



MINISTERSTWO ZDROWIA

**STRATEGIA
ROZWOJU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE
2007 - 2013**

Warszawa, czerwiec 2005 r.

| | |
|---|----|
| WPROWADZENIE | 3 |
| 1. SYNTEZA DOKUMENTU | 4 |
| 2. UWARUNKOWANIA PRAWNO – INSTYTUCJONALNE ORAZ POWIĄZANIA Z INNymi PROGRAMAMI I DOKUMENTAMI UE | 5 |
| 3. DIAGNOZA | 7 |
| 3.1. Wybrane aspekty sytuacji demograficznej | 7 |
| 3.2. Stan zdrowia ludności | 10 |
| 3.3. Kadrowe i materialne warunki funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce | 19 |
| 3.4. Organizacja i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia | 22 |
| 3.5. Zarządzanie informacją w ochronie zdrowia | 27 |
| 3.6. Finansowanie ochrony zdrowia | 27 |
| 3.7. Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej | 32 |
| 3.8. Analiza SWOT systemu ochrony zdrowia | 34 |
| 4. CEL NADRZĘDNY, CELE STRATEGICZNE I OPERACYJNE | 35 |
| 4.1. Cel nadrzędny i strategiczne cele rozwoju ochrony zdrowia | 35 |
| 4.2. Cele operacyjne | 38 |
| 5. SYSTEM REALIZACJI | 51 |
| 6. WYKAZ DOKUMENTÓW BĘDĄCYCH PODSTAWĄ OPRACOWANIA SROZ | 55 |

WPROWADZENIE

Zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o Narodowym Planie Rozwoju (Dz. U. Nr 116, poz. 1206), przy jego opracowywaniu uwzględnia się cele zawarte m.in. w strategiach sektorowych, a w celu jego realizacji tworzy się programy operacyjne.

Narodowy Plan Rozwoju to program, wyrażający polski wysiłek, podejmowany w celu kompleksowego zmodernizowania i rozwoju Polski, dzięki wykorzystaniu środków finansowych także z Unii Europejskiej.

Minister Zdrowia, zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 134, poz. 1439), kieruje działem administracji rządowej – zdrowie.

Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia (SROZ) wskazuje na sposób rozwoju Polski poprzez dążenie do uzyskania dobrego zdrowia żyjącego dłużej społeczeństwa.

Osiągalne jest to przez właściwe ustalenie proporcji między promocją zdrowia, profilaktyką i edukacją zdrowotną oraz leczeniem stanów chorobowych i w miarę potrzeby – rehabilitacją, gdyż są to istotne czynniki poprawy zdrowia ludności i związanej z tym jakości życia i pracy. Z drugiej strony należy zmienić postrzeganie wydatków na ochronę zdrowia jako możliwy do redukcji kosztów socjalnych i zacząć traktować politykę zdrowotną jako opłacalną inwestycję.

Dobre zdrowie, a co za tym idzie dłuższe lata życia w zdrowiu, mogą być obok podwyższenia poziomu wykształcenia - kluczem do wzrostu ekonomicznego kraju i podnoszenia jakości życia osobniczego i społecznego.

To potencjalna siła napędowa naszego rozwoju społecznego i gospodarczego.

1. SYNTEZA DOKUMENTU

Integracja Polski z UE jest związana z przyjęciem zobowiązań wynikających m.in. z prawa wspólnotowego. Dotyczy to także Strategii Lizbońskiej - dokumentu, którego celem jest uczynienie ze Wspólnoty obszaru z najlepiej w świecie rozwijającą się gospodarką.

Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia (SROZ) jest częścią programu kompleksowego zmodernizowania i rozwoju Polski, zgodnego z priorytetami Strategii Lizbońskiej oraz wykorzystania publicznych środków wspólnotowych.

Strategia ta, poprzez realizację celów operacyjnych, będzie oddziaływała na zdrowie społeczeństwa polskiego z uwzględnieniem prognoz sytuacji demograficznej i epidemiologicznej do roku 2020 i wynikającego z nich zapotrzebowania na określone zasoby.

W chwili obecnej Polska nie wykorzystuje w pełni tej części zasobów kapitału ludzkiego, których potencjał jest określony przez zdrowie i jego uwarunkowania. Dlatego cele zawarte w SROZ zostały ukierunkowane na poprawę zdrowia społeczeństwa polskiego, co ma służyć zaktywizowaniu i lepszemu wykorzystaniu zasobów kapitału ludzkiego.

Cel nadrzędny:

Poprawa zdrowia społeczeństwa polskiego jako czynnika rozwoju społeczno – gospodarczego kraju

Osiągnięcie tego celu będzie możliwe przy kompleksowej i zintegrowanej realizacji czterech celów strategicznych:

- **Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa**
- **Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.**
- **Dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych**
- **Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa polskiego w stopniu zmniejszającym dystans istniejący pomiędzy Polską i średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej**

Celom strategicznym przyporządkowano szesnaście celów operacyjnych.

Układ i struktura SROZ wskazują możliwości i sposoby uzyskania dobrego zdrowia żyjącego dłużej społeczeństwa. Jest to do osiągnięcia w proponowanym przedziale czasowym po warunkiem, że zostaną podjęte kompleksowe i zintegrowane działania służące zwiększeniu liczby lat życia w zdrowiu. Podejmowane działania są prezentowane nie tylko z punktu widzenia kosztów i wydatków z nimi związanych, lecz są traktowane jako istotny element polityki zdrowotnej, będący opłacalną inwestycją i związanym z nim podniesieniem poziomu kapitału społecznego Polski.

2. UWARUNKOWANIA PRAWNO – INSTYTUCJONALNE ORAZ POWIĄZANIA Z INNYMI PROGRAMAMI I DOKUMENTAMI UE

W Polsce aktem najwyższego rzędu dającym podstawy dla funkcjonowania systemu prawnego ochrony zdrowia jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483). Stanowi ona, iż każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne zapewniają

równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania tych świadczeń określa ustawa.

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi podmiotami odpowiedzialnymi za funkcjonowanie, zarządzanie ochroną zdrowia w Polsce są:

- Minister Zdrowia odpowiedzialny za ochronę zdrowia i opracowanie zasad organizacji opieki zdrowotnej;
- organy administracji rządowej na poziomie centralnym i wojewódzkim odpowiedzialne za kształt i realizację zadań w zakresie ochrony zdrowia;
- Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiedzialny za zarządzanie środkami finansowymi, pochodzącymi ze składek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a więc główny płatnik w systemie ochrony zdrowia;
- organy administracji samorządowej (wojewódzkiej, powiatowej i gminnej), pełniące funkcje właścicielskie wobec publicznych zakładów opieki zdrowotnej i realizujące zadania w zakresie zdrowia publicznego;
- dyrektorzy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz właściciele i dyrektorzy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, odpowiedzialni za zarządzanie tymi zakładami.

Pośrednio odpowiedzialne są także organy samorządów zawodowych pracowników służby zdrowia, które z wymienionymi powyżej podmiotami powinny współpracować.

Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia opiera się na Strategii Lizbońskiej, Narodowym Planie Rozwoju (ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o Narodowym Planie Rozwoju, Dz.U. Nr 116, poz. 1206), a także uwzględnia zadania Światowej Organizacji Zdrowia oraz dyrektywy organów Unii Europejskiej.

Zdrowie w dokumentach programowych Unii Europejskiej jest postrzegane jako klucz do wzrostu ekonomicznego oraz trwałego rozwoju.

Art. 152 § 1 Traktatu o Unii Europejskiej stanowi, że wysoki poziom ochrony ludzkiego zdrowia powinien być zapewniony przy definiowaniu oraz wdrażaniu wszystkich wspólnotowych polityk.

Rozwój strategii Wspólnoty na rzecz zdrowia jest w chwili obecnej ukierunkowany przede wszystkim na:

- zwiększenie zdolności szybkiego reagowania w sposób skoordynowany na zagrożenia zdrowotne.
- rozwój obszaru zdrowia publicznego m.in. poprzez poprawę informacji i wiedzy.
- promocję zdrowia i zapobieganie chorobom poprzez oddziaływanie na czynniki determinujące zdrowie w ramach polityki we wszystkich obszarach i działaniach Wspólnoty.

SROZ jest związana ponadto z ratyfikacją rezolucji Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla Wszystkich” oraz wynikającej z niej Światowej Deklaracji Zdrowia: „Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku”.

Wynika ona także ze zobowiązania Polski do realizacji Milenijnych Celów Rozwoju, które zawarte są w raporcie „Milenijne cele rozwoju dla Polski”- dokumencie przygotowanym na zlecenie Organizacji Narodów Zjednoczonych przez Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową.

Problematyka poruszana w SROZ jest komplementarna w stosunku do „Wspólnotowego Programu w Dziedzinie Zdrowia Publicznego na lata 2003-2008”, jest także spójna z dokumentami: Ministerstwa Nauki i Informatyzacji („Strategia Informatyzacji Rzeczypospolitej Polskiej – ePolska”, „Raport z przeglądu publicznych systemów teleinformatycznych w poszczególnych resortach administracji rządowej) oraz Ministerstwa Zdrowia („Strategia eZdrowie Polska”).

SROZ znajduje również swoje odniesienie w innych dokumentach Ministerstwa Zdrowia: „Narodowy Plan Zdrowotny na lata 2004-2013”, „Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga”, „Strategia Zmian w Systemie Opieki Zdrowotnej”.

Uwzględnia ponadto opinię Komisarza Europejskiego ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów, zawartą w dokumencie „Zapewnienie Dobrego Zdrowia dla Wszystkich” (Enabling Good Health for All).

Kwestie związane z organizacją i funkcjonowaniem systemu informacyjnego w ochronie zdrowia przedstawiane w SROZ są związane z przynależnością Polski do organizacji międzynarodowych: m.in. WHO, ONZ i OECD (EUROSTAT).

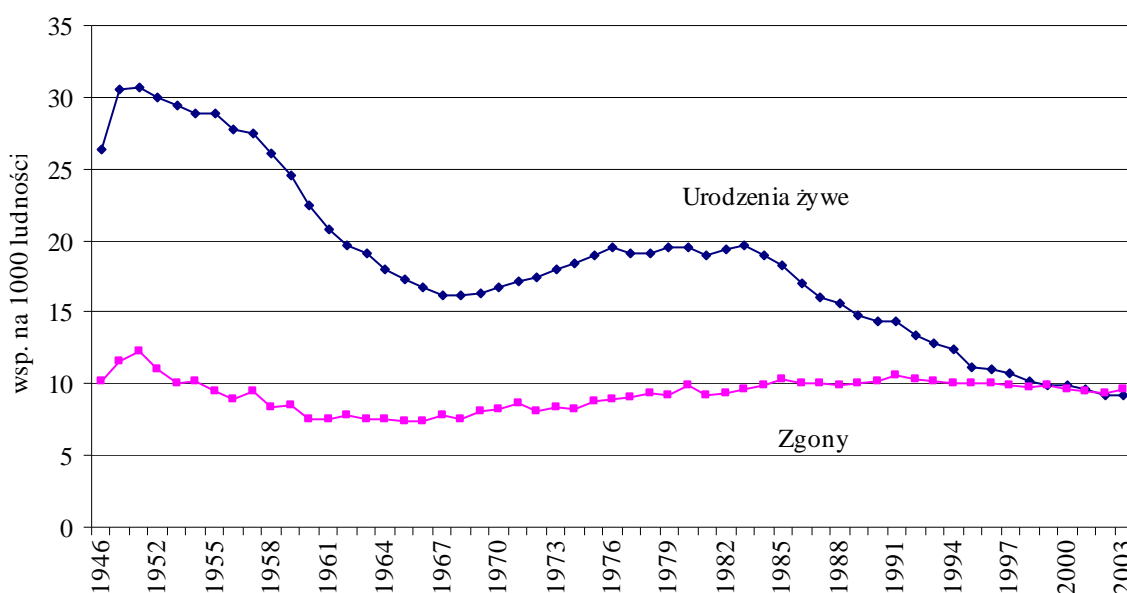
3. DIAGNOZA

3.1. Wybrane aspekty sytuacji demograficznej

Procesy demograficzne oraz istniejący już potencjał ludnościowy i jego struktura stanowią szczególnie ważne składniki oceny współczesnej sytuacji społeczno-gospodarczej oraz programowania dalszego rozwoju Polski. Sytuacja demograficzna ma zasadniczy wpływ na potrzeby zdrowotne kraju.

Począwszy od 1999 r. liczba ludności Polski systematycznie spada. W końcu 2003 r. wynosiła 38 191 tys. i zmalała o około 27,9 tys. w porównaniu do 2002 r. W latach 2002 i 2003 zanotowano po raz pierwszy w powojennej historii Polski ujemny przyrost naturalny.

Ryc.1. Elementy ruchu naturalnego ludności Polski w latach 1946-2003

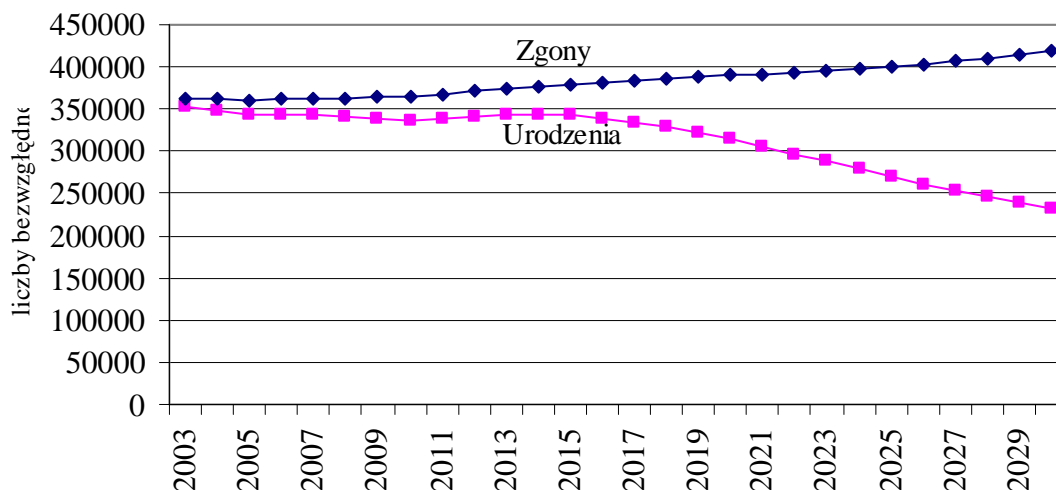


Źródło: Opracowanie CSIOZ na podstawie GUS

Główny Urząd Statystyczny opracował prognozę ludnościową na lata 2003-2030. Założenia do prognozy ludności są wynikiem ustaleń ekspertów Głównego Urzędu Statystycznego, Rządowej Rady

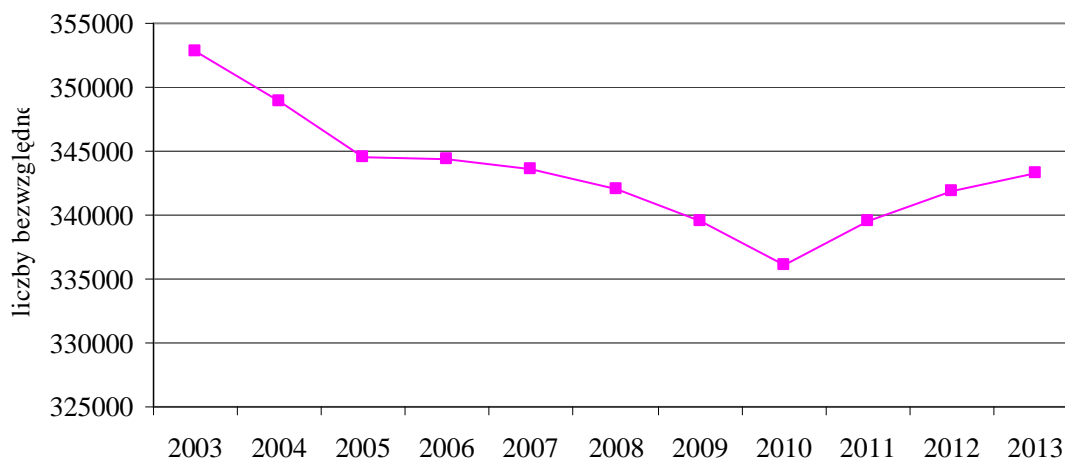
Ludnościowej i Komitetu Nauk Demograficznych Polskiej Akademii Nauk. Według prognozy liczba urodzeń będzie spadać do 2010 r., a następnie wzrośnie nieco do 2015 r. W następnych latach przewidywane jest zmniejszenie liczby urodzeń i wyraźna nadwyżka liczby zgonów nad urodzeniami. Liczba ludności Polski będzie systematycznie spadać, w 2030 r. osiągnie poziom około 35,5 mln.

