

Ewa Romanów

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

FINANSOWANIE PRZEDSIĘWZIĘĆ W ZAKRESIE ZAPOBIEGANIA UZALEŻNIENIOM I CHOROBYM PSYCHICZNYM W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM W LATACH 2003-2008

Streszczenie: W artykule przedstawiono istotę pojęcia „zdrowie”, polityki zdrowotnej, problematyki uzależnień i zdrowia psychicznego. Pokazano zakres decentralizacji polityki zdrowotnej w zakresie zapobiegania uzależnieniom i chorobom psychicznym na szczeblu województwa. Wskazano również najważniejsze podmioty realizujące i finansujące zadania w tym zakresie.

Zaprezentowane zostały wydatki samorządu województwa dolnośląskiego oraz Dolnośląskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia jako głównych płatników w zakresie leczenia psychiatrycznego i przeciwdziałania alkoholizmowi. Poparte to jest danymi statystycznymi dotyczącymi zachorowań i rejestracji pacjentów w tym zakresie. Ponadto poddano analizie strukturę i dynamikę wydatków za świadczenia zdrowotne. Dane statystyczne zostały przedstawione w kontekście sytuacji ogólnopolskiej.

Słowa kluczowe: zdrowie, uzależnienia, zdrowie psychiczne, polityka zdrowotna, analiza finansowa.

1. Wstęp

Przyznanie samorządom dużego zakresu kompetencji w zakresie ochrony zdrowia odgrywa główną rolę w zakresie umiejętności rozpoznawania potrzeb zdrowotnych jako wymogu w podejmowaniu decyzji finansowych i przygotowywaniu planów zdrowotnych. Ogólna strategia, planowanie i zdrowie publiczne należą do zadań administracji samorządowej, która ustala priorytetowe działania odnoszące się do zdrowia, uwzględniając zasoby finansowe tak, aby między planowaniem merytorycznym a finansowym nie powstawały różnice.

Uzgodnienia między wydziałami urzędów i innych organizacji tworzą możliwości dialogu i są nośnikami polityki zdrowotnej. Mechanizmy społeczności lokalnej, które dostarczają informacji o potrzebach i preferencjach, są łącznikami pomiędzy polityką zdrowotną a mieszkańcami regionu, którzy biorą w ten sposób udział w jej wdrażaniu. Stworzenie pozytywnego klimatu w administracji samorządowej wokół spraw zdrowia kształtuje odpowiednie decyzje polityczne i finansowe. Decyzje te,

kształtowane przez państwo i samorządy, swym zakresem obejmują działania i metody osiągania efektów zdrowotnych, dołączając się do realizacji programu poprawy zdrowotności społeczeństwa.

Celem opracowania jest analiza sposobów oraz poziomu finansowania ochrony zdrowia. Przedmiotem badań są środki finansowe przeznaczone na realizację polityki zapobiegania uzależnieniom i chorobom psychicznym w latach 2003-2008 w województwie dolnośląskim w kontekście sytuacji ogólnopolskiej.

2. Istota zdrowia, uzależnień i zdrowia psychicznego

Zdrowie stanowi zasób energii biologicznej, który umożliwia fizjologiczne funkcjonowanie ustroju, jego rozwój fizyczny i psychiczny, świadome i celowe działanie oraz pokonywanie przeciwstawnych bodźców środowiskowych [Kurzynowski 2003, s. 204-205]. Jest to sprawne działanie układów ciała oraz zdolność do wykonywania wszystkich czynności, postrzegane jako równowaga, jako psychologiczne uczucie dobrostanu lub szczęścia, jako nieobecność choroby lub innej dysfunkcji [Blaxter 2009, s. 181].

Obecnie przyjmuje się trzy różne podejścia do zwiększenia potencjału zdrowotnego:

- *leczenie* – stanowi podejście, które interesuje się problemami wynikającymi z rodzaju choroby, jak np. nowotwór, gruźlica, uzależnienia czy też choroby psychiczne. Model ten skupia się na procesach chorobowych i czynnikach natury fizycznej i zwykle poddających się interwencji medycznej;
- *zachowania* – dotyczą populacji i odnoszą się do licznych strategii redukcji ryzyka, skupiając się przede wszystkim na zmianie indywidualnych zachowań zdrowotnych,
- *podejście społeczno-środowiskowe* do zdrowia, rozwoju zdrowia i zdrowia populacji odnosi się do podstawowych uwarunkowań zdrowia, tj. środowiska psychospołecznego, społeczno-ekonomicznego i środowiska fizycznego, które tworzą warunki dla utraty lub pozyskania zdrowia.

Czynniki psychologiczne dotyczą złożonych i wielowymiarowych doświadczeń psychologicznych, które powstają w danych warunkach społecznych. Jest to brak wsparcia społecznego, niska samoocena, kłopoty, samoobwinianie oraz niski poziom postrzegania lub uświadamiania sobie zachodzących zjawisk i potrzeb. Warunki społeczno-środowiskowe to warunki życia społecznego i środowiskowego mające wpływ na stan zdrowia, na które jednostka ma żaden lub niewielki wpływ.

Podejścia te są właściwe, o ile ma miejsce odpowiednia alokacja środków i dokonywane są właściwe wybory polityki. Niezbędne przy tym jest długoterminowe inwestowanie w szerszą infrastrukturę i bardziej efektywne opcje *promocji zdrowia*, które angażują populację jako całość, ukierunkowują na niezbędne działania, aby obejmowały one podstawowe warunki, które mają wpływ na wyniki zdrowotne, co łączy różnorodne, lecz komplementarne metody ich realizacji [Karski 2008, s. 23-25].

Promocja ukierunkowana jest m.in. na ludzi narażonych na ryzyko, uwzględniając uwarunkowania zdrowia, a także odnosi się do priorytetów określonych przez społeczności lokalne, w tym czynniki społeczne, środowisko, aktywność fizyczną.

Znaczenie uzależnienia zmienia się w zależności od kontekstu kulturowego: od społeczeństw, gdzie tradycyjnym modelem jest konsumpcja okazjonalna, rytualna, do takich, gdzie używki stanowią część diety. Konsumpcja ta ma istotny wpływ na zdrowie fizyczne, psychiczne oraz społeczne jednostek, rodzin i społeczności. Jej bezpośrednie i pośrednie efekty są rozproszone i kosztowne, nie dotyczą wyłącznie łatwej do zidentyfikowania mniejszości osób nadużywających szkodliwe substancje, ale wpływają na całą populację. We wszystkich kulturach, w których używki, a szczególnie alkohol, są łatwo dostępne, rozwijana jest zarówno formalna, jak i nieformalna polityka, mająca na celu zmniejszenie problemów i szkód związanych z uzależnieniami [*Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych...* 2003, s. 7].

Uzależnienia postrzegane są jako patologie, oceniane negatywnie przez społeczeństwo ze względu na ich społeczną szkodliwość, a zarazem sprzeczność z kodeksem moralnym i wartościami światopoglądowymi. Zjawiska niezgodne z akceptowanym społecznie systemem wartości klasyfikuje się jako:

- samoniszczenie – uzależnienia od alkoholu, narkomania, samobójstwa oraz inne postacie zachowań autoagresywnych,
- zachowania dezorganizujące rodzinę,
- instytucjonalne rodzaje patologii społecznej, spowodowane dysfunkcją władzy,
- przestępczość, szczególnie przeciwko życiu i zdrowiu.

