dwa poddziałania: „Regionalna infrastruktura ochrony zdrowia” oraz „Lokalna infrastruktura ochrony zdrowia”. Realizacja priorytetu 7., działania 3. miała podnieść standard usług głównie specjalistycznych, a także zwiększyć dostępność do usług diagnostycznych i zdrowotnych mieszkańców obszarów wiejskich i małych miast [*Regionalny Program 2007-2013...*, 2007].

Ponadto ustalono, że będą realizowane 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 ukierunkowano na poprawę jakości oraz dostępu do ośrodków medycznych bez zwiększania ich wielkości liczonej liczbą łóżek poza przypadkami szczególnie uzasadnionymi.

Władze województwa przyjęły ograniczenia w dofinansowaniu projektów, które dotyczyły:

- zgodności projektów z przyjętymi celami dla priorytetu 7. działania 3.;
- konieczności wykazania przez beneficjenta projektu, że jest podmiotem dostarczającym świadczenia gwarantowane w ramach kontraktu z Instytucją Finansującą Publiczne Świadczenia Zdrowotne (np. NFZ);
- eliminacji projektów, które pokrywały się z projektami dofinansowywanymi w ramach programu operacyjnego „Infrastruktura i Środowisko” [*Regionalny Program 2007-2013...*, 2007].

W tabeli 1. zaprezentowano wielkość alokacji w okresie programowania 2007-2013 związaną z rozwojem infrastruktury ochrony zdrowia. W tabeli 2. przedstawiono jakościową realizację wsparcia rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego (RPO WZ).

TABELA 1.

Wielkość alokacji w okresie programowania 2007-2013 w RPO WZ

| Całkowita wartość projektów (w mln zł) | Liczba zawartych umów (projektów) | Kwota wnioskowanego dofinansowania w ramach podpisanych umów (w mln zł) ogółem | Kwota wnioskowanego dofinansowania w ramach podpisanych umów (w mln zł) – wkład UE | Wydatki scertyfikowane (rozliczone i zatwierdzone) (w mln zł) | | % wykorzystanego dofinansowania | |
|--|-----------------------------------|--|--|---|-------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| | | | | Dofinansowanie ogółem | Dofinansowanie UE | w stosunku do dofinansowania ogółem | w stosunku do dofinansowania UE |
| 344,60 | 19 | 180,93 | 161,46 | 150,83 | 139,22 | 83% | 86% |

Źródło: dane udostępnione przez Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego.

TABELA 2.

Wartości wskaźników realizowanych w ramach RPO WZ (stan zgodny ze sprawozdaniem rocznym z realizacji RPO WZ za rok 2013)

| Poziom wskaźnika produktu | Wartość w 2006 roku | Osiągnięte w 2010 roku | Plan na 2013 rok | Osiągnięte w 2013 roku |
|--|---------------------|------------------------|------------------|------------------------|
| Liczba zmodernizowanych szpitali | 0 | 2 | 3 | 12 |
| Liczba zakupionego sprzętu medycznego | 0 | 5 | 4 | 488 |
| Liczba projektów z zakresu ochrony zdrowia | 0 | 2 | 4 | 15 |

Źródło: dane udostępnione przez Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego.

Szczegółowa analiza realizacji zadań z zakresu wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia w województwie zachodniopomorskim, objętych regionalnym programem operacyjnym wykazuje, że:

1. Faktyczna realizacja programu rozpoczęła się w 2008 roku (zatwierdzenie programu przez Komisję Europejską nastąpiło 11 października 2007 roku) i z tego powodu w 2007 roku nie został odnotowany postęp rzeczowy i finansowy w realizacji priorytetu 7. działania 3. a wszystkie wskaźniki pozostały na poziomie zerowym;
2. W 2008 roku przeprowadzono pierwsze konkursy, jednak nie podpisano umów o dofinansowanie i nie rozpoczęto faktycznej realizacji wyłonionych projektów, co skutkowało zerowym poziomem wykonania wskaźników w ujęciu finansowym i rzeczowym;
3. W 2009 roku:
 - a) w ramach poddziałania „Regionalna infrastruktura ochrony zdrowia” zostało podpisanych 5 umów o dofinansowanie na łączną wartość 33 392 tys. EUR (137 737 tys. zł), co stanowiło 95,40% alokacji;