Ryc.2. Ruch ludności w latach 2003-2030 (prognoza)



Źródło: Opracowanie CSIOZ na podstawie GUS

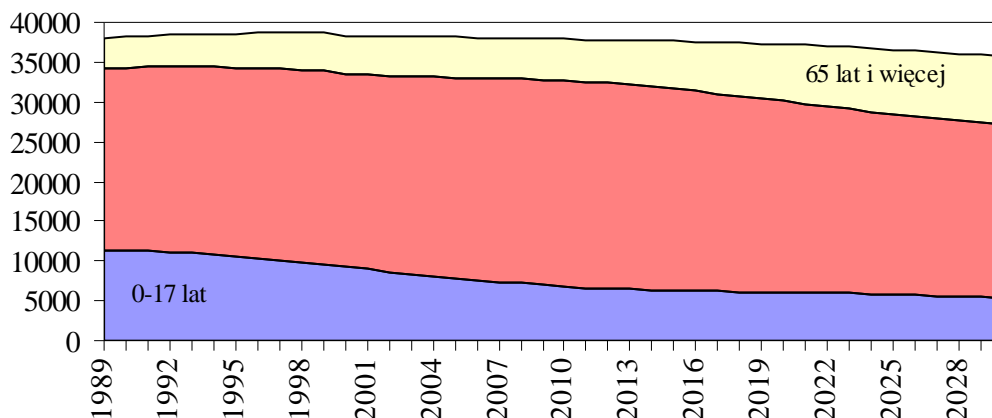
Ryc.3. Prognoza urodzeń w latach 2003-2013



Źródło: Opracowanie CSIOZ na podstawie GUS

Powoli, ale systematycznie zmniejsza się udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 17. roku życia w łącznej liczbie ludności, natomiast zwiększa się stopniowo udział osób starszych. W 2003 r. dzieci i młodzież do 17. roku życia stanowiła 21,9% ogółu ludności. Osoby w wieku 65. lat i więcej stanowiły w tym samym roku 13% ogółu ludności. Według prognozy GUS do 2010 r. udział osób starszych będzie zwiększał się nieznacznie, by w następnych latach wzrosnąć bardzo wyraźnie.

Ryc. 4. Struktura ludności w Polsce w latach 1989-2002 oraz prognoza do 2030 r. (w tys.)



Źródło: Opracowanie CSIOZ na podstawie GUS

Ponad połowę ogółu ludności w Polsce stanowią kobiety. W 2003 r. populacja kobiet stanowiła 51,6% ogółu ludności. Na każdych 100. mężczyzn przypadało 107. kobiet. Jednak nadwyżka liczebna kobiet nad mężczyznami występuje dopiero w grupie wiekowej 40 – 44 lata i od tego wieku rośnie gwałtownie. W grupie wiekowej powyżej 65. lat na 100. mężczyzn przypada 160. kobiet. W wieku poniżej 43. lat występuje stała nadwyżka liczebna mężczyzn nad kobietami. Zmiany w proporcji liczebnej płci wynikają przede wszystkim z wyższej umieralności mężczyzn niż kobiet.

Liczba urodzeń w Polsce systematycznie spada. W 2003 r. zanotowano 351 072 urodzenia żywe, a współczynnik urodzeń na 1 000 ludności zmniejszył się z 9,8 w 2000 r. do poziomu 9,2. Urodzenia martwe w 2003 r. stanowiły 0,49 % ogółu urodzeń. W krajach UE przeciętnie częstość urodzeń martwych wynosiła w 2000 r. 0,45%. W 2003 r. w Polsce 5,9% urodzeń żywych to urodzenia o tzw. niskiej masie urodzeniowej, czyli noworodków, których waga przy urodzeniu wynosiła poniżej 2500 g. Długość życia mieszkańców Polski systematycznie wydłuża się. W okresie ostatnich 10. lat długość życia mężczyzn zwiększyła się o ponad 4 lata, a kobiet o ponad 3 lata. Szacunek trwania życia pokazuje, że urodzony w 2003 r. chłopiec dożyje 70,5 lat, a dziewczynka 78,9 lat. Szacuje się, że obecnie Polacy żyją przeciętnie o około 4,4 lat krócej niż mieszkańcy krajów UE. W porównaniu z czołówką krajów UE w tym zakresie wiek dożywania Polaków jest niższy o ok. 3,5 lat dla kobiet i około 7 lat dla mężczyzn.

Tab. 1. Szacunkowa długość trwania życia w wybranych krajach w 2003 r.

| | Kobiety | Mężczyźni |
|-----------------|----------------|------------------|
| Polska | 78,9 | 70,5 |
| Czechy | 78,5 | 72,0 |
| Portugalia | 80,5 | 74,0 |
| Dania | 79,5 | 74,9 |
| Grecja | 80,7 | 75,4 |
| Niemcy | 81,3 | 75,5 |
| Estonia | 82,9 | 75,8 |
| Holandia | 80,8 | 76,1 |
| Wielka Brytania | 80,7 | 76,2 |
| Włochy | 82,9 | 76,9 |
| Szwecja | 82,4 | 77,9 |

Źródło: Opracowanie CSIOZ na podstawie Eurostat

3.2. Stan zdrowia ludności Polski

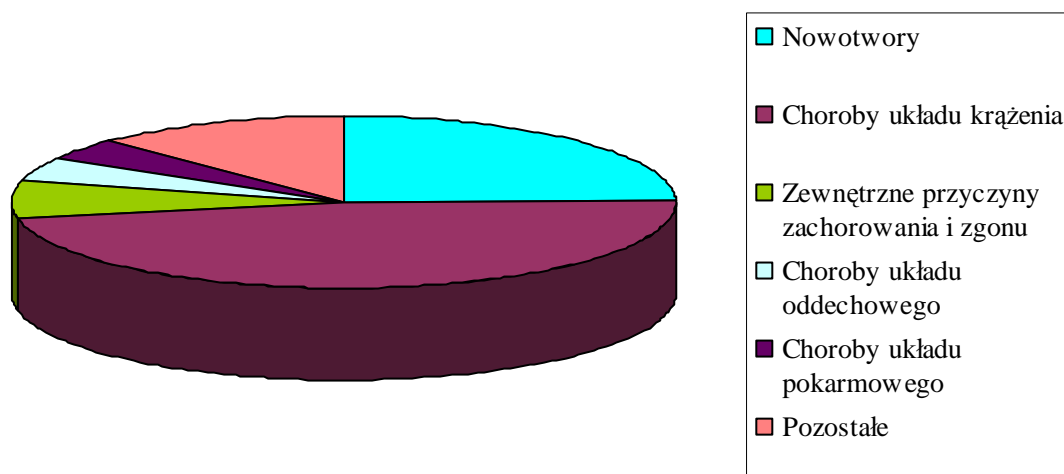
Struktura i przyczyny zgonów

Stan zdrowia ludności Polski po 1991 r. ulega systematycznej poprawie.

Do głównych przyczyn zgonów ludności Polski należą (dane za rok 2003):

- choroby układu krążenia (42,0% wszystkich zgonów mężczyzn i 53,0% kobiet) - umieralność z powodu tych chorób wykazuje trend spadkowy;
- nowotwory złośliwe (26,4% zgonów mężczyzn i 23,0% zgonów kobiet) - zagrożenie życia z ich powodu nie zmniejsza się, a w przypadku niektórych rodzajów nowotworów wzrasta (np. nowotwór jelita grubego, gruczołu krokowego, rak płuca u kobiet); nowotwory złośliwe stanowią najważniejszą przyczynę przedwczesnych zgonów kobiet;
- przyczyny zewnętrzne (ok. 9,6% zgonów mężczyzn i ok. 3,6% w zgonów kobiet) – zgony z tego powodu wykazują trend spadkowy; wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie mają wypadki komunikacyjne.

Ryc. 5. Główne przyczyny zgonów w 2003 r.



Źródło: Opracowanie CSIOZ na podstawie GUS

Znaczenie poszczególnych grup chorób, jako przyczyn zgonów, zmienia się wraz z wiekiem. Choroby układu krążenia dominują jako przyczyna zgonu dopiero w wieku powyżej 45. lat wśród mężczyzn i 65. lat wśród kobiet. W młodszych grupach wieku dominującą przyczyną zgonów mężczyzn są przyczyny zewnętrzne. W przypadku kobiet w wieku 35-64 lata główną przyczyną zgonów są nowotwory, a w młodszym wieku, podobnie jak wśród mężczyzn, przyczyny zewnętrzne.

Analiza przyczyn zgonów pokazuje, iż główną rolę wśród chorób układu krążenia odgrywają: choroba niedokrwienna serca, w tym zawał; choroby naczyń mózgowych; inne choroby serca i miażdżyca.

Nowotwory złośliwe są drugą co do wielkości przyczyną zgonów w Polsce. Zdecydowanie najbardziej zagrażającym życiu mieszkańców Polski nowotworem złośliwym jest rak oskrzeli i płuca.

Natężenie zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych wykazuje trend spadkowy. Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie mają wypadki komunikacyjne, a także samobójstwa.

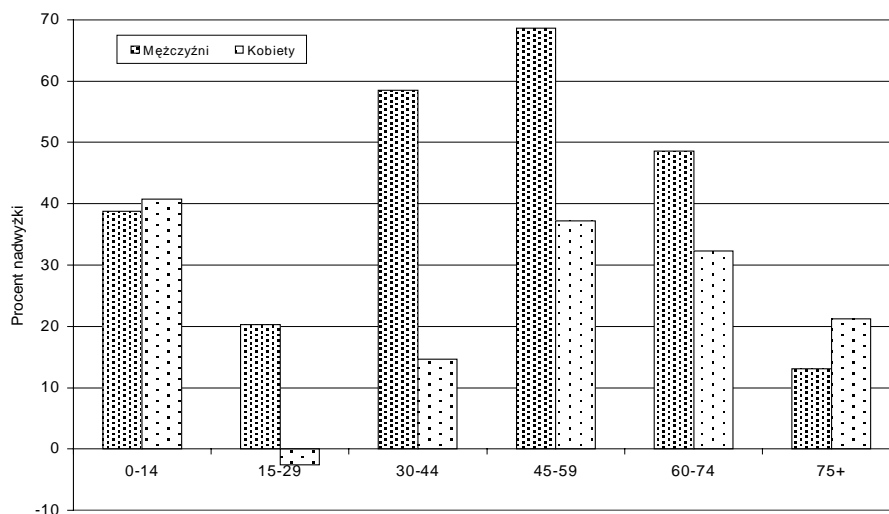
Stan zdrowia Polaków jest gorszy niż stan zdrowia mieszkańców Unii Europejskiej¹.

Poziom umieralności w Polsce jest wyższy od przeciętnego w krajach UE we wszystkich grupach wieku z wyjątkiem młodych kobiet (15-29 lat). W najbardziej niekorzystnej sytuacji są mężczyźni w wieku 30-59 lat, ale również dzieci poniżej 15. roku życia mają o 40% większe ryzyko zgonu niż ich rówieśnicy z krajów UE.

¹ Wszystkie porównania z Unią Europejską dotyczą Unii obejmującej 25 państw. Dane pochodzą z bazy WHO HFA Database (Biuro regionalne WHO w Kopenhadze). Opracowanie PZH.

Ryc. 6. Nadwyżka umieralności w Polsce w stosunku do średniego poziomu w krajach UE (25) według płci i grup wieku w 2002 r. (w procentach)

Źródło: Opracowanie PZH na podstawie WHO

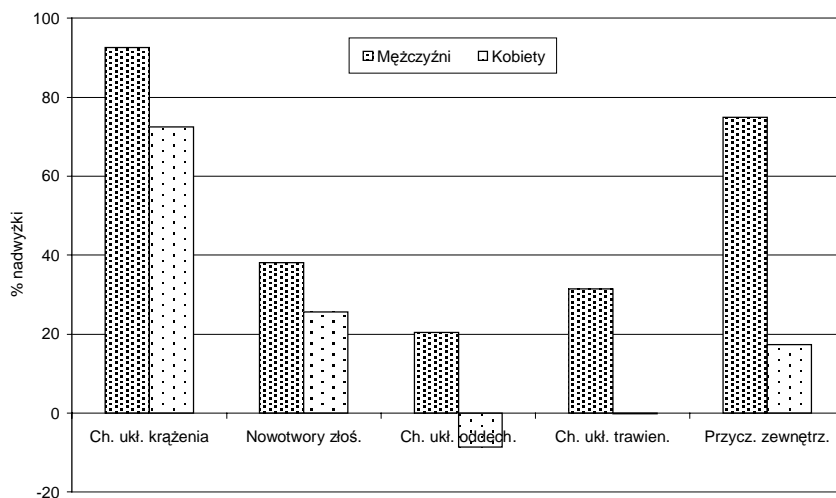


W roku 2002 zmarło w Polsce 71,1 tys. mężczyzn oraz 28,5 tys. kobiet w wieku największej aktywności społeczno-zawodowej tzn. w wieku 25-64 lata. Liczba ta stanowiła 37% ogółu zmarłych mężczyzn i 17% zmarłych kobiet. Główną przyczynę zgonów w tej grupie wiekowej stanowią obecnie nowotwory złośliwe. Jednak największa różnica w stosunku do krajów UE występuje w przypadku chorób układu krążenia. Poziom umieralności z powodu tych chorób jest w Polsce o około 80% wyższy od przeciętnego w UE (ryc. 7).

Niekorzystna sytuacja w zakresie chorób układu krążenia jest bardziej widoczna w przypadku chorób naczyń mózgowych niż w przypadku choroby niedokrwiennej serca.

Wśród mężczyzn duża nadwyżka zgonów w stosunku do krajów UE występuje w przypadku zewnętrznych przyczyn zgonów (w tym wypadki i samobójstwa).

Ryc. 7. Nadwyżka (w %) umieralności w wieku 25-64 lata w Polsce w stosunku do średniego poziomu w krajach UE(25) w głównych grupach przyczyn zgonów według płci w 2002 r.



Źródło: Opracowanie PZH na podstawie WHO

Umieralność niemowląt²

Systematycznie obniża się w Polsce umieralność niemowląt. W 2003 r. zmarło w Polsce 2 471 dzieci poniżej pierwszego roku życia (niemowląt). Współczynnik umieralności niemowląt wynosił 7,0 na 1000 urodzeń żywych.

Tab. 2. Umieralność niemowląt w wybranych krajach Europy w latach 1980-2002 - współczynnik na 1000 żywych urodzeń

| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Austria | 7,8 | 7,5 | 7,5 | 6,5 | 6,3 | 5,4 | 5,1 | 4,7 | 4,9 | 4,4 | 4,8 | 4,8 | 4,1 |
| Czechy | 10,8 | 10,4 | 9,9 | 8,5 | 7,9 | 7,7 | 6,0 | 5,9 | 5,2 | 4,6 | 4,1 | 4,0 | 4,2 |
| Niemcy | 7,0 | 6,9 | 6,2 | 5,8 | 5,6 | 5,3 | 5,0 | 4,9 | 4,7 | 4,5 | 4,4 | 4,3 | 4,3 |
| Francja | 7,3 | 7,3 | 6,8 | 6,5 | 5,9 | 4,9 | 4,8 | 4,7 | 4,6 | 4,3 | 4,6 | 4,5 | 4,2 |
| Węgry | 14,8 | 15,6 | 14,1 | 12,5 | 11,5 | 10,7 | 10,9 | 9,9 | 9,7 | 8,4 | 9,2 | 8,1 | 7,2 |
| Polska | 19,3 | 18,2 | 17,3 | 16,1 | 15,1 | 13,6 | 12,2 | 10,2 | 9,5 | 8,9 | 8,1 | 7,7 | 7,5 |
| Szwecja | 6,0 | 6,2 | 5,3 | 4,8 | 4,4 | 4,1 | 4,0 | 3,6 | 3,5 | 3,4 | 3,4 | 3,7 | 2,8 |
| Wlk. Brytania | 7,9 | 7,4 | 6,6 | 6,3 | 6,2 | 6,2 | 6,1 | 5,9 | 5,7 | 5,8 | 5,6 | 5,5 | 5,3 |

Źródło: Opracowanie CSIOZ na podstawie OECD Health Data 2004

Umieralność niemowląt w Polsce wykazuje w ostatnich latach wyraźny trend spadkowy. Obecnie osiągnęła poziom notowany w krajach Unii Europejskiej na początku lat dziewięćdziesiątych.

W 2002 r. wśród przyczyn zgonów niemowląt dominowały: zaburzenia związane z czasem trwania ciąży i rozwojem płodu - 20%, zespół zaburzeń oddychania i inne stany układu oddechowego – 15%,

² Informacje dotyczące umieralności niemowląt zamieszczono na podstawie danych w Narodowym Plan Zdrowotnym na lata 2004 – 2013, uaktualnionych na podstawie danych GUS.

posocznica bakteryjna noworodka – 4% oraz wady rozwojowe wrodzone (zwłaszcza układu nerwowego i serca) – 33,3%. Połowa (53%) wszystkich zgonów niemowląt nastąpiła w pierwszym tygodniu życia. Głównymi przyczynami hospitalizacji niemowląt są choroby układu oddechowego, stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym i wady wrodzone.

