

Zdrowie publiczne

24.05.2022 r.

Małgorzata Leźnicka, Michał Chmielewski, Wioleta Tomczak, Urszula Demkow, Cezary Pakulski, Grzegorz Kardas, Piotr Wiland

Według WHO „Zdrowie publiczne jest to zorganizowany wysiłek społeczny, realizowany głównie przez wspólne działania instytucji publicznych, mający na celu polepszenie, promocję, ochronę i przywracanie zdrowia ludności. Obejmuje, między innymi, takie rodzaje działalności jak analizę sytuacji zdrowotnej, nadzór zdrowotny, promocję zdrowia, zapobieganie, zwalczanie chorób zakaźnych, ochronę środowiska i sanitację, działania przygotowawcze na wypadek katastrof i nagłych sytuacji zdrowotnych i medycynę pracy”¹.

Główne tezy

W całościowym programie rozwoju Polski zdrowie publiczne powinno odgrywać kluczową rolę, zgodnie z zasadą „zdrowie we wszystkich politykach”.

Profilaktyka, prewencja i promocja zdrowia to najważniejsze czynniki odpowiadające za stabilność systemu ochrony zdrowia i wydłużenie życia, w tym życia w zdrowiu.

W obliczu aktualnych zmian demograficznych i społecznych, właściwa organizacja zdrowia publicznego ma wciąż rosnące znaczenie dla wydłużenia i poprawy jakości życia Polek i Polaków. Analiza chorobowości, umieralności, a także pozostałych danych zdrowotnych (nawyki żywieniowe, uzależnienia, aktywność fizyczną, etc.), wskazuje na pilną potrzebę wzmocnienia zdrowia publicznego w Polsce. Tylko w ten sposób możliwe będzie wydłużenie długości życia Polek i Polaków, w tym życia w zdrowiu, oraz redukcja liczby zgonów możliwych do uniknięcia, których zwłaszcza w ostatnim czasie jest zdecydowanie zbyt dużo.

¹ Światowa Organizacja Zdrowia: Public Health. W: Health Systems Strengthening Glossary [on-line]

Główne rekomendacje

1. **Wprowadzenie zasady „zdrowie we wszystkich politykach”** – zdrowiem nie może zajmować się wyłącznie sektor zdrowia. Polityka zdrowotna musi angażować wielu uczestników. Rząd musi ustanowić struktury, które uczynią sektory odpowiedzialnymi za osiągnięcie nadrzędnych celów związanych ze zdrowiem i jakością życia. Z kolei eksperci zdrowia publicznego i promocji zdrowia muszą ściślej współpracować z innymi sektorami. Z tych powodów proponujemy powołanie **Pełnomocnika Rządu do spraw Zdrowia Publicznego**.
2. **Zapewnienie szkoleń dla profesjonalistów zajmujących się zdrowiem publicznym**, dotyczących sposobów nawiązywania współpracy z innymi sektorami i instytucjami, interesariuszami a także rozwijania umiejętności niezbędnych do prowadzenia negocjacji.
3. **Stworzenie listy podstawowych zadań dla zdrowia publicznego**, pod kątem potrzeb i możliwości organizacyjnych w naszym kraju.
4. **Pogłębienie prac badawczych oraz szerokie zbieranie danych i przeprowadzanie analiz sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i wyciąganie wniosków z tych analiz**. Analiza przyczyn nieskuteczności programów zdrowia publicznego w kraju. Będą to zadania dla szeregu instytucji, w tym NIZP-PZH, uniwersytety, instytuty badawcze oraz Centrum Analityczno-Informacyjne.
5. **Koordinacja zadań w ramach proponowanych programów zdrowia publicznego**. Opracowanie precyzyjnych wskazówek dotyczących planowania, wdrażania i monitorowania programów. Koordynację działań będzie nadzorował pełnomocnik Rządu ds. zdrowia publicznego. W obecnej formie programy utrwalają nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych, bowiem zależą od zasobności poszczególnych samorządów. Przyjęcie modelu logicznego w praktyce zdrowia publicznego poprzez zapis prawny takiego obowiązku, poprawi jakość projektów programów zdrowotnych².
6. **Finansowanie zadań zdrowia publicznego bezpośrednio z budżetu państwa (docelowo 0,5% PKB)** – inwestycja ta zwróci się po kilku latach.
7. Utworzenie **Funduszu Zdrowia Publicznego** z podatków celowych (akcyza na alkohol, wyroby tytoniowe, od gier hazardowych, podatek cukrowy itp.).

² Dorota Cianciara Logiczny model programu zdrowotnego, czyli jak przygotować skuteczny program polityki zdrowotnej w jednostce samorządu terytorialnego Hygeia Public Health 2016, 51(3): 242-248

8. **Przeznaczenie około 1,5% budżetu płatnika na zadania związane ze zdrowiem publicznych.**
9. **Dofinansowanie z budżetu centralnego samorządowych programów polityki zdrowotnej,** z uwzględnieniem dochodów samorządów, zróżnicowania demograficznego i społecznego mieszkańców. Celem jest zaangażowanie 100% jednostek samorządu terytorialnego w skuteczną realizację programów polityki zdrowotnej w okresie najbliższych pięciu lat. Udział wydatków poniesionych przez samorzady na programy polityki zdrowotnej jest znikomy. W 2015 r. wyniósł tylko 0,04% ogółu wydatków samorządów.
10. **Organizacja profesjonalnie realizowanych kampanii zachęcających do zmiany stylu życia i zachowań na zdrowsze** z równoległym tworzeniem warunków (infrastruktury, obniżenia cen zdrowej żywności, instytucji, badań naukowych), dzięki którym indywidualne wybory będą podążały za udowodnionymi wskazaniami dotyczącymi zdrowego zachowania.
11. **Tworzenie projektów w oparciu o strategię win-win w celu zaangażowania innych sektorów i podmiotów w inicjatywy, które przynoszą korzyści wszystkim biorącym udział stronom, np.: zaangażowanie sadowników w program dostarczania jabłek do szkół,** programy ochrony środowiska mające na celu zmniejszenie zanieczyszczenia powietrza, wody.
12. **Modyfikacja Narodowego Programu Zdrowia w taki sposób, aby założone cele operacyjne stały się doprecyzowane, obligatoryjne, mierzalne, rozliczalne.**
13. **Realizacja rezolucji WHO dotyczącej przyjęcia Niezbędnych Działań w Zakresie Zdrowia Publicznego** określonych przez WHO dla Regionu Europejskiego.
14. **Zwiększenie liczby zatrudnionych specjalistów zdrowia publicznego współpracujących z jednostkami samorządu terytorialnego. Umożliwienie realizacji podstawowych zadań zdrowia publicznego w ramach POZ.**
15. **Rozwijanie zdrowotnej edukacji szkolnej w ramach przedszkoli i szkół.**
16. **Rozwijanie zdrowotnej edukacji pozaszkolnej dla całego społeczeństwa.**

Wstęp

Zmiany demograficzne i społeczne oznaczają zmianę głównych wyzwań zdrowotnych, przed którymi stoją społeczności. Postęp medycyny sprawia, że obecnie główne przyczyny śmierci są w dużej mierze przypisywane raczej zachowaniom (np. siedzącemu trybowi życia, nawykom żywieniowym), niż chorobom. To właśnie styl życia jest aktualnie najważniejszym determinantem stanu zdrowia, pozostawiając w tyle pozostałe takie czynniki jak: uwarunkowania środowiskowe, genetyczne, czy opiekę zdrowotną³. Tymczasem systemy opieki zdrowotnej pochłaniają ok. 90% wszystkich nakładów na ochronę zdrowia. Nakłady na obszar zdrowia publicznego wynoszą tylko 1,5%, podczas gdy jego wpływ na redukcję umieralności sięga 40%⁴.