Głównymi czynnikami wpływającymi na wzrost uzależnień są niepowodzenia życiowe i związane z nimi cierpienia psychiczne, złe obyczaje i wzorce kulturowe związane z piciem alkoholu, a także błędy wychowawcze [Pisz 1999, s. 307-310].

Zdrowie psychiczne jest jednym z zasobów współczesnego społeczeństwa. Zmiany stylu życia, pracy, budowania więzi rodzinnych i społecznych sprawiają, że zdrowie psychiczne wystawiane jest na ciągłe próby, którym coraz częściej społeczeństwo nie może podołać. Z jednej strony dostępność do porad psychiatrycznych jest ograniczona, z drugiej – ze względu na postrzeganie osób chorych psychicznie w świadomości społecznej – zgoda i gotowość na korzystanie z tego typu porad jest niska [Meder, Jerema, Araszkiwicz 2008, s. 5].

Zdrowie psychiczne określane jest jako brak zaburzeń psychicznych, jako integracja, zespolenie, organizacja struktur i funkcji psychicznych. O zdrowiu psychicznym świadczą sploty integracyjno-dezintegracyjne funkcji psychicznych, zmieniające swoją lokalizację i zasięg w rozwoju. To stan równowagi, zwłaszcza w zakresie moralności i wartości, umożliwiający przystosowanie się do zmieniających warunków życia [Dąbrowski 1981, s. 7-17]. Zachwianie tego stanu równowagi postrzegane jest jako choroba psychiczna, wymagająca interwencji wielu specjalistów w tej dziedzinie, zwłaszcza badania lekarskiego nastawionego i ukierunkowanego na ocenę stanu psychicznego, służącego zaplanowaniu procesu terapeutycznego

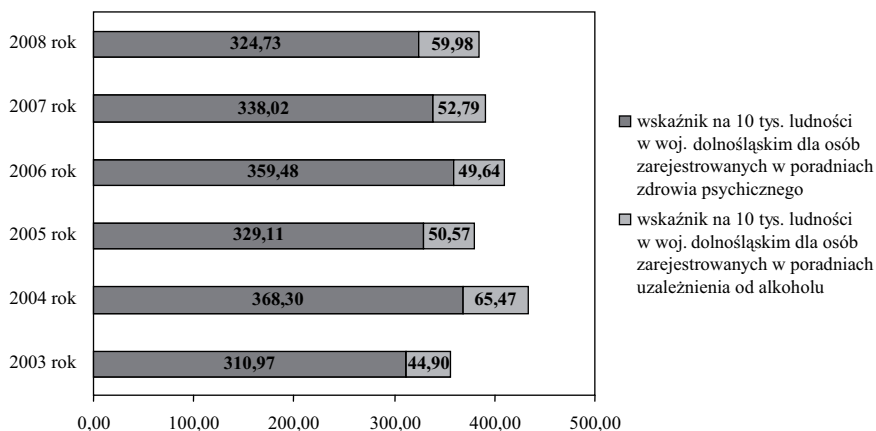
Tabela 1. Liczba osób zarejestrowanych w poradniach zdrowia psychicznego i w poradniach dla osób uzależnionych od alkoholu w latach 2003-2008 w województwie dolnośląskim i w Polsce

Lata	Woj. dolnośląskie na tle kraju	Liczba zarejestrowanych w poradniach z zaburzeniami psychicznymi	Liczba zarejestrowanych w poradniach dla osób uzależnionych od alkoholu	Udział zarejestrowanych z zaburzeniami psychicznymi w woj. dolnośląskim w stosunku do zarejestrowanych ogółem	Udział zarejestrowanych uzależnionych od alkoholu w woj. dolnośląskim w stosunku do zarejestrowanych ogółem	Dynamika zmian w liczbie osób zarejestrowanych w poradniach zdrowia psychicznego, rok 2003 = 100	Dynamika zmian w liczbie osób zarejestrowanych w poradniach dla uzależnionych, rok 2003 = 100
2003	Polska	1 149 959	130 472	100,00%	100,00%	100	100
	woj. dolnośląskie	90 130	13 013	7,80%	9,97%	100	100
2004	Polska	1 275 336	147 635	100,00%	100,00%	110,9	113,2
	woj. dolnośląskie	106 550	18 942	8,35%	12,83%	118,2	145,6
2005	Polska	1 178 853	178 416	100,00%	100,00%	102,5	136,7
	woj. dolnośląskie	95 055	14 605	8,06%	8,19%	105,5	112,2
2006	Polska	1 114 913	167 346	100,00%	100,00%	96,9	128,3
	woj. dolnośląskie	103 613	14 307	9,29%	8,55%	114,9	109,9
2007	Polska	1 143 581	181 344	100,00%	100,00%	99,4	138,9
	woj. dolnośląskie	97 295	15 195	8,51%	8,38%	107,9	116,8
2008	Polska	1 165 186	177 962	100,00%	100,00%	101,3	136,4
	woj. dolnośląskie	93 427	17 256	8,02%	9,69%	103,6	132,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Biuletyn..., 38].

i rehabilitacyjnego [Bilikiewicz, Lewandowski, Radziwiłłowicz 2003, s. 21]. Rehabilitacja psychiatryczna jest systemem skoordynowanych oddziaływań społecznych, psychologicznych, wychowawczych i medycznych umożliwiających chorym psychicznie w miarę samodzielną egzystencję i integrację społeczną oraz kształtowanie motywacji do akceptowanych przez otoczenie zachowań [Pużyński 1993, s. 404-406]. Analizę danych obrazującą skalę uzależnień i chorób psychicznych w Polsce i województwie dolnośląskim w latach 2003-2008 przedstawia tab. 1.

Ponadprzeciętny udział osób zarejestrowanych w obydwóch rodzajach poradni w ogólnej liczbie zarejestrowanych notuje się w ciągu całego badanego okresu w województwie dolnośląskim (tab. 1). W porównaniu z rokiem 2003 kolejne lata pokazują, że liczba notowanych zachorowań wzrosła. Najwięcej odnotowano ich w roku 2004, gdzie wskaźnik na 10 tys. ludności w województwie dolnośląskim wskazywał w jednym i drugim przypadku największą wartość, sięgającą 368,3 jednostki z zaburzeniami psychicznymi oraz 65,47 jednostki na 10 tys. ludności w województwie dla uzależnionych od alkoholu, co pokazuje rys. 1. Pozostałe lata to średnio analogicznie 332 osoby na 10 tys. ludności w województwie oraz 52 osoby na 10 tys. ludności.