- b) w ramach poddziałania „Lokalna infrastruktura ochrony zdrowia” zostało podpisanych 5 umów o dofinansowanie na łączną wartość 588 tys. EUR (2 425 tys. zł), co stanowiło 32,48% alokacji;
4. W 2010 roku w ramach poddziałania „Lokalna infrastruktura ochrony zdrowia” ogłoszono 2 konkursy na łączną wartość 2 397 tys. EUR. Nie ogłoszono naborów wniosków dotyczących poddziałania „Regionalna infrastruktura ochrony zdrowia” w trybie konkursowym. Nie przyjęto również do realizacji wniosków na projekty indywidualne;
5. W kolejnych latach nie ogłaszano naborów wniosków także w trybie konkursowym [Roczne sprawozdania..., 2007-2013].

W tabeli 3. zaprezentowano w ujęciu alokacyjnym realizację poddziałania „Regionalna infrastruktura ochrony zdrowia”, natomiast w tabeli 4. realizację poddziałania „Lokalna infrastruktura ochrony zdrowia” w ramach RPO WZ, w okresie 2007-2013.

TABELA 3.

Zestawienie projektów poddziałania „Regionalna infrastruktura ochrony zdrowia” w ujęciu alokacyjnym

| Tytuł projektu | Beneficjent | Kwota ogółem | Dofinansowanie UE |
|---|---|---------------|-------------------|
| Rozbudowa części środkowej budynku głównego wraz z dostosowaniem oddziałów chirurgicznych do wymogów fachowo-sanitarnych w Specjalistycznym Szpitalu im. A. Sokolowskiego w Szczecinie – Zdunowie | Specjalistyczny Szpital im. prof. Alfreda Sokolowskiego w Szczecinie – Zdunowie | 95 247 151.00 | 44 678 653.00 |
| „Centrum Zabiegowe z zapleczem łóżkowym w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie” | Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie | 47 780 649.00 | 26 265 386.00 |
| Rozbudowa Szpitala Dziecięcego SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie – utworzenie Zachodniopomorskiego Centrum Opieki Nad Kobieta i Dzieckiem (2010-2016) | Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ZDROJE” w Szczecinie Zdrojach | 38 384 345.00 | 21 395 512.00 |
| Modernizacja Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie | Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie | 57 145 951.52 | 31 067 933.29 |
| Budowa i wyposażenie Centrum Diagnostyki i Terapii Nowotworów Piersi | Zachodniopomorskie Centrum Onkologii | 45 768 967.25 | 23 855 567.35 |
| Projekt Centrum Diagnostyki i Leczenia Nowotworów Dziedzicznych – etap V* | Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie | 30 910 000 | 8 500 000* |

* – wkład własny został określony we wniosku o dofinansowanie jako środki inne budżetowe, projekt z dofinansowaniem z budżetu państwa w wysokości równowartości RPO

Źródło: dane udostępnione przez Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego.

Tabela 3. dotyczy alokacji na realizację poddziałania „Regionalna infrastruktura ochrony zdrowia” i wskazano w niej na 6 projektów, natomiast w poddziałaniu „Lokalna infrastruktura ochrony zdrowia” w tabeli 4. wykazano 12 projektów.

TABELA 4.

