

Cele systemu ochrony zdrowia a efektywność w ochronie zdrowia w Polsce

Marcin Kautsch

Pojęcie efektywności w ochronie zdrowia jest używane przez różnych przedstawicieli tego sektora w odniesieniu do różnych jego poziomów: od leczenia jednostki chorobowej, przez pojedyncze jednostki organizacyjne, po system ochrony zdrowia jako całość. W przedstawionym artykule zaprezentowano rozważania na temat pojęcia efektywności w ochronie zdrowia jako celu. Przedstawiono, jakie zjawiska zachodzące w ochronie zdrowia wpływają na uzyskiwane efekty i co może być postrzegane jako efektywne. Pokazano to wraz z dyskusją dotyczącą celów systemu ochrony zdrowia oraz możliwości ich realizacji, a także efektywności ich osiągnięcia.

Zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia w ostatnich latach wskazują, że udaje się osiągać najważniejszy cel tego systemu: poprawę zdrowia populacji. Dzieje się tak, mimo że działania stosowane przez państwo i jego agendy (motywacje dla zakładów) – wymuszając wzmocnienie efektywności pojedynczych organizacji ochrony zdrowia – przyczyniają się do pogorszenia warunków funkcjonowania dla tych organizacji i powodują problemy systemu jako całości.

1. Wstęp

W publicznej debacie na temat ochrony zdrowia często używany jest postulat poprawy efektywności funkcjonowania tego sektora. Upatruje się w niej poprawy dostępności do usług zdrowotnych, a przez to do zwiększenia zadowolenia społeczeństwa.

Podawane w literaturze definicje efektywności mówią o niej jako o rezultacie podjętych działań, opisanych relacją uzyskanych efektów do poniesionych nakładów (Stoner 1994). Efektywność w ochronie zdrowia można określać na różnych poziomach. Od leczenia pojedynczego przypadku chorobowego do osiągnięcia celów zdrowotnych populacji. Za każdym razem konieczne będzie określenie poniesionych nakładów oraz efektów uzyskanych w wyniku podjęcia działań mających doprowadzić do planowanych rezultatów (wyleczenia pacjenta, zdrowia populacji). Ograniczoność środków w ochronie zdrowia sprawia, że konieczne jest dokonywanie wyborów i kierowanie się efektywnością (Włodarczyk 1996).

Do rozważań dotyczących efektywności w ochronie zdrowia konieczne staje się poprawne zdefiniowanie funkcji celów, jakie miałyby być realizowane w systemie ochrony zdrowia, czyli sensu podejmowania działań mających przynieść oczekiwane efekty. Udziałowcy wpływający na funkcjonowanie systemu mają bowiem sprzeczne oczekiwania, utożsamiają przy tym własne cele z tymi, jakie miałby osiągać system. Pacjenci, przejawiając zachowania konsumenckie, chcieliby dostępu do wysokiej jakości usług, najchętniej szybko i za darmo. Pracownicy (co równie oczywiste) oczekują jak najwyższego wynagrodzenia za jak najmniejsze zaangażowanie (podobnie jak inwestor, który chce uzyskać jak największy zysk z posiadanego kapitału). Trudno zdefiniować, co chcą osiągnąć organy odpowiedzialne za funkcjonowanie całego systemu – władza ustawodawcza i wykonawcza. Analizując działania tych organów, można domniemywać, że jest tym brak niepokoju społecznych: strajków, protestów mieszkańców, np. niegodzących się na zamknięcie placówki, z usług której korzystają. Można także przyjąć, że władza nie chciałaby, by publiczne zakłady (szpitale) zadłużyły się.

Próbując określić cele, które mogłyby być (efektywnie) realizowane w systemie ochrony zdrowia, można odwołać się do jednej z jego definicji. Mówi ona, że jest to zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych, mających na celu zabezpieczenie i poprawę stanu zdrowia jednostki i zbiorowości (Poździoch 2000). Włodarczyk stwierdza, że system opieki zdrowotnej ma służyć realizacji misji polityki zdrowotnej państwa (Włodarczyk 1996). Oznacza to, że system jest narzędziem, za pomocą którego państwo realizuje przyjęte wcześniej cele.

Miara powodzenia danego systemu opieki zdrowotnej jest stopień osiągnięcia celów, jakie stawiane są przed tym systemem. Poździoch (2000) wśród celów działania systemu opieki zdrowotnej, mających przyczynić się do zabezpieczenia i poprawy stanu zdrowia wymienia:

- dostępność opieki,
- jakość opieki medycznej z uwzględnieniem zasady jej ciągłości i globalnego podejścia,
- efektywność opieki zdrowotnej – produktywność, racjonalność i skuteczność.

Można więc stwierdzić, że efektywność jest jednym z celów, jakie powinny być osiągane w systemie opieki zdrowotnej. Celem nie jest natomiast – czego często domagają się świadczeniodawcy i pacjenci – świadczenie coraz większej liczby usług czy przeznaczanie coraz większych środków na ochronę zdrowia, lecz właściwe (optymalne) wykorzystanie posiadanych zasobów.

Obserwując zmiany zachodzące w ochronie zdrowia, można skonstatować, że powyższe nie jest realizowane, jest realizowane nieudolnie lub przypadkowo, gdyż cele państwa w ochronie zdrowia nie zostały zdefiniowane w sposób, który umożliwiłby ich osiągnięcie (por. poniżej). Natomiast tworzone w systemie warunki umożliwiają poszczególnym jego uczestnikom

osiąganie własnych celów i interesów, niekoniecznie zbieżnych z celami samego systemu. Uczestnicy ci starają się realizować te cele w sposób możliwie efektywny (niskie nakłady, wysokie efekty) i – kierując się własnym interesem – zachowują się racjonalnie.

W efekcie uzyskujemy jednak system, w którym racjonalność i efektywność w skali mikro (uczestników) przekłada się na brak racjonalności i nieefektywność w skali makro (systemu).

W niniejszym artykule przedstawiono, jakie są wymiary efektywności w ochronie zdrowia oraz jak jest ona realizowana w Polsce. Wskazano na warunki, jakie tworzą władze publiczne dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz jaki ma to wpływ na ich efektywność.

2. Cele systemu ochrony zdrowia

Zdefiniowanie celów, jakie są osiągnięte i miałyby być osiągnięte przez system ochrony zdrowia, wymaga określenia tego, co mogłoby być realizowane.