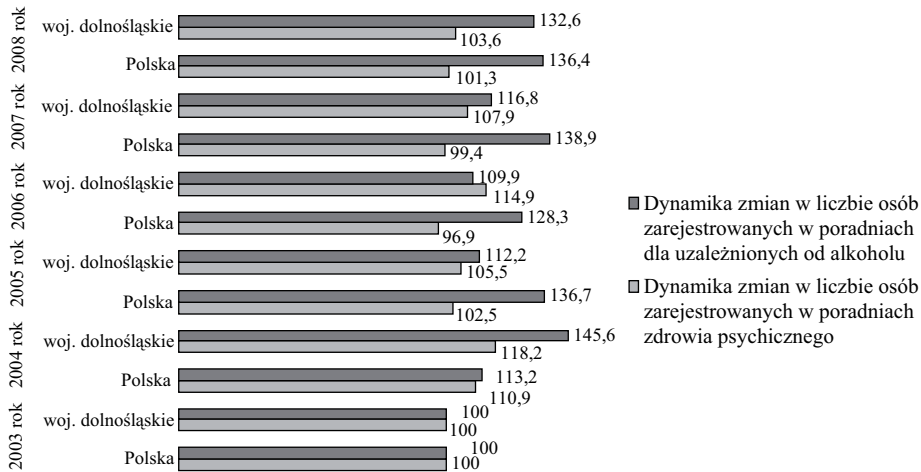


Rys. 1. Wskaźnik na 10 tys. ludności w woj. dolnośląskim w poradniach zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień od alkoholu w latach 2003-2008

Źródło: opracowanie własne na podstawie tab. 1.

Jak podają statystyki, w województwie dolnośląskim udział zarejestrowanych osób w poradniach zdrowia psychicznego w odniesieniu do osób powyżej 17 roku życia w województwie waha się od 3,89% do 4,57% w latach 2003-2008, a zarejestrowanych osób uzależnionych od alkoholu w analogicznym okresie – od 0,56% do 0,81% [Internet 3]. Przy czym wiele osób nie podejmuje próby wyleczenia się z nałogów, zatem odsetek ten w całej populacji jest znacznie wyższy.

Dynamika zmian w liczbie osób zarejestrowanych w obu poradniach w stosunku do roku 2003 w poszczególnych latach jest zróżnicowana (rys. 2).



Rys. 2. Dynamika zmian w liczbie osób zarejestrowanych w poradniach zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień od alkoholu w latach 2003-2008

Źródło: opracowanie własne na podstawie tab. 1.

Największy wzrost liczby zarejestrowanych w poradniach dla uzależnionych od alkoholu w porównaniu z rokiem 2003 odnotowano w województwie dolnośląskim w roku 2004 (rys. 2). Różnica ta stanowiła przeszło 45 punktów procentowych. W tym samym czasie w kraju przybyło 13% zarejestrowanych w tej poradni. Wdrożony w 2003 r. przez Ministerstwo Zdrowia program psychiatrycznej opieki zdrowotnej [Internet 2] spowodował zainteresowanie świadczeniami i większą możliwość dostępu do nich. Stąd też w 2004 r. nastąpił wyraźny wzrost liczby osób zarejestrowanych w poradniach zdrowia psychicznego zarówno w województwie dolnośląskim, jak i w całym kraju, odpowiednio o 18% i 11% w stosunku do roku 2003.

3. Zakres decentralizacji polityki zdrowotnej w zakresie zapobiegania uzależnieniom i chorobom psychicznym

W literaturze przedmiotu wyraźnie dostrzega się ewolucję określenia „polityka zdrowotna”: od najprostszego wyrażenia „ochrona zdrowia” przez „politykę ochrony zdrowia” aż do „polityki zdrowotnej” – nazwy, która, jak się wydaje, najpełniej odzwierciedla zakres i charakter współczesnych koncepcji zaspokajania potrzeb zdrowotnych. Wśród wielu definicji polityki zdrowotnej obecne są pojęcia eksponujące

różne punkty widzenia i szeroki kontekst myślenia, zgodnie z którym polityka zdrowotna jest dającym się wyodrębnić procesem intencjonalnie wywołanych zdarzeń odnoszących się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej. Elementami tego procesu mogą być decyzje o podjęciu i decyzje o niepodejmowaniu działań, działania podjęte i zrealizowane oraz działania niepodjęte i zaniechane. Jego elementami mogą być także tezy ideologiczne i sądy wartościujące, które ukierunkowują i uzasadniają decyzje, czy też aktywny lub bierny stosunek do problemu. Polityka zdrowotna również jako rodzaj umowy społecznej zabiega o poparcie dla idei solidaryzmu społecznego i akceptację braku związku pomiędzy wysokością indywidualnego wkładu (składki, podatku, daniny publicznej) a wartością świadczeń zdrowotnych. Polityka ta wyraża się w działalności zajmującej się wyrównywaniem dostępu do ochrony zdrowia oraz tworzeniem warunków dla zdrowia społeczeństwa [Kurzynowski 2003, s. 205-234].

Opracowanie polityki zdrowotnej wymaga przede wszystkim przygotowania ocen i prognoz stanu zdrowia ludności oraz programów rozpoznawania i zaspokajania jej potrzeb zdrowotnych. Nie zapomina się o tworzeniu norm i standardów w zakresie ochrony zdrowia, tworzeniu programów oceny jakości świadczeń zdrowotnych oraz kontroli tej jakości, jak również o przygotowaniu projektów aktów prawnych dotyczących organizacji i funkcjonowania instytucji świadczących usługi zdrowotne. Wymaga ona również monitorowania efektywności wykorzystania na cele zdrowotne środków publicznych oraz organizowania współpracy międzynarodowej w dziedzinie ochrony zdrowia [Krasuch 1999, s. 4].

Elementem polityki zdrowotnej jest system finansowy ochrony zdrowia, który określany jest jako wyodrębniona, spójna całość, na którą składają się instytucje o różnych formach organizacyjnych, akty normatywne będące podstawą ich tworzenia i funkcjonowania, jak również umożliwiające nawiązanie pomiędzy nimi różnego rodzaju relacji na płaszczyźnie finansowej, której zadaniem jest osiąganie celów zdrowotnych. Uczestnikami jej zaś są pacjenci, lekarze, płatnicy publiczni i prywatni oraz rząd jako instytucja regulująca i finansująca [Kautsch, Whitfield, Klich 2001, s. 31].

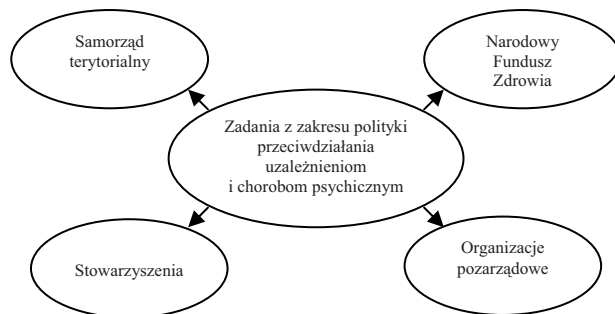
Wśród działań realizowanych w tym obszarze podstawowe znaczenie mają usługi opieki zdrowotnej, które dotyczą wzmocnienia i utrzymywania zdrowia człowieka lub minimalizowania negatywnych efektów choroby. Rozpatrywane są one w aspekcie funkcjonalnym – jako badanie diagnostyczne, użytecznym – jako porada, technicznym – jako procedura postępowania w procesie diagnozy i terapii, oraz w aspekcie relacyjnym, stanowiącym spotkanie chorego z lekarzem, rehabilitantem czy też przedstawicielem opieki pielęgniarskiej [Rudawska 2007, s. 14].