**Zestawienie projektów poddziałania „Lokalna infrastruktura ochrony zdrowia”
w ujęciu alokacyjnym**

| Tytuł projektu | Beneficjent | Kwota ogółem | Dofinansowanie UE |
|--|---|--------------|-------------------|
| Program profilaktyki diabetologiczno-kardiologicznej w Szczecinie wraz z zakupem sprzętu | Gmina Miasto Szczecin | 349 994.49 | 177 020.93 |
| Pracownia chorób piersi – zakup mammografu cyfrowego z możliwością wykonywania biopsji celowanej | Powiat Szczecinecki | 1 246 978.00 | 685 837.90 |
| Pawilon Położniczo-Ginekologiczny i modernizacja szpitala w Stargardzie Szczecińskim | Powiat Stargardzki | 2 604 562.43 | 1 292 158.71 |
| Pawilon Położniczo-Ginekologiczny i modernizacja szpitala w Stargardzie Szczecińskim – zakup wyposażenia II Etap | Powiat Stargardzki | 1 201 206.61 | 543 538.20 |
| Poprawa jakości i dostępności lokalnych placówek służby zdrowia na terenie Powiatu Szczecineckiego poprzez zakup sprzętu medycznego do Szpitala w Szczecinku | Powiat Szczecinecki | 1 255 033.31 | 690 268.32 |
| Zwiększenie możliwości diagnostycznych i poprawa jakości zabiegów w efekcie zakupu sprzętu medycznego na potrzeby Szpitala Powiatowego w Barlinku | Szpital Barlinek sp. z o.o. | 903 090.91 | 495 218.03 |
| Poprawa jakości i dostępności usług świadczonych przez Samodzielny Publiczny Szpital Rejonowy w Nowogardzie poprzez zakup wyposażenia medycznego | Samodzielny Publiczny Szpital Rejonowy w Nowogardzie | 1 155 254.50 | 499 263.31 |
| Poprawa jakości i dostępności medycznych w efekcie zakupu aparatu RTG z ucyfrowieniem | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszczynie | 699 499.98 | 384 724.99 |
| Poprawa jakości i dostępności udzielanych świadczeń medycznych w wyniku zakupu cyfrowego aparatu RTG dla SPZOZ Szpital Miejski w Świnoujściu | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Miejski im. Jana Garduły | 576 832.84 | 315 590.00 |
| Wzrost jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szkół Wyższych w Szczecinie wraz z zakupem sprzętu | Gmina Miasto Szczecin | 430 148.01 | 216 451.39 |
| Zakup specjalistycznej aparatury medycznej dla SPSP w Goleniowie | Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie sp. z o.o. (dawniej Samodzielny Publiczny Szpital Powiatowy w Goleniowie) | 610 841.26 | 610 841.26 |
| Doposażenie Szpitala w Sławnie w aparaturę medyczną i diagnostyczną | Szpital Powiatowy w Sławnie | 1 176 840.00 | 643 905.72 |

Źródło: Dokument elektroniczny, tryb dostępu: [http://www.projektyrpo.wzp.pl/projekty?os=7563&dzialanie=7582&poddzialanie=7629&kategoria=All&powiat=All&gmina=All&dofinansowanie=All&beneficjent=&field_projekty_nazwa_value=, data wejścia: 02.07.2014].

Liczba projektów jest niewielka, ale rozmiar inwestycji i ich znaczenie dla regionu jest istotne. Projekty odnosiły się do problemów aktualnych w minionym okresie programowania, lecz należy zwrócić uwagę, że ich oddziaływanie w nowym okresie programowania również będzie sprzyjać zrównoważonemu rozwojowi (zarówno z punktu widzenia dostępności usług medycznych, jak i idei wyznaczonej w deklaracji „Rio +20”). Można także wskazać na objęcie projektami, zwłaszcza „Lokalne infrastruktury ochrony zdrowia”, kluczowych placówek pod względem dostępności. Oczywiście, środki te nie wyczerpują zgłoszonych potrzeb, jednak sprzyjają poprawie jakości usług i ich dostępności.

Oceniając stan wykonania zadań w zakresie wspierania infrastruktury ochrony zdrowia, można zauważyć, że jest on wysoce satysfakcjonujący z uwagi na osiemdziesięciotrzyprocentowy wskaźnik wykorzystanego dofinansowania. Osiągnięte efekty jakościowe potwierdzają, że zakładane cele w znaczący sposób wpłynęły na poprawę jakości i dostępności usług medycznych w województwie zachodniopomorskim. Warto zadać pytanie, czy jest to poziom zadowalający oraz na ile przedstawiona powyżej krytyka konstrukcji minionego okresu programowania jest zasadna w odniesieniu do województwa zachodniopomorskiego?