Wskaźnik umieralności niemowląt wykazuje dosyć duże zróżnicowanie między poszczególnymi województwami. Umieralność niemowląt w województwach śląskim, dolnośląskim i zachodniopomorskim należy w ostatnich latach do najwyższych w kraju.

Większość zaburzeń i chorób okresu okołoporodowego następuje pod wpływem przyczyn mających swe źródła w przebiegu ciąży lub okresu poprzedzającego ciążę. Dotyczy to przede wszystkim wcześniactwa i małej masy urodzeniowej noworodków. U jej podłoża leżą czynniki społeczne (np. zła sytuacja materialna, brak wsparcia społecznego), niewłaściwe zachowania zdrowotne.

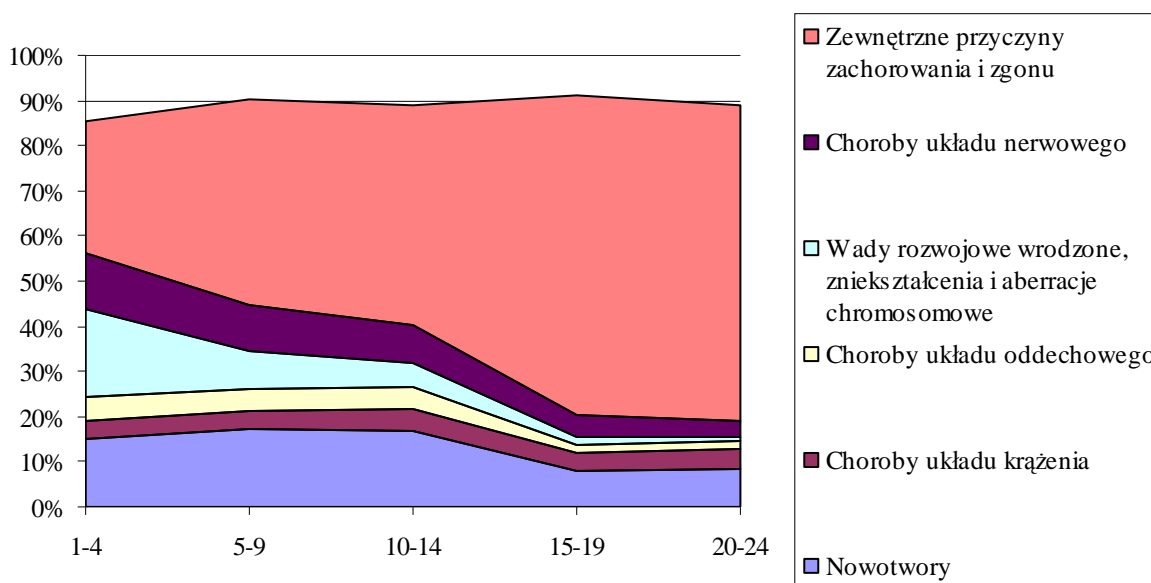
Istotną przyczynę stanowi także niska świadomość potrzeby wczesnej opieki medycznej w czasie ciąży i często niska jej jakość, co w rezultacie prowadzi do braku zdiagnozowanych i nie leczonych zaburzeń i chorób np. nadciśnienia, cukrzycy lub niedokrwistości.

Sytuacja zdrowotna dzieci i młodzieży

Główne przyczyny hospitalizacji w wieku rozwojowym to choroby układu oddechowego, choroby układu trawiennego, choroby zakaźne i pasożytnicze, choroby układu nerwowego, choroby układu moczowo-płciowego, następstwa wypadków, urazów i zatruc oraz wrodzone wady rozwojowe. Wraz z wiekiem maleje natężenie hospitalizacji w związku z infekcjami, rośnie natomiast znaczenie wypadków urazów i zatruc jako przyczyna hospitalizacji.

W 2003 r. zgony dzieci w grupie wiekowej 1 – 4 lata były głównie spowodowane przyczynami zewnętrznymi, wadami rozwojowymi wrodzonymi, nowotworami i chorobami układu nerwowego. W wieku 5 - 9, 10 - 14 i 15 – 19 lat głównymi przyczynami zgonów są również przyczyny zewnętrzne, nowotwory i choroby układu nerwowego, w tym dziecięce porażenie mózgowe. Znaczenie zewnętrznych przyczyn zgonów jest większe u chłopców i rośnie wraz ze wzrostem stopnia usamodzielniania się dzieci i młodzieży, stanowiąc odpowiednio 29%, 46%, 49% i 71% przyczyn zgonów w wieku 1 – 4, 5 – 9, 10 – 14 i 15- 19 lat w 2003 r.

Ryc. 8. Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności dzieci i młodzieży w poszczególnych grupach wieku w 2003 roku



Źródło: Opracowanie CSIOZ na podstawie GUS

Informacje o stanie zdrowia społeczeństwa na podstawie danych o hospitalizacji³

Informacje o przyczynach i częstości hospitalizacji są jednym z ważniejszych elementów wykorzystywanych w analizie i ocenie stanu zdrowia populacji. Struktura przyczyn hospitalizacji jest z jednym z najważniejszych obrazów problemów zdrowotnych wymagających czynnej interwencji wykwalifikowanego personelu medycznego. Struktura najważniejszych przyczyn hospitalizacji ulega zmianom z wiekiem i jest różna dla mężczyzn i kobiet. Chłopcy w wieku do 9. lat hospitalizowani są najczęściej z powodu chorób układu oddechowego, w wieku 10. lat zaczynają dominować urazy i zatrucia oraz choroby układu trawiennego. Sytuacja ta utrzymuje się do 35. roku życia, kiedy wśród przyczyn hospitalizacji mężczyzn zaczynają dominować choroby układu krążenia. Od 45. roku życia do chorób układu krążenia dochodzą nowotwory, które jako przyczyna hospitalizacji osiągają maksimum w 60. roku życia nie przewyższając jednak, co do częstości chorób układu krążenia, które aż do 84. roku życia zwiększają swoje znaczenie jako przyczyna hospitalizacji mężczyzn. W starszych grupach wieku zwiększa się też znaczenie chorób układu oddechowego jako przyczyn pobytu w szpitalu. Nieco inaczej przedstawia się struktura hospitalizacji kobiet. W wieku 19. lat dominują choroby układu oddechowego przy stosunkowo nieznacznym w porównaniu z mężczyznami udziale urazów i zatruc. W grupie wiekowej 20 – 45 lat przeważają powikłania ciąży, porodu i połogu przy równoczesnym wzroście znaczenia chorób układu moczowo-płciowego. Od 50. roku życia wśród przyczyn hospitalizacji kobiet zaczynają dominować choroby układu krążenia, przy czym od 80. roku życia maleje udział nowotworów.

³ Informacje o hospitalizacji przedstawiono na podstawie ostatnich danych prezentowanych przez PZH, a zamieszczonych w Narodowym Planie Zdrowotnym na lata 2004 - 2013,

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych⁴

Sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce ocenia się jako korzystną. Dane o liczbie zachorowań na wybrane choroby wskazują, że zapadalność na większość chorób w ostatnich dekadach wskazuje względnie stałą tendencję spadkową. Współczynnik umieralności z powodu chorób zakaźnych w ostatnim dziesięcioleciu ustabilizował się na relatywnie niskim poziomie - rocznie 5. do 8. zgonów na 100 tys. ludności, co odpowiada udziałowi chorób zakaźnych w przyczynach zgonów Polaków w granicach 0,5% - 0,8%. Około 40% wszystkich zgonów z powodu chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce w ostatnich latach stanowią zgony z powodu gruźlicy i jej późnych następstw, a 20% - 30% zgony z powodu posocznicy.

Korzystna i względnie stabilna sytuacja epidemiologiczna może prowadzić do błędnego wniosku, że choroby zakaźne nie stanowią już w naszym kraju problemu zdrowia publicznego. Eksperti Światowej Organizacji Zdrowia systematycznie przypominają o ponownym wzroście znaczenia wielu chorób zakaźnych (tzw. choroby nawracające), w tym gruźlicy, błonicy, boreliozy, cholery czy dżumy oraz o pojawiających się nowych zagrożeniach takich jak: gorączki krwotoczne, choroby prionowe, SARS. Kolejnym zagrożeniem jest możliwość użycia broni biologicznej oraz pojawienie się pandemii grypy. Nadal aktualne pozostają zagrożenia takimi chorobami zakaźnymi, w przypadku których niska zapadalność utrzymywana jest wyłącznie dzięki prowadzonym systematycznie wieloletnim programom szczepień ochronnych.

W powstrzymaniu występowania zachorowań podstawową rolę odgrywa skuteczne przeprowadzanie szczepień niemal całej populacji (szczególnie dzieci i młodzieży) lub grup ryzyka. W Polsce utrzymuje się, pomimo wypracowanego przez wiele lat powszechnego systemu szczepień ochronnych, dość wyraźne zróżnicowanie poziomu zaszczepienia w poszczególnych województwach oraz poziomu nadzoru nad wykonawstwem szczepień.

Przewidywane zmiany epidemiologiczne do roku 2020

Przy tworzeniu Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007-2013 konieczne jest uwzględnienie nie tylko historycznych danych epidemiologicznych, ale także prognoz. Jedno z najważniejszych opracowań na ten temat zostało przygotowane przez Światową Organizację Zdrowia. Prognoza ta dotyczy roku 2020 i uwzględnia zarówno przyszłe najważniejsze przyczyny zgonów jak i choroby, które będą stanowić główne przyczyny największego ograniczenia sprawności fizycznej lub psychicznej ludzi.

W krajach rozwiniętych, tak jak na całym świecie, głównymi przyczynami zgonów pozostanie choroba niedokrwienna serca oraz choroba naczyń mózgowych. Ponadto duża część zgonów będzie spowodowana chorobami nowotworowymi (nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzela i płuca, nowotwory złośliwe okrężnicy i odbytnicy, nowotwór złośliwy żołądka) oraz przez zakażenia dolnych dróg oddechowych, samouszkodzenia i cukrzycę (Tab.3.).

⁴ Informacje o sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób zakaźnych przedstawiono na podstawie danych zamieszczonych w Narodowym Planie Zdrowotnym na lata 2004 - 2013

Tab.3. Przewidywane główne przyczyny zgonów w 2020 r. - Regiony rozwinięte (scenariusz podstawowy)

| Poz. | Obie płcie razem | | Mężczyźni | | Kobiety | |
|------|---|----------|---|----------|---|----------|
| | Choroba lub uraz | % zgonów | Choroba lub uraz | % zgonów | Choroba lub uraz | % zgonów |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Choroba niedokrwienna serca | 24,1 | Choroba niedokrwienna serca | 23,6 | Choroba niedokrwienna serca | 24,8 |
| 2 | Choroba naczyń mózgowych | 12,7 | Choroba naczyń mózgowych | 10,3 | Choroba naczyń mózgowych | 15,4 |
| 3 | Nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzela i płuca | 5,9 | Nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzela i płuca | 7,9 | Nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzela i płuca | 3,6 |
| 4 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc | 4,1 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc | 4,7 | Zakażenia dolnych dróg oddechowych | 3,6 |
| 5 | Zakażenia dolnych dróg oddechowych | 3,2 | Nowotwór złośliwy żołądka | 2,9 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc | 3,3 |
| 6 | Nowotwory złośliwe okrężnicy i odbytnicy | 2,7 | Zakażenie dolnych dróg oddechowych | 2,9 | Nowotwór złośliwy | 3,0 |
| 7 | Nowotwór złośliwy żołądka | 2,4 | Nowotwory złośliwe okrężnicy i odbytnicy | 2,7 | Nowotwory złośliwe okrężnicy i odbytnicy | 2,7 |
| 8 | Samouszkodzenie | 1,8 | Samouszkodzenie | 2,3 | Cukrzyca | 2,4 |
| 9 | Cukrzyca | 1,6 | Nowotwory złośliwe prostaty | 2,2 | Nowotwór złośliwy żołądka | 1,9 |

Źródło: Christopher J.L. Murray, Alan D.Lopez, *op. cit.* s. 380.

W prognozie Światowej Organizacji Zdrowia określono również najważniejsze choroby wpływające zarówno na zgony jak i na niepełnosprawność fizyczną lub psychiczną ludności.

Choroby, które będą powodować największą liczbę zgonów znajdują się wśród tych, które dają najwyższe wartości wskaźnika DALY. Jest to wskaźnik lat życia przeżytych w niepełnosprawności i czasu straconego na skutek przedwczesnej śmierci. Do wspomnianych wyżej chorób należy zarówno choroba niedokrwienna serca, choroby naczyń mózgowych, nowotwory złośliwe, przyczyny zewnętrzne (wypadki drogowe, samouszkodzenia), obturacyjna choroba płuc. Pozostałymi chorobami o najwyższych wartościach DALY będą choroby psychiczne, skutki nadmiernego spożycia alkoholu oraz choroby kości i stawów (Tab.4.).

Tab.4. Przewidywane główne choroby w DALY w 2020 - Regiony rozwinięte (scenariusz podstawowy)

| Poz. | Obie płcie razem | | Mężczyźni | | Kobiety | |
|------|--|----------|--|----------|--|----------|
| | Choroba lub uraz | % zgonów | Choroba lub uraz | % zgonów | Choroba lub uraz | % zgonów |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Choroba niedokrwienna serca | 11,2 | Choroba niedokrwienna serca | 12,9 | Ciężka depresja jednobiegunowa | 9,8 |
| 2 | Choroba naczyń mózgowych | 6,2 | Choroba naczyń mózgowych | 5,9 | Choroba niedokrwienna serca | 8,5 |
| 3 | Ciężka depresja jednobiegunowa | 6,1 | Nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzela i płuca | 5,8 | Choroba naczyń mózgowych | 6,8 |
| 4 | Nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzela i płuca | 4,5 | Skutki spożycia alkoholu | 5,5 | Choroby kości i stawów | 5,2 |
| 5 | Wypadki drogowe | 4,3 | Wypadki drogowe | 5,0 | Demencja i inne zwyrodnieniowe oraz wrodzone choroby CSN | 5,2 |
| 6 | Skutki spożycia alkoholu | 3,8 | Ciężka depresja jednobiegunowa | 3,6 | Wypadki drogowe | 3,2 |
| 7 | Demencja i inne zwyrodnieniowe oraz wrodzone choroby CSN | 3,5 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc | 3,3 | Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca | 2,7 |
| 8 | Choroby kości i stawów | 3,4 | Samouszkodzenia | 3,1 | Przewlekłe obturacyjna choroba płuc | 2,6 |
| 9 | Przewlekła obturacyjna choroba płuc | 3,0 | Choroby kości i stawów | 2,3 | Inne nowotwory złośliwy | 2,6 |
| 10 | Samouszkodzenia | 2,4 | Demencja i inne zwyrodnieniowe oraz wrodzone choroby CSN | 2,2 | Cukrzyca | 2,1 |

Źródło: Christopher J.L. Murray, Alan D. Lopez, op. cit. s. 398.

3.3. Kadrowe i materialne warunki funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce

Podstawowym wskaźnikiem charakteryzującym zasoby ochrony zdrowia w danym kraju jest liczba lekarzy w przeliczeniu na liczbę ludności.

W 2003 r. w Polsce ogólna liczba lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu wynosiła 122 429, a więc wskaźnik na 1000 mieszkańców wynosił około 3,2. Liczba lekarzy zatrudnionych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej wynosiła 64 052 - wskaźnik na 1000 mieszkańców wynosił około 1,7. Najwięcej lekarzy na 1000 mieszkańców zatrudnionych było w województwach mazowieckim (2,7), śląskim (2,6) i łódzkim (2,6). Najmniej w województwach warmińsko-mazurskim (1,6), opolskim (1,7) lubuskim (1,7).

W Polsce wskaźnik liczby lekarzy na 1000 mieszkańców jest nieco niższy niż w porównywanych krajach UE poza Wielką Brytanią, gdzie wskaźnik ten waha się od 1,8 w 1995 roku do 2,1 w 2002 r.

Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców obrazuje potencjalny dostęp do opieki medycznej. We wszystkich wymienionych niżej krajach obserwować można lekką tendencję wzrostową tego wskaźnika.⁵

Tab. 5. Liczba lekarzy - wskaźnik na 1000 mieszkańców w wybranych krajach w latach 1995-2002

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Czechy | 3,0 | 3,0 | 3,1 | 3,0 | 3,1 | 3,4 | 3,4 | 3,5 |
| Francja | 3,2 | 3,2 | 3,3 | 3,3 | 3,3 | 3,3 | 3,3 | 3,3 |
| Niemcy | 3,1 | 3,1 | 3,1 | 3,2 | 3,2 | 3,3 | 3,3 | 3,3 |
| Węgry | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 3,1 | 3,1 | | | 3,2 |
| Polska | 2,3 | 2,4 | 2,4 | 2,3 | 2,3 | 2,2 | 2,2 | 2,3 |
| Hiszpania | 2,5 | 2,8 | 2,9 | 2,8 | 3,0 | 3,1 | 3,0 | 2,9 |
| Szwecja | 2,8 | 2,8 | 2,8 | 2,8 | 2,9 | 3,0 | | |
| Wlk. Bryt. | 1,8 | 1,8 | 1,9 | 1,9 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,1 |

Źródło: Opracowanie CSIOZ na podstawie OECD Health Data 2004

W 2003 r. w Polsce ogólna liczba pielęgniarek posiadających prawo wykonywania zawodu wynosiła 265 200, a więc wskaźnik na 1000 mieszkańców wynosił 7,0. W zakładach opieki zdrowotnej zatrudnionych było 181 291 pielęgniarek - wskaźnik liczby pielęgniarek na 1000 ludności był równy 4,7. Najwyższy wskaźnik zanotowano w województwie lubelskim (5,4), dolnośląskim (5,1) świętokrzyskim (4,9), mazowieckim (4,8), najniższy w województwie wielkopolskim (4,0), opolskie (4,1), zachodniopomorskim i warmińsko-mazurskim (4,2).