W związku z powyższym, kluczowa w obszarze zdrowia publicznego i generalnie, w obszarze zdrowia, wydaje się priorytetyzacja (również finansowa) profilaktyki nad medycyną interwencyjną. Istnieje ogólny konsensus, że przewlekłym chorobom cywilizacyjnym można w dużej mierze zapobiegać poprzez odpowiednio zaplanowaną i wdrożoną profilaktykę zdrowotną. Co więcej, koszty leczenia tych chorób są znacząco wyższe od wydatków koniecznych do prowadzenia skutecznej profilaktyki. Według danych WHO, działania zdrowia publicznego ukierunkowane na czynniki społeczne (np. zwiększanie aktywności fizycznej i poprawa diety), szczepienia ochronne, programy badań przesiewowych przynoszą zwrot kosztów w okresie do pięciu lat od wdrożenia⁵.

Należy również pamiętać, że poza systemem ochrony zdrowia, w tym także zdrowiem publicznym, również inne obszary aktywności państwa mają istotny wpływ na stan zdrowia społeczeństwa (np. ochrona środowiska, walka z zanieczyszczeniem powietrza, regulacje dotyczące produktów farmaceutycznych i żywności)⁶.

Niezależnie od tego, jak w szczegółach wygląda procentowy udział poszczególnych uwarunkowań zdrowia, medycyna nie jest główną siłą sprawczą zdrowia. Otwiera to szerokie pole do działalności profilaktycznej, promocji i edukacji zdrowotnej, a więc zdrowia publicznego.

³ NIK: Raport: system ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian. Warszawa 2018, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>

⁴ tamże

⁵ WHO, European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2012

⁶ NIK: Raport: system ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian. Warszawa 2018, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>

I. Aktualna sytuacja zdrowotna Polek i Polaków

W ostatnich dekadach, w krajach wysoko rozwiniętych zauważono znaczny wzrost oczekiwanej długości życia, co było następstwem m.in. poprawy warunków sanitarnych i działań profilaktycznych realizowanych na poziomie populacji, a więc działań zdrowia publicznego, a także działań z zakresu medycyny naprawczej.

Jednak według najnowszych analiz, po raz pierwszy od dekad zauważyć można zahamowanie, a nawet spadek oczekiwanej długości życia w większości krajów rozwiniętych⁷. Nie znamy przyczyn tego zjawiska, wymaga ono badań i musi być monitorowane. Odwrócenie korzystnej tendencji wydłużania życia obserwujemy również w Polsce. W 2017 r. mężczyźni żyli przeciętnie 74,0 lata, natomiast kobiety 81,8 lat⁸. Natomiast w roku 2019 przeciętna długość życia mężczyzn w Polsce wyniosła 73,8 roku, natomiast kobiet – 81,7 roku⁹. W 2020 roku przewidywana długość życia Polaków w trakcie pandemii uległa dalszemu spadkowi do 72,5 u mężczyzn i 80,8 lat w przypadku kobiet¹⁰. Przewidywana długość życia w Polsce jest znacznie niższa niż w krajach Europy Zachodniej i Północnej. Dla przykładu w przypadku mężczyzn, przewidywana długość życia jest w Polsce o prawie 8 lat krótsza niż w Szwecji. Ponadto na skutek ogromnej liczby zgonów z powodu COVID-19 średnia długość dalszego życia 60-latków zmalała o 13,8 miesięcy, a 65 latków o 13,3 miesiąca¹¹. Według raportu OECD z listopada 2021 roku sami Polacy swój stan zdrowia określają jako zły. Ze wskaźnikiem 12,8% pozostajemy w ogonie państw rozwiniętych¹².

Największym zagrożeniem życia Polaków są od lat choroby układu krążenia, odpowiedzialne w 2018 r. za 40,5% ogółu zgonów. Średni wskaźnik umieralności z przyczyn sercowo-naczyniowych dla obszaru całej Polski wynosił 431/100 tys.¹³, dla obszaru Unii Europejskiej w roku 2016 wynosił 359/100 tys¹⁴.

⁷ J.Y. Ho, A.S. Hendi, Recent trends in life expectancy across high income countries: retrospective observational study, „BMJ” 2018, 362: k2562, <https://doi.org/10.1136/bmj.k2562>

⁸ GUS, Trwanie życia w 2017 r., Warszawa 2018, s. 13.

⁹ Oczekiwana długość życia w Polsce spadła do poziomu sprzed 12 lat, <https://300gospodarka.pl/news/oczekiwana-dlugosc-zycia-w-polsce-spadla-do-poziomu-sprzed-12-lat>

¹⁰ <https://300gospodarka.pl/news/przez-pandemie-srednia-dlugosc-zycia-w-polsce-spadla-do-77-lat>

¹¹ <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-tablicy-sredniego-dalszego-trwania-zycia-kobiet-i-mezczyzn,285,9.html>

¹² Raport OECD Health at a glance listopad 2021

¹³ Zdrowie w województwach i powiatach, PIB, <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/atlas>

¹⁴ <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Nowotwory złośliwe stanowią drugą co do częstości przyczynę zgonów w Polsce (24,5% ogółu zgonów w 2018 r.)¹⁵. W 2018 r. z powodu chorób nowotworowych w UE zmarło 271/100 tys. mieszkańców, w Polsce wskaźnik ten wyniósł 288/100 tys. mieszkańców¹⁶. Należy spodziewać się, że obserwowane w naszym kraju od marca 2020 roku zasadnicze pogorszenie dostępu Polek i Polaków do lekarzy POZ, lekarzy innych specjalności, szpitali, diagnostyki obrazowej czy onkologicznych programów przesiewowych, będzie skutkowało znaczącym wzrostem wskaźnika umieralności z powodu chorób nowotworowych w latach kolejnych.

Od kilku lat w Polsce trzecia w kolejności przyczyna zgonów to choroby układu oddechowego. W latach 2017–2019 z powodu chorób układu oddechowego umierało rocznie 70,4 osób/100 tys. mieszkańców¹⁷. Ponadto istotny problem nadal stanowi wysoki wskaźnik umieralności z powodu udarów mózgu. W latach 2017–2019 w Polsce z tego powodu umierało rocznie 56,5/100 tys. mieszkańców¹⁸. Coraz większy problem stanowi zachorowalność i umieralność z powodu cukrzycy. W 2016 roku w UE z powodu cukrzycy i jej powikłań zmarło 22,4/100 tys. mieszkańców¹⁹. W latach 2017–2019 wskaźnik ten w Polsce wynosił 23,5/100 tys.

W ostatnich latach obserwuje się dramatyczne zwiększenie spożycia alkoholu (z 6,5 litra spirytusu na każdego dorosłego mieszkańca w 2002 r. do 11 litrów obecnie). W latach 2017–2019 współczynnik zgonów z powodów związanych ze spożyciem alkoholu w Polsce wynosił 30,7/100 tys. mieszkańców i był znacznie wyższy w grupie mężczyzn – 48/100 tys., niż kobiet – 14,4/100 tys. Odsetek osób palących papierosy utrzymuje się na stałym poziomie (21–24% wśród kobiet i 30–32% wśród mężczyzn), a odsetek palących elektroniczne papierosy znacząco wzrasta, zwłaszcza wśród osób młodych (w 2015 r. 35% nastolatków)²⁰.