Jednym z celów polityki zdrowotnej jest polityka zapobiegania uzależnieniom, czyli realizacja zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałanie rozszerzaniu się narkomanii i problemów jej towarzyszących. Chodzi głównie o zwiększenie dostępności do świadczeń przez wsparcie finansowe placówek lecznictwa odwykowego oraz rozwijanie systemu kształce-

nia zawodowego pracowników lecznictwa odwykowego. Ważnym zadaniem jest również zapobieganie spożywaniu, podnoszenie poziomu wiedzy i kształcenie społeczeństwa przez promowanie działań edukacyjnych i profilaktycznych, ukierunkowanych na ograniczenie zjawiska uzależnień, a także monitorowanie stanu problemów związanych z uzależnieniami oraz wdrażanie nowoczesnych programów profilaktycznych [*Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień...* 2009, s. 67-69].

Wśród celów polityki zdrowotnej wyróżnia się również politykę zapobiegania zaburzeniom psychicznym i ochrony zdrowia psychicznego, która kładzie nacisk przede wszystkim na działania prewencyjno-promocyjne, a także ograniczenie występowania zaburzeń psychicznych i związanych z nimi samobójstw, zmniejszenie liczby osób z dyskomfortem psychicznym, a zwłaszcza z objawami lękowymi, depresyjnymi, reakcjami kryzysowymi, myślami samobójczymi, promowanie zdrowia psychicznego poprzez dostarczanie wiedzy i umiejętności potrzebnych do prawidłowego psychospołecznego rozwoju oraz rozwiązywania problemów życiowych, kształtowanie zachowań korzystnych dla zdrowia psychicznego, zwiększenie liczby programów oraz placówek oferujących profesjonalną pomoc i poradnictwo dla osób narażonych na zaburzenia zdrowia psychicznego i poprawę jakości życia osób chorych na przewlekłe choroby psychiczne [*Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015...* 2007, s. 20-21].

Główne podmioty finansujące, kształtujące i realizujące politykę zapobiegania uzależnieniom i chorobom psychicznym przedstawia rys. 3.



Rys. 3. Podmioty finansujące, realizujące i kształtujące zadania z zakresu polityki przeciwdziałania uzależnieniom i chorobom psychicznym

Źródło: opracowanie własne.

W ramach promocji i profilaktyki oraz polityki przeciwdziałania uzależnieniom i chorobom psychicznym (rys. 3) podmioty na różnym szczeblu wyznaczone są do świadczenia pomocy ludziom, którzy nie tylko mają problem z uzależnieniami czy chorobami psychicznymi, ale również ze znalezieniem pracy czy też z prawidłowym

funkcjonowaniem społecznym. Działania mają na celu odbudowanie i podtrzymanie umiejętności uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej i odgrywania ról społecznych w miejscu pracy, zamieszkania lub pobytu.

Organizacje pozarządowe udzielają tym ludziom, a także ich rodzinom, m.in. pomocy informacyjno-poradniczej oraz profesjonalnych porad prawnych. Prowadzą też doradztwo zawodowe celem przywrócenia tych osób na rynek pracy. Współpracują z samorządami wojewódzkimi, co roku przygotowując obszary w sferze realizacji zadań publicznych dotyczących ochrony zdrowia.

Stowarzyszenia pomagają w zakresie przyznania miejsca noclegowego, posiłku, odzieży, i – co ważne – udzielają pomocy osobom i ich rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w środowisku społecznym przez pełnienie odpowiednich funkcji społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi. Oferta powyższych placówek dotyczy m.in. pomocy specjalistycznej w zakresie konsultacji, poradnictwa, terapii indywidualnej i grupowej oraz działalności leczniczo-rehabilitacyjnej. Prowadzą również działania mające na celu wprowadzenie specjalistycznych programów readaptacji zawodowej i społecznej dla osób korzystających z pomocy.

Celem każdego podmiotu biorącego udział w kształtowaniu polityki zdrowotnej musi być – bezpośrednio lub pośrednio – dobro człowieka. Jest więc on tutaj nie tylko twórcą czy wykonawcą, ale przede wszystkim odbiorcą. Pacjent to jeden aspekt, drugi to pracownicy, którzy decydują o celach i sposobach ich osiągania. Nie wystarczy tylko sama identyfikacja najistotniejszych elementów, ale należy koniecznie określić oczekiwania w stosunku do jednostek ochrony zdrowia [Orzechowska 2003, s. 129-130].

Podmioty realizujące zadania z zakresu polityki zapobiegania uzależnieniom i chorobom psychicznym na szczeblu wojewódzkim zaczynają się od wojewody jako przedstawiciela Rady Ministrów odpowiadającego za wykonywanie polityki rządu na obszarze województwa, w tym zapewnienie współdziałania wszystkich jednostek organizacyjnych administracji rządowej i samorządowej działających na obszarze województwa oraz kierowanie ich działalnością w zakresie zapobiegania zagrożeniu życia i zdrowia [Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r....].

W tym aspekcie samorząd województwa ma swoje zadania i kompetencje. Władzami są tu sejmik oraz zarząd, natomiast organem wykonawczym marszałek województwa. Zakres tych działań określa Ustawa z dnia z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa [Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r....].

Następnym szczeblem realizującym zadania z zakresu ochrony zdrowia jest powiat, który jako jednostka samorządu terytorialnego został wyposażony w wiele kompetencji służących wykonywaniu nałożonych na niego zadań, w tym zadań z zakresu opieki zdrowotnej. Są to zadania o charakterze ponadgminnym, których organem wykonawczym jest starosta [Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r....].

Zakres działań i zadania gminy w zakresie polityki zdrowotnej określa Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, zgodnie z którą do zakresu jej

działania należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, niezastrzeżone ustawami na rzecz innych podmiotów. Do zadań własnych gminy należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty, w tym szczególnie sprawy ochrony zdrowia. Organem wykonawczym tych zadań jest wójt (burmistrz, prezydent miasta) [Ustawa z dnia 8 marca 1990 r....].

Rola samorządu województwa jako najważniejszego podmiotu na szczeblu województwa w kształtowaniu polityki zdrowotnej, w tym polityki zapobiegania uzależnieniom i chorobom psychicznym, sprowadza się do realizowania ustawowych zadań wynikających z funkcji organu założycielskiego dla placówek medycznych. Wyznacza on również kierunki lokalnej polityki zdrowotnej i realizuje ustawowe zadania z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia ze środków własnych oraz przy wsparciu państwa. Bierze udział w monitorowaniu warunków i poziomu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz wspiera infrastrukturę lokalnego systemu opieki zdrowotnej z własnego budżetu [Galla 2003, s. 37].

Departament Polityki Zdrowotnej przy Urzędzie Marszałkowskim opracowuje i realizuje, przy pomocy grup wsparcia, programy regionalnej polityki zdrowotnej dla województwa, współuczestniczy przy opracowywaniu planów zabezpieczenia opieki medycznej, jak również gromadzi i analizuje informacje o realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu Zdrowia [Zarządzenie nr 24/2008...]. Na podstawie analiz i opracowań pracownicy Wydziału Zdrowia przygotowują plan zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, niezbędny do realizacji polityki zdrowotnej województwa. Zawiera on przede wszystkim główne cele strategiczne oraz operacyjne, dzięki którym polityka ta jest realizowana [*Dolnośląski plan...*, s. 2-3].

