



Ministerstwo
Funduszy
i Polityki Regionalnej

PROJEKT UMOWY PARTNERSTWA
DLA REALIZACJI POLITYKI SPÓJNOŚCI 2021-2027
W POLSCE

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	4
1. CELE POLITYKI SPÓJNOŚCI I OCZEKIWANE REZULTATY W POLSCE	6
1.1 Cel „Bardziej konkurencyjna i inteligentna Europa dzięki promowaniu innowacyjnej i inteligentnej transformacji gospodarczej”	8
▪ Obszar: wzrost znaczenia badań i innowacji w strukturze gospodarczej kraju oraz wykorzystywanie zaawansowanych technologii	10
▪ Obszar: wzmacnianie potencjału przedsiębiorstw i administracji publicznej na rzecz nowoczesnej gospodarki	15
CP1. Wkład do UP przekazywanej do KE	20
1.2 Cel „Bardziej przyjazna dla środowiska niskoemisyjna Europa”	21
▪ Obszar: efektywność energetyczna	25
▪ Obszar: wsparcie produkcji energii z odnawialnych źródeł	28
▪ Obszar: wsparcie infrastruktury energetycznej i inteligentnych rozwiązań (<i>smart grids</i>)	30
▪ Obszar: przystosowanie do zmian klimatu	32
▪ Obszar: zrównoważona gospodarka wodna i ściekowa	35
▪ Obszar: Gospodarka odpadami i efektywne wykorzystanie zasobów	36
▪ Obszar: ochrona dziedzictwa przyrodniczego i różnorodności biologicznej	38
▪ Obszar: transport niskoemisyjny i mobilność miejska	40
CP2. Wkład do UP przekazywanej do KE	43
1.3 Cel „Lepiej połączona Europa”	44
▪ Obszar: Rozwój lądowej infrastruktury transportowej (punktowej i liniowej) w ramach sieci bazowej i kompleksowej TEN-T oraz poza nią (transport drogowy, szynowy/kolejowy, wodny śródlądowy, morski, lotniczy)	49
▪ Obszar: Poprawa dostępności transportowej regionów i subregionów	50
▪ Obszar: Przyspieszenie wprowadzania rozwiązań cyfrowych do polskiego systemu transportowego	51
▪ Obszar: sieci szerokopasmowe	53
CP3. Wkład do UP przekazywanej do KE	57
1.4 Cel „Europa o silniejszym wymiarze społecznym”	59
▪ Obszar: rynek pracy, zasoby ludzkie	59
▪ Obszar: edukacja i kompetencje	64
▪ Obszar: włączenie i integracja społeczna	69
▪ Obszar: ochrona zdrowia	74
▪ Obszar: kultura i turystyka	79
Projekty innowacyjne i współpracy ponadnarodowej	81
CP4. Wkład do UP przekazywanej do KE	83
1.5 Cel „Europa bliżej obywateli”	84
CP5. Wkład do UP przekazywanej do KE	91
1.6 Cel „Umożliwienie regionom i obywatelom łagodzenia społecznych, gospodarczych i środowiskowych skutków transformacji w kierunku gospodarki neutralnej dla klimatu”	92
CP6. Wkład do UP przekazywanej do KE	100
2. EFEKTYWNOŚĆ I SKUTECZNOŚĆ	101
2.1 Układ programów realizujących Umowę Partnerstwa	101
2.2 Instrumenty terytorialne- założenia funkcjonowania	105
2.2.1. Zintegrowane Inwestycje Terytorialne	105
2.2.2. Inne instrumenty terytorialne	108
2.2.3. Rozwój Lokalny Kierowany przez Społeczność	109
2.3 Formy wsparcia finansowego	112
2.4 Zasady horyzontalne	113
2.5 Wykorzystanie formuły partnerstwa publiczno-prywatnego	116
3. KOMPLEMENTARNOŚĆ FUNDUSZY I PROGRAMÓW	116
3.1 Komplementarność programów i funduszy	116
3.2 Komplementarność funduszy polityki spójności i EFMR z innymi instrumentami UE	120

- kompleksowego wsparcia z zakresu poprawy dostępności do usług/budynków/obiektów/przestrzeni publicznych, a także inne działania, w tym: wypracowywanie i upowszechnianie standardów dostępności, kształcenie i szkolenie kadr dostępności, a także wsparcie podmiotów publicznych w zapewnieniu dostępności,
- wzmocnienia potencjału organizacji pozarządowych oraz podmiotów z nimi zrównanych realizujących zadania publiczne w obszarach sfery pożytku publicznego w szczególności dotyczących włączenia i integracji społecznej.