Nadwaga i otyłość oraz ogólnie rzecz biorąc stan odżywienia społeczeństwa są ważnymi czynnikami ryzyka wielu chorób. W Polsce problem otyłości stopniowo narasta. W 1997 r. występowanie nadwagi stwierdzono u 38%

¹⁵ Zdrowie w województwach i powiatach, PIB, <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/atlas>

¹⁶ <https://www.statista.com/statistics/1221284/cancer-mortality-rate-in-europe-by-country/>

¹⁷ Zdrowie w województwach i powiatach, PIB, <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/atlas>

¹⁸ Zdrowie w województwach i powiatach, PIB, <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/atlas>

¹⁹ <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

²⁰ <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

mężczyzn i 30% kobiet, natomiast otyłość u 16% mężczyzn i 19% kobiet²¹. Według Narodowego Testu Zdrowia Polaków w roku 2020 problem nadmiernej masy ciała dotyczył 74% mężczyzn i 50% kobiet, nadwagę miało 46% mężczyzn i 29% kobiet, a otyłość 28% mężczyzn i 21% kobiet²². Polacy ciągle najczęściej wybierają posiłki mięsne, często w postaci fast-foodów²³. Spożycie warzyw i owoców jest na niezadowalająco niskim poziomie. Codziennie warzywa jada zaledwie 34 % Polaków, a owoce tylko 37 % Polaków. Zarówno spożycie warzyw, jak i owoców rośnie wraz z wiekiem i poziomem wykształcenia. Jest też wyższe w populacji kobiet niż mężczyzn. Napoje słodzone pije 22 % kobiet i 41% mężczyzn²⁴.

Bardzo ważnym zagadnieniem jest również nadmierne i niekontrolowane spożywanie suplementów diety przez Polaków. W roku 2021 wzrosło ono w stosunku do roku 2020 aż o 7 punktów procentowych. Ich codzienne spożywanie deklaruje już co czwarty Polak (25%). Wśród suplementów Polacy najczęściej przyjmują preparaty wielowitaminowe²⁵.

Według opublikowanego w tym roku dokumentu „Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia publicznego – Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk”, niedostateczny poziom regularnej aktywności fizycznej stwierdzany jest u większości Polaków²⁶. Według badań Eurostat z 2017 r. w Polsce rekomendacje co do ruchu o umiarkowanej intensywności (≥ 30 min/dobę przez 5 dni w tygodniu) przestrzega 18% mieszkańców w wieku 15 i więcej lat, umiejscawiając Polskę razem z Grecją na 24 miejscu w UE. Gorsze wskaźniki stwierdzono jedynie w Bułgarii i Rumunii. Zmiana nawyków Polaków w tym zakresie wydaje się zatem kluczowym zadaniem.

²¹Zdrojewski T, Babińska Z, Bandosz P et al.: Związek nadwagi i otyłości z podwyższonymi wartościami ciśnienia tętniczego w badaniach reprezentatywnych grup dorosłych Polaków w 1997 i 2002 roku (NATPOL II, NATPOL III). *Med Metabol* 2002; 6 (Suppl 4): 32

²² <https://www.nn.pl/dam/zasoby/raporty/Narodowy-Test-Zdrowia-Polakow-2020-raport.pdf>

²³ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. Red. B. Wojtyniak i P. Goryński. NIZP-PZH Warszawa 2020

²⁴ <https://www.mp.pl/pacjent/dieta/aktualnosci/207818,europejczycy-jedza-zbyt-malo-owocow-i-warzyw>

²⁵ Narodowy test zdrowia Polaków. Raport 2021; Medoned

²⁶ Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia publicznego – Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk. Red. W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski. NIZP-PZH Warszawa 2021

2. Brak odpowiedniej profilaktyki

W sezonie 2020/2021 przeciw grypie zaszczepiło się 11% badanych Polaków. Przeciw grypie nigdy nie szczepiło się ani nie miało takiego zamiaru aż 77% badanych. Spośród osób, które przeciwko grypie się zaszczepiły, ponad połowę stanowiły osoby, które szczepią się na grypę każdego roku²⁷.

Pomimo intensywnych akcji edukacyjnych i ewidentnych dowodów naukowych, liczba zaszczepionych przeciw COVID-19 utrzymuje się na zatrważająco niskim poziomie. Do października 2021 r. zaszczepionych było jedynie 52% Polaków²⁸. Aż 32% Polaków w wieku od 18 do 65 lat przyznaje, że nie zamierza się zaszczepić przeciw COVID-19²⁹. Wśród przyczyn odmowy szczepienia dominują obawy dotyczące bezpieczeństwa szczepionki czy powikłań poszczepiennych.

W 2014 r. pomiaru ciśnienia tętniczego krwi w ramach programów przesiewowych dokonało 63% mieszkańców Polski (UE 67%), poziom cholesterolu we krwi sprawdziło 47% mieszkańców Polski (UE - 50%), natomiast poziom glukozy we krwi skontrolowało 49% Polaków (UE - 51%)³⁰. Wymienione elementy badania wchodzi w zakres bezpłatnego projektu rządowego „Profilaktyka 40 plus”, którego realizację zaplanowano na okres od 1 lipca 2021 roku do 31 grudnia 2021 roku. Na 17 mln uprawnionych osób, do dnia 22 października z programu skorzystały 74 tysiące osób, a kolejnych 63 tysiące ma umówione miejsce i termin badania. Gdyby w ciągu ostatnich dwóch miesięcy realizacji programu tempo wykonywania badań pozostało podobne do dotychczasowego, jest prawdopodobne, że ostatecznie do projektu przystąpi co najwyżej 2% uprawnionych³¹. W 2014 roku odsetek populacji osób w wieku 45-64 lata, które nigdy nie wykonały kolonoskopii, w Polsce stanowił 88% (UE - 76%)³². Powyższe dane wyraźnie wskazują na istotną potrzebę działań w tym zakresie zarówno w obszarze opieki zdrowotnej jak i tworzenia odpowiednich programów zdrowia publicznego przez państwo.

²⁷ Narodowy test zdrowia Polaków. Raport 2021; Medoned

²⁸ <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=POL>

²⁹ <https://zdrowie.gazeta.pl/Zdrowie/7,101580,27779769,profilaktyka-40-plus-proste-pytania-przerosly-ministerstwo.html>

³⁰ <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/atlas>

³¹ <https://zdrowie.gazeta.pl/Zdrowie/7,101580,27779769,profilaktyka-40-plus-proste-pytania-przerosly-ministerstwo.htm>

³² <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/atlas>

3. Nierówności w zdrowiu

Długość życia jest silnie zróżnicowana przez czynniki społeczne – w roku 2017 mężczyźni w wieku 30 lat z wykształceniem wyższym mogli oczekiwać, że będą żyli o 7,4 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem średnim (włączając do tej grupy zasadnicze zawodowe), i aż o 11 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem gimnazjalnym i niższym.

W związku z powyższym zasadne wydaje się profilowanie bilansów zdrowia z uwzględnieniem grup podwyższonego ryzyka połączonych z opieką w grupach dyspanseryjnych oraz wprowadzenie dodatków korygujących dla jednostek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) z najwyższym odsetkiem pacjentów z niskim statusem społeczno – ekonomicznym.

Jednym z najważniejszych skutków wszelkiego rodzaju nierówności w zdrowiu są zgony możliwe do uniknięcia³³. Do analizy zgonów możliwych do uniknięcia wykorzystuje się listę przyczyn zgonów przyjętą dla analiz umieralności zaproponowaną przez Newey i wsp³⁴. Zgodnie z przyjętą specyfikacją, na liście znalazło się 37 przyczyn zgonu objętych klasyfikacją ICD10 (w oznaczeniu trzycyfrowym). Analizowane przyczyny zgonów są podzielone na następujące grupy:

- 1 – zgony możliwe do uniknięcia poprzez leczenie i zastosowanie interwencji medycznej (treatable diseases),
- 2 – zgony możliwe do uniknięcia poprzez zastosowanie profilaktyki (preventable diseases),
- 3 – zgony spowodowane niedokrwioną chorobą serca (IHD),
- 4 – pozostałe zgony³⁵.