W działaniach samorządów w zakresie realizacji polityki zdrowotnej istotne jest zmniejszenie różnic terytorialnych i społecznych w stanie zdrowia, aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa, jak również podejmowanie działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa [Klakočar 2006, s. 4-13].

Dział Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień w Departamencie Polityki Zdrowotnej wyznaczony jest do realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Opracowuje i realizuje wojewódzkie programy profilaktyki, współuczestniczy w organizowaniu całodobowych zakładów leczenia odwykowego oraz wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia i współuzależnienia. Określa również potrzeby w zakresie środków finansowych na realizację programów, organizuje konkursy na lokalne programy działań profilaktycznych, edukacyjnych i leczniczych dla instytucji, organizacji publicznych i pozarządowych [Zarządzenie nr 24/2008...].

W działaniach samorządu istotne są również przygotowania terytorialnych programów w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Sporządzane są one przede wszystkim na podstawie projektu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego opracowanego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz

nowelizacji Ustawy z dnia 23 lipca 2008 r. o ochronie zdrowia psychicznego (DzU 2008 nr 180, poz. 1108) [*Regionalny program... 2009*, s. 2-3]. Polityka zdrowia psychicznego uwzględnia rozwijanie świadomości znaczenia dobrego samopoczucia psychicznego dla funkcjonowania społeczeństwa oraz przeciwdziałanie nierówności i dyskryminacji, jakiej doświadczają osoby chore i ich rodziny. Dotyczy to również wdrażania systemów ochrony zdrowia psychicznego, które uwzględniają promocję zdrowia, profilaktykę, leczenie i rehabilitację oraz koordynację różnych form opieki i pomocy [*Regionalny program... 2009*, s. 5-6].

Tabela 2. Wybrane wskaźniki charakteryzujące stan funkcjonowania opieki zdrowotnej w zakresie leczenia psychiatrycznego w latach 2003-2008

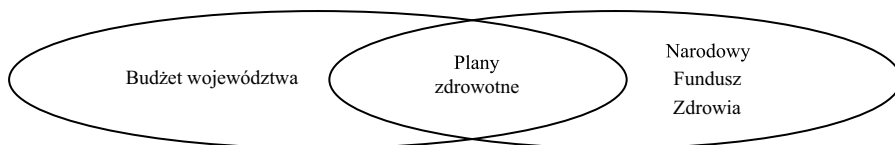
Wyszczególnienie	Woj. dolnośląskie na tle kraju	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Liczba lekarzy specjalistów w zakresie psychiatrii	Polska	2 467	2 423	2 115	2 077	2 260	2 353
	woj. dolnośląskie	174	160	136	113	155	172
Liczba szpitali psychiatrycznych	Polska	53	54	54	50	52	51
	woj. dolnośląskie	11	11	11	11	11	11
Liczba łóżek w szpitalach psychiatrycznych	Polska	21 489	20 917	20 276	20 155	19 607	18 878
	woj. dolnośląskie	2 584	2 553	2 480	2 489	2 428	2 402
Liczba leczonych w ciągu roku w szpitalach ogólnych na oddziale psychiatrycznym	Polska	58 409	59 134	58 642	57 334	56 081	55 312
	woj. dolnośląskie	131	126	131	119	228	109
Liczba leczonych w ciągu roku w szpitalach ogólnych na oddziale psychiatrycznym – wskaźnik na 10 tys. ludności	Polska	15,3	15,5	15,4	15,0	14,7	14,5
	woj. dolnośląskie	0,5	0,4	0,5	0,4	0,8	0,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Biuletyn...; Internet 1; Internet 3].

Diagnozę wybranych wskaźników, które przede wszystkim brane są pod uwagę przy przygotowywaniu planów i polityki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego, przedstawia tab. 2. Jak wynika z danych liczbowych, mimo nieulegającej zmianie liczby szpitali psychiatrycznych w województwie dolnośląskim, liczba łóżek w tych szpitalach maleje. Wskaźnik liczby leczonych na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych na 10 tys. mieszkańców województwa dolnośląskiego oscyluje w granicach 0,5, natomiast w kraju średnio 15. Analizie nie poddano liczby osób leczonych w szpitalach psychiatrycznych z powodu braku porównywalnych danych z poszczególnych lat.

4. Analiza finansowa przedsięwzięć w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom i chorobom psychicznym w województwie dolnośląskim

W Polsce fundusze publiczne są bardzo zróżnicowanym zbiorem źródeł finansowania usług opieki zdrowotnej, a największą rolę odgrywa obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia, który pozyskuje środki finansowe ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Drugim istotnym publicznym źródłem finansowania na szczeblu wojewódzkim jest budżet jednostek samorządu terytorialnego, którego dochody pochodzą przede wszystkim z podatków i opłat lokalnych, jak również z transferów z budżetu państwa [Rój, Sobiech 2006, s. 38].



Rys. 4. Główni płatnicy zadań z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień na poziomie województwa

Źródło: opracowanie własne.

Plany zdrowotne obejmujące swoim zakresem zagadnienia medycyny naprawczej i zapobiegawczej, przygotowywane przez samorząd województwa, określają podstawowe cele zdrowotne oraz proponowane sposoby ich osiągania w ujęciu wieloletnim. Są one elementem Narodowego Planu Zdrowotnego opartego ideowo na dokumencie WHO „Zdrowie dla wszystkich” [*Narodowy Plan Zdrowotny na lata 2004-2013... 2003*], jak również Narodowego Programu Zdrowia, który uwzględnia zakres czynników pozamedycznych warunkujących zdrowie [*Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015... 2007*]. Plany zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych przygotowywane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia jako płatnika za świadczenia medyczne, określając liczbę oraz zakresy świadczeń zdrowotnych zabezpieczających potrzeby województwa, a wynikających z planów zdrowotnych. Oferty świadczeniodawców określają możliwość wykonania odpowiedniej liczby świadczeń zdrowotnych w określonych zakresach i zgodnie ze standardami definiowanymi przez fundusz [Frączkiewicz-Wronka i in. 2004, s. 145-147].

Koszty związane z leczeniem stanu zdrowia to nie tylko leczenie skutków zdrowotnych, ale również brak wydajności pracowników, straty społeczne spowodowane przedwczesnym zgonem, koszty związane ze stratą mienia, jak również koszty funkcjonowania systemu wymiaru sprawiedliwości i opieki społecznej [*Ocena... 2000*].

Środki finansowe przeznaczone na realizację Programu profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień (na podstawie art. 9³ ust. 1 Ustawy z dnia 26 paździer-

nika 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi [Ustawa z dnia 26 października 1982 r....]) pochodzą przede wszystkim z tytułu opłat za wydanie zezwoleń przedsiębiorcom posiadającym siedziby na terenie województwa dolnośląskiego na hurtowy obrót w kraju napojami alkoholowymi do 18% zawartości alkoholu i są dochodem własnym Samorządu Województwa. Za realizację programu odpowiada Zarząd Województwa realizujący program przez Departament Polityki Zdrowotnej, Wydział Zdrowia – Dział Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego [*Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień...* 2009, s. 10].