W większości krajów UE obserwuje się tendencję wzrostową wskaźnika liczby pielęgniarek na 1000 mieszkańców.⁶

Liczba pielęgniarek w Polsce jest wyraźnie niższa od średniej w krajach UE i wykazuje tendencję malejącą. Należy jednak zwrócić uwagę, że dane dla Polski (przekazywane do OECD) nie obejmują pielęgniarek, których podstawowe miejsce zatrudnienia stanowią praktyki prywatne.

⁵ Wskaźnik liczby lekarzy na 1000 mieszkańców (stosowany przez OECD) obejmuje lekarzy i lekarzy specjalistów praktykujących w sektorze publicznym i prywatnym (łącznie z samozatrudnieniem). Nie obejmuje lekarzy dentyistów, lekarzy zatrudnionych poza granicami kraju, zatrudnionych w administracji, jednostkach naukowych i w przemyśle, natomiast uwzględnia lekarzy obcokrajowców mających prawo wykonywania zawodu i praktykujących na terenie danego kraju).

⁶ Liczbę pielęgniarek obrazuje wskaźnik liczby pielęgniarek na 1000 mieszkańców (stosowany przez OECD), który obejmuje pielęgniarki praktykujące w sektorze publicznym i prywatnym (łącznie z samozatrudnieniem). Nie obejmuje pielęgniarek zatrudnionych poza granicami kraju, zatrudnionych w administracji, jednostkach naukowych i w przemyśle, natomiast uwzględnia pielęgniarki obcokrajowców mające prawo wykonywania zawodu i praktykujące na terenie danego kraju.

Tab.6. Liczba pielęgniarek - wskaźnik na 1000 mieszkańców w wybranych krajach w latach 1995-2002

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Czechy | 8,6 | 8,6 | 8,6 | 8,6 | 8,6 | 8,9 | 9,2 | 9,4 |
| Francja | 6,1 | 6,2 | 6,2 | 6,4 | 6,5 | 6,7 | 7 | 7,2 |
| Niemcy | | | 9,2 | 9,4 | 9,5 | 9,6 | 9,7 | 9,9 |
| Węgry | 8,0 | 8,0 | 7,9 | 8,1 | 7,9 | 8 | 8,3 | 8,5 |
| Polska | 5,5 | 5,6 | 5,6 | 5,5 | 5,1 | 4,9 | 4,8 | 4,8 |
| Hiszpania | 5,8 | 6,3 | 6,3 | 6,2 | 6,5 | 6,4 | 6,5 | 7,1 |
| Szwecja | 8,5 | 8,4 | 8,2 | 8,3 | 8,4 | 8,8 | | |
| Wlk. Bryt. | 7,9 | 8,2 | 8,1 | 8,4 | 8,8 | 8,8 | 9 | 9,2 |

Źródło: Opracowanie CSIOZ na podstawie OECD Health Data 2004

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).

Tab.7 . Liczba łóżek opieki stacjonarnej na 1000 mieszkańców w wybranych krajach w latach 1995-2002

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

Źródło: Opracowanie CSIOZ na podstawie OECD Health Data 2004

⁷ Wszystkie porównania z Unią Europejską dotyczą okresu sprzed przystąpienia do niej Polski.

⁸ World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life, WHO 2002.

⁹ Umieralność okołoporodowa – martwe urodzenia oraz zgony w pierwszym tygodniu życia.

¹⁰ Przy dokonywaniu takich porównań należy uwzględnić fakt, że podany tutaj dla Polski współczynnik umieralności okołoporodowej liczony jest od 500g, a nie od 1000 g jak w przytoczonych danych dla Unii Europejskiej.

¹¹ Zgony neonatalne – zgony niemowląt w pierwszych czterech tygodniach życia.

¹² Polska zaliczana jest do tej grupy krajów.

¹³ DALY – Lata życia skorygowane niepełnosprawnością. Jest to wskaźnik lat życia przeżytych w niepełnosprawności i czasu straconego na skutek przedwczesnej śmierci.

3.4. Organizacja i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia

Do zasadniczych elementów konstrukcji i działania polskiego systemu opieki zdrowotnej przed rokiem 1999 należy zaliczyć:

- budżet państwa jako główne źródło finansowania publicznej ochrony zdrowia;
- dominującą rolę administracji państwowej szczebla centralnego i wojewódzkiego w organizacji i nadzorze publicznego systemu ochrony zdrowia;
- finansowanie zakładów opieki zdrowotnej jako jednostek budżetowych, tj. w logice finansowania podmiotów, a nie finansowania świadczeń (mimo wprowadzania od połowy lat 90. finansowania zadaniowego na podstawie kontraktów z lekarzami i samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej w niektórych województwach, miastach i gminach).

Jednocześnie w latach 1991-1998 wprowadzano w życie szereg rozwiązań, tworzących podstawy działania *quasi* rynku świadczeń w publicznym systemie opieki zdrowotnej, takich jak:

- przekształcanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej z jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;
- wprowadzenie rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej;
- powstawanie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej i specjalistycznym leczeniu ambulatoryjnym;
- przejęcie części zadań ochrony zdrowia przez samorządy lokalne;
- zawieranie kontraktów na świadczenia zdrowotne między dysponentami środków publicznych (władze państwowe i samorządowe) a publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej;
- częściowe (lokalne) wprowadzenie Rejestru Usług Medycznych jako instrumentu wspomagającego monitorowanie wykonania kontraktów i ich rozliczanie;
- powstanie instytucji lekarza rodzinnego, wzmocnienie jego kompetencji i powierzenie roli strażnika wejścia do systemu oraz koordynatora opieki nad pacjentem;
- prywatyzacja aptek i hurtowni leków.

Mimo częściowego modyfikowania i usprawniania systemu, nie udało się wyeliminować negatywnych zjawisk, do których trzeba zaliczyć:

- niski poziom finansowania systemu opieki zdrowotnej;
- permanentne zadłużanie się publicznych świadczeniodawców;
- realny spadek dochodów pracowników sektora publicznego opieki zdrowotnej (sfera budżetowa), powodujący silne niezadowolenie tej grupy zawodowej;
- ograniczoną dostępność do świadczeń oraz wzrost znaczenia szarej strefy, wywołujące uzasadnione niezadowolenie pacjentów;
- niską efektywność, w tym przypadki nieracjonalnego wydatkowania środków publicznych, np. zakupy zbędnego sprzętu i aparatury medycznej;
- brak polityki alokacji bazy leczenia i nietrafne decyzje inwestycyjne (wieloletnie, kosztowne inwestycje bez dostatecznego uzasadnienia, przy równoczesnych dotkliwych brakach infrastruktury medycznej);

nacisk na rozwój leczenia stacjonarnego kosztem innych segmentów systemu.

W odbiorze społecznym i politycznym publiczna służba zdrowia była oceniana źle, a konieczność jej szybkiej naprawy uznano za sprawę pierwszoplanową.

Z dniem 1 stycznia 1999 roku dotychczasowy system budżetowy finansowania ochrony zdrowia został przekształcony w systemu ubezpieczeniowo-budżetowy, przy czym powszechne obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne stało się zasadniczym filarem finansowania (Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28 poz. 153)). Wprowadzono nowe dominujące źródło finansowania, jakim stały się składki PUZ oraz powołano do życia nowy system instytucjonalny kas chorych, składający się z 17. relatywnie autonomicznych kas (16 regionalnych i 1 branżowa) oraz ich krajowego związku, odpowiadający za alokację przekazanych środków finansowych na ochronę zdrowia. Wprowadzenie nowego systemu miało na celu wzrost efektywności funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, dzięki upowszechnieniu logiki rynku wewnętrznego, opartej na:

- oddzieleniu roli płatnika (kasy chorych) od roli świadczeniodawcy (zakłady opieki zdrowotnej);
- przekształceniu wszystkich publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostały włączone w system kontraktowania usług zdrowotnych, w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;
- ukształtowanie relacji między płatnikiem a świadczeniodawcą za pomocą mechanizmu kontraktowania świadczeń zdrowotnych;
- prawie wolnego wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta;
- wzroście znaczenia podstawowej opieki zdrowotnej, realizowanej głównie przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, w oparciu o kapitałowe kontrakty z płatnikami;
- wprowadzeniu konkurencji między świadczeniodawcami publicznymi i niepublicznymi o kontrakty na świadczenia finansowane ze środków kas chorych i o pacjentów.

Jednak od samego początku działania nowego systemu wystąpiły liczne poważne zakłócenia. Zarówno kasy, jak i usługodawcy oraz pacjenci uczyli się funkcjonowania w nowym systemie, w którym szereg istotnych elementów zostało pominiętych, niedopracowanych lub uregulowanych niewłaściwie. Prowadziło to do wielu napięć społecznych. Do najważniejszych braków i błędów systemu trzeba zaliczyć m.in.:

- nieprecyzyjne zasady wyceny świadczeń w zakładach opieki zdrowotnej;
- niepełne regulacje prawne, dotyczące zasad kontraktowania;
- uproszczone zasady kontraktowania, stosowane przez Kasy Chorych, w tym nieprecyzyjne definiowanie przedmiotu kontraktu, pomijanie klauzul jakościowych, rozliczanie za pomocą prostych mechanizmów finansowania, nie odzwierciedlających związku między kosztem świadczenia a płatnością;
- niedostateczny związek liczby i struktury kontraktowanych świadczeń z potrzebami zdrowotnymi populacji, stosowanie limitów ilościowych kontraktowanych świadczeń;
- zaległości płatników w płaceniu świadczeniodawcom;
- poważne luki w efektywnym nadzorze i kontroli płatników nad realizacją kontraktów przez zakłady opieki zdrowotnej;

- brak pełnego aktualnego systemu informatycznego o ubezpieczonych i uiszczanych składkach;
- trudności biurokratyczne, towarzyszące uzyskaniu przez pacjenta prawa do leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej poza zasięgiem regionalnym/kontraktem danej kasy;
- dość znaczne zróżnicowanie środków finansowych na jednego ubezpieczonego w poszczególnych kasach, przy braku skutecznego mechanizmu wyrównywania różnic;
- bardzo ograniczone wydatki, a w zasadzie ich brak, ze środków własnych kas na profilaktykę i promocję zdrowia, przy niewielkich środkach przekazywanych na te cele z budżetu;
- brak skutecznych mechanizmów nadzoru organów założycielskich wobec samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Odrębnym zagadnieniem dyskusyjnym była kwestia zasad wymiaru i wysokości składki PUZ, określonych różnie dla różnych grup społeczno-zawodowych, powodująca zasygnalizowane wyżej znaczne regionalne różnice w przychodach kas chorych ze składek. Dynamika wzrostu środków publicznych na ochronę zdrowia, zwłaszcza w pierwszych latach reformy, była niewielka w związku ze znacznym spowolnieniem tempa wzrostu gospodarczego, a tym samym - dochodów ubezpieczonych, będących podstawą wymiaru składek PUZ. Pozostały takie problemy, jak nieracjonalne rozmieszczenie infrastruktury, szczególnie szpitalnej, których nie rozwiązały odgórnie inicjowane programy restrukturyzacji. Wszystkie te czynniki łącznie spowodowały, że polityczne i społeczne oczekiwania wobec reformy nie zostały spełnione.

System wykazywał wiele oznak niesprawności:

- narastało zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- niektóre kasy chorych okazały się niezdolne do finansowania usług medycznych w ramach posiadanych środków finansowych;
- zmniejszała się dostępność pacjentów do świadczeń zdrowotnych, szczególnie ambulatoryjnych specjalistycznych;
- zwiększały się różnice regionalne w poziomie finansowania i korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

W kwietniu 2003 r. doszło do zmian organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia. Zgodnie z ustawą z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45 poz. 391) w miejsce 17. kas chorych powstał jeden płatnik -Narodowy Fundusz Zdrowia z 16. oddziałami utworzonymi na bazie dotychczasowych kas regionalnych. Zmiany dotyczyły jedynie organizacji i funkcjonowania głównego płatnika publicznego, natomiast utrzymane zostały zasady uczestnictwa w systemie puz i wymiaru składek. Nowe rozwiązania zostały jednak uznane przez Trybunał Konstytucyjny za sprzeczne z Konstytucją (Wyrok z dnia 7 stycznia 2004 r. sygn. K 14/03; Dz. U. Nr 5 poz. 37 z dnia 15 stycznia 2004). Nie uniknięto powielenia poprzednich błędów, a zmiany spotkały się z jeszcze gorszą oceną społeczno-polityczną. Nie oznaczało to likwidacji struktury NFZ i powrotu do poprzednich rozwiązań organizacyjnych. Konieczne stało się natomiast dokonanie zmian prawnych, odnoszących się do zasad funkcjonowania NFZ. Sejm przyjął nową ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135).

Nowowprowadzona regulacja prawna, zmieniająca charakter instytucji płatnika, nie mogła rozwiązać wszystkich problemów systemu, których przyczyny nie wynikają tylko ze sposobu zorganizowania płatnika. Niezmienione zostały zasady uczestnictwa w systemie PUZ i wymiaru składek.

NFZ, kontynuując wysiłki kas chorych, dąży do udoskonalenia i ujednoczenia metod kontraktowania. Mimo, że obecnie stosowane zasady są zdecydowanie bardziej precyzyjne ze względu na określenie przedmiotu umowy, wycenę, warunki zapewnienia jakości, to nadal wymagają doskonalenia. Dotyczy to przede wszystkim mechanizmu płacenia za usługi szpitalne. Istniejący cennik budzi znaczne zastrzeżenia ze strony usługodawców, którzy wskazują na pewne braki i uproszczenia, np. brak określonych kategorii świadczeń, zaniżona wycena, jednolitość stawek bez względu na poziom referencyjny szpitali.

W MZ i NFZ przygotowuje się algorytm podziału środków na poszczególne województwa, uwzględniający nie tylko liczbę zarejestrowanych w oddziałach wojewódzkich osób objętych opieką, ale również strukturę płci i wieku, migrację poza województwo oraz poziom korzystania ze świadczeń wysokospecjalistycznych. Właściwa konstrukcja algorytmu ma służyć zobiektywizowaniu podziału środków finansowych, a tym samym zapobieganiu nadmiernemu i nieuzasadnionemu zróżnicowaniu poziomu finansowania ochrony zdrowia na mieszkańca w poszczególnych województwach. Niewątpliwie konieczne będzie przy zawieraniu kontraktów analizowanie zasadności projektowanych kosztów.

Problem odnawiającego się zadłużania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej pozostaje nierozwiązany. Wynika on z szeregu przyczyn:

- ograniczonej wysokości środków publicznych na ochronę zdrowia;
- nieracjonalnego rozmieszczenia zakładów opieki zdrowotnej;
- niewłaściwej alokacji środków;
- braku odpowiedniego nadzoru właścicielskiego;
- złego zarządzania zakładami opieki zdrowotnej.

Nowe regulacje ustawowe zawierają ponadto rozwiązania, nakierowane na ograniczenie możliwości zadłużania i zapewnienie lepszego zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej, ale też zwiększenie presji rynkowych (ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz. U. Nr 78, poz. 684).

3.5. Zarządzanie informacją w ochronie zdrowia

Opieka medyczna jako system organizacyjny, wymaga specyficznych metod i narzędzi do jego zarządzania, ponieważ zdrowie to dobro, które wymaga szczególnej opieki ze strony państwa. Dysproporcja pomiędzy ilością dostępnych środków a praktycznie nieograniczonym popytem na usługi medyczne wymaga takiej organizacji systemu opieki medycznej w państwie, aby zapewnić maksymalny efekt przy optymalnych kosztach.

Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia wymaga przede wszystkim posiadania przez podmioty odpowiedzialne za jego funkcjonowanie odpowiedniego zasobu informacji (dotyczących m.in. korzystania ze świadczeń zdrowotnych, uwarunkowań demograficzno-środowiskowych, stanu środowiska naturalnego, stanu zdrowia mieszkańców, zachorowalności, chorobowości, umieralności).

Niezbędne są także informacje dotyczące sieci placówek ochrony zdrowia, udzielających świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych.

