

**Wstępny ramowy projekt
Narodowego Programu Zdrowia
na lata 2006-2015**



**Ministerstwo Zdrowia
Państwowy Zakład Higieny**

Spis treści

Wstęp	3
I. WPROWADZENIE.....	6
1. Podstawy koncepcji Narodowego Programu Zdrowia.....	6
1.1. Czym jest zdrowie?	6
1.2. Czynniki warunkujące zdrowie	7
1.3. Promocja zdrowia	8
2. Koncepcja celów i konstrukcja Narodowego Programu Zdrowia	9
2.1. Cele Narodowego Programu Zdrowia	11
Uzasadnienie wyboru celów operacyjnych	14
Cel operacyjny nr 1	14
Cel operacyjny nr 2	15
Cel operacyjny nr 3	17
Cel operacyjny nr 4	19
Cel operacyjny nr 5	20
Cel operacyjny nr 6	22
Cel operacyjny nr 7	24
Cel operacyjny nr 8.	26
Cel operacyjny nr 9.	27
Cel operacyjny nr 10.	28
Cel operacyjny nr 11.	30
Cel operacyjny nr 12.	32
Cel operacyjny nr 13.	33
Cel operacyjny nr 14.	35
Cel operacyjny nr 15.	37
Cel operacyjny nr 16.	39
Cel operacyjny nr 17.	41
Cel operacyjny nr 18.	43
Cel operacyjny nr 19.	45

Wstęp

Polska wchodziła w okres przemian ustrojowych w szczególnie trudnej sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. U progu lat 90. wskaźniki stanu zdrowia ludności były zdecydowanie niekorzystne, w porównaniu do rozwiniętych krajów Europy.

W 1990 r., w odpowiedzi na strategię Światowej Organizacji Zdrowia "Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku", opracowano w Polsce, po raz pierwszy, Narodowy Program Zdrowia (NPZ). Była to pierwsza próba zjednoczenia wysiłków różnych resortów, instytucji centralnych, organizacji pozarządowych oraz społeczności lokalnych wokół ochrony, utrzymania i poprawy zdrowia społeczeństwa.

Dokonujące się w naszym kraju w ostatniej dekadzie zmiany polityczne, ekonomiczne i społeczne niosły ze sobą nie tylko nowe wyzwania i nowe możliwości ale także zagrożenia dla zdrowia wielu ludzi. Powodowało to konieczność nowelizacji Narodowego Programu Zdrowia, której dokonano w 1993 i 1996 roku. W ostatnich latach przeprowadzono analizę oczekiwanych efektów i korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji Narodowego Programu Zdrowia. Wykazała ona wzrost przeciętnego dalszego trwania życia i zmniejszające się zagrożenie chorobami układu krążenia. Równocześnie poziom niektórych wskaźników (np. umieralności niemowląt) osiągnięto wcześniej niż planowano. Nadal jednak dzieli nas znaczny dystans od krajów Unii Europejskiej, co wskazuje na potrzebę dalszych, intensywnych działań dla poprawy zdrowia społeczeństwa. Służyć ma temu m.in. kontynuacja realizacji Narodowego Programu Zdrowia, z udziałem wszystkich sektorów gospodarki, jednostek samorządu terytorialnego, organizacji pozarządowych, organizacji religijnych i wszystkich obywateli. Monitoring Narodowego Programu Zdrowia prowadzony od roku 1998 do chwili obecnej wykazał, że niektóre z celów operacyjnych mimo osiągniętych pozytywnych wyników musi być

kontynuowana nadal, niektóre z celów muszą być zmodyfikowane, zaś zmiany demograficzne i ekonomiczne skłaniają do dodania nowych celów dotyczących ludzi starszych, problemów macierzyństwa i zwiększenia diety polskich małżeństw. Jednym z podstawowych celów powinno być wyrównywanie różnic terytorialnych i społecznych w zakresie sytuacji zdrowotnej. Służyć temu będzie powszechny bezpłatny dostęp do powszechnego standardu badań profilaktycznych i udostępnienie posiadanej i tworzonej przez samorzady infrastruktury służącej budowaniu i umacnianiu zdrowia. Proponuje się też wzmocnienie roli jednostek samorządu terytorialnego i działań społeczeństwa obywatelskiego, wykorzystania „biznesu dla zdrowia” a więc producentów artykułów prozdrowotnych dla sportu powszechnego i szeroko pojętej higieny. Zakłada się również szczególną rolę środków przekazu społecznego.

Obecna, czwarta już wersja Narodowego Programu Zdrowia na lata 2005-2015, powstała w okresie po wdrożeniu wielu reform wielu reform: administracyjnej, ochrony zdrowia, ubezpieczeń społecznych, systemu edukacji, które w kolejnych latach podlegały kolejnym modyfikacjom. Aktualny zapis programu nawiązuje do:

- Światowej Deklaracji Zdrowia, przyjętej, także przez Polskę, w 1998 r. na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia, w której potwierdzono, że *"zdrowie jest jednym z podstawowych praw jednostki ludzkiej"*;
- Strategii " Zdrowie 21 - zdrowie dla wszystkich w XXI wieku " - określającej kierunki polityki zdrowotnej w Regionie Europejskim Światowej Organizacji Zdrowia.

Generalnie, koncepcja NPZ jest zgodna z merytorycznymi założeniami programu Unii Europejskiej, dotyczącego monitorowania stanu zdrowia (Decyzja 1400/1997/WE) oraz nowej strategii zdrowia publicznego zaproponowanej przez Komisję Europejską określonej m.in. w programie Zdrowia Publicznego i wystąpieniach programowych Komisarzy ds. Zdrowia i Konsumentów UE: Davida Byrne i Markosa Kyprianou.

Narodowy Program Zdrowia, opracowany w początku XXI wieku, określa główne kierunki polityki zdrowotnej państwa, co nadaje mu szczególną rangę w stosunku do innych programów polityki zdrowotnej oraz stwarza szansę na bardziej skuteczną realizację jego zadań.

Podstawowym warunkiem osiągnięcia celu strategicznego i celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia jest włączenie się do jego realizacji wielu działów administracji rządowej i funkcjonujących w ich ramach instytucji, organizacji pozarządowych, a przede wszystkim samorządów i społeczności lokalnych. Coraz większe znaczenie w realizacji zadań zawartych NPZ zaczyna też pełnić Narodowy Fundusz Zdrowia. Rolą rządu jest tworzenie warunków i wspomaganie tych działań. Tylko wspólnym wysiłkiem i przy ścisłym współdziałaniu możemy poprawić stan zdrowia Polaków, a tym samym jakość ich życia.

I. WPROWADZENIE

1. Podstawy koncepcji Narodowego Programu Zdrowia

1.1. Czym jest zdrowie?

Ogólnie przyjęta definicja Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ) określa zdrowie jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko nie występowanie choroby lub niepełnosprawności. Zdrowy człowiek ma większe szansę na: samorealizację, satysfakcjonujące pełnienie ról społecznych, dobrą adaptację do zmian środowiska oraz radzenie sobie i kierowanie tymi zmianami.

W wydanych, w ostatnich dwóch dekadach, dokumentach międzynarodowych¹[1] podkreśla się, że zdrowie jest:

- *wartością dla jednostki* - warunkiem wstępnym dla dobrego samopoczucia i odpowiedniej jakości życia (rozumianej jako sprawne funkcjonowanie do późnej starości, umożliwiające większą wydajność w pracy i lepsze zarobki oraz satysfakcję z życia)
- **„Zdrowie jest podstawowym prawem każdego człowieka”**²[2];
- *zasobem (bogactwem) dla społeczeństwa* - tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe, rozwijać się²;
- **„Dobre zdrowie obywateli jest podstawą zrównoważonego rozwoju społecznego i gospodarczego Państwa”**.