Podjęcie terytorialne

Działania w tym obszarze mają charakter systemowy i z tego względu możliwe są raczej zachęty dla OSI, niż wskazywanie konkretnych obszarów. Należy zwrócić uwagę na obszary powiązań funkcjonalnych miasto-wieś (miejskie obszary funkcjonalne wokół miast różnej wielkości) w kontekście dostępu do usług (transport, administracja, edukacja, zdrowie) oraz na obszary wykluczenia cyfrowego (luka inwestycyjnej w kontekście dostępu do szerokopasmowego Internetu).

Oczekiwane rezultaty

- zwiększenie liczby osób korzystających z usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej, w tym szczególnie w obszarze pomocy społecznej i zdrowia;
- wzrost współczynnika aktywności zawodowej i uczestnictwa w życiu społecznym osób znajdujących się w trudnej sytuacji, zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym;
- poprawa sytuacji osób z niepełnosprawnością na rynku pracy i w zakresie dostępności do dóbr i usług;
- zmniejszenie poziomu i skutków ubóstwa, w szczególności wśród rodzin z dziećmi.

■ **Obszar: ochrona zdrowia**

Wyzwania w obszarze ochrony zdrowia, na które odpowiada interwencja funduszy europejskich, to przede wszystkim potrzeba intensyfikacji działań z zakresu zdrowia publicznego, profilaktyki i prewencji chorób, potrzeba wzmocnienia infrastruktury podmiotów leczniczych, konieczność zwiększania dostępności usług zdrowotnych z uwzględnieniem różnicowań regionalnych, potrzeba wzrostu efektywności i jakości systemu ochrony zdrowia, w tym upowszechniania e-zdrowia oraz wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia (kadr medycznych oraz pracowników wykonujących zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia) w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społeczeństwa. Pandemia COVID-19 uwypukliła konieczność zwiększenia nakładów finansowych na ochronę zdrowia oraz kontynuacji działań długoterminowych wynikających z ram strategicznych, które budują odporność i wydolność systemu w czasach kryzysu.

Działania z zakresu zdrowia odpowiadają wytycznym Komisji Europejskiej wynikającym z Aneksu D „Sprawozdania krajowego – Polska 2019” odnoszącym się do poprawy dostępu do wysokiej jakości, zrównoważonych i przystępnych cenowo usług zdrowotnych, promowania aktywnego i zdrowego starzenia się oraz skuteczności i odporności systemu opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej. Zalecenia Rady UE dla Polski w roku 2019 wskazują na konieczność ukierunkowania inwestycyjnej polityki gospodarczej na opiekę zdrowotną. Kluczowym dokumentem w obszarze zdrowia na poziomie krajowym będzie polityka publiczna przygotowana przez Ministerstwo Zdrowia – *Policy Paper dla obszaru zdrowia na lata 2021-2027* wraz z mapą potrzeb zdrowotnych (mapa zawierają również wnioski i rekomendacje, w tym na poziomie wojewódzkim) oraz plany transformacji w obszarze zdrowia – zarówno na poziomie krajowym, jak i na poziomie regionalnym.

Realizacja celu polityki spójności CP4 będzie koordynowana z programami w zakresie CP1, z zarządzanym centralnie przez KE Programem dla zdrowia oraz Krajowym Planem Odbudowy. W Polsce oczekiwana długość życia w chwili urodzenia jest nadal o 3,3 roku krótsza od średniej UE, przy czym różnica między osobami najlepiej i najgorzej wykształconymi wynosi 9,2 roku, a różnice między regionami dochodzą do 3,5 roku w przypadku mężczyzn i 2,5 roku w przypadku kobiet (dane Eurostatu na 2018 r.).