4.2. Potencjalne wsparcie infrastruktury ochrony zdrowia w województwie zachodniopomorskim w okresie 2014-2020 – założenia i planowane efekty

Należy podkreślić, że wyniki oceny efektów minionego okresu programowania wskazują na konieczność kontynuacji oddziaływania na infrastrukturę ochrony zdrowia, choć statystyki ukazują znaczące problemy w zakresie ochrony zdrowia:

1. W województwie zachodniopomorskim występuje znacząca zachorowalność na raka (np. 27,4% ogółu zgonów związanych z tą chorobą jest wywołanych rakiem płuc, natomiast nowotworami narządów trawiennych – 26,1%) oraz choroby układu krążenia;
2. Szpitalna baza łóżkowa, mimo zadowalającej liczby, wymaga jednak przeprofilowania łóżek krótkoterminowych na miejsca dla przewlekle chorych i osób starszych;
3. Z uwagi na zwiększającą się liczbę chorób powodujących trwałą lub przejściową niepełnosprawność, rośnie zapotrzebowanie na wszelkiego rodzaju świadczenia i usługi rehabilitacyjne;
4. Problem stanowi wiek i zużycie budynków, a zwłaszcza ich niskie dostosowanie do nowoczesnych, sprawnie podejmowanych procedur medycznych. Średni wiek budynków, w których jest prowadzona działalność lecznicza to 47 lat. W przypadku 10 % budynków stan ogólny określa się jako bardzo dobry, natomiast w przypadku 15% – jako bardzo zły;
5. Większość podmiotów leczniczych wykazuje również bardzo duże zapotrzebowanie na zakup dodatkowej aparatury medycznej, przede wszystkim: aparatów RTG, aparatów USG, aparatów EKG, defibrylatorów, aparatów KTG, gastroscopów, inkubatorów, kardiomonitorów, aparatów do wspomaganie oddychania u noworodków;

6. Lecznictwo uzdrowiskowe w województwie zachodniopomorskim jest dobrze rozwinięte, lecz wymaga modernizacji. Niezbędne są działania w zakresie: modernizacji, przebudowy obiektów ochrony zdrowia oraz obiektów infrastruktury uzdrowiskowej wraz z zakupem wyposażenia tych obiektów [Regionalny..., 2013, s. 38-39].

Ta ogólna sytuacja skłoniła władze województwa zachodniopomorskiego do wpisania się w ogólne założenia ideą zrównoważonego rozwoju, która została zapisana w dokumentach rządowych, w szczególności w strategicznych kierunkach i zasadach rozwoju przyjętych na poziomie Polski i Unii Europejskiej na lata 2014-2020, w tym „EUROPA 2020 – Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”, a także wynikających z nich dokumentów regulujących zasady realizacji polityki spójności (takie jak: rozporządzenia dotyczące funduszy strukturalnych, *Wspólnotowe Ramy Strategiczne, Umowa Partnerstwa, Position of the Commission Services on the Development of Partnership Agreement and Programmes in POLAND for the period 2014-2020*) oraz – na poziomie krajowym – *Długo- i Średniookresowa Strategia Rozwoju Kraju, Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego, Koncepcja Przestrzennego Zagospodarowania Kraju, Krajowy Program Reform*. Ważną wytyczną było poznanie założeń programów operacyjnych, w tym nowego programu operacyjnego „Infrastruktura i Środowisko” na lata 2014-2020.

Władze województwa przygotowały projekt Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020 „Pomorze Zachodnie” (RPO PZ), który uwzględnia występujące problemy dotyczące świadczenia usług ochrony zdrowia oraz infrastruktury wspomagającej ochronę zdrowia. Regionalny Program Operacyjny „Pomorze Zachodnie” podlega negocjacji z Ministerstwem Infrastruktury i Rozwoju oraz odpowiednimi zespołami krajowymi, zajmującymi się tematyką funduszy Unii Europejskiej. Następnie, mając wszelkie wymagane opinie oraz uzgodnienia, RPO PZ 2014-2020 zostanie przesłany do Komisji Europejskiej. Ta procedura powoduje opóźnienia w realizacji zamierzeń przyjętych w RPO PZ.