Funkcjonujący obecnie system informacyjno-sprawozdawczy w ochronie zdrowia także w zakresie współpracy międzynarodowej nie gwarantuje wiarygodności, kompletności i możliwości satysfakcjonującego porównywania danych dotyczących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i stopnia ich zaspokajania. Wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ujawniło niewydolność informacyjną systemu. Ponadto poziom informacji pozostaje w zdecydowanej dysproporcji w stosunku do potrzeb instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia.

3.6. Finansowanie ochrony zdrowia

Ochrona zdrowia finansowana jest z kilku źródeł, zarówno publicznych, jak i prywatnych.

Największym z nich, mającym charakter podatku celowego, są przychody ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, które są gromadzone przez ZUS i KRUS i przekazywane do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Drugim pod względem wielkości źródłem publicznego zasilania ochrony zdrowia jest budżet państwa. Wśród prywatnych źródeł finansowania ochrony zdrowia istotne znaczenie mają środki gospodarstw domowych oraz nakłady: pracodawców, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, organizacji charytatywnych (nie dotowanych z funduszy publicznych).

Powszechne ubezpieczenie zdrowotne

Udział Kas Chorych, a od 2003 r. Narodowego Funduszu Zdrowia, w wydatkach publicznych na ochronę zdrowia był dominujący. Już w 1999 r. wynosił ponad 80%, a w kolejnych latach rósł, osiągając w latach 2002-2003 około 88%. Wpływy ze składek rosną z powodu wzrostu dochodów ubezpieczonych, będących podstawą wymiaru, a także na skutek corocznego stopniowego wzrostu wysokości składki. Koszty świadczeń zdrowotnych, ponoszone przez Kasy Chorych i NFZ. Wzrosły od poziomu nieco ponad 21,5 mld. zł w roku 1999 do ponad 29,2 mld. zł w roku 2003, co oznacza wskaźnik wzrostu 135,8 w ujęciu nominalnym.

Włączenie Polski do koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie świadczeń zdrowotnych, w związku z jej członkostwem w Unii Europejskiej, będzie skutkowało zwiększeniem wydatków publicznych w sektorze ochrony zdrowia, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, z powodu bezpośredniego stosowania rozporządzeń unijnych w polskim porządku prawnym. Zakłada się, że skutki finansowe integracji w obszarze świadczeń zdrowotnych będą miały w Polsce dynamiczny charakter i będą wzrastały w kolejnych latach członkostwa proporcjonalnie do wzrostu liczby osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych w krajach UE, gdzie ceny za usługi medyczne są od kilku do kilkunastu razy wyższe niż w Polsce.⁷

Budżet państwa

Wydatki budżetowe na ochronę zdrowia w latach 1999 – 2002 wykazywały tendencję spadkową. Niektóre pozycje wydatków w pierwszych latach reformy miały charakter jednorazowy (np. dotacja na uruchomienie systemu kas chorych, dofinansowanie wysokospecjalistycznych procedur medycznych, spłata zobowiązań tytułu niezapłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne za bezrobotnych bez

⁷ Na podstawie uzasadnienia do ustawy z dnia 16.04.2004 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz o zmianie ustawy o zmianie ustawy o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. Nr 93, poz. 892)

prawa do zasiłku), co w kolejnych latach powodowało spadek dynamiki wydatków łącznych na ochronę zdrowia z budżetu państwa. W 2002 roku niektóre wysoko specjalistyczne procedury medyczne zostały przekazane do finansowania w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia w roku 2003 kształtowały się podobnie jak w roku 2002, zarówno gdy chodzi o wysokość jak i udział procentowy w wydatkach budżetu państwa ogółem.

Zakres finansowania z budżetu państwa programów polityki zdrowotnej oraz programów osłonowych i restrukturyzacyjnych należy uznać za ograniczony.

Wydatki samorządu terytorialnego

W przypadku jednostek samorządu terytorialnego, strumień środków finansowych, przeznaczanych na ochronę zdrowia sukcesywnie się zmniejsza. Wydatki jednostek samorządów terytorialnych w dziale ochrony zdrowia obejmują trzy obszary aktywności: opiekę zdrowotną, zdrowie publiczne oraz opiekę społeczną. Udział poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego w finansowaniu tych obszarów jest różny. O ile wydatkowanie środków na zdrowie publiczne i opiekę społeczną (związaną ze zdrowiem) jest zadaniem obligatoryjnym, o tyle finansowanie opieki zdrowotnej ma charakter fakultatywny. Po wprowadzeniu systemu ubezpieczeń zdrowotnych największą odpowiedzialnością za realizację zadań w dziedzinie ochrony zdrowia, spośród wszystkich jednostek samorządu terytorialnego obciążone zostały powiaty i województwa samorządowe. Władze tych samorządów stały się bowiem organami założycielskimi szpitali powiatowych i wojewódzkich. Gminy na ochronę zdrowia przeznaczają 0,9 % swoich wydatków. Wydatki miast na prawach powiatu na ochronę zdrowia stanowią około 2% ich wydatków ogółem, wydatki powiatów około 5%. Województwa samorządowe przeznaczają na ochronę zdrowia około 11% swoich wydatków ogółem.

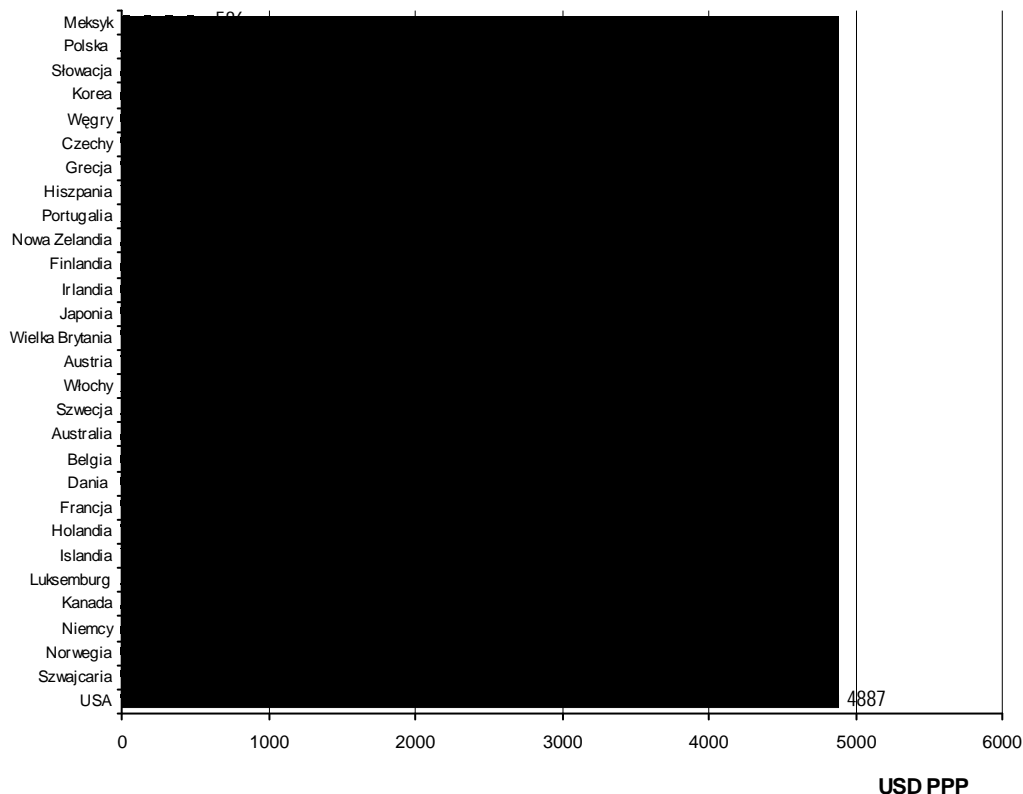
Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia

Średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na osobę w gospodarstwie domowym wahają się w granicach 30,24 - 38,80 zł, co daje w skali kraju kwotę odpowiednio 13.860,3 mln zł i 17.783,7 mln zł. Poziom wydatków na ochronę zdrowia znacznie różni się w poszczególnych grupach społecznych gospodarstw. Najwyższe są średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia przypadające na osobę w gospodarstwach domowych emerytów, które według badań budżetów gospodarstw domowych wynosiły w 2003 r. 61,91zł (ponad dwukrotnie więcej niż przeciętnie w całej populacji gospodarstw domowych), najniższe - w gospodarstwach utrzymujących się ze źródeł niezarobkowych, w których wynosiły średnio 14,52 zł.

Łącząc wszystkie źródła przychodów sektora dostrzegamy pokaźny wzrost środków finansowych: z 44 mld zł w 2000 r. do 54 mld w 2004 r. Można jednak wyróżnić dwa podokresy: w latach 2000-2003 przychody sektora rosły szybciej niż PKB, osiągając w 2003 r. 6,32 procentowy udział w PKB. Od 2004 r. składka rośnie wolniej od PKB i udział ochrony zdrowia zbliża się do poziomu 6%. Jest to niewątpliwie związane ze stagnacją bezpośrednich wydatków budżetu państwa na ochronę zdrowia, przypadającą w okresie szybszego wzrostu gospodarczego. Pewien udział w tym spadku może mieć duża ostrożność prognozy przychodów przy raczej optymistycznych ocenach po stronie wzrostu gospodarczego.

Wydatki całkowite na ochronę zdrowia *per capita* w Polsce są prawie najniższe wśród krajów OECD i wynosiły w 2001 r. 629 USD.

Ryc. 9. Wydatki całkowite na ochronę zdrowia *per capita* w 2001 r. (w USD PPP)



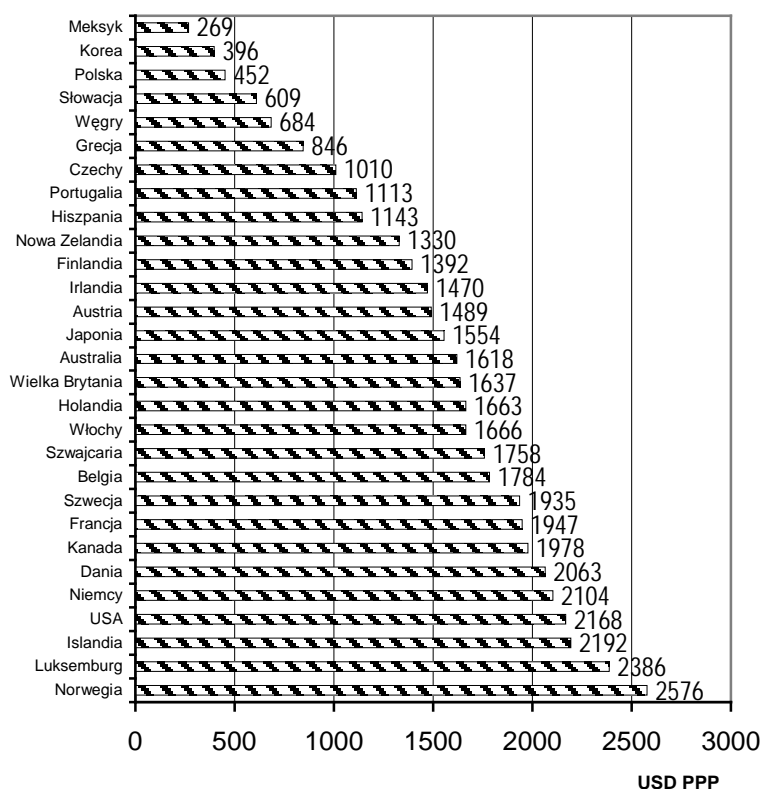
Źródło: Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga.: Ministerstwo Zdrowia; Warszawa 2004.

Natomiast wydatki publiczne *per capita* są w Polsce najniższe w porównaniu z innymi krajami Europy. Były one około 8 razy mniejsze w stosunku do odpowiednich wydatków w Niemczech oraz około 3 razy mniejsze w odniesieniu do Czech.

Wydatki prywatne krajów Europy Zachodniej tj.: Niemiec czy Francji przeciętnie na osobę nie były mniejsze niż 460 USD i nie przekraczały 630 USD.

W Polsce, Republice Czeskiej i na Węgrzech nakłady na prywatną opiekę zdrowotną są znacznie niższe niż średnio w krajach „starej” Unii Europejskiej. W zestawieniu z poziomem badanej wielkości w 1995 roku, wartości średnie wydatków prywatnych w latach 1995-2002 wynosiły: w Polsce 95,2 USD na osobę, w Czechach 61,5 USD na osobę, na Węgrzech 116,6 USD na osobę.

Ryc.10. Publiczne wydatki na ochronę zdrowia *per capita* w 2001 r. (w USD PPP)



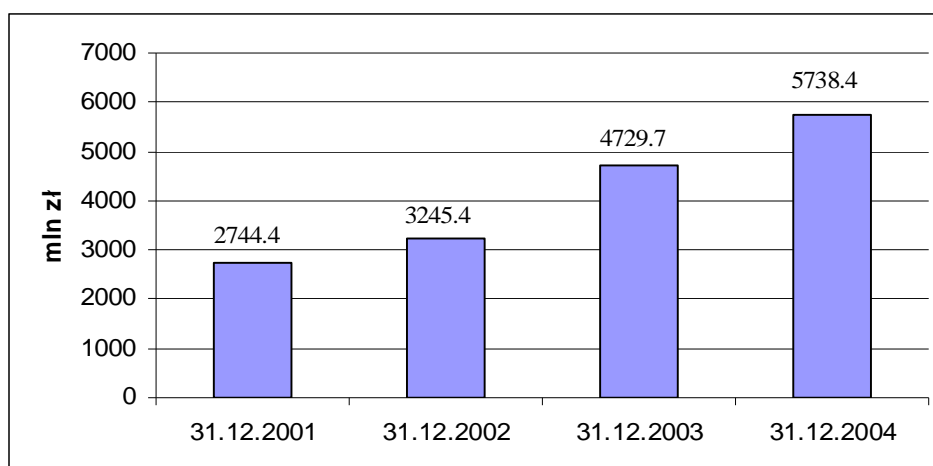
Źródło: Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga.: Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że finansowanie ochrony zdrowia w Polsce w porównaniu z innymi krajami cechuje bardzo niski poziom. Zarówno wskaźniki bezwzględne (kwoty wydatków w USD *per capita* w PPP) jak i względne (udział w PKB) sytuują nasz kraj na końcowych pozycjach wśród krajów OECD oraz UE.

3.7. Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Podstawowym wyróżnikiem aktualnej sytuacji ekonomicznej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) jest bardzo wysoki poziom zadłużenia, który dynamicznie narasta. Na ryc 11. zobrazowano łączną wartość zobowiązań wymagalnych w poszczególnych latach 2001 – 2004. Zauważalny jest wzrost zadłużenia w każdym kolejnym roku. W ciągu 2002 r. zobowiązania wymagalne wzrosły o 501 mln zł (z 2.744,4 mln zł w końcu 2001 r. do 3.245,4 mln zł), w 2003 r. przyrost zobowiązań był o ponad 2,9 raza większy niż w roku poprzednim i wyniósł 1.484,3 mln zł (wzrost zobowiązań wymagalnych do poziomu 4.729,7), natomiast w ciągu 2004 r. zobowiązania wymagalne wzrosły o 1008,7 mln zł do poziomu 5.738,4 mln zł.

Ryc. 11. Zobowiązania wymagalne spzoz w latach 2001-2004



Źródło: Ministerstwo Finansów

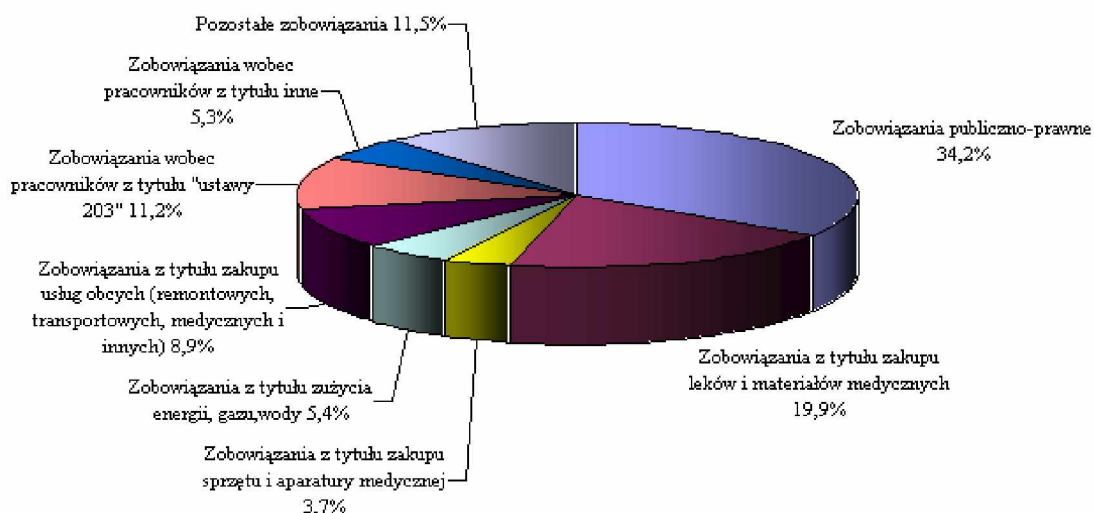
Wzrost zobowiązań wymagalnych jest wynikiem stale pogarszającej się sytuacji ekonomicznej SPZOZ i utraty płynności finansowej w znacznej części podmiotów publicznych.