Zdrowie nie jest stanem statycznym i nie jest nam dane raz na zawsze. Zgodnie z nowoczesnym podejściem biopsychospołecznym, zdrowie i choroba są dwoma krańcami tego samego "kontinuum". Każdy człowiek zajmuje pewną

¹[1] W tym m.in.: ŚOZ - "Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku" (1984), "Karta Ottawska" (1986),

²[2] Światowa Deklaracja Zdrowia (1998), ŚOZ - "Zdrowie 21 - zdrowie dla wszystkich w XXI wieku (1999).

pozycję między biegunem "absolutnego zdrowia" i "całkowitej choroby". Aby zbliżyć się do "absolutnego zdrowia", czyli osiągnąć w pełni swój potencjał zdrowia, każdy człowiek, we wszystkich okresach swego życia, powinien starać się swoje zdrowie:

chronić i utrzymać - zapobiegać chorobom (profilaktyka),

doskonalić - umacniać, poprawiać, pomnażać, zwiększać jego potencjał (promocja zdrowia),

przywracać - w przypadku choroby (leczenie i rehabilitacja).

Narodowy Program Zdrowia uwzględnia te trzy obszary aktywności i określa zadania dla państwa, samorządów lokalnych, organizacji pozarządowych, które powinny pomagać ludziom w podejmowaniu tych działań.

1.2. Czynniki warunkujące zdrowie

Zdrowie człowieka zależy od wielu, różnorodnych, wzajemnie powiązanych czynników. W powszechnie znanej koncepcji "pól zdrowia", zaproponowanej w 1973 r. przez Lalonde'a w Kanadzie, wyróżnia się cztery główne grupy tych czynników: styl życia (ok. 50% "udziału"), środowisko fizyczne (naturalne i stworzone przez człowieka) i społeczne życia, pracy, nauki (ok. 20%), czynniki genetyczne (ok. 20%), służba zdrowia (ok. 10%).

Koncepcja ta stanowiła fundament dla nowej filozofii i strategii zdrowia, rozwijanej w ostatnim ćwierćwieczu. Przenosiła ona punkt ciężkości ze służby zdrowia na wiele innych podmiotów.

Uznając, że styl życia w największym stopniu bezpośrednio determinuje zdrowie, przyjęto, że człowiek, w przeważającym stopniu, sam decyduje o swoim zdrowiu. "Odżyło", więc znane od dawna hasło "Twoje zdrowie w Twoich rękach". Okazało się jednak, że nawet najbardziej świadomi ludzie nie są w stanie sami, w warunkach współczesnego świata, w pełni ochronić,

utrzymać i doskonalić swoje zdrowie. Pojawiła się zatem konieczność działań wspomagających, dzięki którym "zdrowe wybory mogą być łatwiejszymi wyborami". Zobowiązuje to polityków, zarządzających na różnych poziomach i w różnych organizacjach, do budowania odpowiedniej polityki zdrowotnej dla ułatwienia ludziom dokonywania wyborów sprzyjających ich zdrowiu.

W ostatnich latach co raz częściej podkreśla się, że głównymi determinantami stylu życia zdrowia i chorób są warunki społeczno-ekonomiczne. W krajach najbogatszych, o wysokim poziomie wykształcenia społeczeństwa, ludziom lepiej się powodzi, dłużej żyją, występuje u nich mniej chorób i niepełnosprawności niż w krajach biednych. Obecnie przyjmuje się, że największym zagrożeniem dla zdrowia jest ubóstwo i niski poziom wykształcenia ³[4]. Redukowanie skutków ubóstwa i nierówności społecznych powinno znaleźć się w centrum polityki zdrowotnej Państwa. Dążenie do równości w zdrowiu jest jednym z pierwszych zadań w strategii ŚOZ "Zdrowie 21". Realizacja tych postulatów jest trudna w okresie rozwoju gospodarki rynkowej, która w swym początkowym okresie powoduje rozwarstwienie społeczeństwa. Wymaga to większej troski i zaangażowania wszystkich podmiotów tworzących i realizujących politykę społeczną i zdrowotną

1.3. Promocja zdrowia

Podstawą poprzedniej i obecnej wersji Narodowego Programu Zdrowia jest koncepcja promocji zdrowia. Zgodnie z Kartą Ottawską promocja zdrowia jest to proces umożliwiający ludziom:

³[4] Zdrowie 21 - zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Wprowadzenie do polityki zdrowotnej dla wszystkich w Regionie Europejskim Światowej Organizacji Zdrowia. Zdrowie Publiczne 1999, t. 59, supl. 1.

- *zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem* (identyfikowania własnych problemów zdrowotnych), w celu *poprawy zdrowia* - przez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu, kształtowanie potrzeby i kompetencji do rozwiązywania problemów zdrowotnych i zwiększania potencjału zdrowia.

Promocja zdrowia obejmuje pięć obszarów działań:

- budowanie zdrowotnej polityki publicznej,
- tworzenie środowisk życia i pracy (nauki) sprzyjających zdrowiu,
- zachęcanie całego społeczeństwa do działań na rzecz zdrowia,
- rozwijanie u ludzi umiejętności (osobistych i społecznych) służących zdrowiu,
- reorientacja służby zdrowia.

Integralnymi składnikami promocji zdrowia są: edukacja zdrowotna, zapobieganie chorobom i lokalna polityka zdrowotna. Promocję zdrowia określa się także jako sztukę interwencji w systemy społeczne i zachęcanie ich, aby rozwijały się w kierunku zdrowych środowisk. W tym kontekście Narodowy Program Zdrowia zmierza do "wbudowania" zdrowia w różne systemy społeczne (np. polityka, ekonomia, edukacja, kultura fizyczna, nauka, rodzina) i istniejące w nich organizacje, przez zintegrowanie zdrowia z podstawowymi celami danego systemu lub organizacji.

2. Koncepcja celów i konstrukcja Narodowego Programu Zdrowia

Narodowy Program Zdrowia jest podstawowym elementem polityki zdrowotnej. Obecna, znowelizowana wersja określa priorytetowe kierunki działań w Polsce na lata 2005 - 2016 w zakresie:

- *umacniania zdrowia i wyrównywania różnic terytorialnych i społecznych poprzez wpływ na styl życia a także wyrównywania szans osób starszych i niepełnosprawnych,*

- *wczesnego wykrywania i leczenia najczęściej występujących w odwracalnych ich stadiach ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i pomocy doraźnej w stanach zagrożenia życia,*
- *ochrony zdrowia ludności przed najczęstszymi zagrożeniami.*

Narodowy Program Zdrowia zawiera w sobie cele populacyjne wspólne dla innych, specjalistycznych programów o zasięgu ogólnokrajowym, takich jak np.: POLCARD, Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, Rządowy program polityki zdrowotnej i społeczno-ekonomicznej prowadzącej do zmniejszenia konsumpcji tytoniu, Krajowy Program Zapobiegania Narkomanii, Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS i inne. Wiele zadań zawartych w tych programach zostało włączonych do NPZ.

Systematyczne monitorowanie efektów Narodowego Programu Zdrowia pozwala stwierdzić jakie skutki populacyjne w zakresie stanu zdrowia społeczeństwa osiągnięto dzięki wszystkim wymienionym wyżej programom.

2.1. Cele Narodowego Programu Zdrowia

W obecnej koncepcji NPZ utrzymano wcześniejsze, ustalone w 1996 r.^{4[6]} ogólne założenia koncepcji i zapisu celów. Dokonano niezbędnych modyfikacji, dostosowując cele i zadania do aktualnych potrzeb i nowych podejść. Uwzględniono także tendencje, które uwidoczniły się w ostatnich latach w programach innych krajów, które wyrażają się w podejściu do formułowania celów poprzez wyróżnienie grup wieku, dla których podejmowane działania powinny mieć odmienny charakter. Wyróżnione grupy to kobiety w wieku rozrodczym, noworodki, dzieci i młodzież (1-19), populacja w wieku produkcyjnym (20-60, 65) i osoby starsze (60 i więcej lat). Większą niż dotychczas uwagę zwrócono na populację w wieku produkcyjnym, która powinna być w jak najlepszej kondycji zdrowotnej by zapewnić byt pozostałym grupom populacyjnym. Jest to niezwykle istotne z punktu widzenia ekonomicznego gdyż istniejące tendencje demograficzne powodują zmniejszanie się liczebne tej grupy względem pozostałych. Drugą zmianą w układzie nowego NPZ jest wprowadzenie nowej grupy celów operacyjnych, które dotyczą zadania angażujących działalność systemu ochrony zdrowia w zakresie wykrywania nieprawidłowości i stanów chorobowych poprzez przesiewy populacyjne wykonywane w ramach działalności poz i lekarzy rodzinnych (oraz medycyny szkolnej). Trzecia grupa celów związana jest z poprawą działania systemu ochrony zdrowia w aspekcie jej odbioru społecznego.

