

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2009 r.

w sprawie priorytetów zdrowotnych

Na podstawie art. 31a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾ zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się następujące priorytety zdrowotne:

- 1) zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu:
 - a) chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu,
 - b) nowotworów złośliwych,
 - c) przewlekłych chorób układu oddechowego,w szczególności poprzez zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu;
- 2) ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych;
- 3) zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;
- 4) zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
- 5) zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w szczególności poprzez szczepienia ochronne;
- 6) ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych:
 - a) spożywaniem alkoholu,
 - b) używaniem substancji psychoaktywnych;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157 i Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918 i Nr 118, poz. 989.

- 7) zmniejszenie rozpowszechniania palenia tytoniu;
- 8) przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy;
- 9) ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania;
- 10) poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3;
- 11) zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia;
- 12) wspieranie rozwoju opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Zdrowia Publicznego

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Zdrowia Publicznego

Projekt z dnia 4 sierpnia 2009 r.

Wojciech Kłosinski

Piotr Dąbrowski

Andrzej Wojtyła
GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY
Andrzej Wojtyła

Strona 2 z 10

UZASADNIENIE

Niniejsze rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 31a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), które upoważnia ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia priorytetów zdrowotnych, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości.

Projektowane rozporządzenie ma na celu dostosowanie przepisów do upoważnienia ustawowego, które na skutek wejścia w życie ustawy z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz. U. Nr 118, poz. 989), zobowiązało ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia priorytetów zdrowotnych, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości.

Priorytety zdrowotne wymienione w rozporządzeniu wynikają z przyjętych przez Polskę a także przez Unię Europejską wieloletnich programów zdrowotnych. Zaprojektowane w przedmiotowym rozporządzeniu priorytety zdrowotne są zgodne z celami zawartymi w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007 – 2015, przyjętym przez Radę Ministrów 15 maja 2007 r., oraz Strategią Rozwoju Ochrony Zdrowia na lata 2007 – 2013, przyjętą przez Radę Ministrów w 29 listopada 2006 roku..

Cele zawarte w Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia na lata 2007 – 2013 zostały ukierunkowane na poprawę zdrowia społeczeństwa polskiego. 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 winno nastąpić dzięki zmniejszeniu umieralności osób w wieku produkcyjnym, zmniejszeniu liczby osób wyeliminowanych z rynku pracy na skutek niesprawności, wydłużeniu 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 posłuży realizacji głównego celu strategicznego, jakim jest podniesienie poziomu i jakości życia mieszkańców Polski: poszczególnych obywateli i ich rodzin.

U podstaw koncepcji Narodowego Programu Zdrowia leży zawarta w konstytucji Światowej Organizacji Ochrony Zdrowia (WHO) definicja, określająca zdrowie jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności oraz przyjęte międzynarodowe ustalenia, że zdrowie jest podstawowym prawem każdego człowieka oraz bogactwem społeczeństwa.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 zostały wymienione strategiczne i operacyjne cele zdrowotne, które mają istotne znaczenie dla osiągnięcia planowanych efektów zdrowotnych. Wymienione zostaną przykładowo najważniejsze z nich. Dotyczą one chorób układu krążenia, nowotworów i urazów.

Mimo niewątpliwego sukcesu w dziedzinie ograniczenia umieralności z powodu chorób układu krążenia obserwowanego od 1991 roku, choroby układu krążenia (CHUK) pozostają nadal najważniejszą przyczyną umieralności przedwczesnej wśród kobiet i mężczyzn w Polsce. Prawie, co drugi Polak umiera z powodu chorób serca i naczyń. CHUK stanowią jedną z najważniejszych przyczyn absencji chorobowej, hospitalizacji oraz inwalidztwa. Wpływają w znaczący sposób na jakość życia Polaków, szczególnie osób w wieku średnim i podeszłym. Konsekwencją tego są także wydatki ze środków publicznych i środków własnych obywateli na leczenie CHUK.

