

DIAGNOZA ISTNIEJĄCEJ  
ORGANIZACJI I FUNKCJONOWANIA  
SYSTEMU ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE  
- RZECZYWISTY SPOSÓB DZIAŁANIA SYSTEMU





Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego  
- Państwowy Zakład Higieny

# DIAGNOZA ISTNIEJĄCEJ ORGANIZACJI I FUNKCJONOWANIA SYSTEMU ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE - RZECZYWISTY SPOSÓB DZIAŁANIA SYSTEMU

TOM II

Pod redakcją

Doroty Cianciary, Katarzyny Lewtak, Małgorzaty Gajewskiej,  
Marii Piotrowicz, Ewy Urban



HelseDirektoratet  
Norwegian Directorate of Health



CENTRUM MEDYCZNE  
KSZTAŁCENIA  
PODYPLOMOWEGO



UNIWERSYTET  
JAGIELLOŃSKI  
W KRAKOWIE



Narodowy Fundusz Zdrowia

Warszawa 2017

NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO  
- PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY

KONSORCJUM NAUKA I ZDROWIE

PROJEKT PREDEFINIOWANY:  
OGRAŃCZANIE SPOŁECZNYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU  
realizowany w ramach Programu Operacyjnego PL13  
Poddziałanie 1.2

© Copyright by Ministerstwo Zdrowia, 2015

Przedruk materiałów w całości lub w części jest możliwy  
wyłącznie za zgodą Ministerstwa Zdrowia  
oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego  
- Państwowego Zakładu Higieny.  
Cytowanie i wykorzystanie danych empirycznych  
dozwolone za podaniem źródła.

**Recenzja naukowa:**  
Prof. dr hab. med. Mirosław J. Wysocki

ISBN 978-83-89379-89-4

Koszty związane z przygotowaniem i publikacją zostały pokryte  
ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego  
na lata 2009-2014.

**Opracowanie graficzne i skład:**  
Anna Maciejewska i Maciej Ostoja-Lniski

**Wydawca:**  
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego  
- Państwowy Zakład Higieny  
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa  
tel. 22 54 21 229  
e-mail: bogdan@pzh.gov.pl | www.pzh.gov.pl

**Druk i oprawa:**  
TOTEM.COM.PL, ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław

# SPIS TREŚCI

<b>EPHO 1</b>	
<b>Nadzór nad zdrowiem populacji i dobrostanem</b> .....	7
1.A. Źródła danych na temat zdrowia i narzędzia .....	13
1.B. Nadzór nad zdrowiem populacji i programy dotyczące chorób .....	40
1.C. Nadzór nad funkcjonowaniem systemu zdrowia .....	95
1.D. Integracja danych, analiza i raporty .....	123
<b>EPHO 2</b>	
<b>Monitorowanie zagrożeń dla zdrowia i sytuacji kryzysowych oraz reagowanie</b> .....	151
2.A. Identyfikacja i monitorowanie zagrożeń dla zdrowia .....	157
2.B. Przygotowanie do zagrożeń oraz reagowanie .....	169
2.C. Wdrożenie Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (International Health Regulations; IHR) .....	183
<b>EPHO 3</b>	
<b>Ochrona zdrowia, w tym bezpieczeństwo środowiskowe, w pracy, żywności</b> .....	197
3.A. Ochrona zdrowia środowiskowego .....	205
3.B. Ochrona zdrowia w miejscu pracy .....	216
3.C. Bezpieczeństwo żywności .....	233
3.D. Bezpieczeństwo pacjenta .....	242
3.E. Bezpieczeństwo drogowe .....	251
3.F. Bezpieczeństwo produktów konsumenckich .....	274
<b>EPHO 4</b>	
<b>Promocja zdrowia, w tym działania dotyczące społecznych nierówności w zdrowiu</b> .....	299
4.A. Potencjał międzysektorowy i interdyscyplinarny .....	305
4.B. Podejmowanie kwestii uwarunkowań behawioralnych, społecznych i środowiskowych poprzez podejście „cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia” .....	320

<b>EPHO 5</b>	
<b>Profilaktyka chorób, w tym wczesne wykrywanie chorób</b> .....	415
5.A. Profilaktyka pierwotna .....	421
5.B. Prewencja wtórna .....	439
5.C. Prewencja trzecio- i czwartorzędowa .....	448
5.D. Wsparcie społeczne .....	453
<b>EPHO 6</b>	
<b>Zapewnienie zarządzania (gospodarowania) zdrowiem</b> .....	467
6.A. Przywództwo dla podejścia „cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia” na rzecz zdrowia i dobrostanu .....	473
6.B. Cykl polityki zdrowotnej .....	478
6.C. Regulacje i kontrola (patrz także odpowiednie części w EPHO 3) .....	481
<b>EPHO 7</b>	
<b>Zapewnienie kompetentnej kadry zdrowia publicznego</b> .....	495
7.A. Cykl rozwoju zasobów ludzkich .....	500
7.B. Zarządzanie zasobami ludzkimi .....	525
7.C. Kształcenie w dziedzinie zdrowia publicznego .....	533
7.D. Zarządzanie/gospodarowanie zasobami ludzkimi zdrowia publicznego .....	544
<b>EPHO 8</b>	
<b>Zapewnienie struktury organizacyjnej i finansowania</b> .....	551
8.A. Zapewnienia odpowiednich struktur organizacyjnych do realizacji podstawowych działań zdrowia publicznego (EPHOs) .....	556
8.B. Finansowanie świadczeń zdrowia publicznego .....	585
<b>EPHO 10</b>	
<b>Rozwój badań w dziedzinie zdrowia publicznego dla potrzeb polityki i praktyki</b> .....	595
10.A. Ustalanie krajowego programu badań .....	601
10.B. Budowanie potencjału .....	613
10.C. Koordynacja działalności badawczej .....	629
10.D. Upowszechnienie wiedzy i brokerstwo .....	632

# EPHO 1

## Nadzór nad zdrowiem populacji i dobrostanem

Elżbieta Buczak-Stec<sup>1</sup>, Małgorzata Gajewska<sup>1</sup>, Paweł Goryński<sup>1</sup>,  
Rafał Halik<sup>1</sup>, Wojciech Hanke<sup>2</sup>, Katarzyna Kamińska<sup>1</sup>,  
Andrzej Koronkiewicz<sup>1</sup>, Iwona Kowalska<sup>3</sup>, Magdalena Krysińska<sup>1</sup>,  
Krzysztof Kuszewski<sup>1</sup>, Katarzyna Lewtak<sup>1</sup>, Joanna Mazur<sup>4</sup>,  
Anna Mokrzycka<sup>3</sup>, Jacek Moskalewicz<sup>5</sup>, Iwona Paradowska-Stankiewicz<sup>1</sup>,  
Olga Partyka<sup>1</sup>, Maria Piotrowicz<sup>1</sup>, Anna Poznańska<sup>1</sup>,  
Sławomir Radiukiewicz, Małgorzata Sadkowska-Todys<sup>1</sup>, Krzysztof Skotak<sup>1</sup>,  
Ewa Urban<sup>1</sup>, Anna Zielińska<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

<sup>2</sup> Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź

<sup>3</sup> Uniwersytet Jagielloński - Collegium Medicum, Kraków

<sup>4</sup> Instytut Matki i Dziecka, Warszawa

<sup>5</sup> Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

<sup>6</sup> Instytut Transportu Samochodowego, Warszawa

### 1.A. Źródła danych na temat zdrowia i narzędzia

- Rejestry administracyjne i statystyki ruchu naturalnego ludności
- Badania dotyczące zdrowia
- System informacyjny na temat zarządzania zdrowiem
- Rejestry chorób

### 1.B. Nadzór nad zdrowiem populacji i programy dotyczące chorób

- Umieralność wg przyczyn
- Chorobowość hospitalizowana
- Zdrowie dzieci i młodzieży
- Zdrowie matki i reprodukcyjne
- Szczepienia ochronne
- Choroby zakaźne
- Choroby niezakaźne
- Zdrowie psychiczne
- Zdrowie środowiskowe
- Zdrowie pracujących
- Bezpieczeństwo drogowe
- Urazy i przemoc
- Zakażenia szpitalne
- Antybiotykooporność
- Zdrowie migrantów
- Nierówności w zdrowiu

### 1.C. Nadzór nad funkcjonowaniem systemu zdrowia

- Monitorowanie finansowania systemu zdrowia
- Monitorowanie zasobów ludzkich
- Satisfakcja pacjentów
- Monitorowanie dostępu do podstawowych leków
- Transgraniczna opieka zdrowotna

### 1.D. Integracja danych, analiza i raporty

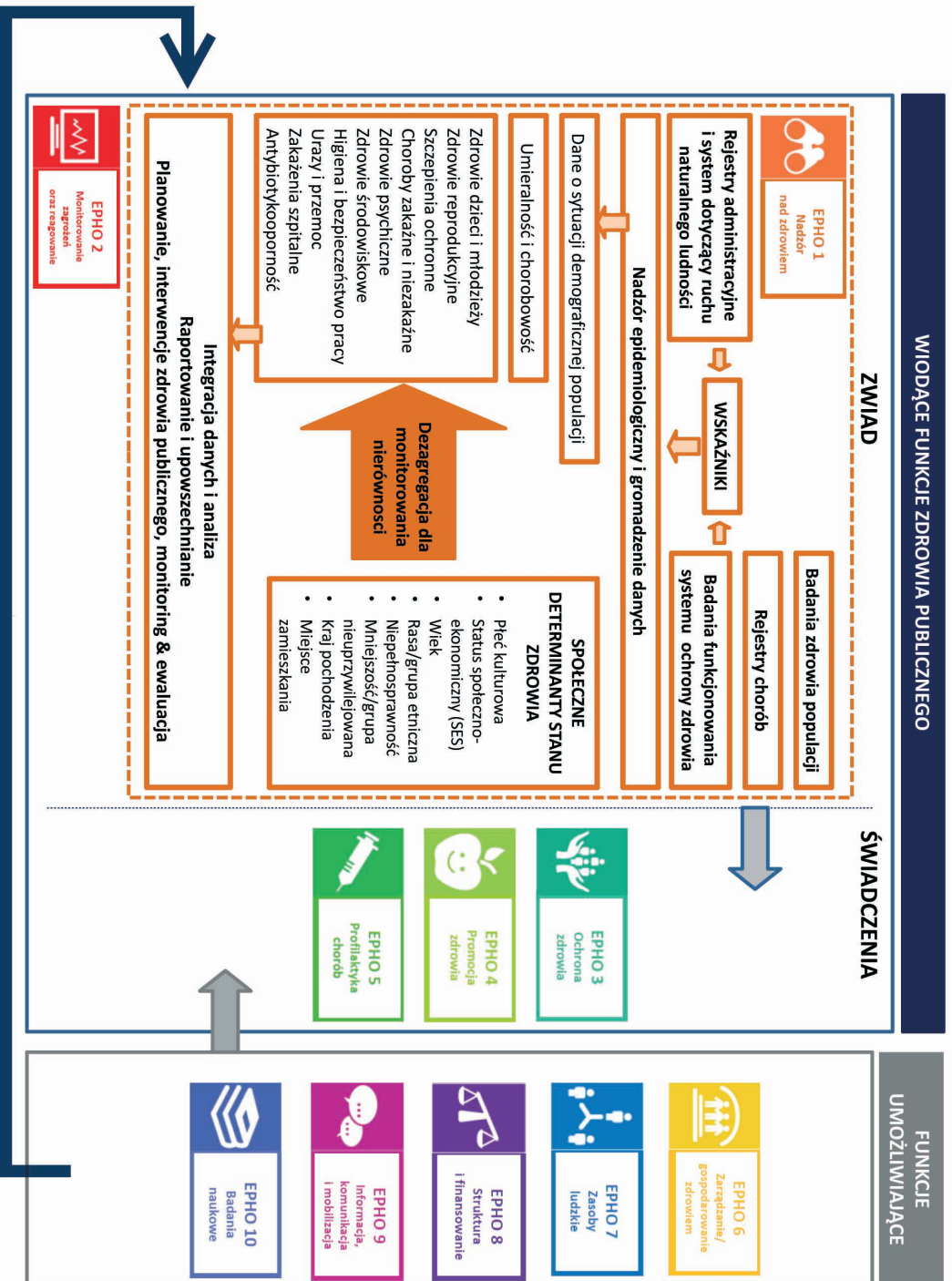
- Analiza sektora zdrowia
- Zapewnienie aktualizacji i zgodności z Międzynarodowymi Przepisami Zdrowotnymi (IHR)
- Tworzenie rocznych statystycznych raportów na temat zdrowia



## WYKAZ SKRÓTÓW

- AOTMiT - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
- BAEL - Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności
- CAPI - Computer Aided Personal Interview  
(wywiad bezpośredni wspomagany komputerowo)
- CBOS - Centrum Badania Opinii Społecznej
- CDC - Centers for Disease Prevention and Control
- CenEA - Centrum Analiz Ekonomicznych
- CEPiK - Centralna Ewidencja Pojazdów i Kierowców
- CSIOZ - Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
- ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control
- EGBT - Europejskie Zasoby Straży Granicznej
- EHES - European Health Examination Survey
- EHIS - European health interview survey (Europejskie ankietywne badanie zdrowia)
- FDA - Food and Drug Administration
- GDDKiA - Generalna Dyrekcja Dróg Krajowych i Autostrad
- GSSE - Graniczna Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
- GTSS - Global Tobacco Surveillance System  
(Globalny System Monitorowania Używania Tytoniu)
- GUS - Główny Urząd Statystyczny
- HIA - Health Impact Assessment (Ocena oddziaływania na zdrowie)
- HNA - Health Needs Assessment (Ocena potrzeb zdrowotnych)
- ICD-10 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision  
(Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja X)
- ILO - International Labour Organization (Międzynarodowa Organizacja Pracy)
- IMP - Instytut Medycyny Pracy
- IPiN - Instytut Psychiatrii i Neurologii
- JCW - jednolite części wód
- JCWP - jednolite części wód podziemnych
- KRBRD - Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego
- KORLD - Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów
- KOROUN - Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego

KPC ds. MPZ	- Krajowy Punkt Centralny ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych
KRUS	- Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
KSIP	- Krajowy System Informacyjny Policji
MEA	- Munich Research Institute for the Economics of Aging
MON	- Ministerstwo Obrony Narodowej
MPiPS	- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
MSW	- Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
MZ	- Ministerstwo Zdrowia
NFZ	- Narodowy Fundusz Zdrowia
NIZP-PZH	- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny
NOP	- niepożądany odczyn poszczepienny
NPOZP	- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
NRZ	- Narodowy Rachunek Zdrowia
OECD	- Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju)
PAA	- Państwowa Agencja Atomistyki
PAEA	- Międzynarodowa Agencja Energii Atomowej
PAN	- Polska Akademia Nauk
PHR	- Public Health Risk (Zagrożenie dla zdrowia publicznego)
PIS	- Państwowa Inspekcja Sanitarna
pkm	- pojazdokilometr
POBR	- Polskie Obserwatorium Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego
POZ	- Podstawowa Opieka Zdrowotna
PRIM	- Policyjny Rejestr Imprez Masowych
PwC	- PricewaterhouseCoopers
RPO	- Rzecznik Praw Obywatelskich
SEWiK	- System Ewidencji Wypadków i Kolidacji
SIO	- System Informacji Oświatowej
SIP	- Systemy Informacji Przestrzennej
SMWK	- System Monitorowania Wypadków Konsumentów
UE	- Unia Europejska
USC	- urząd stanu cywilnego
WHO	- World Health Organization
WZK	- Wydział Zarządzania Kryzysowego
ZUS	- Zakład Ubezpieczeń Społecznych



**Schemat EPHO 1.**

Opracowanie własne na podstawie European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services (WHO, 2012 EUR/RC 62/Conf. Doc/6 Rev.2) oraz Nurse J. Health 2020 and Strengthening Public Health Services and Capacity in Europe (Slovenia, 2013)

Pierwsza funkcja zdrowia publicznego „Nadzór nad zdrowiem populacji i dobrostanem” (EPHO 1) dotyczy dostarczania informacji o sytuacji zdrowotnej ludności, w tym danych ze zwiadu epidemiologicznego.

Obejmuje analizę: (a) istniejących źródeł i narzędzi dla pozyskiwania danych o sytuacji zdrowotnej ludności, (b) głównych obszarów gromadzenia informacji o zdrowiu, (c) nadzoru nad funkcjonowaniem systemu zdrowotnego oraz (d) przetwarzania zebranych danych.

Monitorowanie stanu zdrowia populacji ma na celu określenie rozmiaru problemów zdrowotnych, ich tendencji i stopnia zróżnicowania regionalnego, a w konsekwencji identyfikację obszarów o priorytetowym znaczeniu dla zdrowia publicznego.

Monitorowanie sytuacji zdrowotnej jest warunkiem dobrego rządzenia (good governance): efektywne dostarczanie świadczeń zdrowotnych wymaga posiadania informacji na temat sytuacji zdrowotnej ludności, obciążenia chorobami, a także wiedzy o bliższych i dalszych czynnikach determinujących stan zdrowia populacji.

Wnikliwa analiza sytuacji zdrowotnej pozwala na identyfikację istniejących nierówności w zdrowiu oraz ich dystrybucji w społeczeństwie. Wiedza ta może zostać wykorzystana na wielu polach m.in. przy planowaniu świadczeń zdrowotnych.

Dane z monitoringu stanu zdrowia są niezbędne do oceny potrzeb zdrowotnych (Health Needs Assessment, HNA) oraz oceny oddziaływania na zdrowie (Health Impact Assessment, HIA), zmniejszania nierówności w zdrowiu, promowania zdrowia i dobrostanu.

### Ocena oddziaływania na zdrowie (Health Impact Assessment, HIA)

zbiór procedur, metod i narzędzi, za pomocą których treści polityki, programu lub projektu mogą być oceniane z punktu widzenia potencjalnych skutków zdrowotnych i ich rozkładu w populacji będącej adresatem działań.

*WHO, 1999*

### Zagrożenie dla zdrowia publicznego (PHR - Public Health Risk)

prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, które może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie ludzi, z naciskiem na taki przypadek, który może spowodować rozprzestrzenienie na skalę międzynarodową lub stanowić poważne zagrożenie bezpośrednie.

*Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne, 2005*

### Ocena Potrzeb Zdrowotnych (Health Needs Assessment, HNA)

Systematyczna metoda służąca przeglądowi kwestii zdrowotnych w populacji, która prowadzi do ustalenia priorytetów i alokacji zasobów, aby poprawić stan zdrowia i ograniczyć nierówności w zdrowiu. To nie tylko proces identyfikacji potrzeb zdrowotnych w społeczności, ale także rozpoznania wszystkich zasobów - jak są wykorzystywane, jak mogłyby być lepiej wykorzystane, gdzie ich brakuje.

*NICE, 2005*

## 1.A. Źródła danych na temat zdrowia i narzędzia

### Rejestry administracyjne i statystyki ruchu naturalnego ludności

System rejestracji ruchu naturalnego ludności w Polsce w chwili obecnej podlega restrukturyzacji. Dnia 1 marca 2015 r. weszło w życie nowe Prawo o aktach stanu cywilnego zastępując ustawę z dnia 29 września 1986 r. Jednak część nowych przepisów, w szczególności dotyczących przekazywania danych na potrzeby statystyki publicznej, obowiązywać będzie dopiero od 1 stycznia 2018 r.

Zasadnicza zmiana polega na wprowadzeniu działającego w systemie teleinformatycznym centralnego rejestru stanu cywilnego, w którym zdarzenia cywilno-prawne są ewidencjonowane w formie aktów urodzenia, małżeństwa i zgonu. Rejestr prowadzony jest przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, a procedury rejestracji dokonują gminy w urzędach stanu cywilnego (USC) jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej. Dotąd USC ewidencjonowały akty urodzenia, małżeństwa oraz zgonu w księgach stanu cywilnego.

#### Urodzenia

Od 1 marca 2015 r. USC sporządza akt urodzenia na podstawie „Karty urodzenia” lub „Karty martwego urodzenia” wystawianych przez podmiot prowadzący

działalność leczniczą oraz protokołu zgłoszenia urodzenia - dokonywanego w USC przez rodzica dziecka lub jego pełnomocnika. Wzory formularzy obu kart (obowiązujące do 31 grudnia 2017 r.) zawarte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2015 r. w sprawie wzorów karty urodzenia i karty martwego urodzenia.

„Karta urodzenia” zawiera:

1. zaświadczenie o urodzeniu dziecka (z personaliami matki, datą i miejscem jej urodzenia, numerem PESEL, miejscowością, datą i godziną porodu);
2. informacje o ciąży, porodach matki i stanie noworodka (okres trwania ciąży, wielorakość porodu, miejsce jego odbycia w kategoriach: szpital/dom/inne, płeć, masa i długość ciała noworodka, punktacja Apgar w 1., 5. i 10. minucie życia, liczba dzieci, w tym żywych, urodzonych przez matkę, data jej poprzedniego porodu i żywotność urodzonego wówczas dziecka);
3. dane dotyczące każdego z rodziców (wykształcenie, miejsce zamieszkania, okres przebywania na obszarze danej gminy);
4. dane placówki wystawiającej zgłoszenie.

W okresie przejściowym kierownik USC będzie przekazywał dane przedstawione w punktach 2. i 3. służbom statystyki publicznej. Od 1 stycznia 2018 r., po wprowadzeniu elektronicznej formy dokumentacji w placówkach leczniczych, to one będą przetwarzać i przysyłać te informacje bezpośrednio.

„Karta martwego urodzenia” zawiera analogiczną część zaświadczającą o urodzeniu dziecka, podaje też jego płeć, czas zgonu (w kategoriach: przed porodem/w trakcie porodu/nie ustalono), przyczynę zgonu, jeżeli została stwierdzona oraz dane placówki. Na jej podstawie USC wystawia akt urodzenia z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe, nie sporządza natomiast aktu zgonu.

Od 1 stycznia 2018 roku oba typy kart urodzenia będą przekazywane kierownikowi USC w formie dokumentu elektronicznego.

Dokonywane przez rodzica zgłoszenie w USC faktu urodzenia dziecka potwierdzone jest protokołem zawierającym dane: rodziców (personalia w tym nazwiska rodowe, daty i miejsca urodzenia, numery PESEL, obywatelstwa), dziecka (nazwisko, wybrane imiona, datę i miejsce urodzenia, obywatelstwo) oraz osoby zgłaszającej urodzenie i kierownika USC.

## **Małżeństwa**

Akt małżeństwa sporządzany jest na podstawie protokołu przyjęcia oświadczeń o wstąpieniu w związek małżeński, składanych przed kierownikiem USC, konsulem RP za granicą lub duchownym związku wyznaniowego zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym (ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. z późniejszymi zmianami). Akt ten zawiera dane małżonków (personalia, stan cywilny, daty

i miejsca urodzenia), miejsce i datę zawarcia małżeństwa, dane personalne ich rodziców oraz świadków zawarcia związku. Od 1 marca 2015 r. USC przekazują służbom statystyki publicznej pozyskane od małżonków informacje o ich wykształceniu, miejscu zamieszkania i okresie przebywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na obszarze danej gminy, a w przypadku małżeństwa zawartego według prawa kościoła lub związku wyznaniowego - nazwę tej instytucji.

## Zgony

Procedura rejestrowania zgonów uregulowana jest w Ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych ze zmianami wynikającymi z nowego Prawa o aktach stanu cywilnego (ustawa z dnia 28 listopada 2014 r.).

Zgon powinien być stwierdzony przez lekarza, który potwierdza ten fakt wystawieniem karty zgonu. Jej forma zmieniła się od 1 marca 2015, zgodnie ze wzorem zawartym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015 r.

Karta składa się z dwóch części - pierwsza przeznaczona jest do zarejestrowania zgonu w USC, druga (o ograniczonym zasobie informacji) - dla administracji cmentarza. Dokument dla USC zawiera personalia zmarłego, jego płeć, numer PESEL, nazwę i numer dokumentu tożsamości, miejscowość i datę urodzenia (w przypadku dzieci w wieku poniżej 1-go roku również godzinę), miejscowość i datę zgonu, miejsce zgonu (w kategoriach: szpital/inny zakład służby zdrowia/dom inne), a w przypadku dzieci poniżej 1-go roku życia również okres trwania ciąży, wielorakość porodu, kolejność urodzenia dziecka, jego urodzeniową masę i długość ciała, punktację Apgar przyznaną po urodzeniu. Poważnej zmianie uległ sposób przedstawiania przyczyn zgonu (bezpośredniej, wtórnej i wyjściowej) - obok opisu słownego lekarz podaje odpowiednie kody w klasyfikacji ICD-10 (dotąd kodowanie odbywało się na późniejszym etapie sprawozdawczości i dotyczyło jedynie przyczyny wyjściowej), określa przybliżony odstęp czasu między wystąpieniem każdej z przyczyn a zgonem, inne okoliczności przyczyniające się do zgonu niezwiązane z chorobą ani stanem ją powodującym (z kodem ICD-10), informację o przeprowadzeniu sekcji zwłok oraz dane osoby stwierdzającej przyczynę zgonu. Rodzina zmarłego lub inne osoby uprawnione zgłaszają fakt zgonu w USC, który uzupełnia kartę (o wykształcenie zmarłego, jego miejsce zamieszkania i okres przebywania na obszarze gminy zamieszkania) i dokonuje rejestracji zgonu.

Nowy wzór karty zgonu przestanie obowiązywać 1 stycznia 2018 r., kiedy w ochronie zdrowia będzie już wdrożony system dokumentacji elektronicznej. Zakres zbieranych danych nie ulegnie już zmianie, ale karta zgonu składać się będzie z trzech części przeznaczonych do zarejestrowania zgonu, dla administracji cmentarza oraz dla potrzeb statystyki publicznej. Ta ostatnia zawierać będzie informacje niewpisywane później do aktu zgonu, czyli miejsce zamieszkania

zmarłego, okres przebywania na obszarze danej gminy, wykształcenie, przyczynę zgonu i dane osoby ją stwierdzającej, a w przypadku dziecka do 1-go roku życia również godzinę urodzenia, charakterystyki przebiegu ciąży i porodu oraz stanu zdrowia przy urodzeniu. Lekarz wypełniający kartę w formie elektronicznej będzie te dane przetwarzać i przekazywać służbom statystyki publicznej.

Na podstawie powyższej karty (części przeznaczonej do zarejestrowania zgonu) i protokołu zgłoszenia zgonu do USC (do czego pozostaje zobowiązana osoba uprawniona do pochówku) wystawiane są akty zgonu. Protokół zawiera następujące dane dotyczące osoby zmarłej: personalia w tym nazwisko rodowe, datę i miejsce urodzenia, stan cywilny, obywatelstwo, numer PESEL, datę, godzinę oraz miejsce zgonu, personalia w tym nazwiska rodowe rodziców, personalia w tym nazwisko rodowe oraz numer PESEL żyjącego małżonka. Dodatkowo w przypadku rejestracji zgonu dziecka w wieku poniżej 1-go roku kierownik USC pozyskuje do protokołu i przekazuje służbom statystyki publicznej informacje o dacie urodzenia matki zmarłego oraz roku zawarcia związku małżeńskiego przez jego rodziców. Danych tych podobnie jak obywatelstwa i numerów PESEL nie wpisuje się do aktu zgonu.

## **Urodzenia, małżeństwa i zgonu poza granicami kraju**

Przypadki urodzeń, małżeństw i zgonów mające miejsce poza granicami kraju są rejestrowane przez USC na wniosek zainteresowanych po przedłożeniu odpowiednich dokumentów. Nie ma natomiast prawnego obowiązku zgłaszania takich zdarzeń.

Sądy i organy administracji państwowej przekazują do USC odpisy prawomocnych orzeczeń i decyzji stanowiących podstawę do sporządzenia aktu stanu cywilnego lub mających wpływ na treść lub ważność.

W Polsce rejestrowane są praktycznie wszystkie przypadki urodzeń, zawartych małżeństw oraz zgonów mających miejsce w kraju. Brak jest natomiast oficjalnych statystyk co do kompletności zgłaszania zdarzeń cywilno-prawnych mających miejsce za granicą.

## **Przetwarzanie danych o zdarzeniach cywilno-prawnych**

Kwestię przetwarzania danych o zdarzeniach cywilno-prawnych reguluje ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej z późniejszymi zmianami.

Na jej podstawie Rada Ministrów określa corocznie w drodze rozporządzenia program badań statystyki publicznej; aktualnie obowiązuje rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2014 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2015. W ramach tego programu GUS przeprowadza stałe badania „Urodzenia. Dzietność” i „Małżeństwa. Rozwody. Separacje”



oraz we współpracy z Ministerstwem Zdrowia - „Zgony. Umieralność. Trwanie życia”.

Od 2009 r. dane indywidualne o urodzeniach, małżeństwach i zgonach pobierane są przez GUS z systemów informacyjnych odpowiednich jednostek sprawozdawczych. Rejestry USC co miesiąc dostarczają danych na temat zarejestrowanych urodzeń (w zakresie zgodnym z „Kartą urodzenia”, przed 1 marca 2015 z „Pisemnym zgłoszeniem urodzenia dziecka”), małżeństw (i cech osób zwierających związek) i zgonów (w formie elektronicznej lub papierowej w zakresie zgodnym z „Karta zgonu”, przed 1 marca 2015 r. z „Kartą statystyczną do karty zgonu”). Systemy informacyjne sądów dostarczają co kwartał do GUS jednostkowe dane dotyczące orzeczonych prawomocnie rozwodów, orzeczonych i zniesionych separacji oraz cech osób, których te zdarzenia dotyczą.

Docelowo służby statystyki publicznej będą korzystać z centralnego rejestru stanu cywilnego oraz danych uzupełniających nadsyłanych przez kierowników USC i placówki służby zdrowia.

Zgodnie z komunikatem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 28 października 1996 r. od 1 stycznia 1997 w zakresie orzecznictwa o przyczynach zgonu w Polsce obowiązuje stosowanie X Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). Jak wspomniano poprzednio, sposób opisu przyczyny zgonu w karcie zgonu uległ zmianie od 1 marca 2015. W szczególności obowiązek kodowania trzech podawanych przyczyn zgonu spoczywa odtąd na lekarzu stwierdzającym zgon. Jego pracę weryfikuje pracujący poza szpitalem (zatrudniany przez wojewódzki urząd statystyczny) lekarz orzekający dla celów statystycznych o przyczynie zgonu, właściwy ze względu na miejsce (województwo) zamieszkania zmarłego. W przypadku braku orzecznika w odpowiednim województwie zastępuje go pracownik Urzędu Statystycznego w Olsztynie. Funkcję lekarzy orzekających sprawują eksperci z dużym doświadczeniem w praktyce lekarskiej i wysoce specjalistyczną wiedzą w zakresie reguł kodyfikacyjnych i sprawozdawczych. Przed 1 marca 2015 r. to oni pełnili rolę koderów przyczyn zgonu (nadawano kod ICD-10 jedynie przyczynie wyjściowej lub zewnętrznej w przypadku urazu lub zatrucia). W Polsce działa około 30 orzeczników, w założeniu powinni pracować we wszystkich województwach. Lekarze ci przechodzą okresowe szkolenia, jednak nawet oni zgłaszają wątpliwości i zastrzeżenia co do niejednoznaczności zasad kodowania przyczyn zgonu zgodnie z X rewizją klasyfikacji ICD-10.

Zagregowane dane o przyczynach zgonu trafiają jeszcze do weryfikacji w instytutach naukowo-badawczych: Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego - Państwowym Zakładzie Higieny, Instytucie Matki i Dziecka, Centrum Onkologii - Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie, Instytucie Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego oraz do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Mimo to jakość informacji o przyczynach zgonów w Polsce była dotąd niska. Za główną przyczynę tego stanu rzeczy należy uznać nieprawidłowe wypełnianie kart zgonu przez lekarzy stwierdzających zgon. Z danych GUS wynika, że w roku 2012 niewłaściwie opisali oni przyczyny ponad 28% zgonów (czyli ponad 100 tys. przypadków), dla porównania w 2000 roku - niecałe 25%. Przekazanie kodowania przyczyn lekarzom stwierdzającym zgon może jeszcze pogorszyć, przynajmniej okresowo, niekorzystny stan rzeczy.

Podsumowując, kompletność rejestracji zdarzeń cywilno-prawnych w Polsce jest praktycznie pełna. W zbiorach dotyczących urodzeń najczęściej brakuje informacji o ojcu dziecka (w kilku procentach przypadków). Braki danych o noworodku i matce mają charakter jednostkowy. Największym mankamentem danych o zgonach są informacje o ich przyczynach (wysoki odsetek tzw. bezużytecznych kodów). GUS udostępnia dane zainteresowanym po upływie około 15 miesięcy, w chwili obecnej (kwiecień 2015) dostępne są zbiory za rok 2013.

Brak jest oficjalnych statystyk co do kompletności zgłaszania zdarzeń cywilno-prawnych dotyczących polskich obywateli mających miejsce za granicą.

W chwili obecnej trwa przebudowa systemu rejestracji zdarzeń cywilnoprawnych, 1 marca 2015 r. uruchomiono centralny teleinformatyczny rejestr stanu cywilnego. Jednocześnie wprowadzono nowe formularze zgłaszania urodzeń i zgonów, zmienił się zakres zbieranych danych oraz, częściowo, instytucje odpowiedzialne za ich pozyskiwanie. Dalsze zmiany, w szczególności dotyczące przekazywania danych służbom statystyki publicznej, zostaną wprowadzone 1 stycznia 2018 roku, po wdrożeniu w ochronie zdrowia systemu dokumentacji elektronicznej.

Na ocenę skutków wprowadzonych zmian jest w tej chwili za wcześnie. Najwięcej wątpliwości budzi jakość określania przyczyn zgonów. Niezbędne jest wypracowanie i wdrożenie jednolitych zasad w tej dziedzinie obowiązujących w całym kraju, odpowiedniego przeszkolenia lekarzy w wypełnianiu kart zgonu oraz wprowadzenie właściwego nauczania w tym zakresie w czasie studiów medycznych i podyplomowych. Warto też upowszechnić korzystanie z interaktywnych materiałów edukacyjnych np. opracowywanych i udostępnianych przez WHO. Autorzy artykułów naukowych o tematyce epidemiologicznej postulują również wprowadzenie merytorycznej kontroli rzetelności podawania przyczyn zgonu przez lekarzy na wzór USA (gdzie kontroluje się ok. 3% kart) oraz Anglii i Walii (2%).

Innym rozwiązaniem jest upowszechnienie zatrudniania koronerów (eksperymentalnie pracujących od 2002 roku), do obowiązków których należy stwierdzenie zgonu, ocena jego przyczyn, wystawienie odpowiednich dokumentów oraz prowadzenie ewidencji.

## Badania dotyczące zdrowia

Większość badań dotyczących zdrowia objętych programem badań statystycznych statystyki publicznej polega na analizie zbieranych rutynowo danych przekazywanych przez placówki prowadzące działalność leczniczą lub profilaktyczną, stacje sanitarno-epidemiologiczne, izby lekarskie i inne organizacje samorządowe pracowników ochrony zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego i administracji państwowej oraz inne zobowiązane do tego instytucje.

Są to badania stałe, prowadzone najczęściej przez Ministerstwo Zdrowia, w niektórych przypadkach przy współudziale Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Obrony Narodowej lub Głównego Urzędu Statystycznego.

W programie badań statystyki publicznej na rok 2015 taki charakter mają badania:

- Zachorowania i leczeni na wybrane choroby (symbol - 1.29.02(089));
- Hospitalizacja (1.29.03(090));
- Profilaktyka (1.29.04(091));
- Szczepienia ochronne (1.29.05(092));
- Kadra medyczna ochrony zdrowia (1.29.06(093));
- Infrastruktura ochrony zdrowia i jej funkcjonowanie (1.29.07(094));
- Działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej (1.29.14(096));
- Ekonomiczne aspekty funkcjonowania ochrony zdrowia (1.29.16(097));
- Działalność samorządów lokalnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (1.29.18(099)).

Na tej samej zasadzie GUS prowadzi badania „Apteki” (1.29.09(095)) i „Narodowy Rachunek Zdrowia (1.29.17(098))”. Warto podkreślić znaczenie badania „Hospitalizacja”, prowadzonego na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przez Zakład - Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego-Państwowym Zakładzie Higieny. W ramach badania prowadzona jest baza danych dokumentująca jednostkowe przypadki leczenia szpitalnego w Polsce (ok. 7 mln rekordów rocznie).

### Ankietowe badania gospodarstw domowych realizowane przez GUS

Inny charakter mają cykliczne ankietowe badania gospodarstw domowych realizowane przez GUS. Przeprowadza się je na reprezentatywnych próbach, wylosowanych tak, aby uzyskane wyniki można było uogólnić na populację ogólnopolską, w niektórych przypadkach również na populacje wojewódzkie i oszacować błąd z tym związany. Wywiady przeprowadzają wykwalifikowani ankieterzy, dokumentujący przypadki odmów udziału w badaniu oraz w miarę możliwości

ich przyczyny. Organizacja i metodologia badań europejskich jest zgodna z ich procedurami (odstępstwa i adaptacje do warunków krajowych są odnotowywane). Do tej grupy należą zrealizowane w ostatnich latach: Europejskie ankietowe badanie zdrowia (EHIS), Europejskie badanie warunków życia ludności (EU-SILC), Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą, Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych.

- **Europejskie ankietowe badanie zdrowia (European health interview survey, EHIS)**

GUS przeprowadzał reprezentacyjne ankietowe badanie stanu zdrowia ludności w latach 1996, 2004, 2009 i 2014. W roku 2009 roku po raz pierwszy miało ono formę Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS), realizowanego zgodnie z wytycznymi Eurostatu i powtarzanego co 5 lat.

Realizacja ostatniego badania, objętego programem statystyki publicznej na rok 2014 - symbol 1.29.19(104), wypełnia obowiązek nałożony rozporządzeniem Komisji (UE) nr 141/2013 z dnia 19 lutego 2013 r. w sprawie wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1338/2008 w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy w odniesieniu do statystyk na podstawie Europejskiego ankietowego badania zdrowia EHIS.

Badanie przeprowadzone na wylosowanej reprezentatywnej próbie 0,2% gospodarstw domowych obejmowało wszystkich domowników. Dane zbierano metodą wywiadu bezpośredniego prowadzonego przez ankietera. Narzędzie badawcze stanowiły trzy kwestionariusze: EHIS-1 - skierowany do gospodarstwa domowego, EHIS-2 - do domowników w wieku 15 lat i więcej, EHIS-3 dotyczący dzieci w wieku 0-14 lat, skierowany do ich rodziców lub opiekunów.

Pierwszy kwestionariusz zawierał informacje o gospodarstwie domowym, jego składzie osobowym oraz podstawowych cechach demograficzno-społecznych jego członków (wiek, płeć, kraj urodzenia, obywatelstwa i stałego zamieszkania, poziom wykształcenia, stan cywilny prawny i faktyczny, status zawodowy, główne źródła utrzymania i dochody).

Kwestionariusze badania dostępne na stronie internetowej:

<http://lodz.stat.gov.pl/osrodki/>.

Zakres tematyczny drugiego kwestionariusza dla osób dorosłych obejmował:

- stan zdrowia (jego samoocena, występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych, choroby przewlekłe, niepełnosprawność prawną i biologiczną, poziom sprawności narządów wzroku, słuchu i ruchu, ograniczenia w życiu codziennym i prowadzeniu gospodarstwa domowego, odczuwanie bólu lub dyskomfortu fizycznego, samopoczucie psychiczne, przebyte wypadki skutkujące urazem, dolegliwości spowodowane wykonywaną pracą, nieobecności w pracy wywołane problemami zdrowotnymi);

- korzystanie z usług medycznych (pobyty w szpitalach z noclegiem i dzienne, wizyty u lekarzy dentyistów, pierwszego kontaktu i specjalistów, opłaty formalne i nieformalne za opiekę lekarską, przypadki rezygnacji z pobytów w szpitalach i wizyt u lekarzy oraz ich powody, korzystanie z usług medyczno-opiekuńczych świadczonych w domu, stosowanie i koszt leków przepisanych i nieprzepisanych przez lekarza, korzystanie z usług medycyny alternatywnej);
- profilaktykę (szczepienia przeciw grypie oraz wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, pomiary ciśnienia krwi, poziomu cholesterolu i cukru we krwi, badania profilaktyki przeciwnowotworowej);
- determinanty zdrowia i tryb życia (wzrost i masa ciała, aktywność fizyczna, spożycie warzyw i owoców, palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie narkotyków, narażenie na niekorzystne czynniki środowiskowe w domu, w okolicy miejsca zamieszkania i w pracy, wsparcie społeczne w przypadku poważnych problemów życiowych, metody regulacji urodzeń).

Zakres tematyczny zagadnień poruszanych w trzecim kwestionariuszu dotyczącym dzieci był podobny do poprzedniego, ale pytania różniły się z uwagi na inną skalę problemów zdrowotnych oraz odmienny styl życia badanych.

- **Europejskie badanie warunków życia ludności EU-SILC**

Obowiązek prowadzenia badania EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions) wynika z zalecenia Unii Europejskiej. Jego organizacja i metodologia regulowane są rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1177/2003 z 16 czerwca 2003 r. (ze zmianami zawartymi w rozporządzeniu nr 1553/2005).

W Polsce badanie to prowadzi GUS od 2005 roku. Jest ono objęte programem badań statystyki publicznej jako badanie stałe, prowadzone corocznie (w programie na rok 2015 ma symbol: 1.25.08(059)). Gromadzi ono szeroki zasób danych dotyczących warunków życia ludności, w tym dotyczących bezpośrednio zdrowia (samoocena jego stanu, niepełnosprawność) oraz jego uwarunkowań - zarówno indywidualnych (wiek, płeć, poziom wykształcenia, aktywność ekonomiczna, dochody), jak i rodzinnych (cechy społeczno-demograficzne domowników, warunki mieszkaniowe, problem wykluczenia społecznego).

Badanie jest prowadzone metodą reprezentacyjną na próbie 0,2% gospodarstw domowych. Narzędzie badawcze stanowią dwa typy kwestionariuszy - przeznaczony dla całego gospodarstwa (EU-SILC-G) oraz indywidualne, dla poszczególnych domowników w wieku 16 lat i więcej (EU-SILC-I), wypełniane przez ankietętera podczas wywiadu bezpośredniego.

Badanie ma charakter panelu rotacyjnego w cyklu czteroletnim (co rok wymieniana jest 1/4 próby), czyli wylosowaną grupę respondentów ankietuje się w 4 kolejnych latach, dzięki czemu można zaobserwować i przeanalizować

dynamikę sytuacji, postaw i opinii. W roku 2013 przeprowadzono ok. 13 tys. wywiadów gospodarstw domowych i 28 tys. indywidualnych, wskaźniki realizacji wywiadu wyniosły odpowiednio 84% i 92%.

- **Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą**

Badanie objęte było programem badań statystyki publicznej na rok 2013 (symbol: 1.23.22(052)). Jest to badanie cykliczne (poprzednie dotyczyło lat 2007-2009), prowadzone przez GUS, ujęte przez Eurostat w „Wieloletnim programie modułów ad hoc na lata 2013-2015”, realizowane jako ankieta modułowa przy Badaniu Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL).

Podczas badania zbierane są informacje na temat wypadków przy pracy, innych problemów zdrowotnych związanych z pracą, rodzajów chorób i dolegliwości oraz ich wpływu na codzienną aktywność zawodową i pozazawodową. Badanie służy również określeniu czynników w otoczeniu miejsca pracy, mających niekorzystny wpływ na zdrowie lub samopoczucie. Kwestionariusz badawczy wypełniany jest przez ankietera podczas jednorazowego wywiadu.

Badanie przeprowadzane jest metodą reprezentacyjną, pozwalającą uogólnić otrzymane wyniki na populację ogólnopolską. Monitoruje ono sytuację w jednym kwartale roku metodą obserwacji ciągłej (poszczególne grupy ankietowanych obejmowano badaniem w kolejnych tygodniach) - ostatnie opublikowane wyniki dotyczyły II kwartału 2013 r. Do badania włączono osoby w wieku 15 lat i więcej, które kiedykolwiek pracowały, członków 54,7 tys. wylosowanych gospodarstw domowych (0,4% ogółu mieszkań).

- **Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych**

Jest to badanie cykliczne prowadzone przez GUS co 3-4 lata, do chwili obecnej zrealizowano ich 7 (ostatnie w latach 2013, 2010, 2006, 2004).

Najnowsze, objęte programem badań statystyki publicznej na rok 2013 (1.29.10(091)) przeprowadzono na reprezentatywnej próbie ok. 4,6 tys. gospodarstw domowych liczących 12,5 tys. osób. Zrealizowane było metodą wywiadu bezpośredniego przez ankieterów prowadzących badanie budżetów gospodarstw domowych. Narzędziem badawczym były dwa kwestionariusze: wspólny dla gospodarstwa (DS-50G) i indywidualny dla poszczególnych domowników (DS-50I).

Pytania skierowane do całego gospodarstwa obejmowały kwestie zakupu leków i innych artykułów medycznych, opieki nad chorym w domu, korzystania z usług medycznych niefinansowanych ze środków publicznych, za granicą oraz medycyny niekonwencjonalnej (z uwzględnieniem wydatków i motywacji).

Pytania do domowników dotyczyły stanu zdrowia, korzystania z ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki zdrowotnej i oceny jakości świadczonych przez nią usług, zakupu leków, wydatków na opieką zdrowotną, postaw wobec transplantacji.

## Międzynarodowe projekty badawcze

Kolejną grupę badań związanych ze zdrowiem stanowią duże międzynarodowe projekty badawcze o ustalonej metodologii, w wielu przypadkach koordynowane przez WHO (np. HBSC, GATS) i cyklicznie powtarzane (HBSC, SHARE). Są one prowadzone poza programem badań statystyki publicznej.

- **Badanie nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC (Health Behaviour in School-aged Children. WHO Collaborative Study)**

Badania te prowadzone są od 1982 roku. Obecnie sieć badawcza HBSC liczy 43 kraje i współpracuje na zasadzie partnerstwa z Europejskim Biurem WHO. Badania ankietowe uczniów w wieku 11, 13 i 15 lat powtarza się cyklicznie co cztery lata z zachowaniem ujednoczonej procedury. Polska bierze w nich udział od 1990 roku, w 2014 r. zrealizowano w naszym kraju siódmą edycję badania (wyników jeszcze nie opublikowano). Prowadzi je Instytut Matki i Dziecka (Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży).

Organizacja badań jest zgodna z międzynarodowym protokołem opracowanym przez członków sieci HBSC.

Narzędziem pomiaru jest standardowy międzynarodowy kwestionariusz, tłumaczony i adaptowany przez kraje członkowskie. Zawiera on pytania obowiązkowe i rekomendowane pytania opcjonalne. Każdy kraj może również dołączyć do swojego kwestionariusza dodatkowe pytania własne. Zakres tematyczny badań systematycznie się rozszerza, w 2010 roku obejmował on następujące grupy zagadnień: struktura rodziny, jej status społeczno-materialny i relacje między jej członkami, nauka szkolna, kontakty z rówieśnikami, dojrzewanie płciowe, zajęcia w czasie wolnym, aktywność fizyczna, zachowania sedenteryjne, zdrowie i związana z nim jakość życia, zachowania żywieniowe, palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie narkotyków, życie seksualne, urazy oraz przemoc.

Wiek uczestników badania w Polsce odpowiada uczniom V klasy szkoły podstawowej oraz I i III gimnazjum (w 2010 roku, dodatkowo, poza protokołem HBSC badano uczniów z II klas szkół ponadgimnazjalnych, w wieku 17 lat). Dla celów porównawczych w kolejnych edycjach badania biorą udział te same szkoły, dopiero gdy placówka przestanie istnieć lub odmówi udziału, na jej miejsce włączana jest kolejna z listy rezerwowej. Do badania losuje się klasy (2-4 w jednej szkole). Ogólną próbę rozpisano na województwa, proporcjonalnie do liczby ludności w województwie, ze stratyfikacją na wielkość miejscowości. Ze względów organizacyjnych badanie prowadzone jest tylko w niektórych województwach (w 2010 roku - w ośmiu).

Badanie w szkołach prowadzą ankieterzy, ale formularze wypełniają sami uczniowie, wszyscy obecni w klasie danego dnia. Wskaźnik realizacji próby jest zwykle wysoki, w roku 2010 wnosił niemal 90% (zbadano uczniów ze 152 szkół

i 307 klas, do których uczęszczało 6898 osób, uzyskując dane dotyczące 6162 z nich).

Wyniki badania można uznać za reprezentatywne dla ogółu uczniów polskich w odpowiednim wieku.

- **Badanie zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę w Europie - SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)**

Celem projektu było stworzenie i rozwijanie międzynarodowej bazy danych dotyczących zdrowia, statusu socjoekonomicznego oraz stosunków rodzinnych i społecznych Europejczyków po 50 roku życia. Zgromadzone dane są dostępne do wykorzystania dla celów naukowych po bezpłatnej rejestracji na stronie [www.shareproject.org](http://www.shareproject.org). Prace trwają od 2004 roku, łącznie brało w nich udział 18 krajów Europy oraz Izrael. Polska uczestniczyła w trzech z pięciu przeprowadzonych dotąd rund badania (od 2006 do 2012 roku) i przygotowuje się do udziału w kolejnej, planowanej na rok 2015. Podczas ostatniej edycji badania realizowanej w naszym kraju (2011-2012) przebadano 1724 respondentów.

Projekt SHARE koordynowany jest przez Munich Research Institute for the Economics of Aging (MEA) i finansowany głównie przez Komisję Europejską. Polscy wykonawcy to fundacja Centrum Analiz Ekonomicznych CenEA, Instytut Statystyki i Demografii Szkoły Głównej Handlowej, Instytut Badań Edukacyjnych i Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego.

Uczestnikami badania są losowo wybrani liczący 50 lub więcej lat mieszkańcy krajów biorących udział w projekcie oraz ich partnerzy. Dane pozyskiwane są metodą obszernych wywiadów, przeprowadzanych przez ankietera z tymi samymi osobami w regularnych odstępach czasu (cykliczne badanie panelowe). W związku ze zmniejszaniem się grupy respondentów (zgony, wyjazdy) oraz zmianami w jej strukturze wieku do badania włączani są okresowo nowi, wyłonieni drogą losowania, uczestnicy.

Wywiad obejmuje następujące obszary tematyczne: dane demograficzne, zdrowie fizyczne i psychiczne, styl życia, zdolności poznawcze, opieka zdrowotna, zatrudnienie i emerytura, dzieci, miejsce zamieszkania, dochody, konsumpcja, sytuacja finansowa, aktywność społeczna, oczekiwania na przyszłość. Dane o stanie zdrowia dotyczą jego oceny subiektywnej, przebytych chorób, odczuwanych dolegliwości, przyjmowanych leków, wzrostu i masy ciała, stanu wzroku i słuchu, ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności, a także miar obiektywnych (siła uścisku dłoni, siła wydmuchu powietrza, szybkość chodzenia, test wstawiania z krzesła). Zagadnienia opieki zdrowotnej obejmują wizyty lekarskie, pobyty w szpitalu i w domu opieki, przebyte operacje, opiekę medyczną w domu, nieoficjalne płatności za opiekę zdrowotną, ubezpieczenie zdrowotne. Po śmierci respondenta przeprowadzany jest wywiad z jego domownikami dotyczący m. in. okoliczności i przyczyny zgonu.



Zgromadzone dane dają obraz sytuacji zdrowotnej oraz wielu innych aspektów życia osób w wieku powyżej 50 lat, starając się zapewnić porównywalność opisów pochodzących z różnych krajów.

- **Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe - GATS (Global Adult Tobacco Survey)**

Badania GATS przeprowadzane są od 2007 roku z inicjatywy WHO w ramach Globalnego Systemu Monitorowania Używania Tytoniu (Global Tobacco Surveillance System - GTSS) w krajach o szczególnie wysokim poziomie konsumpcji wyrobów tytoniowych. Ich cel stanowi zebranie porównywalnych w skali międzynarodowej danych dotyczących używania tytoniu i sposobów ograniczenia tego zjawiska. Badania ankietowe o standardowej metodologii zrealizowano dotąd w 15 krajach, w których łącznie żyje ponad połowa wszystkich palaczy na świecie. Przeprowadza się je na reprezentatywnej dla kraju pod względem płci i miejsca zamieszkania losowej próbie mieszkańców w wieku 15 i więcej lat.

W Polsce badanie było przeprowadzane w latach 2009-2010 przez Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Warszawski Uniwersytet Medyczny oraz agencję badania opinii publicznej Pentor Research International. Prace koordynowało Ministerstwo Zdrowia oraz biuro WHO w Polsce. Łącznie zrealizowano 8 948 sondaży gospodarstwa domowego i 7840 pełnych wywiadów indywidualnych, całkowity wskaźnik realizacji próby wyniósł 65,1% (w części gospodarstw nie było osób spełniających kryteria wywiadu indywidualnego).

Zakres pytań (zgodnie z metodologią GATS dostosowany do potrzeb krajowych) obejmował kwestie palenia papierosów i używania tytoniu w innej formie, rzucania palenia, biernego palenia, ekonomicznych aspektów palenia tytoniu oraz wiedzy, postaw i postrzegania tych zagadnień. Ustalano również cechy społeczno-demograficzne respondenta, poziom dochodów, wyposażenie gospodarstwa domowego, miejsce zamieszkania w wieku 14 lat i stosunek do wiary.

## **Krajowe badania epidemiologiczne**

Wiele informacji o rozpowszechnieniu chorób i problemów zdrowotnych w Polsce pochodzi z krajowych badań epidemiologicznych, prowadzonych poza programem badań statystyki publicznej. Do najważniejszych w ostatnich pięciu latach, należą przedstawione poniżej badania NATPOL 2011, WOBASZ II i EZOP, obejmujące stosunkowo duże losowe próby wyłonione z populacji ogólnopolskiej z zachowaniem starań o reprezentatywność pod względem płci, wieku i miejsca zamieszkania.

- **Nadciśnienie tętnicze oraz inne czynniki ryzyka chorób serca i naczyń w Polsce - NATPOL 2011**

Badanie realizowane w 2011 roku przez zespół Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku we współpracy z Katedrą i Kliniką Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Zakładem Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia Instytutu Kardiologii w Warszawie.

Główny cel projektu stanowiła ocena rozpowszechnienia nadciśnienia tętniczego oraz innych podstawowych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, w tym zaburzeń lipidowych i cukrzycy w Polsce. Badanie przeprowadzono na losowej próbie mieszkańców Polski w wieku 18-79 lat, reprezentatywnej dla ogółu populacji pod względem struktury wieku, płci i miejsca zamieszkania (województwo, wielkość miejscowości); wzięło w nim udział 2413 osób, wskaźnik efektywności przekroczył 60%.

Badanie uczestnika obejmowało wywiad ankietowy, pomiary ciśnienia tętniczego podczas dwóch oddzielnych wizyt, pomiary antropometryczne oraz analizy krwi i moczu w celu dokonania oznaczeń biochemicznych. Było to czwarte badanie z serii, poprzednie przeprowadzono w latach 1994, 1997 i 2002.

Projekt był współfinansowany przez przedstawicieli przemysłu farmaceutycznego.

- **Drugie Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ II)**

Badanie prowadzono w latach 2013-2014. Jego głównym celem była ocena sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób układu krążenia w całej dorosłej populacji polskiej oraz w poszczególnych województwach. Wyników badania dotąd nie opublikowano. Miało ono objąć około 7500 osób w wieku 20 lat lub więcej, spośród losowej reprezentatywnej próby 15 000 mieszkańców 100 gmin z całej Polski. Dla celów porównawczych uczestników badania wylosowano spośród mieszkańców gmin biorących udział w jego pierwszej edycji przeprowadzonej w latach 2003-2005. Udział w badaniu obejmował wywiad ankietowy, pomiary fizykalne (antropometryczne, ciśnienia tętniczego, pracy serca) i biochemiczne analizy krwi.

W projekcie brały udział następujące ośrodki naukowe: Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Collegium Medicum - Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu; centralnym koordynatorem był Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana kardynała Wyszyńskiego. Badanie finansowano ze środków Ministerstwa Zdrowia w ramach programu POLKARD.

Uzyskane wyniki mają zostać włączone do systemu monitorowania czynników ryzyka chorób układu krążenia w krajach Unii Europejskiej w ramach projektu EHES (European Health Examination Survey).

- **Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska**

Badanie prowadzone było w latach 2009-2012 przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, Katedrę i Klinikę Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny. Zrealizowano je metodą bezpośrednich wywiadów na próbie osób w wieku 18-65 lat reprezentatywnej dla ogółu ludności Polski pod względem struktury wieku, płci, województwa i wielkości miejscowości zamieszkania. Badanie realizowano metodą do wyczerpania - zakładając przeprowadzenie 10 tysięcy wywiadów, wylosowano nadmiarową próbę liczącą 24 tysiące osób. Ostatecznie zebrano 10082 wywiady, a poziom realizacji próby wyniósł 50,4%. Właściwe badanie ankietowe prowadzono na przetomie lat 2010 i 2011.

Wyniki pozwoliły na oszacowanie rozpowszechnienia wybranych zaburzeń psychicznych w populacji w wieku 18-65 lat z uwzględnieniem jego społeczno-demograficznego zróżnicowania, a także ocenę postaw wobec zaburzeń psychicznych oraz opinii na temat dostępności do leczenia psychiatrycznego.

Podsumowując, wyniki badań dotyczących zdrowia prowadzonych w ramach statystyki publicznej nie dają pełnego obrazu sytuacji. W sposób jednostkowy rejestrowane są jedynie przypadki hospitalizacji, leczenie ambulatoryjne dokumentowane jest w formie zbiorczych zestawień. W przypadku badania chorobowości szpitalnej udoskonalenia wymagają głównie mechanizmy zapewniające jakość i kompletność zgłoszeń.

Coraz częściej podejmowane są próby szacowania rozpowszechnienia chorób (np. cukrzycy czy zawałów serca) w oparciu o dokumentację medyczną i zasoby Narodowego Funduszu Zdrowia, jednak informacje na ten temat dla większości chorób niezakaźnych pochodzą z ankietowego badania ludności (EHIS), a nie analizy danych z placówek medycznych i farmaceutycznych. Nie ma również możliwości regularnego raportowania do WHO wielu innych oczekiwanych informacji dotyczących np. antykoncepcji, karmienia piersią, czy palenia tytoniu. W niektórych, omówionych powyżej przypadkach szacunkowych danych dostarczają duże badania epidemiologiczne, z reguły nie są one jednak prowadzone systematycznie.

Dokładniejszego monitorowania wymaga działalność podstawowej opieki zdrowotnej, zarówno poprzez pogłębioną analizę danych zbieranych rutynowo, jak i połączenie jednostkowych danych o świadczeniach udzielanych pacjentom z informacjami pochodzącymi z innych źródeł (hospitalizacje, niepełnospraw-

ność, umieralność). Rozwiązanie takie wymaga jednak zmian legislacyjnych i organizacyjnych, zapewniających badaczom dostępność potrzebnych danych i usprawnienie ich przepływu.

## System informacyjny na temat zarządzania zdrowiem

W Polsce nie istnieje jednolity system informacyjny dotyczący zarządzania w obszarze zdrowia. Stworzenie takiego systemu, przetwarzającego dane niezbędne do prowadzenia polityki zdrowotnej państwa, podnoszenia jakości i dostępności świadczeń oraz finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia, zapowiada ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia z późniejszymi zmianami.

Zintegrowany teleinformatyczny system ma zawierać bazy danych z informacjami o udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej, usługodawcach (zarówno z sektora państwowego, jak i prywatnego), pracownikach medycznych oraz o usługobiorcach/pacjentach. Przetwarzane dane o pacjentach mają obejmować personalia, numer PESEL, płeć, datę urodzenia, obywatelstwo, stan cywilny, wykształcenie, adres zamieszkania lub miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, stopień niepełnosprawności, oznaczenia dokumentu tożsamości, rodzaj uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej oraz numer i termin ważności potwierdzających je dokumentów, dane kontaktowe, datę i przyczynę zgonu oraz jednostkowe dane medyczne.

Na cały system mają składać się bazy danych dotyczących świadczeń zdrowotnych (udostępniane przez usługodawców, tworzące tzw. System Informacji Medycznej - SIM), rejestry medyczne oraz dziedzinowe systemy teleinformatyczne:

- System Rejestru Usług Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia;
- System Statystyki w Ochronie Zdrowia;
- System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia;
- System Wspomagania Ratownictwa Medycznego;
- System Monitorowania Zagrożeń;
- System Monitorowania Dostępności do Świadczeń Opieki Zdrowotnej;
- System Monitorowania Kosztów Leczenia i Sytuacji Finansowo-Ekonomicznej Podmiotów Lecznicznych;
- Zintegrowany System Monitorowania Obrotu Produktami Lecznicznymi;
- System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych.

System informacji ma być obsługiwany przez dwa portale internetowe: Platformę Udostępniania On-Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych (P2) - umożliwiającą pozyskanie i przetwarzanie danych z rejestrów medycznych

oraz Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1), udostępniającą zasoby SIM usługobiorcom, usługodawcom, jednostkom samorządu terytorialnego i administracji państwowej do celów informacyjnych, kontrolnych, naukowych, statystycznych, itp.

Platforma P2 umożliwi pozyskiwanie i przetwarzanie danych z około 30 działających w Polsce rejestrów medycznych (placówek, specjalistów, zdarzeń związanych z ochroną zdrowia). Są one prowadzone przez różne jednostki i co do zasady nie były dotąd w stanie wymieniać informacji między sobą, a w większości przypadków także z otoczeniem zewnętrznym, ani też świadczyć e-usług. Platforma P1 zapewni pacjentom, lekarzom i placówkom ochrony zdrowia, jednostkom samorządu terytorialnego, administracji państwowej i innym uprawnionym podmiotom dostęp (w zakresie zgodnym z ustawą) do zgromadzonych w systemie informacji w celach medycznych, badawczych, statystycznych, kontrolnych, itp. Zaplanowane rozwiązania przewidują m. in.:

- tworzenie, gromadzenie i udostępnianie elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta na każdym etapie jego diagnostyki i terapii dla zapewnienia możliwie najwyższego poziomu opieki;
- elektroniczną obsługę recept, skierowań, zapisów na badania, co pozwoli na usprawnienie procesów administracyjnych związanych z ochroną zdrowia;
- udostępnienie podmiotom nadzorującym i kontrolującym sektor ochrony zdrowia w Polsce wiarygodnych i aktualnych informacji statystycznych, pozwalających monitorować i planować działania w tej dziedzinie;
- wymianę danych między systemami różnych krajów Unii Europejskiej, zgodnie z założeniami polityki UE o zapewnieniu interoperacyjności systemów w zakresie ochrony zdrowia.

W systemie będzie dostępna informacja o zdarzeniach medycznych dotyczących wszystkich obywateli naszego kraju niezależnie od płatnika, a także cudzoziemców korzystających ze świadczeń zdrowotnych w Polsce.

W chwili obecnej system jest na etapie tworzenia rozwiązań organizacyjnych, techniczno-informatycznych, a także legislacyjnych (Trybunał Konstytucyjny wyrokiem z dnia 18 grudnia 2014 (Dz.U.2015.0.15) orzekł o niezgodności z konstytucją części zapisów ustawy dotyczącej rejestrów medycznych). Prace nad nim koordynuje Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Od stycznia 2013 roku działa portal internetowy [www.rejestrymedyczne.csioz.gov.pl](http://www.rejestrymedyczne.csioz.gov.pl) udostępniony w ramach platformy P2. Do chwili obecnej zintegrowano z nim 5 rejestrów: aptek (ogólnodostępnych, punktów aptecznych, aptek szpitalnych, zakładowych oraz działów farmacji szpitalnej), hurtowni farmaceutycznych, produktów leczniczych (ludzkich i weterynaryjnych zarejestrowanych w Polsce), diagnostów laboratoryjnych oraz systemów kodowania (słowników terminów i kodów medycznych).

Zgodnie z ustawą prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej i wymiana takich dokumentów między usługodawcami za pośrednictwem platformy internetowej będzie obowiązywać od 1 sierpnia 2017 r. (obecnie dokumentacja może być prowadzona w formie papierowej). Przekazywanie tą drogą danych medycznych służbom statystyki publicznej ma zacząć się 1 stycznia 2018 r.

Ocena działania powstającego dopiero systemu, w tym jakości danych oraz sposobów ich analizy i wykorzystania jest kwestią dalszej przyszłości.

## Rejestry chorób

W ramach statystyki publicznej w Polsce działają cztery rejestry chorób, gromadzące zgłaszane obowiązkowo indywidualne dane o przypadkach zachorowań na obszarze całego kraju. Są to Krajowy Rejestr Nowotworów, Centralny Rejestr Gruźlicy, Rejestr zakażeń wirusem HIV i zachorowań na AIDS oraz Centralny Rejestr Chorób Zawodowych.

Obowiązek zgłaszania oraz rejestrowania przypadków gruźlicy oraz HIV/AIDS wynika z ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. (z późniejszymi zmianami) o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Lekarz, który podejrzewa lub rozpoznaje przypadek takiej choroby, ma obowiązek niezwłocznego zgłoszenia go do stacji sanitarnej lub upoważnionej placówki właściwej dla danej choroby. Ten sam obowiązek ma kierownik laboratorium wykonującego badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych. Odpowiednie rejestry o zasięgu ogólnokrajowym powinny być prowadzone przez Głównego Inspektora Sanitarnego lub wskazane przez niego krajowe specjalistyczne jednostki, właściwe ze względu na rodzaj zakażenia lub choroby.

### Centralny Rejestr Gruźlicy

Działa w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie (Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą).

Podstawą umieszczenia przypadku w rejestrze jest wypełnione przez lekarza i przekazane za pośrednictwem stacji sanitarno-epidemiologicznej „Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania gruźlicy” (druk ZLK-2). Wzór formularza zawarty jest w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej.

Zgłoszenie zawiera: dane chorego (personalia, datę urodzenia, płeć, numer PESEL, adres), nazwę podejrzanego lub stwierdzonego stanu (z kodem ICD-10), okoliczności wykrycia choroby (w kategoriach: objawy, styczność z innym chorym,

badanie grup ryzyka, inne badania profilaktyczne, hospitalizacja, badanie sekcyjnej), liczbę osób współzamieszkujących z pacjentem, informacje o styczności z czynną gruźlicą, kontakcie ze zwierzętami gospodarskimi, wcześniejszym rozpoznaniu i leczeniu gruźlicy, szczepieniach, lokalizacji i stanie bakteriologicznej choroby, wynikach badań oraz dane placówki i osoby zgłaszającej.

Zgłoszenie wpływa do Instytutu w formie karty papierowej, gdzie wykwalifikowani pracownicy wprowadzają dane do bazy komputerowej. Ewentualne luki lub nieścisłości są uzupełniane po kontakcie telefonicznym z lekarzem wystawiającym zgłoszenie. Rejestr gromadzi informacje imienne, od 2002 r. roku jest zarejestrowany w Biurze Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

Jednocześnie rejestr otrzymuje ze wszystkich 41 akredytowanych w Polsce specjalistycznych laboratoriów informacje o pozytywnym wyniku badań w kierunku gruźlicy, w tym szczególnie ważne dane o lekooporności (druk ZLB-2; wzór zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności przekazywania zgłoszeń).

Formalnie zgłoszenia te nie są podstawą do umieszczenia przypadku w rejestrze, ale służą weryfikacji danych. W przypadku braku zgłoszenia potwierdzonego laboratoryjnie przypadku choroby, Instytut zwraca się pośrednictwem właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej do odpowiedniego lekarza o wystawienie karty zgłoszenia. Inspekcja sanitarna ma ustawowe prawo egzekwowania dopełnienia tego obowiązku. Dzięki dobrej współpracy z laboratoriami i stacjami sanitarnymi przyjęta procedura postępowania zapewnia bardzo wysoką kompletność danych (ponad 99%), choć czasem występują problemy z terminowością zgłoszeń (nie następują one niezwłocznie, a w niektórych przypadkach nawet po upływie kilku miesięcy).

Lekarze nie mają natomiast obowiązku zgłaszania do rejestru wyników leczenia, w szczególności zawiadamiania o jego przerwaniu, co zdarza się relatywnie często, gdyż wielu pacjentów należy do grup ryzyka społecznego. Mimo, że część lekarzy przekazuje te informacje na zasadzie dobrowolności, prawne uregulowanie raportowania wyników leczenia poważnie poprawiłoby monitorowanie zachorowań na gruźlicę.

Do 2013 roku zgłoszenie zawierało również dane o cechach społeczno-demograficznych pacjentów (stan cywilny, wykształcenie, status społeczny, obywatelstwo, miejsce zamieszkania w układzie miasto/wieś), Zgodnie ze wspomnianym rozporządzeniem Ministra Zdrowia, od 2014 roku dane te nie są już zbierane. W przyszłości utrudni to analizę sytuacji epidemiologicznej, szczególnie w grupach ryzyka (tu duże znaczenie miało określenie statusu społecznego - bezrobocie - oraz poziomu wykształcenia). Ważne jest również monitorowanie sytuacji

epidemiologicznej gruźlicy wśród cudzoziemców i imigrantów. Rejestry innych krajów gromadzą informacje o narodowości lub kraju urodzenia chorego.

Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc co roku wydaje biuletyn „Gruźlica w Polsce”, dostępny bez ograniczeń w wersji elektronicznej na stronie Instytutu ([www.igichp.edu.pl/](http://www.igichp.edu.pl/)).

## Rejestr zakażeń wirusem HIV i zachorowań na AIDS

Rejestr ogólnopolski działa w Zakładzie Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny. Obejmuje przypadki zakażeń i zachorowań w populacji korzystającej z koordynowanej przez Krajowe Centrum ds. AIDS sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych. Przypadki rozpoznane przez lekarza zgłaszane są do inspekcji sanitarnej w formie „Zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia HIV/ zachorowania na AIDS/ zgonu osoby zarażonej HIV/ chorej na AIDS” (druk ZLK-4). Jego wzór zawarty jest w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej.

Zgłoszenie zawiera: dane pacjenta (personalia, datę urodzenia, płeć, numer PESEL, adres), nazwę podejrzanego lub stwierdzonego stanu (z kodem ICD-10), informacje o przynależności do grup szczególnie narażonych i przypuszczalnej drodze zakażenia, wyniki badań, w przypadku osób zmarłych - datę i przyczynę zgonu (z kodem ICD-10), dane placówki i osoby zgłaszającej. Zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi osoba zakażona wirusem HIV lub chora na AIDS może zastrzec dane umożliwiające jej identyfikację. Niemal wszyscy pacjenci korzystają z tego prawa. W takim przypadku zgłoszenie powinno zawierać inicjały chorego lub hasło, wiek, płeć, powiat zamieszkania, rozpoznanie kliniczne oraz drogę zakażenia. W praktyce zgłoszenia bywają niemal anonimowe, co uniemożliwia ich późniejsze uzupełnienie i komplikuje proces wykluczania powtórnych zgłoszeń.

Drugie źródło danych stanowią nadsyłane przez kierowników laboratoriów diagnostycznych „Zgłoszenia dodatniego wyniku badania w kierunku ludzkiego wirusa braku odporności (HIV)” (druk ZLB-3; wzór zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności przekazywania zgłoszeń.

Zgłoszenia trafiają do Wojewódzkich Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych, prowadzących rejestry wojewódzkie, gdzie eliminowane są zgłoszenia powtórne. Stacje w miarę możliwości uzupełniają brakujące informacje, na podstawie



rozmowy z lekarzem prowadzącym/ zlecającym badanie lub inną wyznaczoną w danej placówce medycznej osobą.

Następnie informacje (w formie papierowej) przesyłane są do rejestru ogólnokrajowego, gdzie procedura łączenia danych pacjenta pochodzących z różnych źródeł i wykluczania zgłoszeń powtórnych przeprowadzana jest ponownie. Dopiero wówczas uporządkowane dane wprowadzane są do bazy komputerowej Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH.

Zgłoszenia często nie zawierają pełnych danych - jedynie ok. 70% z nich zawiera jednoznaczny identyfikator pacjenta (np. płeć i pełną datę urodzenia); informacja o przypuszczalnej drodze zakażenia podawana jest w 50-70% przypadków. Kompletność danych w rejestrze jest trudna do oszacowania. Obok niepełnej zgłaszalności (ok. 70% - owej) problem stanowi anonimowość dokumentacji, w wielu przypadkach uniemożliwiająca nie tylko późniejszą weryfikację podanych informacji, ale również połączenie zgłoszenia lekarskiego z jego laboratoryjnym potwierdzeniem, co stwarza możliwość dublowania zgłoszeń.

Zastrzeżenia budzi również terminowość przekazywania danych, teoretycznie raz w miesiącu, w praktyce są opóźnienia, co oznacza potrzebę późniejszego uzupełniania zbiorów i rekalkulacji opracowywanych zestawień.

Na podstawie danych z rejestru na stronie internetowej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny ([http://www.pzh.gov.pl/old-page/epimeld/hiv\\_aids/index.htm](http://www.pzh.gov.pl/old-page/epimeld/hiv_aids/index.htm)) publikowane są ogólnodostępne miesięczne raporty o liczbie nowo zarejestrowanych przypadków zakażenia wirusem HIV oraz zachorowań i zgonów z powodu AIDS w podziale według województw, wieku chorych, najbardziej prawdopodobnej drogi zakażenia.

## **Krajowy Rejestr Nowotworów**

Rejestr prowadzony jest przez Krajowe Biuro Rejestracji Nowotworów, wyodrębnioną komórkę Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie; aktualną podstawę prawną jego działalności stanowi rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów.

System rejestracji współtworzą wojewódzkie biura rejestracji, których instytucjonalną siedzibę w każdym z województw również określa powyższe rozporządzenie. Przepływ informacji dotyczących zachorowań reguluje wydawane corocznie Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej; obecnie obowiązuje rozporządzenie na rok 2015 z dnia 27 sierpnia 2014.

Obowiązek lekarzy zgłaszania rozpoznanych przypadków nowotworów złośliwych do Krajowego Rejestru Nowotworów zapisano w ustawie o zmianie ustawy

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z dnia 22 lipca 2014.

Dane z placówek medycznych trafiają do wojewódzkich biur rejestracji (w formie papierowej raz w miesiącu, w postaci elektronicznej - sukcesywnie), gdzie wprowadza się je do wspólnej komputerowej bazy Krajowego Rejestru Nowotworów. Jednocześnie są one uzupełniane i poddawane procesowi walidacji przy wykorzystaniu specjalistycznego oprogramowania, w tym zaimplementowanych w systemie słowników. Pracownicy biur są wykwalifikowanymi specjalistami o unikatowej wiedzy zarówno o chorobach nowotworowych, jak i systemie organizacji opieki zdrowotnej w Polsce.

Podstawą sprawozdawczości w tej dziedzinie są karty zgłoszenia nowotworu złośliwego (MZ/N-1a), wypełniane przez wszystkie placówki służby zdrowia w przypadku pierwszego rozpoznania u pacjenta nowotworu złośliwego (lub raka in situ) oraz nowych okoliczności mających związek z chorobą (np. uzyskanie wyniku badania histologicznego, zmiana rozpoznania klinicznego, metody leczenia, stanu zaawansowania choroby, zgon pacjenta). Przy braku takich zmian kartę wypełnia się raz w roku dla wszystkich pacjentów po przebytym leczeniu, nawet jeśli nie stwierdza się u nich cech czynnej choroby nowotworowej. Zgłoszenie należy wypełniać również w przypadkach zgonów z powodu nowotworu złośliwego oraz zgonów z innych przyczyn, jeśli z wywiadu wynika, iż pacjent przeżył leczenie nowotworu złośliwego.