W 2016 r. wskaźnik zgonów możliwych do uniknięcia w Polsce wynosił 348/100 tys. mieszkańców (UE – 254)³⁶. Wskaźnik ten wyjątkowo podkreśla

³³ Jako zgony możliwe do uniknięcia traktujemy wszystkie zgony przedwczesne z dowolnej przyczyny, których można by było uniknąć przy zastosowaniu odpowiedniego leczenia, lub którym można by było zapobiec poprzez działania profilaktyczne.

³⁴ Newey C., Nolte E., McKee M., Mossialos E., 2004, Avoidable Mortality in the Enlarged European Union, Institut des Sciences de la Santé, Paris

³⁵ Global Views On Healthcare –2018; IPSOS GLOBAL ADVISOR

³⁶

<https://journals.pan.pl/publication/110717/edition/96018/studia-demograficzne-2012-no-1-161-zgony-mozliwe-do-unikniecia-opis-koncepcji-oraz-wyniki-analzy-dla-polski-avoidable-mortality-the-concept-and-empirical-study-for-poland-wroblewska-wiktoria>

występujące nierówności w zdrowiu i stanowi wyzwanie dla zdrowia publicznego w Polsce, wyzwanie, wobec którego nie można przejść obojętnie.

Jednym z podstawowych zadań instytucji zdrowia publicznego jest upowszechnianie wiedzy naukowej w celu promowania zdrowia, zapobiegania chorobom i urazom, przeciwdziałaniu dezinformacji medycznej/zdrowotnej w środkach masowego przekazu. Podejmowane działania muszą, w pierwszym rzędzie, powodować zmniejszenie nierówności w zdrowiu. Wysoko rozwinięty, demokratyczny kraj nie może akceptować poziomu nierówności obserwowanych w Polsce. Nierówności te dotyczą także dostępu do działań z zakresu zdrowia publicznego, które często są inicjatywami lokalnymi, a nie programami ogólnopolskimi. Wyrównywanie nierówności daje szansę na szybkie i długotrwałe wydłużenie oczekiwanej długości życia w Polsce.

Naszym głównym celem jest obniżenie wskaźnika zgonów możliwych do uniknięcia do roku 2050 co najmniej o połowę. Cel ten zamierzamy osiągnąć poprzez stworzenie sprawnie działającego systemu dla zdrowia publicznego.

4. Zdrowie publiczne w Polsce

Zadania i plany rządu RP w kwestii obszaru zdrowia publicznego zawarte są w Ustawie o zdrowiu publicznym z dnia 11 września 2015, zmodyfikowanej w październiku 2021, a także w przygotowywanych cyklicznie od 1990 roku Narodowych Programach Zdrowia (NPZ). Celami strategicznym NPZ na lata 2016–2020 było wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu³⁷. Powyższych celów nie udało się zrealizować, co wykazał odpowiedni raport NIK³⁸. Jak już wcześniej wspomniano, w 2018 r. oczekiwane trwanie życia było krótsze niż w 2016 r. o około 0,1 roku w przypadku mężczyzn i o blisko 0,3 roku dla kobiet, co zdarzyło się w Polsce po raz pierwszy od mniej więcej pół wieku³⁹. Pod względem oczekiwanej długości życia, w 2020 roku cofnęliśmy się do poziomu z roku 2008.

³⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020

³⁸ <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/19/060>

³⁹ GUS, Trwanie życia w 2017 r., Warszawa 2018, s. 13.

Obecny Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025 postawił następujące cele operacyjne⁴⁰:

1. Profilaktykę nadwagi i otyłości;
2. Profilaktykę uzależnień;
3. Promocję zdrowia psychicznego;
4. Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;
5. Zdrowe i aktywne starzenie się.

Są to faktycznie kluczowe zagadnienia w obszarze zdrowia publicznego, jednak powyższe zapisy trudno nazwać celami do osiągnięcia, gdyż nie zostały one konkretnie doprecyzowane, w większości nie są mierzalne, nie można więc ich osiągnąć, a co za tym idzie, rozliczyć. Zadania opisane w NPZ są zadaniami fakultatywnymi, nie obejmują całej populacji, a tym samym nakłady finansowe nie przyniosą wymiernych rezultatów. W obecnej wersji NPZ stanowi bardziej swoisty „koncert życzeń” niż dokument programowy. Na świecie, w niemal 100 państwach, drogowskazem dla rozwoju krajowych systemów zdrowia publicznego, są listy podstawowych funkcji zdrowia publicznego, stworzone pod kątem potrzeb i możliwości organizacyjnych⁴¹. W Polsce takiej listy funkcji dotychczas nie stworzono. Jest to zatem jednym z naszych celów programowych.

Polska jest sygnatariuszem rezolucji WHO dotyczącej przyjęcia Niezbędnych Działań w Zakresie Zdrowia Publicznego określonych przez WHO dla Regionu Europejskiego (Essential Public Health Operations, EPHOs)⁴². Przyjęto, że EPHOs obejmują 10 obszarów z których połowa stanowi trzon aktywności, a reszta dotyczy funkcji umożliwiających i wspierających działania.

5. Niezbędne działania w zakresie zdrowia publicznego określone przez WHO:

EPHO 1: Nadzór nad zdrowiem i dobrostanem populacji.

EPHO 2: Monitorowanie zagrożeń dla zdrowia i sytuacji kryzysowych oraz reagowanie na nie.

⁴⁰<https://www.gov.pl/web/premier/rozporzadzenie-w-sprawie-narodowego-programu-zdrowia-na-lata-2021-2025>

⁴¹ Cianciara D: Zdrowie publiczne w Polsce– problemy i wyzwania. Studia BASNr4(56) 2018, s.77–102

⁴² WHO, European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2012

EPHO 3: Ochrona zdrowia w tym tzw. zdrowie środowiskowe, pracujących, bezpieczeństwo żywności.

EPHO 4: Promocja zdrowia, w tym działania dotyczące społecznych uwarunkowań zdrowia oraz nierówności w zdrowiu.

EPHO 5: Zapobieganie chorobom, w tym wczesne ich wykrywanie.

EPHO:6 Zapewnienie zarządzania (gospodarowania) zdrowiem.

EPHO:7 Zapewnienie kompetentnej kadry.

EPHO:8 Zapewnienie trwałych struktur organizacyjnych i finansowania.

EPHO:9 Komunikacja, rzecznictwo zdrowotne i mobilizacja społeczna na rzecz zdrowia

EPHO:10 Rozwój badań w dziedzinie zdrowia publicznego.

Analizy przeprowadzone pod auspicjami Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny wykazały, że w naszym kraju jedynie funkcje 1, 3 oraz 6 uzyskały satysfakcjonującą ocenę, ale żadna z nich nie uzyskała oceny maksymalnej⁴³.

Dowodem na aktywność instytucji zdrowia publicznego w Polsce (z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego na czele) w obszarze pierwszej funkcji, tzn. monitorowania sytuacji zdrowotnej i oceny trendów zdrowotnych w Kraju, jest opublikowany w zeszłym roku dokument: „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020”⁴⁴.

Pozostałe cele, jakie stawia WHO przed krajowymi organizacjami zajmującymi się zdrowiem publicznym są w Polsce realizowane w sposób niewystarczający. Chodzi o dokumentowanie wpływu interwencji prozdrowotnych na sytuację zdrowotną ludności oraz śledzenie postępów w realizacji określonych celów. W określaniu stopnia wpływu poszczególnych interwencji na sytuację zdrowotną populacji, organizacje zdrowia publicznego w Polsce powołują się na badania zagraniczne, ekstrapolując je jedynie na populację polską.