W latach 2011–2016 wskaźnik liczby zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce zmniejszył się o około 10%, jednak w dalszym ciągu przekracza o ponad jedną trzecią średnią UE. Jednocześnie wydatki na profilaktyczną opiekę zdrowotną w Polsce wynoszą mniej niż połowa średniej unijnej w ujęciu nominalnym

(34 EUR w porównaniu do 89 EUR na osobę). Polska, na tle UE, jest krajem o wciąż relatywnie niskiej zachorowalności na nowotwory złośliwe, ale wysokiej umieralności z tego powodu, w tym znacznie wyższej u osób poniżej 65 roku. życia.

Uwydatnia to wyzwanie związane ze świadczeniem usług w zakresie badań przesiewowych. Choć wprowadzenie w 2015 r. szybkiej ścieżki onkologicznej poprawiło dostęp do wcześniejszego wykrywania i opieki, to późna diagnostyka i długi czas oczekiwania na badania diagnostyczne wciąż stanowią problem. Dzięki Narodowej Strategii Onkologicznej jakość opieki onkologicznej w latach 2020–2030 powinna ulegać sukcesywnej poprawie.

Kontynuowane będą na poziomie krajowym i regionalnym programy profilaktyczne ukierunkowane na wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych w celu wydłużenia aktywności zawodowej i podniesienia jakości życia. Wdrażane będą również programy kompleksowej rehabilitacji i przekwalifikowania pracowników pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie.

Ponadto podjęte zostaną działania o charakterze edukacyjnym i promocyjnym mające na celu zwiększanie świadomości zdrowotnej społeczeństwa i odpowiedzialności za własne zdrowie.

W 2018 r. odsetek Polek i Polaków zgłaszających niezaspokojone potrzeby w zakresie badań medycznych ze względu na koszty, odległość albo czas oczekiwania nieznacznie wzrósł do 4,2%, czyli poziomu wyraźnie wyższego od unijnej średniej – 2%. Odsetek ten jest znacznie wyższy w przypadku grup o niskich dochodach. W 2018 r. średni czas oczekiwania na usługi specjalistyczne wynosił 3,4 miesiąca, przy czym najdłuższy średni czas oczekiwania odnotowano w przypadku usług endokrynologicznych (11 miesięcy) i stomatologicznych (8,5 miesiąca). Polska realizuje projekty w zakresie e-zdrowia mające na celu poprawę dostępu do opieki zdrowotnej, takie jak platforma P1, w ramach której rozwijane jest „Internetowe Konto Pacjenta” oraz usługi takie jak e-recepta i e-skierowanie. E-recepty są obowiązkowe od 2020 r. Elektroniczne skierowania mają stać się obowiązkowe od 2021 r. Pandemia COVID-19 uwypukliła potrzebę przyjęcia na szeroką skalę w systemie opieki zdrowotnej rozwiązań z zakresu e-zdrowia.

Wyzwaniem pozostaje zwiększenie dostępu do niektórych usług zdrowotnych i powiązanych z nimi usług społecznych, w tym w środowisku lokalnym, szczególnie dla osób starszych, ale także dla osób z niepełnosprawnościami. W tym kontekście konieczne jest podejmowanie działań na rzecz wsparcia infrastruktury placówek medycznych i opiekuńczych, dostosowania podmiotów leczniczych do wymagań osób ze szczególnymi potrzebami oraz zwiększania podaży usług medycznych i opiekuńczych świadczonych zdalnie (telekonsultacje, telerehabilitacja, teleopieka).