Aktualny wzór karty zamieszczony jest w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 13 września 2013 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2013.

Karta zawiera dane pacjenta wraz z cechami społeczno-demograficznymi (personalna, datę urodzenia, płeć, numer PESEL, adres, wykształcenie, obywatelstwo, a w przypadku cudzoziemców kraj pochodzenia, rozpoznanie kliniczne (kod według klasyfikacji ICD-10, lokalizacja i opis nowotworu, rozpoznanie histopatologiczne, klasyfikacje zaawansowania), informacje o badaniach diagnostycznych, charakterystykę leczenia, w przypadku osób zmarłych okoliczności zgonu (data, miejsce, przyczyna w układzie nowotwór/inna), dane lekarza i ośrodka zgłaszającego. Wśród danych tych brak jest kompleksowego wskaźnika statusu socjoekonomicznego - czynnika bardzo istotnego dla zapadalności i przebiegu choroby nowotworowej (częściowo rolę tę spełnia informacja o wykształceniu).

Gromadzenie i przetwarzanie przez rejestr danych osobowych napotyka na problemy legislacyjne i było przedmiotem zastrzeżeń Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych. Krajowy Rejestr Nowotworów w obecnej strukturze został utworzony decyzją Ministra Zdrowia. W grudniu 2014 roku Trybunał

Konstytucyjny uznał tworzenie tego rodzaju rejestrów mocą rozporządzenia ministra (a nie ustawy) za niezgodne z konstytucją, zastrzegł jednak, że rejestry już utworzone mogą być nadal prowadzone (Dz.U.2015.0.15).

Kwestia równowagi legislacyjnej między ochroną danych osobowych w celu zabezpieczenia przed wykorzystywaniem komercyjnym a udostępnianiem ich na potrzeby statystyki publicznej jest bardzo istotna dla rejestrów medycznych w wielu krajach UE, zwracających się w tej sprawie m. in. do członków Parlamentu. Prowadzenie rejestru dokumentującego zapadalność w zależności od cech społeczno-demograficznych, procesy diagnostyki i terapii oraz przebieg choroby, zwłaszcza przewlekłej, wymaga przetwarzania danych osobowych pacjentów lub wprowadzenia systemu ich jednoznacznych identyfikatorów.

Kolejnym problem stanowią kwestie finansowe. Obecną strukturę rejestru zbudowano przy znacznym wsparciu ze środków Unii Europejskiej. Jednak bieżąca działalność zlecona Centrum Onkologii i instytucjom prowadzącym wojewódzkie biura rejestracji przez Ministerstwo Zdrowia nie jest przez nie bezpośrednio finansowana. Szczególnie trudna jest sytuacja w ośrodkach lokalnych, z których część zmieniła osobowość prawną i została przekształcona w spółki, które przejęły zobowiązania jedynie do prowadzenia działalności leczniczej. Brak wystarczających środków finansowych poważnie utrudnia, a w przyszłości może uniemożliwić działalność rejestru w obecnym kształcie.

Trzeba nadmienić, że rejestry nowotworów w wielu krajach, w tym uważany przez nas za wzorcowy rejestr fiński, działają niezależnie od systemu opieki zdrowotnej i Ministerstwa Zdrowia.

Kompletność rejestracji nowotworów w ostatnich latach systematycznie się poprawia, w 2007 r. w skali kraju wynosiła 83%, w 2010 r. - 91%, w 2011 r. - 94%, wykazując jednak duże różnice między poszczególnymi województwami. W związku z działaniami legislacyjnymi oraz staraniami Ministerstwa Zdrowia w roku 2012 nastąpił dalszy istotny wzrost zgłaszalności zachorowań, co stworzyło potrzebę opracowania nowej metodologii szacowania kompletności rejestracji nowotworów.

Pośrednią miarą jakości danych w rejestrze może być odsetek przypadków z rozpoznaniem: nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia (C80 wg ICD-10). W 2012 roku jego wartość w poszczególnych województwach wynosiła dla mężczyzn od 0,9% (podlaskie) do 2,4% (łódzkie, pomorskie), zaś dla kobiet od 1,1% (podlaskie) do 2,3% (podkarpackie). W tym samym roku przy określaniu przyczyn zgonów odsetek bezużytecznych kodów dotyczących nowotworów (w klasyfikacji ICD-10: C76 - nowotwór złośliwy umiejscowień innych i niedokładnie określonych oraz wspomnianego wyżej C80) w większości województw przekraczał 5% (a dla kobiet w województwie lubelskim i zachodniopomorskim wynosił nawet odpowiednio 9,5%, i 9,4%).

Krajowy Rejestr Nowotworów corocznie wydaje monografię „Nowotwory złośliwe w Polsce” ogólnie dostępną również na stronie internetowej (<http://onkologia.org.pl/>). Przedstawione są w niej m. in. struktura zachorowań i zgonów, ich trendy czasowe, zróżnicowanie przestrzenne, analiza przeżyć, częstość potwierdzeń histopatologicznych rozpoznań. Ponadto na stronie internetowej Rejestru dostępne są w formie generowanych on-line zestawień dane o zachorowaniach i zgonach na nowotwory złośliwe z lat 1999-2012 w podziale według kodu ICD-10 choroby, płci, wieku, województwa i powiatu zamieszkania pacjenta.

## Centralny Rejestr Chorób Zawodowych

Polski Kodeks pracy (artykuł 237) nakłada na Ministerstwo Zdrowia obowiązek określenia w drodze rozporządzenia sposobu dokumentowania chorób zawodowych i ich skutków, a także obliguje utworzenie i prowadzenie rejestru tych chorób. Zgodnie z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych rejestr działa przy Instytucie Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi.

Dokumentem źródłowym jest dla niego „Karta stwierdzenia choroby zawodowej”, wypełniana i przekazywana przez stacje sanitarno-epidemiologiczne dla każdego stwierdzonego w kraju przypadku choroby zawodowej. To samo rozporządzenie nakłada na pracodawcę chorego obowiązek wypełnienia i przekazania do rejestru „Zawiadomienia o skutkach choroby zawodowej”. Wzory karty i zawiadomienia zawarte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób.

W „Karcie stwierdzenia choroby zawodowej” zawarte są następujące informacje: dane personalne chorego, płeć, data urodzenia, adres, numer ewidencyjny PESEL, forma zatrudnienia, zawód, stanowisko, rodzaj wykonywanych czynności, czynnik, który wywołał chorobę zawodową, okres narażenia, pozostałe czynniki mające udział w powstaniu choroby, nazwa choroby zawodowej, data jej rozpoznania, w przypadku rozpoznania pośmiertnego - data zgonu, a także dane pracodawcy, osoby przeprowadzającej ocenę warunków pracy i jednostki orzeczniczej, która rozpoznała chorobę.

„Zawiadomienie o skutkach choroby zawodowej” obok danych chorego zawiera okres niezdolności do pracy lub czasowego przeniesienia na inne stanowisko, wysokość uszczerbku na zdrowiu, fakt wypłacenia odszkodowania, przyznania świadczenia wyrównawczego z tytułu uszczerbku na zdrowiu, renty szkoleniowej, okresowej lub stałej.

Prowadzenie rejestru i analiz występowania chorób zawodowych w Polsce zgodne jest z Rozporządzeniem 1338/2008 Parlamentu Europejskiego i Rady

w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz bezpieczeństwa i higieny pracy z dnia 16 grudnia 2008 r.

Rejestr gromadzi informacje imienne, jego bank danych zarejestrowany jest w Biurze Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych od 1999 r.

Na potrzeby krajowe rejestr (podobnie jak inspektorzy sanitarni wypełniający karty zgłoszenia) posługuje się wykazem chorób zawodowych zawartych w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych, jedynie do porównań międzynarodowych, w tym sprawozdawczości do EUROSTAT-u, używana jest klasyfikacja ICD-10.

Rejestr nie obejmuje chorób zawodowych pracowników służb mundurowych. W pozostałych przypadkach zgłaszalność orzeczonych chorób jest bliska 100%. Rejestr nie dokumentuje jednak rzeczywistego rozpowszechnienia chorób zawodowych w Polsce, gdyż wielu zatrudnionych nie poddaje się procedurze orzekania o chorobie lub robi to tuż przed przejściem na emeryturę, prawdopodobnie z obawy o utratę pracy.

W przeciwieństwie do kart stwierdzenia choroby zawodowej, zawiadomienia o jej skutkach trafiają do rejestru na tyle nieregularnie, że nie stanowią podstawy do wiarygodnej i aktualnej oceny sytuacji w tym zakresie. Główną przyczyną tego zjawiska jest nałożenie obowiązku składania tych zawiadomień na pracodawców. Tymczasem wiele orzeczeń dotyczy osób w wieku emerytalnym, często pracujących w nieistniejących obecnie zakładach, co stwarza dodatkowy problem w dotarciu do dokumentacji. Kompletem danych o skutkach choroby zawodowej (orzeczony uszczerbek na zdrowiu, wypłacone świadczenia, renty) dysponuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych. W instytucji tej pracodawcy uzyskują przesyłane następnie do rejestru dane na temat swoich pracowników. Proces ten napotyka na trudności, pracodawcy często zawiadamiają IMP o odmowie ZUS-u przekazania potrzebnych informacji w związku z ochroną danych osobowych. Stworzenie uregulowań prawnych i rozwiązań organizacyjnych umożliwiających pobieranie przez rejestr informacji o skutkach chorób zawodowych bezpośrednio z ZUS-u poprawiłoby znacznie jakość tych danych i usprawniło ich przekazywanie.

Na podstawie danych z rejestru corocznie wydawane jest w formie książkowej opracowanie pt. „Choroby zawodowe w Polsce...” zawierające aktualne dane o zapadalności w podziale według województw, jednostek chorobowych, płci pracownika, rodzaju działalności zatrudniającej go firmy (wg Polskiej Klasyfikacji Działalności).

Przedstawione rejestry nie mają w chwili obecnej połączenia między sobą ani też z innymi zbiorami danych dotyczących ludności (PESEL, ubezpieczenia czy zgony).

W ostatnich latach podejmowano próby stworzenia rejestrów dla wielu jednostek chorobowych. Ministerstwo Zdrowia rozpisało i rozstrzygnęło konkursy na uruchomienie ogólnopolskich rejestrów zawałów serca, a także udarów mózgu. Jednak projektów tych nie zrealizowano w stopniu umożliwiającym włączenia w obszar statystyki publicznej. Działający przy Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze Ogólnopolski Rejestr Ostkich Zespołów Wieńcowych zbiera dane nadysyłane na zasadzie dobrowolności (według strony internetowej rejestru liczba zgłoszonych przypadków przekracza 430 tys. - dostęp: 10.02.2014). Na podobnej zasadzie działa od 1997 roku przy Uniwersytecie Medycznym (wcześniej Akademii Medycznej) w Poznaniu, Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych (ponad 130 tys. zgłoszeń). Rejestry takie mają duże znaczenie naukowe, a także, szczególnie w przypadku rzadszych chorób (np. rejestr choroby Leśniowskiego-Crohna), opiniotwórcze, ale przez swoją niekompletność (trudną nawet do oszacowania) i selektywny napływ danych nie mają zastosowania w statystyce publicznej. Jednocześnie istnieje potrzeba pełniejszej oceny sytuacji w zakresie wielu chorób niezakaźnych (choroby układu krążenia, cukrzyca), której podstawą mogłyby stać się rejestry o obowiązkowej zgłaszalności.

Trzeba nadmienić, że kompletne jednostkowe dane dotyczące absencji chorobowej, orzeczeń o niepełnosprawności (w tym ustalających uszczerbek na zdrowiu powstały w następstwie wypadków i chorób zawodowych, a także przyznających uprawnienia do renty z tytułu niezdolności do pracy lub świadczeń rehabilitacyjnych), a także wysokości wypłacanych świadczeń są w posiadaniu ZUS. Informacje o liczbie świadczeniobiorców, strukturze ich płci i wieku oraz rodzaju i wysokości pobieranych świadczeń są w formie zagregowanej dla kraju lub województw przekazywane do GUS w ramach objętego programem badań statystyki publicznej badania „Świadczenia z ubezpieczeń społecznych i pozaubezpieczeniowe”.

Niektóre zestawienia są ogólnie dostępne w ramach portalu statystycznego GUS (<http://www.psz.zus.pl/Default.aspx>). GUS udostępnia wybrane dane jednostkowe na użytek badań naukowych, jednak bez jakichkolwiek identyfikatorów umożliwiających połączenie ze zbiorami danych pochodzących z innych instytucji.

Podsumowując, w Polsce funkcjonuje zbyt mało obowiązkowych rejestrów chorób, co szczególnie dotyczy chorób niezakaźnych (choroby układu krążenia, cukrzyca). Warto również rozważyć wprowadzenie obowiązkowej sprawozdawczości do sprawdzonego, funkcjonującego od lat na zasadzie dobrowolności rejestru wad wrodzonych.

Na gruncie legislacyjnym i organizacyjnym przy określaniu zakresu zbieranych informacji oraz sposobów ich przetwarzania i rozpowszechniania niezbędne jest

lepsze wyważenie proporcji między ochroną danych osobowych pacjentów przed nieuprawnionym wykorzystaniem komercyjnym a stworzeniem możliwości ich rzetelnego zbierania, weryfikacji i aktualizacji (w przypadku chorób przewlekłych trwającej przez wiele lat), łączenia z innymi zbiorami i wykorzystania do celów statystyki publicznej.

Ujednolicenia wymaga zakres danych społeczno-demograficznych, które mogą być gromadzone przez rejestry medyczne. Poziom wykształcenia czy odpowiednio zdefiniowany status społeczny to bardzo ważne czynniki w analizie epidemiologicznej wielu chorób, a także niezbędne do oceny społecznych różnic w stanie zdrowia. Tymczasem decyzją Ministerstwa Zdrowia od 2014 roku ze zgłoszenia rozpoznania gruźlicy usunięto dane o cechach społeczno-demograficznych pacjentów, w tym o wykształceniu - pozyskiwane bez zastrzeżeń np. w karcie zgłoszenia nowotworu złośliwego.

Należy również rozstrzygnąć kwestię, czy rejestry powinny zawierać wyłącznie zgłoszenia przypadków choroby, czy też dokumentować jej przebieg i skutki. O ile bowiem zgłaszalność do rejestrów jest wysoka (niekorzystny wyjątek stanowi rejestr zakażeń wirusem HIV i zachorowań na AIDS), dalsze informacje o pacjentach przekazywane są nieregularnie. Mimo istniejącego obowiązku lekarze często nie składają co roku kart zgłoszenia nowotworu dla pacjentów o ustabilizowanej sytuacji zdrowotnej. Nie ma w ogóle obowiązku raportowania do rejestru wyników leczenia gruźlicy, w szczególności zawiadamiania o jego przerwaniu. Do rejestru chorób zdrowotnych nie trafiają dane o wysokości spowodowanego nimi uszczerbku na zdrowiu.

Relatywnie niska zgłaszalność do rejestru zakażeń wirusem HIV i zachorowań na AIDS łączy się z problemem nieujawniania personaliów pacjentów. Ich prawo do zachowania anonimowości musi być zachowane, jednak opracowanie jasnych i jednoznacznych zasad konstruowania identyfikatora chorego oraz stosowanie go na wszystkich etapach diagnostyki i sprawozdawczości jest niezbędne dla poprawy kompletności i jakości danych w tym rejestrze.

Zbiory ZUS dotyczące skali, przyczyn i skutków chorób, mimo że formalnie nie stanowią rejestru chorób, powinny być szerzej wykorzystywane dla potrzeb statystyki publicznej w ochronie zdrowia.

Instytucje naukowe prowadzące rejestry nie otrzymują na ten cel odpowiednich środków finansowych. Szczególnie trudna jest sytuacja ulokowanych w mniejszych placówkach wojewódzkich biur rejestracji nowotworów.

Przekazywanie danych do rejestrów w formie cyfrowej, co ułatwi i przyspieszy przetwarzanie zgromadzonych informacji, powinno rozpocząć się w 2017 roku, kiedy w ochronie zdrowia zostanie wdrożony system dokumentacji elektronicznej.

## 1.B. Nadzór nad zdrowiem populacji i programy dotyczące chorób

Pojęcie nadzoru (surveillance) nie jest w Polsce powszechnie stosowane (zastępowane jest monitoringiem) - kojarzy się z systemem kontroli (w odniesieniu do metody działania) oraz z nadzorem sanitarno-epidemiologicznym (zakres działania).

### Nadzór (surveillance)

to ciągłe i systematyczne zbieranie danych dotyczących chorób w określonej populacji. Obecnie obejmuje on choroby zakaźne i niezakaźne oraz czynniki ryzyka.

*Zieliński, 2002*

Należy zwrócić uwagę nie tylko na zbieranie danych, ale też na ich systematyczną analizę i interpretację wyników, co jest niezbędne dla planowania, wdrażania i ewaluacji programów zdrowia publicznego. Dobry system nadzoru powinien dostarczać informacji o bieżących zagrożeniach, ale też służyć opracowywaniu wieloletnich programów poprawy zdrowia społeczeństwa, pomagać w ustalaniu obszarów priorytetowych i monitorowaniu realizacji celów.

Nadzór epidemiologiczny bierny to taki, w którym zachorowania są zgłaszane przez uprawnione osoby (np. lekarzy), które je rozpoznały. Instytucje zajmujące się gromadzeniem danych nie wyszukują ich czynnie, ale mogą zwracać się do zgłaszających o weryfikację zgłoszeń. Przykładem nadzoru biernego prowadzonego w Polsce jest rutynowy nadzór nad chorobami zakaźnymi. W nadzorze czynnym zachorowania są wyszukiwane w populacji lub w instytucjach medycznych przez epidemiologów prowadzących nadzór.

Odpowiednio zbierane i rozpowszechniane informacje dają nie tylko obraz skali zjawiska i tendencji zmian poszczególnych wskaźników zdrowotnych, ale też pozwalają podejmować decyzje organizacyjne i finansowe. Istniejący system informacyjny należy oceniać pod kątem przydatności do realizacji celów związanych z poprawą sytuacji zdrowotnej ludności, redukcją społecznych nierówności w zdrowiu w odniesieniu do wybranych populacji.



## Umieralność wg przyczyn

Źródłem informacji o zgonach (w tym o zgonach niemowląt) dla statystyki publicznej są rejestry administracyjne. Dane o osobie zmarłej, przyczynach zgonu oraz okolicznościach zgonu są gromadzone na podstawie Karty zgonu wystawianej przez lekarza stwierdzającego zgon osoby i orzekającego jego przyczyny. Karta zgonu jest dokumentem administracyjnym, w oparciu o który urząd stanu cywilnego wystawia akt zgonu - zgodnie z ustawą Prawo o aktach stanu cywilnego.

Informacje zgromadzone na Karcie zgonu statystyka publiczna wykorzystuje do swych badań w sposób wtórny, jednostkami sprawozdawczymi są USC.

Badanie zgonów i umieralności jest prowadzone przez GUS we współpracy z Ministerstwem Zdrowia (zgodnie z zapisem w corocznym programie badań statystycznych statystyki publicznej).

### Karta zgonu

Karta Zgonu jest źródłem statystyk umieralności i stanowi podstawę najstarszych i najpełniejszych systemów monitorowania zdrowia ludności. Wystawiane przez lekarzy karty statystyczne do kart zgonu dostarczają bowiem informacji o charakterystykach demograficzno-społecznych osób zmarłych oraz o przyczynach zgonów.

Rzetelność i kompletność informacji zawartych w kartach zgonów (tj. właściwe i precyzyjne opisy przyczyn zgonu) decydują o jakości oraz użyteczności tych danych.

Wiarygodne dane o umieralności pozwalają na:

- Ocenę przyczyn umieralności w populacji i określenie ich zmian w czasie;
- Identyfikację różnic regionalnych (współczynniki zgonów) i badanie przyczyn tych różnic;
- Monitorowanie trendów, takich jak umieralność niemowląt i matek, choroby zakaźne, oraz wypadki i samobójstwa;
- Identyfikację ryzyk zdrowotnych związanych z czynnikami środowiskowymi, zawodowymi oraz stylem życia;
- Określenie priorytetów badań w dziedzinie zdrowia i opieki zdrowotnej oraz przydzielania zasobów;
- Planowanie dotyczące placówek, usług zdrowotnych oraz zasobów ludzkich;
- Planowanie prewencji i programów badań przesiewowych i ocena rezultatów tych programów;
- Rozwinięcie programów promocji zdrowia i ocena ich wyników.

Proces opracowywania informacji o przyczynach zgonów obejmuje:

- przekazane przez USC (do US Olsztyn) dokumentów papierowych - Kart zgonu, które są następnie skanowane i drogą elektroniczną przekazywane do lekarzy-koderów. W dedykowanej aplikacji lekarz-koder odczytuje opisy przyczyn zgonu z obrazu i po analizie wpisuje kod wyjściowej przyczyny (wg klasyfikacji ICD-10) w odpowiednie pole formularza elektronicznego. Proces kodowania wymaga nieraz bezpośredniego kontaktu z lekarzem, który stwierdził zgon (w zakresie konsultacji i możliwości sięgania do indywidualnej dokumentacji medycznej). W dalszym procesie opracowywania zakodowane przyczyny zgonu są poddawane kontroli - między innymi programem walidacji przyczyn zgonów w powiązaniu z płcią i wiekiem osób zmarłych;
- weryfikacja danych przez naukowe instytuty medyczne (Instytut Onkologii, Matki i Dziecka, Instytut Kardiologii oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH);
- wskazane do weryfikacji przez instytuty przypadki orzeczeń podlegają kolejnemu sprawdzeniu (przez lekarzy-koderów) poprzez sięgnięcie do konkretnej karty zgonu oraz konsultację z lekarzem orzekającym zgon, a także w oparciu o dokumentację medyczną.

Wyniki opracowania danych o zgonach wg przyczyn są dostępne w końcu następnego roku. Zgony wg płci i wieku osób zmarłych oraz przyczyn zgonów publikowane są przez GUS w Dziedzinowej Bazie Wiedzy - Demografia. Baza ta zawiera m.in. dane o ruchu naturalnym (urodzenia, zgony, małżeństwa, rozwody, separacje).

Baza umożliwia użytkownikom korzystanie z tablic predefiniowanych o ustalonym zakresie (roczne tablice wynikowe z zakresu bieżących badań, tablice trwania życia, wyniki prognozy ludności na lata 2014-2050), jak również generowanie własnych zestawień na podstawie danych zawartych w bazie. W bazie znajduje się również informacja skierowująca w postaci katalogu linków do wybranych publikacji GUS z zakresu ludności (m.in. Rocznik Demograficzny) oraz krajowych i zagranicznych baz i banków danych statystycznych (m.in. Bank Danych Lokalnych, Eurostat).

Polska jest krajem o 100% kompletności rejestracji zgonów, ale równocześnie krajem o bardzo niskiej jakości informacji o przyczynach zgonu. W swoim raporcie z 2013 r. WHO po raz kolejny wykluczyła Polskę z analiz porównawczych dotyczących umieralności według przyczyn. Stało się to z powodu wysokiego odsetka zgonów o „niedokładnie określonych przyczynach”. W 2012 r. na 384 788 zgonów aż w 108 780 przypadkach (28,3%) zastosowano tzw. kody śmieciowe (garbage codes).

Zgodnie z WHO garbage codes to kody odpowiadające niedokładnym i nieściłym opisom stanów i chorób, które uniemożliwiają precyzyjne określenie przyczyny zgonu. WHO wyróżnia dwie listy garbage codes: podstawową i rozszerzoną.

### Garbage codes - lista podstawowa

**Kody** - zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych - X Rewizja (ICD-10)

C 76	Nowotwór złośliwy umiejscowień innych i niedokładnie określonych
C 80	Nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia
C 97	Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu
I 46	Zatrzymanie krążenia
I 47.2	Częstoskurcz komorowy
I 49.0	Migotanie i trzepotanie komór
I 50	Niewydolność serca
I 51.4	Zapalenie mięśnia serca, nieokreślone
I 51.5	Zwyrodnienie mięśnia serca
I 51.6	Choroby serca i naczyń krwionośnych, nieokreślone
I 51.9	Choroba serca, nieokreślona
I 70.9	Uogólniona i nieokreślona miażdżycza
R00-R99	Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej (cała klasa)
Y10-Y34	Zdarzenia o nieokreślonym zamiarze
Y 87.2	Następstwo zdarzenia o nieokreślonym zamiarze

Podstawowym problemem w Polsce jest pominięcie chronologicznego opisu łańcucha przyczyn/chorób odpowiedzialnych za zgon chorego lub nieprawidłowe jego przedstawienie, co w konsekwencji skutkuje niewłaściwym lub nieprecyzyjnym wskazaniem wyjściowej przyczyny zgonu.

Jednym z czterdziestu zaleceń Eurostatu dotyczących wystawiania kart zgonów jest konieczność edukowania pracowników ochrony zdrowia zaangażowanych w proces opisywania przyczyn zgonów.

### Chorobowość hospitalizowana

Pozyskiwanie informacji o przyczynach i częstości hospitalizacji stanowi ważny element w procesie monitorowania i oceny stanu zdrowia populacji. Zaletą tych informacji jest dokładność i trafność diagnozy (tj. rozpoznania klinicznego)

w odniesieniu do głównej przyczyny pobytu pacjenta w szpitalu, a także chorób współistniejących.

## Ogólnopolskie Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej

Ogólnopolskie Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej realizowane jest zgodnie z programem badań statystycznych statystyki publicznej (1.29.03(090) Hospitalizacja, badanie stałe, prowadzone przez Ministra właściwego do spraw zdrowia). Jest ono źródłem informacji o przyczynach hospitalizacji (wg ICD-10), stosowanych procedurach medycznych oraz długości hospitalizacji dla wszystkich osób leczonych w szpitalach bez względu na ich status ubezpieczenia i miejsce zamieszkania w kraju lub za granicą. Dostarcza także informacji o poszczególnych pacjentach z uwzględnieniem ich charakterystyki demograficzno-społecznej, a jego wyniki są wykorzystywane w sektorze zdrowia na potrzeby planowania i analiz opieki szpitalnej, a także ocen stanu zdrowia ludności i stopnia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych. Dane te są przekazywane do organizacji międzynarodowych (m.in.: Eurostat, OECD, WHO).

Przetwarzanie i analiza danych prowadzone są od 1 stycznia 1979 r. w NIZP-PZH. Od 2000 r. badanie chorobowości hospitalizowanej ma charakter pełny i obejmuje wszystkich pacjentów leczonych w szpitalach (do roku 1999 była to 10% próba losowa).

Źródłem danych jest formularz MZ/Szp-11, który jest wypisową kartą statystyczną osoby hospitalizowanej. Jest on wypełniany dla pacjentów oddziałów szpitalnych wszystkich specjalności (tj. wszystkich przedsiębiorstw podmiotu leczniczego, w których podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenie szpitalne, w tym samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej MSW, z wyjątkiem szpitali i oddziałów psychiatrycznych, stacji dializ, zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych, zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych, zakładów/oddziałów opiekuńczo leczniczych psychiatrycznych, hospicjów stacjonarnych, oddziałów medycyny paliatywnej), osobno dla każdej osoby, na rzecz której wykonywane się stacjonarne świadczenia lecznicze.

Kartę statystyczną szpitalną zakłada się przy wpisywaniu osoby hospitalizowanej do Księgi Głównej, uzupełniając informacje o m.in.: (a) dane pacjenta do wykorzystania wewnątrz szpitala, (b) płeć pacjenta, (c) gminę stałego zamieszkania, (d) datę urodzenia, (e) kod płatnika oraz (f) tryb przyjęcia do szpitala.

Tak wypełniona karta statystyczna przekazywana jest wraz z historią choroby na oddział. Część lekarską karty dotyczącą pobytu na oddziale wypełnia lekarz leczący w dniu zakończenia leczenia na tym oddziale, a mianowicie: (a) datę wypisu z oddziału, (b) chorobę zasadniczą według rozpoznania klinicznego, (c) choroby współistniejące, (d) zabiegi operacyjne i procedury.

W dniu wypisania pacjenta ze szpitala lub jego zgonu lekarz leczący chorego na ostatnim oddziale wypełnia: tryb wypisu, a w przypadku zgonu - przyczyny zgonu (bezpośrednią, wtórną i wyjściową wraz z kodem jednostki chorobowej wg ICD-10).

Lekarz zatwierdza kartę i przesyła ją do komórki dokumentacji chorych, która kontroluje prawidłowość zapisów w kartach otrzymanych z oddziałów. Raz w miesiącu w terminie do 20 dni po miesiącu sprawozdawczym zbiory komputerowe, zgodne z elektronicznym standardem przekazywania danych, muszą być wystane do Urzędu Wojewódzkiego (część szpitali w ramach projektu pilotażowego przesyła informacje bezpośrednio do NIZP-PZH). Komórki właściwe w sprawach statystyki medycznej wskazane przez wojewodę przesyłają informacje w formie elektronicznej raz w miesiącu do 50. dni po okresie sprawozdawczym do NIZP-PZH.

Do końca 1999 r. przedmiotem badania była losowana systematycznie 10% próba przypadków leczonych w szpitalach, wypisanych żywych lub zmarłych. Operatem losowania były księgi główne szpitala. Przeciętna liczba przetwarzanych rekordów w ogólnopolskim zbiorze rocznym była w granicach 450-500 tys.

Rok 2000 przyniósł zasadnicze zmiany w Ogólnopolskim Badaniu Chorobowości Szpitalnej Ogólnej. Wprowadzanie reformy służby zdrowia wymagało m.in. rozwoju istniejących systemów sprawozdawczych. Badanie stało się badaniem pełnym, tzn. zbierane są informacje o wszystkich hospitalizowanych przypadkach. Zmiana ta spowodowała, że wolumen gromadzonych danych zwiększył się dziesięciokrotnie (5 milionów rekordów), co wymaga wprowadzenia zmian nie tylko organizacyjnych ale i technologicznych.

W NIZP-PZH został uruchomiony serwer do gromadzenia danych z Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej. Dzięki temu możliwe jest:

- Stworzenie sprawnego ogólnopolskiego systemu gromadzenia i generowania danych o pacjentach wypisanych ze szpitali ogólnych w całej Polsce;
- Stworzenie efektywnego i bezpiecznego systemu przesyłania i walidacji danych - ze szpitali do NIZP-PZH (bezpośrednio lub pośrednio poprzez Urzędy Wojewódzkie);
- Publikowanie standardowych tabel ogólnopolskich i wojewódzkich wg rozpoznań, wieku, miejsca zamieszkania i płci;
- Tworzenie niestandardowych tabel i analiz dla zarządzających opieką zdrowotną na różnych szczeblach zarządzania;
- Stałe monitorowanie podstawowych trendów w zakresie chorobowości szpitalnej i publikowanie tych danych w raportach o sytuacji zdrowotnej ludności;
- Udostępnianie danych o chorobowości szpitalnej jednostkom naukowo-badawczym sektora zdrowia;
- Prowadzenie pogłębionych analiz dotyczących różnych aspektów zdrowia ludności np. powiązań między hospitalizacją a stanem środowiska (np. zanieczyszczenia powietrza, wody).

Udział szpitali w Ogólnopolskim Badaniu Chorobowości Szpitalnej Ogólnej wynosi 807/876, tj. 91,2%. W 2014 r. informacja o hospitalizacji ludności w Polsce obejmowała wraz z porodami 8 109 974 przypadków.

Dane z karty statystycznej ogólnej MZ/Szp-11 za rok 2015 udostępnione zostaną w sierpniu 2016 r. na dedykowanej stronie internetowej. Publikacja pt. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski w roku 2015” planowana jest na listopad 2016 r.

## Zdrowie dzieci i młodzieży

Zakres działań w zakresie zdrowia populacji wieku rozwojowego ulega systematycznym zmianom, ponieważ zmieniają się główne problemy zdrowotne. Obserwuje się coraz mniejsze obciążenie chorobami zakaźnymi oraz innymi o ostrym przebiegu, natomiast zwiększa się częstość występowania chorób przewlekłych. Przedmiotem zainteresowania są nie tylko zjawiska o charakterze masowym, ale też choroby rzadkie. Należy też zwrócić uwagę na coraz powszechniejsze problemy emocjonalne, mające związek z czynnikami społeczno-ekonomicznymi.

Z punktu widzenia oceny działań w kierunku ograniczeń społecznych nierówności w zdrowiu, występują dwa okresy krytyczne: okres okołoporodowy i wczesne dzieciństwo oraz adolescencja. W pierwszym przypadku zwraca się uwagę na wpływ na późniejsze zdrowie zaburzeń rozwoju w okresie płodowym i w pierwszych latach życia oraz na wpływ warunków życia we wczesnym dzieciństwie. W drugim przypadku zwraca się uwagę na kształtowanie zachowań i kompetencji zdrowotnych oraz na fakt, że niektóre zaburzenia ujawniają się w okresie dojrzewania płciowego i szybkiego wzrostu (krótkowzroczność, wady postawy). Zmianom fizycznym towarzyszą zmiany w sferze psychicznej i w relacjach społecznych. Wykazano, że szereg wskaźników zdrowia młodzieży pogarsza się w rodzinach mniej zamożnych, rodzinach niepełnych oraz w przypadku zamieszkiwania w rejonach o większym stopniu deprywacji.

W Polsce w ramach statystyki ludnościowej istnieje rzetelny system zbierania danych demograficznych na temat kobiet rodzących skorelowanych z oceną stanu zdrowia noworodka (wiek ciąży, masa urodzeniowa), zgodnie z informacjami z karty zgłoszenia urodzenia. Daje to pełną kompletność informacji oraz możliwość analiz według województw i miejsca zamieszkania. Duże znaczenie ze względu na analizy społecznych nierówności w zdrowiu ma informacja na temat poziomu wykształcenia matki.

Od 2004 r. Polska uczestniczy w projekcie Unii Europejskiej EURO-PERISTAT dotyczącym budowy i zastosowania wskaźników monitorowania zdrowia w okresie okołoporodowym.

Rozbudowany system wskaźników obejmuje te dotyczące zdrowia płodów, noworodków i dzieci, zdrowia matek, charakterystyki populacji kobiet ciężarnych i czynników ryzyka niepomyślnego zakończenia ciąży jak również wskaźniki jakości usług zdrowotnych. Zakłada się, że systematyczne monitorowania przy pomocy tych wskaźników podniesie jakość opieki okołoporodowej.

## Monitorowanie zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce

W chwili obecnej trudno jest mówić o świadomie stworzonym, wspólnie koordynowanym systemie monitorowania zdrowia dzieci w Polsce. Można jednak wskazać szereg rozwiązań częściowych, które zebrane razem taki system mogą stworzyć. Są to działania gwarantowane w ramach podstawowej opieki medycznej oraz inne centralne i lokalne inicjatywy.

- Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi w wieku niemowlęcym, niemowlęcym i przedszkolnym oraz nad uczniami:  
Zakres świadczeń obejmuje: edukację zdrowotną rodziców i dzieci, wizyty patronażowe po urodzeniu, wywiady środowiskowe, profilaktyczne badania lekarskie, obowiązkowe szczepienia ochronne, testy przesiewowe, bilanse zdrowia, a u starszych dzieci też profilaktykę fluorkową i czynne poradnictwo dla dzieci z problemami zdrowotnymi i społecznymi. Testy przesiewowe realizowane w ramach opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą w wieku 0-19 lat dotyczą: niedoboru i nadmiaru masy ciała, rozwoju motorycznego i psychospołecznego, zaburzeń wzroku, słuchu, mowy, wad postawy, zaawansowania dojrzewania płciowego, nadciśnienia, próchnicy zębów. Profilaktyczną opiekę nad dziećmi i uczniami sprawuje lekarz POZ, pielęgniarka POZ i pielęgniarka lub higienistka szkolna, wg kalendarza terminów badań profilaktycznych (5-6 wizyt w pierwszym roku życia; u małych dzieci: 24, 48 i 60 miesiąc życia, w wieku szkolnym: III klasa szkoły podstawowej, I gimnazjum oraz pierwsza i ostatnia szkoły ponadgimnazjalnej). System ten nie dostarcza danych na temat zdrowia dzieci, a przedmiotem raportów i analiz jest stopień realizacji badań przesiewowych i bilansów zdrowia. Z punktu widzenia analiz nierówności w zdrowiu na uwagę zasługują zestawienia według województw, miejsca zamieszkania (miast-wieś) oraz typu szkoły (szczególnie u starszej młodzieży podział na szkoły ogólnokształcące i zawodowe).
- System badań przesiewowych noworodków w kierunku rzadkich schorzeń metabolicznych:  
System dotyczy fenyloketonurii (badanie całej populacji od 1985 r.) oraz mukowiscydozy (od 2009 r.) i hipotyreozy (od 1995 r.) oraz innych bardziej powszechnych zaburzeń (wady słuchu, zwichnięcie stawów biodrowych). Schorzenia metaboliczne nie wykryte w pierwszym miesiącu życia prowadzą

do zaburzeń rozwoju i często do ciężkiej niepełnosprawności intelektualnej, wykluczającej samodzielne funkcjonowanie w społeczeństwie. Szacuje się, że w Polsce rodzi się blisko 400 dzieci rocznie z wadami metabolicznymi. Obecnie systematycznie włączane są do programu inne jednostki chorobowe, docelowo 20 nowych jednostek do 2018 r.

- System rejestrowania wad wrodzonych:  
Wady wrodzone są częstą przyczyną umieralności w pierwszych latach życia. Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych (PRWWR) jest prowadzony od 01.04.1997 r. przez Krajowy Zespół ds. Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych i Zespoły Regionalne (obecnie Wojewódzkie) ds. PRWWR. Od 2007 r. obejmuje on wszystkie województwa. W Europie działa konsorcjum zrzeszające krajowe rejestry (EUROCAT), a Polska jest jego członkiem od 2001 r. Co kilka lat publikowane są krajowe raporty na temat występowania wad wrodzonych w Polsce, a dodatkowych danych dostarczają raporty EUROCAT. Profilaktyka wad wrodzonych jest ważnym obszarem działań zdrowia publicznego ze względu na możliwości prewencji pierwotnej i wtórnej.
- Rejestry nowotworów:  
Krajowy Rejestr Nowotworów umiejscowiony jest w Centrum Onkologii - Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. W latach 2010-2013 zrealizowano projekt „Utworzenie pierwszej w Polsce informatycznej platformy naukowej do wymiany wiedzy o zagrożeniu nowotworami złośliwymi w Polsce”. Jako główne moduły projektu działają: Centralna Baza Nowotworów; Platforma Rejestrów Narządowych i Platforma Wiedzy. W cyklicznie publikowanych biuletynach publikowane są dane na temat zgonów i zachorowań, według płci i grup wieku, co pozwala (choć w niewielkim zakresie informacji) wyodrębnić populację dzieci i młodzieży.
- Cykliczne badania ankietowe:  
Badania ankietowe stanowią ważne uzupełniające źródło informacji na temat stanu zdrowia różnych grup ludności, w tym dzieci i młodzieży. Jeżeli są to badania cyklicznie powtarzane i prowadzone w ogólnokrajowych reprezentatywnych próbach, mogą być elementem monitorowania stanu zdrowia populacji. Ich zaletą jest możliwość analiz nie tylko według cech demograficznych, ale też społecznych. Stanowią ważne źródło informacji na temat stylu życia, w tym aktywności fizycznej, zachowań żywieniowych i używania substancji psychoaktywnych. Obecnie funkcjonuje szereg systemów zbierania danych na temat zdrowia dzieci i młodzieży w powtarzanych badaniach przekrojowych, których dodatkową zaletą jest oparcie na standardach międzynarodowych. Wspomnieć tu warto projekty, w których respondentem jest sama młodzieży (ESPAD, HBSC) oraz te, gdzie w imieniu młodszych dzieci wypowiadają się rodzice (Stan Zdrowia Ludności):



- ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Badania nad częstością używania substancji psychoaktywnych (papierosy, alkohol, nielegalne narkotyki, inne substancje), realizowane co cztery lata. Obejmują młodzież w wieku 15-16 lat, a w wybranych krajach (w tym w Polsce) także w wieku 17-18 lat. Badania te przeprowadzono w Polsce sześciokrotnie, w latach 1995-2015. Raporty krajowe są publikowane systematycznie, jednak nie zawierają analiz wg zmiennych społeczno-ekonomicznych.
- HBSC - Health Behaviour in School-aged Children. Badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej, prowadzone co cztery lata wśród młodzieży w wieku 11, 13 i 15 lat. Dostarczają danych na temat zdrowia subiektywnego, zachowań prozdrowotnych, zachowań ryzykownych oraz szerokiego kontekstu społecznego (szkoła, rodzina, rówieśnicy). Badania HBSC są szeroko wykorzystywane w analizach społecznych uwarunkowań zdrowia nastolatków. Wśród zmiennych kontekstowych uwzględnia się w Polsce zasoby materialne rodziny, strukturę rodziny oraz status materialny i kapitał społeczny sąsiedztwa. Unikatowość badań HBSC polega też na możliwości śledzenia trendów wskaźników zdrowotnych w grupach społecznych.
- Badania Stanu Zdrowia Ludności GUS - Prowadzone obecnie według metodologii EHIS (European Health Interview Surveys) w gospodarstwach domowych, w zasadzie dotyczą populacji od 15 roku życia. Ankiety na temat zdrowia dziecka są dodatkiem, systematycznie stosowanym w Polsce. Ich zaletą są informacje na temat zdrowia i stylu życia młodszych dzieci (o osobach w wieku 0-14 lat wypowiedają się rodzice, młodzież w wieku 15-19 jest traktowana jak dorośli respondenci). Wadą tych badań są zbyt długie i nieregularne odstępy między kolejnymi edycjami (1996-2004-2009), przez co trudno jest mówić o monitorowaniu. Istnieje natomiast możliwość analiz wg płci, wieku, województw, miejsca zamieszkania, a także cech społeczno-ekonomicznych.

Podane powyżej przykłady nie wyczerpują działań mieszczących się w obszarze monitorowania zdrowia dzieci i młodzieży. Są też przykłady działań poza resortem zdrowia (np. rejestry urazów szkolnych raportowane w Ministerstwie Edukacji Narodowej, statystyki policyjne wypadków w ruchu drogowym) lub przykłady badań powtarzalnych, ale ograniczonych regionalnie (np. monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży w ramach badań mokatowskich, prowadzonych od początku lat 80.). Do tego dodać można szereg wartościowych źródeł danych, które jednak nie mają ciągłości i systematyczności. Z założenia nie omawiano też zagadnień należących do innych obszarów EPHO (chorobowość szpitalna, choroby zakaźne, zdrowie środowiskowe).

Z punktu widzenia zdrowia dzieci i niwelowania nierówności w zdrowiu kluczowe znaczenie ma też współpraca z resortem edukacji, co też nie mieści się w ocenie obszaru EPHO 1.

Podstawą analizy epidemiologicznej wspomagającej realizację priorytetowych programów są często bardzo wartościowe, ale jednorazowe badania, których wyniki będą coraz mniej aktualne. Źródłem danych na temat nadwagi i otyłości w populacji polskiej jest na przykład projekt OLAF (Opracowanie norm ciśnienia tętniczego dla populacji dzieci i młodzieży w Polsce) realizowany w latach 2007-2010. Niewykorzystane są dane jednostkowe zbierane w ramach profilaktycznej opieki nad małym dzieckiem i uczniami, teoretycznie pozwalające na wykreślenie krzywych wzrostu praktycznie całej populacji. W kontekście rozwoju nowoczesnych systemów informacyjnych przetwarzających informacje o stanie zdrowia populacji warto byłoby w większym zakresie wykorzystywać dane z badań przesiewowych, jako źródła informacji o stanie zdrowia populacji, nie ograniczając się do wskaźników stopnia realizacji tych badań.

Pod wieloma względami Polska znajduje się w światowej czołówce. Z zestawienia D. van Esso i wsp. wynika, że wiele krajów europejskich nie wdrożyło systemu profilaktycznej opieki na dziećmi i młodzieżą. Badania profilaktyczne odbywają się w niektórych krajach z inicjatywy rodzica, co może eliminować osoby najbardziej potrzebujące i pogłębiać nierówności w zdrowiu.

Polska jest w czołówce światowej, jeśli chodzi o budowę programu wykrywania rzadkich chorób metabolicznych. Jedną z jego zalet jest wdrożenie procedur poprzęsiewowych w kierunku dokładniejszej diagnostyki i rozpoczęcia leczenia.

Zaletą projektów służących monitorowaniu zdrowia dzieci i młodzieży jest ich związek z badaniami międzynarodowymi i przyjmowanie standardów tych badań, co daje szansę na podnoszenie jakości danych i wiarygodnych porównań międzynarodowych. Jednak wykorzystanie niektórych inicjatyw jest powierzchowne. Za przełomową publikację uznaje się cytowaną wielokrotnie Europejską Strategię dla Zdrowia i Rozwoju Młodzieży (2005).

W ramach tej strategii opracowano szereg narzędzi do autoewaluacji działań z zakresu zdrowia publicznego, które nie zostały w Polsce wykorzystane, podczas gdy wiele krajów raportowało działania z tym związane.

Jak dotąd, nie zauważona została rewizja tej Strategii z 2014 r., w której anonsowano kolejne podsumowanie działań w 2020 r.

Wiele ośrodków przyczyniających się do monitorowania zdrowia dzieci i młodzieży stara się systematycznie publikować wyniki. Brak jest jednak centralnej informacji na temat tego typu publikacji. Raporty na temat stanu zdrowia ludności Polski przeważnie dotyczą całej populacji, a informacje na temat dzieci są w nich ograniczone. Inne inicjatywy są rozproszone i nie docierają do szerszego kręgu odbiorców. Są to na przykład numery tematyczne czasopism poświęcone zdrowiu dzieci. W Szwecji rozdziały na temat zdrowia dzieci są częścią raportów

o stanie zdrowia ludności, mających ogólny zasięg, dzięki publikacji w „Scandinavian Journal of Public Health”.

W Polsce podobną inicjatywę podjęło ostatnio Biuro Analiz Sejmowych w Studiach BAS.

Należałoby też prowadzić bank informacji na temat ważniejszych prowadzonych badań i lokalnych rejestrów.

Brak jest zespołu koordynującego monitorowanie zdrowia dzieci i młodzieży pod kątem zakresu zbieranych informacji. Należałoby zidentyfikować luki informacyjne oraz zapewnić stabilność (i ciągłość) finansowania projektów o kluczowych znaczeniu. Na przykładzie cytowanego wcześniej projekcie EURO-PERISTAT widać, że poprzez niewielką modyfikację istniejących dokumentów (tu karty zgłoszenia urodzenia noworodka i karty zgonu), można byłoby mieć wszystkie zalecane wskaźniki służące ocenie opieki okołoporodowej.

Polski system zbierania danych bazuje na informacjach objętych statystyką państwową oraz resortową wspomaganą przez przekrojowe badania populacyjne stanu zdrowia ludności (<http://www.csioz.gov.pl/statystyka.php>).

Nie ma tradycji (ani możliwości) prowadzenia wysokiej klasy badań longitudinalnych. Wiele krajów prowadzi tzw. kohorty urodzeniowe od okresu życia płodowego lub inne badania podłużne, które są bardziej odpowiednie do analiz wpływu warunków życia na zdrowie i uwzględniają zmiany w cyklu życia (life course).

Na przykładzie wielu cytowanych źródeł danych pokazano, że mogą one służyć nie tylko monitorowaniu zdrowia, ale też analizie nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży. Dotyczy to danych zbieranych w przekroju społecznym. Powstaje więc pytanie, czy nie można promować szerszego włączania zmienionych społecznych do analiz oraz rekomendować ocenę skuteczności interwencji zdrowotnych w skali ogólnej i w grupach społecznych.

## Zdrowie matki i reprodukcyjne

Pojęcie zdrowia reprodukcyjnego odnosi się do procesów i funkcji reprodukcyjnych na wszystkich etapach życia człowieka. Definicja WHO wskazuje, że zdrowie reprodukcyjne to odpowiedzialne, satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne oraz wolność przy podejmowaniu decyzji reprodukcyjnych. Obejmuje prawo mężczyzn oraz kobiet do informacji i dostępu do bezpiecznych, efektywnych, przystępnych i akceptowalnych metod regulacji płodności, zgodnych z indywidualnym wyborem, a także prawo do odpowiedniej opieki medycznej umożliwiającej kobietom bezpieczne przejście przez okres ciąży i porodu oraz zapewnienie partnerom szans na posiadanie zdrowego dziecka.

Prawo do zdrowia reprodukcyjnego obejmuje:

- Prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa osobistego;
- Prawo do zdrowia, zdrowia reprodukcyjnego i planowania rodziny;
- Prawo do decydowania o liczbie dzieci i częstotliwości ciąży;
- Prawo do prywatności;
- Prawo do wolności od dyskryminacji;
- Prawo do zmiany obyczajów i tradycji pogwałcających prawa kobiet lub mniejszości seksualnych;
- Prawo do wolności od przemocy seksualnej;
- Prawo do edukacji, w tym edukacji seksualnej opartej na rzetelnej wiedzy naukowej;
- Prawo do korzystania z postępu naukowego i przyzwolenia na eksperymenty naukowe.

W Polsce jednym z obowiązujących aktów prawnych dotyczących zdrowia reprodukcyjnego jest Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.

Zgodnie z art. 9 powyższej ustawy Rada Ministrów jest zobowiązana do rocznego przedstawiania do dnia 31 lipca Sejmowi RP sprawozdania z wykonywania ustawy oraz o skutkach jej stosowania. W ostatnim dostępnym sprawozdaniu Rady Ministrów z 2012 r. podano, że urodziło się o ok. 10 tys. dzieci więcej niż wynosiła ogólna liczba zgonów. Pomimo to, niska liczba urodzeń nie gwarantuje, już od ponad 20 lat, prostej zastępowalności pokoleń, nadal utrzymuje się obserwowany od 1989 r. okres depresji urodzeniowej.

W 2012 r. zmarło 1 791 dzieci w wieku poniżej 1. roku życia (tj. o około 100 mniej niż przed rokiem). Współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wyniósł 4,6%, podczas gdy w 2011 r. wyniósł on 4,9%. W skali europejskiej, w świetle dostępnych danych Eurostatu, współczynnik ten w sprawozdawanym okresie wahał się od 1,6% (w Słowenii) do 11,6% (w Turcji).

W 2012 r. w Polsce zarejestrowano 1021 przypadków pozostawienia noworodków w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne. Liczba ta wzrosła o 263 w stosunku do 2011 r. (tab. I).

### Tabela I.

Noworodki pozostawione w szpitalu ze względów innych niż zdrowotne „w latach 2005-2012. Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Liczba pozostawionych noworodków								
	1 013	825	720	775	726	798	758	1021

W sprawozdaniu poruszono także problem kształcenia i wychowania młodzieży. Zgodnie z art. 4 ustawy w podstawie programowej kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół wprowadzone są treści dotyczące wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz o metodach i środkach świadomej prokreacji. Wskazane powyżej treści zostały wprowadzone przede wszystkim poprzez realizację przedmiotu - Wychowanie do życia w rodzinie.

W 2012 r. wprowadzono zapis o pomocy młodocianym matkom udzielanej w szkołach. Uczennica w ciąży i młodociana matka powinna mieć zapewnioną adekwatną do potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych, pomoc psychologiczno-pedagogiczną. Pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielają uczennicom nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych oraz specjaliści. Jest ona udzielana także rodzicom uczennic oraz nauczycielom w formie porad, konsultacji, warsztatów i szkoleń. Niestety, takiej pomocy udzielały tylko nieliczne placówki.

Przepisy ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zapewniają kobietom opiekę zdrowotną obejmującą specjalistyczne świadczenia zdrowotne z zakresu ginekologii i położnictwa, w tym dwa rodzaje świadczeń: poradę ginekologiczno-położniczą oraz poradę ginekologiczno-położniczą dla dziewcząt. W ramach tych porad jest zapewnianie w szczególności opieka w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym dobór właściwych środków antykoncepcji. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt. 3 ustawy prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu, które posiadają obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od tego czy podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu. Z dniem 19 października 2012 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem. Standardy uwzględniają wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), osiągnięcia medycyny opartej na dowodach naukowych oraz doświadczenia polskie w zakresie opieki nad matką i dzieckiem.

Dostęp do badań prenatalnych uregulowany jest między innymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. W załączniku do rozporządzenia w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych oraz warunków ich realizacji zawarty jest program badań prenatalnych. W tabeli II przedstawiono liczbę kobiet objętych opieką prenatalną oraz wartość wykonanych świadczeń.

**Tabela II.**

Dane dotyczące realizacji programu badań prenatalnych. Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia.

Rok	Program badań prenatalnych	
	Wartość wykonanych świadczeń (w zł.)	Liczba kobiet objętych opieką
2009	22 353 581	31 930
2010	25 073 314	36 878
2011	32 041 233	45 304
2012	28 110 502	54 071

W ramach wsparcia materialnego rodzin poprzez system świadczeń rodzinnych, określony ustawą z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, finansowane ze środków budżetu państwa są świadczenia ściśle związane z urodzeniem lub wychowywaniem małego dziecka. Są nimi zasiłek rodzinny, dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu urodzenia dziecka, dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka.

Inną formę wsparcia dla rodzin z problemami umożliwia ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Istotą rozwiązań ujętych w ustawie jest stworzenie spójnego systemu opieki nad dzieckiem i rodziną je wychowującą, jeżeli ma ona trudności w prawidłowym wypełnianiu swoich funkcji, głównie natury opiekuńczo-wychowawczej. Działania podejmowane w ramach tego systemu mają zapewnić rodzinie taką pomoc, aby w jej efekcie wyeliminowane zostało zagrożenie zabrania dziecka z rodziny lub zapewniony został szybki powrót do rodziny dziecka, które z uwagi na jego dobro okresowo musiało zostać umieszczone poza rodziną.

Kobiety ciężarne i wychowujące dzieci, będące ofiarami przemocy w rodzinie, mogą korzystać z pomocy w ramach ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Ustawa określa działania wobec różnych grup dotkniętych przemocą w rodzinie, do których należą: kobiety, mężczyźni, dzieci, osoby niepełnosprawne i osoby starsze. W oparciu o art. 10 powyższej ustawy, Rada Ministrów przyjęła, uchwałą Nr 162/2006 z dnia 25 września 2006 r., Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie. Ponadto, w dniu 18 października 2011 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”, wydane na podstawie art. 9d ust. 5 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, w którym określono tryb podejmowania interwencji w środowisku wobec rodziny dotkniętej przemocą.

Dane dotyczące wykonywanych zabiegów przerwania ciąży są gromadzone w oparciu o sprawozdania opracowywane w związku z realizacją Programu badań statystycznych statystyki publicznej na dany rok. W formularzach MZ-24 oraz MZ-29 zawarte są dane dotyczące zabiegów przerwania ciąży w podziale na przyczynę dokonania zabiegu (tj. z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki/ w wyniku badań prenatalnych/w wyniku czynu zabronionego). Z roku na rok obserwuje się w Rzeczypospolitej Polskiej wzrost liczby zabiegów przerywania ciąży. W 2012 r. zarejestrowano (łącznie z danymi z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych) 757 zabiegów przerwania ciąży, tj. o 88 zabiegów więcej niż w 2011 r. W związku z zagrożeniem życia lub zdrowia kobiety ciężarnej wykonano 51 zabiegów przerwania ciąży. W wyniku przeprowadzonego badania prenatalnego wskazującego na duże prawdopodobieństwo ciężkiego nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu wykonano 705 zabiegów. Odnotowano 1 przypadek przerwania ciąży wskazujący, że ciąża była wynikiem czynu zabronionego (tab. III).

### Tabela III.

Zabiegi przerwania ciąży dokonane w latach 2002-2012 według przyczyn. Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Sprawozdania Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej: MZ-24 oraz MZ-29.

Rok	Ogółem	Przerwanie ciąży dokonane zgodnie z ustawą:		
		z powodu zagrożenia życia lub zdrowia matki	w wyniku badań prenatalnych	w wyniku czynu zabronionego
2002	159	71	82	6
2003	174	59	112	3
2004	193	62	128	3
2005	225	54	168	3
2006	339	82	246	11
2007	326	37	287	2
2008	499	32	467	0
2009	538	27	510	1
2010	641	27	614	0
2011	669	49	620	0
2012	752	50	701	1

W 2012 r. z budżetu Ministra Zdrowia były finansowane następujące programy polityki zdrowotnej państwa mające istotne znaczenie dla poprawy zdrowia kobiet i noworodków:

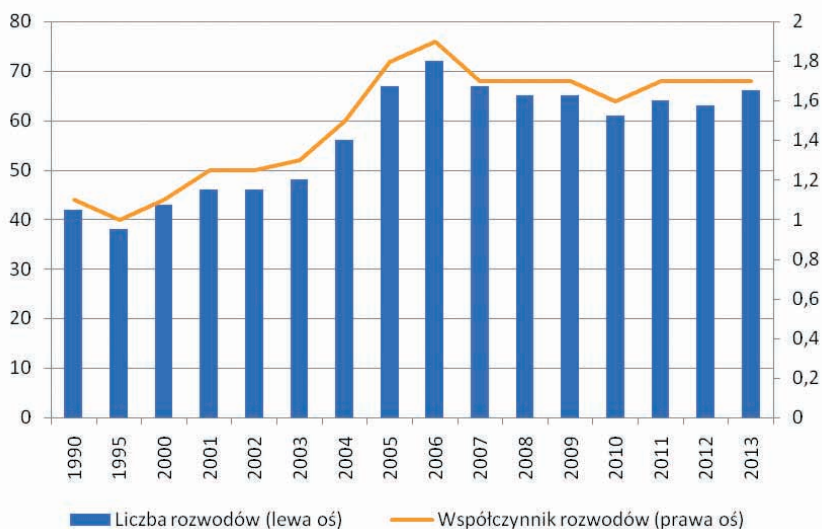
- Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu, jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2009-2013;
- Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2012-2016 w zakresie zadań za 2012 r.

Na dzietność kobiet w istotnym stopniu wpływa liczba zawieranych związków małżeńskich. W publikacji „Dzieci w Polsce w 2014 roku. Charakterystyka demograficzna” GUS podaje, że zdecydowana większość dzieci rodzi się w rodzinach tworzonych przez prawnie zawarte związki małżeńskie (w 2014 r. - ok. 76%), przy czym prawie połowa dzieci rodzi się w okresie pierwszych trzech lat trwania małżeństwa rodziców.

Jednocześnie w przypadku prawie 20% urodzeń małżeńskich związek rodziców dziecka trwał mniej niż 9 miesięcy, co bezpośrednio wiąże się z faktem zawierania małżeństw przez nastolatki. Jednakże na przestrzeni minionych 25 lat liczba zawierających małżeństwo nastolatek zmniejszyła się istotnie. W 2014 r. związek małżeński zawarło niespełna 400 dziewcząt w wieku 16-17 lat, a w 2000 r. prawie 2,5 tys. W 1990 r. było ich aż ponad 7 tys. Odsetek urodzeń pozamałżeńskich rośnie systematycznie od kilkunastu lat. Na początku lat 90. XX w. ze związków pozamałżeńskich rodziło się około 5-7% dzieci, zaś w ostatnich latach 20-24%. Odsetek ten jest zdecydowanie wyższy w miastach (w 2014 r. wynosił prawie 26%), niż na wsi (ponad 20%), a także zróżnicowany regionalnie - od 13% w woj. małopolskim do 41% w woj. zachodniopomorskim.

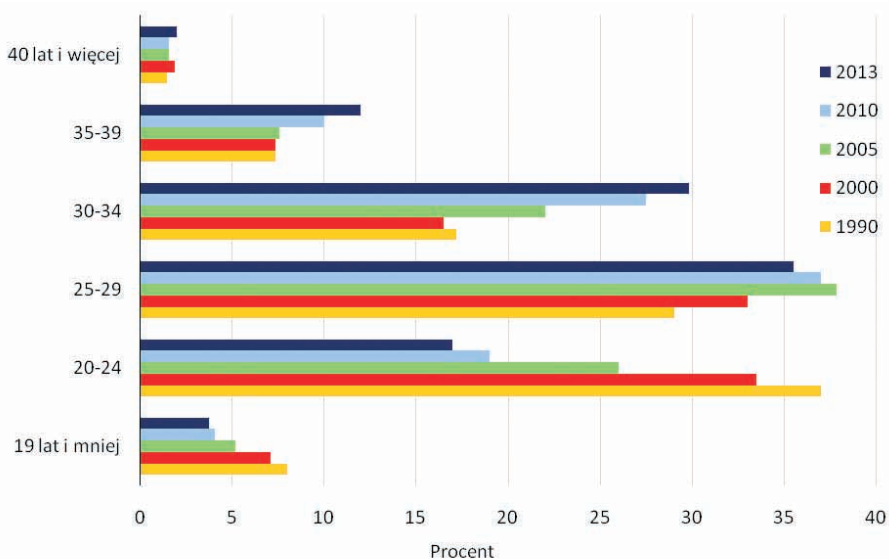
W ostatnich latach rozpada się w Polsce ponad 200 tys. małżeństw rocznie, w tym około 30% w wyniku rozwodu, a prawie 70% w wyniku śmierci współmałżonka. W 2013 r. orzeczono około 66 tys. rozwodów (ryc. 1).



**Rycina 1.**

Liczba rozwodów oraz współczynnik rozwodów (na 1000 ludności) w Polsce w latach 1990 - 2013. Źródło: GUS

Według danych GUS liczba urodzeń jest obecnie prawie o połowę niższa od urodzeń podczas ostatniego wyżu demograficznego (pierwsza połowa lat 80. XX w.). Z analiz prowadzonych przez GUS wynika, że współczynnik dzietności w 2013 r. osiągnął najniższą wartość - 1,222. Odnotowano także zwiększenie liczby matek w wieku 30-40 lat (ryc. 2).

**Rycina 2.**

Urodzenia żywe w Polsce według wieku matki w latach 1990-2013 (w %). Źródło: GUS.

Rzecznik Praw Obywatelskich wyraził swoją krytykę wobec Sprawozdania Rządu z 2014 r. ze stosowania ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Zdaniem RPO najpoważniejszym mankamentem Sprawozdania jest brak szczegółowych i adekwatnych informacji dotyczących dostępu do: edukacji seksualnej, antykoncepcji, poradnictwa i pomocy dla kobiet i rodzin, zaś podane statystyki nie zawierają żadnej analizy. RPO analizując dostęp pacjentek do farmakologicznych metod znieczulenia podczas porodu zauważył istnienie istotnej dysproporcji w dostępie do świadczeń. Z danych podawanych przez wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia wynika bowiem, że 75% wszystkich znieczuleń podczas porodu, miało miejsce w największych miastach w Polsce.

RPO podkreślił, że w sprawozdaniu brakuje danych odnoszących się do liczby kobiet, które nie były objęte opieką medyczną podczas całej ciąży z uwzględnieniem informacji o tym, czy korzystały one z prywatnej opieki. W Sprawozdaniu brak jest również danych o poradnictwie psychologicznym udzielanym kobietom w ciąży patologicznej oraz ich rodzinom. W Sprawozdaniu w części dotyczącej dostępu do metod i środków służących świadomej prokreacji brakuje danych umożliwiających ocenę, czy i w jakim zakresie ten dostęp jest rzeczywisty pod względem ekonomicznym i technicznym.

Istotnym brakiem Sprawozdania jest brak analizy przyczyn, dla których w niektórych województwach liczba przeprowadzonych zabiegów przerywania ciąży sięga nawet kilkuset, w innych zaś jedynie kilku. Należy zaznaczyć, że występuje problem braku dostępności do zabiegu legalnego przerwania ciąży, przykładowo w województwie podkarpackim nie ma obecnie podmiotu wykonującego legalne zabiegi przerywania ciąży. W celu ukazania skali zjawiska nielegalnej aborcji, wskazanym byłoby co najmniej uzupełnienie Sprawozdania o informacje dotyczące tzw. podziemia aborcyjnego i tzw. turystyki aborcyjnej gromadzone przez organizacje pozarządowe. W Sprawozdaniu całkowicie pominięto także kwestię powoływania się przez lekarzy na klauzulę sumienia. Nie podano, ile razy sytuacja taka miała miejsce, udzielania jakich świadczeń dotyczyła (badania prenatalne, zabieg aborcji) oraz czy i gdzie kobietom udzielono ostatecznie danego świadczenia zdrowotnego przerywania ciąży.

Monitorowanie kwestii związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym ma wielkie znaczenie, przy tym ważne jest, aby proces ten podlegał stałym usprawnieniom oraz aby egzekwowane były obowiązujące przepisy prawa.

## Szczepienia ochronne

Szczepienia ochronne są najskuteczniejszą znaną profilaktyką chorób zakaźnych. Obowiązek poddawania się szczepieniom ma charakter powszechny i podlegają mu osoby przebywające na terenie Polski przez okres dłuższy niż 3 miesiące. Podstawą prawną do nałożenia obowiązku szczepień przeciw wybranym chorobom zakaźnym są zapisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. W odniesieniu do osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych (m.in. dzieci) odpowiedzialność za wypełnienie tego obowiązku ponosi osoba sprawująca nad tą osobą prawną pieczę albo jej opiekun faktyczny.

Obowiązkowe szczepienia ochronne są prowadzone w Polsce zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych na dany rok, ogłaszany przez Głównego Inspektora Sanitarnego w formie komunikatu (art. 17 ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi).

Nadzór nad przestrzeganiem zakresu i terminów szczepień ochronnych prowadzi Państwowa Inspekcja Sanitarna, zgodnie z art. 5 ust. 3 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych określa:

- Wykaz chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych;
- Osoby lub grupy osób obowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym, wiek i inne okoliczności stanowiące przesłankę do nałożenia obowiązku szczepień ochronnych na te osoby;
- Kwalifikacje osób przeprowadzających szczepienia ochronne;
- Sposób przeprowadzania szczepień ochronnych;
- Tryb przeprowadzania konsultacji specjalistycznej dla osób, w przypadku których lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego;
- Wzory: zaświadczenia o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym, książeczki szczepień, karty uodpornienia;
- Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej obowiązkowych szczepień ochronnych i jej obiegu;
- Wzory sprawozdań z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych oraz tryb i terminy ich przekazywania.

Informacje na temat przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych wykonanych od dnia urodzenia są dokumentowane w:

- Karcie uodpornienia - stanowi ona dokument wewnętrzny systemu opieki zdrowotnej i jest przechowywana przez świadczeniodawcę sprawującego opiekę

profilaktyczną nad daną osobą, a w przypadku osób nieubezpieczonych przez państwowego powiatowego inspektora sanitarnego;

- Książeczce szczepień, stanowiącej odrębną część włączoną do książeczki zdrowia - stanowi dokument osoby szczepionej i jest przechowywana przez tę osobę, jej ustawowego przedstawiciela lub faktycznego opiekuna;
- Dokumentacji medycznej pacjenta.

Świadczeniodawca przechowujący karty uodpornienia i prowadzący szczepienia ochronne obowiązany jest do prowadzenia:

- Rejestru otrzymanych kart uodpornienia;
- Rejestru przekazanych kart uodpornienia;
- Rejestru zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Kwartalne sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych wg informacji zawartych w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego jest sporządzane i przekazywane przez osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienia ochronne państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, w terminie 7 dni po zakończeniu kwartału, za pomocą środków komunikacji elektronicznej albo listem poleconym. Do sprawozdania dołącza się imienny wykaz osób uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych.

Kwartalne sprawozdanie z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych wg ilości wykorzystanych szczepionek, jest sporządzane i przekazywane przez osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienia ochronne państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, w terminie 15 dni po zakończeniu kwartału, za pomocą środków komunikacji elektronicznej albo listem poleconym.

W programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2015 odnotowane jest badanie stałe prowadzone przez Ministra właściwego do spraw zdrowia o symbolu 1.29.05(092) - Szczepienia ochronne.

Celem badania jest bieżąca ocena stanu zaszczepienia ludności przeciw wybranym chorobom zakaźnym, pozyskanie danych przekazywanych do organizacji międzynarodowych (w tym: WHO, ECDC, Eurostat) oraz monitorowanie realizacji Programu Szczepień Ochronnych.

Źródłem danych statystycznych jest formularz MZ-54 - roczne sprawozdanie ze szczepień ochronnych. Podmiotami przekazującymi dane statystyczne są:

- Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych, biorące udział w szczepieniach ochronnych, które przesyłają raz w roku informacje do odpowiednich powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych;
- Powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne przesyłają raz w roku roczne sprawozdanie ze szczepień ochronnych, zestawienie zbiorcze danych, do wojewódzkiej stacji sanitarno-epidemiologicznej;

- Wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne raz w roku przekazują roczne sprawozdanie ze szczepień ochronnych, zestawienie zbiorcze danych, do NIZP-PZH.

Wynikowe informacje statystyczne stanowi liczba i odsetek osób zaszczepionych przeciw wybranym chorobom zakaźnym według roku urodzenia (dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat), grup wieku, grup ryzyka, stanu zaszczepienia, regionów oraz województw. Wyniki monitoringu szczepień ochronnych publikowane są przez NIZP-PZH w postaci biuletynu rocznego „Szczepienia ochronne w Polsce”.

System nadzoru nad niepożądanymi odczynami poszczepiennymi (NOP) w Polsce regulują:

- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania.

Lekarz lub felczer, który rozpozna NOP lub podejrzewa jego wystąpienie, wypełnia formularz zgłoszenia i przekazuje go państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca powzięcia podejrzenia wystąpienia odczynu poszczepiennego. Istnieją dwa wzory formularzy zgłoszeń NOP, zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania:

- Formularz zgłoszenia niepożądanego odczynu po szczepieniu BCG;
- Formularz zgłoszenia niepożądanego odczynu po szczepieniu innym niż BCG.

Właściwy państwowy inspektor sanitarny uzupełnia zgłoszenie niepożądanego odczynu poszczepiennego o informacje zebrane w miejscu wykonania szczepienia lub niezwłocznie przekazuje zgłoszenie państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu ze względu na miejsce wykonania szczepienia.

W przypadku wystąpienia ciężkiego lub poważnego NOP powiatowy inspektor sanitarny powiadamia, nie później niż w ciągu godziny od powzięcia wiadomości, wojewódzkiego inspektora sanitarnego, który niezwłocznie udostępnia tę informację Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu, wskazanej przez niego specjalistycznej jednostce oraz wojewódzkiemu inspektorowi farmaceutycznemu. Prowadzone są odpowiednio powiatowy i wojewódzki rejestr zgłoszeń NOP. Mogą być one prowadzone w formie papierowej lub w systemie elektronicznym. Dane z rejestru są udostępniane zbiorczo Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu lub jednostce specjalistycznej przez niego wskazanej celem przygotowania i podania do publicznej wiadomości informacji o NOP, które miały miejsce na terenie kraju. NOP są sprawozdawane w biuletynie publikowanym przez NIZP-PZH „Szczepienia ochronne w Polsce”.

## Choroby zakaźne

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi określa szczegółowo tryb postępowania w przypadku podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej oraz w przypadku stwierdzenia zgonu z powodu choroby zakaźnej.

Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ma obowiązek niezwłocznie (w czasie nieprzekraczającym 24 godz.) zgłosić ten fakt państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu lub państwowemu granicznemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej. Zapisy ustawy obligują również diagnostów laboratoryjnych lub inne osoby uprawnione do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej, w przypadku uzyskania dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego do niezwłocznego zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla siedziby laboratorium, w którym wykonano badanie.

Zgodnie z art. 28 cytowanej ustawy w przypadku podejrzenia lub rozpoznania choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej stanowiącej zagrożenie dla zdrowia publicznego lub w przypadku stwierdzenia zgonu w wyniku takiej choroby, lekarz podejmuje działania zapobiegające szerzeniu się zachorowań:

- Kieruje chorego do szpitala specjalistycznego zapewniającego izolację i leczenie oraz niezwłocznie informuje szpital o tym fakcie;
- Organizuje transport uniemożliwiający przeniesienie zakażenia na inne osoby;
- Poucza chorego lub opiekuna prawnego/faktycznego osoby małoletniej lub bezradnej oraz osoby najbliższe, o obowiązkach wynikających z art. 5 ust. 1 cytowanej ustawy (w tym m.in. Poddawanie się obowiązkowym badaniom, szczepieniom ochronnym, leczeniu, hospitalizacji, izolacji, kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu);
- Niezwłocznie powiadamia powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca podejrzenia, rozpoznania choroby lub stwierdzenia zgonu o podjętych działaniach.

Na podstawie art. 27 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, które określa:

- Wykaz zakażeń i chorób zakaźnych, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu są dokonywane zgłoszenia;
- Podmioty, którym są przekazywane zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej;
- Wzory formularzy zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej;
- Sposób dokonywania zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej;
- Tryb dokonywania zgłoszeń podejrzenia zachorowania na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną lub zgonu z powodu takiej choroby członka załogi lub pasażera odbywającego podróż międzynarodową.

Zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej są przekazywane państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu albo państwowemu granicznemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej z użyciem następujących formularzy:

- Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej (ZLK-1);
- Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania gruźlicy (ZLK-2);
- Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na chorobę przenoszoną drogą płciową (ZLK-3);
- Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia HIV/zachorowania na AIDS/zgonu osoby zakażonej HIV/chorej na AIDS (ZLK-4);
- Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (ZLK-5);
- Zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych (ZLB-1);
- Zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku gruźlicy (ZLB-2);
- Zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku HIV - ludzkiego wirusa niedoboru odporności (ZLB-3).

Państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni, państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni lub wskazane przez nich specjalistyczne jednostki, właściwe ze względu na rodzaj zakażenia lub choroby zakaźnej, oraz Główny Inspektor Sanitarny lub wskazane przez niego krajowe specjalistyczne jednostki, właściwe ze względu na rodzaj zakażenia lub choroby zakaźnej, prowadzą rejestr zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub choroby

zakaźnej, ich podejrzeń oraz przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego. Rejestr może być prowadzony w formie papierowej lub w systemie elektronicznym.

Rejestr zawiera dane osób, u których podejrzewano albo rozpoznano zakażenie, chorobę zakaźną lub stwierdzono zgon z tego powodu, oraz osób, u których stwierdzono dodatni wynik badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz rozpoznanie kliniczne zakażenia lub choroby zakaźnej, charakterystykę podstawowych objawów klinicznych, okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka i charakterystyki biologicznego czynnika zakaźnego, jak również inne informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej.

Dane gromadzone w rejestrach są przekazywane w formie raportów o zakażeniach i zachorowaniach na chorobę zakaźną, zgonach z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzaniach oraz przypadkach stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego:

- Organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Wojskowej Inspekcji Sanitarnej, Państwowej Inspekcji Sanitarnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- Inspekcji Weterynaryjnej, Wojskowej Inspekcji Weterynaryjnej;
- Inspekcji Ochrony Środowiska;
- Ośrodkom referencyjnym i instytutom badawczym współdziałającym w celu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, rozpoznawania i monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz zapewnienia systemu wczesnego powiadamiania o zagrożeniu epidemicznym w kraju;
- Krajowemu punktowi kontaktowemu wspólnotowego systemu wczesnego ostrzegania i reagowania oraz krajowemu punktowi centralnemu do spraw Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, działającemu na podstawie odrębnych przepisów;
- Publicznej służbie krwi.