Z ogólnej kwoty zadłużenia SPZOZ prawie 75% stanowią zobowiązania:

- publiczno-prawne (w tym wobec ZUS, PFRON) - 34,2 %;
- z tytułu zakupu leków materiałów medycznych - 19,9%;
- wobec pracowników - 16,5 %;
- z tytułu zakupu sprzętu i aparatury medycznej - 3,7%.

Pozostałe ¼ kwoty stanowią zobowiązania z tytułu prowadzenia działalności (Ryc 12.).

Ryc.12. Struktura zobowiązań wymagalnych – stan na 31 grudnia 2004 r.



Źródło: Ministerstwo Zdrowia

Pogorszenie się wyniku finansowego SPZOZ w latach 1999-2004 było spowodowane głównie spadkiem realnej wartości wydatków publicznych na ochronę zdrowia, mierzonych relacją do PKB. Nie

pozwoili to na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez te podmioty, w wysokości pozwalającej na pełne zbilansowanie ich przychodów i kosztów z tytułu prowadzonej działalności statutowej.

Ponadto na zadłużanie się SPZOK miały wpływ:

- niejednolity system zawierania umów (w okresie funkcjonowania kas chorych);
- limitowanie liczby świadczeń zdrowotnych wielkością kontraktu;
- zmniejszanie ilości i cen kontraktowanych świadczeń;
- nieprzystosowanie organizacyjne do zmieniających się warunków społeczno-demograficznych, epidemiologicznych i ekonomicznych;
- brak skutecznych mechanizmów zarządzania (w szczególności zarządzania kosztami);
- obciążenia z tytułu podatku od nieruchomości oraz brak możliwości odliczania podatku VAT;
- niekonsekwentna polityka państwa, stwarzająca nadzieję na oddłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

3.8. Analiza SWOT systemu ochrony zdrowia.

| MOCNE STRONY | SŁABE STRONY |
|--|--|
| 1. Istnienie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. | 1. Niedostosowanie sposobu funkcjonowania ochrony zdrowia oraz struktury kadrowej i materialnej systemu do zmieniających się warunków społeczno-demograficznych, epidemiologicznych i ekonomicznych. |
| 2. Dobrze wykwalifikowana kadra medyczna. | 2. Nieadekwatna do potrzeb zdrowotnych alokacja zasobów ochrony zdrowia. |
| 3. Bardzo szeroka i profesjonalna oferta usług medycznych, także dla świadczeniobiorców spoza naszego kraju. | 3. Brak pełnych, wiarygodnych informacji, niezbędnych w procesach decyzyjnych. |
| 4. Istnienie ośrodków stosujących nowoczesne technologie medyczne. | 4. Brak skutecznych mechanizmów zarządzania i nadzoru właścicielskiego. |
| 5. Zwiększająca się liczba podmiotów posiadających akredytację oraz certyfikat jakości | 5. Wysokie koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, generowane m.in. przez brak nadzoru nad ordynacją leków oraz przerosty zatrudnienia w niektórych placówkach. |
| 6. Realizowanie projektów w obszarze ochrony zdrowia, finansowanych ze środków Wspólnotowych. | 6. Systematyczne zadłużanie się części zakładów opieki zdrowotnej. |
| 7. Dobra baza naukowo-dydaktyczna. | 7. Dekapitalizacja znacznej części bazy materialnej |
| | 8. Niskie płace personelu medycznego. |
| | 9. Istnienie zjawiska korupcji i „szarej strefy”. |
| | 10. Słabość mechanizmów politycznych. |

SZANSE

1. Istnienie otwierającego się rynku usług medycznych.
2. Nie w pełni wykorzystany potencjał zasobów kadrowych.
3. Przygotowanie do wykonywania usług medycznych o wysokim standardzie, finansowanych także ze środków niepublicznych.
4. Możliwość optymalizacji kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.
5. Zwiększenie poziomu finansowania ochrony zdrowia.
6. Dostosowanie systemu ochrony zdrowia do zmieniającego się popytu na świadczenia zdrowotne.

ZAGROŻENIA

1. Pogorszenie stanu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.
2. Nadumieralność mężczyzn w średniej grupie wiekowej, skutkująca krótszym trwaniem życia populacji w porównaniu z krajami UE.
3. Niski poziom finansowania ochrony zdrowia.
4. Niedostosowanie leczenia stacjonarnego do zjawisk związanych ze starzeniem się społeczeństwa.
5. Niska świadomość zdrowotna społeczeństwa.
6. Atrakcyjniejsza oferta finansowa dla kadry medycznej za granicą.

4. CEL NADRZĘDNY, CELE STRATEGICZNE I OPERACYJNE

4.1. Cel nadrzędny i strategiczne cele rozwoju ochrony zdrowia

POPRAWA ZDROWIA SPOŁECZEŃSTWA POLSKIEGO JAKO CZYNNIKA ROZWOJU SPOŁECZNO-GOSPODARCZEGO KRAJU

W chwili obecnej Polska nie wykorzystuje w pełni możliwości rozwoju, między innymi z powodu niedostatecznego inwestowania w kapitał ludzki, którego potencjał jest określony głównie przez zdrowie i jego uwarunkowania. Dlatego cele zawarte w „Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia 2007-2013” (SROZ) zostały ukierunkowane na poprawę zdrowia społeczeństwa polskiego, co ma służyć zaktywizowaniu i lepszemu wykorzystaniu jego podstawowych możliwości.

Poprawa w zakresie zdrowia ludności spowoduje m.in. wzrost liczby osób aktywnych zawodowo na rynku pracy. W perspektywie kilkunastu lat będzie to miało duże znaczenie w związku z szybkim starzeniem się społeczeństwa. Zwiększenie się populacji osób aktywnych zawodowo nastąpi dzięki zmniejszeniu umieralności osób w wieku produkcyjnym, zmniejszeniu liczby osób wyeliminowanych z rynku pracy na skutek niesprawności, wydłużeniu okresu aktywności zawodowej.

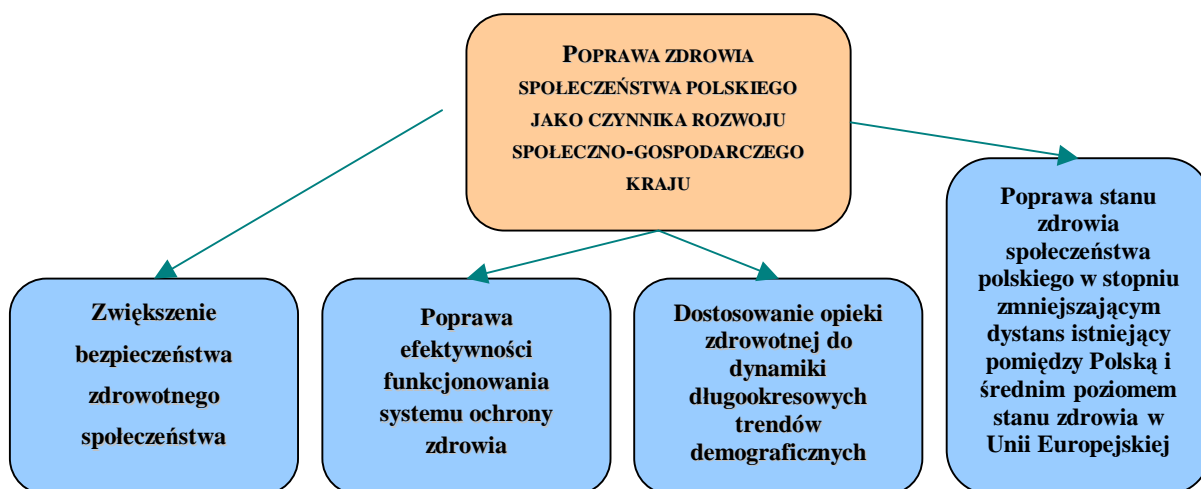
Poprawa stanu zdrowia ludności wpłynie na obniżenie kosztów pracy, dzięki obniżeniu absencji chorobowej oraz na zmniejszenie środków finansowych wydatkowanych na renty. Osiągnięcie tych rezultatów wpłynie na realizację celu strategicznego NPR, który zakłada utrzymanie wzrostu gospodarczego na wysokim poziomie oraz celu dotyczącego wzmocnienia konkurencyjności przedsiębiorstw i regionów.

Realizacja tych celów NPR pozwoli zwiększyć środki publiczne na ochronę zdrowia, co w konsekwencji umożliwi dalszą poprawę stanu zdrowia ludności. Także większe przychody gospodarstw domowych i podniesienie poziomu wykształcenia społeczeństwa polskiego będą miały pozytywny wpływ na zdrowie populacji.

System ochrony zdrowia jest układem złożonym i wewnętrznie zróżnicowanym. Ocena stanu zdrowia społeczeństwa, długookresowych trendów demograficznych oraz warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (m.in. finansowanie, zasoby kadrowe, infrastruktura, legislacja) dają podstawę do sformułowania celów rozwoju.

Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia nie może jednak operować zbyt dużym szczegółowo przedstawionym i zamkniętym zbiorem celów. Utrudniałoby to realizację Strategii w miarę rozwoju sytuacji i dochodzenia nowych problemów i nowych możliwości rozwoju. Na podstawie przeprowadzonej analizy strategicznej przedstawiono poniżej zestaw 4. generalnych celów strategicznych w ramach których zostały sformułowane cele operacyjne. Ich uzasadnienie oraz działania zmierzające do ich realizacji zestawiono w punkcie 4.2 Strategii.

Ryc. 9. Cel nadrzędny i strategiczne cele rozwoju ochrony zdrowia



Źródło: opracowanie własne CSIOZ

Z przedstawionych celów strategicznych wynikają cele operacyjne. Dla potrzeb opracowania Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia zbiór celów operacyjnych zamieszczono w poniższej tabeli.

Tab. 8. Strategiczne i operacyjne cele rozwoju ochrony Zdrowia

1. Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa

1.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego

1.2 Zapobieganie negatywnym skutkom zdrowotnym narażenia na szkodliwe czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne środowiska

1.3 Zapobieganie zagrożeniom bezpieczeństwa żywności poprzez wdrożenie biologicznych wskaźników oceny ryzyka z uwzględnieniem monitorowania zanieczyszczeń chemicznych

1.4 Zapobieganie negatywnym skutkom zdrowotnym narażenia na szkodliwe czynniki środowiska znajdujące się w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi

2. Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

2.1 Maksymalizacja korzyści zdrowotnych przez zwiększenie efektywności i jakości leczenia

2.2 Redukcja niedoborów informacyjnych w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej

2.3 Wprowadzenie elementów regulacyjnych - racjonalizujących popyt, do sfery świadczeń zdrowotnych

2.4 Optymalizacja wykorzystania i kosztów produktów leczniczych

2.5 Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia

3. Dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych

3.1 Poprawa zdrowia kobiet w wieku rozrodczym oraz noworodków i niemowląt

3.2 Poprawa zdrowia dzieci i młodzieży

3.3 Zapewnienie właściwej opieki osobom w środowisku pracy

3.4 Zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych osobom w wieku podeszłym

4. Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa polskiego w stopniu zmniejszającym dystans istniejący pomiędzy Polską i średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej

4.1 Realizacja uaktualnionego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006 – 2015

4.2 Wzmocnienie uczestnictwa społeczeństwa w działaniach umożliwiających realizację celów zawartych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2006 – 2015

4.3 Zmniejszenie zapadalności i umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne

W powyższym zestawie cele strategiczne i operacyjne są oznaczone określonymi liczbami. Liczby te mają sens wyłącznie porządkowy, służą powiązaniu celów operacyjnych z celami strategicznymi i nie wyrażają ważności celów, ich hierarchii i priorytetów.

4.2. Cele operacyjne

Poniżej przedstawiono zestaw celów operacyjnych z uzasadnieniem oraz działań zmierzających do ich realizacji.

CEL STRATEGICZNY 1

Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa

Cel operacyjny 1.1

Rozwój systemu ratownictwa medycznego

Zintegrowane Ratownictwo Medyczne ma skonsolidować wszystkie podmioty ratownictwa w jeden system mający wspólną sieć łączności, procedury ratownicze oraz sprzęt medyczny umożliwiający realizację zasady: jednych noszy od miejsca zdarzenia do oddziału ratunkowego oraz zasadę złotej godziny tj. nie przekraczania 60. minut mijających od zdarzenia do rozpoczęcia leczenia szpitalnego oraz dostępu do porady lub leczenia w przypadkach innych niż stan bezpośredniego zagrożenia życia. Niezbędne są działania w obszarach priorytetowych ratownictwa medycznego (ratownictwo przedszpitalne – poprawa efektywności zespołów ratownictwa medycznego i sieci ambulansów ratunkowych; system powiadamiania ratunkowego – zwiększenie sprawności sieci łączności bezprzewodowej i poprawa koordynacji, lotnicze pogotowie ratunkowe, okresowa aktualizacja standardów postępowania służb ratowniczych, permanentna edukacja i standaryzacja kompetencji ratowników medycznych, systematyczna ocena efektywności działań ratowniczych, szkolenie społeczeństwa w identyfikacji stanu zagrożenia życia i postępowania w takich stanach).

Działania:

1. Skrócenie czasu od wezwania alarmowego do przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia.
2. Zintegrowanie dysponowania służb ratownictwa medycznego z innymi służbami – Państwową Strażą Pożarną i Policją.
3. Zintegrowanie dysponowania służb ratownictwa medycznego z innymi specjalnościami medycznymi.
4. Usprawnienie funkcjonowania systemu Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego.
5. Rozwój mechanizmów skutecznej edukacji personelu w dziedzinie medycyny ratunkowej.
6. Stworzenie powszechnego niezależnego systemu monitorowania funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego.

Cel operacyjny 1.2

Zapobieganie negatywnym skutkom zdrowotnym narażenia na szkodliwe czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne środowiska

Aktualny stan wiedzy jednoznacznie potwierdza istnienie zależności przyczynowo-skutkowych pomiędzy stanem środowiska oraz stanem zdrowia i jakością życia ludzi. Szkodliwe czynniki środowiska są przyczyną przedwczesnych zgonów i zaburzeń zdrowia ludności. Dotyczy to w

szczególności chorób zakaźnych, w tym nowych i nawracających, spotęgowanych zwiększoną migracją ludności, a także zagrożeniami bioterrorystycznymi.

Zanieczyszczenia środowiska zewnętrznego, w szczególności zanieczyszczenia pyłowe powietrza atmosferycznego stanowią poważne zagrożenia zdrowia zwłaszcza dzieci i młodzieży.

Stałe narażenie na podwyższony poziom hałasu (przekraczający 80 dB) niesie za sobą poważne skutki zdrowotne.

Kolejnym czynnikiem zagrażającym zdrowiu człowieka są: promieniowanie jonizujące i pola elektromagnetyczne.

Działania:

1. Poprawa nadzoru epidemicznego nad chorobami zakaźnymi oraz rozwój diagnostyki w tym zakresie.
2. Ograniczenie emisji pyłów do powietrza atmosferycznego poprzez wzmocnienie monitoringu pyłowych zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego w ramach państwowego monitoringu środowiska.
3. Wylimitowanie azbestu ze środowiska człowieka.
4. Ograniczenie źródeł emisji czynników szkodliwych dla zdrowia ludzi wydzielanych przez materiały i urządzenia w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi.
5. Ograniczenie emisji hałasu ze źródeł instalacji i urządzeń wewnątrz budynków.
6. Stworzenie bazy danych o źródłach promieniowania elektromagnetycznego i monitorowanie narażenia pracowników.
7. Koordynacja wdrażania „systemu ochrony radiologicznej w medycznych zastosowaniach promieniowania jonizującego” (ochrona pacjenta i personelu).

Cel operacyjny 1.3.

Zapobieganie zagrożeniom bezpieczeństwa żywności poprzez wdrożenie biologicznych wskaźników oceny ryzyka z uwzględnieniem monitorowania zanieczyszczeń chemicznych

Jednym z podstawowych kryteriów bezpieczeństwa żywności jest jej jakość mikrobiologiczna i przestrzeganie wymagań w zakresie zanieczyszczeń chemicznych, fizycznych i biologicznych. Zanieczyszczenia kumulują się w organizmie, a widoczne objawy ich toksycznego działania mogą ujawniać się po upływie wielu miesięcy, a nawet lat od narażenia. Mogą wywierać działanie rakotwórcze, neurotoksyczne, nefrotoksyczne, zaburzają funkcjonowanie układu sercowo-naczyniowego, kostnego, gospodarkę mineralną, przenikają barierę krew-łozysko.