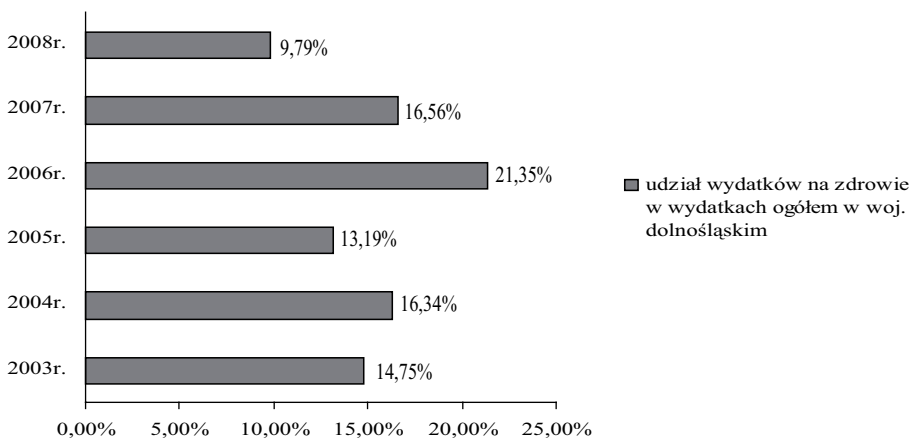
Tabela 3. Wydatki budżetu woj. dolnośląskiego na ochronę zdrowia w latach 2003-2008 (w tys. zł)

Wyszczególnienie	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Dynamika zmian 2008/2003
Wydatki budżetu ogółem							
– uchwała budżetowa	264 685	285 256	405 121	639 082	785 512	1 087 046	410,69
– po zmianach,	344 677	476 204	600 083	830 206	933 250	1 357 862	393,95
w tym:							
Wydatki budżetu ogółem na zdrowie							
– uchwała budżetowa	10 123	20 538	9 023	98 652	42 675	61 483	607,36
– po zmianach,	50 826	77 815	79 179	177 289	154 545	132 956	261,59
w tym:							
Lecznictwo psychiatryczne							
– uchwała budżetowa	0	40	0	12 000	6 202	15 725	–
– po zmianach	464	412	1 223	24 162	25 396	16 970	3657,32
Zwalczanie narkomanii							
– uchwała budżetowa	30	30	30	30	30	50	166,66
– po zmianach	28	30	28	4	205	375	1339,28
Przeciwdziałanie alkoholizmowi							
– uchwała budżetowa	410	600	1 200	650	900	200	50
– po zmianach	2 563	973	2 221	793	1 701	1 820	71,01
Programy zdrowotne							
– uchwała budżetowa	85	110	80	367	379	395	464,70
– po zmianach	85	110	211	376	447	527	620,00
Udział wydatków budżetu na zdrowie w wydatkach ogółem w woj. dolnośląskim	14,75%	16,34%	13,19%	21,35%	16,56%	9,79%	–

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Uchwały...].

Wydatki budżetu na zdrowie (tab. 3) w ujęciu absolutnym w woj. dolnośląskim do 2006 r. wykazywały szybki wzrost. Po roku 2006, mimo znacznego wzrostu

wydatków ogółem w budżecie województwa, kwota na opiekę zdrowotną spadła w roku 2008 o 25% w porównaniu z rokiem 2006. Udział ostatecznych wydatków na zdrowie w 2008 r. kształtował się na poziomie blisko 10% wydatków budżetu ogółem (rys. 5).



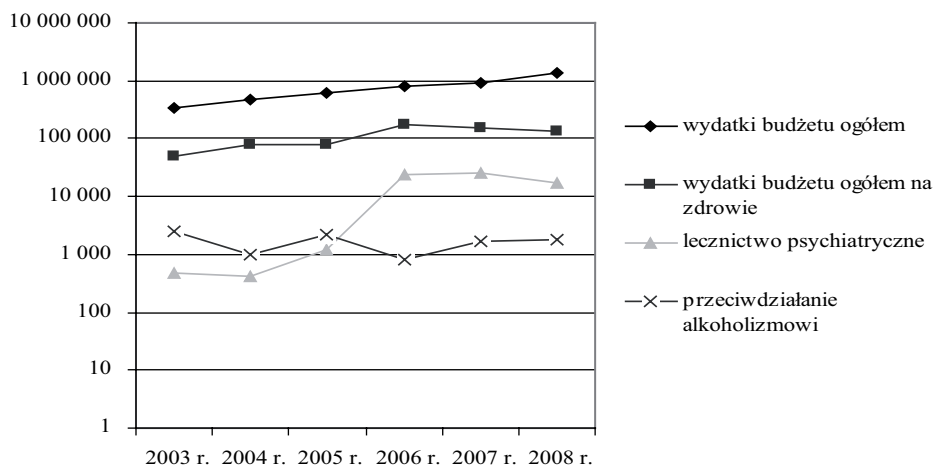
Rys. 5. Udział wydatków na zdrowie w wydatkach budżetu ogółem w woj. dolnośląskim w latach 2003-2008

Źródło: opracowanie własne na podstawie tab. 3.

Środki dotyczące zwalczania narkomanii i przeciwdziałania alkoholizmowi przeznaczane są na działalność edukacyjno-informacyjną. Wdrażane są również programy profilaktyczne i wspierane są placówki prowadzące działalność zapobiegawczą w środowiskach zagrożonych uzależnieniem, ze szczególnym uwzględnieniem zwiększenia dostępności do świadczeń w zakresie terapii, rehabilitacji i integracji społecznej [Uchwały...]. Na przeciwdziałanie alkoholizmowi najwięcej wydano w 2003 r. (rys. 6), później w roku 2005 – z powodu wzrostu liczby osób rejestrujących się w poradniach odwykowych. Od 2006 r. liczba zarejestrowanych stale rośnie (w 2008 r. było o 33% więcej osób niż w roku 2003). Środki z budżetu województwa przeznaczane na finansowanie akcji przeciwdziałania alkoholizmowi w latach 2003-2008 stanowią średnio 2% wydatków ogółem na zdrowie. Rozdysponowane są one na turnusy profilaktyczne, programy terapeutyczne, programy zdrowotne oraz szkolenie kadry pedagogicznej [Uchwały...].

Fundusze przeznaczone na leczenie psychiatryczne w analizowanym okresie wykazują także tendencję rosnącą, przy czym po zaobserwowanym spadku liczby zarejestrowanych od roku 2007 środki te zaczęto przeznaczać na zmianę funkcjonowania sieci szpitali na terenie województwa dolnośląskiego.