Ponadto Polska ratyfikowała Ramową Konwencję o Ograniczeniu Użycia Tytoniu (FCTC), a także Globalną Strategię Redukującą Szkodliwe Spożycie

⁴³Cianciara D: Zdrowie publiczne w Polsce– problemy i wyzwania. Studia BASNr4(56) 2018, s.77–102

⁴⁴ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. Red. B. Wojtyniak i P. Goryński. NIZP-PZH Warszawa 2020

Alkoholu. Pomimo zawarcia długotrwałych sojuszy na rzecz zmniejszenia szkód wywoływanych tymi używkami, nie wszystkie zapisy tych międzynarodowych traktatów dotyczących zdrowia publicznego zostały zaimplementowane do polityki krajowej.

Instytucje zdrowia publicznego powinny pełnić także funkcję systemu wczesnego ostrzegania o zbliżających się sytuacjach kryzysowych dotyczących zdrowia publicznego (przykładem porażki rządzących może być lato 2020, lato i jesień 2021 gdy strona rządowa praktycznie zaniechała przygotowania państwa na kolejne fale zachorowań na COVID-19 oraz koniec 2020 roku, gdy wspierała się danymi z baz wirusowych opracowywanych przez 19-letniego hobbystę z Łodzi).

Jak przedstawiono we wstępie, nakłady finansowe na działania profilaktyczne są dramatycznie niskie, plasując Polskę w ogonie państw OECD. Prowadzi to do niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej, przedstawionej powyżej, ale również do znaczących „nierówności w zdrowiu” pomiędzy regionami, płciami czy grupami społecznymi, co przedstawiono w kolejnym rozdziale. Zadania z zakresu zdrowia publicznego są bowiem w znacznej mierze prowadzone przez samorządy, których zaangażowanie w ten obszar aktywności jest bardzo zróżnicowane, z uwagi na niewystarczający zasób środków własnych.

Samorządowe programy polityki zdrowotnej, ze względu na ograniczony zakres, nie przyczyniły się dotychczas w istotny sposób do poprawy zdrowia i jakości życia Polaków. Obok niewielkich nakładów finansowych przeznaczanych na ten cel, skuteczność działań obniżają także uwarunkowania prawne i organizacyjne. Brakuje koordynacji zadań w ramach proponowanych programów. Brakuje m.in. precyzyjnych wskazówek dotyczących opracowywania, wdrażania i monitorowania programów. W obecnej formie programy utrwalają nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych, bowiem ich przeprowadzanie zależy wyłącznie od zasobności poszczególnych samorządów. Według prof. D. Cianciary z NIZP-PZH⁴⁵, do planowania programów zdrowia publicznego przydatny jest tzw. model logiczny, w którym umieszcza się kolejno: nakłady, działania, produkty, oraz efekty krótko-, średnio- oraz długoterminowe. Choć model logiczny jest szeroko wykorzystywany w praktyce zdrowia publicznego na świecie, w Polsce praktycznie nie jest stosowany, ponieważ nie ma takiego obowiązku zapisanego

⁴⁵ Cianciara D: Zdrowie publiczne w Polsce– problemy i wyzwania. Studia BASNr4(56) 2018, s.77–102, Cianciara D. i in., Diagnoza istniejącej organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce – rzeczywisty sposób działania systemu. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2017

prawnie. Skutkuje to niską jakością projektów programów zdrowotnych kierowanych do AOTMiT celem ich zaopiniowania⁴⁶.

Opracowywanie, realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej należy do zadań własnych gmin, powiatów i województw. Mimo to niewiele samorządów decyduje się na wydatkowanie środków finansowych na programy polityki zdrowotnej. Powodem jest brak funduszy na ten cel oraz brak wykwalifikowanych kadr zatrudnionych w jednostkach samorządu terytorialnego. Udział wydatków poniesionych przez samorzady na programy polityki zdrowotnej jest znikomy. W 2015 r. wyniósł tylko 0,04 procent ogółu wydatków samorządów⁴⁷.

Potrzebę większego zaangażowania samorządów w programy prozdrowotne przedstawiono w liście otwartym Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego kierowanym do środowisk samorządowych – przedstawicieli gmin, miast i powiatów w Polsce, w którym zwrócono uwagę na potrzebę tworzenia w strukturach jednostek samorządu terytorialnego wydziałów lub referatów zdrowia publicznego i podejmowania szerokich działań na rzecz budowania lokalnych struktur odpowiedzialnych za bezpieczeństwo zdrowotne i epidemiologiczne mieszkańców⁴⁸. Samorzady lokalne w zdecydowanej większości, nie mają żadnych narzędzi do tego, aby działać na rzecz zdrowia publicznego i bezpieczeństwa epidemiologicznego mieszkańców, a istniejące sporadycznie na poziomie powiatów lub dużych miast wydziały zdrowia zajmują się w głównej mierze administrowaniem podległymi szpitalami, zbyt mało uwagi poświęcając problemom zdrowia publicznego. Działania związane z ochroną zdrowia stanowią zadanie własne gmin jak i powiatów, tym samym powoływanie w strukturach samorządów lokalnych komórek odpowiedzialnych za działania na rzecz profilaktyki zdrowotnej, promocji zdrowia, tworzenia planów bezpieczeństwa epidemiologicznego i działań kryzysowych związanych z zagrożeniem zdrowotnym jest w naszej ocenie zasadne i konieczne. Kolejny spadek dochodów samorządów powiązany z wprowadzeniem Polskiego Ładu ograniczy możliwości finansowania programów zdrowia publicznego.

⁴⁶ Rdzany R: Krytyczna analiza lokalnych programów z zakresu profilaktyki chorób przewlekłych oraz promocji zdrowia, przewidzianych do realizacji na szczeblu powiatów i gmin, zgłoszonych do Agencji Oceny Technologii Medycznych, Warszawa, 2015

⁴⁷ NIK: Raport: system ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian. Warszawa 2018 (<https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>)

⁴⁸ List otwarty do polskich samorządowców (<https://www.ptzp.org/pl/list-otwarty-do-polskich-samorzadowcow>)

6.Zdrowie publiczne wymaga długofalowego działania profesjonalistów wytyczających strategie, kierunki i zadania we współpracy z jednostkami samorządów terytorialnych, organizacjami pozarządowymi, podmiotami leczniczymi i placówkami edukacyjnymi.

Proponujemy:

- Określenie źródeł finansowania zdrowia publicznego. Głównym źródłem finansowania zdrowia publicznego powinien być budżet państwa tworzony z podatków ogólnych. Kolejno uwzględnione muszą być środki budżetów regionalnych i lokalnych, które są zasilane albo bezpośrednio z podatków, albo z transferów od władz centralnych. Docelowo 0,5% PKB powinno być przeznaczony na finansowanie programów zdrowia publicznego, podobnie jak w krajach (np Kanada, Finlandia), gdzie zdrowie publiczne traktuje się priorytetowo jako dobro wspólne wszystkich obywateli⁴⁹. Podobnie około 1,5% budżetu NFZ powinno być przeznaczony na obsługę programów profilaktyki i prewencji. Powinien również powstać planowany w przeszłości Fundusz Zdrowia Publicznego zasilany bezpośrednio z podatków, w tym podatków znaczonych (alkohol, „małpki”, papierosy, cukier, akcyza od gier hazardowych). W Polsce w przeliczeniu na osobę wskaźniki wydatków na zdrowie publiczne są jednymi z najniższych w OECD⁵⁰.
- Powołanie Pełnomocnika Rządu do spraw zdrowia publicznego. Będzie on odpowiedzialny za koordynację zadań w tym zakresie na szczeblu krajowym. Lokalnie organizatorem zadań w zakresie zdrowia publicznego powinien być gospodarz na szczeblu województwa. Będzie on współpracował z Pełnomocnikiem Rządu oraz Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego PZH- Państwowym Instytutem Badawczym (NIZP PZH PIB), który wskażywał będzie nierówności w zdrowiu. NIZP PZH PIB prowadzi będzie czynną współpracę z placówkami naukowo-badawczymi w regionach w celu ustalenia przyczyn nierówności w zdrowiu i ich rozwiązania. NIZP PZH PIB zostanie dofinansowany pulą środków finansowych, które nie będą mogły zostać wydatkowane na cele inne niż na badania związane z wyrównywaniem nierówności w zdrowiu i zdrowiem publicznym.