Niezbędne jest prowadzenie monitoringu dostarczającego stałych informacji o zanieczyszczeniach żywności oraz umożliwiającego prognozowanie kierunków zmian. Wyniki badań monitoringowych pozwalają na wczesną sygnalizację wzrostu poziomu zanieczyszczenia, umożliwiają podjęcie działań zapobiegawczych zanim nastąpi bezpośrednie zagrożenie zdrowia ludzkiego, a także służą do oceny skuteczności przedsięwzięć podjętych w celu zredukowania zagrożenia; stanowią podstawę oceny środków spożywczych oraz uzupełnienia i weryfikacji aktów prawnych w zakresie limitów zawartości poszczególnych zanieczyszczeń.

Działania:

1. Opracowanie planów monitoringu żywności oraz ich realizacja w wybranych zakresach (zanieczyszczenia chemiczne, mikrobiologiczne i substancje dodatkowe).
2. Restrukturyzacja organizacji służb kontroli żywności oraz modernizacja urzędowych laboratoriów badania żywności.

Cel operacyjny 1.4

Zapobieganie negatywnym skutkom zdrowotnym narażenia na szkodliwe czynniki środowiska znajdujące się w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi

Zanieczyszczenia środowiska zewnętrznego mają wpływ na pogorszenie jakości wody ujmowanej do celów zaopatrzenia ludności w wodę przeznaczoną do spożycia, a tym samym na stan zdrowia ludności. Dlatego też woda dostarczana ludności podlegać musi stałemu nadzorowi oraz monitoringowi jej jakości.

Działania:

1. Rozwój systemów wodociągów publicznych oraz utylizacji ścieków i odpadów.
2. Wzmocnienie monitoringu jakości wody przeznaczonej do spożycia oraz prowadzenie analiz w zakresie szacowania ryzyka zdrowotnego.
3. Rozszerzenie zadań związanych z nadzorem sanitarnym nad chorobami wodno – pochodnymi.
4. Rozszerzenie zadań związanych z nadzorem sanitarnym w zakresie zapobiegania zagrożeniom zdrowotnym potencjalnie stwarzanym przez wodę wykorzystywaną do celów rekreacyjnych i sportowych.
5. Stworzenie systemu ocen preparatów stosowanych w uzdatnianiu wody i materiałów, wyrobów kontaktujących się z wodą.

CEL STRATEGICZNY 2

Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Cel operacyjny 2.1

Maksymalizacja korzyści zdrowotnych przez zwiększenie efektywności i jakości leczenia

System ochrony zdrowia w Polsce daleki jest od uzyskiwania optymalnych efektów zdrowotnych, możliwych do osiągnięcia dzięki współczesnej wiedzy medycznej. Wobec poważnego ograniczenia środków publicznych przeznaczanych na opiekę zdrowotną rośnie potrzeba ich efektywniejszego wykorzystania.

Działania:

1. Kształtowanie liczby i struktury kadry medycznej w stopniu zapewniającym realizację zadań w dziedzinie ochrony zdrowia.
2. Zapewnienie dostępu do technologii medycznych o udowodnionej skuteczności i wysokiej efektywności.
3. Poprawienie relacji koszt – efekt, szczególnie w odniesieniu do drogich procedur medycznych.
4. Rozwój programów oceny jakości w zakładach opieki zdrowotnej.
5. Optymalizacja alokacji środków finansowych i zasobów ochrony zdrowia według kryterium efektywności.
6. Kształtowanie poziomów referencyjnych i sieci szpitali.

Cel operacyjny 2.2

Redukcja niedoborów informacyjnych w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej

Prowadzeniu polityki zdrowotnej musi towarzyszyć obserwacja efektów podejmowanych działań dla świadczeniobiorców (powszechność i równość dostępu do świadczeń zdrowotnych, eliminowanie barier ekonomicznych i społecznych ograniczających korzystanie z nich). Należy na bieżąco uzyskiwać informacje o tym, czy i jak dokonywane zmiany wpływają na sytuację pacjentów, czy zmienia się ilość, jakość i dostępność uzyskiwanych przez nich świadczeń. Podstawowym źródłem danych na temat organizacji i potencjału opieki zdrowotnej w Polsce są systemy rejestrowe i ewidencyjne gromadzące informacje na temat świadczeniodawców. Dla umożliwienia zarówno świadczeniobiorcom jak i podmiotom odpowiedzialnym za kreowanie polityki zdrowotnej, efektywnego pozyskiwania niezbędnych danych, konieczna jest informatyzacja tych systemów, ujednoczenie sposobu ich prowadzenia oraz wzajemna ich integracja. Ponadto rozwój systemów informacyjnych jest istotnym elementem wspomagającym proces podejmowania decyzji. Działania te przyczynią się do: zmniejszenia niedoborów informacyjnych organizatorów opieki zdrowotnej (administracja rządowa, samorządowa), wprowadzenia ładu informacyjnego w ochronie zdrowia, zapewnienia „wiarygodności” danych oraz podniesienia jakości informacji publicznej na temat organizacji i potencjału opieki zdrowotnej, w tym zwiększenia efektywności wyborów dokonywanych przez konsumentów świadczeń. Dzięki temu opracowywane m.in. plany zabezpieczenia opieki zdrowotnej będą bardziej efektywne i skuteczne. Zakres i metodologia zbierania danych o stanie zdrowia muszą być zgodne z Dyrektywą UE 1400/97.

Działania:

1. Rozwój systemu informacji medycznej w celu analizy zapotrzebowania na realizowane świadczenia zdrowotne (m.in. tworzenie centralnych baz danych, informatyzacja procesów rejestracji podmiotów ochrony zdrowia);
2. Upowszechnienie dostępu społeczeństwa do informacji o zdrowiu oraz możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych (budowanie baz wiedzy o zdrowiu oraz utworzenie centralnego portalu informacyjnego ochrony zdrowia, umożliwiającego dostęp społeczeństwa m.in. do danych o systemie ochrony zdrowia, aktów prawnych, danych statystycznych, informacji dotyczących profilaktyki, edukacji i promocji zdrowia).
3. Zaprojektowanie i wdrożenie systemu informacyjnego wspomagającego zarządzanie dla szpitali i jednostek ochrony zdrowia.
4. Rozwój systemu informacyjnego w zakresie ordynacji i konsumpcji leków.

Cel operacyjny 2.3

Wprowadzenie elementów regulacyjnych - racjonalizujących popyt, do sfery świadczeń zdrowotnych

Mechanizmy regulacyjne pozwalają optymalizować wykorzystanie zasobów i zwiększać efektywność wykonywanych świadczeń zdrowotnych, jednak nie zapewniają równego do nich dostępu. Z tego względu wprowadzaniu mechanizmów regulacyjnych musi towarzyszyć troska o zagwarantowanie fundamentalnych praw wszystkich obywateli do tych usług, niezależnie od ich statusu materialnego. Ograniczone mechanizmy regulacyjne racjonalizujące popyt pacjentów na świadczenia zdrowotne, mogą mieć charakter dopłat za niektóre usługi zdrowotne. Uporządkowania wymagają relacje pomiędzy podmiotami publicznymi i prywatnymi. Służyć temu mogą rozwiązania prawne, wprowadzające m.in. zasady partnerstwa publiczno-prywatnego. Uruchomieniu i wykorzystaniu tych regulacji w ochronie zdrowia sprzyjać będzie opracowanie strategii, zarówno na poziomie centralnym (Ministerstwa Zdrowia), jak i lokalnym (władze i administracja samorządowa) i zakładów opieki zdrowotnej. Procesy zmian i ich efekty powinny podlegać systematycznemu monitorowaniu i ocenie.

Działania:

1. Ograniczone zastosowanie mechanizmów regulacyjnych w systemie publicznej ochrony zdrowia.
2. Regulowanie procesów restrukturyzacji.
3. Opracowanie strategii partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia oraz monitorowanie wpływu rozwiązań z zakresu partnerstwa publiczno-prywatnego na realizację celów zdrowotnych i efektywność opieki zdrowotnej.

Cel operacyjny 2.4

Optymalizacja wykorzystania i kosztów produktów leczniczych

Celem polityki lekowej państwa jest zagwarantowanie obywatelom dostępu do leków bezpiecznych, skutecznych – przy jednoczesnym zmniejszaniu udziału pacjentów w kosztach leczenia. Należy zapewnić pacjentom optymalną, ze względu na kryterium skuteczności i ceny, farmakoterapię przy

jednoczesnym doskonaleniu metod leczenia i ciągłym podnoszeniu kwalifikacji zawodowych środowiska medycznego.

Działania:

1. Ocena skuteczności produktów leczniczych zgodnie z zasadami medycyny opartej na dowodach naukowych (EBM).
2. Racjonalizacja systemu refundacji leków.
3. Optymalizacja farmakoterapii.

Cel operacyjny 2.5

Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia

Jednym z kluczowych zadań w ciągłym procesie podnoszenia standardów życia obywateli jest inwestowanie w infrastrukturę ochrony zdrowia. Obecnie alokacja zasobów ochrony zdrowia jest nie zawsze adekwatna do potrzeb zdrowotnych obywateli, a istniejąca infrastruktura często nie odpowiada wymaganiom. Należy zatem podjąć działania mające na celu optymalizację zasobów.

Działania:

1. Racjonalny rozwój zasobów ochrony zdrowia.
2. Modernizacja istniejącej infrastruktury ochrony zdrowia.

CEL STRATEGICZNY 3

Dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych

Cel operacyjny 3.1

Poprawa zdrowia kobiet w wieku rozrodczym oraz noworodków i niemowląt

Od początku lat 90. notowany jest spadek przyrostu naturalnego. Umieralność niemowląt i małych dzieci w Polsce systematycznie spada, chociaż pozostaje wciąż na wyższym poziomie niż w krajach UE. Dalszy spadek poziomu umieralności dzieci, przede wszystkim noworodków będzie wynikał z poprawy poziomu życia oraz rozwoju zachowań prozdrowotnych kobiet w ciąży, jak i rozwoju medycyny perinatalnej. Różnice w sytuacji zdrowotnej kobiet ciężarnych, niemowląt oraz dzieci i młodzieży wynikają z odmiennej sytuacji materialnej i życiowej poszczególnych grup społecznych, odmiennych zachowań, a także niedostatku świadomości zdrowotnej u kobiet o niższym poziomie wykształcenia, jak też z nierówności dostępu do usług medycznych. Wyrazem zróżnicowania społecznego jest także dość silne zróżnicowanie terytorialne (wojewódzkie) podstawowych mierników stanu zdrowia: kobiet w związku z ciążą, dzieci i młodzieży.

Działania:

1. Działania zmierzające do likwidacji nierówności w regionach w Polsce w zakresie tempa spadku wskaźnika umieralności niemowląt i umieralności okołoporodowej.
2. Poprawa jakości opieki medycznej w związku z ciążą, porodem i położeniem.
3. Poprawa opieki perinatalnej i wzbogacenie o nowe technologie medyczne świadczeń zdrowotnych wykonywanych wobec ciężarnej, płodu, noworodka i niemowlęcia, w tym urodzonego z niską masą ciała.
4. Usprawnienie działania nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w opiece zdrowotnej nad ciężarną, noworodkiem i niemowlęciem.
5. Prowadzenie działań edukacyjnych dotyczących zmiany zachowań zdrowotnych kobiet w wieku rozrodczym w aspekcie ciąży.
6. Usprawnienie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji najczęściej występujących wrodzonych wad rozwojowych.

Cel operacyjny 3.2

Poprawa zdrowia dzieci i młodzieży

Ujawniające się we wczesnym okresie życia dysfunkcje dotyczące stanu zdrowia mogą utrzymywać się w dalszych latach życia, często ograniczając możliwości człowieka dorosłego, obniżając jakość życia i przyczyniając się do przedwczesnej niepełnosprawności.

Wczesne zdiagnozowanie deficytów rozwojowych i wynikających z nich problemów zdrowotnych u dzieci i młodzieży oraz zaplanowanie interwencji w tym zakresie, zapobiega poważnym patologiom zdrowotnym w późniejszym wieku i daje większe szanse na pełne zdrowie, zmniejsza tym samym nakłady na świadczenia zdrowotne, związane już nie z profilaktyką a leczeniem w późniejszym okresie życia.

W tej fazie życia kształtują się również zachowania zdrowotne i postawy wobec zdrowia, które wpływają na styl życia w wieku dorosłym.

Działania:

1. Poprawa jakości opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą.
2. Tworzenie i realizacja programów dotyczących opieki zdrowotnej nad populacją w wieku szkolnym.
3. Zwiększenie roli pielęgniarki środowiskowej w opiece nad małym dzieckiem.
4. Zwiększenie liczby dzieci objętych powszechnymi badaniami profilaktycznymi – bilansami zdrowotnymi.
5. Rozszerzenie programu szczepień ochronnych oraz poprawa organizacji szczepień dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, ze wskazaniem na ich realizację na terenie szkoły.
6. Włączenie do programów kształcenia nauczycieli problematyki z zakresu profilaktyki, promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej oraz bezpieczeństwa zdrowotnego, w tym zapobiegania wypadkom.
7. Poprawa organizacji i skuteczności działań związanych z wczesną diagnostyką deficytów rozwojowych i problemów zdrowotnych u dzieci i młodzieży, w szczególności z obszarów wiejskich oraz środowisk dotkniętych ubóstwem.

Cel operacyjny 3.3

Zapewnienie właściwej opieki osobom w środowisku pracy

Liczba dni absencji chorobowej finansowanej z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS) od kilku lat wzrasta i w 2003 r. wyniosła 108,7% w stosunku do 2001 r. Wysokość wypłat z tego tytułu ponoszonych przez FUS wyniosła w 2003 r. ponad 3,8 mld. zł (wzrost o 19,6% w stosunku do 2001 r.). Doświadczenia krajów zachodnich wskazują ponadto, że schorzenia zawodowe, w tym narządu ruchu, należą do najkosztowniejszych i najpowszechniejszych wśród osób pracujących. Jednym z czynników związanych z kwalifikowaniem tych chorób jako zawodowych jest ich wywołanie przez ergonomiczne czynniki ryzyka. Dotyczy to w szczególności powszechnie występujących w populacji schorzeń narządu ruchu (układu mięśniowo-szkieletowego i obwodowego układu nerwowego).

Działania:

1. Rozwój profilaktyki zdrowotnej związanej z zatrudnieniem, w tym: bilanse zdrowia i badania przesiewowe.
2. Upowszechnienie rehabilitacji zawodowej i społecznej.
3. Kształtowanie świadomości ergonomicznej uczniów i pracowników na różnych poziomach edukacji oraz zatrudnienia, w szczególności poprzez procesy szkoleniowe.

Cel operacyjny 3.4

Zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych osobom w wieku podeszłym

W Polsce, podobnie jak w krajach zachodniej i północnej Europy występuje coraz wyraźniejsze i przybierające na sile starzenie się społeczeństwa. Sytuacja demograficzna i zdrowotna społeczeństwa polskiego skłania do podejmowania działań mających na celu zapewnienie właściwej opieki

medycznej dla osób starszych, a w konsekwencji wydłużenia okresu sprawności psychofizycznej ludzi w podeszłym wieku. Zjawisku starzenia się społeczeństwa towarzyszy zanikanie więzi rodziny wielopokoleniowej wynikająca stąd samotność osób w wieku podeszłym, niesprawność fizyczna, uzależnienie od opieki otoczenia. Zróżnicowane zapotrzebowanie tej populacji wymaga podejmowania skoordynowanych działań, a nie zorientowanych tylko doraźnie oraz rozbudowy form pomocy lepiej dostosowanych do różnorodnych potrzeb medycznych, opiekuńczych, socjalnych oraz sytuacji chorych w stanie terminalnym..

Działania:

1. Przygotowanie i wdrożenie procedur opiekuńczo-leczniczych, pozwalających na racjonalną opiekę nad osobami w podeszłym wieku.
2. Organizowanie form opieki domowej nad osobami w wieku podeszłym.
3. Restrukturyzacja sieci szpitalnej i wydzielenie zakładów przystosowanych do prowadzenia opieki długoterminowej, pielęgnacyjno-opiekuńczej oraz paliatywno-hospicyjnej.
4. Integracja funkcjonalna opieki zdrowotnej z opieką społeczną oraz dostosowanie zasad finansowania, w celu kompleksowego zaspokajania potrzeb ludzi starszych.
5. Rozwijanie kształcenia i przygotowania praktycznego kadr medycznych do prowadzenia postępowania zapobiegawczego, leczniczego i usprawniającego osób w wieku podeszłym.
6. Wspieranie działań organizacji pozarządowych zajmujących się opieką zdrowotną nad osobami w wieku podeszłym.
7. Rozwój infrastruktury społecznej na obszarach wiejskich umożliwiającej poprawę świadczenia usług zdrowotnych osobom w wieku podeszłym.

CEL STRATEGICZNY 4

Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa polskiego w stopniu zmniejszającym dystans istniejący pomiędzy Polską i średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej

Cel operacyjny 4.1

Realizacja uaktualnionego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006 - 2015

Realizacja monitorowanego Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996 – 2005 pozwoliła m. in. na: wydłużenie średniego trwania życia, obniżenie współczynnika umieralności niemowląt oraz zmniejszenie zapadalności na niektóre choroby. Jego dalsza realizacja pozwoli na utrzymanie korzystnych trendów zdrowotnych.