Na uwagę zasługują również szczególne potrzeby inwestycyjne miejscowości mających status uzdrowisk oraz podmiotów świadczących kompleksowe usługi sanatoryjne/uzdrowiskowe. Uzdrowiska to miejsca o unikalnych warunkach naturalnych z właściwościami leczniczymi, źródłami wód mineralnych oraz mikroklimatem. Konieczność wsparcia uzdrowisk wynika m.in. ze wzrostu popytu na

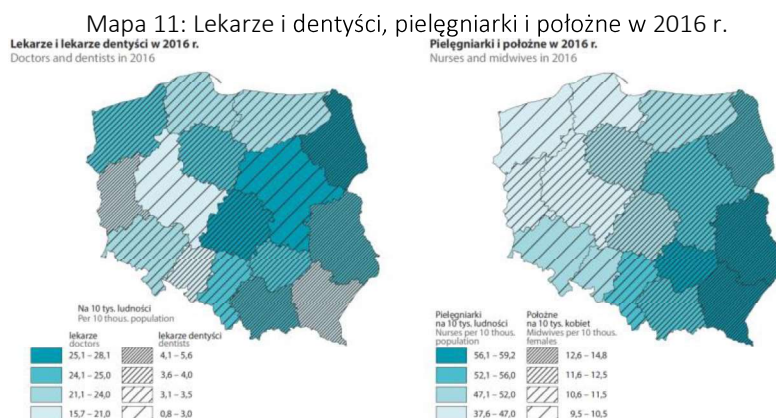
usługi zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. W 2018 r. było 838,4 tys. kuracjuszy natomiast w 2017 r. 808,1 tys. co oznacza wzrost o 3,62% przy czym:

- liczba pacjentów przebywających w ciągu roku na leczeniu w trybie stacjonarnym (całodobowym). wyniosła 759,8 tys. osób (o 3,5% więcej niż w 2017 r.);
- liczba pacjentów przebywających w ciągu roku na leczeniu w trybie ambulatoryjnym wyniosła 78,6 tys. (o 6,2% więcej niż w 2017 r.)⁶⁴.

W 2017 r. ponad jedną trzecią (34 %) wydatków na opiekę zdrowotną przeznaczono na leczenie szpitalne – odsetek ten jest jednym z najwyższych w UE. Niektóre usługi medyczne z zakresu diagnostyki, opieki specjalistycznej i rehabilitacji mogłyby być świadczone na poziomie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a nie w szpitalach. Czynniki ograniczające dostępność tych usług, takie jak długi czas oczekiwania, sprawiają jednak, że niektórzy pacjenci zgłaszają się do szpitalnych oddziałów ratunkowych, nawet jeśli nie potrzebują pilnie pomocy, co powoduje przeciążanie tych oddziałów. Aby odciążać poziom opieki szpitalnej obecnie prowadzone są liczne pilotażowe programy mające poprawić koordynację opieki zdrowotnej, w tym w odniesieniu do pacjentów onkologicznych i nowych programów leczenia.

Wyzwaniem, przed jakim stoi polski system ochrony zdrowia, jest niska ogólna liczba kadr medycznych, ich starzenie się, a także niewłaściwe rozdysponowanie względem zapotrzebowania systemu ochrony zdrowia.

Kadry medyczne stanowią liczną i zróżnicowaną grupę. Najliczniejszą grupę zawodów medycznych stanowią lekarze i pielęgniarki. Rozmieszczenie geograficzne lekarzy, pielęgniarek oraz innych zawodów medycznych jest mocno zróżnicowane regionalnie. Aby osiągnąć poziom średniej unijnej, potrzebnych jest dodatkowo prawie 50 000 lekarzy i 100 000 pielęgniarek (obecnie zatrudnionych jest około 90 000 lekarzy i 225 000 pielęgniarek, zgodnie z obliczeniami opartymi na danych Eurostatu). Wielu wykształconych w Polsce lekarzy pracuje za granicą, a liczba lekarzy w kraju wzrastała średnio o mniej niż tysiąc rocznie, chociaż maleje liczba zaświadczeń umożliwiających lekarzom podejmowanie zatrudnienia za granicą. Personel pielęgniarski szybko się starzeje⁶⁵. Stwarza to potencjalne zagrożenia dla dostępu do opieki zdrowotnej i jej jakości.