Prezentowany poniżej zarys problematyki objętej NPZ będzie uszczegółowiany o objęcie dla każdego z celów:

- Oczekiwane efekty (zmiany stanu wyjściowego)
- Oczekiwane korzyści zdrowotne (docelowe mierniki zdrowia)

^{4[6]}Ministerstwo Zdrowia. Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia: Narodowy Program Zdrowia 1996-2005, Warszawa, wrzesień 1996

- Zadania
- Wskaźniki do monitorowania

Cel strategiczny

Tak jak w poprzednim programie przyjęto jeden nadrzędny, długofalowy cel strategiczny "**Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności**".

Dla osiągnięcia tego celu wytyczono trzy główne kierunki:

- zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia,
- tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu.

I. Cele ogólne

1. Zmniejszenie różnic terytorialnych i społecznych w stanie zdrowia;
2. Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa.

II. Cele dotyczące czynników ryzyka i działania w zakresie promocji zdrowia

3. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności;
4. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości;
5. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu;
6. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem;
7. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych;
8. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy;
9. Poprawa stanu sanitarnego kraju;
10. Zmniejszenie liczby wypadków i ograniczenie ich skutków;

11. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

III. Cele dotyczące wybranych populacji

12. Poprawa opieki nad matką i dzieckiem;

13. Usprawnienie wczesnej diagnostyki zaburzeń zdrowotnych i czynnej opieki nad dziećmi i młodzieżą;

14. Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych;

15. Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnym;

IV. Cele dotyczące działania systemu ochrony zdrowia

16. Poprawa jakości i efektywności usług świadczonych w ochronie zdrowia;

17. Rozbudowanie kadr i infrastruktury dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;

18. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z chorobami nowotworami, układu krążenia w tym udarami mózgowymi, chorobami układu oddechowego oraz chorobami narządu ruchu;

19. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym.

Uzasadnienie wyboru celów operacyjnych

Cel operacyjny nr 1

Zmniejszenie różnic terytorialnych i społecznych w stanie zdrowia;

Przemiany ekonomiczne i społeczne w tym także problemy związane z bezrobociem i wykluczeniem społecznym spowodowały niespotykane dotąd różnice w stanie zdrowia, zarówno w wymiarze terytorialnym jak i poszczególnych grup społecznych. Jedną z przyczyn takiego stanu jest stratyfikacja dochodów i wynikająca z tego inna struktura celów i możliwości inwestowania w zdrowie.

Realizacja tego celu powinna uwzględnić inną alokację środków na cele społeczne i zdrowotne tak aby wspierać najsłabsze grupy populacyjne. Powinno to być również celem jednostek samorządu terytorialnego wszystkich szczebli i organizacji pozarządowych.

Próba wyrównania nierówności w zdrowiu dotyczy odbywać się będzie poprzez realizację wielu innych celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia i stworzy możliwość aktywizacji zawodowej i ekonomicznej znacznej liczby osób w tym w szczególności młodzieży. Cel ten będzie służył stopniowemu wyrównaniu poziomu życia między innymi poprzez możliwość dostępu do kształcenia i do przerwania błędnego koła dziedziczenia wiedzy.

Zdrowie w nowoczesnych społeczeństwach spostrzegane jest jako kapitał i najlepsza inwestycja.

Cel operacyjny nr 2

Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa;

Zarówno gmina jak i powiat jako wspólnoty mieszkańców są w stanie lepiej identyfikować lokalne problemy zdrowia publicznego z racji na małą liczbę mieszkańców, znajomość lokalnej specyfiki zarówno ekonomicznej, społecznej jak i kulturowej. Reforma administracji terenowej z 1999 roku nadała każdemu szczeblowi administracji samorządowej szereg kompetencji w prowadzeniu polityki prozdrowotnej. Konstytucyjne zasady pomocniczości oraz domniemania wykonywania zadań publicznych przez samorząd terytorialny, a w ramach samorządu domniemania wykonywania tych zadań przez gminę powodują, że stopnie samorządu lokalnego są uporządkowane względem siebie według zasady subsydiarności wzajemnego uzupełniania się i samodzielności w polityce prozdrowotnej. Oznacza to, że inicjatywy dotyczące problematyki szeroko pojętego zdrowia publicznego powinny mieć charakter oddolny wychodzący od wspólnoty obywatelskiej.

Większa adaptatywność do potrzeb społeczeństwa jak i też obywatelski charakter funkcjonowania jednostek samorządu terytorialnego tworzą szerokie ramy do skutecznej polityki prozdrowotnej z zaangażowaniem ogółu wspólnoty mieszkańców. By zaktywizować i wzmacniać działania prozdrowotne na szczeblu lokalnym niezbędne wydaje się wspieranie nowoczesnych środków przekazu społecznego takich jak internet, gazety, radio czy telewizja. Środki te odgrywają fundamentalny wpływ na opinię publiczną, kształtują postawy i zachowania.

Organizacje pozarządowe (NGO) stanowią obywatelskie wsparcie państwa w obszarach newralgicznych, gdzie działania centralne nie potrafią zaspokoić potrzeb społecznych. Inicjatywa powstawania takich organizacji ma również charakter oddolny w związku z czym organizacje te identyfikują we

właściwy sposób potrzeby grup społecznych. Korzystanie jak i też rozwijanie dialogu i wsparcia tych organizacji wydaje się być niezbędne w prowadzeniu nowoczesnej polityki zdrowotnej.

W Polsce z racji historycznych tradycja inicjatyw obywatelskich jak i też samorządności jest dosyć skromna. Pomimo znacznych sukcesów zarówno w rozwoju idei samorządu terytorialnego jak i też organizacji samorządowych nadal należy wspierać jak i rozwijać ten sektor życia publicznego. Doświadczenia wielu państw (Dania, Szwecja) ukazują, że delegowanie i wspieranie wielu obszarów polityki prozdrowotnej na szczebel samorządu lokalnego przynosi wymierne skutki w zdrowotności populacji.

Cel operacyjny nr 3

Zwiększenie aktywności fizycznej ludności;

Aktywność i sprawność fizyczna łączy w sobie aspekty zdrowotne, zmiany stylu życia, prewencji patologii społecznych, wartości etycznych takich jak „fair play”, przestrzeganie reguł, działania zespołowego i pozytywnych wzorców osobowych. Jest też elementem osiągania wielu celów zdrowotnych dotyczących stylu życia takich jak eliminowanie narkomanii, alkoholizmu, przeciwdziałanie otyłości a także przygotowanie szczególnie w aspekcie zmian demograficznych do aktywnego i długiego życia zawodowego.

W Narodowym Programie Zdrowia w latach 1996 – 2005 pomimo poprawy wielu wskaźników stanu zdrowia populacji i zmniejszenia umieralności w Polsce pozostaje w dalszym ciągu aktualne. Wzrost aktywności fizycznej w czasie wolnym nie osiągnął poziomu określonego w poprzedniej edycji NPZ miał mały wpływ na zmniejszenie w porównaniu z 1995 rokiem umieralności z powodu chorób układu krążenia. Pośrednio o małym wpływie aktywności fizycznej na umieralność z różnych przyczyn świadczyć może mały spadek umieralności z powodu raka jelita grubego. Jak wiadomo u osób aktywnych fizycznie ten nowotwór występuje rzadziej niż u osób mało aktywnych.