W ramach badania statystycznego statystyki publicznej prowadzone jest badanie „Zachorowania i leczeni na wybrane choroby” (symbol 1.29.02(089)) monitorujące zachorowania na wybrane choroby zakaźne wg stanu zaszczepienia. Źródłem danych są formularze:

- Meldunek o zachorowaniach na grypę (MZ-55);
- Dwutygodniowe, kwartalne, roczne sprawozdanie o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach (MZ-56);
- Roczne sprawozdanie o zachorowaniach na wybrane choroby zakaźne według płci, wieku, miejsca zamieszkania oraz ich sezonowości (MZ-57);



- Roczne sprawozdanie o zachorowaniach na wybrane choroby zakaźne według stanu zaszczepienia, płci, wieku oraz miejsca zamieszkania (MZ-58).

W odniesieniu do zachorowań na gripę (formularz MZ-55) - indywidualne praktyki lekarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie, grupowe praktyki lekarskie, podmioty lecznicze przekazują dane cztery razy w miesiącu tj.: 7, 15, 22. i ostatnim dniu miesiąca po zakończeniu przyjęć do powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

Dwutygodniowe, kwartalne i roczne sprawozdania o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach przekazywane są w odpowiednich interwałach czasowych przez powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne do wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, które przesyłają zestawienia zbiorcze danych do NIZP-PZH.

Powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne raz w roku przesyłają dane z formularzy MZ-57 oraz MZ-58 dla poszczególnych jednostek chorobowych do wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. Te z kolei przesyłają raz w roku zestawienie zbiorcze danych do NIZP-PZH.

Inne źródła danych statystycznych w badaniu „Zachorowania i leczeni na wybrane choroby” w odniesieniu do chorób zakaźnych stanowią formularze:

- Roczne sprawozdanie o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc (MZ-13);
- Roczne sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej (MZ-14);
- Sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej z samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej MSW (MSW-35) - dane przekazywane do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Pracownia Monitorowania i Analizy Sytuacji Epidemiologicznej Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH zamieszcza na swoich stronach m.in.: „Meldunki o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach w Polsce” (dwutygodniowe, kwartalne, półroczne, roczne), tygodniowe „Meldunki o zachorowaniach i podejrzeniach zachorowań na gripę w Polsce” oraz biuletyn roczny „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce”.

W ramach statystyki publicznej funkcjonują w Polsce dwa rejestry chorób gromadzące indywidualne dane o przypadkach zachorowań odnoszące się do chorób zakaźnych, tj.: Centralny Rejestr Gruźlicy (prowadzony w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie) oraz Rejestr zakażeń wirusem HIV i zachorowań na AIDS (prowadzony w NIZP-PZH); (patrz: 1.A. Rejestry chorób).

## Choroby niezakaźne

Nadzór nad chorobami niezakaźnymi w Polsce nie ma charakteru kompleksowego, a dane z tego obszaru nie są gromadzone w jednym dedykowanym systemie. Informacje o chorobach niezakaźnych są zbierane m.in. w:

- badaniach statystycznych statystyki publicznej:
  - Hospitalizacja:  
badanie jest źródłem informacji o przyczynach hospitalizacji (także hospitalizacji psychiatrycznej), stosowanych procedurach oraz długości hospitalizacji dla wszystkich osób leczonych w szpitalach bez względu na ich status ubezpieczenia i miejsce zamieszkania w kraju lub za granicą;
  - Zachorowania i leczeni na wybrane choroby:  
badania prowadzone w ramach tego tematu są źródłem informacji o stanie zdrowia ludności, w tym m.in. o leczonych ambulatoryjnie na wybrane jednostki chorobowe (m.in. choroby układu krążenia, cukrzyca, nowotwory złośliwe, choroby zawodowe) przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy specjalistów;
- Rejestrach chorób (patrz: 1.A. Rejestry chorób), m.in.:
  - Krajowym Rejestrze Nowotworów (od 1952 r.);
  - Centralnym Rejestrze Chorób Zawodowych (od 1971 r.);
  - Polskim Rejestrze Wad Wrodzonych (dane zbierane od 1997 r. na zasadzie dobrowolności; rejestr powstał formalnie na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r.);
  - Ogólnopolskim Rejestrze Ostrych Zespołów Wieńcowych działającym przy Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu (dane przekazywane są do rejestru na zasadzie dobrowolności);
- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, który gromadzi dane o absencji chorobowej oraz o pierwszorazowych orzeczeniach o niepełnosprawności w Polsce i ich przyczynach (wg ICD-10);
- Narodowym Funduszu Zdrowia (dane od wszystkich świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy). Dane zawierają identyfikator osoby leczonej PESEL i dzięki temu pozwalają oszacować zapadalność i chorobowość w zakresie występujących chorób przewlekłych. Niestety dostęp do tych danych jest na razie ograniczony dla prowadzenia badań epidemiologicznych, choć pierwsze próby zmiany sytuacji w tym obszarze zostały już podjęte. Na stronie internetowej NFZ dostępne są informacje dotyczące leczonych w szpitalach w Polsce według Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) które służą do rozliczeń finansowych ze świadczeniodawcami.

Niestety, system zdrowotny w Polsce nie dysponuje rejestrami ogólnokrajowymi w odniesieniu do chorób takich jak: cukrzyca, choroby układu krążenia czy przewlekła obturacyjna choroba płuc, co w znacznym stopniu utrudnia monitorowanie chorobowości w zakresie chorób stanowiących główne przyczyny zgonów i niepełnosprawności.

## Zdrowie psychiczne

Kwestie dotyczące problemów zdrowia psychicznego zajmują w pracach i dokumentach WHO znaczące miejsce, a osiągnięcie dobrego zdrowia psychicznego zostało uznane za jeden z warunków osiągnięcia pełnego dobrostanu. Badania epidemiologiczne pokazują, że od 1/4 do 1/3 osób w populacji doświadcza każdego roku jakiegoś rodzaju zaburzeń psychicznych. W Polsce w roku 1994 Sejm RP uchwalił ustawę o ochronie zdrowia psychicznego.

Zmiana tej ustawy z dnia 23 lipca 2008 r. wprowadziła m.in. upoważnienie dla Rady Ministrów do określenia, w drodze rozporządzenia, Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP). Potrzeba monitorowania stanu zdrowia psychicznego populacji została zapisana w art. 2.3. ustawy.

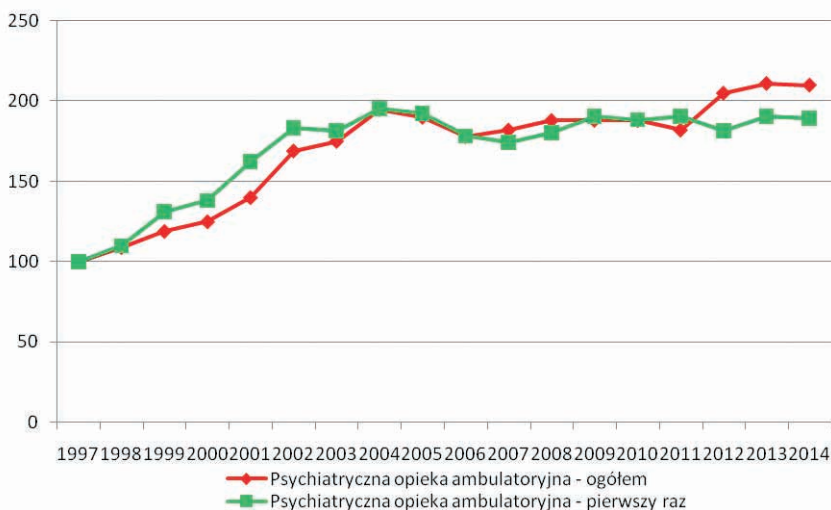
Monitorowanie stanu zdrowia psychicznego jest prowadzone poprzez coroczne raporty z realizacji NPOZP. Zgodnie z ostatnim raportem w 2014 r. udzielono pomocy w ramach opieki ambulatoryjnej 1 mln 143 tys. osób dorosłych (dla porównania w 2012 r. opieką objęto 1 mln 120 tys.) oraz 109 539 dzieciom (w 2012 r. - 100 129 dzieci). Corocznie w ramach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej leczy się ponad 1,4 mln osób, czyli 4% wszystkich Polaków. W 2014 r. NFZ zwiększył dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w stosunku do lat poprzednich w każdej z form opieki. Zanotowano wzrost świadczeń udzielonych w dziennej opiece psychiatrycznej dla dorosłych z 15 486 (w 2012 r.) do 16 052 osób w 2014 r. Wśród świadczeniodawców udzielających świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży największą liczbę stanowiły placówki ambulatoryjne (156 podmiotów). Liczba pacjentów korzystających z tej formy opieki wzrasta systematycznie do poziomu około 100 tys. porad rocznie. Z kolei w 29 oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w 2014 r. udzielono świadczeń niemal 5 tys. pacjentów. Odnotowano wzrost liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń z powodu zaburzeń psychicznych w dziennej opiece psychiatrycznej rehabilitacyjnej dla dzieci i młodzieży z 3 306 (w 2012 r.) do 3 397 osób w 2014 r. Podobna tendencja miała miejsce również w zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej, w których dostarczono opieki 8 436 pacjentom, co stanowi wzrost o 725 w porównaniu do 2012 r.

Zasady zbierania danych, w tym z zakresu ochrony zdrowia, określa Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej oraz corocznie ogłaszane Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej. Dane z zakresu zdrowia psychicznego są zbierane corocznie za pomocą druku: MZ-15 (sprawozdania z działalności jednostki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w placówkach podległych MZ), MZ-19 (sprawozdanie z działalności zespołu leczenia środowiskowego w placówkach podległych MZ) oraz MSW-36 (sprawozdanie z działalności poradni zdrowia psychicznego w placówkach podległych MSW).

Dane dotyczące zdrowia psychicznego populacji są również zbierane w ramach Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Psychiatrycznej. Badanie to realizowane jest przez Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w Warszawie, a wyniki publikowane są corocznie jako „Rocznik Statystyczny - Zakłady Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej”. IPiN prowadzi także rejestr Ewidencja hospitalizacji psychiatrycznej oparty na statystyce publicznej (karta statystyczna szpitalna MZ/Szp11b).

Dane dotyczące szpitalnictwa psychiatrycznego są umieszczane w corocznie wydawanym Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia udostępnianym przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

W 2014 r. w opiece ambulatoryjnej leczono 1565 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym 390 tys. po raz pierwszy (ryc. 3).



### Rycina 3.

Psychiatryczna opieka ambulatoryjna - dynamika wzrostu liczby leczonych ogółem i po raz pierwszy w latach 1997-2014 (1997 r. = 100). Źródło: Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Najczęstszą grupą rozpoznań w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej były zaburzenia nerwicowe (F40-F48 wg ICD-10), a drugą grupę stanowiły zaburzenia nastroju (F30-F-39 wg ICD-10) (tab. IV).

#### Tabela IV.

Psychiatryczna opieka ambulatoryjna - chorzy leczeni ogółem i po raz pierwszy według wybranych rozpoznań w 2014 r. (współczynnik na 100 tys. ludności). Źródło: Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Rozpoznanie	Leczeni ogółem	Leczeni po raz pierwszy
Organiczne zaburzenia psychiczne (F00 - F09)	536,4	105,0
Schizofrenia (F20)	370,1	34,8
Zaburzenia nastroju (afektywne) (F30 - F39)	832,6	158,3
Zaburzenia nerwicowe (F40 - F48)	994,8	284,6
Zaburzenia spowodowane alkoholem (F10)	450,4	161,6
Zaburzenia spowodowane środkami psychoaktywnym (F11 - F19)	101,3	44,3

W opiece szpitalnej największe wykorzystanie łóżek obserwuje się na oddziałach psychiatrycznych (90,6%) oraz na oddziałach odwykowych (87,9%) (dane za rok 2013).

Wskaźnikiem, który obrazuje poziom ochrony zdrowia psychicznego jest wskaźnik liczby lekarzy psychiatrów i pielęgniarek psychiatrycznych na 100 tys. mieszkańców. Średnia dla regionu europejskiego wynosi 9,4 lekarzy psychiatrów i 25,6 pielęgniarek na 100 tys. ludności. W Polsce w 2014 r. wskaźnik liczby lekarzy specjalistów psychiatrii w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wyniósł 10,3. Najwyższe wartości wskaźnika odnotowano w województwach: podlaskim (15,5 specjalistów psychiatrii/100 tys.), mazowieckim (13,5) i łódzkim (12,9). Natomiast najniższe wskaźniki odnotowano w województwach: podkarpackim (7,0), opolskim (7,4) i świętokrzyskim (7,8). Według informacji o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2014 r. oraz danych z Centralnego Rejestru Lekarzy RP następuje stały wzrost lekarzy specjalistów psychiatrii.

W latach 2009-2012 przeprowadzono pierwsze w Polsce badanie epidemiologii zaburzeń psychiatrycznych i dostępności psychiatrycznej opieki zdrowotnej (EZOP). Badanie objęło grupę dobranych losowo 10 000 dorosłych mieszkańców kraju w wieku 18-65 lat. Oceniano częstość występowania: zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzeń nastroju, zaburzeń

nerwicowych (lękowych) oraz zaburzeń kontroli impulsów i zachowań autodestrukcyjnych. Natomiast badanie nie obejmowało rozpowszechnienia zaburzeń psychotycznych oraz organicznych zaburzeń psychicznych. Oszacowania przeprowadzone w ramach badania EZOP wskazują, że liczba potencjalnych pacjentów z zaburzeniami zdrowia psychicznego przekracza 6 milionów osób. Tylko 1/4 z nich korzysta obecnie z systemu opieki zdrowotnej.

W 2014 r. Rzecznik Praw Obywatelskich opublikował krytyczny raport dot. ochrony zdrowia psychicznego w Polsce pt.: Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO. W raporcie przedstawiono aktualną charakterystykę zasobów oraz potrzeb polskiego systemu ochrony zdrowia w zakresie opieki psychiatrycznej. Przedstawiono stan promocji zdrowia psychicznego w Polsce. Wskazano na potrzebę odchodzenia od przypadkowych działań na rzecz wypracowania efektywnych programów promujących zdrowia psychiczne. Raport zwraca uwagę na poszanowanie praw i godności osób chorujących. Wskazuje liczne przykłady nierówności zapisanych w przepisach prawa, stereotypy i uprzedzenia widoczne w badaniach opinii publicznej, a także przykłady poniżającego traktowania i niegodziwych warunków leczenia. Opisując system psychiatrycznej opieki zdrowotnej wskazuje na jego niewielką skuteczność wynikającą z ograniczonej dostępności, nierównomiernego rozmieszczenia wielu form pomocy, a w końcu niedostatecznego oraz nieadekwatnego finansowania systemu. Udzielana pomoc rzadko jest kompleksowa, za to często słabo zintegrowana i koordynowana. Raport podkreśla pilną potrzebę gruntownej, systemowej reformy lecznictwa psychiatrycznego, według propozycji modelu środowiskowego.

## Zdrowie środowiskowe

W Polsce nie istnieje prawnie ustanowiony system monitorowania zdrowia populacji w ujęciu środowiskowych czynników ryzyka. Brak jest również precyzyjnych zasad gromadzenia, przetwarzania i szerszego udostępniania w ujęciu przestrzennym informacji dotyczących zarówno zgonów jak i zachorowań, czy wizyt ambulatoryjnych i w ośrodkach opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem przyczyn (przy braku zasad kategoryzacji przyczyn związanych z zanieczyszczeniem środowiska, np. chorób wodozależnych, klimatozależnych itd.).

Nie zbiera się oficjalnie i nie udostępnia się danych dla innych wskaźników zdrowotnych (np. konsumpcji leków, liczby dni niezdolności do nauki i pracy itd.), które mogą być łączone z poziomami narażenia na środowiskowe czynniki ryzyka. Niemniej jednak, wykonywane oceny stanu środowiska dla poszczególnych komponentów (takich jak powietrze atmosferyczne, promieniowanie elektromagne-

tyczne, hałas, czy jakość wód) pozwalają przy pewnym poziomie niepewności na dokonanie populacyjnej oceny narażenia. Oceny te najczęściej umożliwiają oszacowanie ogólnej liczby populacji narażonej na ekspozycję na ponadnormalne wysokości zanieczyszczeń lub energii występujące w środowisku.

Prowadzone głównie przez jednostki naukowe analizy ryzyka zdrowotnego, coraz częściej wykorzystywane są do interpretacji stanu środowiska w ujęciu oceny ryzyka i szacowania skutków zdrowotnych (w tym umożliwiających wyodrębnienie grup podwyższonego ryzyka, podziału populacji na grupy wiekowe czy płeć). Podstawy takich szacunków są zazwyczaj dostępne dane o poziomie narażenia (m.in. udostępniane w ramach badań Państwowego Monitoringu Środowiska), dane demograficzne, udostępniane w ramach statystyki publicznej dla obszarów zgodnych z podziałem administracyjnym kraju oraz ogólne lub regionalne wskaźniki zdrowotne populacji.

### **Jakość powietrza atmosferycznego**

W przypadku ocen jakości powietrza atmosferycznego, wykonywane analizy wykorzystujące elementy modelowania numerycznego w zakresie przemian chemicznych i transportu zanieczyszczeń w powietrzu oraz wyniki monitoringu zanieczyszczenia powietrza, umożliwiają przy zastosowaniu metod i narzędzi systemów informacji przestrzennej (SIP) na wykonanie dość precyzyjnego rozkładu poziomu zagrożenia dla zdrowia. Dzięki temu możliwe jest, przy wykorzystaniu danych demograficznych gromadzonych i udostępnianych w ramach statystyki publicznej, oszacowanie ogólnej liczby populacji narażonej na określone poziomy danego zanieczyszczenia. Oceny te obejmują swoim zasięgiem przestrzennym zazwyczaj poszczególne województwa lub obszar całego kraju, co oznacza, że ich wyniki można przedstawić dla dowolnej jednostki podziału administracyjnego kraju od najniższej jednostki jakim jest gmina.

Podobnie jest z analizami w strefach (w których dokonuje się ocen zanieczyszczenia powietrza) wyznaczonych w oparciu o podział administracyjny kraju oraz na znacznie mniejszych obszarach przekroczeń wartości normatywnych (dzielnice miast, skrzyżowania, poszczególne ulice), dla których wymagane jest opracowywanie programów ochrony powietrza. Dla tych obszarów zarząd województwa jest obowiązany do określenia działań ochronnych dla grup ludności wrażliwych na przekroczenie, obejmujących w szczególności osoby starsze i dzieci.

### **Hałas**

W przypadku ocen stanu akustycznego środowiska, populacyjna ocena narażenia (liczba osób ogółem, bez uwzględnienia podziału na grupy wrażliwe, wiek czy płeć) możliwa jest przy wykorzystaniu map akustycznych oraz danych

demograficznych pochodzących ze statystyki publicznej. Mapy te opracowywane są dla miast o liczbie mieszkańców większej niż 100 tysięcy oraz dla dróg, linii kolejowych i lotnisk mogących powodować negatywne oddziaływanie akustyczne na znacznych obszarach. Mapa taka, poza częścią opisową i graficzną zawiera również charakterystykę danego obszaru oraz zaznaczone tereny, na których występuje przekroczenie dopuszczalnych poziomów hałasu (z odniesieniem do miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego) i oszacowaną liczbę ludności zamieszkałą na tych obszarach. Oznacza to, że ocena populacyjnego narażenia jest możliwa do wykonania głównie dla miast, gdyż w praktyce przy drogach i liniach kolejowych o znacznym nasileniu ruchu mieszka niewielki procent populacji.

### **Pola elektromagnetyczne**

Oceny poziomów pól elektromagnetycznych dotyczą terenów przeznaczonych pod zabudowę mieszkaniową oraz miejsc dostępnych dla ludności (czyli z wyjątkiem obszarów, na których wyraźnie określony jest zakaz przebywania ludzi). Dla tak zidentyfikowanych obszarów prowadzony jest rejestr, który zawiera informacje o terenach, na których stwierdzono przekroczenie dopuszczalnych poziomów pól elektromagnetycznych w środowisku. Analizy dla wskazanych w rejestrze obszarów, w powiązaniu z informacją statystyczną odnośnie gęstości zaludnienia, przy wykorzystaniu narzędzi SIP umożliwiają populacyjną ocenę ryzyka. Zakres terytorialny tych analiz obejmuje cały kraj lub dowolne jednostki podziału administracyjnego kraju (od poziomu gminy). Ze względu na wysokości natężenia promieniowania elektromagnetycznego w środowisku, oceny w ujęciu ochrony zdrowia ze względu na znaczną liczbę potencjalnych źródeł, mają zastosowanie głównie do obszarów miast z liczbą mieszkańców powyżej 50 tys. mieszkańców.

### **Woda**

Wykonywane w precyzyjnie wyznaczonych geograficznie obszarach dorzeczy oraz jednolitych częściach wód (JCW) oceny jakości wód powierzchniowych, umożliwiają przy wykorzystaniu narzędzi SIP i danych demograficznych (dostępnych w ramach statystyki publicznej) na oszacowanie liczby ludności ogółem i powiązanie jej z wynikami jakości wody. Zakres obszarowy tych analiz obejmuje cały kraj oraz JCW. Ponadto, pod kątem zagrożeń zdrowotnych, istotne znaczenie mają również prowadzone oceny w celu określenia stanu wód i ochrony ludności przed powodzią lub suszą. Szacunki te obejmują liczbę osób ogółem, jakie są narażone na tego typu zjawiska ekstremalne.



Wykonywane w precyzyjnie wyznaczonych geograficznie jednolitych częściach wód podziemnych (JCWP) oceny jakości wód podziemnych umożliwiają przy wykorzystaniu narzędzi SIP i danych demograficznych określenie liczby ludności ogółem narażonej na poziomy zanieczyszczeń obserwowane w wodach podziemnych. Zakres obszarowy obejmuje cały kraj oraz obszary JCWP.

Ze względu na to, iż wody podziemne wykorzystuje się przede wszystkim do zaopatrzenia ludności w wodę przeznaczoną do spożycia i na cele socjalno-bytowe oraz na potrzeby produkcji artykułów żywnościowych oraz farmaceutycznych, oceny populacyjnego ryzyka nie dotyczą bezpośrednio czynników ryzyka identyfikowanych w środowisku i nie są wykonywane w ramach ocen środowiskowych. Takie oceny stanu zdrowia populacji prowadzone są przez służby odpowiedzialne za analizy w wodzie do spożycia i żywności oraz w lekach.

Zasady przeprowadzania ocen jakości wody przeznaczonej do spożycia (bez względu na rodzaj źródła ujmowanej wody) wykonywanych dla danego wodociągu przez przedsiębiorstwa wodociągowe oraz w wyznaczonych strefach (nie pokrywających swoim zasięgiem całego kraju ze względu na kryteria wyznaczania stref) przez organa Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) dla całego kraju, uniemożliwiają w praktyce populacyjną ocenę ryzyka. Wynika to z faktu, iż przedsiębiorstwa wodociągowe często nie dysponują wiedzą o liczbie osób zaopatrywanych (dostępna jest najczęściej informacja jedynie o liczbie odbiorców - gospodarstw domowych w przypadku domów jednorodzinnych oraz bloków mieszkalnych czy spółdzielni mieszkaniowych), a wyznaczane przez PIS strefy nie są definiowane i wyznaczane przestrzennie. Stąd w populacyjnej ocenie ryzyka występuje znaczna niepewność dotycząca wykorzystania danych o jakości wody z danymi demograficznymi pochodzącymi ze statystyki publicznej (dostępnymi dla jednostek podziału administracyjnego kraju). Ocenę ryzyka uniemożliwia również brak definicji chorób wodozależnych uwzględnionej w ramach sprawozdawczości medycznej oraz brak przyjętej jednolitej metodyki szacowania ryzyka.

W przypadku jakości wody w kąpieliskach i miejscach wykorzystywanych do kąpieli, nie ma przepisów prawnych umożliwiających populacyjną ocenę ryzyka. Dane o liczbie osób korzystających z kąpieli nie są obligatoryjnie gromadzone przez jednostki odpowiedzialne za ocenę jakości wody.

## **Mieszkalnictwo**

Obecnie w Polsce nie istnieją przepisy regulujące to zagadnienie. Prace nad przygotowaniem odpowiednich przepisów prawnych dotyczących jakości środowiska wewnątrz pomieszczeń są przygotowywane przez PIS (tylko w zakresie jakości powietrza).

## Zdrowie pracujących

Stan zdrowia pracujących w Polsce monitorowany jest przy pomocy dwóch systemów:

- Systemu rejestracji stwierdzonych chorób zawodowych;
- Wyników badań profilaktycznych w miejscu pracy.

### System rejestracji chorób zawodowych

#### Choroba zawodowa

stan chorobowy, który spowodowany jest działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy lub sposobem wykonywania pracy.

Zgodnie z definicją (Art. 235. ustawy Kodeks pracy) za chorobę zawodową uważa się chorobę, wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy, zwanych „narażeniem zawodowym”.

Chorobami zawodowymi mogą być zarówno takie, które dotyczą w różnym stopniu całość populacji, jak również choroby charakterystyczne - występujące tylko (lub głównie) w wybranych grupach zawodowych.

Zgodnie z art. 4 Ustawy z 30 października 2002 o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, w polskim prawie za choroby zawodowe uważa się jedynie choroby określone w wykazie chorób zawodowych określonym rozporządzeniem Rady Ministrów.

Rozporządzenie w sprawie chorób zawodowych określa: (a) wykaz chorób zawodowych, (b) okres, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej pomimo wcześniejszego zakończenia pracy w narażeniu zawodowym, (c) sposób i tryb postępowania dotyczący zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych, (d) podmioty właściwe w sprawie rozpoznawania chorób zawodowych.

Tryb postępowania w sprawach chorób zawodowych obejmuje 3 etapy:

- Podejrzenie;
- Rozpoznanie;
- Stwierdzenie choroby zawodowej.

Państwowy powiatowy inspektor sanitarny albo państwowy wojewódzki inspektor sanitarny w terminie 14 dni od dnia, w którym decyzja o stwierdzeniu choroby zawodowej stała się ostateczna, sporządza kartę stwierdzenia choroby zawodowej i przesyła ją do Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera w Łodzi.

Centralny Rejestr Chorób Zawodowych corocznie publikuje dane o zachorowalności na choroby zawodowe wg rodzaju choroby (26 jednostek, płci, wieku, stażu pracy w chwili rozpoznania, zawodu wykonywanego, rodzajów działalności społeczno-gospodarczej, województwa). Centralny Rejestr Chorób Zawodowych dysponuje danymi o wysokiej wiarygodności (patrz: 1.A. Rejestry Chorób).

## System badań profilaktycznych

W Polsce zgodnie z zapisami Kodeksu Pracy każda osoba podejmująca zatrudnienie powinna zostać poddana badaniu wstępnemu, a stan zdrowia pracowników aktualnie zatrudnionych oceniany jest w okresowych badaniach profilaktycznych. Koszt badań profilaktycznych ponosi pracodawca. Zakres badań oraz ich częstotliwość określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.05.1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy.

Opiekę profilaktyczną nad osobami pracującymi sprawują uprawnieni lekarze medycyny pracy i pielęgniarki przemysłowe. Liczba tych pierwszych na koniec 2014 wynosiła 6741. Badaniom profilaktycznym nie podlegają rolnicy, osoby samozatrudniające się oraz właściciele firm prywatnych. Osoby te mogą zostać objęte taką opieką na własny wniosek i koszt. Lekarze medycyny pracy nie mają możliwości podejmowania działań terapeutycznych. W sytuacji rozpoznania chorób/stanów wymagających takich działań pracownik kierowany jest do lekarza pierwszego kontaktu.

System monitorowania badań profilaktycznych w miejscu pracy obejmuje:

- Dane indywidualne: wiek, płeć, staż pracy, klasyfikacja zakładu pracy, czynniki szkodliwe i uciążliwe w miejscu pracy, rodzaj badania profilaktycznego (wstępne, okresowe, kontrolne), występowanie aktualnie lub w przeszłości choroby zawodowej, przyznanie świadczenia rentowego, orzeczenie o niepełnosprawności;

- Wywiad chorobowy: występowanie chorób przewlekłych (np. cukrzyca, choroby układu krążenia), poprawność kontroli i leczenia chorób podawanych w wywiadzie;
- Występowanie uzależnień (palenie, alkohol, narkotyki);
- Opiekę poradni specjalistycznej (z powodu jakiej choroby), zlecone badania dodatkowe, zlecone konsultacje specjalistyczne;
- Decyzję o braku możliwości wykonywania pracy na danym stanowisku, potrzebę działań profilaktycznych ze strony lekarza medycyny pracy (z powodu nadciśnienia, zaburzeń gospodarki tłuszczowej, wysokiej glikemii, zespołu bólowego kręgosłupa).

Aktualnie w ramach programu Zintegrowany system opracowania i wdrożenia infrastruktury informatycznej w ochronie zdrowia pracujących POIG.02.03.01-10-036/13 projektowany jest ogólnopolski system monitorowania badań profilaktycznych w miejscu pracy.

Wielkość populacji podlegającej badaniom profilaktycznym w myśl przepisów Kodeksu pracy, to około 12 milionów osób (osoby zatrudnione na podstawie stosunku pracy). Rocznie wykonuje się w Polsce, wg danych za ostatnie kilkanaście lat, pomiędzy 3,5 a 4,5 miliona badań. Wynika to z tego, że najczęstszym interwałem pomiędzy badaniami jest okres 3 lat, a zatem co roku mniej więcej co trzeci pracownik powinien mieć wykonywane badanie. Każdego roku około 0,4-0,5% badań skutkuje wydaniem orzeczenia o istnieniu przeciwwskazań do wykonywania pracy.

## Bezpieczeństwo drogowe

Na podstawie dostępnych danych statystycznych na 100 wypadków na drogach w Polsce przypada około: 11 zabitych, 31 ciężko rannych oraz 93 średnio i lekko rannych. Ryzyko utraty życia na polskich drogach jest dwukrotnie większe niż średnia europejska, a ponad trzykrotnie większe niż u liderów w zakresie bezpieczeństwa ruchu drogowego, czyli w Wielkiej Brytanii, Holandii czy Szwecji.

W Polsce instytucją wiodącą wykonującą zadania z zakresu bezpieczeństwa ruchu drogowego jest Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (KRBRD). Została ona powołana w dniu 1 stycznia 2002 r. ustawą z dnia 6 września 2001 r. o zmianie ustawy - Prawo o ruchu drogowym.

### Narodowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2013-2020

20 czerwca 2013 r. KRBRD jednogłośnie przyjęła Narodowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2013-2020. Zastąpił on poprzedni wieloletni, krajowy program bezpieczeństwa ruchu drogowego pod nazwą GAMBIT 2005.

W nawiązaniu do głoszonej przez ONZ Dekady Działań na rzecz Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, Narodowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2013-2020 i jego struktura interwencji opiera się na pięciu następujących filarach:

- bezpieczne zachowania uczestników ruchu;
- bezpieczna infrastruktura drogowa;
- bezpieczna prędkość;
- bezpieczne pojazdy;
- system ratownictwa i pomocy medycznej.

Narodowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego na lata 2013-2020 zakłada m.in. osiągnięcie w 2020 roku wymiernego celu w postaci nie więcej niż 2 000 ofiar śmiertelnych i 6 900 ciężko rannych.

Narzędziami monitoringu programu są:

- Roczne sprawozdania ze stanu bezpieczeństwa ruchu drogowego w Polsce zawierające fakty dotyczące wypadków w roku poprzedzającym oraz konkretne wskaźniki realizacji działań ujętych w programach realizacyjnych na rok poprzedzający dostępne na stronie <http://www.krbrd.gov.pl/pl/sprawozdania.html>;
- Sprawozdania okresowe z wdrażania niniejszego programu zawierające ocenę efektywności.

Podstawowe wskaźniki monitorowania Narodowego Programu Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego to:

- Wskaźniki finalne dla całego programu:
  - Liczba ofiar (ofiar/rok);
  - Wskaźnik ofiarochłonności demograficznej (ofiar/1 mln mieszk./rok);
  - Wskaźnik ofiarochłonności motoryzacyjnej (ofiar/1 mln pojazdów/rok);
  - Wskaźnik koncentracji ofiar (ofiar/1 mld pkm/rok).
- Wskaźniki dla filaru „Bezpieczny człowiek”:
  - Liczba pieszych jako ofiar wypadków drogowych (ofiar/rok);
  - Liczba rowerzystów jako ofiar wypadków drogowych (ofiar/rok);
  - Liczba motorowerzystów i motocyklistów jako ofiar wypadków drogowych (ofiar/rok);
  - Liczba ofiar w wypadkach spowodowanych przez uczestników ruchu pod wpływem alkoholu (ofiar/rok);
  - Udział osób z zapiętymi pasami bezpieczeństwa w pojeździe (%);
  - Udział dzieci przewożonych i prawidłowo zabezpieczonych w pojeździe (%);
  - Udział motocyklistów, motorowerzystów i rowerzystów stosujących kaski (%);
  - Udział kierowców pod wpływem alkoholu lub innych substancji wykrytych w wyniku kontroli (%).
- Wskaźniki dla filaru „Bezpieczne drogi”:
  - Liczba ofiar w zderzeniach czołowych (ofiar/rok);

- Liczba ofiar w zderzeniach bocznych i tylnych (ofiar/rok);
- Liczba ofiar w wypadkach zakończonych wypadnięciem pojazdu z drogi (ofiar/rok);
- Liczba ofiar na odcinkach dróg tranzytowych w terenach zabudowanych (ofiar/rok);
- Liczba ofiar na skrzyżowaniach i węzłach (ofiar/rok);
- Liczba ofiar na łukach poziomych (ofiar/rok);
- Liczba ofiar w porze nocnej (ofiar/rok);
- Udział ulic o ruchu uspokojonym w sieci drogowej w obszarach zabudowanych (%);
- Udział dróg wyposażonych w infrastrukturę dla ruchu pieszego i rowerowego w sieci dróg krajowych, wojewódzkich (%).
- Wskaźniki dla filaru „Bezpieczna prędkość”:
  - Liczba ofiar wypadków drogowych spowodowanych przez nadmierną prędkość (ofiar/rok);
  - Średnia prędkość pojazdów na autostradach i drogach ekspresowych (km/h);
  - Średnia prędkość pojazdów na drogach zamiejskich (km/h);
  - Średnia prędkość pojazdów na drogach miejskich (km/h);
  - Udział kierowców przekraczających dopuszczalną prędkość pojazdów na autostradach i drogach ekspresowych (%);
  - Udział kierowców przekraczających dopuszczalną prędkość pojazdów na drogach zamiejskich (%);
  - Udział kierowców przekraczających dopuszczalną prędkość pojazdów na drogach miejskich (%);
  - Udział kierowców przekraczających dopuszczalną prędkość wykrytych w wyniku kontroli (%).
- Wskaźniki dla filaru „Bezpieczny pojazd”:
  - Liczba ofiar w wypadkach z udziałem niesprawnych pojazdów (ofiar/rok);
  - Średni wiek pojazdów (lata);
  - Udział pojazdów z usterkami (%).
- Wskaźniki dla filaru „Ratownictwo i opieka powypadkowa”:
  - Liczba ofiar zmarłych w ciągu 30 dni od dnia wypadku (ofiar/rok);
  - Liczba ofiar z trwałą niepełnosprawnością (ofiar/rok);
  - Średni czasu dojazdu służb ratowniczych do miejsca wypadku (min).

W 2014 roku na zlecenie Sekretariatu Krajowej Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego wznowiony został ogólnopolski monitoring zachowań uczestników ruchu drogowego. Badania prowadzone były we wszystkich województwach i objęły lokalizacje zarówno w terenie zabudowanym, jak i niezabudowanym oraz kategorie dróg - od autostrad po drogi powiatowe.

Monitoring objął: pomiary prędkości pojazdów, stosowanie pasów bezpieczeństwa, stosowanie urządzeń zabezpieczających dzieci w wieku 0-12 lat, kasków ochronnych w trzech grupach użytkowników dróg: motocyklistach, motorowozystach i rowerzystach oraz stopień korzystania z telefonów komórkowych w trakcie kierowania pojazdem.

Instytucje gromadzące dane o bezpieczeństwie na drogach, m.in. Policja (System Ewidencji Wypadków i Kolidzji, SEWiK), zostały opisane w rozdziale 3.E. Bezpieczeństwo drogowe.

## Urazy i przemoc

### Urazy

Istnieją nieliczne systemy informacyjne gromadzące dane dotyczące wypadków z różnych dziedzin życia, które w wąskim zakresie identyfikują też inne zmienne charakteryzujące przebieg wypadku i ciężkość urazów. Systemy te funkcjonują niezależnie od siebie i są powołane do życia z uwagi na różne zadania, jakie realizują w życiu publicznym. Obejmują one tylko te grupy populacyjne, które zostały poszkodowane w ramach określonych okoliczności i według określonego rodzaju wypadku.

Uwarunkowania te powodują, że źródła informacji na temat urazów wykorzystują różne kryteria klasyfikacji i definiowania obrażeń. W ramach tych systemów urazy i wypadki są najczęściej klasyfikowane zgodnie z definicjami wynikającymi z przepisów prawnych (np. wypadek konsumencki, wypadek przy pracy rolniczej czy wypadek przy pracy). Jedynymi źródłami informacji na temat urazów i wypadków, które stosują medyczne kryteria definiowania według standardu klasyfikacji ICD-10 są Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej oraz system rejestracji zgonów GUS. Trzeba przy tym nadmienić, że obserwuje się niekorzystną tendencję do pomijania wpisywania przez personel medyczny kodów ICD-10 opisujących przyczyny zewnętrzne urazów przy raportowaniu hospitalizacji i zgonów.

Omawiane wyżej okoliczności związane z gromadzeniem danych na temat urazów i wypadków przyczyniają się do utrudnień przy integrowaniu oraz wzajemnym porównywaniu informacji pochodzących z różnych baz danych. Nie istnieje zatem jednolity standard zbierania i analizowania danych dotyczących wypadków i urazów, choć wiele instytucji naukowych podejmuje działania polegające na monitorowaniu częstości występowania i ciężkości urazów w Polsce. Wśród najważniejszych instytucji należy wymienić: Centralny Instytut Ochrony Pracy - Państwowy Instytut Badawczy, Instytut Transportu Samochodowego, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi oraz NIZP-PZH.

## Systemy gromadzące dane o wypadkach

Do najważniejszych systemów, które gromadzą dane na temat wypadków lub ich skutków zdrowotnych należy zaliczyć:

- Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej - umiejscowione w NIZP-PZH - hospitalizacje z powodu urazów i zatruc oraz w niepełnym wymiarze ich przyczyn zewnętrznych (wypadków) (patrz: 1.B. Chorobowość hospitalizowana);
- Główny Urząd Statystyczny - dane na temat zewnętrznych przyczyn zgonów - źródłem informacji o zgonach dla statystyki publicznej są rejestry administracyjne. Dane o osobie zmarłej, przyczynach zgonu oraz okolicznościach zgonu są gromadzone na podstawie Karty zgonu wystawianej przez lekarza stwierdzającego zgon osoby i orzekającego jego przyczyny (wg ICD-10). Karta zgonu jest dokumentem administracyjnym, w oparciu o który USC wystawia akt zgonu, zgodnie z ustawą Prawo o aktach stanu cywilnego. Informacje zgromadzone w karcie zgonu statystyka publiczna wykorzystuje do swych badań w sposób wtórny, jednostkami sprawozdawczymi są USC.

### Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10

#### V01-X59 Wypadki

##### **V01-V99 Wypadki komunikacyjne:**

- V01-V09 Uraz pieszego w wypadku komunikacyjnym;
- V10-V19 Uraz rowerzysty w wypadku komunikacyjnym;
- V20-V29 Uraz użytkownika motocykla w wypadku komunikacyjnym;
- V30-V39 Uraz użytkownika trzykołowego pojazdu mechanicznego w wypadku komunikacyjnym;
- V40-V49 Uraz użytkownika samochodu w wypadku komunikacyjnym;
- V50-V59 Użytkownik samochodu dostawczego lub ciężarowego ranny w wypadku komunikacyjnym;
- V60-V69 Uraz użytkownika ciężkiego środka transportu w wypadku komunikacyjnym;
- V70-V79 Uraz użytkownika autobusu w wypadku komunikacyjnym;
- V80-V89 Inne wypadki w transporcie lądowym;
- V90-V94 Wypadki w komunikacji wodnej;
- V95-V97 Wypadki w komunikacji lotniczej i kosmicznej;
- V98-V99 Inne i nieokreślone wypadki komunikacyjne.

##### **W00-X59 Inne zewnętrzne przyczyny urazu wypadkowego:**

- W00-W19 Upadki;
- W20-W49 Narażenie na działanie sił mechanicznych martwej natury;



W50-W64	Narażenie na działanie sił mechanicznych materii żywej;
W65-W74	Wypadkowe zanurzenie i tonięcie;
W75-W84	Inne wypadkowe utrudnienia oddychania;
W85-W99	Narażenie na działanie prądu elektrycznego, promieniowanie i skrajne zmiany temperatury i ciśnienia;
X00-X09	Narażenie na działanie dymu, ognia i płomieni;
X10-X19	Kontakt z gorącymi i wrzącymi substancjami;
X20-X29	Kontakt z jadowitymi zwierzętami i roślinami;
X30-X39	Narażenie na siły natury;
X40-X49	Wypadkowe zatrucie przez narażenie na działanie szkodliwych substancji;
X50-X57	Przemęczenie, podróże i niedobory;
X58-X59	Przypadkowe narażenie na inne i nieokreślone czynniki.

Źródło: <http://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10Tom1.pdf>

- Główny Urząd Statystyczny - Wypadki przy pracy - na podstawie zatwierdzonego protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku sporządza się statystyczną kartę wypadku przy pracy GUS Z-KW. Kartę wypełnia się wówczas, gdy zbadane zdarzenie jest wypadkiem przy pracy lub wypadkiem traktowanym na równi z wypadkiem przy pracy.  
Kartę sporządza się - na podstawie objaśnień GUS - w dwóch egzemplarzach i przekazuje w formie pisemnej do urzędu statystycznego właściwego dla województwa, na terenie którego znajduje się siedziba podmiotu sporządzającego (pracodawcy).  
Karta składa się z dwóch części, które wypełnia się i wysyła w następujących terminach:
  - Część I karty - sporządza się nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia, w którym został zatwierdzony protokół powypadkowy lub w którym sporządzono kartę wypadku. Statystyczną kartę przekazuje się w terminie do 15 dnia roboczego miesiąca następującego po miesiącu, w którym został zatwierdzony protokół powypadkowy lub w którym sporządzono kartę wypadku.
  - Część II karty - uzupełniającą, sporządza się w takim terminie, by dostarczyć ją do urzędu statystycznego nie później niż z upływem 6 miesięcy od dnia zatwierdzenia protokołu powypadkowego lub, w którym sporządzono kartę wypadku.

Za pomocą statystycznej karty wypadku przy pracy gromadzi się informacje dotyczące:

- Pracodawcy, u którego zdarzył się wypadek przy pracy (działalność gospodarcza, wielkość przedsiębiorstwa);
  - Osoby poszkodowanej (nazwisko, płeć, data urodzenia, narodowość, status zatrudnienia, zawód, godziny przepracowane od podjęcia pracy do wypadku, staż na stanowisku pracy, szkolenie);
  - Skutków wypadku przy pracy (znanych w momencie wypełniania karty, jak i rzeczywistych skutkach wypadku, takich jak rodzaj urazu, umiejscowienie urazu, niezdolność do pracy w dniach kalendarzowych, straty czasu pracy innych osób, szacunkowe straty materialne spowodowane wypadkiem);
  - Przebiegu i okoliczności wypadku przy pracy (położenie geograficzne miejsca wypadku, data, godzina, proces pracy, miejsce powstania wypadku, ogólna charakterystyka miejsca wypadku, czynność wykonywana przez poszkodowanego w chwili wypadku, czynnik związany z czynnością wykonywaną przez poszkodowanego w chwili wypadku, wydarzenie będące odchyleniem od stanu normalnego, czynnik związany z odchyleniem, wydarzenie powodujące uraz, źródło urazu);
  - Przyczyn wypadku.
- Polskie Obserwatorium Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego - powstało w 2013 r. w Instytucie Transportu Samochodowego. Zajmuje się zbieraniem, gromadzeniem, analizowaniem i upowszechnianiem danych z zakresu bezpieczeństwa ruchu drogowego, m.in. wypadków.  
W POBR funkcjonuje hurtownia danych, w której zgromadzono dane o wypadkach i kolizjach (źródło: baza System Ewidencji Wypadków i Kolizji SEWiK; Komenda Główna Policji), dane statystyczne o liczbie mieszkańców, powierzchni, liczbie pojazdów, długości dróg (źródło: Główny Urząd Statystyczny: Bank Danych Lokalnych), dane o natężeniu ruchu na drogach krajowych i wojewódzkich (źródło: Generalny Pomiar Ruchu Generalnej Dyrekcji Dróg Krajowych i Autostrad, GDDKiA), dane o kierowcach (źródło: Centralnej Ewidencji Pojazdów i Kierowców, CEPiK).  
Do przetwarzania zgromadzonych danych wykorzystywane są narzędzia pozwalające przeprowadzać analizy bezpieczeństwa ruchu drogowego na różnym poziomie szczegółowości. Istotnym elementem systemu jest program MapInfo służący do tworzenia map tematycznych przedstawiających wyniki analiz. Dedykowana aplikacja do tworzenia map ryzyka dla dróg krajowych i wojewódzkich umożliwia identyfikację odcinków o największej liczbie wypadków wybranej kategorii.

Hurtownia jest zasilana danymi o wypadkach i kolizjach co 1 miesiąc, danymi statystycznymi raz do roku, danymi o ruchu co 5 lat. Dane podlegają procesom mapowania, transformacji, geokodowania i walidacji. Dzięki uzupełnieniu bazy SEWiK informacjami o współrzędnych geograficznych wypadków, istnieje możliwość wizualizacji danych na mapach.

Dane zgromadzone w Hurtowni Danych nie są udostępnione na portalu POBR. Każdy potrzebujący szczegółowych danych dotyczących bezpieczeństwa ruchu drogowego może skorzystać z zasobów hurtowni w siedzibie Instytutu Transportu Samochodowego.

- Krajowy System Informacyjny Policji (KSIP) - systemy teleinformatyczne KSIP umożliwiają dostęp oraz przetwarzanie informacji, w tym danych osobowych, z następujących zbiorów danych prowadzonych przez Policję:
  - Policyjnego Rejestru Imprez Masowych, PRIM;
  - Systemu Ewidencji Wypadków i Kolizji, SEWiK;
  - Rejestru obejmującego ewidencję broni utraconej;
  - Zbioru danych osobowych;
  - Ewidencji kierowców naruszających przepisy ruchu drogowego.

Systemy teleinformatyczne KSIP umożliwiają uzyskiwanie, gromadzenie i przetwarzanie danych, w tym danych osobowych (uzyskanych m.in. z centralnej ewidencji kierowców, centralnej ewidencji pojazdów, krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej, rejestrów i zbiorów danych prowadzonych na podstawie przepisów o ewidencji ludności i przepisów o dowodach osobistych, w tym ze zbioru danych osobowych PESEL).

Wybrane dane statystyczne dotyczące wypadków ruchu drogowego, tj:

- Bezpieczeństwo w ruchu drogowym - w ujęciu miesięcznym;
- Wypadki drogowe - raporty roczne;
- Wypadki w okresie wakacyjnym;
- Dłgie weekendy i święta;
- Bezpieczeństwo w komunikacji,

można pobrać na stronie <http://statystyka.policja.pl/st/ruch-drogowy>

- Straż pożarna - statystyki „Wypadki z ludźmi podczas pożarów i miejscowych zagrożeń w rozbiciu na województwa, powiaty, gminy” można pobrać ze strony internetowej Komendy Głównej Państwowej Straży Pożarnej ([http://www.straz.gov.pl/panstwowa\\_straz\\_pozarna/2014](http://www.straz.gov.pl/panstwowa_straz_pozarna/2014)).

Materiał statystyczny opracowywany został zgodnie z „Zasadami ewidencjonowania zdarzeń w zmodernizowanym Systemie Wspomagania Decyzji - ST” na podstawie rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad organizacji krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego (Dz.U.11.46.239).

- Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego - zgłoszone wypadki ubezpieczonych rolników indywidualnych w czasie wykonywania pracy rolniczej. W rozumieniu art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników, za wypadek przy pracy rolniczej uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło podczas wykonywania czynności związanych z prowadzeniem działalności rolniczej albo pozostających w związku z wykonywaniem tych czynności:
  1. na terenie gospodarstwa rolnego, które ubezpieczony prowadzi lub w którym stale pracuje, albo na terenie gospodarstwa domowego bezpośrednio związanego z tym gospodarstwem rolnym, lub
  2. w drodze ubezpieczonego z mieszkania do gospodarstwa rolnego, albo w drodze powrotnej, lub
  3. podczas wykonywania poza terenem gospodarstwa rolnego zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności rolniczej lub w związku z wykonywaniem tych czynności, lub
  4. w drodze do miejsca wykonywania czynności, o których mowa w pkt. 3 albo w drodze powrotnej.

Jeśli zdarzy się wypadek przy pracy rolniczej, należy go zgłosić do najbliższej placówki terenowej Kasy jak najwcześniej, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 6 miesięcy od dnia jego zaistnienia.

Zgłoszenia wypadku może dokonać poszkodowany lub inna osoba, bezpośrednio w siedzibie KRUS lub za pośrednictwem poczty, telefonicznie albo pocztą elektroniczną.

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) jest zobowiązana przekazywać do GUS dane zbiorcze ze sprawozdania o wypadkach przy pracy rolniczej i chorobach zawodowych oraz o przyznaniu jednorazowych odszkodowań z tytułu wypadków przy pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych, co kwartał - do 20 dnia drugiego miesiąca po kwartale sprawozdawczym, do końca stycznia - za rok sprawozdawczy.

Opracowanie pt. „Wypadki przy pracy i choroby zawodowe rolników oraz działania prewencyjne KRUS w 2014 roku” zawiera dane o wypadkach i chorobach zawodowych rolników w latach 2005-2014, przyczynach i okolicznościach zdarzeń zaistniałych w 2014 roku, a także prezentuje dane na temat kierunków i form działań prewencyjnych zrealizowanych przez KRUS, które mają na celu ograniczenie liczby wypadków i chorób zawodowych rolników.

- System Informacji Oświatowej - baza danych Systemu Informacji Oświatowej (SIO) to centralny zbiór danych, prowadzony przez ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania, w skład którego wchodzi m.in.: zbiór danych o szkołach, placówkach oświatowych i ich zespołach oraz zbiory danych o uczniach.

W SIO gromadzi się dane dziedzinowe uczniów, które dotyczą m.in. wypadków, którym uczeń uległ, będąc pod opieką przedszkola, szkoły podstawowej, w której zorganizowano oddział przedszkolny, innej formy wychowania przedszkolnego, szkoły lub placówki, według: (a) miejsca, w którym zdarzył się wypadek, (b) zajęć, w czasie których zdarzył się wypadek, (c) przyczyny wypadku.

Plik w formie arkusza Excel „Wypadki w szkołach i placówkach w roku szkolnym 2014/2015 wg SIO stan na 30.09.2015 r.” i inne archiwalne można pobrać na stronie: <https://cie.men.gov.pl/index.php/dane-statystyczne/137.html>.

- System Monitorowania Wypadków Konsumenckich (SMWK) - działa na podstawie art. 32 ustawy z dnia 12 grudnia 2003 r. o ogólnym bezpieczeństwie produktów (Dz. U. Nr 229, poz. 2275).

Produkty wprowadzane na rynek do użytku konsumentów wyprodukowane w krajach Unii Europejskiej oraz importowane z krajów trzecich, muszą spełniać warunki bezpiecznego użytkowania.

Nadzór nad ogólnym bezpieczeństwem produktów w naszym kraju sprawuje Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który dysponuje odpowiednimi środkami prawnymi dla zapewnienia należytego poziomu bezpieczeństwa konsumentów.

SMWK gromadzi informacje o wypadkach konsumenckich, o ich okolicznościach i skutkach zdrowotnych, a także o produktach mających związek z wypadkami. Informacje te umożliwiają identyfikowanie produktów, które ze względu na swoje cechy lub okoliczności użytkowania mogą okazać się niebezpieczne. Organy nadzoru na ich podstawie podejmują odpowiednie działania interwencyjne.

Wypadkiem konsumenckim jest zdarzenie nagłe pozostające w związku z użytkowaniem produktu, niezamierzone przez użytkownika, którego następstwem jest utrata życia lub uszkodzenie ciała wymagające pomocy medycznej.

Wybrane zakłady opieki zdrowotnej (placówki terenowe systemu; wykazane na stronie <http://smwk.gov.pl/download/wykaz%20placowek.pdf>) dostarczają informacji o wypadkach konsumenckich ze swego terenu. Obecnie na terenie każdego województwa działa jedna placówka terenowa, w której przygotowywane do tej roli ankieter zbiera dane o wypadkach konsumenckich i wprowadza je do bazy systemu. Na podstawie tych danych opracowywane są raporty dla Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Informacje o wypadkach konsumenckich przetwarzane w systemie nie zawierają danych osobowych umożliwiających identyfikację osób poszkodowanych. Nadzór nad funkcjonowaniem placówek terenowych w tym zakresie sprawuje Administrator SMWK powołany przez Ministra Zdrowia.

Informacje o wypadkach konsumenckich są gromadzone i przetwarzane w systemie informatycznym stworzonym przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia.

## Przemoc w rodzinie

Przemoc w rodzinie narusza podstawowe prawa człowieka, w tym prawo do życia i zdrowia oraz poszanowania godności osobistej. Władze publiczne mają obowiązek zapewnić wszystkim obywatelom równe traktowanie i poszanowanie ich praw i wolności.

### Przemoc w rodzinie

jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członka rodziny, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą.

*Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie*

Zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz. 1493, z późn. zm.) Rada Ministrów do dnia 30 września każdego roku zobowiązana została do składania Sejmowi i Senatowi Rzeczypospolitej Polskiej sprawozdania z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie.

Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020 zakłada:

- Prowadzenie badań, ekspertyz oraz analiz dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie (art. 8 pkt 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz. 1493, z późn. zm.). Realizatorem zadania jest minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w ramach zlecenia zadania wskazanemu podmiotowi (ośrodki badania opinii publicznej, ośrodki naukowe);
- Diagnozę zjawiska przemocy w rodzinie na obszarze gminy, powiatu i województwa, w tym w odniesieniu do gmin, ustalenie odsetka populacji rodzin zagrożonych przemocą w rodzinie. Realizatorami zadania są jednostki samorządu terytorialnego - szczebel gminny, powiatowy, wojewódzki;

- Monitorowanie zjawiska przemocy w rodzinie na obszarze województwa (art. 7 pkt 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. Nr 180, poz. 1493, z późn. zm.). Realizatorem zadania są wojewodowie za pośrednictwem Wojewódzkich Koordynatorów Realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie.

Zbieraniem danych dot. występowania przemocy w społeczeństwie zajmuje się kilka resortów:

- policja ([www.policja.gov.pl/statystyki](http://www.policja.gov.pl/statystyki));
- wymiar sprawiedliwości ([www.ms.gov.pl](http://www.ms.gov.pl));
- resort pracy i polityki społecznej ([www.mpips.gov.pl](http://www.mpips.gov.pl)).

Dane zbierane są w podziale na: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, rodzaj przemocy, która wystąpiła (w rodzinie, lub w przestrzeni publicznej), czy sprawca i osoba doznająca przemocy byli pod wpływem alkoholu, środków psychoaktywnych, służba, która podjęła interwencję.

Wprowadzenie znowelizowanej ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie spowodowało zintegrowanie systemów informacyjnych różnych resortów („Niebieska Karta”) dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie.

Procedura „Niebieskie Karty” obejmuje ogół czynności podejmowanych i realizowanych przez przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, policji, oświaty i ochrony zdrowia, w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie.

Procedura „Niebieskie Karty” jest stosowana przez uprawnione podmioty takie jak: przedstawiciele jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, Policji, ochrony zdrowia, oświaty, gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, zespoły interdyscyplinarne/grupy robocze, jednostki organizacyjne Policji, jednostki oświaty podległe Ministerstwu Kultury i Dziedzictwa Narodowego.

Monitorowane wskaźniki:

- Liczba sporządzonych Niebieskich Kart A przez przedstawicieli poszczególnych podmiotów wszczynających procedurę;
- Liczba rodzin objętych procedurą „Niebieskie Karty”;
- Liczba spraw zakończonych w wyniku ustania przemocy w rodzinie;
- Liczba spraw zakończonych w wyniku braku zasadności podejmowanych działań;
- Liczba zakończonych procedur „Niebieskie Karty”, na skutek ustania przemocy w rodzinie i uzasadnionego przypuszczenia o zaprzestaniu dalszego stosowania przemocy w rodzinie oraz po zrealizowaniu indywidualnego planu pomocy;
- Liczba wszczętych postępowań oraz odmów wszczęcia w sprawach związanych z przemocą w rodzinie;

- Liczba zakończonych postępowań w sprawach związanych z przemocą w rodzinie poprzez sporządzenie aktu oskarżenia;
- Liczba zakończonych postępowań w sprawach związanych z przemocą w rodzinie poprzez umorzenie postępowania.

Monitorowanie zjawiska przemocy w rodzinie prowadzone jest w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie:

- Ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie (2007 r., wyniki badań TNS OBOP dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej):
  - Polacy wobec zjawiska przemocy w rodzinie oraz opinie ofiar, sprawców i świadków o występowaniu i okolicznościach występowania przemocy w rodzinie;
  - Potrzeby szkoleniowe grup zawodowych „pierwszego kontaktu” z przypadkami przemocy w rodzinie;
- Ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie - przemoc w rodzinie wobec dzieci (2008 r., wyniki badań TNS OBOP dla MPiPS):
  - Badanie dotyczące zjawiska przemocy w rodzinie wobec dzieci. Opinie kuratorów, policjantów, pracowników socjalnych, pracowników służby zdrowia oraz pedagogów szkolnych o występowaniu i okolicznościach występowania przemocy w rodzinie wobec dzieci;
  - Badanie dotyczące zjawiska przemocy w rodzinie wobec dzieci. Opinie ofiar, sprawców i świadków o występowaniu i okolicznościach występowania przemocy w rodzinie wobec dzieci;
- Ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie - przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych (2009 r., badania Instytutu Psychologii PAN dla MPiPS):
  - Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych;
- Ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie - przemoc w rodzinie wobec kobiet i mężczyzn (2010 r., badania TNS OBOP dla MPiPS):
  - Zjawisko przemocy w rodzinie wobec kobiet i mężczyzn;
- Ogólnopolska diagnoza dotycząca osób stosujących przemoc w rodzinie (badania MillwardBrown SMG/KRC, 2011 r., dla MPiPS):
  - Diagnoza dotycząca osób stosujących przemoc w rodzinie: przemoc w rodzinie z perspektywy dorosłej populacji Polski;
  - Diagnoza dotycząca osób stosujących przemoc w rodzinie: komentarz do wyników badań;
  - Diagnoza dotycząca osób stosujących przemoc w rodzinie - badanie pilotażowe w jednostkach penitencjarnych;



- Ogólnopolskie badanie profesjonalistów realizujących programy oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie;
- Diagnoza dotycząca osób stosujących przemoc w rodzinie: badanie uczestników programów oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych;
- Diagnoza dotycząca realizacji zadań wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie wykonywanych przez zespoły interdyscyplinarne/grupy robocze, a także realizacji procedury „Niebieskie Karty” w oparciu o rozporządzenie w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” 2012 (2012 r., MillwardBrown SMG/KRC dla MPiPS);
- Ewaluacja lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie - doświadczenia dotyczące sposobów pomagania i nasilenia stresu pourazowego (PTSD) z perspektywy osób dotkniętych przemocą w rodzinie (2013r., Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej);
- Badania WYG PSDB Sp. z o.o. dla MPiPS (2014 r.) w ramach Projektu pn. „Rodzina polska - wolna od przemocy” dla Programu Operacyjnego PL 14 „Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie i przemocy ze względu na płeć”, współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014;
- Diagnoza i porównanie skali zjawiska przemocy w rodzinie oraz ocena efektywności działań podejmowanych na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie:
  - Badania porównawcze oraz diagnoza skali występowania przemocy w rodzinie wśród osób dorosłych oraz dzieci z podziałem na poszczególne formy przemocy wraz z opisem charakterystyki ofiar przemocy i sprawców;
  - Diagnoza zjawiska przemocy i możliwości uzyskania pomocy w sytuacji doświadczania przemocy w percepcji dzieci i młodzieży;
  - Ocena efektywności systemu przeciwdziałania przemocy przez profesjonalistów;
  - Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych Raport z badania ogólnopolskiego 2015 r. oraz badania porównawczego z lat 2009-2015;
- Badania Prowadzone na zlecenie Rzecznika Praw Dziecka (RPD):
  - Dzieci ofiary przemocy w rodzinie. Raport Rzecznika Praw Dziecka, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Warszawa, 2012;
  - Polacy wobec bicia dzieci. Raport z badań 2013;
  - Przemoc w wychowaniu. Między prawnym zakazem a społeczną akceptacją. Monitoring Rzecznika Praw Dziecka. Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Warszawa, 2015.

## Zakażenia szpitalne

Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi (w tym występowaniem drobnoustrojów alarmowych) stanowi jeden z priorytetów krajowej i unijnej polityki zdrowotnej. Ma on szczególne znaczenie ze względu na bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu placówek ochrony zdrowia.

### Zakażenie szpitalne

zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania.

*Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*

### Czynnik alarmowy

biologiczny czynnik chorobotwórczy o szczególnej zjadliwości lub oporności.

*Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*

### Szpitalne ognisko epidemiczne

wystąpienie co najmniej dwóch powiązanych lub mogących być powiązanymi ze sobą przypadków zakażeń.

*Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*

Najczęściej zakażenie uznaje się za szpitalne, jeżeli wystąpiło 48-72 godziny od przyjęcia lub wypisania ze szpitala. Do zakażeń o długim okresie wylegania zalicza się wirusy zapalenia wątroby (HBV, HCV), wirus nabytego niedoboru odporności (HIV) i gruźlicy. Dla tych zakażeń przyjmuje się pochodzenie wewnątrzszpitalne w czasie od 2 tygodni do wielu lat. Nie są zakażeniami szpitalnymi zakażenia i pogorszenia zakażeń, które były obecne w chwili przyjęcia do szpitala.

Zakażenie szpitalne, z punktu widzenia jakości i bezpieczeństwa opieki medycznej jest zdarzeniem niepożądanym, problemem zdrowotnym, który powstaje

w trakcie lub w efekcie leczenia i nie jest związany z naturalnym przebiegiem choroby.

Zakażenia szpitalne w znamienym stopniu zwiększają zachorowalność, śmiertelność i koszty leczenia chorych ponad wartości wynikające z choroby będącej przyczyną hospitalizacji.

Kwestie związane z zakażeniami szpitalnymi uwzględnione zostały m.in. w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015, Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 oraz Narodowym Programie Ochrony Antybiotyków 2011-2015.

Szczegółowe kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych dla celów nadzoru epidemiologicznego zostały opublikowane w oparciu o opinię European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) w Decyzji wykonawczej Komisji Nr 2012/506/UE z dnia 8 sierpnia 2012 r. zmieniającej decyzję 2002/253/WE ustanawiającą definicję przypadku w celu zgłaszania chorób zakaźnych do sieci wspólnotowej na podstawie decyzji nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady.

Ważnym elementem w procesie prawidłowej kontroli zakażeń szpitalnych jest system ich rejestracji. Wyróżniamy dwa typy rejestracji:

- System bierny - oparty na zbieraniu informacji przez lekarzy prowadzących leczenie chorych. Został on wprowadzony w polskich szpitalach w 1997 r. przez Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych. Czulość powyższej metody waha się w granicach 14-34%;
- System czynnego nadzoru - polega na codziennym wykrywaniu, kwalifikacji i rejestracji zakażeń szpitalnych przez pielęgniarkę epidemiologiczną oraz okresowej analizie zebranych danych przez zespół kontroli zakażeń; czulość tej metody sięga 95%.

Podstawę monitorowania zakażeń szpitalnych stanowi ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r., poz. 947, z późn. zm.). Wprowadziła ona regulacje związane z zakażeniami szpitalnymi, wskazując na konieczność powołania komitetu i zespołu kontroli zakażeń szpitalnych prowadzących czynny nadzór nad zakażeniami w zakładzie całodobowej opieki stacjonarnej.

Kierownicy szpitali zgodnie z art. 14 ustawy są obowiązani zapewnić funkcjonowanie systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych.

Szczegółowe wymagania w tym zakresie określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz.U. Nr 294, poz. 1741). Rozporządzenie określa: listę czynników alarmowych, sposób prowadzenia rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych, sposób udostępniania danych objętych rejestrem, okres

przechowywania danych w rejestrze, wzory i sposób sporządzania raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala, tryb i terminy przekazywania raportów (raportu wstępnego, końcowego i okresowego) właściwemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu.

Kierownicy Oddziałów Epidemiologii Wojewódzkich Stacji Sanitarно-Epidemiologicznych zostali zobowiązani wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego do przekazania do Głównego Inspektoratu Sanitarnego raportu o występowaniu ognisk epidemicznych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą za rok 2014 (do 17 lutego 2015) oraz raportu rocznego o zakażeniach szpitalnych i czynnikach alarmowych za rok 2014 (do 24 kwietnia 2015 r.).

Zbiornicze dane są raportowane w corocznej publikacji Głównego Inspektoratu Sanitarnego „Stan sanitarny kraju”.

## Antybiotykooporność

Zagadnienie antybiotykooporności drobnoustrojów zostało uznane przez wiele organizacji i agencji na świecie, w tym: WHO, Parlament Europejski, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) oraz Food and Drug Administration (FDA) za jedno z priorytetowych wyzwań zdrowia publicznego w XXI wieku.

Antybiotykooporność w codziennej praktyce klinicznej skutkuje wyczerpywaniem opcji terapeutycznych, utrudnianiem lub brakiem możliwości kontroli zakażeń, zwiększonym ryzykiem szerzenia się infekcji, wydłużaniem czasu trwania infekcji i czasu hospitalizacji pacjentów, większymi kosztami (finansowymi i społecznymi), a także wyższą śmiertelnością.

W Polsce zadania w obszarze walki z antybiotykoopornością realizowane są przez zespół ekspertów w ramach programu zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia pn. „Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2011-2015” ([www.antybiotyki.edu.pl](http://www.antybiotyki.edu.pl)).

W ramach tego programu monitorowane jest m.in. zużycie antybiotyków. Poziom zużycia antybiotyków koreluje bowiem z poziomem antybiotykooporności, tzn. im więcej antybiotyków stosuje się w danej populacji, tym bardziej antybiotykooporne będą bakterie odpowiedzialne za zakażenia w tej grupie ludności.

Dane gromadzone i opracowywane w ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków przekazywane są do Europejskiej Sieci Monitorowania Konsumpcji Antybiotyków (ESAC-Net, European Surveillance of Antibiotic Consumption Network), która podlega ECDC.

Monitorowanie lekowrażliwości drobnoustrojów to proces zbierania, analizowania i raportowania danych, umożliwiający śledzenie profili wrażliwości kluczowych patogenów oraz ocenę trendów występowania i rozprzestrzeniania się

oporności. Analiza danych uzyskiwanych w procesie monitorowania ma na celu zbadanie poziomu zjawiska, ocenę częstości występowania oporności (odsetek szczepów opornych na dany lek lub grupę leków), określenie szczególnie niebezpiecznych mechanizmów oporności, identyfikację nowo pojawiających się oporności na leki oraz rozpoznanie występujących w tym obszarze trendów.

Obserwowane na całym świecie narastanie oporności na antybiotyki stało się impulsem do opracowania specjalnych programów poświęconych monitorowaniu lekowrażliwości, które obejmują swoim zasięgiem większe obszary terytorialne (region, kraj, grupę krajów). Przykładami takich programów są:

- SENTRY Antimicrobial Surveillance Program, zapoczątkowany w 1997 r., a obecnie obejmujący ponad 30 krajów na całym świecie (monitorowanie lekowrażliwości zarówno patogenów izolowanych w szpitalach, jak i izolowanych z zakażeń pozaszpitalnych);
- koordynowany przez WHO, Global Project on Antituberculosis Drug Resistance Surveillance, zapoczątkowany w 1994 roku i obejmujący 119 krajów;
- Europejska Sieć Monitorowania Lekooporności EARS-Net (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network), obejmująca 30 krajów europejskich, w tym Polskę i koordynowana przez ECDC w Sztokholmie.

W Polsce oprócz monitorowania prowadzonego w sieci EARS-Net są również realizowane inne programy monitorowania lekowrażliwości, koordynowane przez Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów (KORLD) oraz Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KOROUN). W ramach swojej działalności KOROUN koordynuje prace Ogólnopolskiej Sieci Monitorowania Inwazyjnych Zakażeń Bakteryjnych nabytych poza szpitalem (sieć BINet), monitorującej zakażenia inwazyjne i lekowrażliwość szczepów *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*, *L. monocytogenes*, *S. agalactiae*, *S. pyogenes*, *E. coli* i *S. aureus* izolowanych z tych zakażeń, oraz program monitorowania wrażliwości na antybiotyki bakterii wywołujących zakażenia układu oddechowego z gatunków *S. pneumoniae*, *H. influenzae* i *S. pyogenes*, będący kontynuacją programu Alexander.

Ponadto, w ramach wykrywania bakterii opornych na antybiotyki w Polsce stosowane jest badanie PPS (point prevalence surveys).

Badanie Punktowe Występowania Zakażeń Związanych z Opieką Zdrowotną i Stosowania Antybiotyków (Point Prevalence Survey of Healthcare Associated Infections and Antimicrobial Use - PPS HAI&AU) prowadzone jest w Polsce zgodnie z zaleceniem Rady Europy z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (Council Recommendation 2009/C 151/01).

Od 2011 r. badanie koordynowane jest przez Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy (Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu) oraz Zakład Epidemiologii i Mikrobiologii Klinicznej Narodowego Instytutu Leków w Warszawie.

## Nierówności w zdrowiu

W Polsce brak jest kompleksowego systemu nadzoru nad nierównościami w zdrowiu, rutynowo monitorującego określony zestaw wskaźników. Podejmowane są jednak działania w celu oceny sytuacji w tym obszarze. Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji wpisano do Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015 jako cel strategiczny nr 8 (załącznik do uchwały Rady Ministrów nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r.). W ostatnich latach we współpracy Ministerstwa Zdrowia i Biura Europejskiego WHO powstały dwa duże ogólnopolskie raporty podsumowujące sytuację w tym zakresie: „Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce” (2011 r.) i „Analysis of health and socio-economic characteristics of district level populations in Poland” (2012 r.).

Od 2014 roku konsorcjum „Nauka i zdrowie” złożone z instytucji naukowych zajmujących się zdrowiem publicznym realizuje projekt pt. „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu” współfinansowany przez Norweski Mechanizm Finansowy.

W serii Raporty i Analizy EUROREG ukazała się publikacja pt. „Powiaty zagrożone deprawacją: stan, trendy i prognoza”. Autorzy opracowania - dr hab. Maciej Smętkowski, prof. Grzegorz Gorzelak, dr Adam Płoszaj i mgr Jakub Rok - podjęli temat deprawacji w Polsce lokalnej. Opracowanie powstało we współpracy z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego - Państwowym Zakładem Higieny i zostało sfinansowane w ramach Projektu Predefiniowanego: „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego PL13.

### Deprawacja

to niemożność zaspokojenia potrzeb przez człowieka. Deprawacja może dotyczyć różnych dziedzin począwszy od potrzeb fizjologicznych, przez społeczne, po emocjonalne. W ujęciu społecznym deprawacja jest częścią procesu marginalizacji i może prowadzić do wykluczenia społecznego. Deprawacja ma szereg wymiarów począwszy od ekonomicznego, przez zdolność i możliwości uczestnictwa w rynku pracy, a kończąc na dostępie do dóbr i usług publicznych.

*Powiaty zagrożone deprawacją: stan, trendy i prognoza, 2015*

Badanie opiera się na autorskim Powiatowym Indeksie Deprywacji, w skład którego wchodzi indeksy częściowe dotyczące dochodów ludności, zatrudnienia, warunków życia, edukacji oraz dostępu do dóbr i usług. Wyniki dotyczą okresu 2002-2013, a przyszłe zmiany w poziomie deprywacji będzie można regularnie monitorować dzięki przedstawionemu w raporcie uproszczonemu Indeksowi Deprywacji.

Deprywacja to zjawisko o kluczowym znaczeniu dla zrozumienia społecznych kosztów przemian zachodzących w kraju, mające także istotne konsekwencje w innych obszarach, m.in. dla zdrowia publicznego czy kapitału społecznego.

Raport zamieszczony jest na stronie <http://www.euroreg.uw.edu.pl/pl/publikacje,pid2015>

## 1.C. Nadzór nad funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia

System ochrony zdrowia może być opisywany i analizowany za pomocą wielu, różnych koncepcji oraz schematów. Zgodnie z metodologią Narodowych Rachunków Zdrowia oraz regulacjami prawnymi dotyczącymi systemu kodów resortowych w Polsce, system ochrony zdrowia obejmuje: usługi lecznicze; usługi rehabilitacyjne; długoterminową opiekę pielęgnacyjną; pomocnicze usługi opieki zdrowotnej (m. in. badania laboratoryjne, pomoc doraźna i ratownictwo medyczne); dostarczanie produktów leczniczych lub wyrobów dla pacjentów ambulatoryjnych; profilaktykę i zdrowie publiczne (m.in. medycynę pracy, oświatę i promocję zdrowia) oraz funkcje powiązane z ochroną zdrowia (m. in. badania i rozwój w ochronie zdrowia, nadzór epidemiologiczny).