Źródło: Atlas statystyczny Polski, GUS 2018

Aby zapewnić odpowiednią dostępność i jakość usług zdrowotnych konieczne jest zwiększenie liczebności personelu medycznego w stopniu pozwalającym zapewnić dostęp do specjalistów na

⁶⁴ Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej w 2018 roku <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/dzialalnosc-lecznicza-zakladow-lecznictwa-uzdrowiskowego-i-stacjonarnych-zakladow-rehabilitacji-leczniczej-w-2018-roku,12,3.html>

⁶⁵ 60 % wszystkich pielęgniarek jest w wieku 50 lat lub starszym, w tym 27 % pielęgniarek ma więcej niż 60 lat, natomiast pielęgniarki w wieku do 31 lat stanowią jedynie 7 % ogólnej liczby. Średni wiek pielęgniarek wzrósł do około 52 lat.

terenie całego kraju, odpowiedzieć na potrzeby starzejącego się społeczeństwa, a także elastycznie reagować w przypadku sytuacji kryzysowych w obszarze zdrowia publicznego. Profil i natężenie procesu kształcenia kadr medycznych powinny być ściśle związane z zapotrzebowaniem na kadry konkretnej specjalności, wynikającym z trendów epidemiologicznych i demograficznych występujących w Polsce.

Widoczna jest również potrzeba wzmocnienia kształcenia praktycznego (symulacyjnego) oraz rozwój kształcenia podyplomowego (w tym specjalizacyjnego). Ustawiczne podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu medycznego w różnych obszarach przygotowujące do nowych ról, uprawnień, kompetencji, w tym kompetencji cyfrowych przyczyni się do upowszechnienia opieki zdrowotnej poprzez m.in. e-usługi (e-zdrowie). Potrzebne jest także wprowadzanie zachęt finansowych dla nowo wykształconych kadr medycznych (np. w postaci dodatków stażowych), aby absolwenci kierunków medycznych swoją aktywność zawodową wiązali z Polską. Decyzje w zakresie programów rozwojowych dla uczelni medycznych i innych podmiotów uczestniczących w praktycznym kształceniu studentów i podyplomowych szkoleniach dla personelu medycznego będą podejmowane na poziomie krajowym i regionalnym w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych.

Za realizację zadań w sektorze zdrowia poza podmiotami leczniczymi odpowiedzialne są również kadry administracji publicznej różnych szczebli – od władz centralnych i instytucji działających na rzecz ochrony zdrowia, po zadania realizowane na poziomie wojewódzkim, powiatowym oraz gminnym. Kadra administracji publicznej zaangażowanej w zadania w ochronie zdrowia wymaga ciągłego rozwoju i podnoszenia kompetencji. Wzmocnienia wymaga potencjał instytucji biorących udział w zarządzaniu systemem zdrowia, w szczególności w zakresie gromadzenia, integracji i wykorzystania danych do prowadzenia polityki zdrowotnej.

Wyzwaniem nadal pozostaje stan infrastruktury podmiotów leczniczych, zasoby i stan techniczny aparatury medycznej oraz poprawa efektywności i koordynacja opieki zdrowotnej. Dzięki podejmowaniu interwencji w tym zakresie środki przeznaczane na finansowanie systemu ochrony zdrowia będą alokowane skuteczniej.

Pandemia COVID-19 podkreśliła konieczność zwiększenia i zintensyfikowania inwestycji w sektorze opieki zdrowotnej, będącej strategicznym zasobem państwa zapewniającym elastyczność systemu gospodarczego w czasach kryzysu. Kontynuowane będzie wsparcie infrastruktury, w tym infrastruktury IT, nakierowanej na nowoczesne technologie medyczne, modernizacja publicznych i prywatnych instytucji, w tym w szczególności sprzętu i aparatury medycznej. Wykorzystanie nowych technologii pozwoli rozwinąć nowoczesną, mniej kapitałochłonną opiekę medyczną oraz za pośrednictwem telemedycyny i usług e-zdrowia dotrzeć z wysokiej jakości usługami medycznymi do większej liczby mieszkańców, zwłaszcza w małych miastach i na obszarach wiejskich, a także do osób znajdujących się w trudnej sytuacji. Konieczne stało się także wzmocnienie potencjału instytucji sanitarno-epidemiologicznych, w szczególności doskonalenie jakości i integracji danych, a także ich lepsze wykorzystanie do prowadzenia polityki sanitarno-epidemiologicznej, dostarczaniu eksperckiej wiedzy w zakresie zagrożeń związanych z chorobami wirusowymi.