⁴⁹ OECD Health Statistics 2015, OECD Stat, <http://stats.oecd.org>

⁵⁰ Tamże

- Realizacja programów z zakresu zdrowia publicznego należy do zadań jednostek samorządu terytorialnego i stała się zadaniem obligatoryjnym, rozliczanym w sprawozdaniach z realizacji NPZ. Samorządy o niskich dochodach powinny otrzymać wsparcie finansowe na zadania z zakresu zdrowia publicznego. Wysokość środków zabezpieczonych w budżecie jednostek samorządu terytorialnego (JST) określona zostanie w ustawie o zdrowiu publicznym i zależeć będzie od występujących na obszarze samorządu nierówności w zdrowiu i potrzeb w zakresie zdrowia publicznego.
- Zaangażowanie 100% JST do realizacji programów polityki zdrowotnej w okresie 5 lat. Programy polityki zdrowotnej będą wdrażane po uzyskaniu pozytywnej opinii AOTMiT i będą obejmowały zagadnienia związane z wyrównywaniem nierówności w zdrowiu ustalonych przez NIZP PZH PIB. Programy polityki zdrowotnej muszą być opracowywane według obowiązujących kryteriów, a ich efekty muszą być mierzalne i rozliczalne.
- Korekta ustawy o zdrowiu publicznym uszczegóławiająca zarówno kwestie finansowe jak i organizacyjne związane z tym sektorem systemu ochrony zdrowia. Ustawa o zdrowiu publicznym wzmocni rolę specjalistów zdrowia publicznego, ureguluje kwestie zatrudniania absolwentów zdrowia publicznego oraz zdefiniuje wykaz stanowisk, na których mogliby być zatrudniani. Przykłady szczegółowych rozwiązań w tym zakresie przedstawiamy na przykład w dokumencie dotyczących zadań z zakresu zdrowia publicznego w POZ.
- Zwiększenie liczby zatrudnionych specjalistów zdrowia publicznego współpracujących z JST do wskaźnika - 1 specjalista zdrowia publicznego / 50 tys. mieszkańców. Ustalone zostanie miejsce zatrudnienia specjalisty zdrowia publicznego współpracującego z JST. W chwili obecnej dopuszczamy możliwość zatrudnienia specjalistów zdrowia publicznego w samym JST, w tożsamej jednostce inspekcji sanitarnej lub w jednostce zarządzającej systemem ochrony zdrowia na poziomie województwa / powiatu.

7. Realizacja zadań zdrowia publicznego przez POZ

Zgodnie z ustawą z 2017 roku o POZ⁵¹, podstawowa opieka zdrowotna ma na celu, między innymi:

- ocenę potrzeb i ustalenie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką oraz wdrażanie działań profilaktycznych;
- rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego;
- zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa;
- zapewnienie edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej.

Z wymienionych przepisów prawnych wynika, że właściwie wszystkie wskazane w ustawie podstawowe elementy obszaru zdrowia publicznego należą do zadań podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Uważamy, że w kwestii realizowania podstawowych zadań zdrowia publicznego problemem nie jest konieczność napisania nowych przepisów, a jedynie umożliwienie realizacji tych już istniejących.

W związku z powyższym proponujemy:

- poszerzenie zespołu POZ o dietetyka, fizjoterapeutę, psychologa oraz specjalistę zdrowia publicznego;
- ścisłą współpracę specjalistów zdrowia publicznego zatrudnionych w POZ ze specjalistami zdrowia publicznego zatrudnionymi w JST w zakresie opracowywania i realizacji programów polityki zdrowotnej;
- nawiązanie współpracy POZ z jednostkami medycyny pracy w celu włączenia profilaktyki zdrowotnej do zakresu chorób zawodowych. Regularne badania u lekarza medycyny pracy są obowiązkowe dla każdego pracownika, natomiast wizyty u lekarza POZ są dobrowolne i nie każdy z nich korzysta. Dlatego współpraca lekarza POZ z lekarzem medycyny pracy powinna ułatwić zrealizowanie zasady kompleksowej opieki profilaktycznej i leczniczej. W tym celu proponujemy wprowadzenie odpowiedniej dokumentacji w formie

⁵¹ USTAWA z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej

bliskiej karcie bilansowej (forma elektroniczna dostępna w Internetowym Koncie Pacjenta – IKP). Warunkiem niezbędnym przed konsultacją u lekarza medycyny pracy powinna być wcześniejsza wizyta u swojego lekarza POZ, który wystawi kartę konsultacyjną, z którą następnie osoba zainteresowana uda się do lekarza medycyny pracy. Wnioski konsultacyjne z zaleceniami lekarza medycyny pracy staną się dostępne lekarzowi odpowiedzialnemu POZ w formie elektronicznej na IKP.

- premiowanie POZ za realizację działań profilaktycznych, edukacyjnych. Na tym etapie, proponujemy opracowanie i wdrożenie:
 - programu aktywności fizycznej np. „Ruch na receptę” realizowanego ze wsparciem finansowym i organizacyjnym JST, w którym lekarz POZ wspólnie z fizjoterapeutą, wydają zalecenia do udziału w programie i określają wskazania i przeciwwskazania do konkretnych aktywności ruchowych;
 - programu identyfikującego zespół kruchości u seniorów. Konsekwencją jego realizacji będzie organizacja programu zdrowotnego dla seniorów „Zapobieganie upadkom”;
 - programu bilansów zdrowia dla pacjentów po przechorowaniu COVID-19, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów neurologicznego, pulmonologicznego, kardiologicznego i psychologiczno–psychiatrycznego. Konsekwencją jego realizacji będzie organizacja programu zdrowotnego „Opieka i rehabilitacja pokowidowa holistycznie”;
 - programu bilansów zdrowia osób dorosłych z przemyślanym zakresem diagnostyki i ukierunkowanym na możliwie najwyższe zdrowotne korzyści. Przykładem może być program monitorowania sytuacji zdrowotnej osób w wieku:
 - 40 lat – program profilaktyki chorób cywilizacyjnych (zaburzenia gospodarki lipidowej, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia tolerancji glukozy, ocena stanu psychicznego, inne);
 - 50 lat – program profilaktyki onkologicznej powiązany z istniejącymi badaniami przesiewowymi (mammografia, cytologia, kolonoskopia), oraz USG jamy brzusznej;

- 60 lat – program „Zdrowie Seniorów” (na wzór bilansu zdrowia dzieci i młodzieży), z zadaniem poszukiwania znamion wielochorobowości i szkodliwej polipragmazji, oraz z wczesną diagnostyką otępienia i całościową oceną geriatryczną (COG).

Plan każdego programu profilaktycznego powinien uwzględniać ocenę stosunku pacjenta do zaleceń wydanych przez pracowników ochrony zdrowia. Nowoczesny program profilaktyczny powinien wprowadzać obowiązek wykonania zaleceń przez pacjenta i również obowiązek monitorowania w jaki sposób zostały one wykonane. Należy też wziąć pod uwagę, że żaden program profilaktyczny nie powiedzie się, jeżeli nie będzie go poprzedzać, a potem mu towarzyszyć szeroka kampania informacyjna dotycząca celu profilaktyki i roli jaką odgrywa w niej sam pacjent.