Udary mózgowe, których występowanie związane jest z CHUK a szczególnie nadciśnieniem, stanowią ponadto problem społeczny wynikający z niepełnosprawności i konieczności zapewnienia opieki.

Choroby nowotworowe są drugą przyczyną zgonów w Polsce, co wynika przede wszystkim z faktu późnego ich wykrywania i niskiej skuteczności ich leczenia.

Wykorzystując możliwości istniejące po wprowadzeniu w 2005 roku ustawy o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, przewiduje się osiągnięcie zatrzymania a w niektórych odwrócenie niekorzystnych trendów w tym zakresie. Ze względu na ograniczoną skuteczność leczenia wielu nowotworów złośliwych decydujące znaczenie dla ochrony zdrowia i życia ma zapobieganie ich powstawaniu przez eliminowanie czynników ryzyka, np. narażenia na dym tytoniowy.

Urazy powstałe w wyniku wypadków stanowią w krajach rozwiniętych coraz większy

problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny (wysokie koszty leczenia i rehabilitacji ofiar wypadków). W Polsce liczba zgonów z powodu urazów i zatruc wynosi 26-28 tys. rocznie.

W ostatnich 10-15 latach w wielu krajach wdrożone zostały programy prewencyjne, ukierunkowane na wybrane grupy wypadków, środowiska społeczne lub grupy wiekowe. Widoczne sukcesy uzyskano dzięki skoordynowaniu wszystkich podejmowanych w tym zakresie działań, a także edukacji społeczeństwa oraz uznaniu roli czynników psychologicznych i środowiskowych w przyczynach wypadków. Doświadczenia ostatniego dziesięciolecia wskazują na potrzebę nie tylko zapobiegania urazom powstającym w wyniku wypadków, lecz także promocji bezpieczeństwa.

Wymienione wyżej i pozostałe priorytety zdrowotne wymienione w rozporządzeniu działają na zasadzie synergii. Poniższa tabela przedstawia poszczególne cele strategiczne zawarte w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 i wskazuje na cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego.

Nr	Cel strategiczny	Cele operacyjne służące realizacji celu strategicznego
1	Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu	II.1, II.2, II.3, II.4, II.6, IV.12, IV.13, IV.14, IV.15
2	Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych	II.1, II.2, II.3, II.4, II.6, IV.12, IV.13, IV.14, IV.15
3	Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków	II.2, II.6, IV.12, IV.13, IV.15
4	Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne;	II.2, II.4, II.5, IV.13, IV.15
5	Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków schorzeń układu kostno-stawowego	II.3, II.4, IV.13, IV.14
6	Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej	II.1, II.4,

	umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego	IV.13, IV.14
7	Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom	II.3, II.6, IV.12, IV.13, IV.15
8	Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji	II.1, II.2, II.3, II.4, II.5, II.6, IV.12, IV.15

Z uwagi na fakt, iż przepis art. 31a ustawy z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz. U. Nr 118, poz. 989) wchodzi w życie 12 sierpnia 2009 r. przedmiotowe rozporządzenie musi wejść w życie z dniem ogłoszenia, jednakże nie jest to sprzeczne z zasadą demokratycznego państwa prawnego.

Przedmiotowa regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projekt zostanie zamieszczony na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia, w tym w Biuletynie Informacji Publicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337).

Ocena skutków regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja.

Przepisy rozporządzenia będą oddziaływały zarówno na płatników, świadczeniobiorców jak i świadczeniodawców.