W Regionalnym Programie Operacyjnym „Pomorze Zachodnie” zawarto następujące działania obejmujące rozwiązania problemów związanych z podniesieniem jakości i dostępnością usług medycznych w województwach:

- w ramach osi priorytetowej 7. „Rynek pracy” i celu tematycznego pod nazwą „Wspieranie zatrudnienia i mobilności pracowników” przyjęto priorytet inwestycyjny 8.10.: „Aktywne i zdrowe starzenie się”;
- w ramach osi priorytetowej 8. „Rozwój społeczny” i celu tematycznego pod nazwą „Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem” przyjęto priorytet inwestycyjny 9.7.: „Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym”;
- w ramach osi priorytetowej 9. „Infrastruktura publiczna” i celu tematycznego pod nazwą „Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem” przyjęto priorytet inwestycyjny 9.1.: „Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego zmniejsz-

szania nierówności w zakresie stanu zdrowia oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych” [Regionalny..., 2013].

Jak już wskazano powyżej, jest to wstępny zarys działań, gdyż RPO PZ jest w chwili obecnej w fazie negocjacji i uzgodnień. Ostateczny kształt programu będzie znany najwcześniej w IV kwartale 2014 roku. Podane poniżej zamierzenia mają wskazać kierunki kontynuacji przyjętych działań w perspektywie 2007-2013 oraz zmian, które zostały wprowadzone w związku z nową logiką interwencji.

Priorytet inwestycyjny 8.10.: „Aktywne i zdrowe starzenie się społeczeństwa” ma odpowiedzieć na problem związany z istotniejszą przyczyną wykluczenia z rynku pracy, jaką jest zły stan zdrowia. W priorytecie tym zaakcentowano opracowanie i wdrożenie programów profilaktycznych w zakresie chorób będących najczęstszymi przyczynami przerwania aktywności zawodowej (choroby układu krążenia i nowotwory). Ważnym elementem oddziaływania na aktywne i zdrowe starzenie się społeczeństwa jest również zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej osobom pracującym, co spowoduje wydłużenie czasu aktywności zawodowej oraz powinno ograniczyć wyłączenie osób z rynku pracy z powodów zdrowotnych.

Priorytet inwestycyjny 8.10. zakłada podjęcie następujących działań:

- realizację profilaktyki zdrowotnej, związanej z nowotworami: płuc, prostaty, wątroby, jajników, dzięki realizacji profilaktycznych przesiewowych badań płuc (TK) i jamy brzusznej (USG);
- opracowanie i wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu (na które wskazano powyżej);
- opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji leczniczej ułatwiających powroty do pracy oraz umożliwiających wydłużenie aktywności zawodowej;
- opracowanie i wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, programów zdrowotnych dla osób zagrożonych przerwaniem aktywności zawodowej ze względów zdrowotnych, w zakresie wykraczającym poza finansowanie w ramach systemu powszechnych świadczeń zdrowotnych;
- realizację programów kształtowania aktywnego i zdrowego stylu życia (m.in. promocja aktywności fizycznej i zdrowego żywienia) [Regionalny..., 2013, s. 139-143].

Zadaniem postawionym przed priorytetem inwestycyjnym 9.7.: „Ułatwianie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym” jest zapewnienie mieszkańcom województwa zachodniopomorskiego dostępu do wysokiej jakości usług w zakresie integracji: społecznej, zdrowotnej i zawodowej. Jest to odpowiedź na wykluczenie z dostępu do usług medycznych osób znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji, tj.: niepełnosprawnych, osób starszych, dzieci objętych systemem pieczy zastępczej, osób chorujących psychicznie, osób opuszczających zakłady penitencjarne. Jest to znacząca grupa osób w województwie. W związku z powyższym, przyjęto założenie, że projekty rozpisane w ramach priorytetu będą miały na celu ułatwienie dostępu do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług soc-

jalnych, świadczonych w interesie ogólnym. Przede wszystkim projekty będą dotyczyły działań na rzecz zwiększenia jakości i dostępności usług społecznych i zdrowotnych.

Trzeci rodzaj interwencji obejmuje priorytet 9.1.: „Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych”. Ma on na celu przeprowadzenie modernizacji i przebudowy obiektów infrastruktury publicznej, w tym zwłaszcza obiektów ochrony zdrowia czy obiektów infrastruktury uzdrowiskowej.