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 15) osoby ubezpieczone w ramach społecznego ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ oraz inne określone grupy osób są uprawnione do szerokiego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczenia te obejmują:

- Podstawową opiekę zdrowotną (POZ);
- Ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS);
- Leczenie szpitalne (stacjonarne oraz w ramach leczenia jednego dnia);
- Opiekę psychiatryczną i leczenie szpitalne;

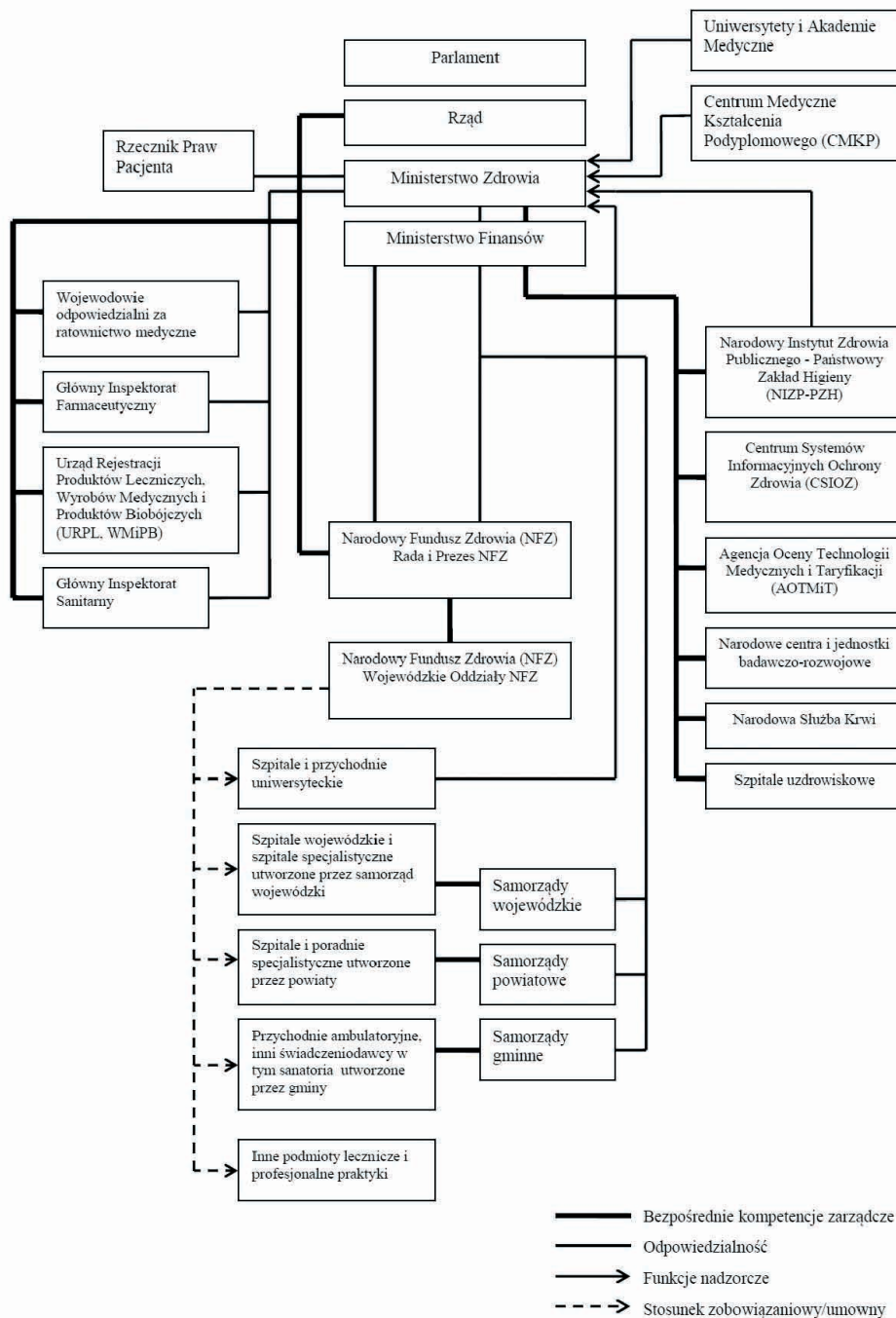
- Rehabilitację leczniczą (w warunkach ambulatoryjnych, stacjonarnych, w domu pacjenta);
- Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej;
- Leczenie stomatologiczne;
- Lecznictwo uzdrowiskowe;
- Zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze;
- Ratownictwo medyczne;
- Opiekę paliatywną i hospicyjną;
- Świadczenia wysokospecjalistyczne (np. przeszczepienie wątroby);
- Programy zdrowotne;
- Leki.

Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w wyżej wymienionych obszarach regulowane jest szeregiem ustaw oraz innych aktów prawnych.

W praktyce zakres świadczeń, ich dostępność dla populacji oraz jakość związane są z licznymi uwarunkowaniami, w tym prawnymi, ekonomicznymi, organizacyjnymi, geograficznymi, informacyjnymi i społecznymi.

Na rycinie 4 przedstawiono uproszczony zarys struktury systemu ochrony zdrowia w Polsce, w którym wyróżnić można podmioty zarządzające, finansujące oraz nadzorujące i kontrolne.





Rycina 4.

Zarys struktury systemu ochrony zdrowia. Źródło: Zarys systemu ochrony zdrowia: Polska 2012. Biuro WHO w Europie, 2012

## Monitorowanie finansowania systemu ochrony zdrowia

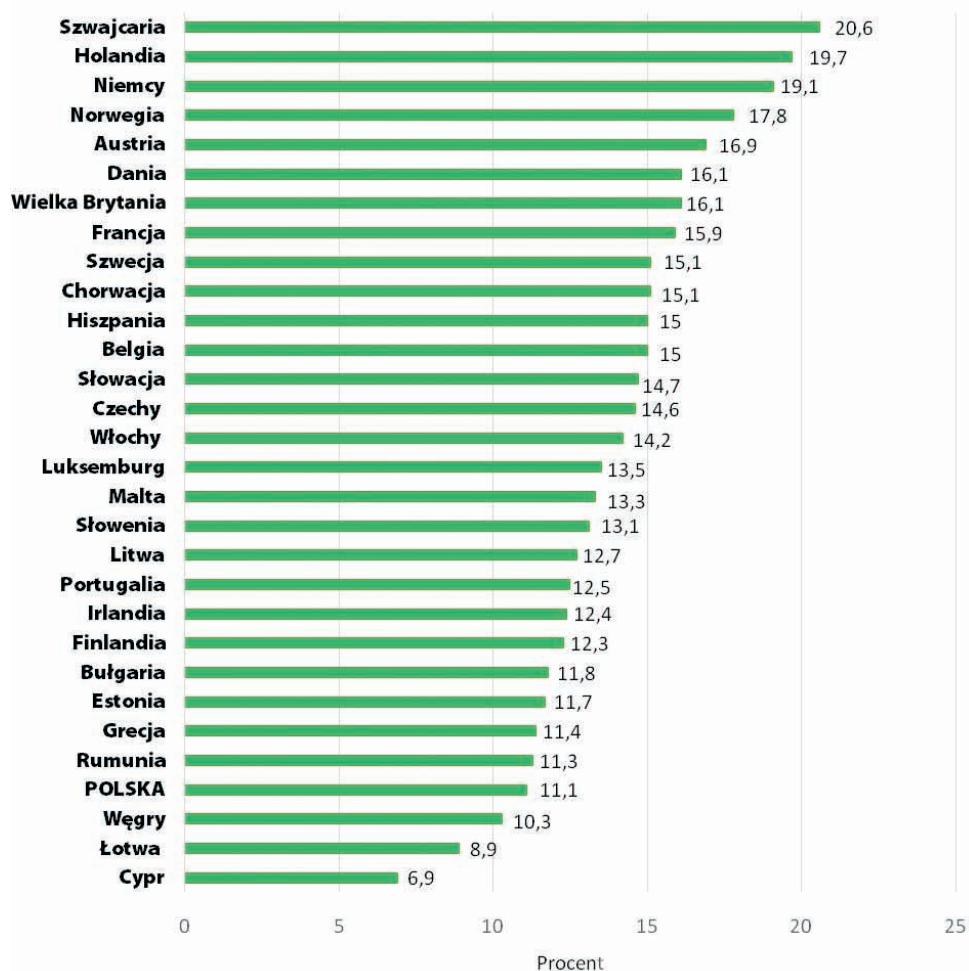
Od kilkunastu lat w Polsce są przygotowywane i prezentowane statystyki Narodowego Rachunku Zdrowia (A System of Health Accounts) dotyczące finansowania ochrony zdrowia zgodnie z metodologią wypracowaną przez OECD (od 2011 r. w kooperacji z Eurostat i WHO). Narodowy Rachunek Zdrowia (NRZ), który posiada ściśle określoną strukturę pozwala w sposób metodyczny opisać przepływ środków pieniężnych w danym systemie ochrony zdrowia. Głównym celem sporządzenia NRZ jest opis systemu ochrony zdrowia z perspektywy wydatków, tak aby umożliwić zarówno krajowe jak i międzynarodowe porównania. Wydatki analizowane są z trzech perspektyw: płatników (kto wydaje pieniądze na ochronę zdrowia), dostawców usług i dóbr medycznych (do kogo trafiają środki finansowe) oraz funkcji tychże usług i dóbr (za co płacimy).

W Polsce NRZ obecnie tworzony jest przez Główny Urząd Statystyczny na podstawie danych pochodzących z wielu źródeł, w tym m.in. Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Ministerstwa Finansów.

### Wydatki publiczne na ochronę zdrowia jako procent wszystkich wydatków publicznych (HF.1)

Według WHO wydatki publiczne (tj. instytucji rządowych i samorządowych) na ochronę zdrowia jako procent wszystkich wydatków publicznych stanowią jeden z głównych wskaźników systemów finansowania ochrony zdrowia. Wskaźnik ten przyczynia się do zrozumienia ciężaru wydatków publicznych na zdrowie w ramach ogólnej wartości wszystkich działań oraz związanych z nimi wydatków w ramach sektora publicznego. Publiczne wydatki na zdrowie obejmują nie tylko wydatki budżetowe, ale również wydatki związane np. z obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

W Polsce w 2012 r. wydatki publiczne na ochronę zdrowia stanowiły 11,1% wszystkich wydatków publicznych. Analizując dostępne szeregi czasowe można zauważyć trend wzrostowy (w 1995 r. stanowiły one 8,4%). W porównaniu z innymi krajami europejskimi, w szczególności z krajami Unii Europejskiej, zauważa się znaczne zróżnicowanie pod względem wydatków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia. Procentowo najwięcej swoich środków publicznych przeznaczają na ochronę zdrowia bogate kraje takie jak: Szwajcaria (20,6%), Holandia (19,7%) oraz Niemcy (19,1%), natomiast najmniej: Cypr (6,9%), Łotwa (8,9%), Węgry (10,3%) oraz Polska (ryc. 5).



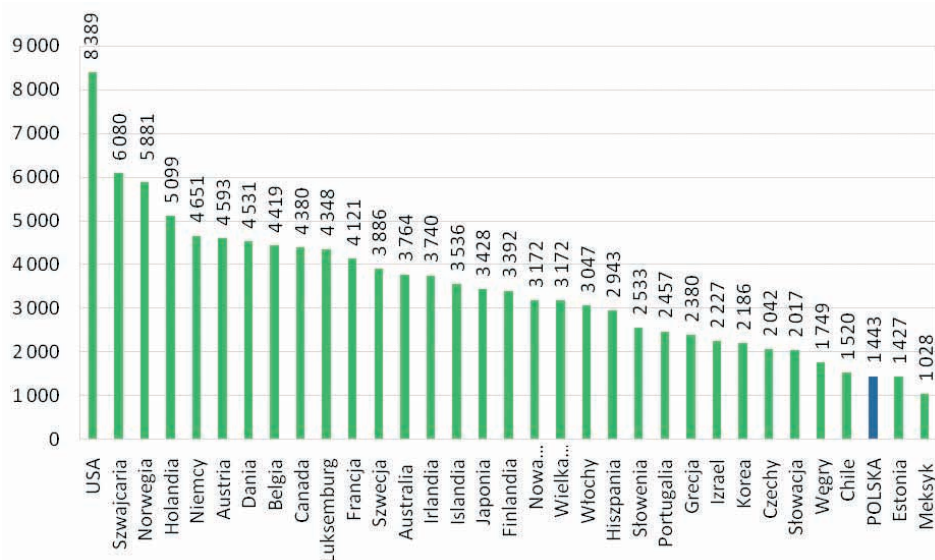
**Rycina 5.**

Wydatki publiczne na ochronę zdrowia jako odsetek wszystkich wydatków publicznych, 2012 r. (opracowanie na podstawie danych WHO)

### Całkowite wydatki na zdrowie w \$PPP na osobę

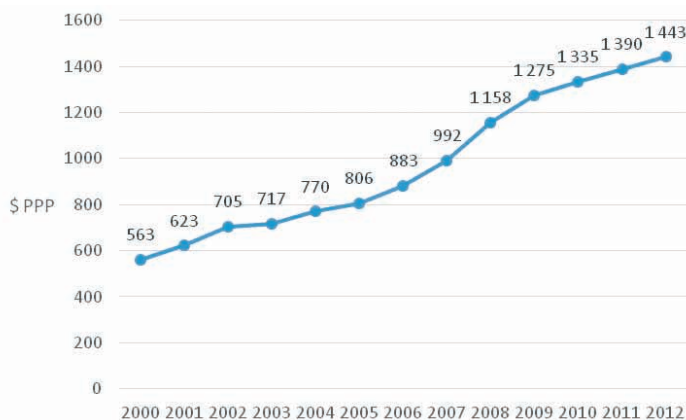
Kolejnym ważnym wskaźnikiem odzwierciedlającym szeroki zakres czynników ekonomicznych i społecznych, a także sposób finansowania oraz strukturę organizacyjną systemu ochrony zdrowia są całkowite wydatki na zdrowie w danym kraju oraz tempo wzrostu tych wydatków. Całkowite wydatki na ochronę zdrowia w niniejszym opracowaniu rozumiane są jako całkowite bieżące wydatki. Zgodnie z metodologią i definicjami Narodowych Rachunków Zdrowia są to całkowite wydatki na ochronę zdrowia, które obejmują: wydatki indywidualne (m.in. na usługi lecznicze, rehabilitacyjne, leki, itd.) oraz wydatki zbiorowe (m.in. na profilaktykę i zdrowie publiczne oraz administrację ochrony zdrowia) z wyłączeniem wydatków inwestycyjnych.

W Europie oraz w prezentowanych krajach OECD występuje duże zróżnicowanie omawianych wydatków odzwierciedlające m.in. ogólny poziom dochodu w danym kraju. Polska na tle krajów OECD charakteryzuje się bardzo niskim poziomem całkowitych bieżących wydatków na zdrowie na osobę wynoszącym 1 443 \$PPP (według parytetu siły nabywczej w dolarach). Jedynie w Estonii oraz Meksyku wydatki te były niższe (ryc. 6). W Polsce, podobnie jak w innych krajach europejskich, po latach ciągłego wzrostu wydatków tempo wzrostu zostało zmniejszone m.in. z powodu kryzysu ekonomicznego (ryc. 7).



**Rycina 6.**

Całkowite bieżące wydatki na zdrowie w \$PPP per capita, 2012 r. (opracowanie na podstawie danych OECD)



**Rycina 7.**

Całkowite bieżące wydatki na zdrowie w \$PPP per capita w Polsce w latach 2000-2012 (opracowanie na podstawie danych OECD)

### **Procentowy udział bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych w całkowitych bieżących wydatkach na zdrowie (HF.2.3)**

Wydatki prywatne (gospodarstw domowych) zazwyczaj stanowią drugie po wydatkach publicznych główne źródło finansowania ochrony zdrowia. W krajach OECD średnio około 20% bieżących wydatków na ochronę zdrowia finansowanych jest z budżetu domowego. W krajach europejskich występuje jednak znaczne zróżnicowanie. Przykładowo w Portugalii, na Węgrzech oraz w Grecji wydatki te w 2012 r. stanowiły ok. 30% całkowitych bieżących wydatków na zdrowie. Z drugiej strony na przykład w Holandii oraz we Francji wydatki te nie przekroczyły 8%.

Polska charakteryzuje się wyższym niż średnia OECD procentowym udziałem wydatków gospodarstw domowych w całkowitych bieżących wydatkach na zdrowie (24,3% w 2012 r.). Jednakże w ostatnich latach nastąpił niewielki spadek wartości tego wskaźnika o ok. 2 punkty procentowe. Polacy środki te głównie przeznaczają na leki i materiały medyczne (60,6%), z tego większość na leki wydawane bez recepty (45,6%) oraz leki wydawane na receptę (13,8%). Ponad 28% wydawanych przez gospodarstwa domowe środków na ochronę zdrowia przeznaczanych jest na ambulatoryjną opiekę medyczną, z tego 15% na opiekę stomatologiczną, a 9,7% na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.

### **Odsetek osób, których dotyczą katastrofalne wydatki na zdrowie**

Według definicji WHO odsetek gospodarstw domowych, których dotyczą katastrofalne wydatki na zdrowie można oszacować na podstawie wzoru matematycznego. Nie jest jednak możliwe jednoznaczne wyznaczenie dokładnego poziomu, od którego mówimy o wydatkach katastrofalnych. Wydatki te są powiązane z innymi wydatkami, jakie musi ponieść dane gospodarstwo domowe, z dochodami gospodarstwa, z poziomem spadku innych wydatków oraz poziomem ubóstwa. Bardziej wiarygodnym wskaźnikiem wydaje się być poziom zubożenia w wyniku ponoszonych wydatków na ochronę zdrowia. W Polsce jednak nie ma dokładnych danych na ten temat.

Katastrofalne wydatki na zdrowie dotyczą głównie krajów, w których finansowanie systemów ochrony zdrowia nie jest dobrze rozwinięte (m.in. opiera się głównie na opłatach za usługę). Szacuje się, iż w krajach gdzie system ochrony zdrowia jest oparty na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym lub świadczenia finansowane są z budżetu (podatków) również występują katastrofalne wydatki na ochronę zdrowia i dotyczą populacji ok. 0,5% gospodarstw domowych. Nie oznacza to jednak, iż w Polsce problem ten nie występuje.

Jak pokazują badania, gospodarstwa domowe właśnie z powodów finansowych często rezygnują z niezbędnych wizyt lekarskich oraz z zakupu koniecznych leków, co może ponieść za sobą poważne konsekwencje zdrowotne.

W Polsce GUS przeprowadza cykliczne badanie dotyczące ochrony zdrowia w gospodarstwach domowych. Badanie jest reprezentatywne, a wyniki mogą być uogólnione na całą populację gospodarstw domowych w Polsce. W badaniu tym nie ma bezpośredniej oceny katastrofalnych wydatków, ani też szacowania, jakiej populacji mogą one dotyczyć. W publikacji występuje natomiast ocena wysokości wydatków i na jej podstawie można dokonać ostrożnej konkluzji dotyczącej wydatków katastrofalnych. Wyniki z 2013 r. pokazują, iż istnieje grupa osób, która nie skorzystała z porad w placówkach specjalistycznych mimo istniejącej potrzeby, w tym ok. 5% gospodarstw domowych, jeżeli chodzi o wizytę u specjalisty oraz 4,3% w odniesieniu do wizyty stomatologicznej. Ważne są powody nieskorzystania z porad. W przypadku wizyty stomatologicznej prawie połowa gospodarstw domowych (z 4,3% które nie skorzystały) podało powód finansowy taki jak brak pieniędzy.

Ponadto zakup leków przepisanych na receptę lub zaleconych przez lekarza stanowi obciążenie finansowe dla gospodarstw domowych. Dla ponad połowy gospodarstw domowych (55%) kupujących te leki i artykuły medyczne jest to duże obciążenie finansowe. Dodatkowo wydatki ponoszone na zabiegi rehabilitacyjne, są w ocenie prawie 10% gospodarstw domowych bardzo wysokie.

Bardziej szczegółowe wyniki są dostępne w badaniu GUS z 2010 r. Tutaj wśród przyczyn niekorzystania z usług zdrowotnych mimo istnienia takiej potrzeby, 9% gospodarstw domowych podaje brak pieniędzy. Dla aż 53% gospodarstw domowych, z trojgiem i więcej dzieci w wieku do lat 14, zakup leków przepisanych na receptę lub zaleconych przez lekarza był dużym obciążeniem. Badanie podaje, iż w tego typu gospodarstwach (tj. wielodzietnych) 7,8% „bardzo często” nie miało pieniędzy na zakup leków, a 12,5% gospodarstw „czasami” nie było stać na zakup leków.

Biorąc pod uwagę wszystkie gospodarstwa domowe aż 10,8% z nich nie miało pieniędzy, żeby wykupić leki przepisane lub zalecane przez lekarza. Problem ten dotyczy najczęściej gospodarstw z osobami niepełnosprawnymi, gospodarstw rencistów i emerytów oraz gospodarstwach rodzin wielodzietnych.

### **Wydatki w ochronie zdrowia dotyczące zatrudnienia pracowników. Zróżnicowanie zarobków kadry medycznej**

GUS co dwa lata przeprowadza badanie dotyczące struktury wynagrodzeń według zawodów. Badanie dotyczy podmiotów zatrudniających powyżej 9 osób oraz ujęte są w nim jedynie zarobki wynikające z umowy o pracę. Wszelkie rozliczenia kontraktowe (np. dyżury) nie są uwzględnione. W związku z tym poniższe wyniki należy interpretować z ostrożnością.

Badanie GUS obejmuje specjalistów do spraw zdrowia, czyli lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarki, położne, specjalistów ratownictwa medycznego, lekarzy

weterynarii, diagnostów laboratoryjnych oraz innych specjalistów ochrony zdrowia. Ponadto ujęty jest średni personel do spraw zdrowia, tj. technicy medyczni i farmaceutyczni, dietetycy i żywieniowcy, praktykujący niekonwencjonalne lub komplementarne metody terapii, technicy weterynarii oraz inny średni personel do spraw zdrowia. W niniejszym opracowaniu analizowane są dane dotyczące specjalistów do spraw zdrowia, z wyłączeniem lekarzy weterynarii.

## Specjaliści do spraw zdrowia

W tej grupie specjalistów lekarze zarabiają najwięcej. Na tle wszystkich innych zawodów (nie tylko w grupie specjalistów do spraw zdrowia) grupa lekarzy charakteryzuje się również wysokim odsetkiem osób (30%), które zarabiają przynajmniej 7791,44 zł. (kwota ta stanowi 200% przeciętnego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej).

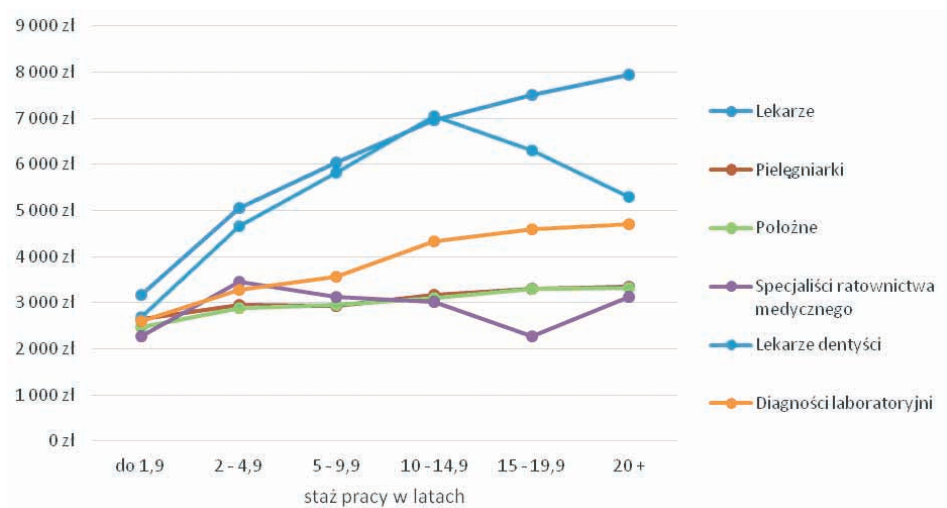
Wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek przez wiele lat w Polsce należały do grupy niskich, jednak lekarze zarabiali więcej niż wskazywały statystyki z uwagi na pracę na kilku etatach i prowadzenie prywatnych praktyk. Stopniowe usamodzielnianie się zakładów opieki zdrowotnej oraz rozwój sektora prywatnego wpłynęły na zmianę sytuacji w tym obszarze, jednakże odnotowano zdecydowanie większy wzrost wynagrodzeń lekarzy w porównaniu ze wzrostem wynagrodzeń pielęgniarek.

Średnie zarobki specjalistów do spraw zdrowia wynoszą ok. 4057 zł. Najwięcej średnio zarabiają lekarze (6788 zł.), następnie lekarze dentyści (5280 zł.) oraz diagnosty laboratoryjni (4158 zł.). Pielęgniarki, położne oraz specjaliści ratownictwa medycznego zarabiają średnio tylko około 3000 zł. W prawie każdej grupie mężczyźni zarabiają więcej od kobiet, a największe różnice występują wśród lekarzy (prawie 600 zł.). Wśród diagnostów laboratoryjnych różnice są prawie niezauważalne. Jednakże do pełnej analizy wynagrodzeń w zależności od płci należałoby włączyć dodatkowe wskaźniki takie jak liczebność poszczególnych grup, staż pracy, specjalizację i inne.

Analizując wszystkich specjalistów do spraw zdrowia, bez podziału na płeć, można stwierdzić, że nie występują znaczące różnice w wysokości zarobków w zależności od zatrudnienia w sektorze publicznym i prywatnym. Natomiast biorąc pod uwagę czynnik płci można zauważyć ciekawą zależność. Mężczyźni średnio zarabiają o prawie 1300 zł. więcej w sektorze publicznym niż w sektorze prywatnym. Największe różnice występują wśród specjalistów ratownictwa medycznego, lekarzy dentyistów oraz lekarzy. Wśród kobiet różnice te są największe wśród specjalistów ratownictwa medycznego, diagnostów laboratoryjnych oraz lekarzy dentyistów. Warto także zaznaczyć, że w omawianej analizie nie wzięto pod uwagę położnych płci męskiej (różnice w zarobkach ok. 1500 zł.), gdyż jest to grupa mało liczna i jej reprezentatywność jest wątpliwa. Również

przy zarobkach lekarzy dentyistów należy podane wyniki analizować z dużą ostrożnością, pamiętając, iż badaniem objęte są tylko przedsiębiorstwa zatrudniające przynajmniej 9 osób, czyli gro gabinetów stomatologicznych nie jest wziętych pod uwagę. Grupa kobiet ratowników medycznych jest także mało liczna.

Wynagrodzenia specjalistów do spraw zdrowia są zróżnicowane pod względem stażu pracy. Na największy i stały wzrost zarobków mogą liczyć lekarze po 20 latach pracy (ich zarobki są 2,5-krotnie wyższe). Diagnostki laboratoryjni mogą liczyć na dwukrotny wzrost zarobków po 20 latach pracy. Inaczej wygląda sytuacja lekarzy dentyistów, ich zarobki wznoszą się w szybkim tempie przez 15 lat od rozpoczęcia pracy, natomiast po tym okresie następuje stały spadek zarobków. Tempo wzrostu zarobków pielęgniarek i położnych jest bardzo małe, po 20 latach pracy płace wznoszą się tylko o ok. 30% w stosunku do początkowych zarobków (ryc. 8).



### Rycina 8.

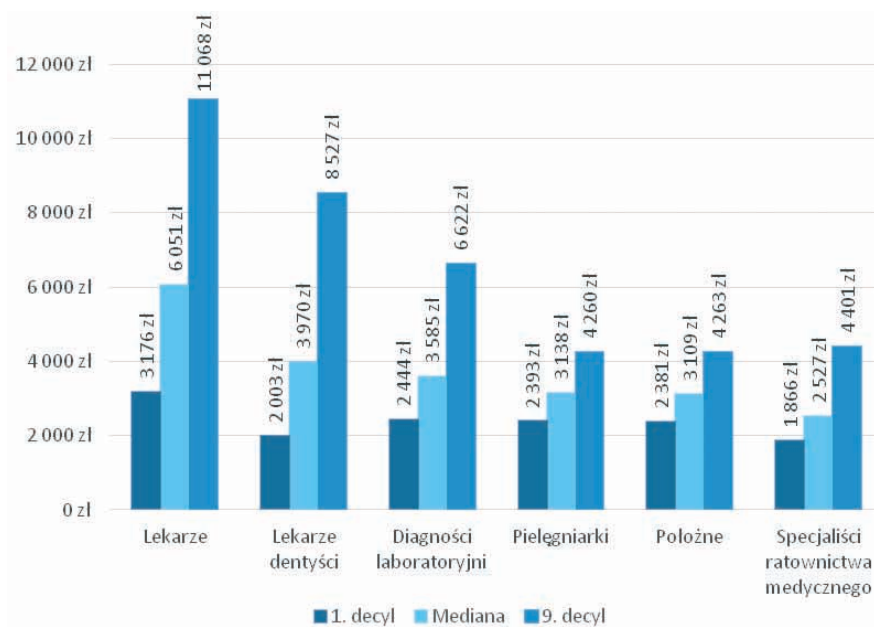
Przeciętne wynagrodzenia brutto specjalistów do spraw zdrowia zatrudnionych według stażu pracy. Dane za październik 2012 r. Źródło: GUS

Porównując zarobki specjalistów do spraw zdrowia z przeciętnymi wynagrodzeniami brutto w gospodarce narodowej można zauważyć, że rozkład według krotności tych wynagrodzeń dla większości zawodów (pielęgniarek, położnych, specjalistów ratownictwa medycznego, diagnostów laboratoryjnych) charakteryzuje się asymetrią prawostronną. Oznacza to, iż większość osób, tj. ponad 80% pielęgniarek, położnych, specjalistów ratownictwa medycznego oraz prawie 57% diagnostów laboratoryjnych, zarabia mniej niż przeciętne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej. Natomiast wśród lekarzy oraz lekarzy dentyistów rozkład ten jest bardziej symetryczny, z charakterystyczną dużą wartością



dla najwyższej grupy - zarobki ponad 250% (ok. 9700 zł.) względem przeciętnych. Prawie 8% lekarzy dentyistów oraz 15,8% lekarzy osiąga podobne zarobki.

Rycina 9 prezentuje najwyższe miesięczne wynagrodzenia w grupach decylowych: 1. decyl (10% najniższych), medianę oraz 9. decyl (10% najwyższych) w podziale na grupy zawodowe. Najwyższe oraz najbardziej zróżnicowane zarobki występują u lekarzy i lekarzy dentyistów. Zarobki pielęgniarek i położnych charakteryzują się najmniejszym zróżnicowaniem oraz niskim poziomem.



**Rycina 9.**

Miesięczne najwyższe wynagrodzenia w grupach decylowych pracowników zatrudnionych według grup zawodów (wielkich, dużych i średnich). Dane za październik 2012 r. Źródło: GUS

Zarobki w ochronie zdrowia są bardzo zróżnicowane, najczęściej wzrastają wraz z wiekiem, choć nie zawsze. Największe zarobki wykazano w grupie lekarzy, gdzie dochodzą one do 8 702,79 zł. u mężczyzn w wieku powyżej 65 lat (tab. V). Kobiety w tej grupie zawodowej osiągają natomiast najwyższe zarobki w wieku 45-54 lata (7 618,49 zł). Wartości średnie zarobków wykazały, że ze wszystkich zawodów związanych z ochroną zdrowia najwięcej zarabiają lekarze. Dosyć wysokie zarobki osiągają także dentyści w grupie mężczyzn, gdzie średnia wyniosła 5 139,45 zł. Najniższe średnie zarobki wykazano w grupie zawodowej ratowników medycznych wśród kobiet (2 464,89 zł.). Niskie średnie zarobki odnotowano również w grupie zawodowej inny średni personel ds. zdrowia u kobiet (2 726,65 zł.) oraz u techników medycznych i farmaceutycznych w grupie kobiet (2 848,45 zł.).

**Tabela V.**

Przeciętne wynagrodzenia brutto pracowników zatrudnionych według wieku, grup zawodów oraz płci (dane za październik 2012 r.). Źródło: GUS. Struktura wynagrodzeń wg zawodów w październiku 2012 r. Warszawa, 2014

	do 24 lat	24-35 lat	35-44 lata	45-54	55-59	60-64	65+	średnia
<b>Lekarze</b>								
Ogółem	2 428,31	4 659,76	7 158,90	7 828,78	7 777,16	7 588,99	7 920,90	6 480,40
Mężczyźni	2 456,64	4 818,48	7 325,28	8 136,72	8 377,11	7 768,97	8 702,79	6 798,00
Kobiety	2 415,38	4 561,46	7 049,72	7 618,49	7 382,33	6 999,76	5 944,37	5 995,93
<b>Pielęgniarki</b>								
Ogółem	2 648,43	3 003,52	3 286,33	3 307,84	3 336,25	3 484,71	3 339,61	3 200,96
Mężczyźni	2 878,39	3 205,94	3 469,04	3 543,03	3 521,12	2 579,35	-	3 199,48
Kobiety	2 642,17	2 991,94	3 283,04	3 306,06	3 335,02	3 493,40	3 339,61	3 198,75
<b>Położne</b>								
Ogółem	2 504,85	2 906,84	3 248,68	3 289,08	3 397,63	3 597,42	-	3 157,42
Mężczyźni	-	3 740,57	3 002,79	3 963,73	-	2 267,10	-	3 243,55
Kobiety	2 504,85	2 898,86	3 249,05	3 287,39	3 397,63	3 805,64	-	3 190,57
<b>Specjaliści ratownictwa medycznego</b>								
Ogółem	2 614,69	3 053,03	2 789,05	2 604,59	3 764,49	6 917,38	-	3 623,87
Mężczyźni	2 691,16	3 161,20	2 791,97	2 679,41	4 073,27	6 917,38	-	3 719,07
Kobiety	2 355,87	2 504,29	2 781,62	2 230,46	2 452,20	-	-	2 464,89
<b>Dentyści</b>								
Ogółem	2 022,99	4 199,41	7 317,41	6 011,17	4 942,20	5 225,08	4 217,40	4 847,95
Mężczyźni	2 002,86	4 470,43	8 125,33	5 974,18	5 743,70	4 520,22	-	5 139,45
Kobiety	2 027,92	4 062,45	7 002,72	6 022,09	4 617,78	5 718,47	4 217,40	4 809,83
<b>Diagności laboratoryjni</b>								
Ogółem	3 070,07	3 198,81	4 366,13	4 753,42	4 845,41	5 356,97	5 697,50	4 469,76
Mężczyźni	-	3 400,96	4 683,05	4 756,56	5 061,38	3 144,96	6 235,00	4 546,99
Kobiety	3 070,07	3 176,40	4 338,80	4 753,20	4 831,04	5 873,79	5 160,00	4 457,61
<b>Inni specjaliści ochrony zdrowia</b>								
Ogółem	2 358,20	3 446,75	4 081,70	4 048,66	4 283,07	4 193,67	4 000,83	3 773,27
Mężczyźni	2 306,82	3 736,31	4 469,78	4 401,83	5 318,47	4 206,60	4 195,49	4 090,76
Kobiety	2 376,37	3 349,44	3 972,67	3 955,63	3 901,45	4 154,32	3 112,17	3 546,01
<b>Technicy medyczni i farmaceutyczni</b>								
Ogółem	2 281,26	2 804,84	3 063,22	2 997,32	3 012,42	3 055,97	4 093,73	3 044,11
Mężczyźni	2 544,06	2 877,52	3 411,30	3 378,61	3 223,99	3 218,97	4 854,78	3 358,46
Kobiety	2 215,03	2 790,35	3 030,13	2 967,93	2 997,60	2 909,84	3 028,25	2 848,45
<b>Inny średni personel ds. zdrowia</b>								
Ogółem	2 124,55	2 674,70	2 957,30	3 085,39	2 968,54	3 263,25	3 379,62	2 921,91
Mężczyźni	2 368,28	3 065,06	3 480,27	3 545,33	3 156,85	3 248,46	3 557,70	3 203,14
Kobiety	2 034,50	2 413,58	2 677,33	2 856,66	2 866,68	3 350,25	2 887,58	2 726,65

## Monitorowanie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w dokumencie pt. „Human Resources for Health. Toolkit on monitoring health system strengthening” rekomenduje analizę trzech rodzajów wskaźników w celu skutecznego monitorowania dostępnych i potrzebnych zasobów kadrowych. Są to:

- Liczba pracowników na 10 000 mieszkańców w poszczególnych grupach zawodów medycznych (wszystkie osoby uprawnione do wykonywania zawodu);
- Rozmieszczenie pracowników medycznych według grup zawodowych, płci, specjalizacji medycznej, regionu, miejsca pracy (sektor publiczny, prywatny);
- Roczna liczba absolwentów szkół medycznych na 100 000 mieszkańców według poziomu i kierunku kształcenia.

W opinii Międzynarodowej Organizacji Pracy (ILO) głównymi czynnikami, które determinują poziom zatrudnienia w systemie ochrony zdrowia są:

- Wysokość wydatków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia;
- Zaangażowanie prywatnych i publicznych inwestorów, inwestycje w sektorze zdrowotnym;
- Transformacja epidemiologiczna;
- Transformacja demograficzna;
- Rozwój technologiczny;
- Postęp w naukach medycznych;
- Proces globalizacji prowadzący do nasilenia zjawiska migracji pracowników.

### Zatrudnieni w ochronie zdrowia według grup zawodowych oraz województw

W Polsce wśród kadr medycznych występuje duże zróżnicowanie w rozkładzie terytorialnym między poszczególnymi województwami. Przy wartości wskaźnika lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców na poziomie 36,3 w 2013 r. połowa województw znajduje się poniżej średniej. Analogiczna sytuacja dotyczy pozostałych zawodów medycznych, tj. lekarzy dentystów, farmaceutów, pielęgniarek i położnych. Porównując dane z roku 2012 oraz 2013 można zauważyć wzrost liczby: lekarzy z 137 109 do 139 595; lekarzy dentystów z 38 848 do 39 529; farmaceutów z 29 869 do 30 533 - uprawnionych do wykonywania zawodu (tab. VI). W grupie zawodowej pielęgniarek i położnych stwierdzono spadek (odpowiednio: z 285 339 do 279 979 oraz z 35 154 do 34 826) (tab. VII).

**Tabela VI.**

Personel medyczny (lekarze, dentyści, farmaceuci) uprawniony do wykonywania zawodu według województw (Źródło: CSIOZ. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia. Warszawa, 2014.)

Region/ Województwo		Lekarze			Lekarze dentyści			Farmaceuci		
		Liczba bez-względna	Wskaźnik na 10 tys. ludności	Miejsce w kraju	Liczba bez-względna	Wskaźnik na 10 tys. ludności	Miejsce w kraju	Liczba bez-względna	Wskaźnik na 10 tys. ludności	Miejsce w kraju
POLSKA	2012	137 109	35,6	x	38 848	10,1	x	29 869	7,8	x
	2013	139 595	36,3	x	39 529	10,3	x	30 533	7,9	x
Dolnośląskie		11 400	39,2	4	3 460	11,9	3	2 559	8,8	5
Kujawsko-pomorskie		6 204	29,6	11	1 346	6,4	16	1 456	7	9
Lubelskie		8 184	38	5	2 186	10,1	8	1 970	9,1	4
Lubuskie		2 480	24,3	16	822	8	12	582	5,7	13
Łódzkie		10 984	43,7	2	3 134	12,5	2	2 436	9,7	2
Małopolskie		12 451	37,1	7	3 482	10,4	7	3 156	9,4	3
Mazowieckie		25 106	47,2	1	6 991	13,1	1	4 200	7,9	8
Opolskie		2 506	24,9	15	721	7,2	14	557	5,5	15
Podkarpackie		5 331	25	14	1 686	7,9	13	1 236	5,8	12
Podlaskie		5 002	41,9	3	1 322	11,1	6	811	6,8	10
Pomorskie		8 599	37,5	6	2 600	11,3	5	2 246	9,8	1
Śląskie		16 955	36,9	8	4 373	9,5	10	3 828	8,3	7
Świętokrzyskie		3 633	28,6	12	1 028	8,1	11	789	6,2	11
Warmińsko-mazurskie		3 673	25,4	13	982	6,8	15	775	5,4	16
Wielkopolskie		10 943	31,6	10	3 373	9,7	9	2 968	8,6	6
Zachodniopomorskie		6 144	35,7	9	2 023	11,8	4	964	5,6	14

## Zatrudnieni w ochronie zdrowia według wieku i płci

Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat obserwujemy zjawisko starzenia się populacji, które zauważalne jest w wielu krajach rozwiniętych. Sytuacja ta dotyczy również personelu medycznego. W krajach europejskich pracownicy sektora ochrony zdrowia są przeciętnie starsi niż pracownicy innych sektorów, a co trzeci pracownik ma powyżej 50 lat. W Polsce w latach 2006-2012 udział lekarzy w wieku powyżej 65 lat wzrósł z 18% do ponad 20%. Natomiast udział lekarzy w wieku poniżej 40 lat zmniejszył się z 43% do 36%. Między rokiem 1995 a 2000 liczba lekarzy poniżej 45 roku życia w Europie spadła o ok. 20%, natomiast liczba

**Tabela VII.**

Personel medyczny (pielęgniarki, położne) uprawniony do wykonywania zawodu według województw (Źródło: CSIOZ. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia. Warszawa, 2014.)

Region/ Województwo		Pielęgniarki			Położne		
		Liczba bez-względna	Wskaźnik na 10 tys. ludności	Miejsce w kraju	Liczba bez-względna	Wskaźnik na 10 tys. ludności	Miejsce w kraju
POLSKA	2012	285 339	74	x	35 154	9,1	x
	2013	279 979	72,7	x	34 826	9	x
Dolnośląskie		23 309	80,1	3	2 474	8,5	10
Kujawsko-pomorskie		14 153	67,6	11	1 828	8,7	9
Lubelskie		16 701	77,5	6	2 204	10,2	3
Lubuskie		6 554	64,2	13	848	8,3	11
Łódzkie		17 335	69	10	2 367	9,4	6-7
Małopolskie		23 992	71,4	9	2 983	8,9	8
Mazowieckie		39 819	74,9	7	4 385	8,2	12-13
Opolskie		7 340	73,1	8	792	7,9	14
Podkarpackie		17 087	80,2	2	2 442	11,5	1
Podlaskie		9 293	77,8	5	1 266	10,6	2
Pomorskie		14 429	62,8	16	1 758	7,7	15
Śląskie		37 297	81,1	1	4 310	9,4	6-7
Świętokrzyskie		10 146	80	4	1 238	9,8	5
Warmińsko-mazurskie		9 423	65,1	12	1 097	7,6	16
Wielkopolskie		22 155	63,9	14	3 419	9,9	4
Zachodniopomorskie		10 946	63,7	15	1 415	8,2	12-13

lekarzy w wieku powyżej 45 lat wzrosła o 50%. Podobna sytuacja dotyczy personelu pielęgniarskiego, gdzie średni wiek również rośnie, a duża część personelu zbliża się do wieku emerytalnego. Pielęgniarki w wieku poniżej 35 lat stanowią w Polsce już tylko 8%, w wieku 35-44 lata - 29%, w wieku 45-54 lata - 34%, a w wieku 55-64 lata - 24%. Pielęgniarki w wieku powyżej 65 lat stanowią jedynie 5%. W przypadku pielęgniarek czy położnych wiek stanowi znaczne ograniczenie w kontynuacji wykonywania zawodu, dlatego większość pielęgniarek i położnych jest w wieku do 64 lat.

Zawody medyczne odznaczają się wyraźną przewagą kobiet. W krajach Unii Europejskiej stanowią one ok. 75% zatrudnionych w sektorach opieki zdrowotnej.

W Polsce kobiety stanowią średnio ok. 80%. Najsilniej widoczne jest to w zawodach: pielęgniarki, położnej oraz diagnosty laboratoryjnego. Dominacja mężczyzn widoczna jest za to wśród ratowników medycznych, gdzie stanowią oni ok. 98% grupy.

W 2013 r. wśród 139 595 lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu w Polsce było 80 398 kobiet (58%). Tendencja powyżej 50% kobiet utrzymuje się również we wszystkich województwach, jedynie w lubuskim kobiety stanowią 50%. Ponadto w Polsce jest 3 459 lekarzy stażystów oraz 14 390 lekarzy nie wykonujących zawodu. Najwięcej lekarzy w wieku 65 i więcej pracuje w województwie mazowieckim (6 314), natomiast najmniej w lubuskim (518). Z kolei najwięcej lekarzy poniżej 35 r.ż. również odnotowano w województwie mazowieckim (4 465), a najmniej w opolskim (293). Rozkład wieku lekarzy w poszczególnych województwach wydaje się stosunkowo równomierny, tzn. każda grupa wieku utrzymuje się w okolicach wartości 20% w stosunku do pozostałych grup. Jednak w przypadku lekarzy poniżej 35 r.ż. wartości te oscylują wokół kilkunastu procent, zwłaszcza widać to w województwie opolskim, gdzie lekarze w tej grupie wieku stanowią tylko 12%. Jedynie w województwie małopolskim odsetek lekarzy w wieku poniżej 35 lat wynosi 21%. Podobnie wygląda sytuacja z lekarzami w wieku 35-44 lata, gdzie wartości 20% występują jedynie w województwach kujawsko-pomorskim i pomorskim. W odniesieniu do lekarzy powyżej 45 r.ż. wartości oscylują wokół 20% i powyżej, niekiedy są niższe, jak np. 17% lekarzy w wieku 55-64 lata w województwie pomorskim czy 17% lekarzy w wieku powyżej 65 lat w województwie lubelskim.

W Polsce jest 39 529 zarejestrowanych lekarzy dentystów uprawnionych do wykonywania zawodu, z czego 30 494 stanowią kobiety (77%). Ponadto występuje grupa 1 029 stażystów oraz 5 811 lekarzy dentystów nie wykonujących zawodu. Najwięcej dentystów w wieku powyżej 65 lat funkcjonuje w województwie mazowieckim (1 543), natomiast najmniej w podlaskim (126). Najwięcej młodszych dentystów jest w mazowieckim (1 691), a najmniej w opolskim (115). Udział poszczególnych grup wieku w województwach nie jest już tak równomierny, jak w grupie lekarzy. Odsetek lekarzy dentystów poniżej 35 r.ż. często sięga powyżej 20%, najwyższy jest w województwie małopolskim, gdzie wynosi 28%. Najniższa wartość jest w województwie warmińsko-mazurskim (15%). W najstarszej grupie wiekowej wartości poniżej i powyżej 20% rozkładają się mniej więcej równomiernie, a stosunkowo najlepiej wypada województwo podlaskie, gdzie odsetek wyniósł jedynie 10%.

W porównaniu z grupą lekarzy podział według grup wieku lekarzy dentystów wygląda nieco korzystniej. Udział dentystów w wieku poniżej 35 r.ż. jest wyższy niż dentystów w wieku powyżej 65 lat. Dodatkowo udział dentystów w wieku 35-44 i 45-54 lat również jest wysoki. W poszczególnych województwach można

zauważyć duży udział starszych stomatologów, jednak równoważą się to z dużym, najczęściej wyższym udziałem młodych, co w pozytywny sposób przekłada się na zastępowalność pokoleń w tej grupie zawodowej.

Ogółem w Polsce w 2013 r. zarejestrowano 279 979 pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu, w tym 98% stanowią kobiety. Najwięcej pielęgniarek w wieku powyżej 65 lat odnotowuje się w województwach mazowieckim (2 993), śląskim (1 492), wielkopolskim (1 378), łódzkim (1 071) i dolnośląskim (1 039). Z kolei najwięcej młodszych pielęgniarek (poniżej 35 lat) jest w województwach mazowieckim (3 769), małopolskim (3 036), śląskim (2 411) i podkarpackim (2 161). Udział poszczególnych grup wieku w województwach oscyluje wokół wartości 20-40% w grupach 35-64 lata, natomiast w grupach poniżej 35 oraz powyżej 65 lat wartości te są najczęściej mniejsze od 10%. W grupie poniżej 35 lat jedynie w 3 województwach obserwujemy wartość 13% (małopolskie, opolskie i podkarpackie), a w dwóch wartość 10% (podlaskie, świętokrzyskie). Natomiast w grupie powyżej 65 lat we wszystkich województwach odsetek jest mniejszy niż 10%, najniższy w województwie lubelskim (2%).

Większość pielęgniarek w Polsce znajduje się w grupie wieku 35-64 lata. W dwóch skrajnych grupach wieku, czyli poniżej 35 i powyżej 65 lat znajduje się jedynie kilka procent. O ile w przypadku starszej grupy wieku związane jest to ze specyfiką zawodu pielęgniarki, o tyle w młodszej grupie budzi niepokój. Średni wiek pielęgniarki w Polsce stale wzrasta, co w przyszłości uniemożliwi zastępowalność pokoleń. Na studia pielęgniarskie z roku na rok aplikuje coraz mniej kandydatów, czego przyczyną są m. in. niskie zarobki w tej grupie zawodowej.

W Polsce na koniec 2013 r. zarejestrowano 34 826 położnych uprawnionych do wykonywania zawodu, w tym było jedynie 64 mężczyzn, zatem prawie 100% stanowią kobiety. Najwięcej położnych powyżej 65 lat jest w województwie mazowieckim (308) i wielkopolskim (215). Najwięcej młodszych położnych (poniżej 35 lat) jest w województwie wielkopolskim (736), śląskim (730) i mazowieckim (630). Udział położnych w poszczególnych grupach wieku w województwach jest dość zróżnicowany. Przeważają położne w wieku 45-54 lata, w tej grupie wieku odsetek w województwach wynosi zazwyczaj powyżej 30% za wyjątkiem 3 województw (opolskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie), gdzie jest on niższy niż 30%. Natomiast w województwie kujawsko-pomorskim osiągnął wartość 46%. W grupie poniżej 35 lat odsetek położnych w województwach wynosi zazwyczaj kilkanaście procent, najgorzej wypada województwo warmińsko-mazurskie, gdzie wynosi on 2%, natomiast najlepiej opolskie (24%). W grupie wieku powyżej 65 lat położne stanowią nie więcej jak 8% w poszczególnych województwach.

W grupie położnych podobnie, jak w grupie pielęgniarek przeważają osoby w wieku 35-64 lata, jednak w odniesieniu do grupy poniżej 35 lat sytuacja

wygląda nieco bardziej optymistycznie. W porównaniu z 8% udziałem pielęgniarek w wieku poniżej 35 r. ż., w grupie położnych odsetek ten wynosi prawie dwa razy więcej (14%). Choć struktura wieku w przypadku położnych jest nieco bardziej korzystna niż w przypadku pielęgniarek, to od kilku lat obserwuje się systematycznie wzrastający niedobór w obu tych grupach zawodowych.

## Lekarze według specjalizacji

W ostatnich latach obserwuje się spadek liczby lekarzy specjalistów, który połączony jest ze zmniejszającą się liczbą lekarzy ogółem. Na przestrzeni lat 2002-2012 wraz ze zmniejszeniem liczby lekarzy o 5% zmalała liczba lekarzy specjalistów. W 2013 r. w Polsce zarejestrowano 67 219 lekarzy specjalistów, czyli o 468 mniej niż w roku poprzednim.

Największą grupę wśród lekarzy specjalistów stanowią specjaliści chorób wewnętrznych (9 833), chirurgii (7 967), medycyny rodzinnej (6 370), pediatrii (5 517), położnictwa i ginekologii (4 458) i anestezjologii (3 901). Jednocześnie w ostatniej dekadzie zmniejszyła się liczba wszystkich tych specjalistów poza medycyną rodzinną. Największy spadek liczby lekarzy dotyczy specjalistów organizacji ochrony zdrowia, medycyny ogólnej, pediatrii oraz położnictwa i ginekologii. Medycyna rodzinna zyskała natomiast na popularności ze względu na zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej, co spowodowało spadek liczby specjalistów z dziedzin medycyny ogólnej i pediatrii. Wzrosła ponadto liczba specjalistów związanych z chorobami cywilizacyjnymi, czyli m. in. kardiologów i onkologów. Obserwuje się również dynamiczny wzrost specjalistów nowej dziedziny, jaką jest medycyna ratunkowa.

Biorąc pod uwagę udział poszczególnych specjalności lekarskich w województwach można stwierdzić, że jest on dość równomierny. W kraju najmniej jest specjalistów dermatologii i wenerologii, a tendencja ta utrzymuje się także we wszystkich województwach. Jedną z przyczyn zmniejszenia się liczby specjalistów jest polityka edukacyjna w zakresie poszczególnych specjalizacji, w tym warunki przyjmowania lekarzy na poszczególne specjalizacje medyczne i tworzenie nowych specjalizacji (medycyna rodzinna, medycyna ratunkowa).

W odpowiedzi na braki specjalistów w ochronie zdrowia w 2011 r. wprowadzono zmiany w zakresie kształcenia lekarzy poprzez nowelizację ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Nowelizacja weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 r. Jedną z głównych zmian była likwidacja stażu podyplomowego, który w przypadku lekarzy wynosił 13 miesięcy, natomiast w przypadku lekarzy dentystrów 12 miesięcy. Staż podyplomowy realizowany był po zakończeniu okresu kształcenia na uczelni, który w przypadku lekarza wynosi 10 semestrów, a w przypadku lekarza dentystry 12 semestrów. Według nowych zasad po ukończeniu studiów studenci nie odbywają stażu podyplomowego, w zamian zaś mają więcej



zajęć praktycznych w ramach studiów, co ma w pewnym sensie „zastąpić” staż podyplomowy.

Nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wprowadziła również nowy system odbywania specjalizacji. Wdrożony został modułowy system specjalizacji z jednoczesną zmianą dotychczasowego podziału specjalizacji na podstawowe i szczegółowe. Według nowych zasad szkolenie specjalizacyjne składa się z modułu podstawowego, odpowiadającego podstawowemu zakresowi wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych z danej dziedziny medycyny albo wspólnego dla pokrewnych dziedzin medycyny, a także z modułu specjalistycznego, odpowiadającego profilowi specjalizacji, w którym lekarz może kontynuować szkolenie specjalizacyjne po ukończeniu określonego modułu podstawowego. Drugą możliwością będzie odbywanie modułu jednolitego, właściwego dla danej specjalizacji.

### **Zatrudnieni w ochronie zdrowia według miejsca oraz rodzaju zatrudnienia**

W ramach POZ w 2013 r. pracowało ogółem 35 395 lekarzy, z czego 15 934 na podstawie stosunku o pracę, a 19 461 w ramach umowy cywilnoprawnej. Jeśli chodzi o pielęgniarki i położne większość osób, z tych dwóch grup zawodowych, pracuje na podstawie stosunku o pracę niż umów cywilnoprawnych (24 012 do 6447 wśród pielęgniarek oraz 3 196 do 1 899 wśród położnych). Sytuacja taka ma miejsce, ponieważ większość lekarzy i pielęgniarek jako podstawowe miejsce zatrudnienia wskazuje szpitale.

Jeśli chodzi o rodzaj zawieranej umowy o pracę widoczne są znaczne różnice między województwami w odniesieniu do liczby lekarzy, pielęgniarek i położnych pracujących w POZ. Lekarze i lekarze rodzinni w województwach: łódzkim, małopolskim, mazowieckim, podkarpackim, śląskim i wielkopolskim w większości świadczą usługi zdrowotne w ramach POZ na podstawie stosunku pracy. Natomiast w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, podlaskim, pomorskim, warmińsko-mazurskim oraz zachodniopomorskim większość lekarzy pracuje w ramach umów cywilnoprawnych.

W grupie zawodowej pielęgniarek i położnych widać sytuację odwrotną do lekarzy pracujących w POZ (gdzie większość udziela świadczeń w ramach umów cywilnoprawnych). Trzy razy więcej pielęgniarek i położnych zatrudnionych jest na podstawie stosunku o pracę niż umów cywilnoprawnych. O ile w przypadku lekarzy poszczególne województwa były zróżnicowane, to w przypadku pielęgniarek i położnych, z wyjątkiem województwa warmińsko-mazurskiego i zachodniopomorskiego, dominuje pierwszy sposób zatrudnienia.

Największa część zasobów kadr medycznych pracuje w szpitalu jako podstawowym miejscu zatrudnienia. Dotyczy to wszystkich grup zawodowych. W 2013 r.

42 873 lekarzy pracowało w szpitalach na podstawie stosunku pracy, a 35 958 w ramach umowy cywilnoprawnej, z czego odpowiednio 27 313 i 30 602 stanowili specjaliści. Można zaobserwować różnice w rozkładzie zatrudnienia w poszczególnych województwach. W dolnośląskim, lubelskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, opolskim, podlaskim, śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim większość lekarzy pracujących w szpitalach ma nawiązany stosunek pracy. Natomiast w województwach kujawsko-pomorskim, lubuskim, pomorskim, warmińsko-mazurskim oraz zachodniopomorskim występuje większe zatrudnienie na podstawie umów cywilnoprawnych.

Pielęgniarki i położne z racji posiadanych kwalifikacji predysponujących do pracy przede wszystkim w szpitalach stanowią największą grupę zawodową w całodobowej opiece stacjonarnej. W 2013 r. w polskich szpitalach pracowało 131 560 pielęgniarek, co daje 34,62 na 10 tys. mieszkańców (119 559 na podstawie stosunku o pracę i 12 001 w ramach umowy cywilnoprawnej). Zatrudnionych w szpitalach było 16 365 położnych - 4,30 na 10 tys. mieszkańców (15 621 na podstawie stosunku o pracę i 744 w ramach umowy cywilnoprawnej). Jednocześnie odnotowano spadek zatrudnienia względem 2012 r. Wiąże się to przede wszystkim z migracją zarobkową oraz ze zmianą wieku kadr medycznych, w wyniku czego nie dochodzi do odpowiedniej zastępowalności pokoleń.

Na podstawie rodzaju zawieranych z pielęgniarkami i położnymi umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w szpitalach w porównaniu z lekarzami i rozkładem zatrudnienia w POZ jednoznacznie można stwierdzić przewagę umów na podstawie stosunku pracy nad umowami cywilnoprawnymi we wszystkich województwach.

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) najwięcej osób zatrudnionych jest w poradniach zabiegowych (25 592), poradniach chorób wewnętrznych (17 871), poradniach innych specjalności zachowawczych (16 122) oraz w poradniach świadczących usługi zdrowotne w ramach opieki nad matką i dzieckiem (11 004). We wszystkich kategoriach stwierdza się wzrost zatrudnienia personelu względem 2012 r., odpowiednio: w poradni chorób wewnętrznych o 2 740, w poradni innych specjalności zachowawcze o 94, w poradni opieki nad matką i dzieckiem o 1 440, w poradni specjalności zabiegowych o 2 016 oraz stomatologicznej o 9 429.

## Zastępowalność pokoleń

Z powodu zmian zachodzących w strukturze społecznej głównie związanych ze zmianami demograficznymi, w tym starzeniem się społeczeństwa zapotrzebowanie na kadrę medyczną będzie rosło. W porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej w Polsce istnieje duży deficyt kadr medycznych we wszystkich grupach zawodowych. Spowodowane jest to trzema czynnikami: przede wszystkim

starzeniem się zasobów kadrowych oraz w mniejszym stopniu, migracją zarobkową kadr medycznych głównie do krajów skandynawskich, Wielkiej Brytanii i Niemiec, a także niedostatecznymi limitami przyjęć na studia medyczne.

Jak określa ustawa z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o Szkolnictwie Wyższym (Dz. U. 2005 nr 164 poz. 1365) w art. 8 podpunkt 9 minister właściwy do spraw zdrowia w drodze rozporządzenia określa liczbę miejsc na kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny. Ministerstwo Zdrowia ma za zadanie monitorować napływ absolwentów podejmujących pracę lekarza i lekarza dentysty oraz odpływ osób z tych zawodów w celu ustalenia limitów przyjęć na poziomie umożliwiającym odpowiednie nasycenie systemu ochrony zdrowia kadrami i zapewnienia płynnej zastępowalności pokoleń. Nadzór nad poszczególnymi zawodami sprawują Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Aptekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, które dzielą się jeszcze na izby okręgowe. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej rocznie przybywa ok. 2,5 tys. absolwentów studiów medycznych, przy limicie na studia w 2013 r. ustalonym na poziomie 3 117 miejsc na studia stacjonarne oraz 826 miejsc na studia niestacjonarne dla kierunku lekarskiego. Natomiast na kierunku lekarsko-dentystycznym limity wynosiły 741 na studia stacjonarne oraz 242 na studia niestacjonarne.

Kolejnym czynnikiem mającym wpływ na zastępowalność pokoleń zawodów medycznych jest migracja zarobkowa, która w dużej mierze, oprócz lekarzy, dotyczy także pielęgniarek i położnych. Spowodowane jest to zbyt niskim finansowaniem tych zawodów oraz coraz większym obciążeniem pracą. Według danych GUS zarobki pielęgniarek nie osiągnęły granicy średniej krajowej. Od 2003 r. można było zaobserwować duży wzrost liczby absolwentów kierunku pielęgniarskiego. Spowodowane było to zmianami w kształceniu pielęgniarek i położnych. Większość aktywnych zawodowo osób posiadała wykształcenie medyczne policealne, lecz ze względu na wprowadzenie przepisów unijnych musiała podjąć studia uzupełniające tzw. pomostowe. Natomiast w 2012 r. nastąpił gwałtowny spadek liczby absolwentów na kierunku pielęgniarskim.

Ze względu na zwiększający się popyt na usługi zdrowotne zmienia się struktura pracujących w placówkach ochrony zdrowia. Maleje liczba praktykujących lekarzy i pielęgniarek. Średnio o 5% w latach 2002-2012 zmalała liczba lekarzy specjalistów. Największą grupę lekarzy stanowią specjaliści chorób wewnętrznych, chirurgii, medycyny rodzinnej, pediatrii i anestezjologii. Najwyższy spadek zauważyć można w ginekologii i położnictwie, medycynie ogólnej i zarządzaniu w ochronie zdrowia. Spadek liczby lekarzy medycyny ogólnej spowodowany jest przede wszystkim zwiększeniem liczby specjalizacji z medycyny rodzinnej dominującej w podstawowej opiece zdrowotnej. Należy odnotować również wzrost liczby lekarzy specjalizujących się w chorobach cywilizacyjnych (onkologii i kardiologii). Wciąż istnieją duże deficyty wśród lekarzy ze specjalizacją z geriatricy.

## Satysfakcja pacjentów

Jednym z głównych badań dających obraz funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce jest publikowany, co 2 lata, raport Centrum Badania Opinii Społecznej. Dzięki cykliczności tego badania można zaobserwować zmiany, jakie zachodzą w podejściu społeczeństwa do kwestii ochrony zdrowia. Ostatnie badanie zostało przeprowadzone w czerwcu 2014 r. metodą wywiadów bezpośrednich wspomaganych komputerowo (CAPI) na liczącej 1044 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski. Ankieta zawierała 17 stwierdzeń dotyczących systemu, na które respondenci mogli odpowiedzieć według 5-stopniowej skali: „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „zdecydowanie nie”, „raczej nie” oraz „trudno powiedzieć”. Na potrzeby sporządzenia raportu odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak” oraz „zdecydowanie nie” i „raczej nie” zostały ze sobą połączone w odpowiedzi „tak” i „nie”. Stwierdzenia dotyczyły różnych aspektów opieki, np. „do lekarza pierwszego kontaktu można się dostać bez trudności”, „leczenie jest bezpłatne”.

Wyniki najnowszego raportu opublikowanego w 2014 r. wskazują, że w ciągu dwóch lat istotnie zwiększył się odsetek osób zadowolonych z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (od 2012 r. wzrost o 9 punktów procentowych, do 28%). Jednak w dalszym ciągu przeważająca grupa badanych ocenia go krytycznie (68%). Od roku 2012 poprawiły się opinie na temat innowacyjności administracji ochrony zdrowia (wzrost odsetka ocen pozytywnych o 14 punktów procentowych, do 46%). W nieco mniejszym stopniu przybyło respondentów dobrze oceniających sprawność obsługi w podmiotach leczniczych i warunki leczenia (o 4 punkty, do 52%) oraz wykorzystywaną aparaturę medyczną (o 3 punkty, do 58%). W społecznej ocenie niezmiennie najsilniejszą stroną systemu ochrony zdrowia jest dostępność świadczeń lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (74% ocen pozytywnych), a najłagodniejszą - utrudnienia w korzystaniu z porad lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych (68% ocen negatywnych).

Na podstawie analizy 17 stwierdzeń, które oceniali respondenci najwięcej osób zgadza się ze stwierdzeniem, iż „do lekarza pierwszego kontaktu można się dostać bez trudności”. Stwierdzenie „lekarze są kompetentni - znają się na tym, co robią” popiera już nieco mniej, bo 65% osób. Prawie 60% respondentów twierdzi, że „lekarze angażują się w swoją pracę - zależy im na tym, aby pomóc pacjentom” i tyle samo uważa, że „wykorzystuje się nowoczesną aparaturę medyczną”. Niewiele mniejszy odsetek osób (54%) zgodziło się z trzema stwierdzeniami: „jest sprawna informacja o tym, gdzie można uzyskać poradę czy pomoc”, „nawet w nocy można liczyć na natychmiastową pomoc lekarską” oraz „pacjenci są traktowani z życzliwością i troską”. Nieco ponad połowa twierdzi natomiast, że „warunki leczenia są dobre”, a połowa, iż „leczenie jest bezpłatne”.

Pozostałe stwierdzenia popiera już poniżej 50% respondentów. Najmniej osób (11%) zgodziło się ze stwierdzeniem, iż „jeśli pacjent tego potrzebuje, łatwo dostać się na wizytę do specjalisty”. Pozostałe odpowiedzi twierdzące poniżej 50% dotyczą takich aspektów funkcjonowania systemu, jak informatyzacja w ochronie zdrowia, lokalizacja placówek ochrony zdrowia, obsługa administracyjna, równe traktowanie wszystkich pacjentów, umawianie wizyt czy dostęp do badań diagnostycznych.

W dniu 20 listopada 2014 r. rozpoczęto badanie satysfakcji pacjentów korzystających z publicznej ochrony zdrowia, organizowane przez firmę PwC oraz DiA. Każdy pacjent może wyrazić swoją opinię na temat jakości świadczonych usług oraz funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce za pośrednictwem ankiety dostępnej na stronie [www.indeksochronyzdrowia.pl](http://www.indeksochronyzdrowia.pl). W ramach badania pacjenci oceniają system ochrony zdrowia w 3 obszarach: podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz opieki zdrowotnej w szpitalach. W styczniu 2015 r. ukazała się pierwsza edycja raportu „Krajowy indeks sprawności ochrony zdrowia 2014” przygotowanego przez serwis internetowy [www.dane-i-analazy.pl](http://www.dane-i-analazy.pl) oraz firmę doradczą PwC. Raport stanowi obszerną analizę systemu w różnych aspektach. Opracowano szereg wskaźników, które zostały przyporządkowane do trzech osi tematycznych: oś 1 - poprawa stanu zdrowia mieszkańców, oś 2 - efektywna gospodarka finansowa, oś 3 - jakość konsumencka opieki zdrowotnej. W osi 3 w wymiarze „satysfakcja pacjenta” znalazły się takie wskaźniki, jak: zadowolenie z systemu publicznej opieki zdrowotnej, dostępność informacji, dostęp do lekarzy specjalistów, dostęp do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, dostęp do badań diagnostycznych, system rejestracji i jakość obsługi administracyjnej, czas oczekiwania na usługę medyczną, jakość infrastruktury i wyposażenia placówek medycznych, profesjonalizm i kompetencje lekarzy, podejście lekarza do pacjenta i efekty leczenia.

Badanie przeprowadzone jest w formie wywiadów telefonicznych wspomaganych komputerowo. Odbyły się dwie fale badania o liczebności ponad 1000 respondentów każda. Łącznie przebadano 2008 osób. Grupa badana odzwierciedla strukturę dorosłych Polaków. Wśród respondentów 98% osób korzystało z publicznej ochrony zdrowia, w tym 59% w ciągu ostatnich 3 miesięcy, a kolejne 16% w ciągu poprzedniego roku. Niecałe 40% osób pozytywnie oceniło funkcjonowanie publicznej ochrony zdrowia, wśród których 30% oceniło jej funkcjonowanie na „dobrze”, 6% na „bardzo dobrze”, a 2% na „doskonale”. Ponad połowa (60%) respondentów negatywnie oceniła funkcjonowanie systemu, a wśród nich 33% uznało, że działa on „źle”, a 27% że „bardzo źle”.

Szczegółowej analizie poddane zostały również pozostałe elementy systemu, które zawierają się w osi 3 w wymiarze „satysfakcja pacjenta”. Zadaniem respondentów był wybór tych elementów, które według nich należą do najważniejszymi kryteriów jakości ochrony zdrowia. W ocenie badanych znaczenie mają

kolejno: dostęp do lekarzy specjalistów (53%); czas oczekiwania na usługę medyczną (41%); podejście lekarza do pacjenta (37%); dostęp do badań diagnostycznych (27%); profesjonalizm i kompetencje lekarzy (25%); dostęp do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej (18%); efekty leczenia (18%); dostępność informacji (10%); system rejestracji, jakość obsługi administracyjnej (6%); jakość infrastruktury i wyposażenia placówek medycznych (4%).

Poza wspomnianymi badaniami ogólnopolskimi prowadzonych jest także szereg mniejszych badań w poszczególnych podmiotach leczniczych. W przeglądzie dokonanym na potrzeby niniejszego opracowania, na przestrzeni lat 2005-2013 odnaleziono ok. 30 publikacji dotyczących badań satysfakcji pacjenta z ochrony zdrowia. Większość z nich dotyczyła szpitali, ale znaleziono także badania pacjentów przychodni, gabinetów stomatologicznych, jak również opieki środowiskowej. W większości badań zastosowano metodę kwestionariuszową. W części badań był to kwestionariusz autorski. Część badań odnosiła się do konkretnych podmiotów leczniczych, a część obejmowała kilka podmiotów, np. w danym województwie. Badania odnoszące się do jednego podmiotu leczniczego obejmowały w większości szpitale. W przypadku badań szpitali niekiedy badano wyłącznie konkretne oddziały (np. w badaniu Stanisławskiej i wsp., 2011 r.), gdzie badano pacjentki oddziału kardiologicznego i urologicznego. Natomiast w badaniu z 2013 r. dotyczącym satysfakcji pacjentów oraz pracowników Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Ostrołęce badano wszystkich pacjentów szpitala, bez względu na oddział, a także pracowników szpitala, którzy odpowiadali na pytania dotyczące satysfakcji z pracy w szpitalu.

Wiele szpitali prowadzi badania satysfakcji pacjentów polegające na ogólnodostępnych anonimowych ankietach, które pacjenci wypełniają i składają w wyznaczonym miejscu. Co jakiś czas ankiety są gromadzone przez personel i analizowane, a wyniki podawane na stronie internetowej szpitala. Przykładem może być Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim, gdzie sukcesywnie prowadzone są badania satysfakcji pacjentów. Ostatnie wyniki pochodzą z 2013 r. W wielu szpitalach ankieta dostępna jest w wersji elektronicznej na stronie szpitala. Można ją wypełnić w dowolnej chwili i wysłać na wskazany adres. Przykładem jest Beskidzkie Centrum Onkologii - Szpital Miejski im. Jana Pawła II czy Szpital Dziecięcy Polanki im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku Sp. z o. o.

W odnalezionych badaniach uczestniczyły niejednokrotnie liczne grupy pacjentów, od 55 do ponad 6,5 tys. osób. Niekiedy byli to pacjenci leczeni na konkretnych oddziałach, jak np. w badaniu Zarzecznej-Baran i wsp. p.t. „Ocena jakości usług opiekuńczo leczniczych dokonana przez pacjentów psychiatrycznego lecznictwa zamkniętego” (w grupie badanej znajdowali się pacjenci leczeni na oddziałach ogólnopsychiatrycznych całodobowych) czy w badaniu Chilickiej i wsp. p.t. „Ocena zaufania pacjent-lekarz na oddziałach położniczo-ginekologicznych” (badano pacjentki oddziałów położniczo-ginekologicznych). Na podstawie

zgrupowanych publikacji można stwierdzić, że pacjenci byli zadowoleni z opieki medycznej sprawowanej w badanym podmiocie leczniczym. Ważnym dla pacjentów aspektem, który niejednokrotnie powtarzał się w analizowanych badaniach była relacja pacjent-lekarz, w której zawiera się m. in. empatia, reagowanie na potrzeby, komunikacja. Jako istotne podkreślano również kompetencje personelu czy zaufanie do lekarza. Do odmiennego wniosku doszli autorzy badania „Infrastruktura szpitala, a satysfakcja pacjenta z leczenia szpitalnego”, w którym stwierdzono, że decydującym czynnikiem mającym wpływ na osiągnięcie satysfakcji pacjenta z pobytu na oddziale chirurgicznym były warunki bytowe, na drugim miejscu natomiast znalazły się czynniki takie jak kontakt z lekarzem oraz właściwa informacja na temat praw pacjenta.

Podsumowując można stwierdzić, że w ostatnich latach w Polsce przeprowadzono wiele badań dotyczących satysfakcji pacjenta. Satysfakcja z otrzymanego świadczenia jest efektem wielu czynników, takich jak: poprzednie doświadczenia związane z leczeniem, stosunek do życia, samoocena, zachowania związane z chorobą oraz sam przebieg choroby. Poziom satysfakcji wpływa z kolei na współpracę, korzystanie z usług i efektywność leczenia. Badania satysfakcji pacjenta powinny być nieodłącznym elementem organizacyjnym każdego podmiotu leczniczego. Pacjent bowiem jako bezpośredni odbiorca usług placówki może w sposób najbardziej trafny określić błędy i obszary wymagające poprawy. Systematyczna analiza wyników tych badań pozwala na bieżące reagowanie na pojawiające się trudności. Synteza wyników badań dotyczących tego obszaru może być również przydatna decydentom ochrony zdrowia odpowiadającym za przeprowadzanie reform systemu.

## Monitorowanie dostępu do podstawowych leków

Braki w dostępie do leków od kilku lat są tematem dyskusji wśród uczestników rynku farmaceutycznego w wielu krajach, także w Polsce. Jest to problem trudny i złożony, a jego przyczyny powiązane są m. in. z: (a) wytwarzaniem leków, (b) dystrybucją i stosowaniem leków, (c) ustalaniem cen leków, (d) refundacją, (e) wprowadzaniem na rynek nowych produktów generycznych, (f) wygasaniem patentów na leki oryginalne. Łańcuch dystrybucji leków polega na tym, że wytwórcy produktów leczniczych przekazują produkty lecznicze do hurtowni farmaceutycznych i aptek szpitalnych. Hurtownie z kolei przekazują produkty do aptek i punktów aptecznych, a te sprzedają je podmiotom leczniczym i pacjentom. Jako nieprawidłowość w obrocie produktami leczniczymi można opisać sytuację, gdy łańcuch dystrybucji zostaje odwrócony. W takim przypadku podmioty lecznicze, punkty apteczne i apteki przekazują produkty lecznicze między sobą, aby następnie odsprzedać je z powrotem do hurtowni farmaceutycznych dla celów eksportowych, zamiast sprzedawać je pacjentom.

Poziom cen leków w Polsce, niższy niż w wielu innych krajach UE, został wynegocjowany z producentami w 2011 r. i był korzystny dla pacjentów oraz płatnika (NFZ). Został on jednak wykorzystany wbrew intencji ustawodawcy do wywozu leków za granicę w ramach tzw. odwróconego łańcucha dystrybucji. Zjawisko to dotyczy głównie leków ratujących zdrowie i życie pacjenta (m.in. insulin, leków przeciwastmatycznych, przeciwzakrzepowych i onkologicznych). Niekontrolowanemu wywozowi leków refundowanych poza granice Polski mógł sprzyjać brak obowiązku stosowania w obrocie produktami leczniczymi z zagranicą marż i cen urzędowych, określonych w ustawie refundacyjnej. W dniu 12 lipca 2015 r. zostały wprowadzone ustawowe mechanizmy, mające skutecznie przeciwdziałać niekontrolowanemu wywozowi leków za granicę oraz jednoznacznie zakazujące obrotu w ramach odwróconego łańcucha dystrybucji w kraju.