Uważa się również, iż w populacji polskiej narasta odsetek osób otyłych. Ruch jest jednym z dwu, jeśli nie podstawowym czynnikiem zapobiegającym otyłości, a tym samym zwiększenie aktywności fizycznej ludności będzie równocześnie sprzyjać zmniejszeniu odsetka osób otyłych w populacji.

Kolejnym argumentem za utrzymaniem celu określanego jako „Zwiększenie aktywności fizycznej ludności” w Narodowym Programie Zdrowia są zachodzące zmiany demograficzne i zwiększający się w populacji odsetek osób w podeszłym wieku. Aktywność fizyczna młodzieży pozostaje oczywiście bardzo ważnym problemem społecznym, jednakże zwiększający się

w populacji odsetek osób starszych zmusza do większego zwrócenia uwagi na aktywność fizyczną tej grupy ludności.

W dotychczasowych programach zbyt małą uwagę zwracano ponadto na aktywność fizyczną osób niepełnosprawnych.

Cel operacyjny nr 4

Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości;

Poprawa kondycji zdrowotnej ludności polskiej obserwowana w ostatnich latach łączy się z korzystnymi zmianami w żywieniu (zmiana struktury spożycia tłuszczu, zwiększenie spożycia owoców). Mimo to sytuacja w zakresie chorób żywieniowo - zależnych jest w dalszym ciągu zdecydowanie mniej korzystna w porównaniu z innymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej. Ma to swój wyraz we wskaźnikach zgonów spowodowanych chorobami układu sercowo-naczyniowego w tym udarów mózgu a także wysokiej umieralności z powodu nowotworów złośliwych. Istotnie zwiększa się odsetek osób otyłych w populacji, szczególnie niepokoi wzrost częstości występowania otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej. Omawiany cel operacyjny związany ze zmianą stylu życia pozostaje w ścisłej korelacji z aktywnością fizyczną omawianą w celu nr 2. Świadczy o tym zaktualizowana „piramida zdrowia”, która za podstawę dawnej „piramidy żywieniowej” ma aktywność fizyczną i dostosowaną do niej dietę.

Cel operacyjny nr 5

Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu;

Palenie tytoniu zostało uznane za jeden z najważniejszych poddających się redukcji czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych oraz nowotworów. Wiele krajów Europy wprowadza restrykcyjną politykę ograniczającą możliwości palenia. W Polsce mimo pewnych sukcesów w ograniczeniu palenia tytoniu należy pamiętać, że w większym stopniu dotyczyły one mężczyzn niż kobiet. Niektóre, obserwowane w ostatnich kilkunastu latach, korzystne zmiany w postawach wobec palenia tytoniu i wynikających z niego schorzeniach były związane z wprowadzeniem w życie Ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (1995 r.), rządowego Programu polityki zdrowotnej i społeczno-ekonomicznej prowadzącej do zmniejszenia konsumpcji tytoniu w Polsce (1997 r.) oraz kontynuowaniem na większą skalę kampanii i programów edukacyjno-interwencyjnych mających na celu zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu w Polsce i ograniczenie jego zdrowotnych następstw (np. Światowy Dzień Bez Tytoniu lub akcja „Rzuć palenie razem z nami”).

W zdrowotnej i społeczno-ekonomicznej polityce państwa mającej na celu zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu i ograniczenie jego zdrowotnych następstw, w tym w szczególności w działaniach edukacyjnych i interwencyjnych, więcej miejsca powinno poświęcić się kobietom, silnie uzależnionym, długoletnim palaczom oraz słabiej wykształconym warstwom społeczeństwa. W przypadku kobiet zasadnicze znaczenie wydają się mieć programy ukierunkowane na ochronę dzieci przed wymuszonym biernym paleniem tytoniu, także ze strony palących kobiet w ciąży i młodych matek. Dotychczasowe działania adresowane do osób silnie uzależnionych i gorzej wykształconych powinny zostać natomiast wzmocnione m.in. poprzez

wdrożenie na większą skalę lokalnych programów edukacyjno-interwencyjnych i programów realizowanych w miejscu pracy oraz upowszechnienie ogólnie dostępnego leczenia odwykowego (minimalna interwencja w podstawowej służbie zdrowia, bezpłatne poradnictwo telefoniczne, tanie lub przynajmniej częściowo refundowane leki odwykowe).

Cel operacyjny nr 6

Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem;

Nadmierne spożycie alkoholu niesie za sobą nie tylko skutki zdrowotne, ale również uszkodzenia życia rodzinnego, zaburzenia zdrowotne członków rodzin uzależnionych, wypadki drogowe i zawodowe oraz dodatkową działalność służby zdrowia ocenianą na ok.10% obciążenia chorobami. Corocznie z przyczyn związanych z alkoholem umiera w Polsce około 30 000 mężczyzn. Nastąpił wzrost liczby leczonych w psychiatrycznej służbie zdrowia, w której około połowa pacjentów to leczeni z powodu zaburzeń związanych z alkoholem. Opieką ambulatoryjną objętych jest ponad 160 000 osób. W ciągu ostatnich kilkunastu lat liczba pacjentów wzrosła o ponad 70%, zaś pacjentów jednorazowych zwiększyła się dwukrotnie. Problem ten nie może być rozwiązany wyłącznie za pomocą działań służby zdrowia. Prezentowany jako sukces finansowy wzrost dochodów budżetowych mimo obniżenia akcyzy na alkohol był jednym z powodów zwiększenia dostępności i spożycia alkoholu oraz wynikających z tego strat zdrowotnych i społecznych, które przez lata będzie spłacać społeczeństwo.

W świetle wyników dotychczasowego monitoringu osiągnięcie, oczekiwanych przez NPZ, efektów i korzyści zdrowotnych wymaga reorientacji polityki wobec alkoholu i zmiany jej priorytetów.

Należy dążyć do zmniejszenia konsumpcji rzeczywistej do 6 litrów do roku 2015. Bez znacznego ograniczenia poziomu konsumpcji, ponosić będziemy bardzo wysokie koszty leczenia odwykowego, które jak wykazało ostatnie dziesięciolecie, mimo istotnej poprawy jakości świadczeń, może okazać się beczką bez dna.

Pilną rzeczą jest opracowanie programu ograniczania dostępności do alkoholu zarówno poprzez politykę fiskalną jak i poprzez ograniczanie jego fizycznej dostępności. Ograniczyć należy możliwości promocji alkoholu, w tym jego reklamy. Program taki musi uwzględniać uwarunkowania zewnętrzne związane z członkostwem w Unii Europejskiej.

Cel operacyjny nr 7

Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych;

Używanie narkotyków szczególnie przez młodzież gimnazjalną oraz uczniów szkół ponadgimnazjalnych niesie ze sobą powszechnie znane szkody zdrowotne i społeczne a także powoduje powstanie niebezpiecznych związków przestępczych godzących w system prawny. Monitoring Narodowego Programu Zdrowia w latach 1996-2005 pozwala sformułować następujące wnioski:

- w zakresie ograniczenia popytu na narkotyki odnotować należy spadek tempa wzrostu lub stabilizację eksperymentowania z narkotykami wśród gimnazjalistów;
- kontynuacja zmian we wzorach używania narkotyków w kierunku mniej destruktywnych a w szczególności zmniejszenia używania narkotyków w iniekcjach rodzi nadzieje na ograniczenie konsekwencji zdrowotnych w tym liczby nowych zakażeń na HIV;
- w zakresie ograniczenia podaży nie osiągnięto żadnych rezultatów wręcz odwrotnie dostępności narkotyków rośnie.

Coraz bardziej stają się popularne narkotyki syntetyczne zwłaszcza amfetamina. Zwiększyła się popularność heroiny przeznaczonej do palenia. Rosną także rozmiary przetworów konopi. Coraz większego znaczenia nabierają problemy zdrowotne będące wynikiem okazjonalnego używania narkotyków w tym także konsekwencji funkcjonowania rynku narkotyków. Biorąc pod uwagę wzrost rozpowszechnienia narkotyków syntetycznych można niestety spodziewać się w dalszych latach trendu wzrostowego narkomanii. Wymaga to rozbudowy ofert pomocy zarówno leczniczej jak i socjalnej. Doświadczenia wskazują na potrzebę intensyfikowania działań w zakresie ograniczenia popytu na narkotyki, zwiększenie dostępności leczenia szczególnie substytucjonalnego. Ważne są

również programy zapobiegania niedostosowaniu społecznego dzieci i młodzieży oraz programy z zakresu bezpieczeństwa publicznego.