Cel operacyjny 4.2

Wzmocnienie uczestnictwa społeczeństwa w działaniach umożliwiających realizację celów zawartych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2006 - 2015

Profilaktyka, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna dotyczą nie tylko określonych jednostek chorobowych, ale także uwzględniają potrzeby wynikające ze środowiska życia. Oznacza to nie tylko wiązanie programów profilaktyki, promocji i edukacji zdrowotnej z podnoszeniem poziomu wiedzy oraz umiejętności jednostki, które służą oddziaływaniu na czynniki determinujące zdrowie, ale także tworzenie i wdrażanie kompleksowych programów ukierunkowanych na środowiska społeczne istotne dla kształtowania zdrowia danej społeczności (środowisko szkoły, miejsca pracy, młodzież, ludzie w podeszłym wieku). Niezbędne jest więc tworzenie warunków dla motywowania i angażowania ludności nie tylko do podejmowania działań na rzecz zdrowia, ale także uczestnictwa w adresowanych dla niej programach realizowanych w środowiskach mających wpływ na zdrowie.

Działania:

1. Dostosowanie działań profilaktycznych i programów promocji zdrowia do potrzeb zdrowotnych populacji, do której są adresowane.
2. Ustalenie pakietu świadczeń profilaktycznych, gwarantowanych w ramach środków publicznych.
3. Projektowanie i wdrażanie programów profilaktyki, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej na zasadach współorganizowania i współfinansowania przez współpracujących partnerów.
4. Podejmowanie wysiłków na rzecz wzrostu kompetencji jednostek i grup w zakresie zwiększania odpowiedzialności za zdrowie.
5. Wsparcie organizacyjne i instytucjonalne dla projektowania i realizacji działań z zakresu profilaktyki, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej na poziomie ogólnokrajowym, ale na także na poziomie społeczności lokalnej, w partnerstwie z organizacjami pozarządowymi.
6. Rozwój infrastruktury społecznej na obszarach wiejskich umożliwiającej poprawę warunków świadczenia usług zdrowotnych oraz działań z zakresu edukacji, promocji zdrowia.

Cel operacyjny 4.3

Zmniejszenie zapadalności i umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne

Pomimo poprawy sytuacji zdrowotnej, występującej w Polsce od szeregu lat, wskaźniki umieralności na choroby układu krążenia, choroby metaboliczne oraz nowotwory złośliwe pozostają w naszym kraju istotnie wyższe niż w krajach, które były członkami Unii Europejskiej przed przystąpieniem do niej Polski. Nadal utrzymują się niekorzystne nawyki żywieniowe oraz obserwuje się zmniejszenie aktywności fizycznej populacji, zwłaszcza młodzieży.

Działania:

1. Badania nad przyczynami występowania schorzeń przewlekłych, w szczególności chorób układu krążenia, nowotworów oraz problematyki zdrowia psychicznego.
2. Rozwój badań przesiewowych o odpowiednim poziomie trafności w celu wykrywania wczesnych niezaawansowanych zmian chorobowych.
3. W oparciu o wyniki tych badań dokonanie odpowiednich zmian w programach kształcenia kadr medycznych oraz w procedurach diagnostycznych i terapeutycznych.
4. Upowszechnienie aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży.

5. SYSTEM REALIZACJI

Narodowy Plan Rozwoju, w tym Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia stanowi podstawę do negocjowania z Komisją Europejską Narodowych Strategicznych Ram Odniesienia. Dopiero ten dokument programowy określi wysokość pomocy z funduszy strukturalnych oraz Funduszu Spójności przyznanej Polsce na realizację celów wyznaczonych w NPR oraz wysokość publicznych środków krajowych przeznaczonych na ich współfinansowanie.

SROZ będzie wdrażany, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o Narodowym Planie Rozwoju, za pomocą programów operacyjnych regionalnych i sektorowych, które dotyczą odpowiednich i wyodrębnionych grup zagadnień społecznych, ekonomicznych oraz przestrzennych.

Podstawowy system realizacji SROZ tj. zarządzanie, monitorowanie, płatności, kontrola, audyt, funkcjonować będzie na poziomie programów operacyjnych. W ramach nich realizowane będą przyporządkowane im cele operacyjne SROZ, zgodnie z realizowanymi w ramach nich działaniami.

Za realizację, koordynację i monitorowanie *Strategii* odpowiedzialny będzie minister właściwy do spraw zdrowia, wykorzystujący do tego celu jednostki podległe i nadzorowane, z wiodącą rolą Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Instytucjami współpracującymi będą w szczególności niniejsze podmioty: ministerstwa i urzędy centralne, jednostki samorządu terytorialnego, samorządy zawodowe, organizacje pozarządowe, organizacje społeczne.

Programy operacyjne, realizujące cele SROZ, będą finansowane z publicznych i prywatnych środków krajowych oraz pochodzących z budżetu Wspólnoty Europejskiej wydatkowanych w ramach polityki konkurencyjności oraz spójności.

Szacunkowe koszty realizacji celów *Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia 2007-2013* przedstawiono w Tab. 7.

Łączne koszty realizacji wyróżnionych czterech celów strategicznych wynikają z kalkulacji, dla której punktem wyjścia są dane finansowe odnośnie do poszczególnych obszarów w roku bazowym (2005 r.). W celu strategicznym pierwszym uwzględniono koszty związane z wdrożeniem ustawy o ratownictwie medycznym, koszty zakupu 19. śmigłowców oraz realizacji działań zgłoszonych do SROZ przez GIS. W celu drugim uwzględniono wydatki na: realizację procedur wysokospecjalistycznych; opracowanie i wdrożenie systemu zarządzania jakością; programu profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego; szczepienia ochronne; zaopatrzenie w czynniki krzepnięcia u chorych na hemofilię i inne wrodzone skazy krwotoczne; zaopatrzenie w bezpieczną krew jej składniki i produkty krwiopochodne; leczenie antyretrowirusowe, zapobieganie i zwalczanie AIDS; redukcję niedoborów informacyjnych; wprowadzenie elementów regulacyjnych, regulujących popyt, do sfery świadczeń zdrowotnych; optymalizację kosztów produktów leczniczych. W celu trzecim umieszczono wydatki na realizację priorytetowych celów zdrowotnych: zapobieganie występowaniu oraz skutkom wcześniactwa i małej masy urodzeniowej ciała; rehabilitację leczniczą; opiekę długoterminową oraz leczenie uzdrowiskowe; natomiast w celu czwartym: wdrożenie zapisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego; opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień; ograniczenie

¹⁵ Negocjacje dotyczące regulacji instrumentów finansowych pochodzących z budżetu Wspólnot Europejskich rozpoczęły się w lipcu 2004 a ich zakończenie przewidziane jest najpóźniej na drugą połowę 2005 roku.

zdrowotnych następstw palenia tytoniu; zwalczanie chorób nowotworowych; przeciwdziałanie alkoholizmowi; zwalczanie narkomanii; racjonalizację leczenia antybiotykami.

Podane koszty realizacji celów strategicznych to suma wzrostu nakładów ponad poziom bazowy w kolejnych latach realizacji SROZ (2007 – 2013), uwzględniająca inflację i planowany wzrost ilościowy zadań. W celu obliczenia tego wzrostu przyjęto:

1. współczynnik przeciętnej średniorocznej inflacji, którego wartość wynosi 3,2% rocznie (według założeń NPR);
2. współczynniki pożądanego wzrostu wydatków na poszczególne obszary/działania, wynikające z planowanego wzrostu zapotrzebowania na świadczenia i dotychczasowego ich niedofinansowania (źródłem są informacje pochodzące z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji Ministerstwa Zdrowia).

Tab. 7. Szacunkowe koszty realizacji celów strategicznych.

| L.p. | Cel strategiczny | Koszty (tys. PLN) |
|------|--|-------------------|
| 1. | Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa | 1 400 000 |
| 2. | Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia | 4 800 000 |
| 3. | Dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych | 18 000 000 |
| 4. | Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa polskiego w stopniu zmniejszającym dystans istniejący pomiędzy Polską i średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej | 6 100 000 |
| | Ogółem | 30 300 000 |

Finansowanie *Strategii* będzie dokonywane ze źródeł krajowych i zewnętrznych. Do najważniejszych publicznych źródeł krajowych zalicza się: budżet państwa, budżety samorządów oraz NFZ. Do zewnętrznych źródeł finansowania należą fundusze strukturalne Unii Europejskiej – Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego oraz Europejski Fundusz Społeczny, a także programy wspólnotowe Unii Europejskiej, Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweski Mechanizm Finansowy. We „Wstępnym projekcie Narodowego Planu Rozwoju 2007-2013” zawarto generalną dyspozycję, dotyczącą kształtowania się relacji między środkami finansowymi z UE a środkami polskimi ze źródeł publicznych: „Środki europejskie będą musiały być współfinansowane przez Polskę ze źródeł publicznych (oraz pochodnych do publicznych) w minimalnej proporcji w zależności od programu, działania i funduszu wynoszącej wg regulacji unijnych nie mniej niż 25%. Zakładany poziom współfinansowania zostanie określony w poszczególnych programach operacyjnych na poziomie priorytetów – na obecnym etapie prac przyjęto minimalny poziom współfinansowania dla funduszy strukturalnych na poziomie 25%.” Zgodnie z powyższymi zapisami szczegółowe wielkości wydatków, ich struktura według źródeł oraz w układzie czasowym stanowi materię planów operacyjnych do *Strategii*. Środki określone w *Strategii*, będącej zgodnie z Ustawą o Narodowym Planie Rozwoju, podstawą opracowywania NPR, mają charakter szacunkowy (Ustawa z 20 kwietnia 2004 roku o Narodowym Planie Rozwoju, Dz. U. Nr 116, poz. 1206, art. 4, ust.1, pkt. 5) oraz art.5, pkt. 2). Można zatem szacunkowo przyjąć, że wysokość publicznych środków krajowych zaangażowanych w realizację „*Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia na lata 2007-2013*” będzie kształtować się na poziomie około 7 575 000 tys. zł.

Realizacja *Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia 2007-2013* oraz wynikających z niego poszczególnych programów operacyjnych odbywać się będzie zgodnie z określonymi w nich harmonogramami. Będzie ona przedmiotem systematycznego procesu monitorowania i ewaluacji. Punktem odniesienia dla obydwu tych procesów będzie zaprojektowany i wdrożony system wskaźników służących monitorowaniu realizacji *SROZ*, także na poziomie regionalnym.

6. WYKAZ DOKUMENTÓW BĘDĄCYCH PODSTAWĄ OPRACOWANIA SROZ

1. *Strategia Lizbońska*; The Lisbon European Council – an agenda of economic and social renewal for Europe. Contribution of the European Commission to the special European Council in Lisbon, 2000.
2. *Narodowy Plan Zdrowotny na lata 2004 – 2013*.: Minister Zdrowia; Warszawa, 2003r.
3. *Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Informacja dla Sejmowej Komisji Zdrowia*.: Ministerstwo Zdrowia; Warszawa, 2004.
4. *Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Szansa przezwyciężenia kryzysu*.: Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia. Warszawa, 2004.
5. *Polityka lekowa państwa 2004-2008*.: Ministerstwo Zdrowia; Warszawa, 2004.
6. *Strategia e-Zdrowie Polska na lata 2004-2006*.: Ministerstwo Zdrowia; Warszawa, 2004.
7. *Raport Finansowanie ochrony Zdrowia w Polsce – Zielona Księga*.: Ministerstwo Zdrowia,; Warszawa 2004.
8. *Najważniejsze elementy sytuacji zdrowotnej w Polsce - porównanie międzynarodowe*.: Państwowy Zakład Higieny; Warszawa, 2004.
9. *Sfera społeczna w Polsce na tle Unii Europejskiej i krajów kandydujących (wybrane zagadnienia)*.: Rządowe Centrum Studiów Strategicznych; Warszawa, 2003.
10. *Raport TNO 2001.162 Opracowanie i wdrożenie systemu licencjonowania działalności medycznej w oparciu o potrzeby zdrowotne*.: TNO Prevention and Health; Leiden, 2001.
11. *Raport TNO PG/VGZ 2002.003 Metody HTA, finansowanie procedur wysokospecjalistycznych i inne zagadnienia polityki zdrowotnej*.: TNO Prevention and Health; Leiden, 2002
12. *Raport TNO PG/VGZ 2002.034 Opracowanie propozycji listy świadczeń gwarantowanych z określeniem grupy świadczeń o najlepszych i najgorszych parametrach*.: TNO Prevention and Health; Leiden, 2002
13. *Raport Milenijne cele rozwoju - Polska*.: Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową; Warszawa, 2002.
14. *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; Warszawa, 2001.
15. Paul J. Belcher. *Rola Unii Europejskiej w opiece zdrowotnej*.: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; Warszawa, 2001.
16. Christopher J.L. Murray, Alan D. Lopez. *Globalne obciążenie chorobami*.: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; Warszawa, 2000.

Polskie akty normatywne

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483),
2. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.),
3. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 57, poz. 602 z późn. zm.),
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 z późn. zm.),
5. Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomani (Dz. U. z 2003 r. Nr 24, poz. 198 z późn. zm.),
6. Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. Nr 159, poz. 1548 z 2003 r. z późn. zm.),
7. Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 z późn. zm.),
8. Ustawa z dnia 12 września 2002 r. o normalizacji (Dz. U. Nr 169, poz. 1386, z późn. zm.),
9. Ustawa z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 241, poz. 2073 z późn. zm.),
10. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o Narodowym Planie Rozwoju (Dz. U. Nr 116, poz. 1206),
11. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135),
12. Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565),
13. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684),
14. Ustawa z dnia 21 kwietnia 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Wymiana śmigłowców Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w latach 2005-2010 (Senat wniósł poprawki do ustawy i obecnie została ona skierowana w Sejmie do prac w Komisji Finansów Publicznych oraz Komisji Zdrowia)
15. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 134, poz. 1439),
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 169, poz. 1781),
17. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45 poz. 391 z późn. zm.),
18. Projekt ustawy o partnerstwie publiczno-prywatnym (IV kadencja Sejmu, druk nr 3174),
19. Projekt ustawy przepisy wprowadzające ustawę o partnerstwie publiczno-prywatnym (IV kadencja Sejmu, druk nr 3175),
20. Ustawa z dnia 20 maja 2005 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (w dniu 23 maja 2005 r. ustawa została przekazana Marszałkowi Senatowi).

Regulacje prawne Unii Europejskiej w obszarze ochrony zdrowia (wybrane dokumenty)

1. Council decision of 29 April 2004 appointing members and alternates of the Administrative Board of the European Agency for Safety and Health at Work from the Czech Republic, Estonia, Cyprus, Latvia, Lithuania, Hungary, Malta, Poland, Slovenia and Slovakia,
2. Komunikat Komisji Europejskiej e-Health – *making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area* (COM) (2004) 356 final,
3. Komunikat Komisji Europejskiej *The European Environment & Health Action Plan 2004-2010* COM (2004) 416 final,
4. David Byrne Commissioner for Health and Consumer protection „*Enabling Good Health for all.*” *A reflection process for a new EU Health Strategy; July 2004,*
5. Council Resolution of 2 December 2003 on pharmaceuticals and public Health challenges - focusing on the patients,
6. 2003/751/EC: Decision No 189 of 18 June 2003 aimed at introducing a European health insurance card to replace the forms necessary for the application of Council Regulations (EEC) No 1408/71 and (EEC) No 574/72 as regards access to health care during a temporary stay in a Member State other than the competent State or the State of residence,
7. 2003/752/EC: Decision No 190 of 18 June 2003 concerning the technical specifications of the European health insurance card,
8. 2003/753/EC: Decision No 191 of 18 June 2003 concerning the replacement of forms E 111 and E 111 B by the European health insurance card,
9. Council Decision of 22 July 2003 setting up an Advisory Committee on Safety and Health at Work,
10. Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence,
11. Council recommendation of 18 February 2003 concerning the improvement of the protection of the health and safety at work of self-employed workers,
12. Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008) - Commission Statements,
13. Council Resolution of 3 June 2002 on a new Community strategy on health and safety at work (2002-2006),
14. *Health status Overview for Countries of Central and Eastern Europe that are candidates for Accession to the European Union* – dokument WHO Regional Office for Europe oraz European Commission E76888 July 2002,
15. European Prestandard ENV 13607:2000 *Health informatics - Messages for the exchange of information on medicine prescriptions,*
16. Dyrektywa 98/34/WE Parlamentu europejskiego i Rady z 22 czerwca 1998 ustanawiająca procedurę udzielania informacji w zakresie norm i przepisów technicznych.,
17. European Prestandard ENV 12612 *Medical informatics – Messages for the exchange of healthcare administrative information,*

18. Decyzja Rady z dnia 22 grudnia 1986 r. w sprawie normalizacji w dziedzinie technologii informatycznych i telekomunikacji (87/95/EWG),
19. Regulation (EEC) No 1408/71 of the Council of 14 June 1971 on the application of social security schemes to employed persons and their families moving within the Community.