8. Edukacja zdrowotna „ku zdrowiu”

Edukację zdrowotną definiuje się jako zasadę, zgodnie z którą jednostki i grupy ludzi uczą się zachowywać w sposób sprzyjający promocji, utrzymaniu lub przywracaniu zdrowia. Edukacja zdrowotna jest jedną ze strategii wdrażania programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Pomaga wcześnie zapobiegać chorobom, które skracają życie lub obniżają jego jakość. Edukacja zdrowotna to proces dydaktyczno-wychowawczy, w którym jednostki uczą się jak żyć, aby zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu, a w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, i zmniejszać jej negatywne skutki. Poprzez edukację zdrowotną możemy wpłynąć na poprawę sytuacji zdrowotnej społeczeństwa a więc budujemy kapitał ludzki będący istotnym czynnikiem wzrostu gospodarczego i rozwoju społeczeństwa dobrobytu.

9. Edukację zdrowotną rozpatrywać należy na dwóch poziomach – edukacji przedszkolnej/szkolnej oraz pozaszkolnej.

Edukacja przedszkolna/szkolna:

Edukacja zdrowotna powinna zacząć się na najwcześniejszym etapie kształcenia – przedszkole/żłobek i być kontynuowana przez cały okres kształcenia.

Kształtowanie u dzieci i młodzieży umiejętności, nawyków i postaw zdrowotnych oraz odpowiedzialności za zdrowie swoje i innych musi być podstawowym obowiązkiem szkoły. Zadaniem nauczycieli i wychowawców jest edukacja w zakresie zdrowia fizycznego, psychicznego oraz społecznego. Edukacja zdrowotna jest niezwykle ważnym zadaniem placówek edukacyjnych ponieważ zdrowie jest istotnym warunkiem umożliwiającym realizację życiowych celów, planów i marzeń człowieka. Zdrowie warunkuje możliwość prawidłowego rozwoju fizycznego, emocjonalnego i intelektualnego.

Znaczenie edukacji zdrowotnej prowadzonej w trakcie szkolnych zajęć dydaktycznych zostało dostrzeżone w podstawie programowej dla szkół podstawowych. We wstępie do podstawy programowej stwierdzono, że „edukacja zdrowotna odgrywa ważną rolę w kształceniu i wychowaniu uczniów w szkole podstawowej. Zadaniem szkoły ma być kształtowanie postaw prozdrowotnych uczniów, w tym nauczenie ich zachowań higienicznych, bezpiecznych dla zdrowia własnego i innych osób, a ponadto ugruntowanie wiedzy z zakresu prawidłowego odżywiania się, korzyści płynących z aktywności fizycznej, oraz stosowania profilaktyki.”⁵². Treści zawarte w programach nauczania powinny przekazywać wiedzę na temat zachowań prozdrowotnych oraz proekologicznych i wyposażać młodych ludzi w umiejętność wykorzystania tej wiedzy w praktyce. Wprowadzając edukację zdrowotną od najmłodszych lat kształtujemy nawyki które pozostają na całe życie. Jest to szczególnie ważne w przypadku dzieci ze środowisk defaworyzowanych społecznie. Zatem edukacja zdrowotna jest niezbędna dla wyrównywania różnic pomiędzy dziećmi z różnych środowisk. Osoby pozbawione edukacji zdrowotnej mają bowiem niską świadomość zdrowotną i nieumiejętność kwalifikowania określonych zachowań jako szkodzące zdrowiu. Gorzej oceniają swoją wiedzę na temat tego, jak dbać o zdrowie, a jednocześnie rzadziej chcą ją doskonalić.

Kształtowanie nawyków sprzyjających zachowaniu i umacnianiu zdrowia już we wczesnym dzieciństwie pozwala na ich utrwalanie. Kreowanie pozytywnych wzorców, wsparcie i nadzór w zakresie samodzielnego podejmowania wyborów zdrowotnych, kształtowanie umiejętności troski o swoje ciało i umiejętności psychospołecznych w dzieciństwie przynosi trwałe rezultaty dające początek przyzwyczajeniom i nawykom kształtującym właściwą postawę wobec zdrowia w dorosłym życiu.

⁵² Podstawa programowa kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, klasa IV-VIII

Cele i treści nauczania powinny być wdrażane już na najwcześniejszych etapach edukacji i być dostosowane do potrzeb oraz rozwoju fizycznego psychospołecznego dziecka.

10. Proponowane bloki tematyczne:

Higiena osobista i otoczenia, dbałość o środowisko, bezpieczeństwo i pierwsza pomoc, ruch w życiu człowieka, zdrowe żywienie, zdrowie psychospołeczne, profilaktyka uzależnień, zdrowie prokreacyjne, uwrażliwianie na potrzeby innych (chorych, niepełnosprawnych) oraz udzielanie im pomocy, kształtowanie umiejętności rozwiązywania własnych problemów zdrowotnych i innych, wyrabianie postawy odpowiedzialności za swoje zdrowie wraz z umiejętnością przewidywania skutków własnych dla zdrowia swego i innych ludzi.

11. Metody nauczania:

Wykłady i seminaria, warsztaty, metody audiowizualne, spotkania i pogadanki z osobami spoza szkoły, spacer, wycieczki, inscenizacje, konkursy, gry, zabawy.

Edukacja zdrowotna nie musi być odrębnym przedmiotem nauczania lecz może być realizowana przez wszystkich nauczycieli a także innych pracowników szkoły wspólnie z rodzicami co wymaga koordynacji na poziomie szkoły. W programie nauczania powinny być wyznaczone godziny przeznaczone na edukację zdrowotną. Edukacja zdrowotna powinna być realizowana już w przedszkolach a potem w szkołach w ramach przedmiotów takich jak przyroda, biologia, j. polski, wychowanie fizyczne, technika, informatyka, wychowanie do życia w rodzinie jak również podczas zajęć pozalekcyjnych i warsztatów oraz zajęć z pielęgniarką szkolną, psychologiem, zaproszonym lekarzem, dietetykiem, stomatologiem czy specjalistą zdrowia publicznego. Również Najwyższa Izba Kontroli postuluje wprowadzenie do programu nauczania w szkołach podstawowych oraz średnich wydzielonego przedmiotu – „Edukacja zdrowotna”, w trakcie którego przekazywano by wiedzę na temat rozwoju, zdrowia i zachowań prozdrowotnych w zakresie dostosowanym do wieku dzieci i młodzieży. Równie

ważnym zadaniem tak prowadzonej edukacji zdrowotnej powinno być wyrobienie u dzieci i młodzieży odpowiednich nawyków zdrowotnych na przyszłość⁵³.

Edukacja zdrowotna w polskich szkołach i przedszkolach jest promowana i wdrażana także poprzez udział w programie „Przedszkole i Szkoła Promujące Zdrowie” Ośrodka Rozwoju Edukacji, we współpracy z Europejską Siecią Szkół dla Zdrowia w Europie (Schools for Health in Europe) i Ministerstwem Edukacji⁵⁴. Przedszkola i szkoły powinny promować zdrowie poprzez stworzenie warunków (fizycznych i społecznych) sprzyjających ochronie i pomnażaniu zdrowia oraz umożliwiających aktywne uczestnictwo społeczności szkolnej w działaniach na rzecz zdrowia. Placówki biorące udział w Programie powinny kłaść nacisk na aktywne uczestnictwo uczniów, postrzeganie przez nich edukacji zdrowotnej jako problematyki ważnej i interesującej, proponowanie przez uczniów tematów istotnych dla nich, stosowanie metod aktywizujących i obowiązkowe przeprowadzenie ewaluacji zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej. Realizacja Programu powinna wzbogacić wiedzę uczestników o zdrowiu i zdrowym stylu życia oraz rozwijać umiejętności niezbędne w życiu⁵⁵. W roku 2020 program „Przedszkole i Szkoła Promujące Zdrowie” był realizowany ogółem w 3135 placówkach. Liczba ta robi wrażenie tylko do momentu, w którym zdamy sobie sprawę, że łączna liczba przedszkoli i szkół podstawowych w Polsce przekracza 30 000⁵⁶.