Cel operacyjny nr 8.

Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy;

W 1999 roku Unia Europejska, Europejska Fundacja Nauki i Światowa Organizacja Zdrowia określiły 11 priorytetowych obszarów badawczych zdrowia środowiskowego dla krajów europejskich, wśród których znalazły się problemy takie, jak: zmiany klimatyczne, ubytek ozonu stratosferycznego, wpływ czynników środowiskowych na funkcje poznawcze, zanieczyszczenia pyłowe powietrza, jakość powietrza pomieszczeń zamkniętych, jakość wód i woda pitna, substancje zaburzające czynność hormonalną, ocena skutków zdrowotnych narażenia na czynniki immunotoksyczne, ocena ryzyka chemicznego i związane z tym problemy toksykologiczne.

Zapobieganie skutkom zdrowotnym zanieczyszczenia środowiska jest zwykle działaniem długotrwałym. Ponieważ wyeliminowanie czynników szkodliwych ze środowiska jest niemożliwe należy dążyć do ograniczenia ich występowania poprzez wdrażanie odpowiednich programów. Taka strategia została potwierdzona przez Unię Europejską w nowej polityce zdrowia publicznego i zasadach przeciwdziałania chorobom zależnym od zanieczyszczenia środowiska. Zgodnie z wytycznymi zapobieganie chorobom środowiskowym powinno uwzględniać zarówno działania zmierzające do zmniejszania zanieczyszczenia środowiska, jak również działania z zakresu zdrowia publicznego mające na celu zmniejszenie narażenia ludności na szkodliwe czynniki środowiskowe i ograniczenie ich skutków zdrowotnych. Efektywność tego procesu uzależniona jest nie tylko od działań resortów bezpośrednio z tą problematyką związanych tzn. zdrowia i środowiska, ale także innych sektorów pośrednio wpływających na stan środowiska naturalnego i stan zdrowia ludzi, np. jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych.

Cel operacyjny nr 9.

Poprawa stanu sanitarnego kraju;

Stan sanitarny kraju mimo istotnej poprawy, jaka nastąpiła w latach 1995-2003, wciąż jeszcze odbiega od standardów utrzymywanych w krajach Unii Europejskiej. W związku z powyższym niezbędne są dalsze działania mające na celu jego poprawę, podejmowane zarówno przez organy administracji rządowej, jak i władze samorządowe. Analiza za lata 1995-2003 pozwoliła na ustalenie obszarów zagrożenia, wskazując kierunki takich działań.

Bardzo ważne wydaje się być inspirowanie do koniecznych działań we wskazanych kierunkach władz szczebla lokalnego jak i centralnego. Stworzy to możliwości wykorzystania środków z budżetu Unii Europejskiej w postaci funduszy strukturalnych. Innym ważnym czynnikiem wydaje się być umiejętna alokacja wszystkich strumieni finansowych adresowanych dla rozwoju ochrony sanitarnej ludności.

W oparciu o nowe, bądź znowelizowane przepisy, będą sieci monitoringowe zgodne z wymogami Unii Europejskiej, które umożliwią porównywanie i wymianę danych z innymi krajami Unii.

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż rok 2004, jako rok akcesji Polski do Unii Europejskiej, stanowi istotną cezurę, która powoduje, że począwszy od 2005 r. Narodowy Program Zdrowia zostanie zrealizowany już w zasadniczo odmiennych warunkach. Wynikają z tego doniosłe konsekwencje, zarówno w zakresie obowiązków, jak i możliwości, zwłaszcza w zakresie korzystania ze środków pochodzących z budżetu Unii.

Cel operacyjny nr 10.

Zmniejszenie liczby wypadków i ich skutków;

Wypadki, zwłaszcza wśród dzieci i młodych ludzi, stanowią w krajach rozwiniętych (w których udało się zmniejszyć umieralność i chorobowość z powodu innych przyczyn) coraz większy problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny (wysokie koszty leczenia i rehabilitacji ofiar wypadków). W Polsce liczba zgonów z powodu wypadków, urazów i zatruc wynosi 26-28 tys. rocznie. Corocznie zdarza się ponad:

- 50 tys. wypadków drogowych, w których ginie ponad 5 tys. osób, 60-70 tys. osób zostaje rannych; na 100 wypadków ginie w Polsce 11 osób, wobec przeciętnego wskaźnika w krajach Unii Europejskiej - 3,5,
- 86 tys. wypadków przy pracy, w tym 500 śmiertelnych i 1000 ciężkich,
- 145 tys. wypadków uczniów w szkole, w tym 90 śmiertelnych i 1,2 tys. ciężkich.

W grupie wieku 11-15 lat urazu wymagającego pomocy medycznej, doznaje (najczęściej w szkole i w domu) co czwarty nastolatek, a co trzeci doznaje urazu nie wymagającego tej pomocy. W ostatnich latach częstość wszystkich ww. wypadków zwiększyła się.

W wielu krajach zachodnich wdrożono, w ostatnich 10-15 latach różnorodne programy prewencyjne, ukierunkowane na: wybrane grupy wypadków, środowiska lub grupy wiekowe. Widoczne sukcesy uzyskano dzięki skoordynowaniu działań wielu podmiotów, edukacji różnych grup społeczeństwa oraz uznaniu roli czynników psychologicznych i środowiskowych w powstawaniu wypadków. W ostatnich latach wskazuje się na potrzebę nie tylko zapobiegania wypadkom, lecz także promocję

bezpieczeństwa (safety promotion)⁵. W Polsce dotychczasowe działania dla zapobiegania wypadkom były niewystarczające.

Duże znaczenie w dla poprawy sytuacji w zakresie wypadków komunikacyjnych, w wyniku których umiera najczęściej osób miał dotychczas program GAMBIT⁶, który powinien być uwzględniony także w znowelizowanym NPZ.

⁵ Według roboczej definicji Światowej Organizacji Zdrowia promocja bezpieczeństwa jest to proces działań na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i międzynarodowym, podejmowanych przez jednostki, społeczności, władze, zakłady pracy, szkoły, organizacje pozarządowe i inne w celu uzyskania i utrzymania stanu bezpieczeństwa. Działania te obejmują wszystkie wysiłki, wspólnie ustalone i podjęte w celu zmodyfikowania struktur, środowiska (fizycznego, społecznego, technologicznego, politycznego, ekonomicznego i organizacyjnego) oraz postaw ludzi i ich zachowań związanych z bezpieczeństwem.

⁶ Krajowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego GAMBIT

Cel operacyjny nr 11.

Promocja i zapobieganie zaburzeniom psychicznym;

Zdrowie psychiczne można charakteryzować poprzez 2 wymiary. Pierwszy – pozytywne zdrowie psychiczne opisywany jest przez pozytywny afekt i pozytywne rysy osobowości, które traktowane są jako zasoby jednostki umożliwiające radzenie sobie z trudnościami i unikanie załamania stanu zdrowia. Przykładowe zmienne charakteryzujące ten wymiar to: wysoka samoocena, poczucie panowania nad sytuacją (mastery), poczucie koherencji, poczucie skuteczności. Drugi wymiar – negatywne zdrowie psychiczne określa występowanie zaburzeń psychicznych (wg klasyfikacji ICD-10) oraz innych problemów i objawów (niekoniecznie spełniających kryteria zaburzeń psychicznych).

