

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2014 r.

w sprawie zakresu map potrzeb zdrowotnych

Na podstawie art. 95a ust. 11 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. Mapa potrzeb zdrowotnych składa się z następujących części:

- 1) analizy demograficznej i epidemiologicznej;
- 2) analizy stanu i wykorzystania zasobów;
- 3) stanu i prognoz potrzeb zdrowotnych.

§ 2. 1. Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy demograficznej i epidemiologicznej zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana, i obejmuje:

- 1) liczbę ludności województwa z podziałem na poszczególne powiaty;
- 2) strukturę ludności poszczególnych powiatów w odniesieniu do struktury ludności województwa i kraju ze względu na płeć i wiek;
- 3) liczbę urodzeń oraz współczynniki płodności w województwie i poszczególnych powiatach;
- 4) gęstość zaludnienia w województwie i poszczególnych powiatach;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

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, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 619, 773, 1004, 1136, 1138, 1146, 1175, 1188 i 1491.

- 5) analizę zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego w województwie i poszczególnych powiatach, na podstawie współczynnika rzeczywistego zgonów;
- 6) standaryzowany wskaźnik umieralności – rozumiany jako współczynnik standaryzowany metodą bezpośrednią względem wieku, określający liczbę zgonów w danej populacji, z wyodrębnieniem istotnych dla tej populacji przyczyn zgonów, gdyby struktura wiekowa obserwowanej populacji była zgodna ze strukturą populacji przyjętej jako standard, dla województwa i poszczególnych powiatów.

2. Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy stanu i wykorzystania zasobów zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana, i obejmuje:

- 1) liczbę świadczeniodawców z podziałem na:
 - a) zakresy udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) liczbę i rodzaj oddziałów szpitalnych, jeżeli dotyczy;
- 2) liczbę łóżek szpitalnych, jeżeli dotyczy;
- 3) liczbę łóżek szpitalnych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, jeżeli dotyczy;
- 4) wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych – wskaźnik obłożenia, jeżeli dotyczy;
- 5) ocenę efektywności wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych;
- 6) analizę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej według rozpoznań Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10;
- 7) analizę średniego czasu pobytu świadczeniobiorców u świadczeniodawcy i średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, jeżeli dotyczy;
- 8) analizę średniego czasu oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej;
- 9) analizę migracji świadczeniobiorców pomiędzy powiatami w ramach województwa oraz między województwami według określonych świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca stanu i prognoz potrzeb zdrowotnych zawiera:

- 1) prognozowaną liczbę ludności województwa z podziałem na poszczególne powiaty;
- 2) prognozowaną strukturę ludności poszczególnych powiatów w odniesieniu do struktury ludności województwa i kraju ze względu na płeć i wiek;
- 3) prognozowaną liczbę urodzeń oraz współczynniki płodności w województwie i poszczególnych powiatach;

- 4) prognozowaną liczbę zgonów w województwie i poszczególnych powiatach – wartości bezwzględne oraz na 100 tys. mieszkańców;
- 5) prognozowaną liczbę osobodni hospitalizacji;
- 6) prognozowaną liczbę potrzebnych łóżek szpitalnych;
- 7) analizę wrażliwości przyjętych założeń;
- 8) prognozowane zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej, w tym ocenę prognozowanych potrzeb zdrowotnych.

4. Prognozy, o których mowa w ust. 3 pkt 1-6 i 8, są sporządzane na okres, na który jest sporządzana mapa oraz na 10 i 15 lat.

§ 3. 1. Część Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych dotycząca analizy demograficznej i epidemiologicznej zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana, i obejmuje:

- 1) liczbę ludności kraju z podziałem na poszczególne województwa;
- 2) strukturę ludności poszczególnych województw w odniesieniu do struktury ludności kraju ze względu na płeć i wiek;
- 3) liczbę urodzeń oraz współczynniki płodności w kraju i poszczególnych województwach;
- 4) gęstość zaludnienia w kraju i poszczególnych województwach;
- 5) analizę zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego w Rzeczypospolitej Polskiej i poszczególnych województwach, na podstawie liczby zgonów w ujęciu bezwzględnym oraz na 100 tys. mieszkańców;
- 6) standaryzowany wskaźnik umieralności – rozumiany jako współczynnik standaryzowany metodą bezpośrednią względem wieku, określający liczbę zgonów w danej populacji, z wyodrębnieniem istotnych dla tej populacji przyczyn zgonów, gdyby struktura wiekowa obserwowanej populacji była zgodna ze strukturą populacji przyjętej jako standard, dla kraju i poszczególnych województw.