2.1. Długość życia

Zgodnie z przytoczoną powyżej definicją, celem nadrzędnym systemu jest poprawa zdrowia osób i zbiorowości. Analiza wskaźników zdrowotnych, wśród których najistotniejszym jest średnia oczekiwana długość życia, wskazuje, że Polacy są coraz zdrowsi. W roku 2000 średnia oczekiwana długość życia w chwili narodzin wynosiła w Polsce 78,0 lat dla kobiet i 69,7 lat dla mężczyzn. W roku 2008 wskaźniki te wyniosły odpowiednio 80,0 i 71,3. Odnotowano więc przyrost na poziomie 2,0 oraz 1,6 lat, czyli o 2,56 i 2,30% (OECD 2011).

Jednocześnie trudno nie zauważyć, że – zgodnie z koncepcją pól zdrowia Lalonde'a – zdrowie w najmniejszym stopniu zależy od systemu ochrony zdrowia, a w znacznie większym od stylu życia, uwarunkowań środowiskowych i czynników genetycznych (Lalonde 1974). Osiągnięcia w tej materii (poprawa zdrowia, wydłużenie się życia) można więc przypisywać różnym czynnikom, niekoniecznie funkcjonowaniu systemu jako takiego. Należy też wziąć pod uwagę, że pozytywne zmiany omawianego wskaźnika dotyczą wszystkich krajów rozwiniętych, nie tylko Polski. Na przykład w krajach OECD w tym samym okresie także zwiększyła się oczekiwana długość życia, przy średnim przyroście 1,8 lat (2,21%) dla kobiet i 2,2 lat (2,93%) dla mężczyzn (OECD 2011). W przypadku mężczyzn wzrost tego wskaźnika był więc w Polsce istotnie niższy niż średnia krajów OECD, a w przypadku kobiet – wyższy.

2.2. Dostęp do usług

W Polsce występują znaczące różnice w dostępie do opieki zdrowotnej. W tabeli 1 przedstawiono wskaźniki dotyczące liczby lekarzy i łóżek przypadających na populację w poszczególnych województwach¹.

Obszar	Liczba ludności na równoważnik etatowy (lekarze)		Lekarze pracujący na 1000 mieszkańców		Łóżka rzeczywiste w szpitalach ogólnych na 10 tys. mieszkańców	
	Opieka specjalistyczna	POZ	Specjaliści w placówkach służby zdrowia	w POZ		
	1999	2009	1999	2009	1999	2009
Polska	3,0	3,0	0,59	1,1	51,8	48,0
Dolnośląskie	2,7	3,0	0,62	1,1	58,1	48,3
Kujawsko-Pomorskie	3,6	3,3	0,60	0,9	48,0	43,7
Lubelskie	3,2	2,6	0,53	1,3	57,2	53,2
Lubuskie	3,0	2,5	0,66	2,5	49,1	43,1
Łódzkie	2,8	3,0	0,49	0,8	55,4	53,6
Małopolskie	2,8	2,6	0,60	1,0	48,9	43,6
Mazowieckie	2,1	2,6	0,55	0,8	50,3	46,2
Opolskie	4,0	3,1	0,67	1,8	48,4	43,2
Podkarpackie	3,6	2,7	0,63	1,5	41,7	46,2
Podlaskie	2,5	3,2	0,53	1,8	55,2	52,4
Pomorskie	2,9	3,0	0,65	1,1	47,1	39,8
Śląskie	2,5	3,0	0,53	0,9	62,3	57,4
Świętokrzyskie	3,4	2,7	0,56	1,0	46,5	49,7
Warmińsko-Mazurskie	6,1	3,8	0,73	1,6	43,5	42,4
Wielkopolskie	4,2	3,3	0,83	4,5	48,2	46,7
Zachodniopomorskie	4,8	4,7	0,55	1,9	50,6	47,0
Największa różnica w %	192,0	88,0	36,00	463,0	49,0	44,0

Tab. 1. Zasoby ochrony zdrowia przypadające na populację (w podziale na województwa). Źródło: opracowanie własne na podstawie Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia 2000 i 2010.

Dane przedstawione w tabeli 1 wskazują wyraźnie, że ludność poszczególnych województw ma zdecydowanie różny dostęp do lekarzy. Mniejsze zróżnicowanie dostępu występuje w opiece szpitalnej. Z pewnością nierówności w zdrowiu (*health inequalities*) nie są jedynie wynikiem dostępności do lekarza czy szpitala (Adler i in. 1993), jednak jedną z ról państwa jest ich ograniczanie, czyli – od strony zasobowej – takie rozmieszczenie zasobów, by sama alokacja nie powodowała problemów z dostępnością.

Należy przy tym odnotować, że różnice w dostępności nie są jedynie cechą polskiego systemu ochrony zdrowia. O wadze problemu świadczą liczne publikacje dotyczące nierówności w zdrowiu, co jest efektem m.in. dostępu do opieki zdrowotnej, i to, że ich ograniczenie wpisane jest w politykę Unii Europejskiej (Commission of the European Communities 2009).

Jednocześnie prowadzone przez The Europ Assistance Group badania w wybranych krajach² wskazują na to, że Polacy najniżej, w porównaniu z innymi badanymi krajami, oceniają równy dostęp do opieki zdrowotnej (The Europ Assistance Group 2010).

2.3. Jakość świadczeń

Ponieważ sama jakość ma wiele wymiarów, w niniejszym artykule odwołam się tylko do jakości postrzeganej, nie klinicznej. Jako laik muszę poprześcić na stwierdzeniu, że w ostatnich latach nastąpiła poprawa dostępu do nowoczesnych technologii (w związku z postępowaniem technologicznym oraz zwiększającą się ilością środków w systemie), a przez to do zwiększenia możliwości poprawy jakości działań klinicznych. W okresie, za który dostępne były dane, znacząco wzrosła liczba dwóch nowoczesnych aparatów diagnostycznych przypadających na 1 mln osób (tabela 2).

Wskaźnik na 1 mln osób	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Zmiana w %
Tomografy komputerowe	5,8	6,3	6,9	7,9	9,2	9,7	10,9	88
Rezonanse magnetyczne	0,9	1,0	1,9	2,0	1,9	2,7	2,9	222

Tab. 2. Liczba wybranych aparatów diagnostycznych przypadających na populację w latach 2002–2008. Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD 2011. <http://stats.oecd.org/index.aspx>, dostęp: 13.04.2011.