Za sprawą realizacji przedsięwzięć tego typu poprawi się dostępność do wysokiej jakości infrastruktury zdrowotnej i uzdrowiskowej. Przedsięwzięcia będą polegać na modernizacji, w tym dostosowaniu obiektów ochrony zdrowia i uzdrowiskowych do wymaganych przepisami prawa krajowego i europejskiego standardów, jak też będą służyły unowocześnianiu świadczonych usług w obszarze ochrony zdrowia. Dzięki tego typu działaniom zwiększy się dostępność mieszkańców regionu do wysokiej jakości świadczeń medycznych. Dodatkowo przewiduje się zakup wyposażenia obiektów ochrony zdrowia i uzdrowisk. W wyniku wyposażenia obiektów ochrony zdrowia oraz uzdrowisk w urządzenia niezbędne do świadczenia usług medycznych polepszy się dostępność do nowoczesnej opieki zdrowotnej, zwłaszcza na obszarach marginalizowanych. Konsekwencją wdrożenia tego typu przedsięwzięć będzie poprawa jakości świadczonych usług zdrowotnych, a przez to stanu zdrowia społeczności województwa zachodniopomorskiego [*Regionalny...*, 2013, s. 164-168].

Jak już wskazywano, ze względu na trwające uzgodnienia i negocjacje trudno określić właściwą alokację w podziale szczegółowym dla przyjętych osi priorytetowych, celów tematycznych i priorytetów inwestycyjnych. W opracowanym i przedstawionym do konsultacji dokumencie RPO PZ zaprezentowano proponowaną alokację w ujęciu zagregowanym. W tabeli 5. zobrazowano postulowaną alokację środków, których część zostanie przeznaczona na opisane powyżej zadania związane z infrastrukturą ochrony zdrowia.

TABELA 5.
Postulowana alokacja środków dotycząca osi priorytetowych, w których będą realizowane zadania z zakresu wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia w RPO WZ 2013-2020

| Wyszczególnienie | Rodzaj funduszu | Finansowanie ogółem w mln euro | Wsparcie UE w mln euro |
|---|-----------------|--------------------------------|------------------------|
| Oś priorytetowa 7. „Rynek pracy” | EFS | 223,5 | 190 |
| Oś priorytetowa 8. „Rozwój społeczny” | EFS | 139,6 | 118,7 |
| Oś priorytetowa 9. „Infrastruktura publiczna” | EFRR | 102,1 | 86,8 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [*Regionalny Program Operacyjny...*, 2013, s. 279].

Jak wskazują dane, w porównaniu z okresem programowania 2007-2013, zarazem rozmiar zadań, jak i środków finansowych jest szerszy. Unia Europejska włącza dwa

fundusze EFS i EFRR w realizację zadań w zakresie infrastruktury ochrony zdrowia, aby wesprzeć rozwiązywanie aktualnych problemów.

4.3. Wyraz nowej logiki interwencji w Programie Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego. Pomorze Zachodnie 2014-2020

Województwo zachodniopomorskie charakteryzuje się niejednorodnym poziomem rozwoju: gospodarczego, społecznego i infrastrukturalnego. W celu eliminacji wskazanej dysfunkcji (selektywności oddziaływania) zostały wyznaczone obszary strategicznej interwencji (OSI) z punktu widzenia zarówno kraju, jak i regionu. Realizacja ustalonych celów z zakresu rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia będzie ukierunkowana na połączenie potencjału wszystkich (OSI).

Wsparcie zrównoważonego rozwoju obszarów miejskich będzie koncentrować się na wzmocnieniu roli miast i ich obszarów funkcjonalnych jako regionalnych i lokalnych ośrodków wzrostu oraz dyfuzji procesów rozwojowych, dzięki rozwojowi potencjału gospodarczego i społecznego w samych miastach, a także wzmocnieniu współpracy i koordynacji procesów rozwojowych w ramach otaczających je obszarów funkcjonalnych. Natomiast to zostało uwzględnione w podziale na OSI.

Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego w okresie 2014-2020 stanowi odpowiedź na zapotrzebowanie regionu Pomorza Zachodniego w zakresie wspierania obszarów dotkniętych zjawiskiem ubóstwa lub osób zagrożonych zjawiskiem dyskryminacji bądź wykluczenia społecznego, przede wszystkim z uwzględnieniem grup marginalizowanych i osób niepełnosprawnych. Wskazane działania jednoznacznie wykazują reorientację na nową logikę interwencji w tym zakresie. Za sprawą wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia następuje bezpośrednie oddziaływanie na częściową eliminację problemu ubóstwa i wykluczenia społecznego, która wynika właśnie z problemów zachowania zdrowia przez społeczeństwo.

W Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego ustosunkowano się do systemu instytucjonalnego, na którego niedomagania wskazywano w ewaluacji okresu 2007-2013. W programie tym odniesiono się ze szczególną troską do zwiększenia efektywności instytucjonalnej, sprawności oraz wyeliminowania trudności w dostępie do środków Unii Europejskiej.

Według założeń nowej logiki interwencji, w sposób przejrzysty (na ile można to ocenić na podstawie projektu RPO PZ) ukazano kryteria oceny projektów, ogólne kryteria oceny projektów oraz tryb, w jakim środki będą alokowane (rodzaje projektów). Wiadome jest również to, że interwencja będzie obejmowała zarówno inwestycje w infrastrukturę, jak i w człowieka. Tymczasem jest to nie tylko przejaw realizacji założeń polityki spójności, ale zgodności ze wszystkimi założeniami przedstawionych dokumentów wiążących się z ideą zrównoważonego rozwoju, a także rolą ochrony zdrowia i poprawą jego jakości.

5. Podsumowanie

Przedstawione założenia idei zrównoważonego rozwoju, odnoszące się do ochrony zdrowia i poprawy jego jakości, mają swój wyraz w przyjętych i projektowanych dokumentach dotyczących nowej perspektywy Unii Europejskiej na lata 2014-2020. Należy wskazać, że zarówno w Polsce, jak i w regionie obejmującym województwo zachodniopomorskie wprowadzono założenia w zakresie nowej logiki interwencji. Dzisiaj trudno przewidzieć, na ile one będą respektowane.

Wyjątkowego znaczenia nabiera nie tylko inwestowanie w człowieka, innowacje na jego rzecz, ale eliminacja i łagodzenie skutków ubóstwa, wykluczenia społecznego związanego z utratą zdrowia, jak również ułatwienie dostępu do usług medycznych (w tym rehabilitacyjnych) wpływających na jakość zdrowia. Poniesione nakłady w okresie programowania 2007-2013 w sposób jednoznaczny sprzyjają realizacji kolejnych zadań (w tym inwestycji).

Mimo że wykazano liczne problemy wiążące się z ochroną zdrowia i rozwojem infrastruktury ochrony zdrowia czy jakością usług, to trudno negować dokonane wybory projektów i alokację środków Unii Europejskiej. Nowy okres programowania będzie kładł szczególnie nacisk na zrównoważony rozwój terytorialny usług medycznych, ich dostępność dla mieszkańców regionu, jak i przejrzystość dokonywania alokacji. Trzeba oczekiwać, że będzie służyć poprawie jakości, dostępności usług, a przede wszystkim przyczyni się do zmniejszenia ubóstwa na skutek wykluczenia związanego z utratą zdrowia.