12. Biorąc pod uwagę powyższe dane, proponujemy:

- Edukacja zdrowotna powinna być realizowana w ramach przedmiotów takich jak przyroda, biologia, j. polski, wychowanie fizyczne, technika, informatyka, wychowanie do życia w rodzinie z wydzieleniem odrębnych godzin i obowiązkowym zaliczeniem. W programie nauczania powinny być wyznaczone godziny przeznaczone na edukację zdrowotną. Można

⁵³ NIK: Raport: system ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian. Warszawa 2018 (<https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>)

⁵⁴ Szkoła promująca zdrowie. Poradnik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia. Pod redakcją B. Woynarowskiej i M. Woynarowskiej-Soldan. Wydanie drugie poprawione. Ośrodek Rozwoju Edukacji. Warszawa 2019
<https://www.ore.edu.pl/category/wydzialy/promocja-zdrowia-w-szkole/>

⁵⁵ Szkoła promująca zdrowie. Poradnik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia. Pod redakcją B. Woynarowskiej i M. Woynarowskiej-Soldan. Wydanie drugie poprawione. Ośrodek Rozwoju Edukacji. Warszawa 2019

⁵⁶ Centralny Ośrodek Informacji Gospodarczej; https://www.coig.com.pl/Baza_szkol_w_Polsce.php
17.

rozważyć wprowadzenie oddzielnego przedmiotu: Edukacja zdrowotna. Edukacja zdrowotna powinna być realizowana również podczas zajęć pozalekcyjnych i warsztatów.

- Szerszą promocją programu: „Przedszkole i Szkoła Promujące Zdrowie” oraz system zachęt proponowanych przez Ministerstwo Edukacji i Nauki w celu zwiększenia zainteresowania jednostek edukacyjnych dołączeniem do Programu.

13. Edukacja pozaszkolna

Edukacja „ku zdrowiu” nie może się kończyć wraz ze szkołą średnią. W przyszłości taka nauka będzie musiała też dotyczyć dorosłych, tak by nadążyć za zmianami w opiece zdrowotnej i by nie powstała kolejna grupa osób wykluczonych. Bez aktywnej postawy państwa w tych kwestiach istnieje duże ryzyko, że pomimo istnienia potencjalnych możliwości długiego życia w dobrej kondycji, stan zdrowotny większej części Polaków znacząco się nie zmieni, a system opieki zdrowotnej nadal będzie zmuszony przeznaczać większość środków na leczenie chorób w ich późnych i nieuleczalnych stadiach, tak jak dzieje się to obecnie. Brak zasadniczej zmiany w podejściu naszych współobywateli do wprowadzenia w życie różnorodnych działań prozdrowotnych będzie równoznaczny z wyłączeniem z życia społecznego osób wchodzących w wiek podeszły. Nie można dopuścić do sytuacji, w której starsi obywatele, zamiast aktywnie pracować (niekoniecznie ciężko), dzieląc się w tej pracy swoim doświadczeniem zawodowym, będą chorować i wymagać opieki innych osób, podczas gdy w tym samym czasie, w krajach, które sprawnie zaadoptują nowy model funkcjonowania medycyny, seniorzy będą aktywną częścią społeczeństwa budującą pomyślność dla wszystkich.

Wiedza zdobyta podczas edukacji szkolnej, w tym edukacji zdrowotnej, ma to do siebie, że powinna być utrwalana. Działania z zakresu edukacji zdrowotnej powinny wzmacniać ogólny cel programu promocji zdrowia i zapobiegania chorobom. Podstawową rolę w edukacji zdrowotnej dorosłych powinny pełnić placówki POZ, w których obligatoryjnie muszą zostać zatrudnieni dietetyk, fizjoterapeuta i specjalista zdrowia publicznego. Ważną rolę w prowadzeniu edukacji pozaszkolnej powinny odegrać Lokalne Domy Zdrowia. Edukacja w Lokalnych Domach Zdrowia powinna przybrać formę zbiorową (wykłady, prelekcje, warsztaty), jak i indywidualną (konsultacje). Edukacja zbiorowa byłaby

dedykowana populacji ogólnej i określonym grupom (seniorzy, pacjenci z cukrzycą, otyłością etc.). Realizacja programu edukacji zdrowotnej przez placówki każdego poziomu powinna podlegać corocznej ewaluacji. Wartościowym postulatem są propozycje zobowiązania odpowiednich instytucji działających w systemie ochrony zdrowia, edukacji oraz mediów publicznych do nieodpłatnego informowania o zdrowiu, potrzebach zdrowotnych i promowania dobrych praktyk adresowanych do różnych grup ludności⁵⁷.

Jednym z podstawowych zadań instytucji zdrowia publicznego jest upowszechnianie wiedzy naukowej w celu promowania zdrowia, zapobiegania chorobom i urazom, przeciwdziałaniu dezinformacji medycznej/zdrowotnej w środkach masowego przekazu. W tym celu w większym stopniu należy wykorzystać popularne internetowe media społecznościowe oraz dystrybuować bezpłatne i łatwo dostępne materiały edukacyjne. Technologie komunikacyjne, w tym media społecznościowe i urządzenia mobilne, mogą znacząco ułatwić i usprawnić sposób tworzenia, udostępniania i stosowania informacji zdrowotnych. Internet można też w większym stopniu wykorzystać do badań i analiz dotyczących zdrowia publicznego, wykorzystując dane zebrane z serwisów społecznościowych, zapytań z wyszukiwarek, telefonów komórkowych lub innych technologii (np. na temat szczepień). Aby jednak technologie komunikacyjne stały się przydatnym narzędziem propagującym postawy prozdrowotne, muszą być wykorzystywane odpowiedzialnie. Obecnie często mamy do czynienia z szerzeniem w mediach nieprawdy, tzw. „fake-newsów”, w pogoni za sensacją, bez zwracania uwagi na długotrwałe konsekwencje przekazywanych informacji. Konieczne będzie wprowadzenie przepisów prawa, których zadaniem będzie uniemożliwienie lub co najmniej istotne utrudnienie procesu szerzenia w sieci i w mediach treści niesprawdzonych i/lub nieprawdziwych. Kolejnym wartym rozważenia działaniem jest zakaz reklamowania produktów farmaceutycznych, alkoholu oraz żywności bez udowodnionej skuteczności korzystnego (a co najmniej neutralnego) oddziaływania na zdrowie.

14. Proponujemy:

- edukację prowadzoną w POZ przez specjalistów zdrowia publicznego, dietetyków, pielęgniarki i lekarzy

⁵⁷ Golinowska S i wsp. : Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce? – stan i perspektywy Zeszyty mBank – CASE Nr 156/2018

- edukację w Lokalnych Domach Zdrowia w formie zbiorowej (wykłady, prelekcje, warsztaty), jak i indywidualnych konsultacji oraz ewentualnie w innych ośrodkach jak lokalne domy kultury
- upowszechnianie wiedzy naukowej w celu promowania zdrowego trybu życia oraz przeciwdziałanie dezinformacji medycznej/zdrowotnej w środkach masowego przekazu czy popularnych internetowych mediach społecznościowych.