Drugim i jednocześnie bardzo ważnym płatnikiem realizującym zadania z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień jest Narodowy Fundusz Zdrowia



Rys. 6. Ostateczne wydatki budżetu woj. dolnośląskiego na zdrowie w latach 2003-2008

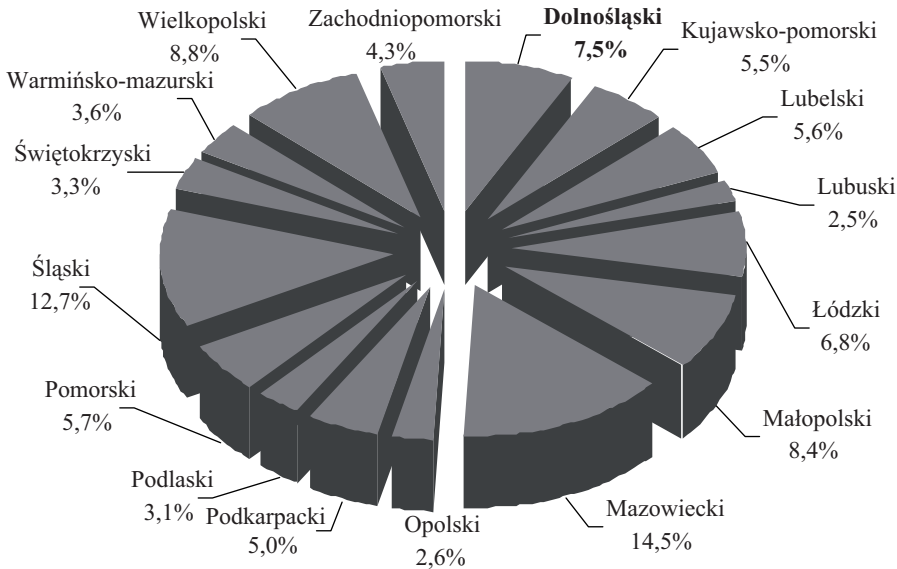
Źródło: opracowanie własne na podstawie tab. 3.

(NFZ), jednostka, która rozdysponowuje środki finansowe na realizację zadań z zakresu opieki zdrowotnej.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (PSY) jako jedna grupa usług zdrowotnych to świadczenia polegające na rozpoznaniu, leczeniu i rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi, nerwicowymi, osobowości i zachowania oraz uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Świadczenia opieki zdrowotnej w tym zakresie obejmują świadczenia w warunkach ambulatoryjnych, udzielane w ramach porad, sesji psychoterapii, wizyt domowych i środowiskowych, świadczeń specjalnych dla osób uzależnionych przez poradnie, przychodnie lub zespoły leczenia środowiskowego, a także świadczenia udzielane w warunkach stacjonarnych [Sprawozdanie...]. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego funduszu.

Algorytm podziału środków finansowych na świadczenia zdrowotne określa art. 118 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podstawą podziału środków jest liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim funduszu z wzięciem pod uwagę ryzyka zdrowotnego przypisanego ubezpieczonym należącym do danej grupy, wydzielonej według struktury wieku i płci, z uwzględnieniem migracji ubezpieczonych pomiędzy oddziałami [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r....].

Największą kwotą środków finansowych w 2008 r. (rys. 7) dysponował oddział mazowiecki (14,5%), później śląski. Oddział dolnośląski NFZ plasował się na piątym miejscu i otrzymywał 7,5% środków przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych. Wynika to ze struktury udziału liczby osób zgłoszonych do ubezpie-



Rys. 7. Struktura udziału środków finansowych NFZ przeznaczonych na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich NFZ w roku 2008

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Sprawozdanie..., za 2008 r.].

czenia zdrowotnego, a tym samym liczby mieszkańców. Najmniej otrzymuje oddział lubuski i opolski (2,5-2,6%).

Jak wynika z danych w tab. 4, koszty świadczeń zdrowotnych ogółem stale rosną, podobnie jak koszty świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Koszty ponoszone przez NFZ wykazują stały wzrost, co jest wynikiem m.in. wzrostu cen za świadczenia zdrowotne. Wydatki na opiekę zdrowotną były w 2008 r. o 87% wyższe niż w roku 2003, natomiast w zakresie umów PSY był to wzrost w skali kraju o 128% w porównaniu z rokiem 2003. Analogicznie porównując dane województwa dolnośląskiego, należy stwierdzić, że jest to wzrost o 104% w zakresie wydatków ogólnych oraz 86% więcej środków na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień. Udział kosztów realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie PSY w kosztach świadczeń zdrowotnych ogółem kształtuje się na bardzo zbliżonym poziomie, co średnio daje 3,22%. Można zatem sądzić, że wzrost zarejestrowanych pacjentów w poradniach i oddziałach psychiatrycznych i odwykowych nie miał wpływu na zwiększenie udziału środków finansowych na ten cel. Liczba umów podpisanych przez świadczeniodawców z Dolnośląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie leczenia uzależnień od 2006 r. spada, natomiast w skali kraju liczba ta rośnie. Mimo to, udział liczby umów w zakresie PSY w stosunku do liczby zawartych umów ogółem do roku 2007 włącznie w województwie dolnośląskim wykazywał ok. 1 punkt procentowy wyższy poziom niż udział krajowy.

Tabela 4. Wydatki NFZ na świadczenia zdrowotne w latach 2003-2008 (w mln zł) oraz liczby zawartych umów

Lata	Woj. dolnośląskie na tle Polski	Koszty świadczeń zdrowotnych	Koszty realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie PSY	Liczba wszystkich zawartych umów	Liczba zawartych umów w zakresie PSY	Udział kosztów świadczeń PSY w kosztach świadczeń zdrowotnych ogółem	Udział liczby umów PSY w liczbie zawartych umów ogółem
2003 rok	Polska	27 916	736	31 425	1 287	2,6%	4,1%
	woj. dolnośląskie	1 921	67,3	2 492	114	3,5%	4,5%
2004 rok	Polska	30 514	1 040	32 959	1 288	3,4%	3,9%
	woj. dolnośląskie	2 280	74,2	2 531	115	3,3%	4,5%
2005 rok	Polska	32 865	1 089	37 448	1 291	3,3%	3,4%
	woj. dolnośląskie	2 418	74,0	2 844	120	3,1%	4,3%
2006 rok	Polska	35 968	1 187	38 330	1 347	3,3%	3,5%
	woj. dolnośląskie	2 680	82,4	2 975	117	3,1%	3,9%
2007 rok	Polska	40 122	1 362	45 508	1 329	3,4%	2,9%
	woj. dolnośląskie	2 984	98,7	3 102	112	3,3%	3,6%
2008 rok	Polska	52 359	1 678	47 003	1 792	3,2%	3,8%
	woj. dolnośląskie	3 934	125,4	3 328	107	3,2%	3,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Raport...; Sprawozdanie...].

Jak podają raporty NFZ, z powodu ograniczonych środków finansowych liczba osób oczekujących na przyjęcie do poradni zdrowia psychicznego w 2007 r. stanowiła 14 688 osób w Polsce, w województwie dolnośląskim oczekiwały 2084 osoby. W roku 2008 liczba oczekujących zwiększyła się o 31% i sięgała 20 tys. osób. Chorzy mają ograniczony dostęp zarówno do poradni, jak i do ośrodków terapeutycznych. Mimo że liczba osób oczekujących na świadczenia medyczne z zakresu zdrowia psychicznego rośnie w kraju, to w województwie dolnośląskim liczba ta w większości poradni i oddziałów spada. Natomiast przybywa osób, które czekają na świadczenia z zakresu leczenia uzależnień, zarówno w Polsce, jak i w województwie, co powoduje wydłużenie czasu oczekiwania tych pacjentów. W województwie dolnośląskim w 2007 r. znajdowało się 10 placówek zajmujących się leczeniem odwykowym. Pozyskiwane przez NFZ dane statystyczne o liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania na realizację świadczeń opieki zdrowotnej, ze względu na brak skoordynowanego z innymi instytucjami systemu informatycznego, nie pozwalają na prowadzenie rzetelnych analiz medyczno-finansowych.