Zadowolenie społeczne z systemu ochrony zdrowia bywało badane w ostatnich latach przez różne ośrodki za pomocą różnych narzędzi. Dlatego poniżej odwołano się do Diagnostyki Społecznej – badań stosujących tę samą metodologię i wykonywanych regularnie. Ocena, jak system ochrony zdrowia zaspokaja potrzeby zdrowotne w świetle powyższych badań, przedstawia tabela 3.

Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych	2000	2003	2005	2007	2009	Zmiana w %
Pogorszyło się	41	38	38	27	25	-39
Poprawiło się	3	4	3	4	3	0
Nie zmieniło się	57	58	59	69	72	26

Tab. 3. Ocena zmiany zaspokojenia potrzeb zdrowotnych od ostatniego pomiaru w trzech kolejnych rundach badania (w %). Źródło: J. Czapiński, T. Panek (red.) 2009. *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego, tab. 4.7.8., s. 114.

Dane zawarte w tabeli 3 wskazują, że w okresie objętym badaniem zdecydowanie spadał odsetek osób, które stwierdzały, iż pogorszyło się zaspokajanie potrzeb zdrowotnych. Coraz więcej osób twierdziło natomiast, że sytuacja się nie zmienia. Zatrzymano więc proces pogarszania się sytuacji, a w każdym razie tak to jest odczuwane przez respondentów.

Warto też odnotować, że zmiana (poprawa) jakości jest widoczna w poszczególnych zakładach świadczących usługi medyczne, czego przykładem są prowadzone przez nie (z mniejszą lub większą regularnością) badania satysfakcji pacjentów, zmiana wystroju placówki, większa dbałość o klienta przypisywana placówkom niepublicznym. Liczba tych placówek ostatnio dynamicznie wzrasta, zwiększa się też ich wielkość i zakres działalności.

Sklaniałoby to do przyjęcia tezy, że następuje poprawa jakości (postrzeganej) świadczonych usług. Ta konstatacja nie powinna jednak tworzyć wrażenia, że dotyczy to wszystkich jednostek. Do działań projakościowych zakłady przystępują często zmuszane przepisami prawnymi lub (w przypadku zakładów publicznych) w związku z zaleceniami czy wręcz nakazami ich organów założycielskich. Jednocześnie te ostatnie nie kwapią się do wydawania takich nakazów i monitorowania jakości postrzeganej, co potwierdzają badania prowadzone przez autora. Wskazują one, że organy założycielskie zachowują w tej materii bierność, a te, które aktywnie działają na rzecz podnoszenia jakości postrzeganej, są raczej wyjątkami od reguły. Wynika to ze słabości struktur samorządowych, szczególnie stopnia powiatowego (Kautsch 2011).

Wspomniane badania The Europ Assistance Group wskazują na to, że ocena polskiego systemu ochrony zdrowia wypada słabo, czy wręcz bardzo słabo, w porównaniu z innymi badanymi krajami. Wśród zmiennych opisujących funkcjonowanie systemu jedynie jakość (usług lekarza rodzinnego, usług szpitalnych) została w Polsce nieznacznie wyżej oceniona od wyniku, jaki uzyskiwały Włochy. Należy przy tym odnotować, że w Polsce w roku 2010 wskaźnik ten poprawił się w porównaniu z rokiem 2009 (The Europ Assistance Group 2010).

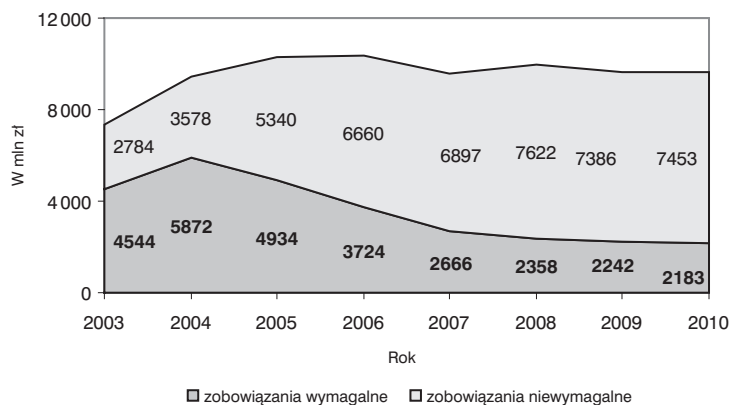
3. Zadłużenie jako cel

Działania państwa wobec nadzorowanego przezeń systemu trudno nazwać mianem przemyślanej polityki zdrowotnej. Choć – co należy odnotować – kilkanaście ostatnich lat funkcjonowania systemu pokazuje, że można mówić o pewnym postępie. W odniesieniu do polityki prowadzonej wobec szpitali manifestuje się on zaostreniem kursu wobec jednostek publicznych, czego przykładem jest polityka oddłużeniowa. W latach dziewięćdziesiątych XX w., co kilka lat następowało oddłużanie wszystkich zakładów, bez względu na przyczynę powstania długu oraz na wysiłki zakładów zmierzające do przeciwdziałania zadłużaniu. Taka polityka premiowała jednostki najbardziej się zadłużające. Te bowiem, dokonując mniej lub bardziej racjonalnych inwestycji czy zwiększając zatrudnienie, popadały w coraz większe długi, które były im anulowane.

Zasadnicza zmiana nastąpiła wraz z wejściem w życie Ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Ustawa

2005). W myśl zawartych w niej zapisów otrzymanie przez zakład środków na oddłużenie warunkowane było przedstawieniem przez zakład planu³, w którym określone miały być działania, jakie zostaną przez zakład podjęte, by zmniejszyć zadłużenie. W ustawie przyjęto także zasadę, że pokrywane mogą być wyłącznie te zobowiązania, które powstały w czasie poprzedzającym okres prac nad ustawą. Oznaczało to, że żaden zakład nie mógł zadłużyć się „na zapas”.