Na stronach Ministerstwa Zdrowia zamieszczane są informacje o brakach leków (<http://www.mz.gov.pl/leki/produkty-lecznicze/braki-lekow/>). Minister Zdrowia otrzymuje informacje o problemach z dostępnością leków m.in. za pośrednictwem skrzynki elektronicznej (brakleku@mz.gov.pl), w formie zgłoszeń telefonicznych, mailowych oraz za pośrednictwem innych kanałów informacyjnych, cotygodniowych raportów o dostępności leków, a także informacji przekazywanych przez Naczelną Izbę Aptekarską. W latach 2012-2015 (do IX. 2015 r.) do Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji wpłynęły łącznie 752 zgłoszenia o trudnościach z dostępem do leków refundowanych i nierefundowanych. Do Rzecznika Praw Pacjenta skierowano w tym samym okresie łącznie 126 zgłoszeń.

Od 1 stycznia 2017 r. obowiązki dotyczące monitorowania dostępności leków będą realizowane poprzez Zintegrowany System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi. Znajdować się w nim będą m.in. dane o obrocie produktami leczniczymi (kody, nr serii, liczba i wartość netto opakowań), informacje o przeprowadzonych transakcjach, przesunięciach i stanach magazynowych hurtowni farmaceutycznych. Ponadto Główny Inspektor Farmaceutyczny będzie przekazywał Ministrowi Zdrowia tygodniowe raporty dotyczące obrotu produktami leczniczymi - stany magazynowe, transakcje i przesunięcia magazynowe. Mechanizmy te mają na celu wyeliminowanie niebezpiecznego zjawiska jakim jest odwrócony łańcuch dystrybucji leków.

## Transgraniczna opieka zdrowotna

W dniu 15 listopada 2014 r. weszła w życie w Polsce ustawa wdrażająca Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (2011/24/UE). Dyrektywa umożliwi obywatelom zamieszkującym na terenie krajów należących do UE korzystanie z opieki medycznej w ramach leczenia planowego poza krajem zamieszkania.



### Transgraniczna opieka zdrowotna

oznacza opiekę zdrowotną świadczoną lub przepisaną w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie ubezpieczenia.

Dyrektywa pozwala uzyskać zwrot poniesionych kosztów za świadczenia zdrowotne udzielone poza granicami Polski na zasadach określonych w ustawie implementującej dyrektywę transgraniczną oraz w aktach wykonawczych, o ile świadczenia te należą do świadczeń gwarantowanych w Polsce w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Główne cele dyrektywy transgranicznej dotyczą:

- ustanowienia zasad ułatwiających dostęp pacjentów do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej;
- zapewnienie mobilności pacjentów zgodnie z zasadami ustalonymi przez Trybunał Sprawiedliwości poprzez ustanowienie ram prawnych określających korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwach członkowskich niż państwo członkowskie ubezpieczenia, z możliwością zwrotu kosztów tych świadczeń;
- promowanie współpracy w zakresie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi, z pełnym poszanowaniem kompetencji państw członkowskich w zakresie organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej.

Dyrektywa nie ma zastosowania w odniesieniu do wszystkich świadczeń medycznych, a w szczególności do świadczeń związanych z opieką długoterminową, otrzymania narządów do przeszczepu oraz programów powszechnych szczepień.

Z transgranicznej opieki zdrowotnej mogą korzystać pacjenci, którzy mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w Polsce, określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pacjent nie ma obowiązku informowania Narodowego Funduszu Zdrowia ani innych polskich instytucji o tym, że wybiera się za granicę, by się tam planowo leczyć. W większości przypadków nie musi też uzyskiwać ich uprzedniej zgody. Sytuacje, w których warunkiem zwrotu przez NFZ kosztów świadczenia zrealizowanego w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej jest uzyskanie wcześniejszej zgody Funduszu, są precyzyjnie określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Dotyczą one między innymi: świadczeń opieki zdrowotnej, które wymagają od pacjenta pozostania w szpitalu co najmniej do dnia następnego (bez względu na rodzaj udzielanych świadczeń), badań genetycznych, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej.

W stosunku do świadczeń zdrowotnych wykonywanych poza granicami kraju obowiązują takie same zasady jak w Polsce. Leczenie w ramach publicznej opieki zdrowotnej u większości specjalistów, odbywa się na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (zwykle jest to lekarz podstawowej opieki zdrowotnej). Skierowania - ale niekoniecznie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego - wymaga także leczenie szpitalne. Jeśli pacjent nie będzie miał skierowania do specjalisty lub do szpitala (wystawionego w kraju lub za granicą), nie otrzyma zwrotu kosztów leczenia w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej.

Przepisy dyrektywy umożliwiają pacjentowi, uprawnionemu do świadczeń zdrowotnych w państwie członkowskim Unii Europejskiej, możliwość zwrotu poniesionych kosztów zrealizowanych świadczeń. Zwrot może nastąpić tylko i wyłącznie w stosunku do świadczeń zdrowotnych, które znajdują się w koszyku świadczeń gwarantowanych w Polsce.

Koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane lub płacone bezpośrednio przez państwo członkowskie ubezpieczenia do poziomu, na którym koszty byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium i w takiej wysokości, aby nie przekroczyć rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej. Oznacza to, że pacjent korzystający ze świadczeń zdrowotnych w państwie UE może otrzymać zwrot poniesionych kosztów według taryf stosowanych przez NFZ bez konieczności otrzymywania wcześniej zgody. Zwrotem objęte są także koszty leków, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadku recept lub zleceń wystawionych na terenie innego państwa UE, a zrealizowanych z pełną odpłatnością na terenie Polski, jeśli są one finansowane na terenie Polski przez NFZ.

Limit przewidziany na realizację prawa do zwrotu kosztów świadczeń udzielonych za granicą w ramach uprawnień do opieki transgranicznej został ustalony na poziomie:

- 2014 r. - 940 727 000 zł;
- 2015 r. - 1 44 967 000 zł;
- 2016 r. - 1 78 593 000 zł.

Z danych NFZ wynika, że w okresie od 15 listopada 2014 r. do 9 października 2015 r. w oddziałach wojewódzkich NFZ złożonych zostało łącznie 3 514 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę 14 404 005,68 zł, z czego 3 354 wniosków zostało złożonych w 2015 r., a 160 jeszcze w 2014 r. (zwrot w stosunku do nich dokonywany był już w 2015 r.). Najwięcej jest wniosków dotyczących zwrotu kosztów operacji zaćmy - 3 117, co stanowi 88,7 proc. ogółu wniosków.

## 1.D. Integracja danych, analiza i raportowanie

### Analiza sektora zdrowia

W drugiej połowie lat osiemdziesiątych w rozwiniętych krajach demokratycznych pojawiło się nowe, trwające do dzisiaj i kontynuowane zjawisko społeczne: reformy opieki zdrowotnej. Było to niespodziewane, bo wcześniej powszechnie stosowano pojęcia „modelu służby zdrowia”, rozumianego jako wzorzec idealnego rozwiązywania problemów dotyczących organizowania tego sektora. Istnienie wzorca zwalniało od konieczności poszukiwania dobrych, pragmatycznych rozwiązań. Jeśli w działaniu instytucji zdrowotnych pojawiały się oczywiste braki, ich wystąpienie przypisywano nie dość dokładnemu zastosowaniu w praktyce modelowych rozwiązań.

Wprowadzanie zmian wymagało posługiwania się nowymi koncepcjami. Źródła pozyskiwania koncepcji były oczywiście różne, a różne okoliczności towarzyszące procesom reformatorskim wpływały na to, jakie idee były wybierane i jak przebiegało ich wdrażanie. Koncepcja mogła być zaczerpnięta z innego modelu systemu zdrowotnego, którego wyższość w tym aspekcie była akceptowana (także pod hasłem modernizacji, czy odrabiania opóźnień), być skutkiem zmian technologicznych, albo pochodzić z obowiązujących, czy „modnych” rozwiązań proponowanych w dyscyplinach naukowych współpracujących z polityką zdrowotną (szczególnie dużą rolę odegrały tu koncepcje ekonomiczne).

Niezależnie od genezy zmian bardzo ważnym ich elementem było dążenie do wykorzystania na etapie ich planowania niezależnych badań i opinii ekspertów, ważnych ośrodków naukowych, aby proponowana polityka mogła docelowo wpływać na eliminowanie nierówności w zdrowiu, poprawę jakości życia i okazać się efektywna pod względem finansowym.

System ochrony zdrowia stanowi wyodrębnioną część naszej rzeczywistości społeczno-ekonomicznej. Ma swą wewnętrzną strukturę składającą się z podsystemów uporządkowanych według ustalonych reguł określających ich wzajemne relacje, jak i ich relacje z użytkownikami indywidualnymi i społeczeństwem jako całością. Ustalenie reguł określających funkcjonowanie systemu i jego części składowych oraz relacji pomiędzy systemem a społeczeństwem, jako użytkownikiem, należy do podstawowych obowiązków państwa. Ważnym aspektem reali-

zacji tego zadania jest tworzenie zaplecza badawczo-analitycznego w ochronie zdrowia, dostarczającego informacji na potrzeby kształtowania systemu.

### Istnienie systemowego obserwatorium w ochronie zdrowia

W polskim systemie ochrony zdrowia brakuje systemowego obserwatorium. Nie oznacza to jednak, że nie identyfikuje się rozproszonych aktywności w tym zakresie. Funkcje analityczno-badawcze w ochronie zdrowia prowadzone są przez różne podmioty zaliczane do szeroko rozumianej infrastruktury zdrowia publicznego. Zasadniczo można je podzielić na dwa rodzaje:

- Instytucje wspierające proces podejmowania decyzji przez organy administracji publicznej, do których zaliczymy odpowiednie departamenty w MZ, biura studiów i analiz w kancelariach Sejmu i Senatu, Rady Ministrów oraz inne instytucje sektorowe, takie jak m.in.:
  - Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) - jednostka budżetowa, której przedmiotem działalności jest realizacja zadań z zakresu budowy społeczeństwa informacyjnego, obejmujących organizację i ochronę zdrowia, harmonizację z Unią Europejską w ramach funduszy strukturalnych i programów e-zdrowie oraz wspomaganie decyzji zarządczych ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie prowadzonych analiz socjologicznych, statystycznych i ekonomicznych;
  - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) - jednostka powstała w 2004 roku na mocy ustawy z dnia 25 czerwca 2009 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach. AOTMiT uzyskała status państwowej jednostki organizacyjnej posiadającej osobowość prawną. Działania AOTMiT to m.in.: opracowywanie raportów w sprawie oceny świadczeń opieki zdrowotnej; przygotowywanie analiz weryfikacyjnych Agencji w sprawie oceny leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego; wydawanie rekomendacji Prezesa w zakresie: zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej, jako świadczenia gwarantowanego wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania; niezasadności zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego; usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych; zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego; objęcia refundacją danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego; niezasadności objęcia refundacją danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego. AOTMiT wydaje także opinię

- w sprawie projektów programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej oraz uczestniczy w wielu międzynarodowych projektach w zakresie HTA;
- Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) - centralna jednostka resortu zdrowia. Centrum powołane zostało przez Ministra Zdrowia w 1994 roku, w celu inspirowania oraz wspierania działań zmierzających do poprawy jakości usług medycznych świadczonych przez placówki polskiej opieki zdrowotnej. Do głównych zadań CMJ należą: przygotowanie i prowadzenie szkoleń pobudzających i wspierających projekty podnoszenia jakości świadczeń zdrowotnych (szkolenia organizowane są dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej przez Ośrodek Konsultacyjno-Szkoleniowy); przeprowadzanie i udoskonalanie procesu akredytacji placówek opieki zdrowotnej; monitorowanie wskaźników jakości, na które składają się parametry subiektywne (badanie satysfakcji pacjenta), obiektywne (wskaźniki medyczne) oraz o charakterze pośrednim (wskaźniki jakości życia); ocena jakości świadczeń wysokospecjalistycznych;
  - Wydziały Zdrowia w poszczególnych Urzędach Wojewódzkich (które wchłonęły wcześniej funkcjonujące Wojewódzkie Centra Zdrowia Publicznego) - realizują szereg zadań z zakresu ochrony zdrowia. Jednym z ważniejszych są zadania wynikające z programu badań statystycznych statystyki publicznej, w ramach których gromadzą i przetwarzają dane dotyczące działalności szpitali i jednostek leczenia ambulatoryjnego. Zbiorcze sprawozdania statystyczne przekazywane są uprawnionym organom, co umożliwia prowadzenie szeregu badań, między innymi ogólnopolskiego badania chorobowości szpitalnej. W oparciu o zebrane dane statystyczne wydawane są cykliczne publikacje zawierające zestaw informacji liczbowych dotyczących podstawowych zagadnień systemu ochrony zdrowia z zakresu sytuacji demograficznej, epidemiologicznej i zdrowotnej ludności danego województwa, personelu ochrony zdrowia, ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki zdrowotnej. Publikowane dane są niezbędne do dokonania oceny funkcjonowania szpitali, POZ, AOS, wskazują najbardziej niekorzystne obszary w zakresie ochrony zdrowia oraz stanowią dla organizatorów ochrony zdrowia istotną pomoc przy podejmowaniu decyzji w tym zakresie;
  - Samorządowe (regionalne i lokalne) obserwatoria dedykowane różnym obszarom ochrony zdrowia;
- Instytucje tzw. inspirujące, do których zaliczymy np. organizacje pozarządowe czy ośrodki naukowo - badawcze w zdrowiu publicznym, np.:
    - Fundacja Watch Health Care (WHC) została założona w roku 2010. Inspiracją jej powstania był narastający deficyt w ochronie zdrowia, rozumiany jako dysproporcja pomiędzy zawartością koszyka świadczeń i wielkością środków finansowych ze składki na ubezpieczenie podstawowe, przeznac-

czanych na świadczenia zdrowotne w Polsce, czego skutkiem jest pozbawienie lub ograniczenie chorym dostępu do podstawowych świadczeń zdrowotnych. Misją Fundacji Watch Health Care jest dostarczenie szerokiej, wiarygodnej i opartej na dowodach naukowych informacji na temat dysproporcji pomiędzy zawartością koszyka „gwarantowanego” oraz środkami na jego realizację, a także o konsekwencjach tak rozumianego deficytu w systemie opieki zdrowotnej w Polsce.

- NIZP-PZH - misją instytutu jest ochrona zdrowia ludności poprzez kompleksowe działania podejmowane w obszarze zdrowia publicznego, w tym prace naukowo-badawcze, aplikacyjne i szkolenia. Obejmują one m.in. ocenę sytuacji zdrowotnej ludności Polski, monitorowanie biologicznych, chemicznych i fizycznych czynników ryzyka w żywności, wodzie i powietrzu, zapobieganie chorobom zakaźnym i zakażeniom, badania epidemiologiczne ważnych społecznie chorób niezakaźnych, promocję zdrowia oraz zagadnienia związane z organizacją i ekonomiką ochrony zdrowia. NIZP-PZH wykonuje ekspertyzy dla rządu, organizacji pozarządowych oraz społeczeństwa w zakresie oceny ryzyka i wskazywania sposobów unikania zagrożeń. Instytut prowadzi również badania jakości surowic i szczepionek.

### **Udział ekspertów w planowaniu zadań ochrony zdrowia**

Planowanie działań w systemie zdrowotnym w Polsce zasadniczo należy podzielić na dwa rodzaje:

- dotyczące polityki zdrowotnej;
- związane z polityką zdrowia publicznego.

W pierwszym przypadku (planowanie działań w polityce zdrowotnej) zauważa się stosunkowo niewielki udział ekspertów w procesie wytyczania celów polityki, wyboru metody postępowania, identyfikacji zasobów, monitorowania czy ewaluacji. Decyzje podejmowane są głównie przy wsparciu wewnętrznych gremiów (gabinety polityczne, biura studiów i analiz, odpowiednie departamenty, Rada Naukowa), czasami organizowane są konsultacje z wybranymi grupami zewnętrznych ekspertów, jednak nie jest to częsta praktyka czy standard postępowania w procesie planowania.

Większość niepowodzeń wdrażanych zmian wynika z częstego pomijania poziomu operacyjnego w trakcie planowania. Zasoby konieczne do zarządzania i utrzymania procesów nie są (i nie były) planowane ani optymalizowane, z kolei oceny skutków regulacji prawnych pomijają ten aspekt, ograniczając się do wskazania instytucji odpowiedzialnej za realizację określonego postulatu. Problemem są także terminy wprowadzanych w życie projektów reformatorskich, które są zwykle za krótkie, aby mogły gwarantować osiągnięcie zaplanowanego celu. Do

tego należy dodać częsty brak określenia metody realizacji, co w rezultacie wymusza przyjmowanie rozwiązań zastępczych, uproszczonych i często odmiennych od zakładanego celu.

W przypadku podejmowania decyzji w obszarze zdrowia publicznego sytuacja wygląda nieco lepiej. Nadal jednak brakuje ustawy o zdrowiu publicznym (obecnie znajduje się ona po raz kolejny w fazie procedowania), która mogłaby wprowadzić wymogi formalne dotyczące fazy planowania działań w zdrowiu publicznym.

## **Krajowy system badań w dziedzinie zdrowia**

Tworzenie krajowego systemu badań w dziedzinie zdrowia jest podyktowane wieloma czynnikami, do których zaliczamy między innymi: konieczność koordynacji aktualnie prowadzonych badań w celu eliminowania zjawiska ich rozdrobnienia, dublowania badań i w konsekwencji braku ich efektywności; potrzebę współpracy pomiędzy badaczami reprezentującymi zarówno różne dziedziny i dyscypliny naukowe jak i odmienne instytucje i sektory; potrzeba powiązania badań z celami krajowej polityki zdrowotnej i systemu zdrowotnego; niedostateczną komunikację między badaczami i końcowymi użytkownikami badań (np. decydentami, świadczeniodawcami, podmiotami społeczeństwa obywatelskiego); niedostateczne wykorzystanie wyników badań do polityk, planów i działań systemu zdrowotnego.

W ostatnich latach w Polsce nastąpiły istotne zmiany w polityce naukowej. Między innymi w 2009 r. uprzednia „Strategia rozwoju nauki” oraz „Strategia rozwoju szkolnictwa wyższego” zostały wchłonięte przez nowe krajowe strategie rozwoju: „Strategię innowacyjności i efektywności gospodarki” (nauka), „Strategię rozwoju zasobów ludzkich” (szkolnictwo wyższe) oraz „Strategię Rozwoju Kapitału Społecznego” (nauka i szkolnictwo wyższe).

Polski Krajowy Program Badań, ustanowiony Uchwałą Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2011 r., zawiera 7 strategicznych obszarów badawczych, w tym pod numerem 2 wymienia się „choroby cywilizacyjne, nowe leki oraz medycynę regeneracyjną”.

Powody te skłaniają do stworzenia platformy, która usprawni krajowe badania w dziedzinie zdrowia, stworzy racjonalne ramy działalności badawczej, a także przyczyni się do wykorzystania badań w praktyce. Niestety Ministerstwo Zdrowia do tej pory nie podjęło takiej inicjatywy. Na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, w zakładce „nauka”, nie ma wzmianki o żadnych badaniach w dziedzinie zdrowia.

Przy Ministrze Zdrowia działa co prawda Rada Naukowa powołana na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lipca 2006 r, ale jej główne zadania ogra-

niczają się do opiniowanie kierunków i problemów naukowo-badawczych związanych z rozwojem nauk medycznych, proponowania nowych kierunków badań naukowych w medycynie, opiniowania wniosków projektów celowych, programów wieloletnich, zmian systemowych i organizacyjnych w ochronie zdrowia; projektów zmian w kształceniu przed i podyplomowym w zawodach medycznych; zgłaszania kandydatur na konsultantów krajowych oraz opiniowania lub proponowania kandydatur do reprezentowania Ministra Zdrowia w zakresie ochrony zdrowia na forum międzynarodowym.

Pewną nadzieją na wytworzenie stałych standardów w kierunku wspierania analitycznego podejścia w kształtowaniu polityki zdrowotnej w Polsce jest inicjatywa Ministerstwa Zdrowia i WHO pod nazwą Evidence Informed Policy Network (EVIPnet). Głównym celem przyjętego do realizacji od marca 2015 projektu jest nawiązanie trwałej współpracy z ośrodkami akademickimi oraz instytucjami, które swoim obszarem działania obejmą szeroko rozumiany sektor ochrony zdrowia, co stanowiłoby podstawę do wytworzenia standardów posiłkowania się niezależnymi analizami i badaniami w procesie podejmowania decyzji.

### **Planowanie oparte na wiedzy - dostosowanie działań do potrzeb zdrowotnych, dane epidemiologiczne, społeczno-ekonomiczne, demograficzne jako podstawa planowania**

Kluczowym elementem planowania dostosowanych do potrzeb ludności działań w ochronie zdrowia jest dostęp do danych epidemiologicznych, społeczno-ekonomicznych oraz demograficznych. Dane te powinny być wykorzystywane przez administrację centralną (Ministerstwo Zdrowia i inne ministerstwa, agendy rządowe, organy centralne powiązane z sektorem), administrację publiczną (samorząd terytorialny, terenowa administracja rządowa) oraz instytucje systemowe (płatnik). Podstawy do podziału kompetencji, określenia zakresu odpowiedzialności i nakreślenia ram funkcjonowania stosownych instytucji/organów powinny być wprowadzone do systemu ochrony zdrowia na drodze ustawowej. Kluczowe jest w tym zakresie nie tylko przyjęcie ustawy o zdrowiu publicznym, ale także szeregu istotnych rozporządzeń wykonawczych do tego aktu.

W uzasadnieniu do projektu ustawy o zdrowiu publicznym wskazywane jest określenie prawnych warunków funkcjonowania zdrowia publicznego, wdrożenie i ustalenie kompetencji wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za realizację zdrowia publicznego, w tym administracji publicznej, rządowej i samorządowej oraz podległych im instytucji zdrowia publicznego. Jednak trzeba zauważyć, że w podawanych informacjach brakuje bardzo ważnego aspektu - zasad dotyczących kształcenia i zatrudniania profesjonalistów zdrowia publicznego oraz obowiązku stałych konsultacji ze środowiskiem ekspertów w tej dziedzinie już



na etapie planowania. Wydaje się uzasadnione, by stosowne zapisy znalazły się w przyszłej jednolitej i spójnej regulacji prawnej, która ma się odnosić do szerokiego spektrum zagadnień dotyczących czynników warunkujących stan zdrowia populacji oraz sposobów oddziaływania na te czynniki, nie tylko aspektów medycznych.

Jak można przeczytać w oficjalnym komunikacie Ministerstwa Zdrowia, projektowana ustawa powinna objąć swoim zakresem w szczególności: ustalenie zasad organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego, założenia, cele i strategię finansowania działań w tym zakresie, sposoby identyfikacji i przeciwdziałania głównym zagrożeniom zdrowia publicznego, w tym cele i zadania działań na rzecz profilaktyki chorób, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Są to działania dotyczące polityki zdrowotnej i polityki zdrowia publicznego, organizacji systemu, zarządzania i promocji zdrowia, a więc domeny należące do dyscypliny zdrowia publicznego. Wskazuje się ponadto, że ustawa ta powinna szczególnie regulować zasady systemu zdrowia publicznego, w celu eliminacji, ograniczenia występowania i rozpowszechniania chorób, wypadków, urazów i zatruc oraz innych przyczyn problemów zdrowotnych powodujących niepełnosprawność, trwałe uszczerbek na zdrowiu, przedwczesny zgon. Tak postawione cele są możliwe do realizacji jedynie przy właściwych zasadach planowania, uwzględniającego efekty monitorowania stanu zdrowia i działań promocji zdrowia.

Problem planowania, uwzględniającego szereg istotnych danych ze sfery zdrowia publicznego, można ująć w perspektywie poziomów planowania, w podziale na:

- poziom krajowy - władze centralne: MZ, instytucje i organy szczebla centralnego (np. NFZ, PIS);
- poziom lokalny - wojewodowie.

Projekt ustawy o zdrowiu publicznym zakłada koordynację wydatków na ochronę zdrowia przez wszystkie ministerstwa, także w stosunku do jednostek samorządu terytorialnego, natomiast finansowanie programów profilaktycznych i kampanii edukacyjnych należałoby do zadań resortu zdrowia oraz innych resortów (odpowiednio do zapisanych w budżetach pozycji związanych ze zdrowiem publicznym). Ważnym postanowieniem z punktu widzenia działań profilaktyki i ich finansowania jest propozycja utworzenia subfunduszu w NFZ oraz Funduszu Zdrowia Publicznego. Ten drugi byłby zasilany częścią wpływów z podatku akcyzowego.

W kontekście procesów planowania należałoby wskazać także problem przeniesienia pozyskanych informacji już bezpośrednio w obszar kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ (węższy zakres planowania - ograniczony do świadczeń zdrowotnych udzielanych w systemie). W aktualnym stanie prawnym brak w tym zakresie jasno sprecyzowanych mechanizmów, co ponownie wskazuje na konieczność wprowadzenia stosownych zapisów (zasadniczo jako przepisów zawartych w aktach wykonawczych do ustawy o zdrowiu publicznym).

Bardzo ważne jest przewidywane w projekcie położenie nacisku na profilaktykę i wprowadzenie w tym względzie nowej (z formalnoprawnego punktu widzenia) formy świadczenia zdrowotnego: produktu kontraktowego - porady profilaktycznej. Byłby to istotny instrument wdrożenia zasady priorytetu profilaktyki do systemu ochrony zdrowia, a także zwiększenia dostępności profilaktyki.

### **Analiza sytuacji sektora zdrowia w kontekście przygotowania do planowania działań**

Analiza sytuacji sektora zdrowia w ogromnym stopniu zależy od wdrożenia systemów informatycznych, które mogą stanowić istotny instrument dla potrzeb analizy sytuacji (możliwość obróbki danych dostarczanych do systemów), jak i dostarczać niezbędnych do tej analizy danych. Sytuacja w tym względzie może być scharakteryzowana w dwóch perspektywach:

- Perspektywa technologicznego rozwoju systemów informatycznych w ochronie zdrowia i problemów z tym związanych (finansowanie, wdrażanie adekwatnych, sprawdzonych technologii).

W procesie przygotowania do planowania w sektorze zdrowia podejmowane były kroki w kierunku usprawnienia różnych obszarów (m.in. działania dotyczące systemów informatycznych w ochronie zdrowia), jednak nadal systemy te nie działają prawidłowo.

KE zdecydowała o przyznaniu Polsce ponad 128 mln euro (Polska musi uzupełnić wkład własny w wysokości 31 mln euro) na projekt budowy platformy cyfrowej do wymiany danych z rejestrów medycznych, na potrzeby planowania dla sektora administracji (urzędnicy zajmujący się opieką zdrowotną - na szczeblu lokalnym i krajowym) i jednocześnie dostępnej dla przedsiębiorców oraz pacjentów. Platforma będzie zawierać 10 systemów informacyjnych, a jej celem jest usprawnienie planowania usług zdrowotnych oraz monitorowanie wykonywania planowania. Proces jest określany jako włączanie sektora zdrowotnego do e-administracji i wiąże się z problematyką map potrzeb zdrowotnych, ma być narzędziem ułatwiającym planowanie w wymiarze „technicznym”.

- Perspektywa właściwego zarządzania w kontekście procesu informatyzacji. Konieczne są działania naprawcze zarówno w sferze zarządzania, źródeł finansowania, jak i w zakresie generowania zasobów. Zasoby są tu rozumiane szeroko i dotyczą planowania rozwoju kadr, pozyskiwania dodatkowych dochodów, w tym na przykład w konsekwencji wprowadzenia systemu dodatkowych ubezpieczeń, wreszcie samego procesu dostarczania świadczeń, w którym nadal nierozwiązany jest problem kolejkowy. Chodzi w tym przypadku o sprawne i transparentne zarządzanie listami osób oczekujących w kolejce

na świadczenie oraz eliminację wielokrotnych wpisów pacjentów na listy. Łatwy i szybki dostęp do weryfikowalnych danych ma wpływ także na transparentność informacji o transferach finansowych.

Dzięki wskazanemu powyżej procesowi informatyzacji zadanie analizy aktualnej sytuacji w kontekście przygotowania planowania sektorowego będzie technologicznie lepiej wykonywane. Sam proces wprowadzania nowoczesnych technologii informatycznych jest w oczywisty sposób konieczny dla usprawnienia funkcjonowania systemu, jednak cyfryzacja to jedynie odpowiedź na pytania odnoszące się do wykonalności w sensie formalnym. W aspekcie technicznym brak jest koncepcji merytorycznej weryfikacji planowanych decyzji.

### **Zdolność do dokonania przeglądu głównych polityk zdrowotnych, świadczeń i inwestycji**

W aktualnej sytuacji, w świetle braku systemowej regulacji w zdrowiu publicznym, zdolność podmiotów podejmujących decyzje w sektorze do przeglądu prowadzonych polityk, świadczeń i inwestycji jest niska. Chodzi tu przede wszystkim o funkcje koordynujące, podejmowane w stosunku do poszczególnych działań. Kwestię takiej koordynacji przewiduje, projekt ustawy o zdrowiu publicznym. Zgodnie z oczekiwaniami ustawa o zdrowiu publicznym, jako ustawa kompetencyjna, powinna rozstrzygnąć kwestie kto i w jaki sposób jest zobowiązany do nadzoru nad głównymi politykami dotyczącymi zdrowia publicznego (w poszczególnych sektorach), jakie instytucje powinny zbierać dane dotyczące inwestycji, rozwoju świadczeń etc.

Dla przeglądu głównych polityk, strategii rozwoju, inwestycji istotna jest rola ekspertów/ instytucji kompetentnych. Zbieranie i analiza adekwatnych danych powinny być realizowane przez niezależne instytuty badawcze, agencje oceny, centra przetwarzania danych. Aktualnie brak jest odpowiednich zapisów dotyczących ich zakresu kompetencji i mocy wiążącej rezultatów (opinii etc.).

Podsumowując, w aktualnej sytuacji niska zdolność przeglądu głównych polityk zdrowotnych, świadczeń i inwestycji jest ściśle związana z brakiem instytucji koordynującej działania w sferze zdrowia publicznego. Ministerstwo Zdrowia nie realizuje takiej funkcji. Rada Naukowa, powołana na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia, ma kompetencje opiniodawcze jedynie w sferze naukowo-badawczej (dot. rozwoju nauk medycznych, nowych kierunków badań naukowych, opiniowania wniosków projektów), nie ma natomiast kompetencji w przedmiotowym zakresie.

## Zapewnienie aktualizacji i zgodności z Międzynarodowymi Przepisami Zdrowotnymi (International Health Regulation; IHR)

Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (MPZ) stanowią międzynarodowy instrument prawny wiążący wszystkie państwa członkowskie WHO w sprawie stworzenia międzynarodowego systemu wczesnego ostrzegania przed każdym, także dotychczas nieznanym, zagrożeniem dla zdrowia. Obowiązujące aktualnie MPZ (2005) zostały przyjęte przez 194 Państwa-Strony (w tym 193 państwa członkowskie WHO) w dniu 23 maja 2005 roku i weszły w życie 15 czerwca 2007 r. (Rezolucja WHA58.3).

### Generowanie systematycznych i okresowych sprawozdań z realizacji MPZ (IHR)

Jedynym sprawozdaniem z realizacji wdrażania MPZ w Polsce jest corocznie wypełniana ankieta pn. „Questionnaire for monitoring progress in the implementation of IHR core capacities in states parties”. Ankieta przesyłana jest do WHO.

Obecnie wszystkie kraje powinny mieć już wdrożone MPZ z 2005 r. W związku z tym w WHO trwają prace nad opracowaniem narzędzia, które pozwoliłoby na pogłębioną analizę wprowadzenia tych przepisów w poszczególnych krajach i bardziej precyzyjną identyfikację obszarów, które wymagają poprawy.

### Powiadamianie i raportowanie zdarzeń dotyczących zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym

Przeptywem informacji o zdarzeniach dotyczących zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym zarówno tych, które wystąpiły w kraju, jak i poza granicami zajmuje się Krajowy Punkt Centralny ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (KPC ds. MPZ).

KPC ds. MPZ funkcjonuje całodobowo przez siedem dni w tygodniu w systemie zmianowo-dyżurowym. Punkt utrzymuje bieżący, całodobowy kontakt z Punktem Kontaktowym IHR Światowej Organizacji Zdrowia. Odbywa się to zgodnie z przyjętymi w Punkcie instrukcjami i procedurami. W celu uniknięcia opóźnień wynikających z zakłóceń działania standardowych sposobów komunikacji z Punktem Kontaktowym IHR WHO, osoby pracujące w Krajowym Punkcie dodatkowo sprawdzają również stronę WHO z powiadomieniami o zagrożeniach dla zdrowia publicznego.

Ponadto KPC ds. MPZ ma dostęp do platformy informacyjnej systemu wczesnego reagowania w Unii Europejskiej - EWRS (Early Warning and Response

System), z uprawnieniami do odczytywania wiadomości. Punkt Kontaktowy EWRS w Polsce, z uprawnieniami do odbierania i wysyłania wiadomości w ramach systemu EWRS, znajduje się w Głównym Inspektoracie Sanitarnym. Pozostałe główne źródła informacji na temat zdarzeń dotyczących potencjalnego zagrożenia zdrowia publicznego, oprócz serwisu internetowego WHO i systemu EWRS, to serwisy internetowe ECDC, CDC, Krajowe Punkty Centralne ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych innych krajów na świecie, Krajowe Punkty Kontaktowe dla systemu EWRS.

Kluczowym źródłem informacji o zdarzeniach będących zagrożeniem dla zdrowia publicznego, przekazywanych z terenu kraju jest Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS). Zdarzenia zgłaszane przez PIS dotyczą przede wszystkim chorób zakaźnych. Raportowanie takich zdarzeń odbywa się na specjalnym formularzu pn. „Formularz zgłoszenia zdarzenia stanowiącego zagrożenie dla zdrowia publicznego oraz informacji o planowanych i/lub podjętych działaniach”. Brak jest natomiast ustrukturyzowanego sposobu przekazywania informacji do KPC ds. MPZ z innych podmiotów.

Dodatkowym źródłem wiedzy na temat zdarzeń dotyczących potencjalnego zagrożenia zdrowia publicznego są internetowe serwisy informacyjne. W szczególności używane są serwisy takie jak ProMED-mail oraz Medisys.

Każde zdarzenie, o którym dowiedział się KPC ds. MPZ, poddawane jest weryfikacji oraz wstępnej ocenie ryzyka, co pozwala na szybkie poinformowanie właściwych organów, które wdrażają odpowiednie działania. Sprawdzona informacja na temat zdarzeń, które wpłynęła do Punktu z terenu kraju zostaje przekazana dalej odpowiednim organom, w tym do Punktu Kontaktowego WHO, jeżeli zdarzenie ma charakter międzynarodowy lub jest to choroba zawarta w aneksie 2 MPZ 2005. W przypadku zdarzeń zagrażających zdrowiu publicznemu, mających miejsce w innych krajach, Punkt w miarę możliwości ocenia ich znaczenie dla Polski i, jeśli sytuacja to uzasadnia, przekazuje informację do odpowiednich organów administracji publicznej, w tym:

- Głównego Inspektora Sanitarnego;
- Głównego Inspektora Farmaceutycznego;
- Głównego Inspektora Handlowego;
- Głównego Lekarza Weterynarii;
- Głównego Inspektora Ochrony Środowiska;
- Rządowego Centrum Bezpieczeństwa;

lub innych, które następnie wdrażają odpowiednie działania zgodnie ze swoją działalnością statutową. Weryfikacja zagrożeń, o których informowany jest Punkt, konsultowana jest często przez pracowników Punktu ze specjalistami z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-PZH (łącznie z pracownikami Zakładu Epidemiologii, zajmującymi się bezpośrednio nadzorem nad chorobami zakaźnymi).

Ponadto Punkt pozostaje w stałym kontakcie z Wydziałami Zarządzania Kryzysowego (WZK), do których przekazywane są wszystkie istotne informacje na temat zdarzeń stanowiących zagrożenie zdrowia publicznego. Informacje na temat zdarzeń przesyłane są do WZK także w „Raportach Dobowych”.

Zestawienie wraz z krótkim opisem najważniejszych zdarzeń wysyłane są także do Departamentu Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych Ministerstwa Zdrowia w raportach kwartalnych i rocznych. Brak jest jednak informacji zwrotnej odnośnie późniejszego wykorzystania tych raportów, a w szczególności zamieszczanych w nich wniosków.

Bieżąca praca Punktu obejmuje także prowadzenie bazy z danymi kontaktowymi do jednostek o strategicznym znaczeniu dla odpowiedniego przekazywania informacji o zdarzeniach co zapewnia sprawne funkcjonowanie Punktu i efektywne wykorzystanie informacji. Baza zawiera między innymi dane Konsultantów Krajowych, dzięki czemu możliwe jest między innymi odpowiednie przekazywanie informacji mającej znaczenie w działaniach zapewniających bezpieczeństwo krwi. Baza jest rozwijana i aktualizowana na bieżąco o nowe, istotne grupy podmiotów.

## **Zdarzenia z zakresu zdrowia publicznego, do których doszło na terenie kraju i rozprzeczniły się poza jego granice**

Zgodnie z przepisami KPC ds. MPZ, w imieniu Państwa-Strony, przesyła Punktowemu Kontaktowemu IHR WHO - EURO pilne komunikaty wynikające z wdrożenia MPZ, a w szczególności zgodnie z Art. 6 - 12 MPZ 2005: powiadomienia (Art. 6); informacje w sytuacjach nieoczekiwanych lub niezwykłych dla zdrowia publicznego (Art. 7); konsultacje (Art. 8); inne raporty (Art. 9); raport nie będący powiadomieniem ani konsultacją: odpowiedź na zapytanie WHO odnośnie zdarzeń mających miejsce na obszarze Państwa-Strony, informacje WHO ryzyku dla zdrowia publicznego zlokalizowanego poza obszarem Państwa-Strony, ale mogącym spowodować międzynarodowe rozprzecznienie się choroby; weryfikacje informacji (Art. 10); przekazywanie informacji otrzymanych od WHO (Art. 11) oraz ustalanie zagrożenia dla zdrowia publicznego o międzynarodowym znaczeniu (Art. 12); konsultacja z Dyrektorem Generalnym WHO.

W większości przypadków zdarzeń, które wystąpiły na terenie kraju konieczny był bezpośredni kontakt z Punktem lub Punktami krajów, które zdarzenie to dotyczyło np. gdy osoba chora/zakażona podróżowała z lub do Polski. Działania te miały przede wszystkim na celu przeciwdziałaniu rozprzecznienia się chorób/zdarzeń poza granice kraju i podjęcie odpowiednich środków zaradczych.

W niektórych przypadkach do KPC przychodziły zapytania z Punktu Kontaktowego IHR WHO - EURO. Miało to na przykład miejsce w 2014 roku odnośnie

zdarzenia z zakresu zagrożeń radiacyjnych. Zdarzenie dotyczyło zaginięcia pojemnika zawierającego kobaltowe źródło promieniowania Co-60 na terenie Konieczpolskich Zakładów Płyt Piłśniowych. Źródło promieniowania znajdowało się w zamkniętym pojemniku PS-5B, który był zabezpieczony przed otwarciem i w tej formie nie stanowił zagrożenia dla życia i zdrowia ludzi ani nie powodował skażenia środowiska. Informacja o tym zdarzeniu została przekazana przez Państwową Agencję Atomistyki (PAA) do Międzynarodowej Agencji Energii Atomowej (IAEA) zgodnie z obowiązującymi procedurami, a IAEA przekazała ją do WHO. Informacja o zdarzeniu została też zgłoszona przez KPC ds. MPZ do Punktu Kontaktowego WHO - Europa. W przypadku zdarzeń stanowiących zagrożenie lub potencjalne zagrożenie promieniowaniem radiacyjnym KPC ds. MPZ uzyskuje informację ze strony Państwowej Agencji Atomistyki, a następnie w razie konieczności w telefonicznym kontakcie z pracownikiem PAA. W celu przyspieszenia obiegu informacji należałoby wypracować formę obiegu informacji o tego rodzaju zdarzeniach.

### **Współpraca z krajami sąsiadującymi w celu wzmocnienia ochrony granic oraz odpowiedzi na zdarzenia oraz współpraca z innymi krajami w celu wypełnienia zobowiązań MPZ (IHR)**

Polska jest jednym z krajów Unii Europejskiej, który graniczy zarówno z krajami UE jak i krajami spoza UE. Łącznie granicę lądową ma z 7 krajami, w tym z 4 krajami UE: Niemcami, Słowacją, Czechami i Litwą oraz trzema krajami nie będącymi członkami UE: Rosją, Białorusią i Ukrainą.

W zależności od tego czy zdarzenie, które wystąpiło na terenie kraju lub zostało na nim zidentyfikowane i dotyczy lub może dotyczyć krajów lub obywateli krajów należących do UE lub spoza UE rutynowo, jako kanał przekazywania informacji poza granice Polski, służy:

- Krajowy Punkt Kontaktowy EWRS, jeżeli zdarzenie dotyczy wyłącznie krajów należących do UE;
- KPC ds. MPZ, jeżeli zdarzenie dotyczy wyłącznie krajów spoza UE;
- Krajowy Punkt Kontaktowy EWRS oraz KPC ds. MPZ, jeżeli zdarzenie dotyczy zarówno krajów lub ich obywateli należących do UE, jak i innych krajów spoza Unii.

Jeżeli zdarzenia dotyczą krajów członkowskich Unii Europejskiej informacja przekazywana jest po wcześniejszym porozumieniu i uzgodnieniu przez KPC ds. MPZ lub Krajowy Punkt Kontaktowy dla EWRS do odpowiednich instytucji w kraju.

W przypadku zdarzeń dotyczących krajów członkowskich UE sposób przekazywania informacji jest na ogół ustalany każdorazowo z Krajowym Punktem Kontaktowym EWRS, ale bywają wyjątki w wykorzystaniu go jako kanału informacyjnego. Takim przykładem jest np. zdarzenie z 2010 roku dotyczące zacho-

rowania na gruźlicę, zgłoszone przez stację sanitarno-epidemiologiczną. Zgłoszenie dotyczyło kobiety, która przed przyjazdem do Polski mieszkała w Londynie. Ze względu na to, że rozwój choroby mógł mieć miejsce jeszcze na terenie Wielkiej Brytanii, informację na ten temat przekazano do Brytyjskiego KPC ds. MPZ w Londynie. Następnie zgodnie z wytycznymi Punktu brytyjskiego szczegółowe informacje o zachorowaniu przesyłane zostały bezpośrednio do Departamentu Chorób Układu Oddechowego oraz Brytyjskiej Agencji Ochrony Zdrowia. Natomiast inne powiadomienie z tego samego roku także dotyczące gruźlicy lecz u obywatelki Ukrainy zostało wysłane standardowo poprzez kanał KPC w kraju do KPC ds. MPZ w Kijowie. W tym przypadku ustalono, że kobieta wróciła na Ukrainę, gdzie powinna kontynuować diagnostykę i leczenie.

Ponadto w przypadkach, gdy jest to uzasadnione informowana jest także odpowiednia Graniczna Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna (GSSE), w szczególności jeżeli niezbędne jest podjęcie odpowiednich działań. W takich przypadkach GSSE najczęściej następnie współpracuje ze Strażą Graniczną i/lub PSSE z terenu, na którym się znajduje.

Ważne zadania w zakresie współpracy z krajami sąsiadującymi w celu wzmocnienia ochrony granic pełni straż graniczna. W relacjach z sąsiednimi państwami granicznymi na granicy zewnętrznej UE (Ukraina, Białoruś i Rosja) Straż Graniczna rozwija współpracę polegającą na spotkaniach na szczeblu szefów służb oraz regularne spotkania w ramach instytucji pełnomocników granicznych służące ocenie współdziałania i planowania współpracy.

Zaawansowane formy współdziałania realizowane są na granicy z Ukrainą. Działają tu dwa punkty konsultacyjne, dzięki którym możliwa jest szybka wymiana informacji dotyczących zdarzeń granicznych. Prowadzone są także wspólne patrole. Przyjmowane są roczne plany współdziałania. Wprowadzono także zaawansowane formy wymiany informacji statystycznych i analitycznych. Straż Graniczna bierze aktywny udział w działaniach podejmowanych przez Europejską Agencję Zarządzania Współpracą Operacyjną na Zewnętrznych Granicach Państw Członkowskich Unii Europejskiej - Frontex - włączając w to: uczestnictwo we wspólnych operacjach na granicach, szczególnie w rejonach Europy narażonych na wzmożoną nielegalną migrację, w tym w działaniach Europejskich Zespołów Straży Granicznej (EBGT), dostarczanie sprzętu w ramach Puli Wyposażenia Technicznego (TEP), wymianę informacji i analizę ryzyka, udział w warsztatach i różnego rodzaju szkoleniach, a także uczestnictwo we wspólnych operacjach służących readmisji cudzoziemców i związanych z nimi działaniach. W ramach działań Frontexu utworzono platformę skupiającą analityków ze służb granicznych/policyjnych Państw Członkowskich UE (FRAN). Ich współpraca obejmuje przede wszystkim bieżącą wymianę informacji i analiz nt. zdarzeń oraz zagrożeń dotyczących zjawiska nielegalnej migracji, za pośrednictwem bezpiecznej sieci informowania, tj. ICONet. Straż Graniczna bierze udział we wspólnych



operacjach Agencji Frontex na granicach lądowych, morskich i powietrznych państw członkowskich UE wysyłając swoich funkcjonariuszy, jak również sprzęt (głównie obserwacyjny i lotniczy).

KPC ds. MPZ dopiero w ostatnim czasie nawiązał bezpośredni kontakt z przedstawicielami Straży Granicznej.

## Przygotowywanie rocznych statystycznych raportów na temat zdrowia

Zbieraniem i udostępnianiem informacji statystycznych na temat większości dziedzin życia publicznego, w tym zdrowia populacji Polski zajmuje się GUS. Jest to centralny organ administracji rządowej, podlegający Prezesowi Rady Ministrów. Do przekazywania danych obligują GUS odpowiednie przepisy prawa, w tym ustawa o statystyce publicznej oraz ogłaszany corocznie program badań statystycznych statystyki publicznej.

Dane zbierane są przede wszystkim w oparciu o sprawozdania MZ, ale też: sprawozdania GUS, MSW, dane z systemów informacyjnych wojewodów, NFZ, ZUS, innych rejestrów (np. Naczelnej Izby Aptekarskiej), badania ankietowe czy stałe badania statystyczne np. typu demograficznego. Dane udostępniane są tylko w formie zagregowanej (opracowanej), która uniemożliwia identyfikację pojedynczych respondentów.

Badania prowadzone przez GUS podzielone są na:

- stałe (12 badań) - dane opracowywane i publikowane są obligatoryjnie każdego roku;
- cykliczne (zmienna liczba badań każdego roku) - dane opracowywane i publikowane są nieregularnie.

Zmieniać może się także zakres danych opracowywanych w obrębie badań stałych. Na przykład dane z druku MZ-49 sprawozdanie z działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia (kategoria badań: Działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej) sprawozdawane są co dwa lata.

Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów w 2014 r., w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej, GUS zobligowany był do przygotowania danych w obszarze „zdrowie i ochrona zdrowia” w następujących kategoriach:

- Stan zdrowia ludności. Monitoring zdrowia (badanie stałe) - badanie prowadzi Prezes Głównego Urzędu Statystycznego.  
Celem badania jest bieżąca ocena wybranych aspektów sytuacji zdrowotnej ludności kraju i jej uwarunkowań w powiązaniu z charakterystyką demograficzno-społeczną. Uzyskanie wskaźniki mają służyć do monitorowania stanu

zdrowia ludności oraz porównań międzynarodowych w ramach współpracy z WHO i UE. Dane dotyczą zachorowalności na wybrane choroby (np. zakaźne, nowotwory złośliwe, choroby i zaburzenia psychiczne), przyczyn hospitalizacji oraz realizacji programu szczepień ochronnych.

- Zachorowania i leczeni na wybrane choroby (badanie stałe) - badanie prowadzi Minister właściwy do spraw zdrowia oraz Minister właściwy do spraw wewnętrznych.

Celem badania jest zebranie informacji na temat: osób leczonych ambulatoryjnie na wybrane jednostki chorobowe, osób leczonych na choroby przewlekłe przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy specjalistów oraz informacje o osobach leczonych z powodu chorób psychicznych i uzależnień. Dane obejmują zachorowania i chorych leczonych ambulatoryjnie z powodu: gruźlicy i chorób płuc, zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, chorób układu krążenia oraz cukrzycy, a także zachorowania na choroby zakaźne oraz zatrucia, choroby weneryczne, nowotwory złośliwe oraz choroby zawodowe (wg ICD-10).

- Hospitalizacja (badanie stałe) - badanie prowadzi Minister właściwy do spraw zdrowia.

Celem badania jest zebranie informacji o przyczynach hospitalizacji, stosowanych procedurach oraz długości hospitalizacji dla wszystkich osób leczonych w szpitalach, bez względu na ich status ubezpieczenia i miejsce zamieszkania w kraju lub za granicą.

- Profilaktyka (badanie stałe) - badanie prowadzi Minister właściwy do spraw zdrowia oraz Minister właściwy do spraw wewnętrznych.

Celem badania jest zebranie informacji na temat: częstości wykonywania badań profilaktycznych, badań przesiewowych oraz badań klasyfikujących do podjęcia nauki zawodu, młodzieży szkolnej, a także częstości wykonywania badań profilaktycznych pracujących oraz liczby wydanych orzeczeń o braku lub istnieniu przeciwwskazań do wykonywania pracy na określonym stanowisku.

- Szczepienia ochronne (badanie stałe) - badanie prowadzi Minister właściwy do spraw zdrowia. Celem badania jest bieżąca ocena stanu zaszczepienia dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat przeciw chorobom zakaźnym objętym obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi oraz liczba osób zaszczepionych przeciw chorobom zakaźnym objętym szczepieniami zalecanymi, pozyskanie danych przekazywanych do organizacji międzynarodowych (w tym: WHO, ECDC, Eurostat) oraz monitorowanie realizacji „Programu Szczepień Ochronnych”.

- Kadra medyczna ochrony zdrowia (badanie stałe) - badanie prowadzi Minister właściwy do spraw zdrowia, Prezes Głównego Urzędu Statystycznego oraz Minister właściwy do spraw wewnętrznych.

Celem badania jest zebranie informacji na temat zasobów kadrowych ochrony zdrowia, w tym pracujących w ochronie zdrowia, form zatrudnienia oraz osób uprawnionych do wykonywania zawodu medycznego.

- Infrastruktura ochrony zdrowia i jej funkcjonowanie (badanie stałe) - badanie prowadzi Minister właściwy do spraw zdrowia, Prezes Głównego Urzędu Statystycznego, Minister właściwy do spraw wewnętrznych oraz Minister Obrony Narodowej.

Celem badania jest zebranie informacji o infrastrukturze i działalności podmiotów wykonujących działalność leczniczą według ich rodzajów (m.in. szpitale, zakłady opieki długoterminowej, sanatoria, zakłady ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, ratownictwa medycznego). Dane są przekazywane do Eurostat, OECD, WHO i publikowane w publikacjach branżowych.

- Apteki (badanie stałe) - badanie prowadzi Prezes Głównego Urzędu Statystycznego.

Celem badania jest zebranie informacji na temat aptek, w tym: ich rodzaju, lokalizacji, podmiocie prowadzącym placówkę, czasie pracy aptek, osobach pracujących (w tym farmaceutach) na potrzeby odbiorców krajowych i zagranicznych, rodzajach posiadanych udogodnień dla potrzeb osób niepełnosprawnych. Dane o pracujących w aptekach (według zawodów) są przekazywane do Eurostatu, OECD.

- Działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej (badanie stałe) - badanie prowadzi Prezes Głównego Urzędu Statystycznego oraz Minister właściwy do spraw wewnętrznych.

Celem badania jest zebranie informacji na temat działalności kontrolnej stacji sanitarno-epidemiologicznych w zakresie: zapobiegawczego nadzoru sanitarnego, higieny środowiska, higieny żywności, żywienia i przedmiotów użytku, higieny pracy, higieny radiacyjnej, higieny dzieci i młodzieży szkolnej.

- Ekonomiczne aspekty funkcjonowania ochrony zdrowia (badanie stałe) - badanie prowadzi Minister właściwy do spraw zdrowia.

Celem badania jest zebranie informacji na temat stanu aktywów i pasywów, zobowiązań i należności oraz przychodów i kosztów samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

- Narodowy Rachunek Zdrowia (badanie stałe) - badanie prowadzi Prezes Głównego Urzędu Statystycznego.

Celem badania jest zebranie informacji na temat wydatków na ochronę zdrowia (bieżących, inwestycyjnych i powiązanych z ochroną zdrowia), zestawionych zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Rachunków Zdrowia (International Classification for Health Accounts - ICHA) w celu zabezpieczenia potrzeb odbiorców krajowych (m.in. Ministerstwo Zdrowia) i zagranicznych.

- Działalność samorządów lokalnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (badanie stałe) - badanie prowadzi Minister właściwy do spraw zdrowia.  
Celem badania jest zebranie informacji na temat stanu zasobów i deficytów oraz porównanie zakresu i dynamiki działań w sferze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w poszczególnych województwach.
- Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (badanie cykliczne) - badanie prowadzi Prezes Głównego Urzędu Statystycznego.  
Celem badania jest zebranie informacji na temat oceny stanu zdrowia ludności Polski, tj. częstości występowania najpoważniejszych, długotrwałych problemów zdrowotnych (np. chorób przewlekłych), poziomu sprawności oraz ograniczeń w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych, samopoczucia emocjonalnego, a także wpływu stanu zdrowia na częstość korzystania z różnych form opieki zdrowotnej, zarówno o charakterze leczniczym, jak i zachowawczym. Ponadto badanie ocenia wybrane aspekty zachowań anty i prozdrowotnych. Realizacja badania wynika z obowiązków nałożonych przez Komisję Europejską w sprawie prowadzenia statystyk w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy i udziału w europejskim ankietowym badaniu zdrowia (EHIS).

Co roku zakres publikowanych danych może ulegać zmianom. W 2015 roku, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2014 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2015, GUS będzie zbierał dane dotyczące jedynie 12 badań statycznych.

GUS na swoich stronach Internetowych publikuje także podsumowanie wyników badań dotyczących infrastruktury i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w danym roku pn. „Zdrowie i ochrona zdrowia...”. Przed 2010 rokiem publikacja nosiła tytuł „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia...”. Publikacja składa się z części metodologicznej i analitycznej oraz aneksu tabelarycznego.

Opublikowanie danych dotyczących zdrowia i ochrony zdrowia w 2014 roku planowane jest na grudzień 2015 r. Znajdą się tam informacje na temat: stanu zdrowia (w tym zachorowalności na wybrane choroby), opieki zdrowotnej (w tym: kadry medycznej, stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, ratownictwa medycznego, krwiodawstwa, aptek, służby medycyny pracy), ekonomiczne aspekty opieki zdrowotnej (w tym: Narodowy Rachunek Zdrowia, wydatki publiczne na opiekę zdrowotną) oraz opieka medyczna nad osobami starszymi.

Poza corocznymi analizami, GUS wydaje też inne niecykliczne publikacje dotyczące wybranych obszarów związanych ze zdrowiem. W ciągu ostatnich czterech lat GUS opublikował:

- Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle badania EHIS 2014;

- Działalność systemu „Państwowe Ratownictwo Medyczne” w 2014 roku;
- Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.;
- Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.;
- Zdrowie kobiet w Polsce w latach 2004-2009.

Raporty dotyczące monitorowania stanu zdrowia publikują także inne instytucje. Mogą one dotyczyć zdrowia całej populacji, jak np. publikowany przez NIZP-PZH raport pt. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”. Celem raportu jest identyfikacja problemów zdrowotnych populacji, poznanie ich trendów czasowych oraz zróżnicowania regionalnego, umożliwiając wyznaczenie zagadnień priorytetowych dla zdrowia publicznego w kraju. Raport opiera się na danych pochodzących z rutynowych systemów informacyjnych, z których większość funkcjonuje w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej, ale też wykorzystuje międzynarodowe bazy danych WHO, takie jak: European Health for All database (HFA-DB) - WHO/Europe, European Mortality Database czy European Hospital Morbidity Database oraz bazy Urzędu Statystycznego UE Eurostat i OECD. W raporcie wykorzystuje się także wyniki znaczących międzynarodowych projektów badawczych. Raport publikowany jest cyklicznie (co cztery lata) od lat siedemdziesiątych, a zakres kolejnych wydań jest poszerzany i uzupełniany o nowe istotne zagadnienia dotyczące stanu zdrowia populacji Polski i jego zagrożeń. Ostatnie wydanie raportu, z 2012 roku, obejmuje: wybrane aspekty sytuacji demograficzno-społecznej, długość życia i umieralność ludności Polski, chorobowość hospitalizowaną, obciążenie nowotworami złośliwymi w Polsce na tle krajów UE, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, zachorowania na choroby zakaźne i pasożytnicze, wypadki i wypadkowe zatrucia, przyczyny niezdolności do pracy w 2009 roku w badaniach ZUS, zagrożenia środowiskowe, wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia, wydatki na ochronę zdrowia oraz infrastrukturę systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Inne raporty ukazujące się w Polsce dotyczą wybranych populacji, np. kobiet - „Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia” - opracowany przez Fundację MSD dla Zdrowia Kobiet we współpracy z NIZP-PZH czy mężczyzn - „Raport Siemensa 2012. Zdrowie - męska rzecz” opracowany przez dr hab. Dorotę Cianciarę (Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP oraz NIZP-PZH).

Można też znaleźć raporty dotyczące określonych chorób czy zaburzeń jak np. opublikowany w 2012 r. przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny oraz Katedrę i Klinikę Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu raport z badań pt. „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP - Polska” czy opublikowany przez Rządową Radę Ludnościową w 2014 roku raport pt. „Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna”.

## PIŚMIENNICTWO

### 1.A.

1. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2007 roku. Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa 2009.
2. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku. Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa 2013.
3. Dochody i warunki życia ludności Polski (raport z badania EU-SILC 2013). GUS. Warszawa 2015. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/dochody-i-warunki-zycia-ludnosci-polski-raport-z-badania-eu-silc-2013,6,7.html>
4. Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS). Polska 2009-2010. Ministerstwo Zdrowia, WHO. [www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/sondaz\\_tyt\\_15112010.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/sondaz_tyt_15112010.pdf)
5. Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach, Gothenburg consensus paper. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1999. [http://www.hiaconnect.edu.au/files/Gothenburg\\_Consensus\\_Paper.pdf](http://www.hiaconnect.edu.au/files/Gothenburg_Consensus_Paper.pdf)
6. Health Needs Assessment: A Practical Guide. NICE 2005.
7. Jędrychowski W, Mróz E, Wiernikowski A. i wsp. Trafność wyboru przez lekarza wyjściowej przyczyny zgonu i kodowania danych z kart zgonów. Przegl Epidemiol 2001, 55:313-22.
8. Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie wprowadzenia X Rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych z dnia 28 października 1996r. Dziennik Urzędowy MZiOŚ, nr 13, 1996.
9. Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska”; red. J. Moskałewicz, A. Kiejna, B. Wojtyniak, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
10. Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2014.
11. Poloński L, Brożek K. Kodowanie przyczyn zgonów wymaga bardzo szybkich zmian. Kardiol Pol 2012, 70, 11:1212-1213.
12. Portret generacji 50+ w Polsce i w Europie. Wyniki badania zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę w Europie (SHARE). red. A. Chłoń-Domińczak. Instytut Badań Edukacyjnych. Warszawa 2014.
13. Rozporządzenie (WE) nr 1177/2003 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 czerwca 2003 r. dotyczące statystyk Wspólnoty w sprawie dochodów i warunków życia (EU-SILC). <http://publications.europa.eu/pl/publication-detail/-/publication/864558fd-4447-4a9d-8de2-721b818a974d/language-pl>
14. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 141/2013 z dnia 19 lutego 2013 r. w sprawie wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1338/2008 w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy w odniesieniu do statystyk na podstawie Europejskiego ankietowego badania zdrowia EHIS. Dz. Urz. UE L 47 z 20.02.2013, str. 20. <http://publications.europa.eu/pl/publication-detail/-/publication/164e5666-fc0f-4367-a866-845da3a2dd0e/language-pl>
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób. Dz.U. 2002 poz. 1379.

16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej Dz.U. 2013 poz. 848.
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2015 r. w sprawie wzoru karty zgonu. Dz.U. 2015 poz. 231.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2015 r. w sprawie wzorów karty urodzenia i karty martwego urodzenia. Dz.U. 2015 poz. 171.
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów Dz.U. 2012 poz. 1497.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2014 r. w sprawie biologicznych czynników chorobotwórczych podlegających zgłoszeniu, wzorów formularzy zgłoszeń dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz okoliczności dokonywania zgłoszeń. Dz.U. 2014 poz. 459.
21. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2014 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2015. Dz.U. 2014 poz. 1330.
22. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych. Dz.U. 2013 poz. 1367
23. Strona internetowa Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.  
<http://p1.csioz.gov.pl/11>
24. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. 2014 poz. 1138.
25. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Dz.U. 2015 poz. 2082.
26. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Dz.U. 2015 poz. 636.
27. Ustawa z dnia 28 listopada 2014 r. Prawo o aktach stanu cywilnego. Dz.U. 2014 poz. 1741.
28. Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej. Dz.U. 2012 poz. 591.
29. Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych. Dz.U. 2015 poz. 2126.
30. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Dz.U. 2013 poz. 947.
31. WOBASZ II. Strona internetowa projektu badania. <http://www.wobasz-projekt.pl/>
32. Wojciechowska U, Didkowska J, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2012 roku. Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa 2014.
33. Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2014.
34. Zdrojewski T, Rutkowski M, Bandosz P. i wsp. Rozpowszechnienie i kontrola czynników ryzyka sercowo naczyniowego w Polsce. Cele i sposób realizacji badania NATPOL 2011. Kardiol. Pol. 2013, 71,4:381-392.

## 1.B.

1. Badania WYG PSDB Sp. z o.o. dla MPIPS (2014 r.) w ramach Projektu pn. „Rodzina polska - wolna od przemocy”.  
<http://www.mpips.gov.pl/przeciwdzialanie-przemocy-w-rodzinienowa/ogolne/diagnoza-zjawiska-przemocy-w-rodzinie-w-polsce/>
2. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Warszawa 2014.
3. Centrum Europejskich Studiów Regionalnych i Lokalnych (EUROREG).  
<http://www.euroreg.uw.edu.pl/pl/aktualnosci,pid2015>

4. Chłoń-Domińczak A, Marek M, Rabczenko D, et al. Analysis of health and socio-economic characteristics of district level populations in Poland. Warsaw 2011.  
[http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/finalwho\\_20130410\\_raport2.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/finalwho_20130410_raport2.pdf)
5. Diagnoza dotycząca realizacji zadań wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie wykonywanych przez zespoły interdyscyplinarne/grupy robocze, a także realizacji procedury „Niebieskie Karty”.  
[https://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/\\_public/1\\_NOWA%20STRONA/Przemoc%20w%20rodzinie/2013/RAPORT\\_Z\\_BADAN\\_FUNKCJONOWANIE\\_ZI\\_GR\\_I\\_REALIZACJA\\_NK.pdf](https://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/_public/1_NOWA%20STRONA/Przemoc%20w%20rodzinie/2013/RAPORT_Z_BADAN_FUNKCJONOWANIE_ZI_GR_I_REALIZACJA_NK.pdf)
6. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku. Warszawa 2013.  
[http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/COI\\_Nowotwory2013\\_web.pdf](http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/COI_Nowotwory2013_web.pdf)
7. Dzieci ofiary przemocy w rodzinie. Raport Rzecznika Praw Dziecka, Biuro Rzecznika Praw Dziecka. Warszawa, 2012.  
[http://brpd.gov.pl/sites/default/files/przemoc\\_w\\_wychowaniu\\_raport\\_ewa\\_jarosz\\_2014\\_0.pdf](http://brpd.gov.pl/sites/default/files/przemoc_w_wychowaniu_raport_ewa_jarosz_2014_0.pdf)
8. Dziedzina Baza Wiedzy - Demografia. Główny Urząd Statystyczny.  
[http://swaid.stat.gov.pl/Demografia\\_dashboards/Raporty\\_predefiniowane/RAP\\_DBD\\_DEM\\_11.aspx](http://swaid.stat.gov.pl/Demografia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_DEM_11.aspx)
9. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP - Polska. <http://www.ezop.edu.pl/>
10. ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs).  
<http://www.parpa.pl/images/file/Raport%20ESPAD.pdf>
11. European Perinatal Health Report. [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com)
12. European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2005.
13. European strategy for child and adolescent health and development: From resolution to action, 2005-2008. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2008.
14. Ewaluacja lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie - doświadczenia dotyczące sposobów pomagania i nasilenia stresu pourazowego (PTSD) z perspektywy osób dotkniętych przemocą w rodzinie.  
<http://www.mpips.gov.pl/przeciwdzialanie-przemocy-w-rodzinenowa/ogolne/diagnoza-zjawiska-przemocy-w-rodzinie-w-polsce/>
15. Glenister H, Taylor L, Cooke E. An evaluation of surveillance methods for detecting hospital inpatients. *J Hosp Infect* 1993, 23: 229-242.
16. Główny Urząd Statystyczny. Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy. Dzieci w Polsce w 2014. Charakterystyka demograficzna. GUS. Warszawa, 2015.
17. Hjern A. Children's health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 2. *Scand J Public Health*. 2012 Dec;40(9 Suppl):23-41.  
[http://brpd.gov.pl/sites/default/files/przemoc\\_w\\_wychowaniu\\_raport\\_ewa\\_jarosz\\_2014\\_0.pdf](http://brpd.gov.pl/sites/default/files/przemoc_w_wychowaniu_raport_ewa_jarosz_2014_0.pdf)
18. Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2014 r.  
[http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/670E8DD5F00132F9C1257F39003AAC80/\\$File/176.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/670E8DD5F00132F9C1257F39003AAC80/$File/176.pdf)
19. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015-2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2014.
20. Jawień M, Wójkowska-Mach J, Bulanda M, Heczko P. Wdrażanie systemu czynnej rejestracji zakażeń szpitalnych w polskich szpitalach. *Prz Epidemiol* 2004, 58: 483-91.
21. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, Wang P, Wells KB, Zaslavsky AM. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine* 2005, 352(24): 2515-23.



22. Kiejna A, Adamowski T, Piotrowski P i wsp. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP - Polska - metodologia badania. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(1): 5-13.  
[http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP\\_1\\_2015/5Kiejna\\_PsychiatrPol2015v49i1.pdf](http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2015/5Kiejna_PsychiatrPol2015v49i1.pdf)
23. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2015 z dnia 13 marca 2015.  
<http://szczepienia.gis.gov.pl/pliki/PSO%20z%2013%20,03,2015.pdf>
24. Komunikat o wypadkach przy pracy i chorobach zawodowych rolników w 2014 r. KRUS 2015.  
[http://www.krus.gov.pl/fileadmin/moje\\_dokumenty/dokumenty/prewencja/statystyki/2015/Komunikat\\_o\\_wypadkach\\_i\\_chorobach\\_w\\_2014\\_roku.pdf](http://www.krus.gov.pl/fileadmin/moje_dokumenty/dokumenty/prewencja/statystyki/2015/Komunikat_o_wypadkach_i_chorobach_w_2014_roku.pdf)
25. Lee LM, Thacker SB. Public health surveillance and knowing about health in the context of growing sources of health data. *Am J Prev Med.* 2011 Dec;41(6):636-40.
26. Monitorowanie lekowrażliwości drobnoustrojów.  
[http://www.zakazenia.org.pl/index.php?okno=7&id=1216&art\\_type=23](http://www.zakazenia.org.pl/index.php?okno=7&id=1216&art_type=23)
27. Naczelna Izba Lekarska. Dane statystyczne.  
<http://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>
28. Narodowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2013-2020.  
[http://www.krbrd.gov.pl/files/file/NP-BRD-2020\\_przyjety\\_przez\\_KRBRD.pdf](http://www.krbrd.gov.pl/files/file/NP-BRD-2020_przyjety_przez_KRBRD.pdf)
29. Public health surveillance. WHO.  
[http://www.who.int/topics/public\\_health\\_surveillance/en/](http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/)
30. Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2011-2015 .[www.antybiotyki.edu.pl](http://www.antybiotyki.edu.pl)
31. Oblacińska A, Jodkowska M. Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad dziećmi w wieku niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym. *Medycyna Praktyczna* 2014, 92(2): 81-90.
32. Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO. Warszawa 2014.  
<https://www.rpo.gov.pl/pl/content/ochrona-zdrowia-psychicznego-w-polsce-wyzwania-plany-bariery-dobre-praktyki-raport-rpo>
33. Ogólnopolska diagnoza dotycząca osób stosujących przemoc w rodzinie.  
<http://www.mpips.gov.pl/przeciwdzialanie-przemocy-w-rodzinienuwa/ogolne/diagnoza-zjawiska-przemocy-w-rodzinie-w-polsce/>
34. Ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie - przemoc w rodzinie wobec dzieci.  
<http://www.mpips.gov.pl/przeciwdzialanie-przemocy-w-rodzinienuwa/ogolne/diagnoza-zjawiska-przemocy-w-rodzinie-w-polsce>
35. Ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie - przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych.  
<http://www.mpips.gov.pl/przeciwdzialanie-przemocy-w-rodzinienuwa/ogolne/diagnoza-zjawiska-przemocy-w-rodzinie-w-polsce/>
36. Ogólnopolskie Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej.  
[http://www.statystyka1.medstat.waw.pl/Raporty/Polska\(2014\).html](http://www.statystyka1.medstat.waw.pl/Raporty/Polska(2014).html)
37. Pikhart H, Ruiz M, Morrison J, et al. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. London 2014.
38. Polacy wobec bicia dzieci. Raport z badań 2013.  
<https://brpd.gov.pl/aktualnosci-ksiazki-informatory-poradniki/polacy-wobec-bicia-dzieci-raport-z-badan-2013;>
39. Polskie Obserwatorium Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego.  
<http://www.obserwatoriumbrd.pl/pl/>
40. Przemoc w wychowaniu. Między prawnym zakazem a społeczną akceptacją. Monitoring Rzecznika Praw Dziecka. Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Warszawa, 2015.

41. Reproductive health. WHO. [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/)
42. Rozporządzenie MSWiA z dnia 21 lipca 2016 r. w sprawie przetwarzania informacji przez Policję. <http://www.policja.pl/pol/kgp/bwik/dokumenty/obsługa-informacyjna/102083,Krajowy-System-Informacyjny-Policji.html>
43. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 listopada 2010. Dz.U. Nr 218, poz. 1440 i nr 240, poz. 1612.
44. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej Dz. U. 2013 poz. 848.
45. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2010 r. w sprawie sposobu przekazywania szczepionek świadczeniodawcom prowadzącym obowiązkowe szczepienia ochronne oraz sposobu przechowywania szczepionek stanowiących rezerwę przeciwepidemiczną kraju. Dz.U. 2010 nr 232 poz. 1524.
46. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi. Dz.U. 2010 nr 180 poz. 1215.
47. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych. Dz.U. 2011 nr 182 poz. 1086.
48. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania. Dz.U. 2010 nr 254 poz. 1711.
49. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych. Dz.U. 2015 poz. 182.
50. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Dz.U. 2010 nr 252 poz. 1697.
51. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2014 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2015. Dz.U. 2014 poz. 1330.
52. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 stycznia 2012 r. w sprawie wykazu rodzajów czynności zawodowych oraz zalecanych szczepień ochronnych wymaganych u pracowników, funkcjonariuszy, żołnierzy lub podwładnych podejmujących pracę, zatrudnionych lub wyznaczonych do wykonywania tych czynności. Dz.U. 2012 poz. 40.
53. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych. Dz.U 2013 poz. 1367.
54. Słowniczek terminów epidemiologicznych. Przegląd Epidemiologiczny. <http://www.przglepidemiol.pzh.gov.pl/slowniczek-terminow-epidemiologicznych>
55. Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce. WHO 2012. <http://www.nierownosci.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/6/2014/07/Spoleczne-nierownosci-w-zdrowiu-w-Polsce.pdf>
56. Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w roku 2012 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Warszawa, 2012. [http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/C170D861FC5D4A3AC1257C680033A257/\\$File/2067.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/C170D861FC5D4A3AC1257C680033A257/$File/2067.pdf)
57. Stan sanitarny kraju. GIS. [http://gis.gov.pl/images/kafelki/stan\\_sanitarny\\_kraju.pdf](http://gis.gov.pl/images/kafelki/stan_sanitarny_kraju.pdf)
58. Statystyka przyczyn zgonów. GUS. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/podrecznik-powiadczania-przyczyn-zgonow-w-europie,2,1.html>
59. Statystyka zgonów i umieralności z powodu chorób układu krążenia. Główny Urząd Statystyczny. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/statystyka-zgonow-i-umieralnosci-z-powodu-chorob-ukladu-krazenia,22,1.html>

60. System Informacji Oświatowej.  
[https://sio.men.gov.pl/images/pdf/rozporzadzenie\\_dane\\_dziedzizowe.pdf](https://sio.men.gov.pl/images/pdf/rozporzadzenie_dane_dziedzizowe.pdf)
61. System Monitorowania Wypadków Konsumenckich. <http://smwk.gov.pl/>
62. Szamańczak J. (red.) Zdrowie dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia. *Studia BAS* 2014; 38(2).
63. Szamotońska K. Stan zdrowia matek i dzieci w okresie okołoporodowym w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej. Opracowanie na podstawie wskaźników EURO-PERISTAT. *Med. Wieku Rozw.* 2010; 14(2): 113-128.
64. Szczepienia ochronne w Polsce. NIZP-PZH.  
[http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2014/Sz\\_2014.pdf](http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2014/Sz_2014.pdf)
65. Ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw. *Dz.U.* 2010 r. nr 125, poz. 842.
66. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o systemie informacji oświatowej. *Dz.U.* 2011 nr 139 poz. 814.
67. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. *Dz.U.* 1994 nr 111 poz. 535.
68. Ustawa z dnia 23 lipca 2008 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. *Dz.U.* 2008 nr 180, poz. 1108.
69. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o zmianie ustawy - Prawo o ruchu drogowym. *Dz.U.* z 2001 r. Nr 129, poz. 1444.
70. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. *Dz.U.* 1993 nr 17 poz. 78.
71. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. *Dz.U.* 2013 r., poz. 947 z późn. zm.
72. van Esso D. i wsp.: Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Arch Dis Child* 2010; 95: 791-795.
73. Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:473-478.
74. Wypadki przy pracy i choroby zawodowe rolników oraz działania prewencyjne KRUS w 2014 roku. [http://www.krus.gov.pl/fileadmin/ moje\\_dokumenty/obrazki/broszury\\_prewencja/2015/Wypadki\\_przy\\_pracy\\_2015\\_vp4.pdf](http://www.krus.gov.pl/fileadmin/ moje_dokumenty/obrazki/broszury_prewencja/2015/Wypadki_przy_pracy_2015_vp4.pdf)
75. Wypadki w szkołach i placówkach w roku szkolnym 2014/15 wg SIO stan na 30.09.2015 r. <https://cie.men.gov.pl/index.php/dane-statystyczne/137.html>
76. Zieliński A. Nadzór epidemiologiczny. *Przeegl Epidemiol* 2002; 56; 499-508.