Literatura

- Ciechanowicz–McLean J. 2001 *Międzynarodowe prawo ochrony środowiska*, Warszawa, dokument elektroniczny, tryb dostępu: [http://greenworld.serwus.pl/deklaracja_sztokholmska1.htm, data wejścia: 02.07.2014].
- Deklaracja Milenijna Narodów Zjednoczonych*, dokument elektroniczny, tryb dostępu: [http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/deklaracja_milenijna.doc, data wejścia: 02.07.2014].
- Deklaracja z Johanesburga*, dokument elektroniczny, tryb dostępu: [http://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ietu.katowice.pl%2Fwpr%2FDokumenty%2FLista_faktow%2FDeklaracja_z_Johanesburga.doc&ei=Fc2zU7KcHsPF7AaU8IGoAw&usq=AFQjCNGOyZVZ6yFil_o7TNhTwXD1p_wOzg&bvum=bv.70138588,d.bGQ, data wejścia: 02.07.2014; www.joburg.org.za/pdfs/johannesburgdeclaration.pdf, data wejścia: 02.07.2014].
- Future We Want (Przyszłość, jakiej chcemy)*, dokument elektroniczny, tryb dostępu: [<http://www.uncsd2012.org/content/documents/727The%20Future%20We%20Want%2019%20June%201230pm.pdf>, data wejścia: 02.07.2014].
- Granice wzrostu* 1969, „Biuletyn Polskiego Komitetu do spraw UNESCO” (numer specjalny), Warszawa.

- Hens L., Nath B. 2003 *The Johannesburg Conference*, „Environment, Development and Sustainability”, nr 5.
- Kenig-Witkowska M. M. 1998 *Koncepcja „sustainable development” w prawie międzynarodowym*, „Państwo i Prawo”, nr 8.
- Kenig-Witkowska M. 1998 *Koncepcja „sustainable development” w prawie międzynarodowym*, „Państwo i Prawo”, nr 2.
- Koncepcja Przestrzennego Zagospodarowania Kraju*, 2011, M. Kowalski (red.), Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa.
- Kowalski J. 2005 *Instytucjonalna analiza transformacji ustrojowej. Od planu do rynku*, [w:] *Nowa ekonomia*, S. Piotrowski (red.), Sopot.
- Mizak J. (oprac.) 2002 *Informacja o rezultatach Światowego Szczytu ws. Zrównoważonego Rozwoju w Johannesburgu*, Departament Współpracy z Zagranicą – Ministerstwo Środowiska, Warszawa.
- Nath B. 2003 *Education for sustainable development the Johannesburg summit and beyond*, „Environment, Development and Sustainability”.
- Nowak M. 2012 *Decyzje o warunkach zabudowy jako instrument zarządzania przestrzenią w podmiejskich gminach przygranicznych*, „Samorząd Terytorialny”, nr 10, DOI 10.1000/182.
- Nowak W. 2011 *Podstawy metodologii badań w naukach o zarządzaniu*, Warszawa.
- Porozumienie z Monterrey. Treść Deklaracji Milenijnej Narodów Zjednoczonych*, dokument elektroniczny, tryb dostępu: [http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/deklaracja_milenijna.doc, data wejścia: 02.07.2014].
- Program Operacyjny „Infrastruktura i Środowisko” 2014*, Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, Warszawa.
- Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2007-2013*. Zachodniopomorski Urząd Marszałkowski 2007 (pierwsza wersja), Szczecin, 25 września 2009.
- Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020*. Pomorze Zachodnie, 2013, Zachodniopomorski Urząd Marszałkowski, Szczecin.
- Roczne sprawozdania z wykonania Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego w latach 2007-2013*, dokument elektroniczny, tryb dostępu: [http://www.rpo.wzp.pl/rpo/sprawozdania_z_realizacji_rpo_wz, data wejścia: 14.07.2014].
- Rosicki R. 2010 *Międzynarodowe i europejskie koncepcje zrównoważonego rozwoju*, „Przegląd Naukowo-Metodyczny”, nr 4.
- Sitek M. 1999 „Sustainable development” – ciągły czy zrównoważony rozwój?, „Państwo i Prawo”, nr 2.
- Staniek Z. 2010 *Zróżnicowanie ekonomii instytucjonalnej*, dokument elektroniczny, tryb dostępu: [<http://jacek.kwasniewski.eu.org/file/Staniek.pdf>, data wejścia: 5.06.2012].
- Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 roku – Karta Nauczyciela*, Dz.U., 1991, Nr 95, poz. 425 z późn. zm.
- Wkład polityki regionalnej w zrównoważony rozwój w ramach strategii Europa 2020*, Brussels, 26.1.2011, COM(2011) 17 final, dokument elektroniczny, tryb dostępu: <http://eur-lex.europa.eu>, data wejścia: 05.06.2014].