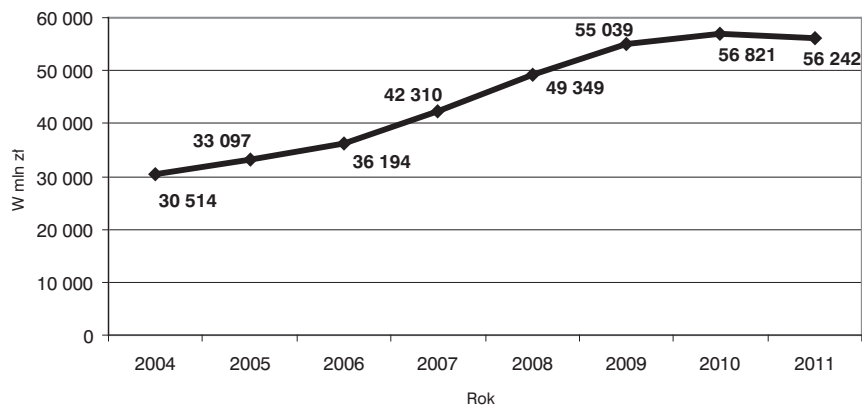
Trudno przecenić znaczenie tego aktu prawnego dla poprawy funkcjonowania zakładów. Po jego wejściu w życie w sposób spektakularny spadły zobowiązania wymagalne zakładów, najczęściej zamieniane na niewymagalne. Jednak i ten rodzaj zadłużenia od roku 2006 zaczął spadać, by w późniejszych latach ulegać wahaniom (rysunek 1).



Uwaga: W związku z zamykaniem okresu rozliczeniowego za rok 2010 do 31.03.2011 dane dotyczące 2010 r. mogą ulec zmianie.

Rys. 1. Zobowiązania wymagalne i niewymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w mln zł (stan na 31.12.2010). Źródło: opracowanie własne na podstawie Ministerstwo Zdrowia 2011. Dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003–2010, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/dyn_zob_ogo_18022011.pdf, dostęp: 13.04.2011; Ministerstwo Zdrowia 2011b. Dynamika zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003–2010, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/dyn_zob_wym_18022011.pdf, dostęp: 13.04.2011.

Jak wskazują dane zawarte na rysunku 1, całkowita wartość zadłużenia osiągnęła najniższy poziom w 2007 r., by później wzrosnąć i ponownie spaść. Nie przekroczyła ona jednak najwyższego poziomu z roku 2006. Zakłady starają się zamienić drogi dług wymagalny (odsetki karne) na niewymagalny kredyt, czyli poprawiają efektywność, zmniejszając wartość odsetek od swoich zobowiązań.



Uwaga: W czasie pisania niniejszego artykułu sprawozdanie finansowe NFZ za 2010 r. nie było jeszcze dostępne, w związku z czym musiano się oprzeć na planach finansowych.

Rys. 2. Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia zdrowotne w latach 2004–2009 oraz plany wydatków na lata 2010–2011 (w mln zł). Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Oczywiście, spadek zadłużenia nie zostawał bez związku ze zwiększaniem się budżetu publicznego płatnika (rysunek 2).

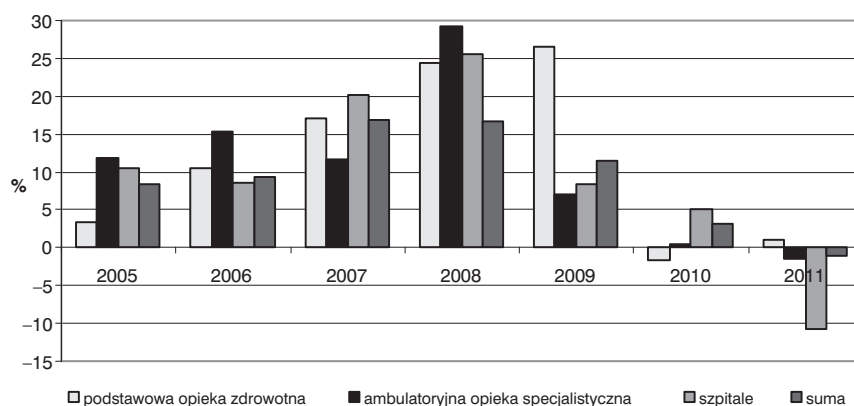
Na pozytywną tendencję zmniejszania zadłużenia zakładów nakłada się polityka zakupowa płatnika, która zamiast wspomagać wzmiankowane oddłużanie, przyczynia się do jego powiększania oraz wydłużania się listy oczekujących na świadczenia medyczne. Oddziałuje więc także na dostęp do świadczeń, co nie pozostaje bez wpływu na zdrowie społeczeństwa. Sposób kontraktowania świadczeń napędza bowiem liczbę świadczeń – wykonywanych oraz tych, których realizację postulują pacjenci. Faktyczny brak odpowiedzialności podstawowej opieki zdrowotnej za zdrowie podległej populacji sprawia, że temu szczeblowi opieki, zamiast rozwiązać problem zdrowotny, najbardziej opłaca się wystawiać skierowanie do lekarza specjalisty lub szpitala. Wynikać to może z:

- niskiej kompetencji personelu placówek tego szczebla,
- niskiej pozycji, jaką przez wiele miały te placówki w opinii pacjentów i lekarzy (Kautsch i in. 2001),
- oczekiwań pacjentów, którzy wolą być leczeni przez specjalistę, a nie lekarza ogólnego (co też wynika z niskiej pozycji tego szczebla).

W związku z takim podejściem publicznego płatnika do kontraktowania, na wyższe poziomy referencyjne trafiają pacjenci, którzy powinni zostać zaopatrzeni przez opiekę podstawową. Tworzą się więc kolejki, które rosną (Watoła 2010; Twardowska 2009; PAP 2010). Rosnące kolejki wywołują społeczne niezadowolenie, a przez to presję na przyjmowanie jak największej

liczby osób – szczególnie do szpitali. Skalę tego problemu unaocznia to, że Narodowy Fundusz Zdrowia stworzył specjalny portal, za pomocą którego można ustalić czas oczekiwania na świadczenie (Narodowy Fundusz Zdrowia 2011c).