2. Część Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych dotycząca analizy stanu i wykorzystania zasobów zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana, i obejmuje:

- 1) liczbę świadczeniodawców z podziałem na:
 - a) zakresy udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) liczbę i rodzaj oddziałów szpitalnych, jeżeli dotyczy;
- 2) liczbę łóżek szpitalnych, jeżeli dotyczy;

- 3) wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych – wskaźnik obłożenia, jeżeli dotyczy;
- 4) ocenę efektywności wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych;
- 5) analizę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej według rozpoznań Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10;
- 6) analizę średniego czasu pobytu świadczeniobiorców u świadczeniodawców i średniego czasu oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy;
- 7) analizę migracji świadczeniobiorców pomiędzy województwami według określonych świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Część Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych dotycząca stanu i prognoz potrzeb zdrowotnych zawiera:

- 1) prognozowaną liczbę ludności kraju z podziałem na poszczególne województwa;
- 2) prognozowaną strukturę ludności poszczególnych województw w odniesieniu do struktury ludności kraju ze względu na płeć i wiek;
- 3) prognozowaną liczbę urodzeń oraz współczynniki płodności w kraju i poszczególnych województwach;
- 4) prognozowaną liczbę zgonów w kraju i poszczególnych województwach – wartości bezwzględne oraz na 100 tys. mieszkańców;
- 5) prognozowaną liczbę osobodni hospitalizacji;
- 6) prognozowaną liczbę potrzebnych łóżek szpitalnych;
- 7) analizę wrażliwości przyjętych założeń;
- 8) ocenę prognozowanych potrzeb zdrowotnych.

4. Prognozy, o których mowa w ust. 3 pkt 1-6 i 8, są sporządzane na okres, na który jest sporządzana mapa oraz na 10 i 15 lat.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

MINISTER ZDROWIA

**Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym**

Alina Bud...
A. Bud...

27.11.2014r.

Z upoważnienia Dyrektora
Departamentu Analiz i Strategii
GŁÓWNY SPECJALISTA

Dawid Stachurski

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu map potrzeb zdrowotnych stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 95a ust. 11 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.).

W Rzeczypospolitej Polskiej obserwuje się istotne, wynikające ze zróżnicowanego stanu zdrowia obywateli, różnice w potrzebach zdrowotnych występujące w poszczególnych regionach, identyfikowane w szczególności na poziomie województw i powiatów. Mając powyższe na względzie istnieje konieczność podjęcia działań zmniejszających nierówności w zdrowiu, m.in. poprzez wypracowanie narzędzi lepszego identyfikowania potrzeb zdrowotnych, prowadzenie okresowych ocen skuteczności podejmowanych działań, wzmocnienie udziału województw w organizacji i zarządzaniu systemem ochrony zdrowia oraz opiniowanie celowości podejmowania nowych inwestycji w infrastrukturę medyczną. Zapewnienie zgodnego z potrzebami wynikającymi z aktualnych trendów demograficznych i epidemiologicznych wsparcia sektora zdrowia oraz koordynacji tego wsparcia na poziomie centralnym i regionalnym obejmują również oczekiwania i wskazania Komisji Europejskiej, m.in. w odniesieniu do spełnienia tzw. warunków ex-ante w zakresie możliwości wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia ze środków unijnych w perspektywie finansowej na lata 2014-2020.

Wymienione aspekty określają potrzebę tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych i Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Wypracowanie identycznego zakresu map potrzeb zdrowotnych pozwoli na zachowanie ich jednolitej struktury. Zapewni spójność i porównywalność map, zarówno pomiędzy województwami jak i różnymi okresami, w których będą tworzone.