2. Konsultacje społeczne.

Równoległe do uzgodnień międzyresortowych projekt rozporządzenia zostanie przesłany do konsultacji następującym podmiotom:

- 1) Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych;
- 2) NSZZ „Solidarność”;
- 3) Forum Związków Zawodowych;
- 4) Naczelnej Radzie Lekarskiej;
- 5) Kolegium Lekarzy Rodzinnych;
- 6) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych;
- 7) Polskiemu Towarzystwu Pielęgniarskiemu;
- 8) Polskiemu Stowarzyszeniu Pielęgniarek Pediatrycznych;
- 9) Polskiemu Towarzystwu Medycyny Paliatywnej;
- 10) Polskiemu Towarzystwu Psychoonkologicznemu;
- 11) Konfederacji Pracodawców Polskich;
- 12) Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych;
- 13) Business Centre Club;
- 14) Krajowej Izbie Gospodarczej;
- 15) Związkowi Województw Polskich;
- 16) Związkowi Powiatów Polskich;
- 17) Polskiej Unii Szpitali Klinicznych;
- 18) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia – „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 19) Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 20) Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych;
- 21) Izbie Lecznictwa Polskiego;

- 22) Związkowi Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego – Organizacji Pracodawców w Łańcucie;
- 23) Związkowi Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacji Pracodawców w Gnieźnie;
- 24) Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi;
- 25) Gdańskiemu Związkowi Pracodawców Członkowi Konfederacji Pracodawców Polskich;
- 26) Mazowieckiemu Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 27) Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 28) Wielkopolskiemu Związkowi Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacji Pracodawców;
- 29) Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 30) Stowarzyszeniu Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego;
- 31) Konsorcjum Szpitali Wrocławskich;
- 32) Stowarzyszeniu Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD” w Toruniu;
- 33) Związkowi Pracodawców Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej;
- 34) Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- 35) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej,
- 36) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 37) Caritas Polska;
- 38) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Zdrowia Publicznego;
- 39) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pediatrii;
- 40) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Neonatologii;
- 41) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii;
- 42) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Psychiatrii;
- 43) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży;
- 44) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Medycyny Paliatywnej;
- 45) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Neurologii;

- 46) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Geriatrii;
- 47) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Chorób Płuc;
- 48) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Diabetologii;
- 49) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Kardiologii;
- 50) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Medycyny Pracy;
- 51) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Medycyny Ratunkowej;
- 52) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu;
- 53) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Rehabilitacji Medycznej;
- 54) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Reumatologii
- 55) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Chorób Wewnętrznych;
- 56) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Medycyny Rodzinnej;
- 57) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Chorób Zakaźnych;
- 58) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Onkologii Klinicznej;
- 59) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
- 60) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych;
- 61) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa;
- 62) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego;
- 63) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa Onkologicznego;
- 64) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa Anestezjologicznego;
- 65) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego.

Wyniki konsultacji zostaną przedstawione w niniejszej ocenie po ich zakończeniu.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa ani dla jednostek samorządu terytorialnego, gdyż priorytety zdrowotne wskazują jedynie obszar ich działania, dopiero określenie koszyka świadczeń gwarantowanych pociągnie za sobą skutki finansowe.

4. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny.

Projektowane regulacje będą miały pozytywny wpływ na sytuację i rozwój regionalny, ze względu na polepszenie kondycji zdrowotnej społeczeństwa i jego produktywność.

5. Wpływu regulacji na rynek pracy.

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia będą miały pozytywny wpływ na rynek pracy, poprzez zwiększenie się populacji osób aktywnych zawodowo dzięki zmniejszeniu umieralności osób w wieku produkcyjnym, zmniejszeniu liczby osób wyeliminowanych z rynku pracy na skutek niesprawności, wydłużeniu aktywności zawodowej. Poprawa stanu zdrowia ludności wpłynie na obniżenie kosztów pracy, dzięki obniżeniu absencji chorobowej oraz na zmniejszenie środków finansowych wydatkowanych na renty.

6. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorstw.

Projektowane rozporządzenie będzie miało pozytywny wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw, w wyniku polepszenia kondycji zdrowotnej społeczeństwa i jego wydajności.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi.

Projektowana regulacja będzie miała pozytywny wpływ na zdrowie społeczeństwa, głównie poprzez polepszenie jego kondycji zdrowotnej w obszarach działań objętych priorytetami.