Wśród oczekiwanych korzyści przeciwdziałania uzależnieniom i chorobom psychicznym Narodowy Program Zdrowia wymienia zmniejszenie liczby zgonów, ograniczenie zapadalności na zaburzenia psychiczne, ograniczenie szkód zdrowotnych, ograniczenie spożywania alkoholu, wzrost liczby szkoleń zorganizowanych dla osób realizujących działania profilaktyczne w szkołach i innych placówkach oświatowych oraz instytucjach kultury [*Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015... 2007*, s. 28]. Regionalny program ochrony zdrowia psychicznego dla Dolnego Śląska skupia się natomiast na zróżnicowaniu form pomocy niezbędnej do życia w środowisku społecznym, w tym rodzinnym i zawodowym [*Regionalny program... 2009*, s. 6].

5. Podsumowanie

Analiza sytuacji finansowej w ochronie zdrowia oraz analiza sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i określenie jej zasobów daje możliwość wyznaczenia priorytetowych długo- i krótkoterminowych celów polityki zdrowotnej, których osiągnięcie umożliwia poprawę zdrowotności obywateli w zakresie zdrowia psychicznego i lecznictwa odwykowego. W polityce zdrowotnej ważne jest podejmowanie uzasadnionych decyzji na temat celów, które mają zostać osiągnięte, lecz bez zabezpieczenia w postaci odpowiedniego transferu środków pieniężnych nie ma możliwości wykonania tych zadań. Wobec poważnego ograniczenia środków publicznych przeznaczanych na opiekę zdrowotną rośnie potrzeba ich efektywniejszego wykorzystania, a także stworzenia mechanizmów odpowiedniej alokacji środków tak, aby przeciwdziałać napięciom w opiece zdrowotnej.

Walka z uzależnieniami to nie tylko leczenie, to przecież tylko jedna część problemu, która powinna być elementem całego skoordynowanego systemu pomocy uzależnionym i chorym psychicznie w powrocie do środowiska społeczno-gospodarczego. Często osoby te nie zostają wyposażone w kapitał życiowy umożliwiający

dostosowanie się do zmieniających warunków społecznych i ekonomicznych. Niezależnie od sposobu organizacji podstawowym zadaniem polityki w tym zakresie powinno być skuteczne zapewnienie różnych jej form w sposób efektywny, który pozwalałaby na równy i swobodny dostęp usług zdrowotnych.

Literatura

- Bilikiewicz A., Lewandowski J., Radziwiłłowicz P., *Psychiatria, repetytorium*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
- Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za lata 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa.
- Blaxter M., *Zdrowie*, Wyd. Sic!, Warszawa 2009.
- Dąbrowski K., *Zdrowie psychiczne*, PWN, Warszawa 1981.
- Dolnośląski plan zdrowotny, Plan zaspokojenia potrzeb zdrowotnych*, część II, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego.
- Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Zadań z Zakresu Zapobiegania Narkomanii na lata 2004-2008*, Departament Spraw Społecznych, Biuro Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień, Wrocław, listopad 2003.
- Dolnośląski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień na lata 2009-2012*, Załącznik do uchwały XXXVI/567/09 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 29 stycznia 2009.
- Frączkiewicz-Wronka A., Jasłowski J., Owczorz-Cydzik B., Sobusik D., *Samorządowa polityka zdrowotna*, AE, Katowice 2004.
- Galla R., *Rola samorządu województwa w polityce zdrowotnej na przykładzie województwa opolskiego*, [w:] *Funkcjonowanie ochrony zdrowia po reformie – ujęcie regionalne*, red. M. Węgrzyn, AE, Wrocław 2003.
- Karski J., *Postępy promocji zdrowia, przegląd międzynarodowy*, CeDeWu, Warszawa 2008.
- Kautsch M., Whitfield M., Klich J., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Klakočar J., *Realizacja zadań profilaktyki i promocji zdrowia przez samorządy*, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego, Wrocław 2006.
- Krasuch P., *Czy ministerstwo zdrowia jest potrzebne*, „Służba Zdrowia” 1999 nr 41-42.
- Kurzynowski A., *Polityka społeczna*, SGH, Warszawa 2003.
- Meder J., Jerema M., Araszkiwicz A., *Psychiatryczna opieka środowiskowa w Polsce*, Termedia, Warszawa 2008.
- Narodowy Plan Zdrowotny na lata 2004-2013*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2003.
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015*, załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007.
- Ocena kosztów ekonomicznych nadużywania alkoholu*, „Alkohol i Nauka”, Biuletyn 7, Warszawa 2000, Instytut Psychologii Zdrowia, www.psychologia.edu.pl.
- Orzechowska D., *Aktualne problemy zarządzania jednostkami ochrony zdrowia*, [w:] *Funkcjonowanie ochrony zdrowia po reformie*, red. M. Węgrzyn, AE, Wrocław 2003.
- Pisz Z., *Zadania społeczne*, AE, Wrocław 1999.
- Puzyński S., *Leksykon psychiatrii*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1993.
- Raport Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, NFZ, Warszawa.
- Regionalny program ochrony zdrowia dla Dolnego Śląska 2009-2014*, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego, Wrocław 2009.

- Regionalny program ochrony zdrowia psychicznego dla Dolnego Śląska 2009-2014*, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego, Wrocław 2009.
- Rój J., Sobiech J., *Zarządzanie finansami szpitala*, Wyd. Wolters Kluwer Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006.
- Rudawska I., *Opieka zdrowotna, aspekty rynkowe i marketingowe*, PWN, Warszawa 2007.
- Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, NFZ, Warszawa.
- Uchwały Sejmiku Województwa Dolnośląskiego w sprawie budżetu oraz zmian w budżecie z 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 r.
- Zarządzenie nr 24/2008 Marszałka Województwa Dolnośląskiego z dnia 1 kwietnia 2008 r. w sprawie szczegółowego zakresu zadań Departamentu Polityki Zdrowotnej.
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, DzU 2007 nr 70, poz. 473 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, DzU 2001 nr 142, poz. 1591 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o administracji rządowej w województwie, DzU 2001 nr 80, poz. 872.
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, DzU 2001 nr 142, poz. 1590 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, DzU 2001 nr 142, poz. 1592 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2004 nr 210, poz. 2135.

Źródła internetowe

- [1] www.dczp.wroc.pl.
[2] www.mz.gov.pl.
[3] www.stat.gov.pl.

THE FINANCING OF ADDICTION AND MENTAL DISEASE PREVENTION PROJECT IN DOLNOŚLĄSKIE VOIVODSHIP BETWEEN 2003 AND 2008

Summary: The introduction covers the essence of the notions of health, health policy, the topics of addictions and mental health. The article presents the extent of decentralization of health policy concerning addiction and mental diseases in the voivodship as well as identifies the most important agents realizing and financing actions in this area.

Further, the expenses of Self-government of Dolnośląskie Voivodship's and Dolnośląski Oddział Funduszu Zdrowia's are presented as these institutions are primary payers of psychiatric treatments and prevention of alcoholism. The presentation is supported by statistic data concerning relevant illness cases and patients' registry. The statistic data is shown in a context of national situation.