W dotychczasowym NPZ oczekiwano, że do 2005 r. zmniejszy się częstość występowania zaburzeń psychicznych. Jednak odnotowane tendencje są zupełnie inne. Między latami 1998-2002 wzrastała liczba leczących się osób w opiece ambulatoryjnej i całodobowej. Rosła również systematycznie liczba pacjentów zarejestrowanych po raz pierwszy. Wskaźnik rozpowszechnienia i zachorowalności na zaburzenia psychiczne wzrósł między 2001 a 2002 rokiem odpowiednio o 17% i 14%. Analogiczne zjawisko miało miejsce w leczeniu całodobowym – wzrastała liczba leczonych pacjentów i pierwszorazowych hospitalizacji (wskaźnik rozpowszechnienia hospitalizacji w 2002 r. wzrósł o 11% w stosunku do 2001 r.).

Grupą szczególnie wymagającą pomocy w świetle przedstawianych danych jest młodzież (w większym stopniu dziewczynki) np. ze względu na zagrożenie depresją, myślami samobójczymi, stresem psychologicznym. Zagrożenia dla zdrowia psychicznego młodzieży są faktem (narastająca

przemoc, dostępność narkotyków, objawy pogarszającego się samopoczucia psychospołecznego).

WHO rozróżnia umiejętności specyficzne, które pomagają radzić sobie z takimi zagrożeniami jak kontakt z alkoholem, papierosami, narkotykami, przemocą i umiejętności podstawowe, które pozwalają poradzić sobie z wszystkimi życiowymi wymaganiami z którymi, na co dzień konfrontuje się młodzież.

Przedstawione wyżej niekorzystne trendy uzasadniają w pełni potrzebę dalszej realizacji omawianego celu operacyjnego.

Cel operacyjny nr 12.

Poprawa opieki nad matką i dzieckiem;

Od kilkunastu lat utrwała się w Polsce proces reprodukcji ludności poniżej prostej zastępowalności pokoleń. Powodowane to jest dużym spadkiem dzietności kobiet oraz współczynnika ich płodności, przy czym notowane w ostatnich latach korzystne z punktu widzenia urodzeń zmiany w strukturze kobiet w wieku rozrodczym (wzrost liczebności kobiet jako echo wyżu demograficznego lat osiemdziesiątych) nie wyrównują spadku liczby urodzeń. Długookresowa prognoza GUS trend ten potwierdza.

Za przyczynę nasilenia spadku poziomu płodności należy uznać przeobrażenia zachodzące w naszym kraju, związane z transformacją ustrojowo-gospodarczą, a zwłaszcza brak stabilizacji ekonomicznej, bezrobocie bądź obawa utraty pracy przez młodych ludzi. Na sytuację tę ma również wpływ obniżająca się skłonność do zawierania małżeństw. Stan ten pogarsza sytuacja mieszkaniowa, a pewien wpływ mają także aspiracje edukacyjne młodych ludzi (najpierw nauka, potem praca i dopiero rodzina. Opóźnia to decyzję o zawarciu związku małżeńskiego i o posiadaniu dzieci. W efekcie przesuwa się wiek urodzenia pierwszego dziecka co też ma wpływ na zmniejszenie się liczby urodzeń.

W dalszym ciągu istnieje problem poprawy opieki nad matką i dzieckiem zwłaszcza w środowiskach zaniedbanych. Program opieki perinatalnej, który przyczynił się w ubiegłych latach do obniżenia poziomu umieralności niemowląt powinien być w dalszym ciągu kontynuowany. W tym ostatnim zakresie mogą pomóc działania NFZ w postaci kontraktowanych programów zdrowotnych, co zostało zapoczątkowane w 2004 i kontynuowane w 2005 r.

Cel operacyjny nr 13.

Usprawnienie wczesnej diagnostyki zaburzeń zdrowotnych i czynnej opieki nad dziećmi i młodzieżą;

Stan zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej oraz stan opieki zdrowotnej nad nimi jest niezadowalający. Głównymi zagrożeniami życia uczniów są wypadki i razy, zdrowia zaś zachowania zdrowotnie ryzykowne (używanie środków uzależniających – tytoń, alkohol, narkotyki, przemoc w szkole) bądź niewłaściwe zachowania zdrowotne (niska aktywność fizyczna, niekorzystne nawyki żywieniowe), a także niedostosowanie społeczne.

Najczęściej występującymi w populacji szkolnej zaburzeniami, wadami i chorobami są wady wzroku, próchnica zębów, choroby alergiczne, stres, nerwice szkolne, zaburzenia statyki ciała, wady zgryzu, nadwaga i otyłość oraz bulimia i jadłowstręt.

Koncepcje opieki zdrowotnej w środowisku szkolnym ulegają permanentnym zmianom sprowadzając się obecnie do opieki pielęgniarzkiej. Uczniowie jako zbiorowość zostali pozbawieni opieki lekarskiej w szkole, z indywidualnej opieki mogą korzystać w miejscu zamieszkania u lekarza poz. Zaburza to w praktyce realizację zadań profilaktycznych.

Elementem pozwalającym na wczesną interwencję są badania przesiewowe. Badania przesiewowe stały się powszechnie akceptowanym elementem opieki zdrowotnej nad ludźmi zdrowymi i chorymi. W okresie noworodkowym nie wymaga uzasadnienia wykonywanie badań w kierunku fenyloketonurii i hypotyreozy. Wśród niemowląt i dzieci młodszych konieczna jest ocena prawidłowości rozwoju psychoruchowego, tempa wzrastania, a w wypadku dzieci z niskim ciężarem urodzeniowym także kontrola neurologiczna. Wczesna diagnostyka neurologiczna jest warunkiem wczesnej rehabilitacji i ograniczania niepełnosprawności np. dzieci z mózgowym porażeniem. Badanie przesiewowe słuchu, zwłaszcza u wcześniaków, pozwala na wczesne

wychwycenie deficytów. Podobnie badanie okulistyczne wykonywane w tej grupie noworodków może zapobiec ślepcie, związanej z rozrostem naczyń siatkówki. Wydaje się także ważne zwiększenie roli pielęgniarki środowiskowej w opiece nad małym dzieckiem, oprócz oceny jego rozwoju także kontrola wykonania szczepień wg kalendarza szczepień.

U dzieci starszych, począwszy od wieku przedszkolnego, konieczna jest także ocena rozwoju psychospołecznego, która wymaga współpracy z wychowawcą, opiekującym się dzieckiem. Także poprawa organizacji szczepień, które powinny być wykonywane na terenie szkoły.

W realizacji i monitorowaniu w.w zadań powinien pomóc wydatnie proponowany cel operacyjny NPZ.

Cel operacyjny nr 14.

Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych;

W ostatnich dziesięcioleciach w Europie wyraźnie zaznaczyła się tendencja do starzenia się społeczeństw. W krajach europejskich, co 7 osoba ma powyżej 65 lat, podczas gdy ilość osób w przedziale 0-19 wyraźnie się zmniejsza, jak również zauważa się ostry spadek przyrostu naturalnego. Stale rośnie przeciętna oczekiwana długość życia pogłębiając tym samym dysproporcję między generacją poprodukcyjną i produkcyjną.

W związku ze spadkiem przyrostu naturalnego oraz wydłużaniem się parametru trwania życia relatywny ciężar głównych grup zależnych w społeczeństwie, czyli dzieci, młodzieży i osób starszych przesuwa się wyraźnie w kierunku tych ostatnich. Problem starzenia się społeczeństw staje się tak ważny, że WHO w 2002 roku zaprezentowało w Madrycie Ramową Politykę dotyczącą Aktywnego Starzenia się. Przyjęto również dwa dokumenty: Deklarację Polityczną i Międzynarodowy Plan Działania nt. Aktywnego Starzenia się. Obydwa dokumenty zawierają przesłanie skierowane do społeczeństw świata, aby wzmacniały zachowania społeczne nakierowane na pełną akceptację i możliwości rozwoju osób starszych.

Podkreśla się potrzebę budowania możliwie jak najlepszych systemów ochrony zdrowia, tak, aby osoby starsze mogły cieszyć się pełnią zdrowia, poczuciem bezpieczeństwa i aktywnym uczestnictwem w życiu gospodarczym, kulturalnym, społecznym i politycznym. Ważnym działaniem jest również wspieranie międzygeneracyjnej solidarności, której efektem ma być realizacja pełnego zabezpieczenia potrzeb socjalnych i ekonomicznych osób starszych. Istotnym zadaniem stojącym przed państwami europejskimi jest także tworzenie warunków ku temu, aby osoby starsze mogły z satysfakcją korzystać ze swego

pełnego potencjału zdrowotnego, jak również mieć możliwość dalszego satysfakcjonującego pełnienia ról społecznych.