## 1.C.

1. Bem A. Katastrofalne wydatki na zdrowie.  
<http://depot.ceon.pl/handle/123456789/1449>
2. Beskidzkie Centrum Onkologii - Szpital Miejski im. Jana Pawła II.  
<http://www.onkologia.bielsko.pl/badanie-satysfakcji-pacjenta/>
3. CBOS. Komunikat z badań. Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej A.D. 2014. Warszawa, lipiec 2014.
4. CSIOZ. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia. Warszawa, 2014.
5. Domagała A. Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego - potrzeba czy konieczność? *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2013; 11 (2): 148-158.
6. Główny Urząd Statystyczny. Narodowy Rachunek Zdrowia za 2012 rok.  
<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/narodowy-rachunek-zdrowia-za-2012-rok,4,5.html>

7. GUS. Departament Badań Społecznych i Warunków Życia. Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r. Warszawa, 2014.
8. GUS. Struktura wynagrodzeń wg zawodów w październiku 2012 r. Warszawa, 2014.
9. Krajowy Punkt Kontaktowy do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej.  
<http://www.kpk.nfz.gov.pl/pl/>
10. Metodologia. Narodowy Rachunek Zdrowia (HC.1-HC.9). OECD. Health at a Glance: Europe 2014.
11. Murray Ch, Evans DB (ed.). Health Systems Performance Assessment Debates. Methods and Empiricism. WHO, 2003.
12. Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim.  
<http://www.szpital-aleksandrow.internetdsl.pl/jakosc.php>
13. Prot K, Pałyska M, Janczewska M, Induska A, Raduj J. Badanie satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005; 14 (4): 299-304.
14. Pulanecki M. Raport wynagrodzenia w służbie zdrowia w 2012 r.  
[http://wynagrodzenia.pl/artukul.php/typ.1/kategoria\\_glowna.506/wpis.2912](http://wynagrodzenia.pl/artukul.php/typ.1/kategoria_glowna.506/wpis.2912)
15. Rosiek A, Leksowski K. Infrastruktura szpitala, a satysfakcja pacjenta z leczenia szpitalnego. Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania. Dz.U. 2012 poz. 594.
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Dz.U. 2014 poz.15.
18. Stanistawska J. i współ. Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej w oddziale zabiegowym i niezabiegowym za pomocą The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS). Przegląd Lekarski 2011; 68 (3).
19. Sygut M. Realizacja dyrektywy transgranicznej wciąż kuleje. Jaki jest powód? Rynek Zdrowia (22 października 2015).  
<http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Realizacja-dyrektywy-transgranicznej-wciazkuleje-Jaki-jest-powod,156049,14,2.html>
20. Szpital Dziecięcy Polanki im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku Sp. z o. o.  
<http://www.szpitalpolanki.pl/node/108>
21. The impact of health expenditure on households and options for alternative financing. WHO Technical Paper 2004.  
[http://www.who.int/health\\_financing/documents/emrc51-4-healthexpenditureimpact.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/emrc51-4-healthexpenditureimpact.pdf)
22. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.
23. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. Dz.U. 2015 poz. 1916, z późn. zm.
24. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Dz.U. 2011 nr 122 poz. 696, z późn. zm.
25. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654, z późn. zm.
26. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535, z późn. zm.
27. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.
28. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. Dz.U. 2001 nr 126 poz. 1381, z późn. zm.
29. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dz. U. 2006 nr 191 poz. 1410, z późn. zm.

30. Wagstaff A. Measuring Financial Protection in Health. Policy Research Working Paper No. 4554. World Bank, 2008.
31. Zarys systemu ochrony zdrowia: Polska 2012. Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce Warszawa, 2012.

#### 1.D.

1. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. <http://www.aotm.gov.pl/www/>
2. Aligica PD, Evans AJ. The Neoliberal Revolution In Eastern Europe. Economic Ideas in the Transition from Communism, Mixes Sources 2009.
3. Bourque M, Farrah JS. Roemer 20 Years Later: When a Classical Health-System Typology Meets Market-Oriented Reforms, Revue Gouvernance Fall 2012.
4. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. <http://www.cmj.org.pl/>
5. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. <http://www.csioz.gov.pl/>  
[http://www.siemens.pl/pool/healthcare/raport\\_siemens\\_2012.pdf](http://www.siemens.pl/pool/healthcare/raport_siemens_2012.pdf)
6. Culyer AJ, Maynard A, Williams A. Alternative systems of health provision: an essay on motes and beams. [w:] New Approach to the Economics of Health Care. Olsen M. (red). American Enterprise Institute, Washington & London 198:131-150.
7. European Commission, WHO Euro Health Status overview for countries of central and eastern Europe that are candidates for accession to European Union, July 2002.  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/1999/monitoring/health\\_status\\_overview\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1999/monitoring/health_status_overview_en.pdf)
8. European Health for All database (HFA-DB) - WHO/Europe.  
<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>
9. European Hospital Morbidity Database (HMDB).  
<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-hospital-morbidity-database-hmdb2>
10. European Mortality Database (MDB). <http://data.euro.who.int/hfamdb/>
11. Eurostat. <http://ec.europa.eu/eurostat>
12. Formularz zgłoszenia zdarzenia stanowiącego zagrożenie dla zdrowia publicznego oraz informacji o planowanych i/lub podjętych działaniach.  
<http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/druki/index.htm>
13. Frontex - European Border and Coast Guard Agency. <http://frontex.europa.eu/>
14. Fundacja Watch Health Care im. Prof. Jacka Ruszkowskiego.  
<http://www.korektorzdrowia.pl/>
15. GUS. Zdrowie. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/>
16. IHR Core Capacity Monitoring Framework: Questionnaire for Monitoring progress in the Implementation of IHR Core Capacities in States Parties. WHO 2015.  
[http://www.who.int/ihr/publications/WHO\\_HSE\\_GCR\\_2015.8/en/](http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2015.8/en/)
17. International Health Regulations (2005). IHR Core capacity monitoring framework: questionnaire for monitoring progress in the implementation of IHR core capacities in states parties. 2015 Questionnaire. WHO 2015.
18. Knedlik T, von Schweinitz G. Macroeconomic imbalances as indicators for debts crises in Europe, Journal of Common market Studies 2012; 50: 726-45.
19. Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP - Polska. Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B (red). Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.

20. Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne. WHO 2005  
<http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=106&wid=14&wai=&year=&back=%2Faktualnosci.php%3Fwid%3D14>
21. Mapy potrzeb zdrowotnych. Ministerstwo Zdrowia.  
<http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/mapy-potrzeb-zdrowotnych-nowy-projekt-w-programie-kapital-ludzki>
22. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny.  
<http://www.pzh.gov.pl>
23. Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego. Cianciara D. (red). NIZP-PZH, Warszawa 2014.
24. Raport „Polki 2013”. Zdrowie i jego zagrożenia. Ostrowska A. (red). Fundacja MSD dla zdrowia kobiet. [http://fzk.org.pl/pdf/RAPORT\\_LEKKI.pdf](http://fzk.org.pl/pdf/RAPORT_LEKKI.pdf)
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2006 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia. Dz.U. 2015 poz. 1958.
26. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2014 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2015. Dz.U. 2014 poz. 1330
27. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 sierpnia 2013 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2014. Dz.U. 2013 poz. 1159
28. Serwis Naukowy PAP.  
[http://nauka.pap.pl/palio/html.run?\\_Instance=cms\\_nauka.pap.pl&\\_PageID=6&dep=280662&\\_Checksum=194477371](http://nauka.pap.pl/palio/html.run?_Instance=cms_nauka.pap.pl&_PageID=6&dep=280662&_Checksum=194477371)
29. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Wojtyniak B, Goryński P, Moskaiewicz B (red). NIZP-PZH, Warszawa 2012.
30. The Early Warning Response System (EWRS). European Commission.  
<https://ewrs.ecdc.europa.eu/>
31. The World Health Report 2000 - Health systems: improving performance. WHO, Geneva 2000.  
<http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Prezentacja-projektu-ustawy-o-zdrowiu-publicznym,149552,14.html>
32. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dz.U. 1985 nr 12 poz. 49.
33. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej. Dz.U. 2004 nr 33 poz. 287.
34. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Dz.U. 2008 nr 234 poz. 1570.
35. Ustawa z dnia 9 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o statystyce publicznej oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. z 2015, poz 855.

# EPHO 2

## Monitorowanie zagrożeń dla zdrowia i sytuacji kryzysowych oraz reagowanie

Jakub Bratkowski<sup>1</sup>, Małgorzata Gajewska<sup>1</sup>, Katarzyna Góralczyk<sup>1</sup>,  
Danuta Koradecka<sup>2</sup>, Bożena Krogulska<sup>1</sup>, Jan K. Ludwicki<sup>1</sup>,  
Iwona Paradowska-Stankiewicz<sup>1</sup>, Zofia Pawłowska<sup>2</sup>,  
Małgorzata Pęciłło-Pacek<sup>2</sup>, Dariusz Poznański<sup>3</sup>,  
Małgorzata Sadkowska-Todys<sup>1</sup>, Krzysztof Skotak<sup>1</sup>,  
Paweł Struciński<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

<sup>2</sup> Centralny Instytut Ochrony Pracy-Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa

<sup>3</sup> Ministerstwo Zdrowia, Warszawa

### 2.A. Identyfikacja i monitorowanie zagrożeń dla zdrowia

- Rodzaje zagrożeń dla zdrowia
- System monitorowania zagrożeń dla zdrowia
- Monitorowanie środowiskowych zagrożeń dla zdrowia
- Prognozowanie poziomu ryzyka i przewidywanie zagrożenia w przypadku zanieczyszczeń środowiska
- Zdolność do reagowania w przypadku niekontrolowanego napływu ludności
- Możliwości wsparcia laboratoryjnego dla badań dotyczących zagrożeń dla zdrowia

### 2.B. Przygotowanie do zagrożeń i reagowanie

- Zdolność do przewidywania i reagowania na nagłe zagrożenia zdrowia
- System zarządzania i koordynacji w sytuacjach kryzysowych
- Etapy zarządzania kryzysowego
- Plan działania w przypadku sytuacji kryzysowych
- Obrona cywilna
- Przygotowanie Ministerstwa Zdrowia do działań w sytuacjach kryzysowych
- System informacyjno-ostrzegawczy na wypadek sytuacji kryzysowej
- Ochrona, utrzymanie i odbudowa kluczowych systemów i świadczeń w przypadku nagłych zagrożeń dla zdrowia

### 2.C. Wdrożenie Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (International Health Regulations; IHR)

- Wdrożenie międzynarodowego systemu ostrzegania przed zagrożeniami dla zdrowia
- Wzmocnienie krajowych zdolności w obszarze zdrowia publicznego w zakresie monitorowania i reagowania na zagrożenia
- Zabezpieczenie sanitarne przejść granicznych
- Zarządzanie ryzykiem
- Badanie postępów we wdrażaniu Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych

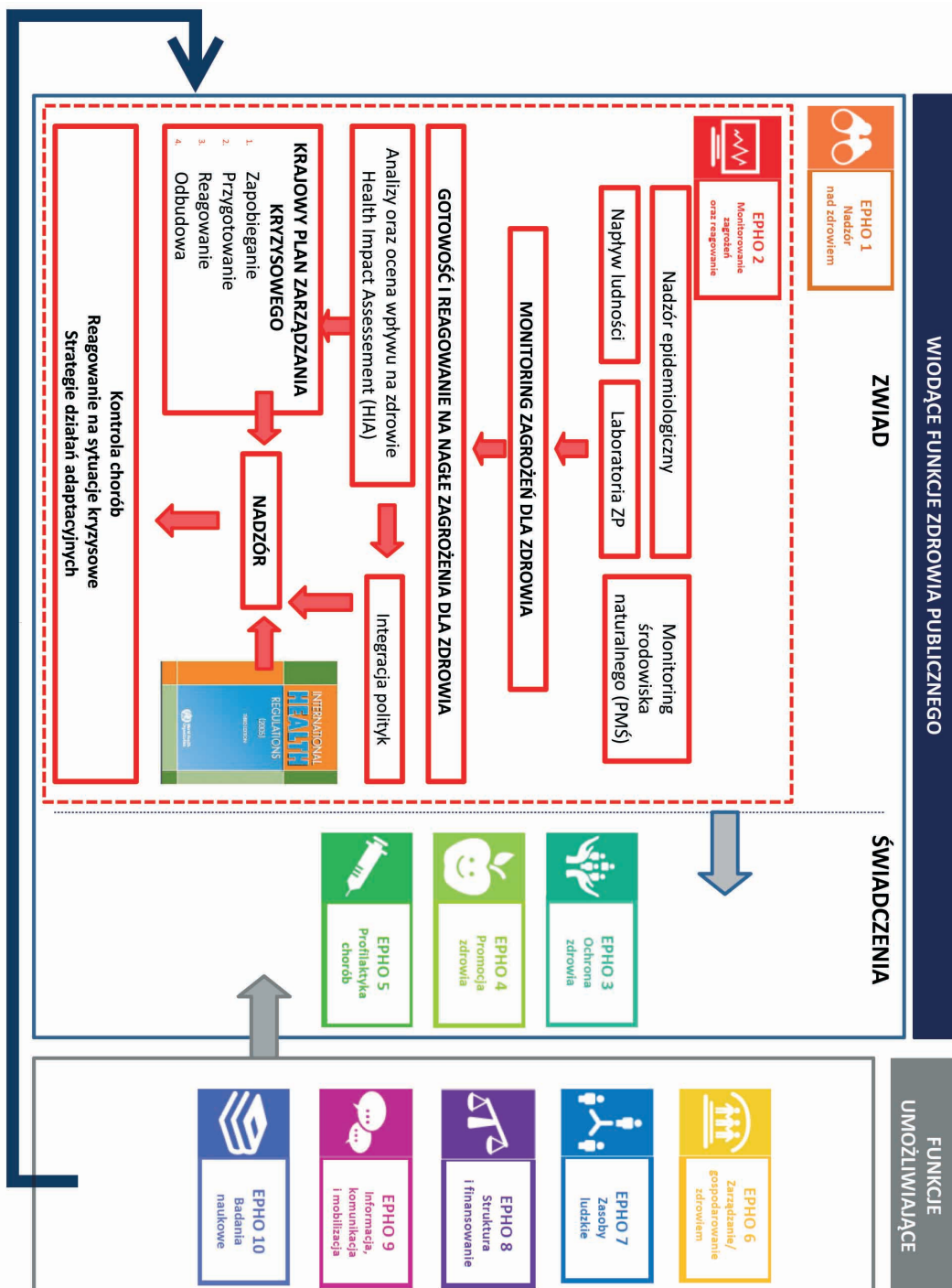


## WYKAZ SKRÓTÓW

- ABW - Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego
- BSL - biosafety level
- EAŚ - Europejska Agencja Środowiska
- ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control
- EDQM - European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (Europejski Dyrektoriat Jakości Leków i Ochrony Zdrowia)
- EFSA - European Food Safety Authority (Europejska Agencja ds. Bezpieczeństwa Żywności)
- EWRS - Early Warning Response System (Europejski System Wczesnego Ostrzegania)
- GIOŚ - Główny Inspektor Ochrony Środowiska
- GIS - Główny Inspektorat Sanitarny
- GOARN - Global Outbreak Alert and Response Network (System Globalnego Ostrzegania i Reagowania na Zagrożenia)
- GUS - Główny Urząd Statystyczny
- IHR - International Health Regulations
- IK - Infrastruktura Krytyczna
- IMGW-PIB - Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej-Państwowy Instytut Badawczy
- IOŚ - Inspekcja Ochrony Środowiska
- JCW - jednolite części wód
- JCWP - jednolite części wód podziemnych
- KE - Komisja Europejska
- KPC ds. MPZ - Krajowy Punkt Centralny ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych
- KPZK - Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego
- KZGW - Krajowy Zarząd Gospodarki Wodnej
- MERS-CoV - The Middle East respiratory syndrome-related coronavirus
- MPZ - Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne
- MŚ - Ministerstwo Środowiska
- MSWiA - Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
- MWK - miejsca wykorzystywane do kąpieli
- MZ - Ministerstwo Zdrowia
- NIK - Najwyższa Izba Kontroli
- NIZP-PZH - Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny

---

OCK	- Obrona Cywilna Kraju
OECD	- Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
OMCL	- Official Medicines Control Laboratory
PCA	- Polskie Centrum Akredytacji
PGIS	- Państwowy Graniczny Inspektor Sanitarny
PIG-PIB	- Państwowy Instytut Geologiczny-Państwowy Instytut Badawczy
PIS	- Państwowa Inspekcja Sanitarna
PMŚ	- Państwowy Monitoring Środowiska
PN-EN	- Polska Norma wprowadzająca Normę Europejską
PPIŚ	- Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
PSP	- Państwowa Straż Pożarna
PWIS	- Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny
RABIT	- Rapid Border Intervention Team (Zespół Szybkiego Interweniowania Kryzysowego)
RASFF	- Rapid Alert System for Food and Feed (System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach)
RCB	- Rządowe Centrum Bezpieczeństwa
SSCC	- Ship Sanitation Control Certificate (Świadectwo Kontroli Statku i Zastosowanych Zabiegów Sanitarnych)
SSCEC	- Ship Sanitation Control Exemption Certificate (Świadectwo Kontroli Statku i Zwolnienia z Zabiegów Sanitarnych)
UE	- Unia Europejska
WE	- Wspólnota Europejska
WHO	- World Health Organization
WIOŚ	- Wojewódzki Inspektor Ochrony Środowiska
WWA	- wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne



Schemat EPHO 2.

Opracowanie własne na podstawie European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services (WHO, 2012 EUR/RC 62/Conf. Doc/6 Rev.2) oraz Nurse J. Health 2020 and Strengthening Public Health Services and Capacity in Europe (Slovenia, 2013)

Monitorowanie i reagowanie na zagrożenia dla zdrowia w sytuacjach kryzysowych jest drugą funkcją zdrowia publicznego (EPHO 2). Dotyczy systemu oraz procedur związanych z reagowaniem na zagrożenia zdrowia publicznego. Działania te związane są z zarządzaniem sytuacjami kryzysowymi, czyli takimi, które „wpływają negatywnie na poziom bezpieczeństwa ludzi, mienia w znacznych rozmiarach lub środowiska, wywołujących znaczne ograniczenia w działaniu właściwych organów administracji publicznej ze względu na nieadekwatność posiadanych sił i środków” (Ustawa z 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym).

Działania zdrowia publicznego w tym obszarze obejmują m.in. identyfikację i monitorowanie zagrożeń dla zdrowia (czynniki fizyczne, biologiczne, chemiczne), szacowanie ryzyka, formułowanie odpowiednich planów działania, zintegrowane podejście w obliczu zagrożenia, redukcję ryzyka wystąpienia sytuacji kryzysowej oraz wdrażanie Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (International Health Regulations - IHR).

## 2.A. Identyfikacja i monitorowanie zagrożeń zdrowia

### Zagrożenie dla zdrowia publicznego

oznacza prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, które może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie ludzi, z naciskiem na taki przypadek, który może spowodować rozprzestrzenienie na skalę międzynarodową lub stanowić poważne zagrożenie bezpośrednie.

*WHO 2005*

### Rodzaje zagrożeń dla zdrowia

Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego na lata 2013/2015 (KPZK), opracowany przez Rządowe Centrum Bezpieczeństwa (RCB) w oparciu o art. 5 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz.U. nr 89 poz. 590 z późn. zm.), wymienia 14 bezpośrednich zagrożeń dla życia i zdrowia ludności. Są to:

- Powodzie;
- Epidemie (również pośrednio w wyniku niewydolności systemu opieki zdrowotnej i/lub systemu opieki społecznej);
- Skażenia chemiczne;
- Zakłócenia w dostawach energii elektrycznej (np. w wyniku braku podtrzymania działania urządzeń medycznych);
- Silne mrozy/intensywne opady;
- Huragany;
- Pożary lasów;
- Epizootie;
- Katastrofy budowlane;
- Osuwiska;
- Susze, upały;
- Skażenia radiacyjne;
- Protesty społeczne (również pośrednio w wyniku utrudnionego dostępu do systemu opieki zdrowotnej);
- Zagrożenia o charakterze terrorystycznym;
- Zagrożenia cyberprzestrzeni.

## System monitorowania zagrożeń dla zdrowia

Konieczność zapewnienia ciągłego monitorowania potencjalnych zagrożeń dla zdrowia i życia ludności wynika z art. 4.1 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym i należy do zadań RCB. Szczegółowe zasady organizacji systemu monitorowania zagrożeń, ostrzegania oraz alarmowania określa KPZK. Plan wskazuje podmioty wiodące oraz ich zadania.

Zgodnie z ustawą ministrowie kierujący działami administracji rządowej oraz kierownicy urzędów centralnych realizują zadania dotyczące zarządzania kryzysowego, w tym odpowiadają za organizację monitoringu zagrożeń i realizację zadań stałego dyżuru w ramach podwyższania gotowości obronnej państwa.

Ponadto, poza KPZK, tworzone są wojewódzkie, powiatowe i gminne plany zarządzania kryzysowego, które uwzględniają organizację systemu monitorowania zagrożeń, ostrzegania i alarmowania na swoim terenie. Za kierowanie monitorowaniem zagrożeń na terenie województwa odpowiada wojewoda, na terenie powiatu - starosta, a na terenie gminy - odpowiednio: wójt, burmistrz lub prezydent miasta.

## Monitorowanie środowiskowych zagrożeń dla zdrowia

Znaczna część zagrożeń zdrowia dotyczy zagrożeń środowiskowych. Najważniejsze z nich to: (a) zanieczyszczenie powietrza zewnętrznego, (b) chemikalia (np. pestycydy), (c) zanieczyszczenie powietrza wewnątrz pomieszczeń (np. wilgoć i pleśń, radon), (d) zanieczyszczenie wody (powierzchniowej, podziemnej i przeznaczonej do spożycia oraz w kąpieliskach), (e) promieniowanie, (f) hałas oraz (g) zmiany klimatyczne (w tym susze, fale upałów, zjawiska ekstremalne i choroby przenoszone wektorowo).

Identyfikacja środowiskowych zagrożeń zdrowia wykonywana jest najczęściej w oparciu o wyniki rutynowych badań monitoringowych, realizowanych systemowo, przede wszystkim w ramach Programu Państwowego Monitoringu Środowiska (PMŚ), utworzonego Ustawą o Inspekcji Ochrony Środowiska.

Celem PMŚ jest zapewnienie wiarygodnych informacji o stanie środowiska. PMŚ na mocy przepisów ustawy Prawo ochrony środowiska, stanowi systemem pomiarów, ocen i prognoz stanu środowiska oraz gromadzenia, przetwarzania i rozpowszechniania informacji o środowisku.

Za koordynację działań w ramach PMŚ, w tym opracowywanie wieloletnich programów badań obejmujących zadania wynikające zarówno z odrębnych ustaw, zobowiązań międzynarodowych, jak i innych potrzeb (np. polityki ekologicznej państwa), odpowiedzialny jest Główny Inspektor Ochrony Środowiska (GIOŚ).

Zadania PMŚ na poziomie województwa wykonuje wojewódzki inspektor ochrony środowiska (WIOŚ), jako organ rządowej administracji zespolonej w województwie. W realizacji zadań PMŚ uczestniczą również inne jednostki zobowiązane do tego na mocy prawa, w tym organy administracji rządowej i samorządowej, służby (m.in. straż pożarna, policja), zarządzający drogami, lotniskami, koleją, prowadzący instalacje korzystające ze środowiska lub mające wpływ na jego stan, jak również instytuty naukowo-badawcze wykonujące zadania w ramach umów z GIOŚ.

PMŚ realizuje w głównej mierze zadania, które wiążą się z wypełnianiem wymagań zawartych w przepisach Unii Europejskiej, w szczególności o charakterze ramowym, a także podpisanych i ratyfikowanych przez Polskę konwencji środowiskowych. PMŚ odpowiada również za stale poszerzające się obowiązki raportowania o stanie poszczególnych komponentów środowiska do instytucji i agend unijnych, w tym do Komisji Europejskiej (KE) i Europejskiej Agencji Środowiska (EAŚ) oraz organów konwencji środowiskowych.

Niezwykle istotnym elementem realizacji Programu PMŚ są m.in. zadania związane z zapewnieniem wysokiej jakości wyników pomiarów i ocen w odniesieniu do środowiskowych czynników ryzyka, które stanowią podstawę do podejmowania efektywnych i skutecznych działań zarządczych. Informacje uzyskane w ramach PMŚ wykorzystywane są m.in. w procesach strategicznego planowania i operacyjnego zarządzania środowiskiem, takich jak: postępowanie w sprawie oceny oddziaływania na środowisko (w tym wpływu na zdrowie człowieka), wydawanie pozwoleń na wprowadzanie do środowiska substancji lub energii, opracowanie programów i planów ochrony środowiska (w tym w ujęciu zdrowia). Ponadto, są podstawą do strategicznych ocen oddziaływania na środowisko oraz służą do planowania zrównoważonego rozwoju na wszystkich poziomach zarządzania. Wszystkie dane (wyniki pomiarów i oceny), uzyskane w ramach PMŚ, podlegają udostępnianiu w myśl przepisów ustawy o udostępnianiu informacji o środowisku.

Ustawowe cele PMŚ są realizowane poprzez zadania cząstkowe obejmujące:

- Wykonywanie obserwacji i badań wskaźników charakteryzujących poszczególne komponenty środowiska;
- Gromadzenie, przetwarzanie i analizę wyników;
- Pozyskiwanie informacji o presjach na poszczególne elementy środowiska;
- Ocenę stanu i trendów zmian jakości poszczególnych elementów środowiska w oparciu o ustalone kryteria;
- Identyfikację obszarów przekroczeń standardów jakości środowiska (w tym w ujęciu ochrony zdrowia);
- Analizy przyczynowo-skutkowe;
- Opracowywanie zestawień, raportów, komunikatów i ich udostępnianie.

Zadania PMŚ realizowane są w ramach struktury opartej na modelu DPSIR (Driving forces/czynniki sprawcze - Pressures/presje - State/stan - Impact/oddziaływanie - Response/środki przeciwdziałania) stosowanej przez KE, Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) oraz EAŚ do sporządzania ocen zintegrowanych oraz ocen skuteczności polityki ekologicznej.

System PMŚ składa się z trzech bloków: presje na środowisko, stan środowiska oraz oceny i prognozy. W ramach bloku „presje na środowisko” gromadzone są dane o emisjach, pochodzące z systemu handlu uprawnieniami do emisji oraz od podmiotów gospodarczych, które są zobligowane do przekazywania informacji do WIOŚ. Dane te (gromadzone na poziomie wojewódzkim, jak i krajowym) obejmują: informacje o źródłach i ładunkach substancji odprowadzanych do powietrza, o poborach wód i emisjach zanieczyszczeń do wód, źródłach oraz o wielkościach emisji hałasu i pól elektromagnetycznych do środowiska. Podstawowym blokiem w systemie PMŚ jest blok „stan środowiska”, obejmujący m.in. działania związane z pozyskiwaniem informacji o poziomach substancji i innych czynników ryzyka charakteryzujących stan poszczególnych elementów środowiska, w oparciu o które wykonywane są oceny dla poszczególnych komponentów. Programy pomiarowo-badawcze realizowane są w ramach siedmiu podsystemów reprezentujących poszczególne komponenty środowiska lub specyficzne oddziaływanie: (1) monitoring jakości powietrza atmosferycznego, (2) monitoring jakości wód, (3) monitoring jakości gleby i ziemi, (4) monitoring przyrody, (5) monitoring hałasu, (6) monitoring pól elektromagnetycznych oraz (7) monitoring promieniowania jonizującego. W ujęciu ochrony zdrowia, najbardziej istotnymi są: monitoring jakości powietrza, poziomu hałasu oraz jakości wody.

## **Monitoring jakości powietrza atmosferycznego**

Monitoring emisji zanieczyszczeń do atmosfery obejmuje ocenę źródeł pod kątem wielkości emisji substancji, które są objęte systemem oceny jakości powietrza. Inwentaryzacje emisji zanieczyszczeń do powietrza są wykonywane przez WIOŚ, w ramach działalności kontrolnej oraz uzyskanych od prowadzących instalacje (istnieje obligatoryjny obowiązek prowadzenia pomiarów wielkości emisji i przekazywania ich wyników do WIOŚ przez podmioty korzystające ze środowiska). Wielkości emisji pochodzące ze źródeł liniowych (np. drogi, koleje) i powierzchniowych (np. emisja nieorganizowana i tzw. niska emisja) są szacowane na podstawie danych o natężeniu i strukturze ruchu drogowego oraz aktywności sektora komunalno-mieszaniowego.

Obowiązek wykonywania pomiarów i oceny jakości powietrza w ramach PMŚ wynika wprost z przepisów ustawy Prawo Ochrony Środowiska. Celem funkcjonowania systemu monitoringu jakości powietrza jest: uzyskanie dla wszystkich wyznaczonych obszarów, w których dokonuje się oceny jakości powietrza w kraju



(stref) informacji o poziomach substancji w powietrzu w odniesieniu do standardów jakości powietrza i innych kryteriów oceny jakości powietrza, identyfikacja obszarów wymagających poprawy jakości powietrza, a następnie monitorowanie efektywności działań podejmowanych w ramach planów i programów ochrony powietrza na obszarach przekroczeń wartości normatywnych w powietrzu.

Lista substancji objętych monitorowaniem obejmuje zanieczyszczenia pyłowe (w tym zawarte w pyle metale ciężkie, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne (WWA) oraz związki węgla) oraz gazowe (tlenki siarki, azotu i węgla, ozon) i benzen. Pomiary zanieczyszczenia powietrza wykonywane są w ramach opracowanych przez WIOŚ i zatwierdzonych przez GIOŚ wojewódzkich Programów Monitoringu Środowiska. Badania prowadzi się z wykorzystaniem manualnych i automatycznych stacjonarnych i mobilnych stacji pomiarowych. Przepisy prawne wyraźnie definiują: metody referencyjne i zakres wymaganych pomiarów (w szczególności zakres prowadzenia analiz składu chemicznego pyłu), z podziałem na pomiary ciągłe oraz okresowe, kryteria lokalizacji punktów poboru próbek substancji (w skali makro i mikro), wymagania dotyczące jakości pomiarów i innych metod oceny oraz zakresu dokumentacji dotyczącej uzasadnienia lokalizacji punktów pomiarowych, kryteria kontroli poprawności danych dotyczących substancji w powietrzu w trakcie ich agregacji i obliczania parametrów statystycznych dla substancji w powietrzu. Minimalna liczba punktów pomiarowych uzależniona jest zarówno od wysokości stężenia danego zanieczyszczenia w powietrzu na danym obszarze, jak i od narażonej populacji.

Dodatkowo, w ramach monitorowania czynników ryzyka związanych z jakością powietrza, kontrolowana jest grubość warstwy ozonowej (w celu ochrony przed promieniowaniem). Monitoring ten umożliwia ocenę skuteczności podejmowanych działań na rzecz ochrony warstwy ozonowej przez społeczność międzynarodową w ramach protokołów do Konwencji Wiedeńskiej, ustalających zakres i harmonogramy eliminowania substancji niszczących warstwę ozonową. Program pomiarowy (stanu warstwy ozonowej i natężenia promieniowania UV-B nad Polską) jest realizowany na poziomie krajowym przez Instytut Geofizyki PAN, IMGW-PIB (Ośrodek Aerologii w Legionowie oraz Oddział Kraków).

Żadna jednostka resortu zdrowia (w tym Ministerstwo Zdrowia (MZ) i Główny Inspektorat Sanitarny (GIS)), z wyjątkiem konsultacji przepisów prawnych dotyczących poziomów normatywnych nie jest włączona prawnie w system identyfikacji i monitorowania jakości powietrza atmosferycznego.

## **Monitorowanie poziomu hałasu**

Jednym z zadań PMŚ jest uzyskiwanie danych oraz ocena i obserwacja zmian stanu akustycznego środowiska, które mają na celu zapewnienie informacji dla potrzeb działań w zakresie ochrony przed hałasem.

Ze względu na charakter zjawiska hałasu oraz rozproszone źródła, organizacja badań została zdecentralizowana (najniższym poziomem oceny klimatu akustycznego jest powiat). Monitoring poziomu hałasu obejmuje emisję hałasu ze źródeł przemysłowych oraz komunikacyjnych (drogi, linie kolejowe, tramwajowe oraz lotniska). Badania obejmują wyznaczanie równoważnego poziomu hałasu i warunków pozaakustycznych. Ponadto, dla potrzeb prowadzenia długookresowej polityki w zakresie ochrony przed hałasem wyznaczone są wartości, dla określonych w przepisach prawnych, wskaźników z uwzględnieniem danych meteorologicznych. Obecnie nieuregulowany prawnie jest hałas emitowany z farm wiatrowych ze względu na swoje właściwości i odmienną charakterystykę dźwięku, stanowiący jeden z istotnych elementów uciążliwości dla populacji mieszkającej w jego sąsiedztwie.

Obowiązek dokonywania oceny stanu akustycznego środowiska nałożono na WIOŚ, który podejmuje decyzje również w zakresie konieczności przeprowadzenia badań w zależności od tego, czy obszar działania znajduje się poza zakresem realizacji obligatoryjnych map akustycznych, czy też nie. W odniesieniu do obszarów, na których obligatoryjne mapy akustyczne nie są wykonywane, WIOŚ realizuje badania hałasu drogowego i hałasu przemysłowego oraz kolejowego i/lub lotniczego. Częstotliwość pomiarów oraz metodyki, definiują zapisy Programu PMŚ (w ramach badań własnych WIOŚ określonych w wojewódzkim programie monitoringu środowiska, z uwzględnieniem zakresu badań prowadzonych przez inne jednostki wykonujące te badania z mocy prawa).

Żadna jednostka resortu zdrowia (w tym MZ i GIS), z wyjątkiem konsultacji przepisów prawnych dotyczących poziomów normatywnych nie jest włączona prawnie w system identyfikacji i monitorowania poziomu hałasu.

## **Monitorowanie jakości wody**

Nadrzędnym aktem prawnym regulującym zasady nadzoru nad jakością wody przeznaczoną do spożycia jest ustawa Prawo Wodne, implementująca przepisy Ramowej Dyrektywy Wodnej, która obejmuje źródła wody dostarczające średnio więcej niż 10 m<sup>3</sup> na dobę lub służące więcej niż 50 osobom. Wody powierzchniowe, które są wykorzystywane do zaopatrzenia ludności w wodę przeznaczoną do spożycia podlegają badaniom prowadzonym w ramach PMŚ oraz nadzorowi sanitarnemu prowadzonemu przez Państwową Inspekcję Sanitarną (PIS).

W celu prowadzenia monitoringu parametrów jakościowych wody utworzono szereg rozwiązań systemowych, które są realizowane przez różnorodne instytucje. Pierwszym elementem w łańcuchu nadzoru nad jakością wody są badania prowadzone w ramach PMŚ w zakresie wód powierzchniowych (w tym śródlądowych, przejściowych i przybrzeżnych, i Morza Bałtyckiego) oraz wód podziemnych. W ramach zadań nałożonych na PIS, prowadzony jest monitoring wody przeznaczonej do spożycia i kąpielisk.

Kontrola jakości wody jest wykonywana zarówno przez jednostki resortu środowiska jak i zdrowia, gdzie kompetencje i obszary badań są jasno podzielone. Badania stanu jakości wód powierzchniowych i podziemnych wykonywane są przez resort środowiska, z wyjątkiem ujęć służących do zaopatrzenia ludności w wodę, które bada resort zdrowia. Wody powierzchniowe bada Inspekcja Ochrony Środowiska (IOŚ), z wyłączeniem kąpielisk, za które odpowiada Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS).

Obowiązek badania wód powierzchniowych (rzeki, jeziora, Bałtyk) należy do WIOŚ w zakresie elementów fizykochemicznych, chemicznych oraz biologicznych. Celem pomiarów jest stworzenie podstaw do podejmowania działań na rzecz poprawy stanu wód oraz ich ochrony przed zanieczyszczeniem (ochrony przed eutrofizacją powodowaną wpływem sektora bytowo-komunalnego i rolnictwa, ochrony przed zanieczyszczeniami przemysłowymi, zasoleniem i zanieczyszczeniem substancjami szczególnie szkodliwymi dla środowiska wodnego).

Szczegółowe zasady prowadzonego nadzoru reguluje szereg rozporządzeń, które realizują wymagania zgodnie z przepisami UE. W przypadku wód powierzchniowych monitoring prowadzi się głównie w jednolitych częściach wód (JCW). Badania te prowadzi się w ramach monitoringu diagnostycznego (jeziora i JCW), operacyjnego (rzeki, zbiorniki zaporowe, jeziora oraz wody przejściowe i przybrzeżne) oraz obszarów chronionych (JCW, obszary Natura 2000 oraz wód wykorzystanych rekreacyjnie i do zaopatrzenia ludności w wodę przeznaczoną do spożycia). Osnowę przestrzenną monitoringu wód powierzchniowych stanowią punkty pomiarowo-kontrolne, które są lokalizowane w oparciu o wykazy wód, zaktualizowane charakterystyki jednolitych części wód, a także wykazy wielkości emisji, przekazane przez Krajowy Zarząd Gospodarki Wodnej (KZGW) do GIOŚ, z uwzględnieniem danych pochodzących z WIOŚ o emisjach do wód. Zakres wskaźników i częstotliwość badań została określona prawnie w ramach wojewódzkich programów monitoringu środowiska zatwierdzonych przez GIOŚ.

W ramach monitoringu wód powierzchniowych, prowadzone przez WIOŚ są systematyczne badania Morza Bałtyckiego (wód przejściowych i przybrzeżnych), których celem jest stworzenie podstaw do podejmowania działań na rzecz poprawy stanu ekosystemu Morza Bałtyckiego oraz jego ochrony przed zanieczyszczeniem. Zakres i sposób prowadzenia badań Morza Bałtyckiego określają przepisy krajowe i międzynarodowe. Ma to istotne znaczenie ze względu na lokalizowane w strefie nadmorskiej liczne kąpieliska.

Celem monitoringu jakości wód podziemnych (prowadzonego w ramach wojewódzkich programów PMŚ, uwzględniających wymagania Dyrektyw UE) jest dostarczenie informacji o ich stanie chemicznym, śledzenie zmian oraz sygnalizacja zagrożeń w skali kraju, na potrzeby zarządzania zasobami wód podziemnych i oceny skuteczności podejmowanych działań ochronnych. Monitoring wód podziemnych realizowany jest przez Państwowy Instytut Geologiczny - Państwowy Instytut Badawczy (PIG-PIB). Dane udostępniane są GIOŚ, WIOŚ, KZGW

oraz Głównemu Urzędowi Statystycznemu (GUS). Zasady i sposób prowadzenia badań w jednolitych częściach wód podziemnych (JCWP) regulują przepisy prawne Ministerstwa Środowiska (MŚ). Badania te prowadzone są w ramach monitoringu diagnostycznego (fizykochemiczne czynniki ryzyka, w tym zanieczyszczenia organiczne jak: pestycydy i WWA), operacyjnego (wybrane elementy fizyko-chemiczne charakteryzujące rodzaj zidentyfikowanych oddziaływań antropogenicznych) i badawczego (wybrane JCWP w zależności od ich stanu i aktualnych potrzeb).

Zadania związane z urzędowym monitorowaniem jakości wody przeznaczonej do spożycia (z wyjątkiem jednostek nadzorowanych przez Inspekcję Sanitarną Ministerstwa Spraw Wewnętrznych) realizują: GIS, państwowy wojewódzki inspektor sanitarny (PWIS), państwowy powiatowy inspektor sanitarny (PPIS) i państwowy graniczny inspektor sanitarny (PGIS). Liczba pobieranych próbek wody uzależniona jest od objętości rozprowadzanej lub produkowanej wody w strefie zaopatrzenia (obszar określony geograficznie, na którym jakość wody może być traktowana w przybliżeniu jako jednolita, bez względu na liczbę źródeł wody). Zakres pomiarów obejmuje parametry bakteriologiczne, fizykochemiczne, organoleptyczne oraz radiologiczne. Dodatkowo określone są wymagania mikrobiologiczne (liczby mikroorganizmów - Legionella sp.), jakim powinna odpowiadać ciepła woda użytkowa w budynkach zamieszkania zbiorowego i w zakładach opieki zdrowotnej zamkniętej.

Bezpośrednią odpowiedzialność za jakość dostarczanej wody do przyłącza łączącego sieć wodociągową z instalacją wewnętrzną budynków ponoszą przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne, kontrolujące jej stan ze zdefiniowanym zakresem i częstotliwością. Za jakość wody dostarczanej bezpośrednio konsumentom wewnątrz budynków odpowiada właściciel lub zarządca nieruchomości. Osoby prywatne oraz podmioty posiadające własne ujęcia lub nie objęte nadzorem ze względu na objętość dostarczanej wody lub liczbę osób zaopatrywanych nie są zobowiązane do prowadzenia kontroli jakości wody. Brak jest precyzyjnych regulacji prawnych obejmujących zagadnienie związane z możliwymi źródłami wtórnego zanieczyszczenia wody w zakresie obowiązków właścicieli instalacji wewnętrznych (właściciele obiektów), odpowiadających za zapewnienie niezawodnego działania posiadanych instalacji i przyłączy wodociągowych.

Obowiązek prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpieliskach, poprzez obszary chronione w ramach jednolitych części wód przeznaczonych do celów rekreacyjnych, wynika wprost z Ramowej Dyrektywy Wodnej i Dyrektywy Kąpieliskowej. Lista kąpielisk uwzględniająca liczbę kąpiących się, harmonogram kontroli jakości wody oraz sposób lokalizacji punktów pobierania próbek wody na potrzeby prowadzonego monitoringu, regulowane są prawnie. Monitoring jakości wody w kąpielisku prowadzi organizator kąpieliska (osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która podjęła się zorganizowania kąpieliska oraz uzyskała na to zgodę właściciela wody

i przyległego gruntu) w miejscach wyznaczonych przez właściwego PPIS. Organizator przekazuje wyniki badań do właściwego PPIS, który w przypadku nie spełnienia wymagań określonych w przepisach lub podejrzenia o brak zgodności z przepisami, przeprowadza kontrolę urzędową. Analizy pobranych próbek wody są wykonywane przez laboratoria PIS lub inne laboratoria o udokumentowanym i zatwierdzonym przez PIS systemie jakości.

Polskie prawodawstwo poza kąpieliskami definiuje również miejsce wykorzystywane do kąpeli (wydzielony i oznakowany fragment wód powierzchniowych, niebędący kąpieliskiem ale wykorzystywany do kąpeli), które nie ma swojego odpowiednika w przepisach UE. Podmiotem odpowiedzialnym za podjęcie decyzji o prowadzeniu miejsca wykorzystywanego do kąpeli (MWK) jest organizator. Żadna instytucja nie jest zobligowana do prowadzenia ewidencji MWK. Monitoring MWK odbywa się znacznie rzadziej niż kąpielisk.

## Prognozowanie poziomu ryzyka i przewidywanie zagrożenia w przypadku zanieczyszczeń środowiska

Możliwość prognozowania poziomu ryzyka oraz przewidywania zagrożenia w przypadku zanieczyszczeń środowiska obecnie dotyczy jedynie jakości powietrza. Taki system definiuje Program PMŚ, którego celem jest wdrożenie w skali kraju systemu wspomagania ocen jakości powietrza metodami modelowania matematycznego oraz wdrożenia prognoz krótkoterminowych poziomów substancji w powietrzu. Realizacja tego zadania obejmuje systemem gromadzenia danych o emisjach zanieczyszczeń do powietrza (pochodzących z Krajowego Ośrodka Bilansowania i Zarządzania Emisjami, urzędów marszałkowskich, urzędów miast, wojewódzkich urzędów statystycznych, zarządzających drogami), system prognoz meteorologicznych, oceny stanu zanieczyszczenia powietrza oraz system wdrożenia i rozwoju modeli matematycznych. Zapewnienie bieżącej informacji o prognozowanych stężeniach zanieczyszczeń w powietrzu jest działaniem niezbędnym do ostrzegania społeczeństwa o ryzyku wystąpienia wysokich, zagrażających zdrowiu, stężeń zanieczyszczeń, jak i uruchamiania działań przewidzianych w planach działań krótkoterminowych wymaganych przepisami UE. Obecnie w Polsce na poziomie krajowym opracowano i wdrożono operacyjne prognozowanie z użyciem modelowania w postaci platformy informacyjnej o prognozach krótkoterminowych (24h, 48h, 72h) w zakresie ozonu troposferycznego. Prognozy te są wykonywane w okresie od 1 kwietnia do 30 września i stanowią podstawę informowania odpowiednich organów administracji rządowej i samorządowej o stanach ostrzegawczo-alarmowych prognozowanych stężeń ozonu. Informacja prezentująca prognozy krótkoterminowe jest zamieszczona na portalu internetowym GIOŚ prezentującym informacje o jakości powietrza

oraz działaniach na rzecz jego poprawy, jako prognoza ogólnokrajowa oraz na stronach internetowych poszczególnych WIOŚ, jako prognoza wojewódzka. W ujęciu ochrony zdrowia, w prognozach przewiduje się jedynie ocenę wielkości narażonej populacji w obszarach, gdzie wartości normatywne (dopuszczalne) są przekraczane.

W ramach nadzoru nad jakością wody w kąpielisku są sporządzane analizy obejmujące prace prognostyczne w zakresie czynników warunkujących jakość wody w kąpielisku. Formalnym dokumentem jest tzw. profil wody w kąpielisku, który zawiera zespół danych i informacji w zakresie cech fizycznych, geograficznych i hydrologicznych wody, mogących mieć wpływ na jakość wody w kąpielisku. Profil zawiera elementy związane z przewidywaniem sytuacji mogących pogorszyć jakość wody i zagrozić zdrowiu korzystających oraz z identyfikacją i oceną przyczyn oraz źródeł zanieczyszczeń.

## Zdolność do reagowania w przypadku niekontrolowanego napływu ludności

Polska ratyfikowała konwencję genewską o ochronie uchodźców na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku. W porównaniu z państwami Europy Zachodniej Polska nie odgrywa dużej roli na mapie globalnej mobilności ludzkiej, zarówno w odniesieniu do migrantów ekonomicznych, jak i cudzoziemców poszukujących azylu. Statystyki dotyczące cudzoziemców występujących w Polsce o ochronę są znacznie niższe niż w państwach zachodnioeuropejskich. W latach 1992-2015 wniosków o nadanie statusu uchodźcy złożyło w Polsce łącznie 139 946 cudzoziemców.

Niemniej jednak Polska jako członek UE należy do Europejskiej Agencji Zarządzania Współpracą Operacyjną na Zewnętrznych Granicach Państw Członkowskich Unii Europejskiej (tzw. Frontex) - unijnej agencji powstałej na mocy Rozporządzenia Rady (WE) nr 2007/2004. Nazwa agencji pochodzi od połączenia francuskich słów *frontières extérieures* - granice zewnętrzne.

Agencja działa od 2005 r., a jej siedzibą, na mocy decyzji Rady Ministrów ds. Sprawiedliwości i Spraw Wewnętrznych z 14 kwietnia 2005 r., jest Warszawa.

Jako agencja o zadaniach kontrolno-policyjnych, Frontex został, na mocy Rozporządzenia nr 863/2007, uprawniony przez Radę Europejską i Parlament do tworzenia Zespołów Szybkiego Interweniowania Kryzysowego - RABIT (Rapid Border Intervention Teams). Ich celem jest zapewnienie wzmocnionej pomocy technicznej i operacyjnej. Zespoły powoływane są na wniosek państwa członkowskiego w obliczu nagłych i wyjątkowych sytuacji, wynikających z masowego napływu nielegalnych imigrantów. W ich skład wchodzi specjalnie przeszkoleni eksperci z innych państw członkowskich, których zadaniem jest udzielenie czasowego

wsparcia funkcjonariuszom krajowej straży granicznej państwa wnioskującego o wsparcie. Na wniosek państwa członkowskiego Frontex może oddelegować na ograniczony czas jeden lub więcej zespołów szybkiej interwencji na granicy w celu udziału w operacji wsparcia (Rozporządzenie WE 863/20017).

### Możliwości wsparcia laboratoryjnego dla badań dotyczących zagrożeń dla zdrowia

Zgodnie z KPZK minister właściwy do spraw zdrowia w przypadku epidemii chorób zakaźnych, ogłasza w drodze obwieszczenia, wykaz ośrodków referencyjnych i instytutów badawczych oraz ich właściwości w zakresie weryfikacji wyników badań laboratoryjnych.

Według ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych w Polsce zarejestrowanych jest ok. 2700 laboratoriów. Część z tych laboratoriów posiada akredytację Polskiego Centrum Akredytacji (PCA).

Przykładem jednostki, której laboratoria posiadają akredytację PCA jest Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny w Warszawie (NIZP-PZH) - Certyfikat Akredytacji Nr AB 509.

Akredytacja ta obejmuje: badania biologiczne i biochemiczne obiektów i materiałów biologicznych, wyrobów farmaceutycznych; badania chemiczne materiału biologicznego, próbek środowiskowych, wody, żywności, wyrobów z tworzyw sztucznych, szkła i ceramiki; badania kliniczne, medyczne materiału biologicznego; badania mikrobiologiczne obiektów i materiałów biologicznych, wyrobów chemicznych, powietrza, wyrobów farmaceutycznych oraz żywności; badania mikrobiologiczne i pobieranie próbek wody; badania właściwości fizycznych wyposażenia medycznego; badania właściwości fizycznych wyrobów farmaceutycznych; badania promieniotwórczości wyrobów i materiałów budowlanych, odpadów przemysłowych, szkła, ceramiki, drewna, żywności, wody, powietrza, gleby, produktów rolnych w tym pasz oraz próbek środowiskowych.

W NIZP-PZH prowadzą działalność następujące laboratoria posiadające akredytację PCA:

- Laboratorium Zakładu Bakteriologii (diagnostyka bakteriologiczna i identyfikacja szczepów bakteryjnych; badanie skuteczności biobójczej preparatów dezynfekcyjnych);
- Laboratorium Zakładu Badania Surowic i Szczepionek (badania jakościowe produktów leczniczych immunologicznych lub krwiopochodnych w ramach kontroli seryjnej wstępnej w celu potwierdzenia zgodności z określonymi wymaganiami zawartymi w dokumentacji stanowiącej podstawę wydania pozwolenia na dopuszczenie do obrotu albo w Farmakopei Europejskiej lub Farmako-

pei Polskiej oraz zgodności z wynikami badań zawartymi w zapisach wytwarzania danej serii produktu leczniczego oraz badania jakościowe produktów leczniczych w ramach badań z rynku);

- Laboratorium Zakładu Higieny Radiacyjnej i Radiobiologii (przeprowadzanie testów eksploatacyjnych specjalistycznych aparatów rentgenowskich w radiologii ogólnej, fluoroskopii, stomatologii, mammografii, tomografii komputerowej; badanie zawartości naturalnych pierwiastków promieniotwórczych w surowcach, materiałach budowlanych i odpadach przemysłowych; pomiary skażeń żywności i elementów środowiska radionuklidami gamma promieniotwórczymi; pomiary stężenia radionuklidów występujących w wodzie; pomiary stężenia radonu w powietrzu);
- Laboratorium Zakładu Parazytologii (oznaczanie obecności przeciwciał przeciw pasożytniczych w płynach ustrojowych i innych materiałach klinicznych);
- Laboratorium Zakładu Wirusologii (serologiczna i molekularna diagnostyka zakażeń wirusowych);
- Laboratorium Samodzielnej Pracowni Riketsji, Chlamydii i Krętków Odzwierzęcych (serologiczna i molekularna diagnostyka wybranych zakażeń odzwierzęcych);
- Laboratorium Zakładu Higieny Środowiska (pobieranie próbek wody; badanie zanieczyszczeń chemicznych i mikrobiologicznych wody; badanie zanieczyszczeń mikrobiologicznych powietrza; badanie podatności materiałów przeznaczonych do kontaktu z wodą na tworzenie biofilmu);
- Laboratorium Zakładu Bezpieczeństwa Żywności (badanie zanieczyszczeń chemicznych i mikrobiologicznych żywności oraz migracji zanieczyszczeń z materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością);
- Laboratorium Zakładu Badania Wirusów Grypy (molekularna diagnostyka wybranych zakażeń wirusowych układu oddechowego).

Pozostałe laboratoria w NIZP-PZH:

1. Laboratoria posiadające akredytację WHO:
  - Krajowy Ośrodek ds. Zakażeń Poliovirusami;
  - Narodowe Laboratorium WHO ds. odry/różyczki.
2. Laboratoria referencyjne powołane rozporządzeniem Ministra Zdrowia:
  - Laboratorium Zakładu Bezpieczeństwa Żywności.
3. Laboratoria posiadające akredytację EDQM (Europejski Dyrektoriat Jakości Leków i Ochrony Zdrowia):
  - Laboratorium Zakładu Badania Surowic i Szczepionek (OMCL - Official Medicines Control Laboratory) wykonujące badania jakościowe produktów leczniczych immunologicznych lub krwiopochodnych w ramach europejskiej administracyjnej procedury zwalniania serii (EU Administrative Procedure For Official Control Authority Batch Release) w celu potwierdzenia



zgodności z określonymi wymaganiami zawartymi w dokumentacji stanowiącej podstawę wydania pozwolenia na dopuszczenie do obrotu oraz wymaganiami określonymi przez EDQM.

#### 4. Laboratorium BSL3 NIZP-PZH

Laboratorium BSL3 jest jedynym zapleczem laboratoryjnym, które w świetle obowiązujących przepisów prawa umożliwia prowadzenie badań naukowych w zakresie fizjologii i genetyki drobnoustrojów zaliczanych do 3 kategorii bezpieczeństwa biologicznego, a w szczególności badań wymagających ich hodowli, namnażania lub amplifikacji *in vitro* kwasów nukleinowych. Patogeny zaliczane do tej kategorii wywołują groźne dla ludzi zachorowania takie jak: węglik, dżuma, cholera, wścieklizna i wiele innych.

NIZP-PZH posiada także wdrożony System Zarządzania Jakością spełniający wymagania PN-EN ISO 9001:2008 w zakresie dokonywania oceny ryzyka związanego z obecnością pozostałości pestycydów oraz trwałych zanieczyszczeń w żywności, opiniowania i opracowywania dokumentacji dotyczącej środków ochrony roślin, substancji chemicznych i ich mieszanin na zlecenie klientów przed wprowadzeniem do obrotu, a także badania skuteczności produktów biobójczych.

## 2.B. Przygotowanie do zagrożeń oraz reagowanie

System zarządzania kryzysowego w Polsce został uregulowany po raz pierwszy w ustawie z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym. Wcześniej poszczególne zagadnienia związane z problematyką zarządzania kryzysowego były rozproszone w różnych ustawach, nie istniał spójny system zarządzania kryzysowego zapewniający kierowanie działaniami w przypadku różnorodnych zagrożeń występujących na obszarze całego państwa, jak i jego części oraz koordynację działań. Ustawa o zarządzaniu kryzysowym wprowadziła m.in. pojęcia zarządzania kryzysowego, sytuacji kryzysowej, infrastruktury krytycznej i jej ochrony. W myśl ustawy system zarządzania kryzysowego obejmuje m.in. organy i instytucje administracji rządowej i samorządowej oraz wybrane podmioty sektora prywatnego (właściciele i posiadacze infrastruktury krytycznej).

### Sytuacja kryzysowa

sytuacja wpływająca negatywnie na poziom bezpieczeństwa ludzi, mienia w znacznych rozmiarach lub środowiska, wywołująca znaczne ograniczenia w działaniu właściwych organów administracji publicznej ze względu na nieadekwatność posiadanych sił i środków

*(art. 3 pkt 1 Ustawy o zarządzaniu kryzysowym)*

### Zarządzanie kryzysowe

działalność organów administracji publicznej będąca elementem kierowania bezpieczeństwem narodowym, która polega na zapobieganiu sytuacjom kryzysowym, przygotowaniu do przejmowania nad nimi kontroli w drodze zaplanowanych działań, reagowaniu w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, usuwaniu ich skutków oraz odtwarzaniu zasobów i infrastruktury krytycznej

*(art. 2 Ustawy o zarządzaniu kryzysowym)*

### Infrastruktura Krytyczna (IK)

systemy oraz wchodzące w ich skład powiązane ze sobą funkcjonalnie obiekty, w tym obiekty budowlane, urządzenia, instalacje, usługi kluczowe dla bezpieczeństwa państwa i jego obywateli oraz służące zapewnieniu sprawnego funkcjonowania organów administracji publicznej, a także instytucji i przedsiębiorców. Infrastruktura krytyczna obejmuje systemy: zaopatrzenia w energię i paliwa, łączności i sieci teleinformatycznych, finansowe, zaopatrzenia w żywność i wodę, ochrony zdrowia, transportowe i komunikacyjne, ratownicze, zapewniające ciągłość działania administracji publicznej, a także produkcji, składowania, przechowywania i stosowania substancji chemicznych i promieniotwórczych, w tym rurociągi substancji niebezpiecznych

*(art. 3 pkt 2 Ustawy o zarządzaniu kryzysowym)*

### Ochrona infrastruktury krytycznej

wszelkie działania zmierzające do zapewnienia funkcjonalności, ciągłości działań i integralności infrastruktury krytycznej w celu zapobiegania zagrożeniom, ryzykom lub słabym punktom oraz ograniczenia i neutralizacji ich skutków oraz szybkiego odtworzenia tej infrastruktury na wypadek awarii, ataków oraz innych zdarzeń zakłócających jej prawidłowe funkcjonowanie

*(art. 3 pkt 3 Ustawy o zarządzaniu kryzysowym)*

## Zdolność do przewidywania i reagowania na nagłe zagrożenia zdrowia

Przewidywanie i reagowanie na nagłe zagrożenia dla zdrowia ludności umożliwia powołany ustawą o zarządzaniu kryzysowym KPZK. Plan składa się z trzech części: (1) planu głównego, (2) zespołu przedsięwzięć na wypadek sytuacji kryzysowej oraz (3) załączników funkcjonalnych.

### 1. Plan główny zawiera:

- Charakterystykę najważniejszych zagrożeń oraz ocenę ryzyka ich wystąpienia, w tym dotyczących infrastruktury krytycznej oraz mapy ryzyka i mapy zagrożeń;
- Zadania i obowiązki uczestników zarządzania kryzysowego w formie siatki bezpieczeństwa;
- Zestawienie sił i środków planowanych do wykorzystania w sytuacjach kryzysowych.

### 2. Zespół przedsięwzięć na wypadek sytuacji kryzysowych zawiera:

- Zadania w zakresie monitorowania zagrożeń;
- Tryb uruchamiania niezbędnych sił i środków, uczestniczących w realizacji planowanych przedsięwzięć na wypadek sytuacji kryzysowej;
- Procedury reagowania kryzysowego;
- Zasady współdziałania.

### 3. Załączniki funkcjonalne planu głównego obejmują:

- Procedury realizacji zadań z zakresu zarządzania kryzysowego, w tym związane z ochroną infrastruktury krytycznej;
- Organizację łączności;
- Organizację systemu monitorowania zagrożeń, ostrzegania i alarmowania;
- Zasady informowania ludności o zagrożeniach i sposobach postępowania na wypadek zagrożeń;
- Organizację ewakuacji z obszarów zagrożonych;
- Organizację ratownictwa, opieki medycznej, pomocy społecznej oraz pomocy psychologicznej;
- Organizację ochrony przed zagrożeniami charakterystycznymi dla danego obszaru;
- Wykaz zawartych umów i porozumień związanych z realizacją zadań zawartych w planie zarządzania kryzysowego;
- Zasady oraz tryb oceniania i dokumentowania szkód;
- Procedury uruchamiania rezerw państwowych;
- Wykaz infrastruktury krytycznej znajdującej się odpowiednio na terenie województwa, powiatu lub gminy, objętej planem zarządzania kryzysowego;
- Priorytety w zakresie ochrony oraz odtwarzania infrastruktury krytycznej.

KPZK obejmuje swoją treścią wszystkie cztery fazy zarządzania kryzysowego, tj. zapobieganie, przygotowanie, reagowanie i odbudowę. Podział na poszczególne fazy umożliwi ministerstwom zaplanowanie działań legislacyjnych w fazie zapobiegania, wdrażanie przyjętych ustaw czy planów wykonawczych w fazie przygotowania, a także sprawdzenie w formie ćwiczeń czy przyjęte rozwiązania są adekwatne do zagrożeń, a instytucje posiadają wystarczające kompetencje i środki do reagowania.

## System zarządzania i koordynacji w sytuacjach kryzysowych

Ustawa o zarządzaniu kryzysowym wskazuje organy właściwe w sprawach zarządzania kryzysowego oraz określa ich zadania i obowiązki. System zarządzania kryzysowego w Polsce jest wieloszczeblowy i składa się z:

- Organów zarządzania kryzysowego, w tym:
  - Rada Ministrów (Prezes Rady Ministrów);
  - Minister kierujący określonym działem administracji rządowej;
  - Wojewoda;
  - Starosta powiatu;
  - Wójt, Burmistrz, Prezydent miasta.
- Organów opiniodawczo-doradczych właściwych w sprawach inicjowania i koordynowania działań podejmowanych w zakresie zarządzania kryzysowego, w tym:
  - Rządowy Zespół Zarządzania Kryzysowego;
  - Zespół Zarządzania Kryzysowego (ministerstwa, urzędu centralnego);
  - Wojewódzki Zespół Zarządzania Kryzysowego;
  - Powiatowy Zespół Zarządzania Kryzysowego;
  - Gminny Zespół Zarządzania Kryzysowego.
- Centrów zarządzania kryzysowego, utrzymujących 24-godzinną gotowość do podjęcia działań, w tym:
  - Rządowe Centrum Bezpieczeństwa;
  - Centrum Zarządzania Kryzysowego (ministerstwa, urzędu centralnego);
  - Wojewódzkie Centrum Zarządzania Kryzysowego;
  - Powiatowe Centrum Zarządzania Kryzysowego;
  - Gminne lub Miejskie Centrum Zarządzania Kryzysowego (nie ma obowiązku utworzenia).

Na terytorium Polski głównym organem zarządzania kryzysowego jest Rada Ministrów. Najwyższy szczebel koordynacyjny systemu zarządzania kryzysowego stanowi Rządowy Zespół Zarządzania Kryzysowego, który jest organem opinio-twórczo-doradczym, w sprawach inicjowania i koordynowania działań podej-

mowanych w zakresie zarządzania kryzysowego (art. 8.1 ustawy o zarządzaniu kryzysowym). Sekretarzem Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego jest Dyrektor RCB - jednostki budżetowej podległej Prezesowi Rady Ministrów.

W opanowaniu zagrożeń, w zależności od ich skali, biorą udział różne szczeble administracji publicznej zarówno rządowej jak i samorządowej.

System zarządzania kryzysowego w Polsce zbudowany jest pionowo, w orientacji od dołu do góry. W przypadku wystąpienia zagrożeń pierwsze reagują służby najniższego szczebla, który jest właściwy do ich eliminacji. Na przykład z sytuacją kryzysową na terenie gminy mamy do czynienia wówczas, gdy siły i środki dostępne służbom podległym wójtowi (burmistrzowi, prezydentowi miasta) są niewystarczające do opanowania zagrożenia. W takim przypadku uruchamiane jest wsparcie z poziomu powiatu, województwa lub kraju.

Każdy ze szczebli ma swoje zadania wynikające z ustawy o zarządzaniu kryzysowym.

Do zadań wójta (burmistrza, prezydenta miasta) w sprawach zarządzania kryzysowego należy m.in.:

- Kierowanie monitorowaniem, planowaniem, reagowaniem i usuwaniem skutków zagrożeń na terenie gminy;
- Realizacja zadań z zakresu planowania cywilnego, w tym realizacja zaleceń do gminnego planu zarządzania kryzysowego oraz opracowywanie i przedkładanie staroście do zatwierdzenia gminnego planu zarządzania kryzysowego;
- Zapobieganie, przeciwdziałanie i usuwanie skutków zdarzeń o charakterze terrorystycznym; współdziałanie z Szefem Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego w zakresie przeciwdziałania, zapobiegania i usuwania skutków zdarzeń o charakterze terrorystycznym;
- Informowanie ludności gminy o wystąpieniu zagrożeń i działaniach podejmowanych w celu ich opanowania.

Organem pomocniczym wójta (burmistrza, prezydenta miasta) w zapewnieniu wykonywania zadań zarządzania kryzysowego jest powołany przez niego gminny zespół zarządzania kryzysowego.

Wójt, burmistrz, prezydent miasta nie mają obowiązku tworzenia gminnych (miejskich) centrów zarządzania kryzysowego.

Do zadań starosty w sprawach zarządzania kryzysowego należy m.in.:

- Kierowanie monitorowaniem, planowaniem, reagowaniem i usuwaniem skutków zagrożeń na terenie powiatu;
- Realizacja zadań z zakresu planowania cywilnego, w tym opracowywanie i przedkładanie wojewodzie do zatwierdzenia powiatowego planu zarządzania kryzysowego, realizacja zaleceń do powiatowych planów zarządzania kryzysowego, wydawanie organom gminy zaleceń do gminnego planu zarządzania kryzysowego, zatwierdzanie gminnego planu zarządzania kryzysowego;

- Zapobieganie, przeciwdziałanie i usuwanie skutków zdarzeń o charakterze terrorystycznym; współdziałanie z Szefem Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego w zakresie przeciwdziałania, zapobiegania i usuwania skutków zdarzeń o charakterze terrorystycznym.

Swoje zadania zarządzania kryzysowego starosta wykonuje przy pomocy powiatowego zespołu zarządzania kryzysowego.

Do zadań wojewody w sprawach zarządzania kryzysowego należy m.in.:

- Kierowanie monitorowaniem, planowaniem, reagowaniem i usuwaniem skutków zagrożeń na terenie województwa;
- Realizacja zadań z zakresu planowania cywilnego, w tym wydawanie starostom zaleceń do powiatowych planów zarządzania kryzysowego, zatwierdzanie powiatowych planów zarządzania kryzysowego, przygotowywanie i przedkładanie do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych wojewódzkiego planu zarządzania kryzysowego, realizacja wytycznych do wojewódzkich planów zarządzania kryzysowego;
- Wnioskowanie o użycie pododdziałów lub oddziałów Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej do wykonywania zadań;
- Zapobieganie, przeciwdziałanie i usuwanie skutków zdarzeń o charakterze terrorystycznym; współdziałanie z Szefem Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego w zakresie zapobiegania, przeciwdziałania i usuwania skutków zdarzeń o charakterze terrorystycznym.

Organem pomocniczym wojewody w zapewnieniu wykonywania zadań zarządzania kryzysowego jest powoływany przez niego wojewódzki zespół zarządzania kryzysowego.

Na szczeblu centralnym utworzone zostało RCB, które będąc państwową jednostką budżetową, zapewnia obsługę Rady Ministrów, Prezesa Rady Ministrów, Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych w sprawach zarządzania kryzysowego. Do zadań RCB należy m.in.:

- Planowanie cywilne, które obejmuje m.in.:
  - Przedstawianie szczegółowych sposobów i środków reagowania na zagrożenia oraz ograniczania ich skutków;
  - Opracowywanie i aktualizowanie Krajowego Planu Zarządzania Kryzysowego, we współpracy z właściwymi komórkami organizacyjnymi urzędów obsługujących ministrów oraz kierowników urzędów centralnych;
  - Analiza i ocena możliwości wystąpienia zagrożeń lub ich rozwoju;
  - Gromadzenie informacji o zagrożeniach i analiza zebranych materiałów;
  - Wypracowywanie wniosków i propozycji zapobiegania i przeciwdziałania zagrożeniom;

- Planowanie wykorzystania Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej do wykonywania zadań;
- Planowanie wsparcia przez organy administracji publicznej realizacji zadań Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej;
- Realizacja zadań planistycznych i programowych z zakresu ochrony IK, w tym opracowywanie i aktualizacja załącznika funkcjonalnego do Krajowego Planu Zarządzania Kryzysowego dotyczącego ochrony IK, a także współpraca, jako krajowy punkt kontaktowy, z instytucjami Unii Europejskiej i Organizacji Traktatu Północnoatlantyckiego oraz ich krajami członkowskimi w zakresie ochrony IK;
- Monitorowanie potencjalnych zagrożeń;
- Przygotowywanie projektów opinii i stanowisk Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego;
- Przygotowywanie i obsługa techniczno-organizacyjna prac Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego;
- Współdziałanie z podmiotami, komórkami i jednostkami organizacyjnymi Organizacji Traktatu Północnoatlantyckiego i Unii Europejskiej oraz innych organizacji międzynarodowych, odpowiedzialnymi za zarządzanie kryzysowe i ochronę IK;
- Organizowanie, prowadzenie i koordynacja szkoleń i ćwiczeń z zakresu zarządzania kryzysowego oraz udział w ćwiczeniach krajowych i międzynarodowych;
- Realizacja zadań z zakresu zapobiegania, przeciwdziałania i usuwania skutków zdarzeń o charakterze terrorystycznym; współdziałanie z Szefem Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego (ABW) w zakresie zapobiegania, przeciwdziałania i usuwania skutków zdarzeń o charakterze terrorystycznym.

## Etapy zarządzania kryzysowego

Zarządzanie kryzysowe obejmuje cztery etapy: dwa pierwsze realizowane są w okresie stabilizacji tj. przed wystąpieniem zagrożenia, dwa kolejne w okresie wystąpienia sytuacji kryzysowej.

### Okres stabilizacji:

1. Zapobieganie - wszelkie przedsięwzięcia podejmowane, aby nie dopuścić do powstania sytuacji kryzysowej.
  - Zadania: Identyfikacja zagrożeń i redukcja prawdopodobieństwa ich wystąpienia;

- Działania: monitoring zagrożeń, analiza i ocena potencjalnych zagrożeń, analiza źródeł i symptomów potencjalnych zagrożeń, edukacja dla bezpieczeństwa, szkolenie jednostek operacyjnych, przygotowanie instrumentów prawnych, przygotowanie i wdrożenie systemów zabezpieczeń, przygotowanie narzędzi i technik komunikacji, przygotowanie struktur zarządzania i systemu dowodzenia, koordynacja działań, planowanie zagospodarowania przestrzennego, transfer technologii, bilans zasobów.
2. Przygotowanie - mechanizmy, które pozwalają przygotować się na wystąpienie sytuacji kryzysowej.
- Zadania: Przygotowanie działań i zabezpieczeń;
  - Działania: opracowanie planów zarządzania kryzysowego, opracowanie planów ochrony cywilnej, opracowanie scenariuszy i procedur działań, organizacja systemów łączności i komunikacji, organizacja systemów monitorowania, ostrzegania i alarmowania, zabezpieczenie środków, stworzenie i utrzymanie zabezpieczenia socjalno-bytowego, szkolenia specjalistyczne i doskonalenie umiejętności, informowanie ludności.

### **Okres realizacji:**

3. Reagowanie - działania podejmowane w chwili wystąpienia sytuacji kryzysowej, m.in. uruchomienie procedur w celu opanowania sytuacji i ograniczenia skutków.
- Zadania: Zwalczanie zagrożeń i ich skutków;
  - Działania: uruchomienie planów zarządzania kryzysowego, procedur operacyjnych, ostrzeganie i alarmowanie, ratownictwo, ewakuacja, pomoc medyczna, zabezpieczenie terenów zagrożonych oraz mienia uszkodzanych, ocena szkód, organizacja samopomocy, ochrona psychologiczna poszkodowanych, public relations.
4. Odbudowa - działania, które muszą zostać podjęte celem przywrócenia sytuacji do stanu sprzed wystąpienia sytuacji kryzysowej. To zadanie spoczywa głównie na właścicielach uszkodzonych obiektów i infrastruktury.
- Zadania: Odtworzenie obiektów i terenów zniszczonych;
  - Działania: szacowanie szkód i strat, pomoc poszkodowanym (opieka zdrowotna, rehabilitacja, zakwaterowanie, wsparcie psychologiczne, odszkodowania), uruchomienie urządzeń i obiektów użyteczności publicznej, odtwarzanie infrastruktury komunalnej (komunikacyjnej, społecznej, technicznej itp.), uzupełnienie zasobów, analiza podjętych działań i zabezpieczeń, rekonstrukcja i wzmacnianie zabezpieczeń, modyfikacja organizacji, planów i procedur działania.



## Plan działania w przypadku sytuacji kryzysowych

W Polsce zgodnie z ustawą o zarządzaniu kryzysowym tworzone są dokumenty planistyczne z zakresu zarządzania kryzysowego. Są to:

- Plany zarządzania kryzysowego - sporządzane na poziomie krajowym (na potrzeby rządu i poszczególnych resortów), wojewódzkim, powiatowym i gminnym. Określają kto ma podjąć działania, co ma zrobić, w jaki sposób, z kim musi współdziałać. Plany muszą uwzględniać wszelkie procedury i działania podejmowane przez podmioty administracji, zgodnie z istniejącymi przepisami.
- Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa narodowego - przygotowujący na podstawie raportów cząstkowych przez ministrów kierujących działami administracji rządowej, kierowników urzędów centralnych oraz wojewodów. Celem raportu jest wskazanie najważniejszych zagrożeń w kraju. Za koordynację przygotowania raportu odpowiada dyrektor RCB, a w części dotyczącej zagrożeń o charakterze terrorystycznym Szef ABW. Na podstawie wniosków z raportu przygotowywane są plany zarządzania kryzysowego.
- Narodowy Program Ochrony Infrastruktury Krytycznej - celem programu jest stworzenie warunków do poprawy bezpieczeństwa infrastruktury krytycznej. Program w sposób syntetyczny i kompleksowy określa wizję i cele ochrony infrastruktury krytycznej, model współpracy w realizacji zadań, role uczestników i dobre praktyki ochrony IK.

## Obrona cywilna

Zgodnie z ustawą z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (art. 137.) powołana została obrona cywilna, której celem jest ochrona ludności, zakładów pracy i urzędów użyteczności publicznej, dóbr kultury, ratowanie i udzielanie pomocy poszkodowanym w czasie wojny oraz współdziałanie w zwalczaniu klęsk żywiołowych i zagrożeń środowiska oraz usuwaniu ich skutków.

Podstawowymi jednostkami organizacyjnymi tego systemu są formacje obrony cywilnej, które składać się mogą z oddziałów przeznaczonych do wykonywania zadań ogólnych, jak i jednostek specjalistycznych (np. ratownictwa).

Centralnym organem administracji rządowej w sprawach obrony cywilnej jest Szef Obrony Cywilnej Kraju (OCK), podległy Ministrowi Spraw Wewnętrznych. Natomiast terenowymi organami obrony cywilnej są wojewodowie, starostowie,

wójtowie lub burmistrzowie (prezydenci miast) jako szefowie obrony cywilnej województw, powiatów i gmin.

Zadania Szefa OCK oraz terenowych organów obrony cywilnej określone zostały w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Szefa Obrony Cywilnej Kraju, szefów obrony cywilnej województw, powiatów i gmin.