Zakres wsparcia

Działania na rzecz:

- poprawy dostępu do wysokiej jakości profilaktyki poprzez realizację kompleksowych, wieloletnich programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób na poziomie krajowym i regionalnym adresowanych zgodnie z potrzebami poszczególnych grup ludności,
- wspierania dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych, w szczególności w priorytetowych dziedzinach medycyny lub dziedzinach wynikających z potrzeb epidemiologicznych, zidentyfikowanych na poziomie kraju lub województwa,

- podnoszenia jakości świadczonych usług zdrowotnych, w tym dostosowanie podmiotów leczniczych do wymagań osób ze szczególnymi potrzebami, w tym osób starszych i z niepełnosprawnościami,
- wyrównywania różnic geograficznych w dostępie do opieki zdrowotnej i społecznej, m.in. poprzez wspieranie inwestycji infrastrukturalnych
- rozwoju i modernizacji zasobów infrastruktury zdrowia w tym w szczególności sprzętu i aparatury medycznej zapewniającej dostęp do usług dostarczanych w zgodzie z mapami potrzeb zdrowotnych,
- budowy lub modernizacji infrastruktury i wyposażenia podmiotów świadczących kompleksowe usługi sanatoryjne/uzdrowiskowe;
- szybkiego i skutecznego udzielania pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i/lub życia,
- wzmocnienia roli POZ w dostarczaniu usług zdrowotnych oraz poprawy dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i szpitalnej,
- stosowania nowoczesnych form świadczenia usług medycznych i opiekuńczych (telemedycyna, telerehabilitacja, teleopieka) i poprawy ich dostępności,
- trwałego zwiększenia liczby personelu medycznego i osób wykonujących zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia oraz rozwój kompetencji zawodowych i podnoszenie kwalifikacji, w tym przede wszystkim personelu opieki długoterminowej,
- deinstytucjonalizacji świadczenia usług zdrowotnych i społecznych, w tym rozwoju opieki długoterminowej, w szczególności dla osób starszych, z niepełnosprawnościami oraz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi,
- poprawy koordynacji usług zdrowotnych z usługami społecznymi poprzez stosowne rozwiązania regulacyjne, organizacyjne i inwestycyjne,
- wzmocnienia potencjału instytucji zarządzających systemem zdrowia na poziomie krajowym i regionalnym.

Podjęcie terytorialne

Zróżnicowany terytorialnie dostęp do usług opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej (różny na obszarach wiejskich i w miastach, obszarach peryferyjnych i centrach metropolitalnych) zostanie zaadresowany poprzez rozwój nowych modeli opieki zdrowotnej, koordynację usług zdrowotnych ze społecznymi, osadzenie usług opiekuńczych w środowisku lokalnym (deinstytucjonalizacja) oraz wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej. Odpowiedź na nierównomierne rozmieszczenie pracowników służby zdrowia w całym kraju, braki w usługach opieki zdrowotnej i dostępie do nich będzie budowana w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych.

Oczekiwane rezultaty

- wzrost jakości i dostępności usług zdrowotnych;
- zwiększenie liczby osób korzystających z usług społecznych i zdrowotnych świadczonych w społeczności lokalnej.
- zwiększenie kompetencji i liczby pracowników podmiotów leczniczych,
- zwiększenie świadomości społecznej Polaków w zakresie dbania o własne zdrowie i zdrowego stylu życia;
- zwiększenie potencjału instytucji systemu ochrony zdrowia.

■ Obszar: kultura i turystyka

Wyzwania w obszarze kultury i turystyki, na które odpowiada interwencja funduszy europejskich, to przede wszystkim wzmocnienie roli kultury i turystyki dla rozwoju gospodarczego i spójności społecznej, w tym modernizacja infrastruktury kultury i turystyki, wzmacnianie potencjału instytucji kultury, wspieranie rozwoju sektorów kreatywnych i przemysłu czasu wolnego, promocja dziedzictwa narodowego i walorów turystycznych Polski.