Długiemu życiu, które stało się jednym z największych osiągnięć współczesnego świata musi towarzyszyć stała możliwość poprawy zdrowia, uczestnictwa w życiu społeczeństwa i bezpieczeństwa socjalnego.

Realizacja wskazanych powyżej idei wymaga działań nie tylko na płaszczyźnie ochrony zdrowia i opieki socjalnej, ale także na płaszczyźnie edukacji, polityki zatrudnienia i rynku pracy, zabezpieczenia społecznego, warunków mieszkaniowych i bytowych, transportu, i usług, wymiaru sprawiedliwości oraz rozwoju regionalnego. Aby osiągnąć zamierzone cele należy dążyć do stworzenia efektu synergii poprzez wspieranie działań międzysektorowych, budowanie wsparcia z zakresu międzygeneracyjnej solidarności, niwelowaniu różnic ze względu na płeć, przynależność do subgrup ekonomicznych i społecznych.

Cel operacyjny nr 15.

Tworzenie warunków dla aktywnego życia osobom niepełnosprawnym;

Zgodnie z wynikami Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań w 2002 r. odsetek osób niepełnosprawnych stanowi 14,3 % ludności Polski, oznacza to, że co siódmy mieszkaniec naszego kraju jest osobą niepełnosprawną. Ta dramatycznie wysoka liczba osób niepełnosprawnych jest kardynalną przesłanką do wzmacniania działań mających na celu włączanie niepełnosprawnych w społeczne i ekonomiczne życie narodu.

Obserwuje się, że relacje pomiędzy zbiorowością a indywidualną jednostką mogą pozytywnie oddziaływać na zachowania w obliczu niepełnosprawności oraz możliwości funkcjonowania ludzi niepełnosprawnych. W wyniku upodmiotowienia osób niepełnosprawnych ich potrzeby i dążenia uzyskują rangę pierwszoplanowości. Zwiększanie wolności jednostek, uprzywilejowanie wobec interesu zbiorowego czy reorganizacja na ich potrzeby struktur instytucjonalnych, zwiększają społeczne zrozumienie dla potrzeb osób niepełnosprawnych.

Z zasad zapewnienia zdrowych warunków życia i rozwoju zrównoważonego wynika obowiązek kształtowania środowiska odpowiadającego wymaganiom wszystkich członków danej społeczności. W związku z powyższym osoby niepełnosprawne stanowiące znaczną część społeczności nie powinny być dyskryminowane i pozbawiane należnych im praw do uczestnictwa społecznego oraz rozwoju a także zaspokajania potrzeb, w tym zwłaszcza w obszarze opieki zdrowotnej.

Na poziomie uogólnień potrzeby osób niepełnosprawnych można sklasyfikować w dwóch grupach. Pierwsza grupa stanowi potrzeby związane z leczeniem chorych np.: medyczne, lekarskie i pielęgniarstwo. Druga grupa to potrzeby socjalne i trudne do oddzielenia problemy społeczno – medyczne.

Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych należących do kategorii potrzeb zbiorowych odbywa się poprzez mechanizmy publiczne i nie tylko jest uzależnione od opiekuńczej polityki państwa i jego ustawodawstwa, ale również od strategii lokalnych organów samorządowych i ich zróżnicowanej kondycji finansowej.

Cel operacyjny nr 16.

Poprawa jakości i efektywności usług świadczonych w ochronie zdrowia;

W Polsce nastąpiła niepożądana rozbieżność pomiędzy oczekiwaniami społeczeństwa w zakresie świadczeń zdrowotnych i możliwościami ich zaspokojenia. Jednakże jeszcze bardziej niepożądanym zjawiskiem jest rozpowszechniony pogląd, co do bezduszności i braku wrażliwości systemu ochrony zdrowia na potrzeby pacjentów.

Wg WHO strukturę i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oceniać należy przy pomocy trzech podstawowych kategorii wskaźników:

- Wskaźniki zmian sytuacji zdrowotnej ludności związane z funkcjonowaniem systemu.
- Wskaźniki wrażliwości (sensitivity) systemu w odbiorze pacjenta – czyli sposób traktowania pacjenta jak człowieka i cennego klienta.
- Wskaźniki rozmiaru i mechanizmu finansowania tzw. świadczeń i procedur.

Z wyżej wymienionym celem wiąże się druga grupa wskaźników w skład, której wchodzi następujące elementy:

1. Szanowanie godności pacjenta.
2. Przestrzeganie jego prawa do autonomii
 - Prawo do informacji o swojej chorobie i alternatywnych sposobach leczenia;
 - Prawo do wszechstronnych konsultacji dotyczących leczenia;
 - Wymóg wyrażenia przez pacjenta zgody na badania i leczenia;
 - Prawo pacjenta do odmowy leczenia.
3. Prawo do poufności – informacje o stanie zdrowia i leczeniu, poza wyjątkowymi sytuacjami, nie powinny być udostępniane nikomu bez zgody pacjenta.

4. Szybkość reagowania systemu – natychmiastowa pomoc w nagłych przypadkach i niezbyt długi, przewidywalny czas oczekiwania na interwencję w pozostałych przypadkach.
5. Jakość świadczeń „pozaterapeutycznych” (czystość, przestrzeń, pożywienie oraz odpowiednie wyposażenie pomieszczeń szpitalnych lub ambulatoryjnych).
6. Dostęp do społecznego wsparcia w czasie leczenia (wizyty, praktyki religijne itp.).
7. Swobodny wybór świadczeniodawcy.

Wydaje się, że uwzględnienie tego celu jest jednym z najważniejszych zadań dla całego systemu ochrony zdrowia, a także jednostek samorządu terytorialnego i środków masowej komunikacji. W realizacji tego celu należy posługiwać się obiektywnymi wskaźnikami, stałym monitoringiem i publikowaniem jego efektów.

Cel operacyjny nr 17.

Rozbudowanie kadr i infrastruktury dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;

Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna stosowana w celowy sposób do potrzeb prewencji chorób i budowania pro zdrowotnego stylu życia społeczeństwa są bardzo ważnymi narzędziami w podnoszeniu świadomości zdrowotnej i poprawie stanu zdrowia obywateli. Mają znaczący wpływ na umiejętności radzenia sobie ze zdrowiem oraz stan zdrowia jednostek i zbiorowości.

W ostatnich latach, przy dość znacznym zainteresowaniu problematyką zdrowia w społeczeństwie polskim, rozwinęło się wiele ważkich inicjatyw i programów z dziedziny edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Prowadzonych jest wiele działań, które przynoszą oczekiwane efekty, zarówno w sferze poznawczej odbiorców jak też ich zachowań związanych ze zdrowiem.

Okresowa ocena realizacji zadań wyznaczonych w NPZ na lata 1996 – 2005 pozwala jednak na wskazanie kilku niepokojących zjawisk, które obniżają w znaczący sposób skuteczność podejmowanych przedsięwzięć. Należą do nich przede wszystkim:

- Promocja zdrowia nie uzyskała należytej rangi w działaniach administracji rządowej i samorządowej,
- Odpowiedzialność za interwencje w dziedzinie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jest nierównomiernie rozłożona pomiędzy administracją rządową, samorządową oraz innymi podmiotami i została delegowana do struktur niższego szczebla, bez wsparcia centralnego,
- Brak czytelnych zasad finansowania działalności prewencyjnej, w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,

- Brak mechanizmów kontroli i nadzoru nad istniejącymi bardzo licznymi interwencjami z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, w tym także systemem szkolenia kadr kompetentnych w tym zakresie.