Stosownie do przepisów tego rozporządzenia, Szef OCK zobowiązany jest m.in.: inicjować, przygotowywać, wydawać i opiniować projekty aktów normatywnych dotyczących obrony cywilnej; uzgadniać projekt planu obrony cywilnej państwa z Ministrem Obrony Narodowej oraz z innymi właściwymi ministrami, określać założenia do planów obrony cywilnej województw, powiatów, gmin i przedsiębiorców, opracowywać założenia programowe oraz kierunki kształcenia i szkolenia pracowników, ratowników i ludności w zakresie obrony cywilnej, dokonywać oceny stanu przygotowań obrony cywilnej województw, powiatów i gmin, planować potrzeby w zakresie środków finansowych i materiałowych niezbędnych do realizacji zadań własnych w zakresie obrony cywilnej. Natomiast do zadań szefów obrony cywilnej województw, powiatów i gmin, na ich obszarze działania należy m.in.:

- Dokonywanie oceny stanu przygotowań obrony cywilnej;
- Opracowywanie i opiniowanie planów obrony cywilnej;
- Przygotowanie i zapewnienie działania systemu wykrywania i alarmowania oraz systemu wczesnego ostrzegania o zagrożeniach;
- Przygotowywanie i organizowanie ewakuacji ludności na wypadek powstania masowego zagrożenia dla życia i zdrowia na znacznym obszarze;
- Planowanie i zapewnienie środków transportowych, warunków bytowych oraz pomocy przedmedycznej, medycznej i społecznej dla ewakuowanej ludności;
- Wyznaczanie zakładów opieki zdrowotnej zobowiązanych do udzielania pomocy medycznej poszkodowanym w wyniku masowego zagrożenia życia i zdrowia ludności oraz nadzorowanie przygotowania tych zakładów do niesienia tej pomocy.

Szef OCK jest członkiem Rządowego Zespołu Zarządzania Kryzysowego powołanego ustawą o zarządzaniu kryzysowym.

Raport z kontroli NIK (2012) wykazał, że zadania obrony cywilnej w dużej części są zbieżne z zadaniami określonymi przepisami ustaw: o ochronie przeciwpożarowej, o Państwowej Straży Pożarnej, o stanie klęski żywiołowej oraz o zarządzaniu kryzysowym. Zadania te są powierzane różnym podmiotom, co w efekcie powoduje np. powielanie dokumentów planistycznych o podobnym charakterze, przeprowadzanie analiz zagrożeń w tym samym zakresie, utrzymywanie kilku systemów alarmowania i powiadamiania na tym samym obszarze czy też planowanie i organizowanie ewakuacji ludności z zagrożonych terenów w ramach zadań wynikających z odrębnych przepisów prawnych.

Zgodnie z zapisami w raporcie NIK, w 2006 r. w MSWiA i Komendzie Głównej PSP rozpoczęto prace nad przygotowaniem projektu ustawy, mającej w sposób kompleksowy uregulować kwestie związane z obroną cywilną, w tym zintegrować w sposób systemowy działania wszystkich podmiotów zaangażowanych w ochronę ludności w czasie pokoju i wojny.

## Przygotowanie Ministerstwa Zdrowia do działań w sytuacjach kryzysowych

Minister właściwy do spraw zdrowia odpowiada za:

- Ochronę zdrowia i zasady organizacji opieki zdrowotnej;
- Nadzór nad produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi i produktami biobójczymi oraz nad kosmetykami w zakresie bezpieczeństwa zdrowia ludzi;
- Organizację i nadzór nad systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego;
- Warunki sanitarne i nadzór sanitarny, nadzór nad jakością zdrowotną żywności;
- Koordynację systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych.

W warunkach sytuacji kryzysowej głównym zadaniem ministra właściwego do spraw zdrowia jest zapewnienie ciągłości funkcjonowania opieki zdrowotnej. Natomiast do szczegółowych zadań ministra z zakresu zarządzania kryzysowego należy:

- Zapewnienie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego w kraju;
- Nadzór nad Państwowym Ratownictwem Medycznym;
- Organizacja działań systemu opieki zdrowotnej w warunkach epidemii;
- Przygotowanie placówek ochrony zdrowia oraz sił i środków do zapewnienia opieki medycznej w warunkach sytuacji kryzysowych;
- Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowia i życia obywateli przy stosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

W strukturze Ministerstwa Zdrowia utworzono Departament Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych. Zgodnie z regulaminem Ministerstwa Zdrowia do najważniejszych zadań departamentu w sytuacji kryzysowej należy:

- Prowadzenie spraw dotyczących zarządzania kryzysowego w dziale administracji rządowej - zdrowie;
- Prowadzenie spraw w zakresie planowania cywilnego, obejmującego procedury reagowania w sytuacjach kryzysowych, a także przedsięwzięcia systemowego przekazu informacji dotyczących bezpieczeństwa zdrowotnego i zagrożeń życia dla dużych grup ludności;

- Monitorowanie zagrożeń systemu ochrony zdrowia;
- Realizowanie zadań Centrum Zarządzania Kryzysowego.

Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. powołano Zespół Zarządzania Kryzysowego, jako organ pomocniczy ministra właściwego do spraw zdrowia. W skład Zespołu wchodzi:

1. Przewodniczący - Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia;
2. I Wiceprzewodniczący - Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia nadzorujący prace Departamentu Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych;
3. II Wiceprzewodniczący - Dyrektor Departamentu Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych;
4. Członkowie: Główny Inspektor Sanitarny, Główny Inspektor Farmaceutyczny, Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Dyrektor Narodowego Centrum Krwi, Dyrektor Generalny Ministerstwa Zdrowia, Dyrektorzy Departamentów MZ, Dyrektor Biura Dyrektora Generalnego, Dyrektor Biura Ministra, Dyrektor Biura Prasy i Promocji.

Do zadań Zespołu należy:

- Dokonywanie okresowej oceny zagrożeń na potrzeby sporządzenia „Raportu o zagrożeniach bezpieczeństwa narodowego”, w ramach właściwości ministra właściwego do spraw zdrowia;
- Opiniowanie projektu planu zarządzania kryzysowego ministra właściwego do spraw zdrowia;
- Opiniowanie wykazu obiektów, instalacji i urządzeń wchodzących w skład infrastruktury krytycznej w ramach właściwości ministra właściwego do spraw zdrowia;
- Wypracowywanie wniosków i propozycji dotyczących zapobiegania i przeciwdziałania zagrożeniom;
- Wykonywanie innych zadań wskazanych przez Przewodniczącego.

Obsługę organizacyjno-techniczną zespołu zapewnia Departament Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych we współdziałaniu z Biurem Dyrektora Generalnego.

## System informacyjno-ostrzegawczy na wypadek sytuacji kryzysowej

Zasady informowania ludności o zagrożeniach i sposobach postępowania na wypadek zagrożeń określa KPZK. W sytuacji kryzysowej za koordynację polityki

informacyjnej odpowiada instytucja wiodąca (tj. organ właściwy dla rodzaju sytuacji kryzysowej), wyznaczona ze względu na swój zakres merytoryczny, specyfikę działania i doświadczenie. Instytucja wiodąca wyznacza rzecznika prasowego, który odpowiedzialny jest za koordynację komunikacji ze społeczeństwem poprzez media. Rzecznik instytucji wiodącej przygotowuje, we współpracy z rzecznikiem instytucji będącej głównym wykonawcą, założenia dotyczące komunikacji społecznej w danej sytuacji kryzysowej (w tym określa główne przekazy, ich częstotliwość, narzędzia i osoby komunikujące). Po uzyskaniu akceptacji przełożonego - realizuje je poprzez rzecznika głównego wykonawcy.

Rzecznik może powołać Kryzysowy Zespół Prasowy, składający się z przedstawicieli komórek prasowych organów zaangażowanych w rozwiązywanie sytuacji kryzysowej, a także innych, zaproszonych w zależności od potrzeb osób (np. psychologów, ekspertów z dziedziny, której kryzys dotyczy).

Komunikacja prowadzona poprzez media powinna być uzupełniona o komunikację w innych obszarach tj.:

- Bezpośrednie komunikowanie ze społeczeństwem (osobami zagrożonymi sytuacją kryzysową, poszkodowanymi i ich rodzinami);
- Komunikowanie wewnątrz instytucji;
- Komunikowanie pomiędzy instytucjami zaangażowanymi w rozwiązywanie sytuacji kryzysowej.

Rządowe Centrum Bezpieczeństwa w ramach zapewnienia koordynacji polityki informacyjnej, monitoruje prowadzenie i organizację procesu komunikacji przez organ właściwy dla rodzaju sytuacji kryzysowej.

KPZK określa zasady komunikowania w poszczególnych fazach sytuacji kryzysowej tj. przed wystąpieniem kryzysu, w trakcie kryzysu oraz po zakończeniu bezpośrednich działań w sytuacji kryzysowej - w fazie odbudowy.

## **Ochrona, utrzymanie i odbudowa kluczowych systemów i świadczeń w przypadku nagłych zagrożeń dla zdrowia**

Ochrona IK polega na podejmowaniu wszelkich działań zmierzających do zapewnienia funkcjonalności, ciągłości i integralności IK w celu zapobiegania zagrożeniom, ryzyku lub słabym punktom oraz ograniczenia i neutralizacji ich skutków oraz szybkiego odtworzenia tej infrastruktury na wypadek awarii, ataków oraz innych zdarzeń zakłócających jej prawidłowe funkcjonowanie. System ochrony IK powinien mieć zastosowanie do wszystkich typów zidentyfikowanych zagrożeń, a także być przygotowany do możliwie szybkiego przywrócenia funkcji realizowanych przez daną IK.

Zgodnie z Narodowym Programem Infrastruktury Krytycznej ochrona IK obejmuje sześć obszarów:

1. Ochronę fizyczną, tj. zespół przedsięwzięć minimalizujących ryzyko zakłócenia funkcjonowania IK przez osoby, które znalazły się na terenie IK w sposób nieautoryzowany. Ochrona fizyczna obejmuje ochronę osób, rozumianą jako działania mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa życia, zdrowia i nietykalności osobistej, ochronę mienia czyli działania zapobiegające przestępstwom i wykroczeniom przeciwko mieniu, a także przeciwdziałające powstawaniu szkody wynikającej z tych zdarzeń oraz niedopuszczające do wstępu osób nieuprawnionych na teren chroniony, a także techniczne środki ochrony, czyli wykorzystanie w ochronie obiektów plotów, barier, systemów telewizji przemysłowej, systemów dostępowych itp. środków;
2. Ochronę techniczną, tj. zespół przedsięwzięć i procedur mających na celu minimalizację ryzyka zakłócenia funkcjonowania IK związanego z technicznymi aspektami budowy i eksploatacji obiektów, urządzeń, instalacji lub usług infrastruktury krytycznej.

Ochrona techniczna IK obejmuje:

- Kwestie związane ze zgodnością budynków, urządzeń, instalacji i usług z obowiązującymi przepisami i normami np. budowlanymi, przeciwpożarowymi itp.;
  - Działania techniczne mające na celu zmniejszenie uzależnienia funkcjonowania IK od zewnętrznych usług;
  - Działania techniczne mające na celu zapewnienia ciągłości funkcjonowania IK;
3. Ochronę osobową, tj. zespół przedsięwzięć i procedur mających na celu minimalizację ryzyka związanego z osobami, które poprzez autoryzowany dostęp do obiektów, urządzeń, instalacji i usług infrastruktury krytycznej, mogą spowodować zakłócenia w jej funkcjonowaniu. Ochronę tę należy zatem powiązać z pracownikami oraz innymi osobami czasowo przebywającymi w obrębie IK (usługodawcy, dostawcy, goście);
  4. Ochronę teleinformatyczną, tj. zespół przedsięwzięć, procedur mających na celu minimalizację ryzyka zakłócenia funkcjonowania IK związanego z wykorzystaniem do jej użytkowania systemów i sieci teleinformatycznych. Oznacza to również ochronę przed cyberatakami, cyberprzestępstwami i cyberterroryzmem oraz skuteczne przeciwdziałanie tego typu incydentom;
  5. Ochronę prawną, tj. zespół przedsięwzięć mających na celu minimalizację ryzyka związanego z działalnością osób fizycznych lub przedsiębiorców (prywatnych krajowych lub zagranicznych), których działania mogą prowadzić do zakłócenia w funkcjonowaniu obiektów, urządzeń, instalacji i usług IK. Oznacza to zastosowanie narzędzi prawnych niedopuszczających, poprzez możliwość kontroli i ewentualnego blokowania lub ograniczania decyzji zarządów,

do np. wrogiego przejęcia, fuzji czy też sprzedaży niektórych elementów infrastruktury, której efektem mogą być zakłócenia w jej funkcjonowaniu;

6. Plany odtwarzania, rozumianego jako odtwarzanie funkcji realizowanych przez IK.

Zastosowanie konkretnych rodzajów ochrony powinno być ściśle związane z oceną ryzyka zakłócenia funkcjonowania IK. W przypadku niewielkiego ryzyka nie ma konieczności stosowania wszystkich jej rodzajów.

## 2.C. Wdrożenie Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (International Health Regulations; IHR)

Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (MPZ) stanowią międzynarodowy instrument prawny wiążący wszystkie państwa członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia w sprawie stworzenia międzynarodowego systemu wczesnego ostrzegania przed każdym, także dotychczas nieznanym, zagrożeniem dla zdrowia. Ich celem jest wsparcie właściwego i szybkiego działania, opartego na krajowych zasobach ludzkich, infrastrukturze oraz międzynarodowej współpracy, w przypadku wystąpienia zagrożenia dla zdrowia. Tworzą one unikatowy wzór zapobiegania, wykrywania, oceniania, zwalczania rozprzestrzeniania się chorób i skoordynowanej reakcji na wydarzenia mogące stworzyć zagrożenie dla zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym, proporcjonalnie do zagrożeń, bez niepotrzebnych zakłóceń ruchu i handlu.

### Wdrożenie międzynarodowego systemu ostrzegania przed zagrożeniami dla zdrowia

Obowiązujące aktualnie MPZ (2005) zostały przyjęte przez 194 Państwa-Strony (w tym 193 państwa członkowskie WHO) w dniu 23 maja 2005 roku i weszły w życie 15 czerwca 2007 r. (Rezolucja WHA58.3). Poprzednie MPZ (z 1969 r.) były ukierunkowane na przeciwdziałanie chorobom zakaźnym. Początkowo dotyczyły: dżumy, cholery, żółtej gorączki, ospy prawdziwej, a po eradykacji ospy prawdziwej - jedynie trzech z w/w chorób. Stanowiły one rodzaj swoistych wytycznych i algorytmów postępowania. W połowie lat 90-tych ubiegłego wieku podjęto prace

nad nowymi przepisami, które odpowiadałyby aktualnym potrzebom nadzoru nad chorobami (nie tylko zakaźnymi), zagrażającymi w ruchu międzynarodowym. Głównym celem i założeniem aktualnych MPZ jest zapobieganie przypadkom rozprzestrzeniania się choroby na skalę międzynarodową, ochrona przed pojawianiem się takich przypadków oraz ich zwalczanie. Reagowanie systemu zdrowia publicznego na zagrożenia w myśl nowych przepisów ma być prowadzone w sposób proporcjonalny w stosunku do skali zagrożenia bez powodowania niepotrzebnych zakłóceń w międzynarodowym ruchu i handlu (art. 2 MPZ).

Obecny zakres działania MPZ obejmuje także wszelkie zagrożenia dla zdrowia tj.: zdarzenia radio-nuklearne, chemiczne, jak i katastrofy naturalne, w wyniku których może dojść do powstania epidemii. Krajowe systemy zdrowia publicznego powinny być przygotowane na nieoczekiwane, niezwykle zdarzenia, co wymusza ich dużą elastyczność i w większości krajów wymaga znacznych prac dostosowawczych. Dlatego też Światowa Organizacja Zdrowia wyznaczyła odpowiednie ramy czasowe na wdrożenie MPZ i dostosowanie krajowych systemów nadzoru zdrowia publicznego do aktualnych wymogów i doprowadzenia ich do stanu pełnej gotowości.

Podstawowym warunkiem pomyślnego wdrożenia MPZ jest zgodność krajowej legislacji z założeniami zawartymi w Przepisach. Każdy kraj został zobowiązany do wyznaczenia Krajowego Punktu Centralnego ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (KPC ds. MPZ) i władz odpowiedzialnych w ramach swoich kompetencji za wdrażanie MPZ (art. 4 MPZ). W świetle regulacji MPZ istnieją dwa rodzaje punktów kontaktowych:

- Krajowe Punkty Centralne ds. MPZ (National IHR Focal Point);
- Punkty Kontaktowe ds. MPZ Światowej Organizacji Zdrowia (WHO IHR Contact Point).

Krajowy Punkt Centralny do spraw Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych jest definiowany jako krajowy ośrodek wyznaczony przez każde państwo - stronę, dostępny o każdej porze dla potrzeb komunikacji z Punktem Kontaktowym ds. MPZ Światowej Organizacji Zdrowia. Dla potrzeb regionu europejskiego działa WHO IHR Contact Point - Euro z siedzibą w Kopenhadze (Dania). KPC ds. MPZ powinien być włączony w krajowy system zdrowia publicznego, przy czym WHO pozostawia państwom dowolność w tworzeniu ich struktury i organizacji.

Głównym zadaniem punktów jest utrzymanie bieżącej i efektywnej wymiany informacji dotyczących występujących zdarzeń. Komunikacja pomiędzy państwami - stronami a Punktem kontaktowym WHO odbywa się za pomocą telefonów, poczty elektronicznej oraz faksu.

Do dwunastu funkcji Krajowego Punktu Centralnego zalicza się:

- Zaangażowanie we współpracy z WHO w ocenę ryzyka w związku z wystąpieniem sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego o międzynarodowym zasięgu;



- Rozpowszechnianie informacji do odpowiednich resortów i sektorów rządowych dotyczących podstawowych wymogów i procedur związanych z MPZ lub przekazanie otrzymanych informacji innym jednostkom krajowym;
- Współpracę z władzami odpowiedzialnymi za punkty wejścia;
- Koordynację procesu oceny ryzyka krajowych zdarzeń mogących mieć wpływ lub będących zagrożeniem dla zdrowia publicznego;
- Bliską współpracę z krajowym systemem zarządzania kryzysowego;
- Pełnienie funkcji doradczej dla organów państwowych podczas zgłaszania zdarzenia zgodnie z art. 6 MPZ;
- Doradzanie urzędnikom państwowym w sprawach wdrażania MPZ;
- Zapewnienie oceny istniejących zdolności w zakresie nadzoru i reagowania oraz identyfikacja postępu czy rozwoju, włączając w to potrzebę szkoleń na poziomie krajowym;
- Współpracę z WHO przy zapewnieniu wsparcia w ramach programów interwencyjnych w zakresie zapobiegania lub przeciwdziałania epidemiom i innym zagrożeniom zdrowia publicznego;
- Informowanie o postępach w ocenie, planowaniu i ustanawianiu zdolności związanych z MPZ;
- Zarządzanie przekazywaniem wiadomości otrzymanych od WHO i władz krajowych i upublicznianie ich;
- Koordynację wymiany informacji wewnątrz kraju lub na poziomie regionalnym.

Spektrum zdarzeń o znaczeniu dla zdrowia, które objęte są powiadamianiem wg MPZ dotyczy zdarzeń spowodowanych przez czynniki biologiczne, radiacyjne i chemiczne oraz takie zdarzenia, których etiologia nie jest początkowo znana.

W Polsce KPC ds. MPZ został powołany w strukturach Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH w 2007 roku. NIZP-PZH został wskazany przez Ministerstwo Zdrowia w związku z posiadaniem odpowiedniego zaplecza ekspertów, pokrywającego prawie cały zakres tematyczny MPZ oraz szeregu akredytowanych laboratoriów specjalistycznych (w tym laboratorium BSL3), które biorą udział w diagnostyce związanej z wystąpieniem zagrożeń w Polsce. Istotne jest, że laboratoria te są w stanie bardzo szybko poszerzyć swoje działania i wprowadzić metodykę badań w odpowiedzi na wystąpienie nowych międzynarodowych zagrożeń, jak to miało miejsce w przypadku pandemii grypy w 2009 r., MERS-CoV w 2013 czy epidemii Ebola w 2014.

W związku z wykrywaniem, oceną (za pomocą instrumentu decyzyjnego zawartego w załączniku 2 do MPZ), zgłaszaniem, raportowaniem i reagowaniem na zdarzenia o potencjalnym międzynarodowym znaczeniu dla zdrowia publicznego, państwa są zobowiązane do spełnienia podstawowych wymogów związanych z nadzorem i reakcją służb zdrowia publicznego na poziomie lokalnym,

wojewódzkim i krajowym (załącznik 1 do MPZ). Pewne kluczowe zdolności przeciwdziałania zagrożeniom dla zdrowia publicznego powinny być zachowane również w desygnowanych punktach wejścia takich jak lotniska, porty i lądowe przejścia graniczne (załącznik 1b do MPZ).

Do 14 czerwca 2009 r. każdy kraj był zobowiązany do dokonania oceny krajowych struktur i zasobów pod względem możliwości dostosowania ich do minimalnych wymagań wynikających z Przepisów. Od tego momentu powinien być opracowany i wdrożony krajowy plan działania, aby zapewnić obecność i funkcjonowanie na poziomie co najmniej minimalnych wymagań systemu zdrowia publicznego, na całym terytorium państwa do 14 czerwca 2012 r.

Implementacja MPZ stanowiła dla krajów duże wyzwanie. Regionalne Biuro WHO dla Europy zgodnie ze swoimi zobowiązaniami (załącznik 1a, p. 3), wspierało kraje z rejonu europejskiego w ich wysiłkach we wdrażaniu MPZ. Polska w roku 2012 zadeklarowała obecność i funkcjonowanie na poziomie co najmniej minimalnych wymagań systemu zdrowia publicznego na całym terytorium państwa wymagane przez MPZ.

W przypadku MPZ system monitoringu zagrożeń występujących na różnych obszarach geograficznych wsparty jest międzynarodową gotowością do reagowania gdziekolwiek występują takie zagrożenia i opiera się na krajowych i regionalnych centrach dysponujących zapasami materiałów sanitarnych, sprzętu medycznego, leków i szczepionek oraz sieci instytucji i puli ekspertów. Regulacje są prawnym instrumentem w osiągnięciu możliwie najwyższego stopnia bezpieczeństwa przeciwko globalnemu szerzeniu się wszelkich zagrożeń zdrowotnych oraz ograniczania ich rozmiaru oraz skutków.

W 2000 r. WHO zainicjowało System Globalnego Ostrzegania i Reagowania na Zagrożenia - GOARN (Global Outbreak Alert and Response Network) oparty początkowo na sieci 67 instytucji współpracujących z WHO oraz międzynarodowych ekspertów gotowych do udzielenia pomocy. Sieć ewoluowała i w 2012 roku składała się już ze 153 instytucji/partnerów technicznych oraz 37 dodatkowych sieci, które łącznie obejmowały kolejnych 355 członków. Brak jest informacji na temat uczestnictwa polskich organizacji/institutów w akcjach pomocowych organizowanych przez GOARN.

### **Wzmocnienie krajowych zdolności w obszarze zdrowia publicznego w zakresie monitorowania i reagowania na zagrożenia**

Źródłem informacji dla KPC ds. MPZ jest krajowy system nadzoru nad chorobami zakaźnymi prowadzony przez PIS oraz inne systemy będące w kompetencji Ministerstwa Zdrowia (np. Główny Inspektorat Farmaceutyczny) lub innych

resortów m.in.: Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi (Państwowa Inspekcja Weterynaryjna), Ministerstwa Ochrony Środowiska, Ministerstwa Spraw Zagranicznych, Powiatowe i Wojewódzkie Centra Zarządzania Kryzysowego oraz Centra Zarządzania Kryzysowego Organów Administracji Publicznej.

Zdarzenie, które spełnia minimum dwa warunki, z czterech podanych w algorytmie, podlega obowiązkowemu zgłoszeniu do Punktu Kontaktowego ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych Światowej Organizacji Zdrowia.

W celu wzmocnienia kompetencji w zakresie reagowania na zagrożenia zarówno na szczeblu rządowym jak i wojewódzkim odbywają się szkolenia i ćwiczenia przygotowawcze na wypadek sytuacji kryzysowych. W ostatnim czasie poprawie ulega także współpraca międzyresortowa w tym zakresie.

W Polsce funkcjonuje kilka systemów międzynarodowych służących powiadamianiu o wystąpieniu zagrożeń, w tym: Europejski System Wczesnego Ostrzegania (Early Warning Response System (EWRS), Krajowy Punkt Centralny Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (IHR) oraz System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznej Żywności i Paszach (Rapid Alert System for Food and Feed (RASFF)).

Polska zgodnie z Decyzją Parlamentu Europejskiego i Rady NR 1082/2013/UE z dnia 22 października 2013 w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylającą decyzję nr 2119/98/WE, bierze też udział w spotkaniach Komitetu ds. Bezpieczeństwa Zdrowia. Komitet ten dość intensywnie organizował telekonferencje w czasie epidemii Ebola. Niestety na spotkania ze strony polskiej nie byli zapraszani ani przedstawiciele KPC ds. MPZ ani eksperci z NIZP-PZH lub innych instytucji będący zaangażowani w przygotowywanie działań prewencyjnych dotyczących możliwości zawleczenia przypadku zachorowania na Ebolę do kraju.

## Zabezpieczenie sanitarne przejść granicznych

W myśl aktualnych MPZ, wszystkie państwa członkowskie WHO, będące stronami MPZ, są zobowiązane do spełnienia szeregu nowych wymagań dotyczących m.in. zabezpieczenia sanitarnego na przejściach granicznych naziemnych (drogowych, kolejowych), portach i lotniskach.

Pierwszym z wymagań dotyczących punktów wejścia było zidentyfikowanie i wyznaczenie przez Państwa portów żeglugi międzynarodowej, które mogłyby być autoryzowane. Autoryzacja portów została zakończona 14 grudnia 2007 r. Termin ten wynikał z faktu, że do tego dnia były ważne wcześniej wydawane świadectwa - świadectwa deratyzacji statku - zgodnie z Międzynarodowymi Przepisami Zdrowotnymi z 1969 r.

Świadectwa sanitarne są wydawane w zależności od trzech możliwych wyników kontroli:

- Świadectwo Kontroli Statku i Zastosowanych Zabiegów Sanitarnych (Ship Sanitation Control Certificate - SSCC) - gdy w wyniku kontroli sanitarnej wykryto na statku zagrożenie dla zdrowia publicznego, włącznie ze źródłem zakażenia lub zanieczyszczenia i zastosowano odpowiednie działania zwalczające zagrożenie metodami uznanymi za skuteczne. Wszelkie wykryte źródła zagrożenia i ich rodzaj oraz zastosowane metody je zwalczające powinny być odnotowane w SSCC;
- Świadectwo Kontroli Statku i Zwolnienia z Zabiegów Sanitarnych (Ship Sanitation Control Exemption Certificate - SSCEC) - wydawane jest gdy na pokładzie statku nie znaleziono zagrożeń dla zdrowia publicznego oraz jednostka wydająca zaświadczenie jest pewna, że statek jest wolny od zakażeń lub skażeń, w tym śladów wektorów i rezerwuarów. Takie zaświadczenie może być wydane jedynie po przeprowadzonej kontroli statku w następujących warunkach: pustym luku towarowym lub kiedy zawiera on tylko balast;
- Przedłużenie Świadectwa Kontroli Statku i Zwolnienia z Zabiegów Sanitarnych (Extension of the Ship Sanitation Control Exemption Certificate - Extension) - wydawane jest jeśli kontrola zgodna z wytycznymi WHO lub wymagane środki kontrolne nie mogą być przeprowadzone w porcie, ale nie znaleziono dowodów na istnienie zakażenia lub skażenia. Odpowiednie władze mogą w takich sytuacjach wydać przedłużenie aktualnego świadectwa na okres jednego miesiąca, aby pozwolić statkowi zawinąć do portu, gdzie może być przeprowadzona odpowiednia kontrola lub zastosowane odpowiednie zabiegi sanitarne, aby móc wydać nowe świadectwo kontroli statku i zastosowanych zabiegów sanitarnych lub zwolnienia z zabiegów sanitarnych.

Sposób przeprowadzania kontroli opisują szczegółowo wytyczne WHO zawarte w „Podręczniku dla potrzeb kontroli i wydawania świadectw kontroli statków” (Handbook for Inspection of Ships and Issuance of Ship Sanitation Certificates) z 2011 r. znajdujące się na stronie internetowej WHO.

Przeprowadzenie kontroli, wydanie świadectwa kontroli statku, zastosowania lub zwolnienia z zabiegów sanitarnych oraz przedłużenie ważnego świadectwa możliwe jest jedynie w autoryzowanych portach. W Polsce autoryzację posiadają następujące porty: Gdańsk, Gdynia, Nowe Warpno, Świnoujście, Szczecin i Trzebież. Port w Kołobrzegu może wydawać Świadectwa Kontroli Statku i Zwolnienia z Zabiegów Sanitarnych lub przedłużenie świadectwa. Ponadto Przedłużenia Świadectwa Kontroli Statku mogą być wydawane w następujących portach: Darłowo, Nowe Warpno, Świnoujście, Szczecin i Trzebież.

Pełną listę portów przeprowadzających kontrole i/lub wydających odpowiednie świadectwa można znaleźć na stronie internetowej WHO. Lista ta jest na bieżąco aktualizowana i zawiera wszystkie porty morskie świata wraz z informacją o ich uprawnieniach.

Z listy autoryzowanych portów, każde państwo ma obowiązek desygnować wybrane porty. Desygnowany port musi mieć dostęp do odpowiedniego zaplecza medycznego oraz do wykwalifikowanego personelu i specjalistycznego sprzętu niezbędnego do zwalczania źródła zagrożenia dla zdrowia publicznego. W tak wyznaczonym porcie musi istnieć możliwość wykonania kontroli statku oraz zastosowania odpowiednich technik i metod eliminacji zagrożeń dla zdrowia publicznego związanych ze statkami.

Podobnie, jak ma to miejsce w przypadku statków morskich, także statki powietrzne mają podlegać kontrolom sanitarnym, po których wydawane będą odpowiednie świadectwa kontroli sanitarnej samolotów. Informację o autoryzacji i desygnowaniu portów lotniczych Polska przekazała do WHO w roku 2012 przed Mistrzostwami EURO2012. Do dnia dzisiejszego została utrzymana ta sama lista portów. Wyznaczone zostały następujące porty lotnicze:

- Port Lotniczy im. Chopina Warszawa - Okęcie;
- Port Lotniczy im. Jana Pawła II Kraków - Balice;
- Port Lotniczy im. NSZZ Solidarność Szczecin - Goleniów;
- Port Lotniczy S.A. im. M Kopernika Wrocław;
- Port Lotniczy im. Reymonta Sp. Z o.o. Łódź;
- Port Lotniczy im. Lecha Wałęsy Gdańsk;
- Port Lotniczy im. H. Wieniawskiego Poznań - Ławica.

## Zarządzanie ryzykiem

W Polsce w większości przypadków ocenę ryzyka dla wystąpienia określonych zdarzeń z zakresu chorób zakaźnych przeprowadza i udostępnia Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC). Od roku 2013 ECDC jest zobowiązane w określonych warunkach do prowadzenia takiej oceny zgodnie z artykułem 10 Decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady NR 1082/2013/UE z dnia 22 października 2013 r. w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylającą decyzję nr 2119/98/WE. Ponadto w zależności od zagrożenia ocena taka może być prowadzona przez Europejską Agencję ds. Bezpieczeństwa Żywności (European Food Safety Authority; EFSA).

## Badanie postępów we wdrażaniu Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych

Brak jest w Polsce wyczerpujących badań pozwalających na ocenę postępów we wdrażaniu MPZ na poziomie krajowym. Co roku poszczególne kraje, w tym Polska, wypełniają ankietę WHO dotyczącą implementacji przepisów MPZ w swoim

regionie. Jednak badanie to nie pozwala w pełni ocenić postępów we wdrażaniu MPZ w kraju, w tym zidentyfikować obszarów wymagających dalszej poprawy i rozwoju.

W 2013 roku KPC ds. MPZ przeprowadził w kraju badanie ankietowe dotyczące nadzoru nad chorobami zakaźnymi wśród pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych. Obecnie wyniki tego badania są opracowywane.

## PIŚMIENNICTWO

### 2.A.

1. Dyrektywa 2000/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2000 r. ustanawiająca ramy wspólnotowego działania w dziedzinie polityki wodnej. Dz.U. L 327 z 22.12.2000.
2. Dyrektywa 2006/118/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. w sprawie ochrony wód podziemnych przed zanieczyszczeniem i pogorszeniem ich stanu. Dz.U. L 372 z 27.12.2006.
3. Dyrektywa 2006/7/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 lutego 2006 r. dotycząca zarządzania jakością wody w kąpieliskach i uchylająca dyrektywę 76/160/WE. Dz.U. L 64 z 4.3.2006.
4. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/107/WE z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie arsenu, kadmu, niklu, rtęci i wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych w otaczającym powietrzu. Dz. Urz. UE L 23 z 26.01.2005.
5. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2008/105/WE z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie środowiskowych norm jakości w dziedzinie polityki wodnej, zmieniająca i w następstwie uchylająca dyrektywy Rady 82/176/EWG, 83/513/EWG, 84/156/EWG, 84/491/EWG i 86/280/EWG oraz zmieniająca dyrektywę 2000/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Dyrektywa 2008/105/WE w sprawie środowiskowych norm jakości w dziedzinie polityki wodnej. Dz.U. L 348/84 z 24.12.2008.
6. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2008/50/WE z dnia 21 maja 2008 roku w sprawie jakości powietrza i czystsze powietrze dla Europy. Dz. Urz. UE L 152 z 11.06.2008.
7. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2008/56/WE z dnia 17 czerwca 2008 r. ustanawiająca ramy działań Wspólnoty w dziedzinie polityki środowiska morskiego. Dz.U. L 189 z 18.07.2002.
8. Dyrektywa Rady NR 89/106/EWG z dnia 21 grudnia 1988 w sprawie zbliżenia przepisów prawnych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących wyrobów budowlanych. Dz.U. L 372 z 27.12.2006.
9. Dyrektywa Rady z dnia 12 grudnia 1991 r. dotycząca ochrony wód przed zanieczyszczeniami powodowanymi przez azotany pochodzące ze źródeł rolniczych (91/676/EWG). Dz.U. L 375/1 z 31.12.1991.
10. Dyrektywa Unii Europejskiej z 3 listopada 1998 r. dotycząca jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi nr 98/83/WE. Dz.U. L 330 z 5.12.1998.
11. Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2002/49/WE z dnia 25 czerwca 2002 r. odnoszącej się do oceny i zarządzania poziomem hałasu w środowisku. Dz. Urz. WE L 189 z 18.07.2002.

12. Environment and human health. Joint EEA-JRC report. EEA Report No 5/2013. European Environment Agency 2013.
13. Frontex. UniaEuropejska.org. Fundacja Koncept Europa.  
<http://uniaeuropa.org/frontex/>
14. Health and Environment In Europe: Progress Assessment. WHO Regional Office for Europe. World Health Organization 2010.
15. Konwencja o ochronie środowiska morskiego obszaru Morza Bałtyckiego. Dz.U. 2000 nr 28 poz. 346.
16. Konwencja wiedeńska o ochronie warstwy ozonowej. Dz.U. 1992 nr 98 poz. 488.
17. Konwencja z 1979 r. w sprawie transgranicznego zanieczyszczenia powietrza na dalekie odległości. Dz.U. 1988 nr 40, poz. 313.
18. Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych. <http://www.kidl.org.pl/>
19. Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego 2013/2015. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa.  
[http://rcb.gov.pl/wp-content/uploads/KPK-2013-2015.tj\\_.pdf](http://rcb.gov.pl/wp-content/uploads/KPK-2013-2015.tj_.pdf)
20. Napływ cudzoziemców ubiegających się o objęcie ochroną międzynarodową do Polski w latach 2009-2015, Urząd do Spraw Cudzoziemców, Warszawa 2015.
21. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny.  
<http://www.pzh.gov.pl>
22. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 7 sierpnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zarządzaniu kryzysowym. Dz.U. 2013 poz. 1166.
23. Polskie Centrum Akredytacji. Laboratoria badawcze  
<https://www.pca.gov.pl/akredytowane-podmioty/akredytacje-aktywne/laboratoria-badawcze/szukaj.html?fraza=narodowy+instytut+zdrowia+publicznego>
24. Program Państwowego Monitoringu Środowiska na lata 2013-2015. GIOŚ. Warszawa 2012.
25. Rozporządzenie (WE) Nr 1907/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r. w sprawie rejestracji, oceny, udzielania zezwoleń i stosowanych ograniczeń w zakresie chemikaliów (REACH) i utworzenia Europejskiej Agencji Chemikaliów, zmieniające dyrektywę 1999/45/WE oraz uchylające rozporządzenie Rady (EWG) nr 793/93 i rozporządzenie Komisji (WE) nr 1488/94, jak również dyrektywę Rady 76/769/EWG i dyrektywy Komisji 91/155/EWG, 93/67/EWG, 93/105/WE i 2000/21/WE. Dz.U. L 396 z 30.12.2006.
26. Rozporządzenie (WE) Nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt. Dz.U. L 191 z dnia 30.04.2004 r., 200-249, z późn. zm.
27. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy. Dz.U. poz. 817.
28. Rozporządzenie Ministra Środowiska z 12 listopada 2007 roku w sprawie zakresu i sposobu prowadzenia okresowych badań poziomów pól elektromagnetycznych w środowisku. Dz.U. 2007 nr 221 poz. 1645.
29. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 1 października 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych ujętych na mapach akustycznych oraz ich układu i sposobu prezentacji. Dz.U. 2007 nr 187 poz. 1340.
30. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 11 września 2012 r. w sprawie programów ochrony powietrza oraz planów działań krótkoterminowych. Dz.U. 2012 poz. 1028.
31. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 13 września 2012 r. w sprawie sposobu obliczania wskaźników średniego narażenia oraz sposobu oceny dotrzymania pułapu stężenia ekspozycji. Dz.U. 2012 poz. 1029.

32. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 13 września 2012 r. w sprawie dokonywania oceny poziomów substancji w powietrzu. Dz.U. 2012 poz. 1032.
33. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 14 czerwca 2007 r. w sprawie dopuszczalnych poziomów hałasu w środowisku. Dz. U. 2007 nr 120 poz. 826 z późn. zm.
34. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 14 sierpnia 2012 r. w sprawie krajowego celu redukcji narażenia. Dz.U. 2012 poz. 1030.
35. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 15 listopada 2011 r. w sprawie form i sposobu prowadzenia monitoringu jednolitych części wód powierzchniowych i podziemnych. Dz.U. 2011 nr 258 poz. 1550.
36. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie profilu wody w kąpielisku. Dz.U. nr 36 poz. 191.
37. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 2 sierpnia 2012 r. w sprawie stref, w których dokonuje się oceny jakości powietrza. Dz.U. 2012 poz. 914.
38. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie kryteriów wyznaczania wód wrażliwych na zanieczyszczenie związkami azotu ze źródeł rolniczych. Dz.U. 2002 nr 241 poz. 2093.
39. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 24 sierpnia 2012 r. w sprawie poziomów niektórych substancji w powietrzu. Dz.U. 2012 poz. 1031.
40. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 27 listopada 2002 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać wody powierzchniowe wykorzystywane do zaopatrzenia ludności w wodę przeznaczoną do spożycia. Dz.U. 2002 nr 204 poz. 1728.
41. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 30 października 2003 r., w sprawie dopuszczalnych poziomów pól elektromagnetycznych w środowisku oraz sposobów dotrzymania tych poziomów. Dz.U. 2003 nr 192 poz. 1883.
42. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 9 listopada 2011 r. w sprawie sposobu klasyfikacji stanu jednolitych części wód powierzchniowych oraz środowiskowych norm jakości dla substancji priorytetowych. Dz.U. 2011 nr 257 poz. 1545.
43. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 9 listopada 2011 r. w sprawie klasyfikacji stanu ekologicznego, potencjału ekologicznego i stanu chemicznego jednolitych części wód powierzchniowych. Dz.U. 2011 nr 258 poz. 1549.
44. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 lipca 1996 r. w sprawie wykazu jednostek upoważnionych do przeprowadzania badań materiałów i procesów technologicznych w celu ustalenia stopnia ich szkodliwości dla zdrowia oraz zakresu tych badań. Dz.U. 1996 nr 101 poz. 473.
45. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie wykazu stacji sanitarno-epidemiologicznych wykonujących badania laboratoryjne i pomiary ze wskazaniem obszaru. Dz.U. 2010 nr 55 poz. 336.
46. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2012 r. w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagenym w środowisku pracy. Dz.U. 2012 poz. 890.
47. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r. w sprawie ewidencji kąpielisk oraz sposobu oznakowania kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpeli. Dz.U. 2011 nr 91 poz. 527.
48. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Dz.U. 2007 nr 61 poz. 417 z późn. zm.
49. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpeli. Dz.U. 2011 nr 86 poz. 478.
50. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 528/2012 z dnia 22.05.2012 r. w sprawie udostępniania na rynku i stosowania produktów biobójczych. Dz.U. L 167 z 27.06.2012r.



51. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) NR 1107/2009 z dnia 21.10. 2009 r. dotyczące wprowadzania do obrotu środków ochrony roślin i uchylające dyrektywy Rady 79/117/EWG i 91/414/EWG. Dz.U. L 309 z 24.11.2009 r.
52. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1272/2008 z 16.12.2008 r. w sprawie klasyfikacji, oznakowania i pakowania substancji i mieszanin, zmieniające i uchylające dyrektywy 67/548/EWG i 1999/45/WE oraz zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1907/2006. Dz.U. L 353 z 31.12.2008.
53. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 396/2006 z dnia 23.02.2005 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych poziomów pozostałości pestycydów w żywności i paszy pochodzenia roślinnego i zwierzęcego oraz na ich powierzchni, zmieniające dyrektywę Rady 91/414/EWG. Dz.U. L 70 z dnia 16.03. 2005 r., 1-16, z późn. zm.
54. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 863/2007 z dnia 11.07.2007 r. ustanawiające mechanizm tworzenia zespołów szybkiej interwencji na granicy oraz zmieniające rozporządzenie (WE) nr 2007/2004 Rady w odniesieniu do tego mechanizmu i określające uprawnienia i zadania zaproszonych funkcjonariuszy.
55. Rozporządzenie Wykonawcze Komisji (UE) NR 1295/2014 z dnia 4.12.2014 r. zmieniające załącznik I do rozporządzenia (WE) nr 669/2009 w sprawie wykonania rozporządzenia (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie zwiększonego poziomu kontroli urzędowych przywozu niektórych rodzajów pasz i żywności nie pochodzących od zwierząt. Dz.U. L 349 z 5.12.2014 r.
56. Ustawa z dnia 20 lipca 1991 r. o Inspekcji Ochrony Środowiska. Dz.U. 2007 nr 44 poz. 287 z późn. zm.
57. Ustawa z dnia 25 lutego 2011 r. o substancjach chemicznych i ich mieszaninach. Dz.U. 2011 nr 63 poz. 322 z późn. zm.
58. Rozporządzenie Wykonawcze Komisji (UE) NR 788/2012 z dnia 31.08.2012 r. dotyczące wieloletniego skoordynowanego unijnego programu kontroli na lata 2013, 2014 i 2015, mającego na celu zapewnienie zgodności z najwyższymi dopuszczalnymi poziomami pozostałości pestycydów w żywności pochodzenia roślinnego i zwierzęcego oraz na jej powierzchni, a także mającego na celu ocenę narażenia konsumenta na te pozostałości. Dz.U. L 235 z 1.09.2012 r.
59. Rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 23 lipca 2008 roku w sprawie kryteriów i sposobu oceny stanu wód podziemnych. Dz.U. 2008 nr 143 poz. 896.
60. Stan środowiska w Polsce. Raport 2014. Główny Inspektorat Ochrony Środowiska. Biblioteka Monitoringu Środowiska. Warszawa 2014.
61. Środowisko Europy 2010-Stan i Prognozy. Synteza. Europejska Agencja Środowiska, Kopenhaga 2010.
62. Ustawa z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy. Dz.U. 2007 nr 89 poz. 589 z późn. zm.
63. Ustawa z dnia 13 września 2002 r. o produktach biobójczych. Dz.U. 2002 nr 175 poz. 1433 z późn. zm.
64. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dz.U. 1985 nr 12 poz. 49 z późn. zm.
65. Ustawa z dnia 18 lipca 2001 r. Prawo wodne. Dz.U. 2012 r poz. 145 z późn. zm.
66. Ustawa z dnia 18 grudnia 2003 r. o ochronie roślin. Dz.U. 2003 nr 11 poz. 94 z późn. zm.
67. Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia. Dz.U.2006 nr 171 poz. 1225 z późn. zm.
68. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy. Dz.U. 1974 nr 24 poz. 141 z późn. zm.
69. Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska. Dz.U. z 2008 nr 25 poz. 150 z późn. zm.

70. Ustawa z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko. Dz.U. 2008 nr 199 poz. 1227 z późn. zm.
71. Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków. Dz.U. 2006 nr 123 poz. 858 z późn. zm.
72. Ustawa z dnia 8 marca 2013 r. o środkach ochrony roślin. Dz.U. 2013 poz. 455 z późn. zm.

## 2.B.

1. Krajowy Plan Zarządzania Kryzysowego 2013/2015. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa. [http://rcb.gov.pl/wp-content/uploads/KPKZ-2013-2015.tj\\_.pdf](http://rcb.gov.pl/wp-content/uploads/KPKZ-2013-2015.tj_.pdf)
2. Ministerstwo Zdrowia. Departament Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych. <http://www.mz.gov.pl/kontakt/>
3. Narodowy Program Ochrony Infrastruktury Krytycznej 2015. <http://rcb.gov.pl/wp-content/uploads/Narodowy-Program-Ochrony-Infrastruktury-Krytycznej-2015-Dokument-G%C5%82%C3%B3wny-tekst-jednolity.pdf>
4. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 7 sierpnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zarządzaniu kryzysowym. Dz.U. 2013 poz. 1166.
5. Przygotowanie struktur obrony cywilnej do realizacji zadań w okresie wojny i pokoju. Informacja o wynikach kontroli. NIK 2012. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,3953,vp,5028.pdf>
6. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 2009 r. w sprawie określenia organów administracji rządowej, które utworzą centra zarządzania kryzysowego, oraz sposobu ich funkcjonowania. Dz.U. 2009 nr 226 poz. 1810.
7. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Szefa Obrony Cywilnej Kraju, szefów obrony cywilnej województw, powiatów i gmin. Dz.U. 2002 nr 96 poz. 850.
8. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa. <http://rcb.gov.pl/>
9. Sienkiewicz-Matyjurek K, Krynojewski F. Zarządzanie kryzysowe w administracji publicznej. Difin 2010. [http://www.ksiegarniasgh.pl/imgs\\_upload/Zarzadzanie%20kryzysowe-fragment.pdf](http://www.ksiegarniasgh.pl/imgs_upload/Zarzadzanie%20kryzysowe-fragment.pdf)
10. Ustawa z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej. Dz.U. 2004 nr 241 poz. 2416.
11. Współpraca z jednostkami publicznymi. [w:] Księga dobrych praktyk w zakresie zarządzania ciągłością działania. Kaszubski RW, Romaniuk D (red). Związek Banków Polskich, Warszawa 2012: 145-165.
12. Zarządzanie kryzysowe. Obieg informacji i rola RCB w systemie zarządzania kryzysowego. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa. <http://rcb.gov.pl/zarzadzanie-kryzysowe/>
13. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2015 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia. <http://www.bip.mz.gov.pl/ministerstwo-zdrowia/regulamin/>
14. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie powołania Zespołu Zarządzania Kryzysowego. <http://www.infor.pl/akt-prawny/U04.2014.028.0000076,zarzadzanie-ministra-zdrowia-w-sprawie-powolania-zespolu-zarzadzania-kryzysowego.html>

## 2.C.

1. Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne 2005. Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce. <http://who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=106&wid=14&wai=&year=&back=%2Faktualnosci.php%3Fwid%3D14>
2. WHA58.3 Revision of the International Health Regulations. [w:] World Health Organization. Fifty-eight World Health Assembly. Resolutions and decisions. Geneva, 16-25 May 2005.
3. Europejski System Wczesnego Ostrzegania (Early Warning Response System (EWRS)). European Commission. [https://ec.europa.eu/health/communicable\\_diseases/early\\_warning\\_en](https://ec.europa.eu/health/communicable_diseases/early_warning_en)
4. Food and Feed Safety Alerts - RASFF. European Commission. [https://ec.europa.eu/food/safety/rasff\\_en](https://ec.europa.eu/food/safety/rasff_en)
5. Handbook for Inspection of Ships and Issuance of Ship Sanitation Certificates. International Health Regulations Coordination (2005). WHO 2011. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44594/1/9789241548199\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44594/1/9789241548199_eng.pdf)
6. Global Outbreak Alert and Response Network GORAN. WHO. [http://www.who.int/ihr/alert\\_and\\_response/outbreak-network/en/](http://www.who.int/ihr/alert_and_response/outbreak-network/en/)
7. Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1082/2013/UE z dnia 22 października 2013 r. w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylająca decyzję nr 2119/98/WE. Dz. Urz. Unii Europejskiej L 293/1, 5.11.2013.
8. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). <http://ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx>
9. European Food Safety Authority (EFSA). <https://www.efsa.europa.eu/>
10. Burek W. Zmiana sposobu realizacji kompetencji prawotwórczych przez Światową Organizację Zdrowia. [w:] Problemy Współczesnego Prawa Międzynarodowego, Europejskiego i Porównawczego. Burek W, Filipek P, Kamarat E (red). Instytut Europejski Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014; 12: 73-83.
11. Kicman-Gawłowska A. Krajowy punkt centralny ds. międzynarodowych przepisów zdrowotnych. Przegl Epidemiol 2009; 63: 143 - 147.
12. Krajowy Punkt Kontaktowy Systemu Wczesnego Ostrzegania i Reagowania (EWRS). <http://gis.gov.pl/zdrowie/transgraniczne-zagrozenia-zdrowia-publicznego/punkt-kontaktowy-ewrs-choroby-inne-niz-zakazne>
13. Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1082/2013/UE z dnia 22 października 2013 r. w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylająca decyzję nr 2119/98/WE. Dz. Urz. UE L 293/1. 5.11.2013.



# EPHO 3

## Ochrona zdrowia, w tym bezpieczeństwo środowiskowe, w pracy, żywności

Jakub Bratkowski<sup>1</sup>, Joanna Gajda-Wyrębek<sup>1</sup>, Małgorzata Gajewska<sup>1</sup>,  
Katarzyna Góralczyk<sup>1</sup>, Danuta Koradecka<sup>2</sup>, Bożena Krogulska<sup>1</sup>,  
Magdalena Krysińska<sup>1</sup>, Jan K. Ludwicki<sup>1</sup>, Anna Mokrzycka<sup>3</sup>,  
Olga Partyka<sup>1</sup>, Małgorzata Pęciłło-Pacek<sup>2</sup>, Jacek Postupolski<sup>1</sup>,  
Dariusz Poznański<sup>4</sup>, Krzysztof Skotak<sup>1</sup>, Paweł Struciński<sup>1</sup>,  
Wojciech Szczęśniak<sup>4</sup>, Anna Zielińska<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

<sup>2</sup> Centralny Instytut Ochrony Pracy-Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa

<sup>3</sup> Uniwersytet Jagielloński - Collegium Medicum, Kraków

<sup>4</sup> Ministerstwo Zdrowia, Warszawa

<sup>5</sup> Instytut Transportu Samochodowego, Warszawa

### 3.A. Ochrona zdrowia środowiskowego

- Najważniejsze czynniki zagrożenia środowiskowego
- Ocena ryzyka w zakresie zdrowia środowiskowego
- Współpraca krajowa i międzynarodowa dotycząca sprawozdawczości w dziedzinie środowiskowych czynników ryzyka
- Ochrona zdrowia środowiskowego w zakresie mieszkalnictwa
- Skuteczność kar i działań podejmowanych w celu zapobiegania szkodom w środowisku

### 3.B. Ochrona zdrowia w miejscu pracy

- Bezpieczeństwo i czynniki ryzyka w miejscu pracy
- Organizacja nadzoru nad przestrzeganiem prawa pracy
- Ochrona zdrowia w miejscu pracy w krajowych dokumentach strategicznych
- Regulacje prawne odnoszące się do ochrony zdrowia w miejscu pracy
- Służba medycyny pracy
- Profilaktyczna opieka zdrowotna i promocja zdrowia w miejscu pracy
- Czynniki oraz procesy pracy stwarzające szczególne zagrożenie dla zdrowia lub życia
- Ocena ryzyka w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy
- System raportowania ryzyk zawodowych i inspekcja w miejscu pracy

### 3.C. Bezpieczeństwo żywności

- Ramy instytucjonalne dla ochrony żywności
- Krajowa polityka bezpieczeństwa żywności
- Przepisy dotyczące bezpieczeństwa żywności
- Ocena ryzyka w zakresie bezpieczeństwa żywności
- Przepływ informacji na temat czynników ryzyka
- Dostęp do odpowiednich badań naukowych w ramach rozwijającej się bazy wiedzy oraz szkolenia w zakresie oceny ryzyka
- Monitoring w zakresie bezpieczeństwa żywności
- Szkolenia dla inspektorów żywności
- Wykonywanie audytów na podstawie ryzyka
- Ocena wpływu na zdrowie zagrożeń bezpieczeństwa żywności oraz ryzyka, na podstawie zanieczyszczeń biologicznych i chemicznych w łańcuchu żywnościowym
- Koordynacja działań w zakresie bezpieczeństwa żywności
- Zarządzanie ryzykiem w zakresie bezpieczeństwa żywności oraz ograniczanie go

### 3.D. Bezpieczeństwo pacjenta

- Międzynarodowe zalecenia w sprawie przestrzegania bezpieczeństwa pacjenta
- Nadzór nad bezpieczeństwem stosowania leków

- Monitorowanie niepożądanych odczynów poszczepiennych
- Kontrola zakażeń i chorób zakaźnych związanych z udzieleniem świadczeń zdrowotnych
- Przepisy prawne i ramy instytucjonalne dla zapewnienia praw pacjenta
- Działalność Rzecznika Praw Pacjenta oraz ocena przestrzegania praw pacjenta

### 3.E. Bezpieczeństwo drogowe

- Wypadki drogowe w Polsce i ich skutki
- Ramy instytucjonalne bezpieczeństwa drogowego
- Narodowy Program Badań Ruchu Drogowego
- Finansowanie bezpieczeństwa ruchu drogowego
- System informacji bezpieczeństwa ruchu drogowego
- System zbierania danych o wypadkach drogowych
- Prace badawcze i instytucje zajmujące się badaniami ruchu drogowego
- Zarządzanie ryzykiem w zakresie bezpieczeństwa ruchu drogowego oraz ograniczanie go
- Zarządzanie bezpieczeństwem infrastruktury drogowej
- Nadzór nad zachowaniem uczestników ruchu drogowego

### 3.F. Bezpieczeństwo produktów konsumenckich

- Regulacje prawne odnoszące się do produktów konsumenckich
- Ramy instytucjonalne dla bezpieczeństwa produktów konsumenckich
- Nadzór nad ogólnym bezpieczeństwem produktów
- Zarządzanie ryzykiem w zakresie bezpieczeństwa produktów oraz ograniczanie go
- Monitorowanie bezpieczeństwa produktów konsumenckich
- Obowiązki producentów w zakresie bezpieczeństwa produktów
- Prawa konsumenta
- Informacje o produktach niebezpiecznych
- Krajowy system monitorowania wypadków konsumenckich
- Systemy ostrzegania o produktach niebezpiecznych
- Źródła informacji dotyczących bezpieczeństwa produktów

## WYKAZ SKRÓTÓW

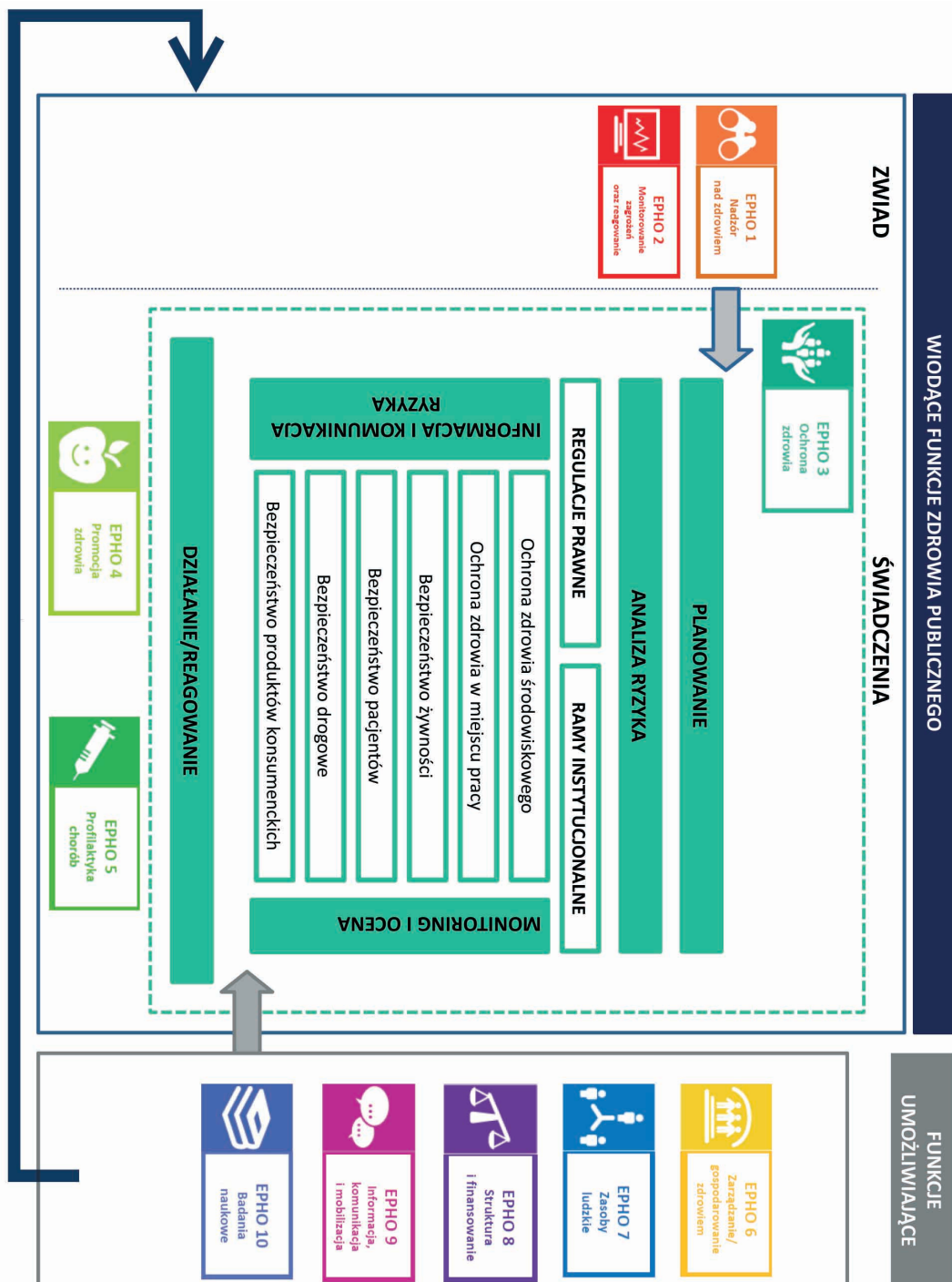
- AC - ubezpieczenie auto-casco
- AIRBASE - the European Air Quality Database
- BRD - bezpieczeństwo ruchu drogowego
- CANARD - Centrum Automatycznego Nadzoru nad Ruchem Drogowym
- CARE - Community database on Accidents on the Roads in Europe
- CE - Conformité Européenne
- COIE - Centrum Obsługi Inwestorów i Eksporterów
- EAŚ - Europejska Agencja ds. Ochrony Środowiska
- EFSA - European Food Safety Authority  
(Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności)
- EMEP - European Monitoring and Evaluation Programme  
(Europejski Program Monitorowania i Ewaluacji)
- ERSO - European Road Safety Observatory  
(Europejskie Obserwatorium Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego)
- ESAW - European Statistics on Accidents at Work  
(Europejskie Statystyki Wypadków przy Pracy)
- EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work  
(Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy)
- GDDKiA - Generalna Dyrekcja Dróg Krajowych i Autostrad
- GIOŚ - Główny Inspektorat Ochrony Środowiska
- GIS - Główny Inspektorat Sanitarny
- GITD - Główny Inspektorat Transportu Drogowego
- GMO - genetically modified organism
- GUS - Główny Urząd Statystyczny
- HACCP - Hazard Analysis and Critical Control Points  
(analiza zagrożeń i krytyczne punkty kontroli)
- HELCOM - Helsinki Commission, Baltic Marine Environment Protection Commission  
(Komisja Helsińska, Komisja Ochrony Środowiska Morskiego Bałtyku)
- ICD-10 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems  
(Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych)
- ICD-9 - International classification system for surgical, diagnostic and therapeutic procedures  
(Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych)
- ICSMS - Information and Communication System for Market Surveillance



---

IH	- Inspekcja Handlowa
IMGW-PIB	- Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej-Państwowy Instytut Badawczy
IOŚ	- Inspekcja Ochrony Środowiska
IRTAD	- International Road Traffic and Accident Database
JCW	- jednolite części wód
KE	- Komisja Europejska
KRBRD	- Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego
KZGW	- Krajowy Zarząd Gospodarki Wodnej
MAIS	- Maximum Abbreviated Injury Scale
MANCP	- Multi Annual National Control Plan (Zintegrowany Wieloletni Plan Kontroli dla Polski)
MRiRW	- Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi
MŚ	- Ministerstwo Środowiska
MZ	- Ministerstwo Zdrowia
NCBR	- Narodowe Centrum Badań i Rozwoju
NDN	- najwyższe dopuszczalne natężenie
NDS	- najwyższe dopuszczalne stężenie
NFZ	- Narodowy Fundusz Zdrowia
NIZP-PZH	- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny
NOP	- niepożądany odczyn poszczepienny
OC	- ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej
OECD	- Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
PGIS	- Państwowy Graniczny Inspektor Sanitarny
PIORiN	- Państwowa Inspekcja Ochrony Roślin i Nasiennictwa
PIP	- Państwowa Inspekcja Pracy
PIS	- Państwowa Inspekcja Sanitarna
PMŚ	- Państwowy Monitoring Środowiska
POBR	- Polskie Obserwatorium Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego
POLIŚ	- Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko
PPIS	- Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
PRM	- Państwowe Ratownictwo Medyczne
RAPEX	- the Rapid Exchange of Information System (system ostrzegania o produktach niebezpiecznych)
RASFF	- the Rapid Alert System for Food and Feed (System Wczesnego Ostrzegania o Niebezpiecznych Produktach Żywnościowych i Środkach Żywnienia Zwierząt)
RID	- Rozwój Innowacji Drogowych
RZGW	- Regionalny Zarząd Gospodarki Wodnej

- SEWiK - System Ewidencji Wypadków i Kolizji
- SOR - szpitalny oddział ratunkowy
- UE - Unia Europejska
- UOKiK - Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów
- WHO - World Health Organization
- WIOŚ - Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska
- WORD - Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego
- WSSE - Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
- ZRM - zespoły ratownictwa medycznego
- ZUS - Zakład Ubezpieczeń Społecznych



**Schemat EPHO 3.**

Opracowanie własne na podstawie European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services (WHO, 2012 EUR/RC 62/Conf. Doc/6 Rev.2) oraz Nurse J. Health 2020 and Strengthening Public Health Services and Capacity in Europe (Slovenia, 2013)

Trzecia funkcja zdrowia publicznego (EPHO 3) związana jest z dostarczaniem świadczeń zdrowotnych w kontekście: (a) ochrony zdrowia środowiskowego, (b) zapewnienia zdrowia pracujących, (c) bezpieczeństwa żywności, (d) bezpieczeństwa pacjenta, (e) bezpieczeństwa drogowego oraz (f) bezpieczeństwa produktów konsumenckich.

Poprawa sytuacji zdrowotnej powinna odbywać się z aktywnym udziałem członków danej społeczności poprzez rozwój umiejętności, rozbudowę zasobów oraz infrastruktury organizacyjnej i społecznej.

O ile to możliwe ryzyka powinny być szacowane dla różnych grup społecznych w celu zidentyfikowania nierówności w ekspozycji na ryzyko.

Działania w tym obszarze dotyczą głównie potencjału systemowego do rozwijania mechanizmów regulacyjnych oraz egzekwowania istniejącego prawa w celu ochrony zdrowia populacji.

## 3A. Ochrona zdrowia środowiskowego

Współpraca sektorów ochrony środowiska i zdrowotnego ma istotne znaczenie zarówno dla ochrony zdrowia przed zagrożeniami wynikającymi ze szkodliwego lub skażonego środowiska, jak i tworzenia warunków fizycznych i społecznych promujących zdrowie. Korzyści zdrowotne wynikające z gospodarki niskoemisyjnej i korzystne skutki zdrowotne polityki dotyczącej środowiska naturalnego omawiano podczas Konferencji Narodów Zjednoczonych nt. Zrównoważonego Rozwoju (Rio +20).

WHO szacuje, że obciążenie chorobami środowiskowymi na kontynencie europejskim odpowiada za 15-20% wszystkich zgonów oraz za 18-20% lat życia skorygowanych niesprawnością. Największym problemem zdrowotnym w Europie (w tym w Polsce) jest zanieczyszczenie powietrza (w tym powietrza wewnątrz pomieszczeń), wody (powierzchniowe, podziemne i przeznaczone do spożycia), chemikalia (np. pestycydy), radon, promieniowanie, hałas oraz zmiany klimatyczne (w tym susze, fale upałów, zjawiska ekstremalne i choroby wektorowe).

### Środowisko

ogół elementów przyrodniczych, w tym także przekształconych w wyniku działalności człowieka, a w szczególności powierzchnia ziemi, kopaliny, wody, powietrze, krajobraz, klimat oraz pozostałe elementy różnorodności biologicznej, a także wzajemne oddziaływania pomiędzy tymi elementami

*Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo Ochrony Środowiska*

### Zanieczyszczenie środowiska

emisja, która może być szkodliwa dla zdrowia ludzi lub stanu środowiska, może powodować szkodę w dobrach materialnych, może pogarszać walory estetyczne środowiska lub może kolidować z innymi, uzasadnionymi sposobami korzystania ze środowiska

*Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo Ochrony Środowiska*

## Najważniejsze czynniki zagrożeń środowiskowych

Najważniejsze czynniki zagrożeń środowiskowych definiowane są jako:

- Zanieczyszczenie powietrza - powietrze znajdujące się w troposferze, z wyłączeniem wnętrz budynków i miejsc pracy;
- Hałas - dźwięki o częstotliwościach od 16 Hz do 16 000 Hz;
- Chemikalia - pestycydy i produkty biobójcze oraz substancje chemiczne rozumiane jako pierwiastki chemiczne i ich związki w stanie, w jakim występują w przyrodzie lub zostają uzyskane za pomocą dowolnego procesu produkcyjnego, ze wszystkimi dodatkami wymaganymi dla zachowania ich trwałości oraz wszystkimi zanieczyszczeniami powstałymi w wyniku zastosowanego procesu (definicja przyjęta na potrzeby opracowania);
- Pola elektromagnetyczne - pola elektryczne, magnetyczne oraz elektromagnetyczne o częstotliwościach z zakresu od 0 Hz do 300 GHz;
- Zanieczyszczenie wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi - (a) woda w stanie pierwotnym lub po uzdatnieniu, przeznaczona do picia, przygotowania żywności lub innych celów domowych, niezależnie od jej pochodzenia i od tego, czy jest dostarczana z sieci dystrybucyjnej, cystern, w butelkach lub pojemnikach; (b) woda wykorzystywana przez przedsiębiorstwo produkcji żywności do wytworzenia, przetworzenia, konserwowania lub wprowadzania do obrotu produktów albo substancji przeznaczonych do spożycia przez ludzi;
- Zanieczyszczenie wody w kąpieliskach - (a) woda w jednolitych częściach wód (JCW) przeznaczonych do celów rekreacyjnych z wyłączeniem basenów pływakich oraz uzdrowiskowych, zamkniętych zbiorników wodnych podlegających oczyszczaniu lub wykorzystywana w celach terapeutycznych, sztucznych oraz zamkniętych zbiornikach wodnych oddzielonych od wód powierzchniowych i wód podziemnych; (b) wyznaczony uchwałą rady gminy, wydzielony i oznakowany fragment wód powierzchniowych, wykorzystywany przez dużą liczbę osób kąpiących się;
- Zmiany klimatyczne - nie są ściśle definiowane, głównie ze względu na wiele czynników ryzyka mogących wpłynąć na zdrowie. W tym przypadku, monitorowanie i ocena poszczególnych czynników ryzyka, w zależności od celu, jest każdorazowo definiowana i uwzględniona przy analizie poszczególnych komponentów środowiska (np. meteorologia i kwestie klimatyczne, powietrze atmosferyczne, woda, gleba, chemikalia itd.). Obecnie największy nacisk kładzie się nie na śledzenie samych zmian klimatu, ale na działania adaptacyjne, które wymagają przeprowadzenia na podstawie wyników badań ogólnej oceny stanu i tendencji zmian w poszczególnych regionach kraju. Zagadnienia w tym zakresie, z uwzględnieniem podziału zadań i obowiązków dla poszczególnych

resortów (w tym resortu zdrowia) dotyczących monitorowania i oceny, uwzględnionych w dokumencie Ministerstwa Środowiska pt. „Strategiczny plan adaptacji dla sektorów i obszarów wrażliwych na zmiany klimatu do roku 2020 z perspektywą do roku 2030”, który nie jest dokumentem prawnym. W przygotowaniu tego dokumentu reprezentując resort zdrowia, brał udział przedstawiciel Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny.

Kontakt człowieka z wyżej wymienionymi czynnikami ryzyka stwarza zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi oraz może powodować znaczną uciążliwość pośrednio przyczyniającą się do pogorszenia stanu zdrowia. Narażenie na czynniki ryzyka opisywane jest wielkością, czasem i częstotliwością ekspozycji. Do oceny poziomu zagrożenia zdrowia człowieka wykorzystuje się różne metody i scenariusze narażenia w zależności od właściwości fizyko-chemicznych i toksykologicznych czynników ryzyka, a także warunków dyspersji zanieczyszczeń w środowisku oraz wielkości ich emisji i wytwarzania, a w przypadku chemikaliów również stosowania. Odmienne są również systemy zarządzania ryzykiem, informowania o zagrożeniu, przewidywania skutków zagrożenia oraz podejmowane działania w celu obniżenia poziomu ryzyka i przydzielone odpowiedzialności i kompetencje instytucjonalne.

## Ocena ryzyka w zakresie zdrowia środowiskowego

### Jakość powietrza atmosferycznego

Wyniki prowadzonych badań i ocen jakości powietrza atmosferycznego umożliwiają śledzenie zmian w zakresie zakwaszenia i eutrofizacji środowiska na skutek suchej i mokrej depozycji zanieczyszczeń do podłoża, ocenę skuteczności podejmowanych działań na rzecz poprawy jakości powietrza i ograniczenia ryzyka dla zdrowia oraz ochrony warstwy ozonowej nad Polską i Europą. Dane te stanowią podstawę do zarządzania jakością powietrza w kraju m.in. poprzez opracowywanie i wdrażanie programów ochrony powietrza oraz planów działań krótkoterminowych, do formułowania i kontroli realizacji strategii ochrony powietrza na poziomie kraju.

Wyniki pojedynczych badań oraz roczne oceny jakości powietrza są wykorzystywane w kraju przez zarządy województw do opracowania i aktualizacji programów ochrony powietrza w strefach wskazanych do ich wykonania oraz do monitorowania skuteczności wcześniej opracowanych programów.

Programy ochrony powietrza, m.in. ze względu na luki w przepisach prawnych, nie uwzględniają oceny ryzyka zdrowotnego ani nie szacują skutków zdrowot-

nych, pomimo że zgodnie z prawem powinny określać działania ochronne dla grup ludności wrażliwych na przekroczenie wartości normatywnych, obejmujących w szczególności osoby starsze i dzieci. Programy ochrony ograniczają się do zaleceń, ale nie zawierają obowiązku ich wdrożenia. Zalecenia te dotyczą najczęściej ograniczenia emisji zanieczyszczeń do atmosfery u źródła, pomijając całkowicie możliwe działania ograniczające ryzyko dla zdrowia. Żadna jednostka resortu zdrowia, w tym Wojewódzkie Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne (WSSE), nie jest włączona w proces tworzenia, zatwierdzania i wdrażania programów ochrony powietrza. Nie ma również prawnego wymogu konsultacji programów ochrony powietrza z instytucjami resortu zdrowia.

Wyniki ocen wykonane corocznie przez WIOŚ służą przede wszystkim do wykonania zbiorczych ocen jakości powietrza w Polsce i wyznaczenia obszarów wymagających opracowania Programów Ochrony Powietrza. Wszystkie wyniki pomiarów pochodzące ze stacji monitoringu jakości powietrza są gromadzone w krajowej bazie danych, działającej w ramach Systemu informatycznego SI EKOINFONET.

## Hałas

Zarządzanie ochroną przed hałasem odbywa się z uwzględnieniem instrumentów planowania przestrzennego oraz ochrony środowiska, takich jak mapy akustyczne i programy ochrony przed hałasem oraz rozwiązań technicznych ukierunkowanych na źródła emisji (transport, przemysł) lub minimalizujące oddziaływanie (np. ekrany akustyczne).

Ocena narażenia populacyjnego uwzględniana jest przy opracowywaniu map akustycznych, zawierających m.in. identyfikację terenów i liczbę ludności zagrożonej hałasem, analizę trendów zmian stanu akustycznego środowiska, opis działań w zakresie ochrony przed hałasem oraz zmienność przestrzenną poziomu hałasu emitowanego z poszczególnych źródeł z zaznaczeniem terenów, na których występuje przekroczenie dopuszczalnych poziomów, z odniesieniem do miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego.

Żadna jednostka resortu zdrowia (w tym MZ i GIS), nie jest włączona prawnie w system zarządzania ochroną przed hałasem w środowisku (z wyjątkiem opinii do niektórych decyzji).

## Chemikalia

Ochrona środowiska i zdrowia człowieka przed zagrożeniami, jakie mogą stanowić substancje chemiczne, przy jednoczesnym zwiększeniu konkurencyjności wspólnotowego sektora chemikaliów wymagały uregulowań prawnych w obszarze gospodarki chemikaliami, z wyłączeniem środków ochrony roślin, produktów



biobójczych, produktów leczniczych, kosmetyków i dodatków do żywności oraz pasz. Zasady gospodarki chemikaliami przeniosły ciężar wykonywania oceny ryzyka dla substancji chemicznych z instytucji publicznych Państw Członkowskich na przedsiębiorców. Wprowadzono m.in. obowiązek rejestrowania substancji chemicznej w jej postaci własnej, w preparacie czy w wyrobie, jeżeli wielkość jej produkcji lub importu wynosi co najmniej 1 tonę na rok oraz procedury uzyskiwania zezwoleń mających na celu zagwarantowanie, aby ryzyko związane z substancjami stanowiącymi bardzo duże zagrożenie było odpowiednio kontrolowane oraz by substancje te były sukcesywnie zastępowane przez odpowiednie rozwiązania alternatywne. System oceny jest narzędziem służącym do ochrony zdrowia ludzkiego i środowiska przed niedopuszczalnym ryzykiem spowodowanym przez chemikalia, zapewniający ponadto wysoki poziom bezpieczeństwa na stanowisku pracy.