Regionalna mapa potrzeb zdrowotnych składa się z części opisujących sytuację demograficzną i epidemiologiczną, stan infrastruktury medycznej oraz jej wykorzystanie, jak również prognozę potrzeb zdrowotnych. Za jej opracowanie będą odpowiedzialni wojewodowie a jej treść będzie obejmowała analizę dla poszczególnych powiatów oraz porównywania między nimi na tle całego województwa. Wnioski z map regionalnych uzupełnione o analizę świadczeń udzielanych w poszczególnych województwach oraz porównania pomiędzy nimi w odniesieniu do wskaźnika ogólnopolskiego będą składały się na Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych.

Część demograficzna map będzie zawierać analizę takich aspektów jak liczba ludności, struktura ludności ze względu na płeć i wiek, liczba urodzeń, współczynniki płodności oraz zagęszczenie ludności. Analiza wskaźników dotyczących wymienionych kwestii pozwoli na dokonanie dokładnego opisu populacji wystawionej na ryzyko, której potrzeby zdrowotne będą analizowane poprzez określenie jej wielkości, struktury, rozmieszczenia oraz zdefiniowanie pozostałych charakterystycznych cech. Opis ten będzie również stanowić źródło informacji o dominujących grupach potencjalnych pacjentów na analizowanym obszarze. Zasadność dokładnego opisu analizowanej populacji potwierdzają publikacje krajowe (Analysis of health and socio economic characteristics of district level populations in Poland autorstwa: Agnieszki Chłoń-Domińczak, Michała Marka, Daniela Rabczenko, Jakuba Stokwiszewskiego oraz Bogdana Wojtyniaka, z lutego 2011 roku) oraz instytucji międzynarodowych (Cavanagh S., Chadwick K. (2005), Health needs assessment: A practical guide, National Institute for Clinical Excellence (NICE)). Ponadto, wyniki tej części opracowania będą stanowić podstawę do dokonywanych prognoz.

Istotnym elementem jest analiza porównawcza i przestrzenna zgonów ze względu na określone przyczyny. Celem tego typu analiz „jest lepsze poznanie ich rozpowszechnienia na różnych terenach”(…) a same analizy „stanowią punkt wyjścia do wyjaśnienia przyczyn tych zjawisk, a następnie podjęcia działań, aby je zminimalizować poprzez poprawienie sytuacji na tych obszarach, gdzie jest ona najbardziej niekorzystna” (Wojtyniak B., Rabczenko D., Pokarowski P., Poznańska A., Stokwiszewski J. (2012), Atlas umieralności ludności Polski 2008-2010, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny). Analizie będą poddane zarówno wartości bezwzględne jak i wskaźniki w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. Wartości bezwzględne pozwolą na wskazanie najbardziej problematycznych obszarów, natomiast przeliczenie ich wartości na 100 tys. mieszkańców umożliwi porównywalność pomiędzy poszczególnymi jednostkami terytorialnymi. Dzięki temu możliwe będzie wskazanie obszarów różniących się istotnie od przeciętych wartości.

Analizie przestrzennej zostaną poddane również wartości standaryzowanego wskaźnika umieralności ze względu na przyczyny zgonów istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego. Konstrukcja tego wskaźnika zapewnia relatywizację struktury populacji, usuwając wpływ zróżnicowanej struktury wieku i płci, a co za tym idzie prowadzi do zapewnienia porównywalności. Wyniki tej części analizy dostarczą informacji o obszarach newralgicznych, wyróżniających się ze względu na strukturę zgonów. „Mapy obrazujące zróżnicowanie

poziomu umieralności ludności Rzeczypospolitej Polski w zależności od powiatu zamieszkania stanowią szybkie, przejrzyste i syntetyczne podsumowanie złożonej informacji przestrzennej, więc są pomocne w określeniu subtelnych prawidłowości, które byłyby niemożliwe do uchwycenia w przypadku prezentacji tabelarycznej. Mogą one być wykorzystane do monitorowania i opisu sytuacji w zakresie jednego z najważniejszych parametrów zdrowia populacji i identyfikowania obszarów o szczególnie wysokim zagrożeniu życia mieszkańców” (Wojtyniak B., Rabczenko D., Pokarowski P., Poznańska A., Stokwiszewski J. (2012), Atlas umieralności ludności Polski 2008-2010, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny).