We wnioskach i sugestiach dotyczących monitoringu Narodowego Programu Zdrowia w latach 1996 – 2005 koordynatorzy celu operacyjnego nr 6 pt. „Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia” - wskazali na konieczność rozwoju infrastruktury pomocnej w realizacji zadań promocji zdrowia. Pod pojęciem infrastruktury rozumiane są zarówno zasoby ludzkie (zwiększenie liczby profesjonalistów) i baza wchodząca w skład systemu społecznego (ochrona zdrowia, opieka społeczna, NGOS, system edukacji, instytucje naukowe, media, organizacje samorządowe, związki wyznaniowe). Warunkiem międzysektorowej, zróżnicowanej współpracy jest określenie zasad działania i funkcjonowania wszystkich podmiotów realizujących wspólny cel poprzez spójną legislację i zasady finansowania.

Wyżej wymienione działania będą miały bezpośredni wpływ na zdrowie poprzez zmianę postaw i zachowań (styl życia) na pro zdrowotne, poprawę sytuacji zdrowotnej oraz aktywizację społeczną, której wyrazem będzie utworzenie sieci współpracy interdyscyplinarnej na rzecz zdrowia. Poprawa stanu zdrowia będzie mierzona wskaźnikami epidemiologicznymi.

Cel operacyjny nr 18.

Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z chorobami nowotworami, układu krążenia w tym udarów mózgowych, chorobami układu oddechowego oraz chorobami narządu ruchu;

Mimo niewątpliwego sukcesu w dziedzinie ograniczenia umieralności z powodu chorób układu krążenia obserwowanego od 1991, Choroby układu krążenia (CHUK) pozostają nadal najważniejszą przyczyną umieralności wśród kobiet i mężczyzn w Polsce. Prawie, co drugi Polak umiera z powodu chorób serca i naczyń, zaś z powodu CHUK umiera rokrocznie więcej osób niż z powodu kolejnych pięciu przyczyn razem wziętych. CHUK są nadal najważniejszą przyczyną umieralności przedwczesnej w Polsce. Standaryzowane wskaźniki umieralności z powodu CHUK a zwłaszcza z powodu choroby niedokrwiennej serca i chorób naczyniowych mózgu są nadal znacznie wyższe niż w krajach „starej” Unii Europejskiej. CHUK stanowią jedną z najważniejszych przyczyn absencji chorobowej, hospitalizacji oraz inwalidztwa prawnego, wpływają także w znaczący sposób na jakość życia Polaków, szczególnie osób w wieku średnim i podeszłym. Konsekwencją tego są także ogromne wydatki z budżetu państwa i środków własnych obywateli na leczenie CHUK.

Doświadczenia Polski a także wielu innych krajów wskazują, że istnieją bardzo duże możliwości skutecznych działań profilaktycznych i leczniczych prowadzących do znacznej redukcji umieralności (szczególnie umieralności przedwczesnej) z powodu CHUK. Wymaga to wszakże konsekwentnych dobrze skoordynowanych działań z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki, leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego oraz rehabilitacji. Za wyborem tego właśnie celu przemawia zatem cały szereg argumentów natury zdrowotnej, społecznej i ekonomicznej oraz realne szanse osiągnięcia założonego celu.

Polska należy do nielicznych krajów, w których częstość niedokrwiennej choroby serca zmniejsza się wolniej, niż w większości krajów rozwiniętych. Szczególnym problemem jest przedwczesne występowanie tej choroby tzn. u osób poniżej 65 roku życia. Jest ona główną przyczyną zgonów w Polsce. Należymy także do nielicznych krajów w Europie, w których od dawna nie maleje umieralność z powodu udarów mózgu. Przyczyną tej niepomyślnej sytuacji jest przede wszystkim niedostateczne przeciwdziałanie znanym od dawna prekursorom obu chorób: nadciśnieniu tętniczemu oraz zaburzeniom gospodarki lipidowej. Opisaną sytuację może poprawić organizacja trwałego systemu wczesnego wykrywania tych chorób i czynna opieka nad osobami wymagającymi tej opieki.

Dostępne dane wskazują, że można zmniejszyć umieralność z powodu raka piersi (do 40%) i raka szyjki macicy (do 80%) wprowadzając na skalę populacyjną zorganizowane badania przesiewowe mammograficzne i cytologiczne. Sukces w postaci zwiększenia udziału wczesnych stopni zaawansowania, poprawy przeżyć 5-letnich i zmniejszenia umieralności w pozostałych trzech nowotworach uzyskano stosując tzw. rutynowe skriningi. Aby uzyskać ten sukces potrzebne są obok działań służby zdrowia również: poprawa wiedzy społeczeństwa i lekarzy wyrażająca się m.in. w zwiększeniu częstości samokontroli piersi i wykonywania badań przez lekarzy. Należy również opracować standardy strategii skryningowych.

Badania profilaktyczne w obszarach określonych w.w celem Narodowego Programu Zdrowia PZ prowadzi Narodowy Fundusz Zdrowia, prowadzone są one także w ramach programu POLKARD i będą prowadzone w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Zaproponowany cel operacyjny będzie spinał te działania i pozwoli na monitorowanie skutków zdrowotnych realizacji postawionych zadań.

Cel operacyjny nr 19.

Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym

Malejąca w okresie powojennym w Polsce umieralność i zachorowalność na choroby zakaźne jest wciąż wyższa niż w bardziej rozwiniętych krajach europejskich. Nadal problemem pozostaje gruźlica, będąca pierwszą przyczyną zgonów spowodowanych chorobami zakaźnymi. Poważny problem stanowią choroby szerzące się drogą naruszenia ciągłości tkanek, przede wszystkim wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, oraz niektóre choroby przenoszone drogą płciową. Nie zminimalizowano jeszcze w pełni występowania chorób zakaźnych wieku dziecięcego, którym można zapobiegać przez szczepienia ochronne.

W przypadku kilku chorób zakaźnych, na które zapadalność w ostatnich latach wzrastała bądź nadal wzrasta, można przypuszczać, że wynika to nie tyle z pogorszenia się sytuacji epidemiologicznej tych chorób, co z poprawy wykrywalności i zgłaszalności w następstwie upowszechniania się i rozwoju diagnostyki i/lub wzmocnienia nadzoru nad rejestracją danej choroby. Dotyczy to m.in. takich chorób jak np.: wirusowe zapalenie wątroby typu C (po gwałtownym wzroście liczby przypadków notowanych w pierwszych latach prowadzenia rejestracji - do 5,1 na 100 tys. ludności w 1999 r. - wyraźny spadek tempa wzrostu zapadalności w ostatnich pięciu latach).

W ostatniej dekadzie system zapobiegania chorobom zakaźnym w Polsce jedynie dwukrotnie poddany został poważniejszej próbie: w sytuacji zagrożenia epidemicznego po powodzi stulecia w 1997 r. oraz zagrożenia przeniesieniem na obszar Polski epidemii błonicy szerzących się w latach dziewięćdziesiątych na obszarach byłego Związku Radzieckiego. W obu sytuacjach system ten sprawdził się. W obecnej dobie osiąganie korzyści NPZ w postaci "niedopuszczenia do wystąpienia epidemii w wyniku zawleczeń zachorowań

niewystępujących w Polsce" może jednak okazać się bardzo trudne - nie tylko w związku z pojawiającymi się nowymi zagrożeniami, takimi chorobami jak gorączki krwotoczne, choroby prionowe czy SARS, przede wszystkim w związku z pojawieniem się i utrzymywaniem zagrożenia wynikającego z możliwości użycia broni biologicznej.

Dodatkowy niepokój budzą też sygnały ze strony specjalistów monitorujących i oceniających sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w Polsce o wyraźnym pogorszeniu się w ostatnich latach czułości systemu nadzoru. Zjawisko to (pomijając kwestię dezorganizacji systemu) łączone jest przede wszystkim z drastycznym zmniejszeniem się liczby wykonywanych badań diagnostycznych (a więc z pogorszeniem się wykrywalności), słabą orientacją środowiska medycznego w przepisach regulujących zagadnienia nadzoru epidemiologicznego i wynikających z tych przepisów obowiązkach oraz ze świadomym zaniechaniem zgłaszania zachorowań przez niektóre placówki i lekarzy.