Przyjmowanie przez szpitale pacjentów ponad ustalenia wynikające z zapisów kontraktowych z publicznym płatnikiem generuje zwiększone wydatki, które nie zawsze są uzasadnione. Lepsze efekty przyniosłoby zabezpieczenie potrzeby zdrowotnej na poziomie opieki podstawowej czy domowej. Byłoby to bardziej efektywne, niż uporczywe „wpychanie” pacjentów do szpitali, gdzie leczenie jest drogie. Przyjmowanie pacjentów ponad przyjęte limity i wymuszanie zapłaty za nie jest o tyle istotne, że w ostatnich latach nastąpiło wyraźne wyhamowanie zwiększenia środków na te świadczenia. Natomiast w roku 2011 przewidywany jest znaczny spadek ilości środków przeznaczanych na leczenie szpitalne (rysunek 3).



Uwaga: W czasie pisania niniejszego artykułu sprawozdanie finansowe NFZ za 2010 r. nie było jeszcze dostępne, w związku z czym musiano się oprzeć na planach finansowych.

Rys. 3. Zmiany wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia zdrowotne w stosunku do poprzedniego roku w latach 2005–2009 oraz planów wydatków na lata 2010–2011 (w %). Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jak wykazano wcześniej, decydenci (władze) nie mają wystarczającej wiedzy na temat reguł rządzących systemem ochrony zdrowia oraz rynkiem, w tym rynkiem usług zdrowotnych. W efekcie skuteczność działań oddłużeniowych jest daleka od optymalnej. Zadłużenie szpitali jest wynikiem różnych przyczyn (ilości pieniądza w systemie, kompetencji lekarzy wykonujących procedury medyczne, sprawności menedżerów kierujących tymi jednostkami itd.). Jest też jednak pochodną polityki państwa (w tym publicznego płatnika), która sprawia, że zakłady opieki zdrowotnej są zadłużone.

Planowana wysokość wydatków na szpitale na rok 2011 daje podstawy do obaw, że przy niezmiennych pozostałych czynnikach wpływających na zadłużenie ulegnie ono wzrostowi, który może okazać się istotny.

4. Cele systemu a Narodowe Programy Zdrowia

Przedstawione rozważania pokazały problemy, jakie napotykały, usiłując zdefiniować podstawową dla określenia efektywności, funkcję celu.

Można domniemywać, że celami, które państwo może chcieć realizować, są te, które zawarto w dokumentach programowych, takich jak Narodowe Programy Zdrowia (NPZ), w edycji 1996–2005 (Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej 1996) i 2007–2017 (Rada Ministrów 2007).

Powstaje jednak pytanie, na ile te cele – ze wszech miar godne uwagi i wdrożenia – faktycznie wytyczają kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej, czy przyjęta przez państwo polityka cele te realizuje, a jeżeli tak, to na ile skutecznie i efektywnie. Bez jasno zdefiniowanej polityki i wskazania zasobów, jakie mają być użyte do realizacji celów tejże polityki, trudno rozpatrywać te cele jako coś innego niż zbiór pobożnych życzeń.

Podobne wątpliwości sformułował poseł Andrzej Wojtyła w swojej interpelacji w 2003 r. Pytał wówczas, czy NPZ jest realizowany, czy, jak oraz przez jaką instytucję jest monitorowany, dlaczego nie spływają sprawozdania z jego realizacji i jaki jest postęp w realizacji założonych celów NPZ (Wojtyła 2003). Obserwując działania kolejnych rządów, trudno się doszukiwać postępów w realizacji NPZ. To, jakie znaczenie przywiązują rządzący do wspomnianych dokumentów, najlepiej oddają dwa lata przerwy, które upłynęły między okresem obowiązywania pierwszego i drugiego programu. W tym czasie dokument, który określałby, co ma być realizowane w systemie ochrony zdrowia, najwyraźniej nie był uznany za kluczowy dla funkcjonowania systemu, skoro ów system funkcjonował wówczas bez tego dokumentu.

5. Efektywność funkcjonowania szpitali

Prostszym zadaniem jest wskazanie zależności między celami a ich efektywnością na poziomie organizacji zajmujących się dostarczaniem usług zdrowotnych (świadczeniodawców). W tym wypadku można bowiem odwołać się do wyników osiągniętych przez te instytucje.

W odniesieniu do szpitali zmiennymi, jakimi można się posłużyć, starając się określić efektywność funkcjonowania tych jednostek, są: liczba świadczeń, czas ich trwania, zasoby rzeczowe i nakłady finansowe niezbędne do realizacji usług.

Rozpatrując te kwestie w skali całego kraju, można wskazać na zmianę znacznej części wyżej wymienionych wskaźników efektywności, co pokazano w tabeli 4.

Dane/wskaźniki	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Zmiana w %
Liczba łóżek (tys.)	183,3	179,5	176,7	175,0	183,6	183,0	-0,1
Wydatki na leczenie szpitalne* (mln zł)	13 148	14 526	15 782	18 958	23 802	25 775	96,0
Liczba lekarzy (osoby)	b.d.	b.d.	b.d.	103 733,0	109 228	114 424	10,3**
Liczba pielęgniarek i położnych (osoby)	b.d.	b.d.	b.d.	135 580	138 544	139 926	3,2**
Średni okres pobytu (dni)	6,9	6,7	6,4	6,2	5,9	5,8	-15,9
Liczba hospitalizacji (tys.)	7 001	6 949	7 168	7 143	7 957	8 031	14,7
Wykorzystanie łóżka (%)	71,8	71,0	70,4	69,9	70,3	69,7	-2,9
Liczba hospitalizacji na łóżko	38,2	38,7	40,6	40,8	43,3	43,9	14,9
Wydatki na 1 hospitalizowanego (zł)	1 878	2 090	2 202	2 654	2 991	3 210	70,9
Liczba leczonych na 1 lekarza	b.d.	b.d.	b.d.	68,9	72,8	70,2	1,9**
Liczba leczonych na 1 pielęgniarkę i położną	b.d.	b.d.	b.d.	52,7	57,4	57,4	8,9**

Uwaga: * wydatki podawane są dla leczenia szpitalnego ogółem, natomiast pozostałe dane dotyczą szpitali ogólnych (tj. niebędących szpitalami MSWiA oraz MON); ** zmiana dotyczy lat 2007–2009.

Tab. 4. Zasoby i wskaźniki efektywności usług szpitalnych w Polsce w latach 2004–2009. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia 2005–2010. Biuletyn Statystyczne Ministerstwa Zdrowia 2005–2010, Warszawa 2005–2010.