Zagadnienia te zostały rozwinięte i uzupełnione w zintegrowanych strategiach, przede wszystkim projekcie Strategii Rozwoju Kapitału Społecznego 2030, Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2030, Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2030 oraz Strategii zrównoważonego rozwoju wsi, rolnictwa i rybactwa 2030. Cele wskazane w rozporządzeniu ogólnym, związane ze zwiększaniem roli kultury i turystyki w rozwoju gospodarczym, włączeniu społecznym i innowacjach społecznych są zgodne z założeniami ww. dokumentów.

Udział w wybranych obszarach kultury jest jednym ze wskaźników pomiaru realizacji głównego celu SRKS 2030, jaki stanowi wzrost jakości życia społecznego i kulturalnego Polaków⁶⁶. Należy zwrócić uwagę, że pomimo dość dużej liczby instytucji kulturalnych (według danych GUS w 2017 r. funkcjonowało w Polsce łącznie 15797 instytucji świadczących ofertę kulturalną) tempo wzrostu udziału w kulturze jest dość powolne⁶⁷, a dostęp do oferty tych instytucji geograficznie nierównomierny. Występują również problemy w dostępności do obiektów kultury dla osób ze szczególnymi potrzebami, osób z niepełnosprawnościami. Niewątpliwie kryzys związany z pandemią COVID-19 wpłynie zarówno na poziom udziału w kulturze, jak i na sposoby praktykowania tego udziału. Z kolei w kontekście turystyki należy zauważyć, że przemysł turystyczny w Polsce posiada duży potencjał rozwojowy, jednak nie jest on dostatecznie wykorzystywany. Przyczyną są m.in. takie słabości jak rozproszona oferta turystyczna, skoncentrowana raczej na tradycyjnych produktach czy niedostateczna baza noclegowa. Ponadto niewystarczający jest również poziom wprowadzania innowacji w ramach przemysłu turystycznego i jego produktów, np. w zakresie systemu organizacji usług, kreowania nowych, innowacyjnych produktów czy wykorzystywania efektów współpracy i synergii do realizacji usług turystycznych.

Ważną rolę dla rozwoju potencjału turystycznego kraju i poszczególnych regionów odgrywają obiekty kulturowe oraz chronione dziedzictwo kultury. Według stanu na 27 maja 2019 r. roku blisko 77 tys. zabytków nieruchomych i ponad 261 tys. zabytków ruchomych zostało wpisanych do rejestru zabytków. Wszystkie obiekty zabytkowe wymagają specjalnych warunków przechowywania i ochrony. Tymczasem, jak wskazują badania Narodowego Instytutu Dziedzictwa, ponad 70% zarejestrowanych obiektów oceniono jako wykazujące objawy zniszczenia⁶⁸.

Wyzwaniem w tym zakresie jest poprawa stanu zabytków i potencjału szlaków kulturowych. Inwestycje w kulturę i turystykę będą realizowały cele społeczne i gospodarcze zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym. Po okresie przestoju w obu tych sektorach na skutek pandemii COVID-19 inwestycje zwiększające atrakcyjność turystyczną i kulturalną miejscowości, subregionów i regionów poprzez wzrost dochodów przyczynią się do odbudowy lokalnych gospodarek.

⁶⁶ Jako wartość bazową przyjęto 40% (2019 r.), a wartość docelową 45% w 2030 r. Zwiększanie udziału w kulturze jest widoczne m.in. w kluczowym dla rozwoju turystyki sektorze muzeów. W 2019 r. muzea odwiedziło 40,2 mln osób, co stanowi wzrost rok do roku o 5,5%. Tendencja wzrostowa utrzymywała się przez kilka ostatnich lat. Przyczyniły się do niej ważne inwestycje w sektorze muzealnym, realizowane m.in. w ramach projektu strategicznego SOR „Dziedzictwo buduje wspólnotę”.

⁶⁷ Aktywności i doświadczenia Polaków w 2018 roku, CBOS

⁶⁸ Strategia Rozwoju Kapitału Społecznego 2030, projekt.