Część dotycząca infrastruktury medycznej będzie zawierać informacje o liczbie świadczeniodawców z podziałem na zakres udzielanych przez nich świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mapy będą zawierać informacje o strukturze jednostki, częstości korzystania z poradni specjalistycznych z uwzględnieniem rozpoznań oraz czasu oczekiwania na wizytę. Ich analiza pozwoli na statyczny opis potencjału infrastruktury medycznej w jednostkach stacjonarnej opieki zdrowotnej oraz potrzeb zdrowotnych, które mogą być w nich zrealizowane. W przypadkach podmiotów, w których są realizowane hospitalizacje zostanie poddana analizie liczba i rodzaje oddziałów szpitalnych (OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing) oraz liczba znajdujących się na nich łóżek w ujęciu bezwzględny oraz w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. Dwa ostatnie wskaźniki są miarą dostępnej infrastruktury medycznej służącej realizowaniu świadczeń względem pacjentów szpitalnych. Przedstawienie ich wartości w odniesieniu do 100 tys. mieszkańców umożliwi porównywalność poszczególnych jednostek terytorialnych i odniesienie ich wartości do poziomu wojewódzkiego/krajowego. Wymienione aspekty stanowią podstawę statystycznego opisu, którego celem jest dostarczenie informacji o alokacji przestrzennej świadczeniodawców i zakresie zaspakajanych w nich potrzeb zdrowotnych analizowanej populacji. Jest też źródłem informacji o przestrzennym zróżnicowaniu infrastruktury medycznej oraz o wynikających z tego zróżnicowania potencjalnych problemach w dostępie do usług medycznych.

Opis nie będzie jedyną formą prezentacji dostępnych zasobów medycznych w ramach danego świadczeniodawcy. Konieczna jest również analiza ich wykorzystania, która pozwoli na wskazanie poziomu ich eksploatacji i ocenę jej efektywności. Będzie ona dokonana poprzez ocenę wskaźnika rocznego obłożenia (tj. ilorazu liczby osobodni hospitalizowanych na danym

oddziale w roku i średniej liczba dostępnych łóżek w roku na danym oddziale) w odniesieniu do dostępnej liczby łóżek szpitalnych (Pożądany poziom obłożenia dla danej liczby łóżek jest definiowany między innymi na podstawie: Jones R (2011), Hospital bed occupancy demystified, British Journal of Healthcare Management 17(6): 242-248. Dodatkowo będzie przeprowadzona analiza obłożeń dziennych (ilorazu liczby osobodni hospitalizowanych na danym oddziale danego dnia i średniej liczby dostępnych łóżek w dniu na danym oddziale), która umożliwi wskazanie trendów i sezonowości na przestrzeni analizowanego okresu. Celem oceny efektywności posiadanych zasobów jest wskazanie jednostek, które efektywnie wykorzystują posiadane zasoby i są w stanie w pełni zaspokoić potrzeby zgłaszane przez świadczeniobiorców zachowując odpowiednie bezpieczeństwo i jakość udzielanych świadczeń. Ich analiza pozwoli na optymalizację alokacji zasobów, a przez to podniesienie jakości świadczonych usług medycznych. Jest to istotne z punktu widzenia pacjenta, ponieważ przekłada się na możliwość zaspokojenia zgłaszanych przez niego potrzeb zdrowotnych na odpowiednio wysokim poziomie przy jednoczesnym zagwarantowaniu dostępności do danego świadczenia.

Kolejną częścią mapy będzie analiza udzielonych świadczeń według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10. Pozwoli ona na określenie przeciętnego profilu analizowanej jednostki i identyfikację podmiotów o strukturze odbiegającej od przeciętnego poziomu w województwie/kraju. Umożliwi to wskazanie świadczeniodawców zaspokajających dany typ potrzeb zdrowotnych uwzględniając realne potrzeby populacji. Część ta będzie stanowić niezbędne uzupełnienie analizy dotyczącej analizy struktury infrastrukturalnej świadczeniodawców.