W omawianym okresie liczba łóżek początkowo spadała, by pod koniec okresu osiągnąć praktycznie ten sam poziom, co na początku. Prawie dwukrotnie wzrosła natomiast ilość środków przeznaczonych na leczenie szpitalne. Brak danych na temat wielkości zatrudnienia do 2006 r. nie pozwala na pełną analizę efektywności zatrudnienia w szpitalach. Dostępne dane pokazują wzrost liczby personelu. Znacznie większy wzrost nastąpił w odniesieniu do lekarzy. Skrócił się okres hospitalizacji o około 15%, wzrosła natomiast liczba hospitalizacji, wzrost ten sięgnął prawie 15%.

Opisane zjawiska sprawiły, że nieznacznie zmniejszyło się wykorzystanie łóżka, które spadło poniżej 70%. Wpłynęło na to niewątpliwie wzmiankowane skrócenie okresu hospitalizacji. W związku ze zwiększoną liczbą hospitalizacji, przy praktycznie niezmięnionej liczbie łóżek, wzrosła liczba hospitalizacji na łóżko na poziomie zbliżonym do zmiany liczby hospitalizacji. Tak duży (jak pokazany powyżej) wzrost środków na leczenie szpitalne spowodował także bardzo istotny wzrost wydatków na jednego hospitalizowanego. W związku ze zwiększeniem się liczby zatrudnionych lekarzy wzrost liczby leczonych na jednego lekarza był na relatywnie niskim poziomie. Natomiast przy niewielkim wzroście liczby pielęgniarek i położnych, wzrost liczby hospitalizacji sprawił, że wzrosła liczba osób hospitalizowanych na jedną pielęgniarkę i położną.

Widać więc zmianę we wskaźnikach, za pomocą których można określić efektywność funkcjonowania szpitali.

6. Dyskusja i wnioski

Przedstawione rozważania wskazują na to, że efektywność w ochronie zdrowia może mieć różne znaczenia na różnych poziomach. Ze względów podanych w artykule nie odniesiono się do kwestii efektywności klinicznej – czyli uzyskiwania efektów zdrowotnych w wyniku zastosowania procedur (technologii) klinicznych.

W opisanych warunkach wnioski dotyczące efektywności mogą być trudne do wyciągnięcia i obarczone dużym błędem. Wynika to z wielości czynników wpływających na zdrowie, na co wskazuje koncepcja Lalonde'a, wielości i różnorodności udziałowców systemu, wielowymiarowej natury determinantów zdrowia i polityki społecznej (Scott 2002). W warunkach polskiego systemu dodatkowo można mówić o braku polityki zdrowotnej. Skutkuje to problemem z wyznaczeniem celów funkcjonowania systemu i w konsekwencji możliwości ich konsekwentnej realizacji.

Przyjmuje się, że podstawowym celem, jaki ma realizować system ochrony zdrowia, jest wydłużanie życia. W przypadku Polski cel ten jest osiągnięty, choć w większym stopniu dzięki zmianie stylu życia (konsumpcja tłuszczów roślinnych zamiast zwierzęcych, zmniejszenie spożycia alkoholu ciężkich, odsetka osób palących itp.), niż dzięki funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. Realizacja celów (definiowanych dla systemów ochrony zdrowia)

w Polsce napotyka bariery związane z brakiem kompetencji organów odpowiedzialnych za funkcjonowanie systemu. Władze zdają się nie rozumieć podstawowych reguł rządzących systemem/rynkiem zdrowia. Przykładem jest polityka publicznego płatnika, która stymuluje produkcję świadczeń, a nie dbałość o zdrowie społeczeństwa. W konsekwencji – oczywiście z pewną przesadą – można ów system określić raczej mianem systemu „wyciągania pieniędzy”, a nie ochrony zdrowia.

W systemie nie dochodzi do niepokoju czy manifestacji napięć społecznych, więc jeżeli powyższe jest faktycznie celem systemu, to jest on obecnie realizowany. Żadna grupa zawodowa nie trwa w sporze zbiorowym, pracownicy nie strajkują, społeczeństwo nie wyraża sprzeciwu wobec funkcjonowania systemu, choć nisko go ocenia. Mając na względzie problemy z pomiarem kosztów i skutków braku napięć społecznych, trudno byłoby pokusić się wyliczenie efektywności realizacji tego celu.

Problematiczna jest jakość usług, mimo że poprawiła się dostępność do nowych technologii. Ogólnopolskie badania dotyczące zaspokojenia potrzeb zdrowotnych wskazują na to, że sytuacja nie pogarsza się aż tak bardzo, jak to miało miejsce parę lat temu.

Dużym problemem pozostaje natomiast równy dostęp do usług. Między poszczególnymi województwami w dalszym ciągu istnieje bardzo silne zróżnicowanie w dostępie do lekarza czy łóżka szpitalnego. Różnice dotyczące dostępu do łóżka w niewielkim stopniu, ale jednak zmalały w analizowanym okresie.

Jednym ze źródeł problemów z dostępnością jest sposób zakupu świadczeń, a w zasadzie, „produkcji” świadczeń. Istniejące w systemie motywacje do działania są bowiem kontrefektywne. Szpitale hospitalizują coraz większą liczbę pacjentów, co ma związek ze zmianą sposobu finansowania tych świadczeń. Płacenie za przyjętych pacjentów lub też procedury im wykonane motywuje bowiem do przyjmowania pacjentów i do wykonywania opisanych procedur, niekoniecznie do tego, by poprawiała się jakość usług (Eichler i Lewis 2009), a przez to, by ludzie byli zdrowsi. Przyjmowanie coraz większej liczby pacjentów następuje przy użyciu praktycznie tej samej liczby łóżek. Mogłoby to wskazywać na zwiększenie efektywności wykorzystania łóżka. Jednocześnie, skrócony okres pobytu sprawia, że wykorzystanie łóżka spada. Dochodzi więc do pogarszania się wskaźnika efektywności wykorzystania łóżka, które i tak nie jest wysokie.

Sposób gromadzenia i udostępniania informacji nie pozwala na prześledzenie zmian w efektywności w dłuższym okresie. Przedstawione (w tabeli 4) dane od 2007 r. pokazały, że nastąpiło zwiększenie efektywności pracy personelu. W przypadku lekarzy wzrost ten jest nieznaczny (niecałe 2%), jednak w przypadku pielęgniarek i położnych wyniósł prawie 9%. Jest to efekt relatywnie dużego wzrostu zatrudnienia lekarzy (ponad 10%) przy relatywnie niskim wzroście liczby zatrudnionych pielęgniarek (nieco ponad 3%)⁴.

Jednocześnie w przedstawionym okresie wydatki na jednego hospitalizowanego wzrosły o ponad 70%. Spadła więc znacząco efektywność kosztowa jednego leczonego przypadku. Może to oznaczać:

1. Pogorszenie się efektywności: na jeden przypadek wydajemy obecnie znacznie więcej niż wcześniej.
2. Stosowanie przez szpitale coraz droższych technologii medycznych (farmaceutycznych i aparaturowych) do skuteczniejszego leczenia.
3. Urealnienie kosztów leczenia: środki przekazywane na leczenie szpitalne lepiej oddają koszty hospitalizacji, które wcześniej były niedoszacowane.
4. Przyjmowanie przez szpitale coraz cięższych przypadków, które wymagają coraz większych nakładów finansowych.

Nie mając danych na temat ciężkości przypadków, można jedynie dokonać oceny przedstawionych tez dotyczących efektywności.

Należałoby odrzucić tezę mówiącą o tym, że szpitale przyjmują coraz cięższe przypadki. Sposób kupowania świadczeń medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia powoduje, że do szpitali trafiają coraz cięższe, a nie coraz cięższe przypadki, tam bowiem przerzucani są pacjenci, którzy powinni być zaopatrzeni poza szpitalem (Kautsch i Stypka 2003). Podstawowa opieka zdrowotna stara się także przerzucić koszty (np. badań) na szpitale, niewywiązując się ze swoich obowiązków (Cichocka 2010). Nie należy więc przypuszczać, by do szpitala trafiały coraz ciężiej chore osoby. Trafiają tam coraz ciężiej chore pacjenci, którzy nie musieliby czy wręcz nie powinni być leczeni w szpitalach. Wywołuje to błędne wrażenie podnoszenia efektywności działania szpitali. Niepotrzebne hospitalizacje stanowią także zagrożenie dla pacjentów, którzy narażeni są na kontakt z niebezpiecznymi czynnikami mogącymi wywoływać zakażenia wewnątrzszpitalne.

Można także przyjąć, że nie nastąpiło istotne pogorszenie się efektywności funkcjonowania szpitali. Rosnąca konkurencja ze strony coraz liczniejszych niepublicznych placówek powinna działać mobilizująco na jednostki publiczne, a przez to prowadzić do poprawy efektywności. Należy przy tym podkreślić, że jest to efektywność w skali mikro, która może się wiązać ze znajdowaniem przez zakłady luk w systemie i wyciąganiem przez nie coraz większej ilości środków od publicznego płatnika.

Koszty funkcjonowania ochrony zdrowia mogły wzrosnąć w związku z pozyskaniem nowych technologii. Nie można jednak zapominać, że część środków na zakup aparatów, a także infrastruktury zakładów opieki zdrowotnej pochodzi z różnego rodzaju funduszy europejskich. Przykładem niech będzie największy w historii program pomocowy: Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko – Działania 12.1., w ramach którego do systemu trafić ma 350 mln euro (Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2010). Gdyby nie tego typu fundusze, na modernizację systemu musiano by wygospodarować więcej środków własnych, tj. przede wszystkim tych pochodzących od publicznego płatnika (w powyższym programie środki własne miały stanowić 15% wartości projektu).

Biorąc pod uwagę wartość nakładów na ochronę zdrowia w Polsce w ostatnich latach, można przyjąć, że wzrost wydatków stanowi swego rodzaju urealnienie kosztów usług medycznych. Zwiększone środki, jakimi dysponował publiczny płatnik, oraz wspomniana ustawa o pomocy publicznej z pewnością przyczyniły się do zmniejszenia wielkości zadłużenia wymagalnego, a także wielkości zadłużenia ogółem. Wzmiankowaną ustawę, podobnie jak zwiększanie się znaczenia sił rynkowych i rosnącą konkurencję, należy ocenić jako zjawiska pozytywne, wymuszające poprawę efektywności działania szpitali.

Na podstawie przytoczonych danych i w oparciu o zjawiska charakterystyczne dla sektora nie można w sposób jednoznaczny określić trendów dotyczących efektywności w ochronie zdrowia w Polsce w ostatnich latach. Widać, jak zachowanie agend państwowych wpływa na działania innych udziałowców. Przerzucanie pacjentów na wyższe poziomy referencyjne poprawia rentowność funkcjonowania jednostek opieki podstawowej – mogą bowiem zachować środki, które musiałyby wydać na leczenie tych pacjentów. Szpitale z kolei przyjmują coraz więcej pacjentów i wymuszają na płatniku zwiększenie płatności za nich. Jak pokazano, wartość środków przeznaczonych na hospitalizowanego pacjenta znacznie wzrosła w omawianym okresie – wzrost w latach 2000–2009 wyniósł 71%, czyli o prawie 16% ponad wzrost średniego wynagrodzenia w gospodarce (Rzeczpospolita 2011) i 30% ponad wzrost PKB (Eurostat 2011). Można więc mówić o poprawie finansowania sektora. Można także wskazać na poprawę najistotniejszego wskaźnika określającego cel funkcjonowania systemu, tj. długości życia. Pozostaje tylko pytanie, czy to, co robimy, robimy faktycznie efektywnie. I czy robimy to racjonalnie?

Informacje o autorze

Dr Marcin Kautsch – Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie. E-mail: mxkautsc@wp.pl.

Przypisy

- ¹ Ze względu na różnice w prowadzeniu sprawozdawczości, dane dotyczące lekarzy za lata 1999 i 2009 podano za pomocą innych wskaźników.
- ² Krajami, w których prowadzono badania, były: Austria, Francja, Niemcy, Stany Zjednoczone, Szwecja, Wielka Brytania, Włochy. Badanie prowadzone było za pomocą ankiety telefonicznej.
- ³ Plan ten musiał uzyskać także akceptację Ministerstwa Zdrowia.
- ⁴ Mała liczba zatrudnionych pielęgniarek oraz zmiana struktury wiekowej tej grupy zawodowej stanowią istotne zagrożenie dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, co jest kolejnym przejawem braku polityki zdrowotnej państwa oraz powinno zostać szczegółowo opisane w osobnym materiale.