Dodatkowo w przypadku podmiotów realizujących hospitalizacje mapa będzie zawierać analizę przeciętnego czasu pobytu w ramach danego rozpoznania i świadczeniodawcy. Przeciętny czas pobytu w szpitalu jest często wykorzystywany jako miernik efektywności. Zakładając wszystkie inne czynniki na ustalonym poziomie, niższy czas zmniejsza koszty udzielanych świadczeń. Należy pamiętać, że krótszy czas pobytu niesie za sobą większe nasilenie udzielanych świadczeń na jednostkę czasu, a co za tym idzie zwiększa wskaźnik kosztowności w przeliczeniu na jeden dzień hospitalizacji. Natomiast zbyt krótki czas pobytu może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie pacjentów, zmniejszyć komfort i efektywność leczenia. Jeżeli doprowadzi to do zwiększonej liczby powtórnych przyjęć, realne koszty leczenia mogą zmniejszyć się nieznacznie a nawet wzrosnąć (OECD (2013), Health at a Glance

2013: OECD Indicators, OECD Publishing). Analiza średniego czasu hospitalizacji w ramach danego rozpoznania i świadczeniodawcy będzie stanowić jedną ze składowych prognoz potrzebnych zasobów i analizy wrażliwości przyjętych założeń w zależności od realizacji poszczególnych scenariuszy, która pozwoli na dynamiczną analizę czasu hospitalizacji przy zmianie jednego z określających dany scenariusz parametrów. Analiza wrażliwości polega m.in. na weryfikacji, w jaki sposób zmiana poszczególnych założeń wpływa na prognozę. Przykładowo: dziś rodzi się X% (np. 20%) noworodków wymagających wzmożonej opieki, w związku z czym na podstawie modelu prognozuje się, że czas hospitalizacji wyniesie Y dni, przy założeniu, że parametr X nie ulegnie zmianie. Analiza wrażliwości polega na zmianie wartości parametru X, i sprawdzeniu jak to wpłynie na prognozę – wszystkie inne składowe modelu pozostają bez zmian. Zatem sprawdzeniu podlega wpływ zmiany udziału noworodków wymagających wzmożonej opieki na wartości prognozy, w zależności od potencjalnych zmian wartości parametru X.

Innym elementem map jest analiza migracji pacjentów pomiędzy poszczególnymi jednostkami podziału terytorialnego państwa. Pozwala ona na zdefiniowanie potrzeb zdrowotnych, za którymi migrują pacjenci, określenie w jakich regionach są zaspakajane poszczególne potrzeby oraz jakie ośrodki specjalizują się w realizacji danych świadczeń.

Kolejnym elementem map są prognozy, które obejmują prognozy dotyczące epidemiologii oraz wynikającego z płynących potrzeb zapotrzebowania na infrastrukturę medyczną. Dokonywane prognozy będą dotyczyć wskaźników i współczynników opisanych w części demograficznej map. Wyniki tych prognoz wraz dostępnymi prognozami demograficznymi zostaną wykorzystane do określania spodziewanej wielkości populacji narażonej na ryzyko choroby. W efekcie omówiona część mapy będzie zawierać prognozy dotyczące między innymi liczby osobodni hospitalizacji, liczby osób hospitalizowanych oraz prognozowanej liczby potrzebnych łóżek szpitalnych. Dokonane prognozy zostaną poddane analizie wrażliwości, biorącej pod uwagę zmianę wartości kluczowych warunków brzegów. Efekty prognoz dostarczą informacji pozwalających na określenie odpowiednich propozycji zmian funkcjonującego systemu ochrony zdrowia, poprzez poznanie przyszłych tendencji i wskazanie elementów, które mogą w przyszłości stać się szczególnie problematyczne i wymagać wzmożonej uwagi.

Należy podkreślić, że tego typu prognozy dostarczą podstaw do oceny racjonalności realizowanych przedsięwzięć, wskazania problematycznych obszarów i dziedzin

wymagających priorytetowej interwencji ze strony władz państwowych i samorządowych. Będą stanowiły też podstawę do formułowania celów zdrowotnych wynikających z oceny stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych obywateli.

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).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.