Bibliografia

- Adler, N.E., Boyce, W.Th., Chesney, M.A., Folkman, S. i S.L. Syme 1993. Caring for the Uninsured and Underinsured Socioeconomic Inequalities in Health. No Easy Solution. *JAMA. Journal of the American Medical Association*, nr 269, s. 3140–3145.
- Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia 2000. *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2000*, Warszawa.
- Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia 2005–2010. *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2005-2010*, Warszawa.
- Cichocka, E. 2010. Rozjuszenie na życzenie. *Gazeta Wyborcza*, z dnia 24.04.2010, http://wyborcza.pl/leczy/1,102641,7809890,Rozjuszenie_na_zyczenie.html, dostęp: 4.05.2011.
- Commission of the European Communities, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions 2009. *Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the EU*, COM (2009) 567 final, Brussels.
- Czapiński, J. i T. Panek (red.) 2009. *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego.
- Eichler, R. i S. Lewis 2009. *Social Insurance Assessment Tool. Part III. Model of Financing Flows for Social Health Insurance*, Management Sciences for Health (MSH) in Boston Massachusetts, <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=6.70.htm&module=toolkits&language=English>.
- Eurostat 2011. *GDP growth rate*, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tsieb020>, dostęp: 5.07.2011.
- Kautsch, M. 2011. Managing Public Healthcare Units in Poland – Research Findings, w: I. Rudawska (red.), *Challenges for healthcare reforms in Europe. Monograph*, Kyiv: Foundation for International Studies, Centre for Sociological Research.
- Kautsch, M. i A. Stypka 2003. System – z podstawową opieką zdrowotną w tle. *Menedżer Zdrowia*, nr 5.
- Kautsch, M., Whitfield, M. i J. Klich (red.) 2001. *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Lalonde, M. 1974. *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa: Government of Canada.
- Ministerstwo Zdrowia 2011a. *Dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003–2010*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/dyn_zob_ogo_18022011.pdf, dostęp: 13.04.2011.
- Ministerstwo Zdrowia 2011b. *Dynamika zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003–2010*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/dyn_zob_wym_18022011.pdf, dostęp: 13.04.2011.
- Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej 1996. *Narodowy Program Zdrowia 1996–2005*.
- Narodowy Fundusz Zdrowia 2005. *Raport NFZ za 2004 r.*, Warszawa: NFZ.
- Narodowy Fundusz Zdrowia 2006. *Raport NFZ za 2005 r.*, Warszawa: NFZ.
- Narodowy Fundusz Zdrowia 2007. *Raport NFZ za 2006 r.*, Warszawa: NFZ.
- Narodowy Fundusz Zdrowia 2008. *Raport NFZ za 2007 rok*, Warszawa: NFZ.
- Narodowy Fundusz Zdrowia 2009. *Sprawozdanie z działalności narodowego funduszu zdrowia za 2008 rok*, Warszawa: NFZ.
- Narodowy Fundusz Zdrowia 2010. *Sprawozdanie z działalności narodowego funduszu zdrowia za 2009 rok*, Warszawa: NFZ.
- Narodowy Fundusz Zdrowia 2011a. *Plan finansowy na 2010 rok po wszystkich zmianach*, <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10&artnr=4357&b=1&szukana=Plan+finansowy+2010>, dostęp: 1.05.2011.
- Narodowy Fundusz Zdrowia 2011b. *Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2011 rok zatwierdzony w dniu 13 sierpnia 2010 r. przez Ministra Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Finansów*, <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10&artnr=4170>, dostęp: 1.05.2011.

- Narodowy Fundusz Zdrowia 2011c, <http://kolejki.nfz.gov.pl/koc/kolejkiSzukaj.do>, dostęp: 14.04.2011.
- OECD 2011. StatExtracts, <http://stats.oecd.org/index.aspx>, dostęp: 13.04.2011.
- PAP 2011. *NFZ: Kolejki? Winni pacjenci*, http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/433668,nfz_kolejki_winni_pacjenci.html, dostęp: 14.04.2011.
- Poździejch, S. 2000. System zdrowotny, w: Czupryna, A., Poździejch, S., Ryś, A. i W.C. Włodarczyk (red), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius.
- Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko http://www.pois.gov.pl/WstepDoFunduszyEuropejskich/Strony/o_pois.aspx, dostęp: 30.07.2010.
- Rada Ministrów 2007. *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015*, Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
- Rzeczpospolita 2011. Przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej wg GUS. *Rzeczpospolita*, <http://www.rp.pl/temat/85185.html>, dostęp: 6.05.2011.
- Scott, W.G. 2002. *Health Policy in a Democratic Mixed Market Economy*, <http://econ.massey.ac.nz/guyscott/Health%20Policy%20In%20A%20Mixed%20Market%20Economy.pdf>, dostęp: 12.06.2002.
- Stoner, J. 1994. *Kierowanie*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- The Europ Assistance Group, Cercle Santé Société 2011. *EUROPEAN SURVEY on the major areas of health debate 2010 results and changes observed since 2006 – Overview*, http://www.europ-assistance.com/uk/presse/doc_barometres_sante.html, dostęp: 13.04.2011.
- Twardowska, A. 2011. Zdrowie w kryzysie. Rosną kolejki do lekarza. *Gazeta Wyborcza. Bydgoszcz*, http://bydgoszcz.gazeta.pl/bydgoszcz/1,35590,6536865,Zdrowie_w_kryzysie__Rosna_kolejki_do_lekarza.html, dostęp: 14.04.2011.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2005 r. Nr 78 poz. 684.
- Watoła, J. 2011. Kolejki – końca nie widać, czyli 9 powodów, dla których biorą się kolejki do leczenia. *Gazeta Wyborcza*, http://wyborcza.pl/leczy/1,102641,7550339,Kolejki___konca_nie_widac_czyli_9_powodow_dla_ktorych.html, dostęp: 14.04.2011.
- Włodarczyk, W.C. 1996. *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius.
- Wojtyła, A. 2003. *Interpelacja w sprawie aktualnego stanu realizacji rządowego dokumentu Narodowy Program Zdrowia na lata 1996-2005*, Debaty sejmowe XVII Kadencja, <http://www.kadencja17.testos.waw.pl/int1-792.html>, dostęp: 14.04.2011.