Obszar związany ze stosowaniem chemicznych środków ochrony roślin (pestycydów) regulowany jest w dwóch sferach. Pierwsza obejmuje uregulowania prawne i działania związane z procesem rejestracji i wydawania zezwoleń na obrót i stosowanie środków ochrony roślin. Przepisy prawne nakładają obowiązek na producentów i podmioty zajmujące się wprowadzaniem do obrotu i/lub obrotem środkami ochrony roślin przedstawienia dokumentacji badań w celu udowodnienia, że dany środek jest bezpieczny dla ludzi i środowiska oraz skuteczny przy zwalczaniu szkodników. Organem odpowiedzialnym w Polsce za wydawanie zezwoleń na stosowanie i wprowadzanie do obrotu środków ochrony roślin jest Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Druga sfera obejmuje nadzór nad stosowaniem środków ochrony roślin i obecnością ich pozostałości w płodach rolnych oraz środkach spożywczych w celu zapewnienia, że pozostałości pestycydów nie będą występowały na poziomach stanowiących niedopuszczalne ryzyko dla ludzi i w pewnych przypadkach dla zwierząt. Zapobieganie zagrożeniom związanym z obrotem i stosowaniem środków ochrony roślin realizowane jest m.in. poprzez prowadzenie rejestru oraz kontrolowanie podmiotów prowadzących konfekcjonowanie lub obrót środkami ochrony roślin oraz kontrolę jakości środków ochrony roślin i prawidłowości stosowania tych środków. Działania te koordynuje Państwowa Inspekcja Ochrony Roślin i Nasiennictwa (PIORiN). W przypadku zarządzania ryzykiem związanym z obecnością pozostałości pestycydów w żywności jednostką odpowiedzialną w tym obszarze jest Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS) wraz z podległymi jej akredytowanymi laboratoriami WSSE.

Określenie jednolitych zasad zatwierdzania substancji czynnych, które mogą być stosowane w produktach biobójczych i zakresu ich stosowania stanowi podstawę działań w zakresie zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzi i zwierząt oraz środowiska. Za koordynację tych działań odpowiedzialny jest minister właściwy do spraw zdrowia, który powołał w tym celu Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

## Pole elektromagnetyczne

Wojewódzki Inspektor Ochrony Środowiska (WIOŚ) prowadzi aktualizowany corocznie rejestr zawierający informacje o terenach, na których stwierdzono przekroczenie dopuszczalnych poziomów pól elektromagnetycznych w środowisku, z wyszczególnieniem przekroczeń dotyczących terenów przeznaczonych pod zabudowę mieszkaniową oraz miejsc dostępnych dla ludności.

Żadna jednostka resortu zdrowia (w tym MZ i GIS), nie jest włączona prawnie w system zarządzania ochroną przez promieniowaniem elektromagnetycznym w środowisku.

## Woda

Zarządzanie ryzykiem w ujęciu ochrony wód powierzchniowych i podziemnych wykonywane jest przede wszystkim przez jednostki resortu środowiska oraz dodatkowo przez jednostki resortu zdrowia w zakresie ujęć służących do zaopatrzenia ludności w wodę i kąpielisk.

Organy administracji planują i realizują działania w zakresie ochrony poziomu jakości wód uwzględniające obszary zlewni hydrograficznych. Zarządzanie ryzykiem wód powierzchniowych odbywa się również poprzez kontrolę gospodarowania wodami, w tym kontrolę stanu realizacji planów i programów dotyczących gospodarki wodnej, korzystania z wód, ochrony wód przed zanieczyszczeniem, przestrzegania nałożonych na właścicieli gruntów obowiązków oraz ograniczeń, przestrzegania warunków obowiązujących w ustanowionych strefach i obszarach ochronnych, stanu jakości wody ujmowanej do zaopatrzenia ludności oraz wody w kąpieliskach. Kontrolę tę, w ramach własnych kompetencji wykonują: Prezes Krajowego Zarządu Gospodarki Wodnej oraz Dyrektorzy Regionalnych Zarządów Gospodarki Wodnej, PIS oraz IOŚ.

Na podstawie wyników pomiarów jakości wód podziemnych prowadzona jest optymalizacja działań związanych z ochroną i gospodarowaniem zasobami wód podziemnych (prowadzonych głównie w kierunku ograniczenia oddziaływania na obszary ich zasilania poprzez tworzenie obszarów ochronnych zbiorników wód śródlądowych), mających na celu utrzymanie lub osiągnięcie dobrego stanu wód podziemnych oraz zmniejszanie ryzyka zanieczyszczenia tych wód.

Dane gromadzone w ramach systemów monitoringu jakości wody przeznaczonej do spożycia oraz materiałów kontaktujących się z nią są wykorzystywane do bieżącej okresowej oceny, a w konsekwencji do podejmowania przez różne jednostki organizacyjne odpowiednich działań mających na celu przeciwdziałanie (prewencję) i ograniczanie negatywnych skutków zdrowotnych. Do takich działań zalicza się m.in. ustanawianie stref ochronnych ujęć wody, a także obszary ochronne zbiorników wód śródlądowych, gdzie obowiązują zakazy, nakazy

i ograniczenia w zakresie użytkowania gruntów oraz korzystania z wody. Poprawa stanu zasobów wodnych, a co za tym idzie poprawa możliwości korzystania z nich, realizowana jest również poprzez określone działania planistyczne.

Obszary w ramach JCW (tzw. jednolite części wód), które mogą być źródłem zaopatrzenia w wodę przeznaczoną do spożycia, muszą być uwzględniane w dokumentacjach planistycznych oraz w programie wodno-środowiskowym kraju (definiującym niezbędne działania w celu zaspokajania obecnych i przyszłych potrzeb wodnych w zakresie zaopatrzenia ludności w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi). Jednym z narzędzi dających możliwość zarządzania gospodarowaniem zasobami wody na potrzeby zbiorowego zaopatrzenia jest wydawanie tzw. pozwoleń wodnoprawnych.

Przedsiębiorstwo wodociągowe, w sytuacji pogorszenia się jakości wody i w konsekwencji niedotrzymywania kryteriów jakości, jest zobligowane do niezwłocznego informowania odpowiednich jednostek PIS oraz podjęcia uzgodnionych z organami PIS i jednostkami samorządowymi działań naprawczych. Możliwe jest również udzielenie odstępstwa (zgodnie z przyjętą procedurą), pomimo stwierdzonego przekroczenia dopuszczalnej wartości parametru, jednak tylko w przypadku, gdy nie stwarza ono zagrożenia dla zdrowia i nie jest możliwe do usunięcia w ciągu trzydziestu dni.

Istotnym elementem w zarządzaniu jakością wody (w celu ochrony konsumentów przed wtórnym zanieczyszczeniem wody, którego źródłem mogą być nieodpowiednie materiały lub preparaty stosowane przy budowie instalacji wodociągowych) jest wymóg stosowania materiałów i wyrobów używanych do uzdatniania i dystrybucji wody posiadających pozytywną ocenę higieniczną właściwego PPIS lub PGIS, którzy prowadzą odpowiednie wykazy wydawanych ocen i zgód na zastosowanie materiałów i preparatów oraz wprowadzanie nowych technologii uzdatniania wody.

Właściwy PPIS przeprowadza ocenę realizacji harmonogramu i prawidłowości pobrania próbek oraz postępowania z nimi, prowadzonej dokumentacji przez organizatora kąpieliska, sposobu informowania o jakości wody i wdrażanych zaleceniach PIS.

Każde kąpielisko musi być odpowiednio oznakowane i opisane przez organizatora danego obiektu. Osoby korzystające z kąpielni powinny być informowane m.in. o bieżących uwarunkowaniach danego obiektu oraz o jakości wody (w tym o wynikach oceny bieżącej i klasyfikacji). Informacja powinna też zawierać skrócony opis sporządzony na podstawie profilu wody w kąpielisku. Profil wody w kąpielisku podlegający cyklicznej aktualizacji stanowi istotny element zarządzania ryzykiem z uwagi na jego interdyscyplinarny charakter i możliwość identyfikacji zagrożeń dla zdrowia i informacji o podejmowanych przez organizatora działaniach przeciwdziałających pogorszeniu się jakości wody w kąpielisku. Zdefiniowanymi środkami zarządzania w odniesieniu do wód w kąpieliskach są

m.in.: określenie i regularna aktualizacja profilu wody w kąpielisku, określenie harmonogramu pobrania próbek, określenie oraz ocena przyczyn zanieczyszczenia, informowanie społeczeństwa, podejmowanie czynności mających na celu zapobieganie narażeniu osób kąpiących się na działanie zanieczyszczeń oraz obniżanie ryzyka zanieczyszczenia.

W przypadku, gdy woda w kąpielisku nie spełnia wymagań, w szczególności wystąpienia krótkotrwałego zanieczyszczenia lub nadmiernego zakwitów sinic, właściwy PPIS zobowiązuje organizatora do ustalenia przyczyny zanieczyszczenia i podjęcia działań dla ochrony zdrowia ludzkiego i poprawy jakości wody oraz w razie konieczności wprowadza zakaz kąpieli (tymczasowy lub całkowity w danym sezonie informując organizatora i lokalne władze). W przypadku, gdy jakość wody w kąpielisku została zaklasyfikowana jako niedostateczna w 5 kolejnych sezonach kąpielowych, właściwy PPIS wprowadza stały zakaz kąpieli.

### Współpraca krajowa i międzynarodowa dotycząca sprawozdawczości w dziedzinie środowiskowych czynników ryzyka

W ramach obowiązków sprawozdawczych, uzyskane dane dotyczące jakości powietrza atmosferycznego są przekazywane do Komisji Europejskiej, Europejskiej Agencji Środowiska (EAŚ) i do organów konwencji międzynarodowych. Są również umieszczane na prowadzonych przez Główny Inspektorat Ochrony Środowiska (GIOŚ) dedykowanych portalach internetowych. Ponadto, zgodnie z wymogami dotyczącymi wymiany informacji w ramach Unii Europejskiej (UE), wyniki pomiarów gromadzone i przetwarzane z wykorzystaniem utworzonej Sieci Informatycznej EKOINFONET, są przekazywane do europejskiej bazy danych (AIRBASE) lub bezpośrednio udostępniane Agencji Ochrony Środowiska i Komisji Europejskiej.

W ramach prowadzenia badań tła regionalnego wykonywanych na wyselekcjonowanych stacjach pomiarowych, zapewnione jest wypełnienie wymagań podpisanego przez Polskę protokołu w sprawie EMEP (European Monitoring and Evaluation Programme) Konwencji Genewskiej. Podobieństwa programowe działań Konwencji i Programu Państwowego Monitoringu Środowiska (PMŚ) oraz innych organizacji międzynarodowych umożliwiają również jednoczesny udział tych stacji w programie „Global Atmosphere Watch” Światowej Organizacji Meteorologicznej oraz realizację wymagań Komisji Helsińskiej (HELCOM) w zakresie badań jakości powietrza w rejonie Bałtyku.

Dzięki prowadzeniu badań w zakresie stanu warstwy ozonowej i natężenia promieniowania UV-B nad Polską, możliwe jest wypełnienie obowiązków wynikających z Konwencji Wiedeńskiej.

Informacje dotyczące hałasu, pochodzące z map akustycznych, przetworzone do formatu określonego przez KE i EAŚ, podlegają międzynarodowemu obowiązkowi sprawozdawczemu pomiędzy krajami członkowskimi UE, za którego realizację odpowiada GIOŚ.

Wyniki pomiarów pola elektromagnetycznego, wykonywane przez prowadzących instalację oraz użytkowników urządzeń emitujących pola elektromagnetyczne, są obligatoryjnie przekazywane WIOŚ i WSSE.

Kwestie związane z identyfikacją i monitorowaniem zagrożeń zdrowia ludzi w Polsce wynikających z produkcji, obrotu i stosowania chemikaliów, w tym substancji chemicznych i ich mieszanin, pestycydów i produktów biobójczych podlegają kompetencjom różnych resortów administracji państwowej. Nadzór nad przestrzeganiem prawa w tych obszarach pełnią podległe im inspekcje. Pomimo, że ich kompetencje wydają się być precyzyjnie zdefiniowane w odpowiednich aktach prawnych, to w praktyce niektóre działania się powielają lub pozostawiają duży margines interpretacyjny co do odpowiedzialności, np.:

- Kontrola i przestrzeganie bezpieczeństwa i higieny na stanowiskach pracy leży w kompetencjach Państwowej Inspekcji Pracy (PIP) - podlegającej Sejmowi i PIS - podlegającej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
- Kontrola jakości zdrowotnej żywności leży w kompetencjach PIS - podlegającej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Inspekcji Weterynaryjnej - podlegającej ministrowi właściwemu do spraw rolnictwa;
- Kontrola w zakresie pozostałości pestycydów w żywności pochodzenia roślinnego leży w kompetencjach PIS - podlegającej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, natomiast w przypadku pozostałości w płodach rolnych - PIORiN podlegającej ministrowi właściwemu do spraw rolnictwa.

Kolejnym przykładem wymagającym harmonizacji na szczeblu krajowym, jak i UE, jest różne traktowanie przez ustawodawstwo tych samych substancji wykorzystywanych w różnych obszarach. W szczególności dotyczy to substancji biologicznie czynnych, które są wykorzystywane jako pestycydy, produkty biobójcze i leki weterynaryjne. Najwyższe dopuszczalne poziomy pozostałości dla takiej substancji wykorzystywanej jako pestycyd bądź lek weterynaryjny mogą być ustalone na różnych poziomach w tym samym produkcie lub grupie produktów spożywczych. Brak jest takich wymagań w sytuacji, gdy ta sama substancja jest składnikiem produktu biobójczego.

Ponadto, brak jest zharmonizowanego systemu oceny ryzyka związanego z potencjalnymi zagrożeniami zdrowia ludzi ze strony poszczególnych grup czynników chemicznych. Może to stwarzać problemy we właściwym zarządzaniu ryzykiem realizowanym przez odpowiednie organy administracji państwowej.

Wyniki ocen w zakresie substancji chemicznych przekazywane są do określonych instytucji krajowych i międzynarodowych w ramach wielu odrębnych przepisów prawnych. Corocznie wyniki badań monitorowych i urzędowej kontroli

jakości zdrowotnej żywności są przekazywane przez PIS do Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA - European Food Safety Authority). Informacje o potencjalnych zagrożeniach dla zdrowia i życia ludzi związanych z narażeniem na pozostałości pestycydów w żywności przekazywane są do Systemu RASFF. Natomiast wyniki kontroli zatruc produktami biobójczymi Państwa Członkowskie przekazują do KE co 5 lat, a w przypadku raportu o zgłoszonych przypadkach zatruc, co 3 lata.

Na poziomie krajowym wymiana danych i wyników dotyczących wód powierzchniowych, w zależności od rodzaju i zakresu wykonywanych prac, jest realizowana w porozumieniu z różnymi instytucjami. Główną jednostką wykonawczą i nadzorującą jest GIOŚ oraz związane z nim WIOŚ. Dane podlegają wymianie z MŚ, Głównym Urzędem Statystycznym (GUS), Krajowym Zarządem Gospodarki Wodnej (KZGW), Regionalnymi Zarządami Gospodarki Wodnej (RZGW), Instytutem Meteorologii i Gospodarki Wodnej-Państwowym Instytutem Badawczym (IMGW-PIB), terenowymi organami administracji publicznej oraz różnymi podmiotami gospodarczymi.

Na poziomie międzynarodowym cele główne realizowanych prac stanowią podstawę wywiązania się Polski względem obowiązku sprawozdawczości do KE, która nakłada taki obowiązek na wszystkie kraje członkowskie w oparciu o zapisy stosownych Dyrektyw. Ponadto przekazywanie danych na temat jakości wód powierzchniowych (tj.: rzek, jezior, wód przejściowych i przybrzeżnych) odbywa się we współpracy z organami HELCOM oraz EAŚ, a także Organizacją Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) oraz w ramach innych konwencji i umów międzynarodowych, których sygnatariuszem jest Polska. Ponadto, wyniki klasyfikacji stanu/potencjału ekologicznego są przekazywane przez jednostki inspekcji ochrony środowiska również do KZGW i GUS.

Ładunki zanieczyszczeń wprowadzane do Morza Bałtyckiego (podawane jako roczny bilans) oraz wyniki ocen jakości środowiska morskiego wykorzystane są na potrzeby sprawozdawczości do GUS oraz corocznie raportowane przez GIOŚ do HELCOM.

Dane i oceny jakości wód podziemnych przekazywane są do GIOŚ, WIOŚ, KZGW, GUS, a także do instytucji międzynarodowych, przede wszystkim do EAŚ.

W zależności od zakresu obowiązków i kompetencji następuje wymiana danych i informacji na temat jakości wody przeznaczonej do spożycia pomiędzy głównymi aktorami w ramach zbiorowego systemu zaopatrzenia w wodę przeznaczoną do spożycia. Przedsiębiorstwa wodociągowe są zobligowane do przekazywania danych właściwym organom PIS. Inspekcja gromadzi i analizuje dane oraz informacje o jakości wody na potrzeby raportów i ocen. Ważne informacje i dane odnośnie zmian w jakości wody są przekazywane organom administracji publicznej w celu wspólnego koordynowania działań zmierzających do poprawy sytuacji, a także informowania społeczeństwa. Polska jest zobligowana do przekazywania

danych i informacji w ramach cyklicznych raportów przekazywanych do EAŚ (za pośrednictwem GIOŚ) zgodnie z zasadami określonymi w Dyrektywie KE. KE może zwrócić się do Polski o udostępnienie dodatkowych danych i informacji obejmujących np. strefy zaopatrzenia nie objęte obowiązkowym raportowaniem.

W ramach systemu nadzoru nad jakością wody w kąpieliskach organizatorzy zobowiązani są do przekazywania wszelkich danych do władz lokalnych (wójtów, burmistrzów, prezydentów miast). W zakresie profilu wody w kąpielisku, organizator kąpieliska agreguje informacje pozyskane od szeregu instytucji i urzędów państwowych dysponujących specjalistycznymi danymi i informacjami. Organizator przekazuje ponadto właściwemu PPIS dane z wyników kontroli wewnętrznej jakości wody, w tym w zakresie wystąpienia zmian, które mogłyby mieć wpływ na pogorszenie jakości wody w kąpielisku, oraz o każdorazowym zawieszeniu harmonogramu pobrania próbek w ramach kontroli wewnętrznej i jego przyczynach.

Władze lokalne prowadzą ewidencję kąpielisk i przekazują informacje w tym zakresie właściwemu PPIS (w tym informację o liczbie kąpielisk, przyczynach zmian w ich liczbie, wykaz kąpielisk), który z kolei informuje o wszystkim GIS.

GIS przekazuje corocznie za pośrednictwem GIOŚ do KE raport o jakości wody w kąpieliskach.

## **Ochrona zdrowia środowiskowego w zakresie mieszkalnictwa**

Obecnie w Polsce nie istnieją przepisy regulujące zasady ochrony zdrowia środowiskowego w zakresie mieszkalnictwa. Prace nad przygotowaniem odpowiednich przepisów prawnych dotyczących jakości środowiska wewnątrz pomieszczeń są przygotowywane przez PIS, ale tylko w zakresie jakości powietrza.

## **Skuteczność kar i działań podejmowanych w celu zapobiegania szkodom w środowisku**

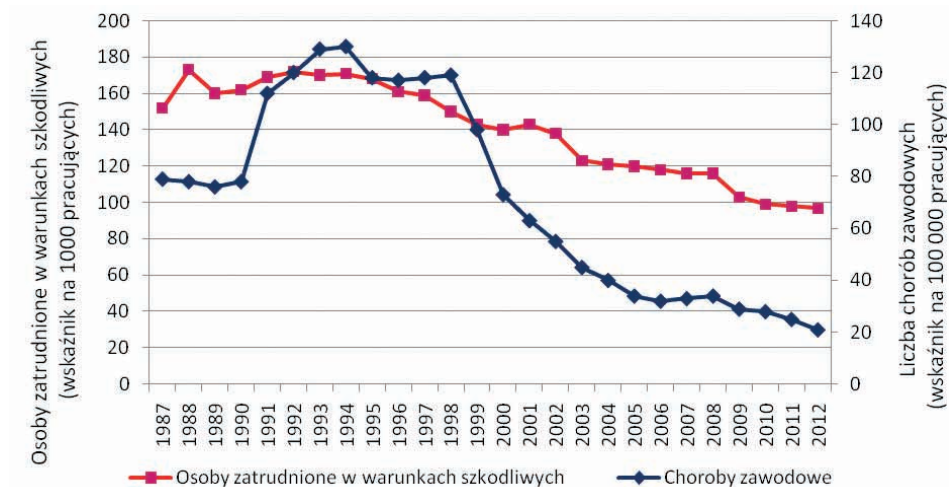
Regulacje prawne w zakresie oceny skuteczności nakładanych kar i podejmowanych działań związanych zarówno z korzystaniem ze środowiska oraz przeciwdziałaniu jego zanieczyszczeniu nie istnieją. Ocena skuteczności należy do działań statutowych jednostek resortu środowiska i jest częścią opracowywanych strategii oraz polityk w zakresie ochrony środowiska (które nie są aktami wykonawczymi w rozumieniu prawnym).

Ocena skuteczności kar i podejmowanych działań wymaga interdyscyplinarnego podejścia, w zależności od celu oceny w ujęciu kwantyfikacji pozytywnych i negatywnych skutków oraz przyjętych do oceny wskaźników.

### 3.B. Ochrona zdrowia w miejscu pracy

#### Bezpieczeństwo i czynniki ryzyka w miejscu pracy

W ciągu ostatnich dwóch dekad warunki pracy w Polsce uległy znacznej poprawie, a liczba osób zatrudnionych w warunkach niebezpiecznych zmalała dwukrotnie. O ile w latach 90. w warunkach niebezpiecznych pracowało około 170 na 1000 pracowników, to w 2012 roku pracę w warunkach szkodliwych wykonywało niecałe 100 na 1000 pracowników (ryc. 1). Obserwowany spadek liczby osób zatrudnionych w warunkach niebezpiecznych związany był z malejącą od połowy lat 90. liczbą przypadków chorób zawodowych. W 1994 roku rozpoznano ponad 130 przypadków chorób zawodowych na 100 000 pracujących, natomiast w 2012 roku liczba osób z rozpoznaną chorobą zawodową wynosiła 20 na 100 000 pracujących.



#### Rycina 1.

Pracownicy zatrudnieni w niebezpiecznych warunkach oraz rozpoznane przypadki chorób zawodowych w Polsce w latach 1987-2012

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych



W 2013 roku w Polsce w niebezpiecznych warunkach pracowało 497 tysięcy osób. Spośród tej liczby 190 tysięcy pracowników było wystawionych na szkodliwe działanie hałasu, 144 tysięcy osób miało problemy będące rezultatem pracy w warunkach stresujących, a 34 tysiące problemy z niewystarczającym oświetleniem w miejscu pracy. Ponad 80 tysięcy osób pracowało z niebezpiecznymi maszynami. Wśród innych zagrożeń w miejscu pracy można wymienić: pyły przemysłowe (70 tys. narażonych pracowników), substancje chemiczne (15 tys. osób narażonych na ich działanie), wibracje (15 tys.), a także pracę w gorącym lub zimnym mikroklimacie (34 tys.) (ryc. 2).



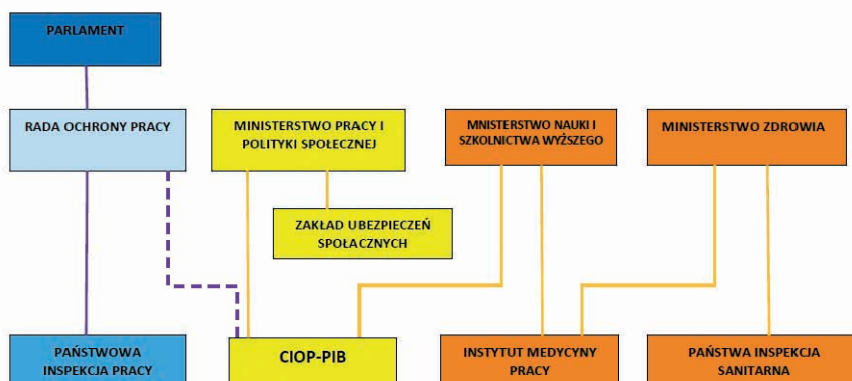
**Rycina 2.**

Zatrudnienie osób w warunkach niebezpiecznych w 2013 r. w Polsce (w tysiącach).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

## Organizacja nadzoru nad przestrzeganiem prawa pracy

Główne instytucje włączone w system organizacyjny ochrony pracy w Polsce przedstawia rycina 3.



**Rycina 3.**

System organizacji ochrony pracy w Polsce. Źródło: Opracowanie własne

Głównym organem nadzoru w sprawach dotyczących przestrzegania prawa pracy, w tym bezpieczeństwa i higieny pracy, a także działalności Państwowej Inspekcji Pracy jest Rada Ochrony Pracy powołana przez Parlament. Rada składa się z 30 członków, w tym:

- Członków Parlamentu;
- Zaakceptowanych kandydatów zaproponowanych przez Premiera;
- Reprezentantów związków pracodawców i pracowników;
- Reprezentantów organizacji społecznych;
- Naukowców.

Główne zadania Rady Ochrony Pracy to:

- Nadzorowanie prawa pracy, włączając w to bezpieczeństwo i higienę pracy;
- Nadzorowanie Państwowej Inspekcji Pracy;
- Wypowiadanie się na temat:
  - Programów działań PIP i zapewniania ich realizacji;
  - Zagadnień związanych z ochroną pracy na poziomie krajowym.

Wśród innych organów nadzoru i inspekcji w polskim systemie ochrony należy wymienić:

- Państwową Inspekcję Pracy;
- Państwową Inspekcję Sanitarną;
- dwie specjalne inspekcje:
  - Wyższy Urząd Górniczy;
  - Urząd Dozoru Technicznego.

Do głównych działań PIP z zakresu ochrony i bezpieczeństwa pracy należy:

- Sprawdzanie okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy, chorób zawodowych oraz nadzór nad działaniami prewencyjnymi w miejscu pracy;
- Dostarczanie niezbędnego wsparcia dla pracodawców i pracowników;
- Promowanie działań prozdrowotnych.

Natomiast do zadań PIS należy kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, w szczególności dotyczących:

- Utrzymania należytego stanu higienicznego zakładów pracy;
- Warunków zdrowotnych środowiska pracy, a zwłaszcza zapobiegania powstawaniu chorób zawodowych i innych chorób związanych z warunkami pracy.

## Ochrona zdrowia w miejscu pracy w krajowych dokumentach strategicznych

Cele i działania strategiczne w zakresie ochrony zdrowia pracujących w Polsce zostały określone w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015, przyjętym przez Radę Ministrów 15 maja 2007 r. Celem głównym tego programu jest poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu. Wśród kierunków działań, służących osiągnięciu tego celu wymieniono między innymi tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu.

Jednym z celów strategicznych programu jest zmniejszenie liczby urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków. W odniesieniu do urazów powstających w wypadkach przy pracy za celową uznano realizację następujących zadań: (a) unowocześnienie metod informacji i szkolenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ostrzegania o zagrożeniu zawodowym, (b) egzekwowanie od pracodawców zapewnienia warunków bezpieczeństwa i higieny pracy oraz (c) doskonalenie przepisów prawa wpływających na zmniejszenie zagrożeń wypadkami.

W programie określono również cele operacyjne dotyczące czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia. Zaliczono do nich zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutki zdrowotne. Za zadania istotne z punktu widzenia osiągnięcia tego celu uznano wdrożenie nowych wieloletnich programów z dziedziny zdrowia środowiskowego, doskonalenie przepisów prawa budowlanego w celu zmniejszenia zagrożeń zdrowia związanych ze stosowanymi technologiami i upowszechnienia ekologicznych materiałów budowlanych, eliminację lub modernizację technologii powodujących zanieczyszczenie środowiska pracy, konsekwentną realizację przepisów ustawy o substancjach i preparatach chemicznych oraz systematyczną weryfikację wartości najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy i życia w oparciu o kryteria zdrowotne.

Założono, że w odniesieniu do ochrony zdrowia w pracy wynikiem realizacji Programu będzie:

- Zmniejszenie narażenia na ponadnormatywne stężenia i natężenia szkodliwych czynników występujących w środowisku pracy, zwłaszcza na czynniki rakotwórcze i uczulające;
- Ograniczenie narażenia na szkodliwe czynniki biologiczne występujące w środowisku bytowania i pracy przez redukcję ich źródeł;
- Ograniczenie narażenia na ponadnormatywne natężenie pól elektromagnetycznych;

- Ograniczenie czynników stresogennych w miejscu pracy oraz negatywnych skutków zdrowotnych spowodowanych traumą, mobbingiem i agresją w miejscu pracy.

Cele i kierunki interwencji dotyczące ochrony zdrowia osób pracujących są również uwzględniane w innych podstawowych dokumentach strategicznych, przyjmowanych przez Radę Ministrów w ostatnich latach. W szczególności w Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020, przyjętej przez Radę Ministrów w sierpniu 2013 r. W ramach celu szczegółowego nr 4: Poprawa zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej, przewiduje się między innymi zmniejszenie liczby wypadków w pracy i chorób zawodowych poprzez wzrost poziomu bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym rozwój kultury bezpieczeństwa i realizację programów profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie chorobom zawodowym.

Rolę krajowej strategii w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w pracy pełni w Polsce program wieloletni pn. „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”, którego etap I został ustanowiony uchwałą Rady Ministrów z dnia 3 lipca 2007 r. Obecnie, w latach 2014-2016, jest realizowany III etap programu. Program służy realizacji celów strategicznych ustalonych w następujących dokumentach rządowych:

- Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju. Polska 2030. Trzecia Fala Nowoczesności. Załącznik do uchwały nr 16 Rady Ministrów z dnia 5 lutego 2013 r.;
- Strategia Rozwoju Kraju 2020. Załącznik do uchwały nr 157 Rady Ministrów z dnia 25 września 2012 r.;
- Krajowy Program Badań. Założenia polityki naukowo-technicznej i innowacyjnej państwa. Załącznik do uchwały nr 164 Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2011 r.;
- Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020. Załącznik do uchwały nr 104 Rady Ministrów z dnia 18 czerwca 2013 r.;
- Strategia Innowacyjności i Efektywności Gospodarki „Dynamiczna Polska 2020”. Załącznik do uchwały nr 7 Rady Ministrów z dnia 15 stycznia 2013 r.;
- Program „Solidarność Pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+”, przyjęty przez Rząd RP w dniu 17 października 2008 r.; ustanowiony Uchwałą Nr 239 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r.;
- Raport Narodowego Programu Foresight Polska 2020, czerwiec 2009 r.

Celem głównym Programu jest opracowanie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych i technicznych, ukierunkowanych na rozwój zasobów ludzkich oraz nowych wyrobów, technologii, metod i systemów zarządzania, których wykorzystanie przyczyni się do znaczącego ograniczenia liczby osób zatrudnionych w warunkach narażenia na czynniki niebezpieczne, szkodliwe i uciążliwe oraz

ograniczenia związanych z nimi wypadków przy pracy, chorób zawodowych i wynikających z tego strat ekonomicznych i społecznych.

Cel główny realizowany jest przez następujące cele szczegółowe:

- Stworzenie możliwości spełnienia wymagań wynikających z nowych dokumentów strategicznych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz postanowień dyrektyw Unii Europejskiej;
- Opracowywanie i doskonalenie rozwiązań umożliwiających rozwój i zachowanie zdolności do pracy w celu zapobiegania wykluczeniu z rynku pracy, ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych wiekiem;
- Rozwój metod i narzędzi do zapobiegania i ograniczania ryzyka zawodowego w środowisku pracy, z uwzględnieniem nowych oraz narastających czynników ryzyka;
- Poszerzenie stanu wiedzy o przyczynach oraz skutkach wypadków przy pracy i chorób związanych z pracą oraz o opłacalności ekonomicznej działań prewencyjnych na poziomie państwa i przedsiębiorstwa;
- Kształtowanie i promocja kultury bezpieczeństwa przez doskonalenie zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy oraz rozwój nowoczesnego systemu edukacji i informacji społeczeństwa w powiązaniu z cyklem życia od dzieciństwa do emerytury.

W ramach programu „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy” realizowane są zadania w zakresie służb państwowych, finansowane ze środków Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, które obejmują następujące grupy tematyczne:

- Ustalanie normatywów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
- Rozwój metod i narzędzi do zapobiegania i ograniczania ryzyka zawodowego w środowisku pracy;
- Rozwój systemu badań maszyn i innych urządzeń technicznych, narzędzi, oraz środków ochrony zbiorowej i indywidualnej;
- rozwój systemu edukacji, informacji i promocji w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia.

Badania naukowe i prace rozwojowe realizowane w ramach tego programu finansowane są ze środków Narodowego Centrum Badań i Rozwoju i obejmują następujące przedsięwzięcia:

- Rozwój i zachowanie zdolności do pracy;
- Nowe i narastające czynniki ryzyka związane z nowymi technologiami i procesami pracy;
- Inżynieria materiałowa i zaawansowane technologie na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy;
- Kształtowanie kultury bezpieczeństwa.

## Regulacje prawne odnoszące się do ochrony zdrowia w miejscu pracy

Prawo pracownika do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy zostało zagwarantowane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (art. 66). Szczegółowe przepisy w tym zakresie określa ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, a w szczególności jego dział X.

Przepisy działu X kodeksu pracy regulują podstawowe obowiązki pracodawcy oraz prawa i obowiązki pracownika, a także stan bezpieczeństwa i higieny obiektów budowlanych i pomieszczeń pracy, maszyn i innych urządzeń technicznych, czynników oraz procesów pracy stwarzających szczególne zagrożenie dla zdrowia lub życia. Szczególne znaczenie nadano profilaktycznej ochronie zdrowia zapobiegającej wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym, w tym środkom ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwiu roboczemu. Uregulowano obowiązki dotyczące szkoleń, służby bezpieczeństwa i higieny pracy oraz konsultacji w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, komisji bezpieczeństwa i higieny pracy, a także obowiązki organów sprawujących nadzór nad przedsiębiorstwami lub innymi jednostkami organizacyjnymi państwowymi albo samorządowymi.

Na podstawie delegacji zawartej w Kodeksie pracy są wydawane przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej, w porozumieniu z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej, rozporządzenia zawierające ogólnie obowiązujące przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy dotyczące prac wykonywanych w różnych gałęziach pracy, takie jak m.in.:

- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy;
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy;
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 1 grudnia 1998 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe.

Natomiast ministrowie właściwi dla określonych gałęzi pracy lub rodzajów prac, w porozumieniu z Ministrem Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej wydają przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy dotyczące tych gałęzi lub specyficznych rodzajów prac.

## Służba medycyny pracy

W obecnej formie służba medycyny pracy funkcjonuje w Polsce od 1 stycznia 1998 r. (Dz.U. 1997 Nr 96 poz. 593). Przejęła ona obowiązki profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi oraz obowiązki przemysłowej służby zdrowia, działającej pod różnymi formami organizacyjnymi od lat 20-tych ubiegłego wieku. W wielu zakładach pracy placówki medyczne wykonywały nie tylko zadania profilaktyczne, mające na celu ograniczenie niekorzystnych skutków zdrowotnych związanych z warunkami pracy, ale również działania lecznicze, typowe dla placówki podstawowej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy do jej zadań należy:

- Ograniczanie szkodliwego wpływu pracy na zdrowie;
- Sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi;
- Prowadzenie ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, uzasadnionej stwierdzoną patologią zawodową;
- Organizowanie i udzielanie pierwszej pomocy medycznej w nagłych zachorowaniach i wypadkach, które wystąpiły w miejscu pracy, służby lub pobierania nauki;
- Inicjowanie i realizowanie promocji zdrowia, a zwłaszcza profilaktycznych programów prozdrowotnych, wynikających z oceny stanu zdrowia pracujących;
- Inicjowanie działań pracodawców na rzecz ochrony zdrowia pracowników i udzielania pomocy w ich realizacji;
- Prowadzenie analiz stanu zdrowia pracowników, a zwłaszcza występowania chorób zawodowych i ich przyczyn oraz przyczyn wypadków przy pracy;
- Gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie informacji o narażeniu zawodowym, ryzyku zawodowym i stanie zdrowia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną.

Zadania służby medycyny pracy wykonywane są przez: lekarzy, pielęgniarki, psychologów oraz inne osoby o kwalifikacjach zawodowych niezbędnych do wykonywania wielodyscyplinarnych zadań tej służby. Ustawą o służbie medycyny pracy została wprowadzona dwupoziomowa struktura tej służby: jednostki podstawowe i wojewódzkie ośrodki medycyny pracy.

Uprawnienia do prowadzenia badań pracowniczych posiada obecnie ok. 8000 lekarzy. Około połowa z nich to specjaliści medycyny pracy. Na jednego lekarza medycyny pracy przypada średnio 1700 pracowników, natomiast na jednego specjalistę medycyny pracy - około 3400.

Osoby realizujące zadania służby medycyny pracy przy wykonywaniu czynności zawodowych są niezależne od pracodawców, pracowników oraz innych podmiotów, na których zlecenie realizują zadania tej służby.

Służba medycyny pracy swoim działaniem obejmuje wszystkich pracowników. Obowiązek objęcia ich profilaktyczną opieką zdrowotną spoczywa na pracodawcach, którzy nie mogą dopuścić pracownika do pracy bez aktualnego orzeczenia lekarskiego, stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku pracy.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich do celów przewidzianych w Kodeksie pracy, jeżeli na stanowisku pracy nie stwierdzono występowania czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, badania profilaktyczne mogą przeprowadzać również lekarze posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny ogólnej lub medycyny rodzinnej. Profilaktyczną opieką zdrowotną służby medycyny pracy mogą zostać również objęte, na ich wniosek, osoby prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek i osoby z nimi współpracujące, osoby wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, rolnicy indywidualni i pracujący z nimi domownicy.

Badanie profilaktyczne wykonywane w ramach działań medycyny pracy przeprowadza się na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę, które powinno zawierać określenie rodzaju badania profilaktycznego, jakie ma być wykonane, określenie stanowiska pracy, informacje o występowaniu na nim czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych oraz aktualne wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tych stanowiskach. Pracodawcy ponoszą koszty przeprowadzanych badań wstępnych, okresowych i kontrolnych oraz profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej ze względu na warunki pracy oraz finansują wybrane przez siebie świadczenia zdrowotne z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej, należące do zadań służby medycyny pracy.

## Profilaktyczna opieka zdrowotna i promocja zdrowia w miejscu pracy

### Profilaktyczna opieka zdrowotna

ogół działań zapobiegających powstawaniu i szerzeniu się niekorzystnych skutków zdrowotnych, które w sposób bezpośredni lub pośredni mają związek z warunkami albo charakterem pracy.

*Ustawa z dnia 27.06.1997 r. o służbie medycyny pracy*



### Promocja zdrowia w miejscu pracy

połączone wysiłki pracodawców, pracowników i całego społeczeństwa mające na celu poprawę zdrowia i samopoczucia zatrudnionych osób.

WHO

Według zapisów ustawy o służbie medycyny sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w tym kontrola zdrowia pracujących, należy do służby medycyny pracy.

Zgodnie z Kodeksem pracy profilaktyczna ochrona zdrowia w miejscu pracy obejmuje:

- Ocenę ryzyka zawodowego;
- Stosowanie środków zapobiegających chorobom zawodowym i innym chorobom związanym z wykonywaną pracą;
- Badania lekarskie pracowników.

Ocena ryzyka zawodowego dotyczy identyfikacji zagrożeń dla zdrowia i życia pracownika oraz oszacowanie ich potencjalnych następstw. Ocena powinna być przeprowadzona i udokumentowana dla każdego stanowiska pracy. W efekcie należy zastosować niezbędne środki profilaktyczne zmniejszające ryzyko w celu zapewnienia, że wykonywana praca nie zagraża zdrowiu pracownika. Pracownik jest informowany o ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną pracą oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami.

Stosowanie środków zapobiegających chorobom zawodowym i innym chorobom związanym z wykonywaną pracą obejmuje w szczególności utrzymywanie w stanie stałej sprawności urządzeń ograniczających lub eliminujących szkodliwe dla zdrowia czynniki środowiska pracy (w tym środki ochrony zbiorowej oraz indywidualnej), a także przeprowadzanie, na koszt pracodawcy, badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, rejestrowanie i przechowywanie ich wyników oraz udostępnianie ich pracownikom. Tryb, metody, rodzaj i częstotliwość wykonywania badań i pomiarów (w tym pomiary ciągłe), sposób rejestrowania, wzory dokumentów oraz sposób udostępniania ich pracownikom określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy.

Wartości najwyższych dopuszczalnych stężeń szkodliwych dla zdrowia czynników chemicznych i pyłowych oraz najwyższych dopuszczalnych natężeń szkodliwych czynników fizycznych w środowisku pracy (tj. hałas, drgania, mikroklimat, promieniowanie optyczne, pole elektromagnetyczne) określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie

najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy.

Ustalanie wartości najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych w środowisku pracy realizowane jest przez Międzyresortową Komisję do Spraw Najwyższych Dopuszczalnych Stężeń i Natężeń Czynników Szkodliwych dla Zdrowia w Środowisku Pracy, powołaną przy Centralnym Instytucie Ochrony Pracy-Państwowym Instytucie Badawczym na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z 15 grudnia 2008 r. w sprawie powołania Komisji. W skład komisji wchodzi m.in. przedstawiciele resortów zdrowia, pracy, środowiska, spraw wewnętrznych, obrony narodowej, przemysłu, inspekcji sanitarnej i inspekcji pracy oraz instytucji naukowych, pracodawców i związków zawodowych.

Profilaktyczna ochrona zdrowia obejmuje również wstępne i okresowe badania lekarskie, które przeprowadza się na koszt pracodawcy oraz w miarę możliwości w godzinach pracy. Pracodawca ponosi ponadto inne koszty profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, niezbędnej z uwagi na warunki pracy. Zgodnie z Kodeksem pracy badaniom lekarskim podlegają:

- osoby przyjmowane do pracy
- pracownicy młodociani przenoszeni na inne stanowiska pracy i inni pracownicy przenoszeni na stanowiska pracy, na których występują czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe.

Pracodawca zatrudniający pracowników w warunkach narażenia na działanie substancji i czynników rakotwórczych lub pyłów zwiótkniających jest obowiązany zapewnić tym pracownikom okresowe badania lekarskie, także po zaprzestaniu pracy w kontakcie z tymi substancjami, czynnikami lub pyłami, jak również po rozwiązaniu stosunku pracy, jeżeli zainteresowana osoba zgłosi wniosek o objęcie takimi badaniami. Szczegółowe wymagania w zakresie profilaktycznej ochrony zdrowia pracowników reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 roku w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.

Zadania prewencji zagrożeń zawodowych oraz kształtowania bezpiecznych i zdrowych miejsc pracy realizuje Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA), której Krajowym Punktem Centralnym w Polsce jest Centralny Instytut Ochrony Pracy-Państwowy Instytut Badawczy. W ramach tej współpracy Instytut organizuje polskie edycje europejskich kampanii informacyjnych poświęconych bezpieczeństwu pracy pod ogólną nazwą „Zdrowe i bezpieczne miejsce pracy”. Kampanie dotyczą różnych aspektów bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia, takich jak właściwe przywództwo kadry zarządzającej oraz partycypacja pracowników na rzecz bezpieczeństwa w pracy (edycja 2012-13

„Partnerstwo dla prewencji”), ocena ryzyka zawodowego (edycja 2008-2009 „Ocena ryzyka zawodowego”), zaburzenia mięśniowo-szkieletowe (edycja 2007 „Mniej dźwigaj”) oraz inne.

Aktualna kampania, prowadzona w latach 2014-15 pod hasłem „Stres w pracy? Nie, dziękuję!” kładzie nacisk na zagrożenia psychospołeczne i ma na celu zwiększenie świadomości pracodawców i pracowników na temat stresu w miejscu pracy. Dodatkowo Krajowy Punkt Centralny prowadzi współpracę z Krajową Siecią Partnerów, w której skład wchodzi instytucje publiczne, przedstawiciele pracodawców i pracowników oraz firmy zainteresowane poprawą warunków pracy.

Inicjowanie i realizacja promocji zdrowia, a zwłaszcza programów profilaktycznych, wynikających z oceny stanu zdrowia pracujących została wpisana jako jedno z głównych zadań służby medycyny pracy. Działania te powinny dotyczyć pracowników w każdym wieku i obejmować:

- Środki organizacyjne, takie jak: elastyczne godziny pracy i miejsca pracy, umożliwienie pracownikom uczestniczenia w procesie poprawy organizacji ich pracy i środowiska pracy, zapewnienie pracownikom możliwości kształcenia ustawicznego w cyklu życia zawodowego (m.in.: kursy/szkolenia podnoszące kwalifikacje, aktualizujące wiedzę);
- Środki środowiskowe, w tym: zapewnienie dostępności pomieszczeń socjalnych, szeroki zakaz palenia tytoniu, dbałość o przyjazne psychospołeczne środowisko pracy (m.in.: równowaga między wymaganiami pracy a możliwościami pracownika, dostateczna kontrola pracownika nad wykonywaną pracą, wsparcie od przełożonych i współpracowników);
- Środki indywidualne, takie, jak np.: oferowanie i finansowanie zajęć i imprez sportowych, zachęcanie do zdrowego odżywiania, oferowanie programów wspomagających rzucanie palenia tytoniu, wspieranie dobrego samopoczucia psychicznego (np. przez ułatwianie dostępu do poradnictwa psychologicznego, czy też prowadzenie konsultacji i szkoleń w zakresie radzenia sobie ze stresem).

Wiele badań wskazuje, że promocja zdrowia w miejscu pracy pozytywnie wpływa na zdrowie i samopoczucie pracowników, a tym samym przyczynia się do: zmniejszenia absencji, zwiększenia motywacji, wzrostu produktywności, mniejszej rotacji kadr oraz kreowania pozytywnego wizerunku przyjaznego przedsiębiorstwa wśród społeczeństwa.

Z raportu „Ocena i zalecenia dotyczące wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej Ministerstwa Zdrowia w działaniach związanych z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce” (Rantanen J., Kim R., WHO, 2012) wynika, że o celowości i skuteczności programów promocji zdrowia świadczy ich integralność z systemem ochrony zdrowia pracujących oraz ogólnym systemem opieki zdrowotnej.

## Czynniki oraz procesy pracy stwarzające szczególne zagrożenie dla zdrowia lub życia

W odniesieniu do czynników oraz procesów pracy stwarzających szczególne zagrożenie dla zdrowia lub życia w kodeksie pracy określono wymagania dotyczące:

- Ustalania stopnia szkodliwości stosowanych materiałów i procesów technologicznych dla zdrowia pracowników i podjęcia odpowiednich środków profilaktycznych;
- Oznakowania substancji i preparatów chemicznych;
- Spisu niebezpiecznych substancji i niebezpiecznych preparatów chemicznych, ich kart charakterystyki, a także opakowań;
- Stosowania środków zapewniających pracownikom narażonym na niebezpieczne substancje i preparaty chemiczne ochronę ich zdrowia i życia;
- Zastępowania substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym innymi, mniej szkodliwymi dla zdrowia lub stosowania dostępnych środków w celu ograniczenia stopnia narażenia pracowników, przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki;
- Rejestrowania prac w kontakcie z substancjami, preparatami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym oraz prowadzenia rejestru pracowników zatrudnionych przy tych pracach;
- Eliminowania lub ograniczania stopnia narażenia pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych, przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki oraz prowadzenia rejestru prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych oraz rejestru pracowników zatrudnionych przy takich pracach;
- Ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym, pochodzącym ze źródeł sztucznych i naturalnych, występujących w środowisku pracy;
- Wykonywania prac, przy których istnieje możliwość wystąpienia szczególnego zagrożenia dla zdrowia lub życia ludzkiego.

Szczegółowe przepisy odnośnie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy sformułowano w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2012 r., które określa:

- Wykaz substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym i sposób ich rejestrowania;

- Sposób prowadzenia rejestru prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym;
- Sposób prowadzenia rejestru pracowników zatrudnionych przy tych pracach;
- Wzory dokumentów dotyczących narażenia pracowników na substancje chemiczne, ich mieszaniny, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym oraz sposób przechowywania i przekazywania tych dokumentów do podmiotów właściwych do rozpoznawania lub stwierdzania chorób zawodowych;
- Szczegółowe warunki ochrony pracowników przed zagrożeniami spowodowanymi przez substancje chemiczne, ich mieszaniny, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym;
- Warunki i sposób monitorowania stanu zdrowia pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym.

Z kolei czynników biologicznych dotyczy rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki, w którym określono:

- Klasyfikację i wykaz szkodliwych czynników biologicznych;
- Wykaz prac narażających pracowników na działanie czynników biologicznych;
- Szczegółowe warunki ochrony pracowników przed zagrożeniami spowodowanymi przez szkodliwe czynniki biologiczne, w tym rodzaje środków niezbędnych do zapewnienia ochrony zdrowia i życia pracowników narażonych na działanie tych czynników, zakres ich stosowania oraz warunki i sposób monitorowania stanu zdrowia narażonych pracowników;
- Sposób prowadzenia rejestrów prac i pracowników, oraz sposób przechowywania i przekazywania tych rejestrów do podmiotów właściwych do rozpoznawania lub stwierdzania chorób zawodowych.

## Ocena ryzyka w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy

W realizacji obowiązku oceny ryzyka zawodowego i innych obowiązków w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy wspomaga pracodawcę służba bezpieczeństwa i higieny pracy. Do utworzenia służby bezpieczeństwa i higieny pracy jest zobowiązany każdy pracodawca zatrudniający więcej niż 100 pracowników, zaś pracodawca zatrudniający do 100 pracowników może powierzyć wykonywanie

zadań służby bhp pracownikowi zatrudnionemu przy innej pracy. Pracodawca posiadający ukończone szkolenie niezbędne do wykonywania zadań służby bhp może sam wykonywać zadania tej służby, jeżeli zatrudnia do 10 pracowników, a w przypadku działalności o małym ryzyku - do 20 pracowników. W przypadku braku kompetentnych pracowników można powierzyć wykonywanie zadań służby bhp specjalistom spoza zakładu pracy. Wymagane kwalifikacje, zadania i uprawnienia służby bhp zostały określone w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy pracownicy służby bezpieczeństwa i higieny pracy i osoby wykonujące zadania tej służby odbywają co 5 lat szkolenia okresowe, które służą aktualizacji ich wiedzy, w tym wiedzy dotyczącej oceny ryzyka zawodowego. Rozporządzenie to określa zakres oraz wymagania dotyczące treści i realizacji programów szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy dla pracowników, pracodawców oraz pracowników służb bezpieczeństwa i higieny pracy.

Wsparciem dla prawidłowej oceny ryzyka zawodowego są prace naukowo-badawcze i wdrożeniowe, prowadzone przede wszystkim w ramach programu wieloletniego pn. „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”. Wyniki tych prac są upowszechniane w licznych piśmiennictwie naukowym, popularnym, na stronach internetowych oraz na szkoleniach i seminariach. Wynikiem tego programu jest między innymi opracowanie szeregu narzędzi komputerowych oraz internetowych bazy wiedzy. Do najważniejszych z nich zaliczyć można opracowane w Centralnym Instytucie Ochrony Pracy-Państwowym Instytucie Badawczym:

- System komputerowy STER, wspomagający ocenę ryzyka zawodowego i zarządzanie tym ryzykiem;
- System Interaktywnej Oceny Ryzyka Zawodowego IRYS, wspomagający ocenę ryzyka zawodowego i przeznaczony do bezpośredniego wykorzystania przez ogół przedsiębiorstw (różnych sektorów gospodarki), głównie małych i średnich, rzadko wykorzystujących innego typu narzędzia w tym zakresie;
- Komputerowy System Integracji Dowolnych Baz Danych SINDBAD, w którym udostępnione są bezpłatnie zbiory informacji związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy w zakresie: czynników szkodliwych, dokumentów normalizacyjnych oraz środków ochrony indywidualnej;
- System interaktywnego doboru środków ochrony indywidualnej e-Dobór, który pozwala w praktyczny sposób zapoznać się z metodami dobierania właściwych środków ochrony indywidualnej do zagrożeń zidentyfikowanych na stanowisku pracy;
- Baza CHEMPYŁ obejmująca dane o zagrożeniach chemicznych i pyłowych;
- Baza BIOINFO zawierająca dane o zagrożeniach szkodliwymi czynnikami biologicznymi.

Wymienione bazy wspomagają zadania związane z oceną narażenia i ryzyka zawodowego powodowanego występowaniem tych czynników w środowisku pracy. Zawierają one między innymi wykaz obowiązujących ustaw, rozporządzeń, norm, zaleceń i przepisów zarówno krajowych, jak i Unii Europejskiej oraz praktyczne informacje niezbędne do oceny ryzyka zawodowego związanego z narażeniem na te czynniki (listy kontrolne wspomagające ocenę ryzyka zawodowego, wykaz szkodliwych czynników i metody ich pomiaru oraz sposoby ochrony przed szkodliwym działaniem czynników).

### System raportowania ryzyka zawodowych i inspekcja w miejscu pracy

W krajowym systemie monitorowania warunków pracy informacje na temat czynników zagrożeń i wypadków przy pracy są rejestrowane przez Główny Urząd Statystyczny (GUS), a informacje dotyczące chorób zawodowych w Centralnym Rejestrze Chorób Zawodowych, prowadzonym przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.

Prowadzone przez GUS badanie warunków pracy jest badaniem stałym, obejmującym podmioty, w których liczba pracujących wynosi 10 osób i więcej. Podmioty, których dotyczy badanie, są zobowiązane do przekazywania do GUS sprawozdania o warunkach pracy, które obejmuje podstawowe informacje dotyczące zagrożeń na stanowiskach pracy oraz ich likwidacji lub ograniczania, a także liczby osób korzystających ze świadczeń z tytułu pracy w warunkach szkodliwych dla zdrowia oraz z tytułu wypadków przy pracy.

Zagrożenie szkodliwymi czynnikami związanymi ze środowiskiem pracy jest w tym badaniu definiowane, jako wpływ na pracownika szkodliwych czynników występujących w procesie pracy, których stężenie lub natężenie przekracza obowiązujące NDS (najwyższe dopuszczalne stężenie) i NDN (najwyższe dopuszczalne natężenie), polskie normy lub inne normy higieniczne.

Liczba osób pracujących w warunkach zagrożenia jest ustalana na podstawie wyników badań i pomiarów czynników niebezpiecznych, szkodliwych i uciążliwych, do wykonywania których jest zobowiązany każdy pracodawca, u którego występują źródła emisji tych czynników. Statystyczne badanie warunków pracy realizowane w Polsce na poziomie krajowym jest więc badaniem obiektywnym, opierającym się na wynikach pomiarów.

Informacje o wypadkach przy pracy (z wyłączeniem indywidualnych gospodarstw rolnych) są zbierane przez GUS z wykorzystaniem statystycznej karty wypadku przy pracy. Badaniem statystycznym objęte są wszystkie wypadki przy pracy, jak również wypadki traktowane na równi z wypadkami przy pracy, niezależnie od tego czy w karcie wykazana została niezdolność do pracy, czy nie

(z powodu np. hospitalizacji poszkodowanego, czy odmowy przyjęcia zwolnienia lekarskiego). Za jeden wypadek przy pracy liczy się wypadek każdej pracującej osoby, poszkodowanej w wypadku indywidualnym, jak również zbiorowym. Badanie statystyczne wypadków przy pracy jest badaniem stałym, obowiązkowym i prowadzone jest metodą pełną. Jest ono w pełnym zakresie dostosowane do metodologii przyjętej w Europejskich Statystykach Wypadków przy Pracy (ESAW).

Uzupełnieniem badania prowadzonego przez GUS są dane o wypadkach w indywidualnych gospodarstwach rolnych uzyskiwane z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Dotyczą one tylko tych wypadków, w wyniku których poszkodowani otrzymali w danym roku jednorazowe odszkodowanie z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu.

W statystykach wypadków przy pracy wykorzystywane są również dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na temat liczby i kwot odszkodowań jednorazowych wypłaconych z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. ZUS przekazuje do GUS informacje dotyczące osób prowadzących działalność pozarolniczą oraz współpracujących przy prowadzeniu takiej działalności w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.

Informacje na temat chorób zawodowych są gromadzone w Centralnym Rejestrze Chorób Zawodowych, działającym w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi im. prof. J. Nofera. Rejestracja chorób zawodowych prowadzona jest we współpracy z Ministerstwem Zdrowia. Celem Rejestru jest zbieranie i przetwarzanie danych dotyczących stwierdzonych chorób zawodowych oraz analiza epidemiologiczna sytuacji w tym zakresie. Dokumentem źródłowym jest „Karta stwierdzenia choroby zawodowej”, wypełniana i przesyłana do Instytutu przez stacje sanitarno-epidemiologiczne dla każdego stwierdzonego w kraju przypadku choroby zawodowej. Od 2003 roku polskie dane o chorobach zawodowych zostały włączone do statystyki europejskiej i są corocznie przesyłane do EUROSTAT-u, zgodnie z obowiązującą w tym systemie metodyką opracowania danych.

Ponadto dla uzyskania jak najpełniejszej informacji o występowaniu czynników rakotwórczych i biologicznych w środowisku pracy i o poziomie narażenia na nie pracowników prowadzone są centralne rejestry narażenia na te czynniki. Centralny Rejestr Danych o narażeniu na substancje, preparaty, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym oraz Krajowy Rejestr Czynników Biologicznych w Miejscu Pracy prowadzone są przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.

Organem powołanym do sprawowania nadzoru i kontroli przestrzegania prawa pracy, w tym przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy jest Państwowa Inspekcja Pracy. Działa ona na podstawie ustawy o Państwowej Inspekcji Pracy z dnia 13 kwietnia 2007 r. Państwowa Inspekcja Pracy podlega Sejmowi. Nadzór nad Państwową Inspekcją Pracy sprawuje Rada Ochrony Pracy.



Nadzór i kontrolę przestrzegania zasad, przepisów higieny pracy i warunków środowiska pracy sprawuje także Państwowa Inspekcja Sanitarna. Działalność Państwowej Inspekcji Sanitarnej reguluje ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Spółeczną kontrolę przestrzegania prawa pracy, w tym przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, sprawuje społeczna inspekcja pracy, której inspektorzy wybierani są przez pracowników zakładu pracy w wyborach przeprowadzanych przez zakładowe związki zawodowe. Szczegółowe przepisy w tym zakresie reguluje ustawa z dnia 24 czerwca 1983 r. o społecznej inspekcji pracy.

## 3.C. Bezpieczeństwo żywności

### Ramy instytucjonalne dla ochrony żywności

Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi stanowią dwa główne organy centralne koordynujące działania w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa żywności w Polsce. Współpraca oraz wymiana informacji między tymi ministerstwami są regulowane umowami o współpracy, które są powielane na szczeblach wojewódzkim i powiatowym.

Ministerstwo Zdrowia odpowiada za koordynację zadań w zakresie bezpieczeństwa żywności w Polsce oraz za transpozycję prawodawstwa wspólnotowego w zakresie ogólnej higieny żywności, pozostałości pestycydów, środków zanieczyszczających i kontroli przywozu żywności pochodzenia nie zwierzęcego. Odpowiada także za składanie projektów aktów prawnych do Sejmu.

Państwowa Inspekcja Sanitarna, podległa ministrowi właściwemu ds. zdrowia, sprawuje nadzór nad produkcją żywności pochodzenia roślinnego, jak również żywności (pochodzenia zwierzęcego i niezwierzęcego) znajdującej się w obrocie detalicznym. Ponadto zbiera i analizuje dane z kontroli urzędowej, jak również koordynuje na poziomie krajowym działalność systemu RASFF (podpunkt krajowego punktu kontaktowego systemu RASFF znajduje się w Głównym Inspektoracie Weterynaryjnym). Odpowiada ona również za wytyczanie kierunków polityki w zakresie bezpieczeństwa żywności, kontakty z organami międzynarodowymi (takimi jak Komisja Europejska). Współpracuje z Krajowymi Laboratoriami Referencyjnymi.

PIS sprawuje także nadzór nad higieną produkcji środków spożywczych pochodzenia niezwierzęcego, pozostałościami pestycydów i zanieczyszczeniami żywności, materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością, substancjami dodatkowymi, GMO w żywności, importem produktów pochodzenia niezwierzęcego, suplementami żywności i nową żywnością.

W ramach Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi podział odpowiedzialności jest następujący:

- Główny Inspektorat Weterynarii (Inspekcja Weterynaryjna) podlegający Głównemu Lekarzowi Weterynarii jest odpowiedzialny za kontrole zdrowia zwierząt, dobrostanu zwierząt, żywności pochodzenia zwierzęcego, bezpieczeństwa pasz, leków weterynaryjnych oraz kontrole przywozu żywności pochodzenia zwierzęcego;
- Państwowa Inspekcja Ochrony Roślin i Nasiennictwa jest odpowiedzialna za kwestie związane ze zdrowiem roślin oraz kontrolę obrotu i stosowania produktów ochrony roślin (pestycydów);
- Inspekcja Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych odpowiada za kontrole jakości handlowej środków spożywczych prowadzone w zakładach przetwórczych, u hurtowników oraz na etapie importu lub eksportu środków spożywczych. Inspekcja ta ma ograniczoną rolę w zakresie bezpieczeństwa żywności, z wyjątkiem GMO. Jest odpowiedzialna za kontrole jakości handlowej w odniesieniu do świeżych owoców i warzyw na poziomie hurtowni i handlu detalicznego, łącznie z oznakowaniem w zakresie GMO.

Wszystkie inspekcje są zobowiązane do wzajemnej współpracy w zakresie bezpieczeństwa żywności. W przypadku nowych zadań i problemów zawierane są porozumienia pomiędzy Głównymi Inspektorami odpowiednich inspekcji.

## Krajowa polityka bezpieczeństwa żywności

Podstawowym dokumentem krajowym regulującym kwestie dotyczące bezpieczeństwa żywności jest Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia. Ustawa określa wymagania i procedury niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa żywności i żywienia zgodnie z przepisami, jak również wymagania zdrowotne żywności - w zakresie nieuregulowanym w przepisach UE. Dokument ten określa zasady i obszary stosowania systemu HACCP. Wdrożenie systemu HACCP jest obowiązkowe dla operatorów działających w sektorze żywnościowym.

Kontrola wdrożenia postanowień ww. ustawy leży w gestii odpowiednich inspekcji sprawujących nadzór na poszczególnych etapach łańcucha żywnościowego (kompetencje poszczególnych inspekcji zostały opisane w poprzednim punkcie).

Opracowany został wieloletni narodowy plan kontroli urzędowych, obejmujący lata 2015-2019. Celem Wieloletniego Planu Kontroli jest skonsolidowanie i zintegrowanie na poziomie krajowym planów kontroli właściwych władz z poziomu centralnego, regionalnego i lokalnego wszystkich sektorów objętych prawem paszowym, żywnościowym, zdrowia i dobrostanu zwierząt oraz roślin. Zgodnie z zapisami ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia, organem odpowiedzialnym za koordynację narodowego planu kontroli urzędowych jest Główny Inspektorat Sanitarny.

Należy zauważyć, że plan ten powstaje poprzez połączenie planów poszczególnych inspekcji, nie zawsze jednak w wystarczający sposób uwzględnia koordynację pobierania próbek na etapie produkcji pierwotnej, gdzie wymagana byłaby ścisła współpraca na poziomie lokalnym.

## Przepisy dotyczące bezpieczeństwa żywności

Przepisy dotyczące bezpieczeństwa żywności należy rozpatrywać dla dwóch obszarów: (1) Produkcja, Transport, Przechowywanie, Sprzedaż/Dystrybucja oraz (2) znakowanie.

### Produkcja, Transport, Przechowywanie, Sprzedaż/ Dystrybucja

Zapewnienie bezpieczeństwa żywności w całym łańcuchu żywnościowym jest unormowane za pomocą rozporządzenia (WE) nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r. W rozporządzeniu tym określono ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego, powołano Europejski Urząd do spraw Bezpieczeństwa Żywności oraz ustanowiono procedury w sprawie bezpieczeństwa żywności.

W kraju są również wdrożone przepisy dotyczące szczegółowych obszarów dotyczących bezpieczeństwa żywności, w tym higieny, zanieczyszczeń i pozostałości, substancji dodatkowych, aromatów i enzymów, materiałów i wyrobów do kontaktu z żywnością, GMO, nowej żywności itd. Przepisy te obejmują w zakresie bezpieczeństwa żywności cały łańcuch żywnościowy. Obszar ten jest prawdopodobnie najsilniej zharmonizowanym obszarem na poziomie UE w zakresie zdrowia publicznego, w trakcie dyskusji dotyczących stanowienia szczegółowych przepisów brane pod uwagę są również wymagania dotyczące obrotu międzynarodowego, w tym stanowisko Codex Alimentarius.

## Znakowanie

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 z dnia 25 października 2011 r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności, harmonizuje na poziomie UE zasady znakowania środków spożywczych. Kwestie nie objęte ww. rozporządzeniem są ujęte w Polsce w rozporządzeniu Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie znakowania poszczególnych rodzajów środków spożywczych (Dz. U. RP z dnia 8 stycznia 2015r, poz. 29).

## Ocena ryzyka w zakresie bezpieczeństwa żywności

### Adekwatność przeszkolonych zasobów ludzkich do przeprowadzenia audytów

W większości przypadków, Główne Inspektoraty pod koniec każdego roku robią przegląd potrzeb odnośnie zasobów ludzkich, w oparciu o raporty ze szczebli wojewódzkich i powiatowych.

### Państwowa Inspekcja Sanitarna

W ocenie Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS) w obecnym stanie posiadane zasoby ludzkie są wystarczające do spełnienia zamierzonych celów kontroli urzędowej sprawowanej przez Państwową Inspekcję Sanitarną. GIS i Krajowe Laboratorium Referencyjne w NIZP-PZH organizują systematycznie spotkania szkoleniowe dla pracowników inspekcji, gdzie poruszane są zagadnienia czynników ryzyka, nowych przepisów i ich interpretacji, higieny i epidemiologii dotyczących bezpieczeństwa żywności. Zagadnienia te w ramach szkoleń kaskadowych są przenoszone do pozostałych pracowników PIS. Problemem może być szkolenie specjalistycznych grup pracowników, np. odpowiedzialnych za pobór próbek - wskazane byłyby szkolenia organizowane bezpośrednio dla nich.

### Inspekcja Weterynaryjna

W celu uzupełnienia zasobów ludzkich, Powiatowe Inspektoraty Weterynarii mogą delegować lekarzy weterynarii mających prywatną praktykę do sprawowania niektórych zadań w ramach urzędowej kontroli, np.: badania zwierząt po uboju, pobierania próbek, wydawania certyfikatów zdrowotnych, nadzoru nad niektórymi obiektami, szczepienia zwierząt, zadań związanych z programem kontroli chorób i dobrostanu zwierząt.

### **Adekwatność zasobów fizycznych i administracyjnych (sprzętu, pojemności IT, możliwości laboratoryjnych, itp.)**

Zasoby fizyczne i administracyjne są wystarczające do wypełniania zadań w zakresie bezpieczeństwa żywności. W celu ułatwienia przepływu informacji, jak również gromadzenia danych pochodzących z urzędowej kontroli żywności, w tym danych analitycznych, celowe jest wprowadzenie jednolitego systemu informatycznego ułatwiającego te działania w skali kraju.

Obszarem wymagającym pilnej poprawy jest wyposażenie Krajowych Laboratoriów Referencyjnych podlegających Ministerstwu Zdrowia w odpowiednie wyposażenie laboratoryjne.

### **Adekwatność zasobów finansowych**

Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne są finansowane na szczeblu regionalnym. W związku z tym, pojawiają różnice w poziomie finansowania i wyposażenia laboratoriów w poszczególnych województwach. Stacje Graniczne są finansowane przez GIS z funduszy budżetowych. Laboratoria Referencyjne podległe Ministrowi Zdrowia są finansowane przez GIS, który otrzymuje środki z Ministerstwa Zdrowia.

Jeżeli chodzi o Inspekcję Weterynaryjną, Ministerstwo Finansów finansuje usługi na szczeblu centralnym (Główny Inspektorat Weterynarii). Szczeble wojewódzkie i powiatowe są finansowane przez Ministerstwo Finansów za pośrednictwem województwa ze środków Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji.

Środki finansowe są wystarczające do działania wszystkich jednostek w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa żywności.

## **Przepływ informacji na temat czynników ryzyka**

Główne Inspektoraty przekazują podległym jednostkom na szczeblu wojewódzkim wytyczne dotyczące urzędowej kontroli i monitoringu, plany pobierania próbek dla potrzeb urzędowej kontroli i monitoringu, informacje z systemu RASFF, itp. Pracownicy instytutów naukowych przekazują pracownikom inspekcji dane na temat czynników ryzyka podczas szkoleń dla pracowników inspekcji. Pracownicy instytutów naukowych współpracujących z inspekcjami mają dostęp do dokumentów publikowanych przez EFSA w ramach sieci naukowych.

W razie potrzeby informacje bieżące są przekazywane pomiędzy jednostkami w ramach danego resortu/pomiędzy resortami za pomocą pism lub poczty elektronicznej lub podczas organizowanych *ad hoc* spotkań.

Dane pochodzące z urzędowej kontroli żywności są przekazywane do Głównych Inspektoratów. W celu ułatwienia przepływu informacji, jak również gromadzenia danych pochodzących z urzędowej kontroli żywności, w tym danych analitycznych, celowe jest wprowadzenie jednolitego systemu informatycznego ułatwiającego te działania w skali kraju.

### **Dostęp do odpowiednich badań naukowych w ramach rozwijającej się bazy wiedzy oraz szkolenia w zakresie oceny ryzyka**

Współpraca inspekcji z resortowymi instytutami naukowymi zapewnia dostęp do odpowiednich badań naukowych. W ramach resortu zdrowia jest to Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, natomiast w resorcie rolnictwa - Państwowy Instytut Weterynarii-PIB w Puławach.

Szkolenia w zakresie oceny ryzyka były organizowane w ramach programu „Better Training for Safer Food”. W ww. szkoleniach brali udział pracownicy instytutów naukowych sporządzających ocenę ryzyka oraz pracownicy inspekcji szczebla centralnego lub wojewódzkiego. Wiedza zdobyta przez przedstawicieli inspekcji na ww. szkoleniach była następnie rozpowszechniana wśród wszystkich pracowników inspekcji poprzez szkolenia w systemie kaskadowym.

### **Monitoring w zakresie bezpieczeństwa żywności**

Monitorowanie bezpieczeństwa żywności, oparte na standardach i audytach, jest przeprowadzane na każdym etapie produkcji żywności (zbioru, przetworzenia, transportu, przechowywania i sprzedaży). Zgodnie z rozp. 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r. cały łańcuch żywnościowy objęty jest nadzorem odpowiedniej inspekcji (w zależności od etapu łańcucha żywnościowego) w zakresie bezpieczeństwa (kompetencje poszczególnych inspekcji zostały opisane w punkcie „Ramy instytucjonalne dla ochrony żywności”). Opracowany został wieloletni narodowy plan kontroli urzędowych (MANCP), obejmujący lata 2015-2019.

Zgodnie z zapisami ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia, organem odpowiedzialnym za koordynację narodowego planu kontroli urzędowych jest Główny Inspektorat Sanitarny. Ustanowiono również zespół ds. koordynacji składający się z przedstawicieli Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej, Państwowej Inspekcji Ochrony Nasion i Nasiennictwa oraz Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w celu monitorowania wdrożenia MANCP lub jego uaktualniania w razie potrzeby.

## Szkolenia dla inspektorów żywności

Pracownicy inspekcji są stale szkoleni w ramach szkoleń organizowanych przez Główne Inspektoraty oraz instytuty naukowe współpracujące z inspekcjami. W ramach resortu zdrowia jest to NIZP-PZH w Warszawie, natomiast w resorcie rolnictwa - Instytut Weterynarii w Puławach.

Pracownicy inspekcji biorą też udział w szkoleniach z programu „Technical Assistance and Information Exchange” (TAIEX) oraz „Better Training for Safer Food” (BTSF). Wiedza zdobyta przez przedstawicieli inspekcji na szkoleniach jest następnie rozpowszechniana wśród wszystkich pracowników inspekcji poprzez szkolenia w systemie kaskadowym.

## Wykonywanie audytów na podstawie ryzyka

### Państwowa Inspekcja Sanitarna

NIZP-PZH, pełniący zarazem rolę Krajowego Laboratorium Referencyjnego dla żywności pochodzenia niezwierzęcego pomagał Państwowej Inspekcji Sanitarnej w utworzeniu systemu ustalania priorytetów kontroli urzędowych w oparciu o analizę ryzyka. System ten jest stosowany w praktyce od połowy 2014 r. Częstotliwość kontroli danego obiektu jest ustalana na podstawie ryzyka wyznaczonego dla danego obiektu. Kontrole są wykonywane bez uprzedzenia i obejmują wszystkie etapy produkcji, przetwarzania i dystrybucji.

### Inspekcja Weterynaryjna

Inspekcja Weterynaryjna dokonuje kontroli w oparciu o analizę ryzyka od 2007 r., na podstawie odpowiedniej instrukcji sporządzonej przez GIS. Dla każdego obiektu będącego pod nadzorem Inspekcji Weterynaryjnej wyznacza się współczynnik, określający częstotliwość inspekcji przeprowadzanych w tym obiekcie. Inspekcje mogą być zaplanowane lub mogą być wykonywane *ad hoc*.

W przypadku, gdy wymagania jest kontrola obu inspekcji (np. w przypadku żywności dla dzieci), decyzje dotyczące kontroli są podejmowane na podstawie porozumienia na szczeblu centralnym lub powiatowym.

## Ocena wpływu na zdrowie zagrożeń bezpieczeństwa żywności oraz ryzyka, na podstawie zanieczyszczeń biologicznych i chemicznych w łańcuchu żywnościowym

Badania monitoringowe w zakresie biologicznych i chemicznych zanieczyszczeń żywności prowadzone są przez Instytuty współpracujące z inspekcjami (np. NIZP-PZH), jak również przez odpowiednie inspekcje - każda w zakresie swoich kompetencji. Prowadzony jest również stały nadzór epidemiologiczny dotyczący zatruc pokarmowych.

### Koordinacja działań w zakresie bezpieczeństwa żywności

Koordinacja działań Państwowej Inspekcji Sanitarnej i Inspekcji Weterynaryjnej jest uregulowana porozumieniem na szczeblu centralnym, które jest powielane na szczeblach wojewódzkim i powiatowym. Inspekcja Weterynaryjna zawarła też porozumienie z Głównym Inspektorem Ochrony Środowiska obejmujące połączone działania w zakresie dużych ferm drobiu i gospodarstw prowadzących hodowlę świń. Istnieje również współpraca pomiędzy Służbą Celną i innymi organami nadzoru w zakresie kontroli granicznych na podstawie formalnych oraz nieformalnych porozumień na poziomie centralnym, wojewódzkim i powiatowym.

Spośród innych organów Państwowa Inspekcja Ochrony Nasion i Nasiennictwa posiada porozumienie ze Strażą Graniczną oraz Policją (obie służby podlegają Ministerstwu Administracji i Cyfryzacji), z Głównym Inspektoratem Transportu Drogowego oraz Służbą Celną. Istnieją również porozumienia ww. inspekcji z Izbami celnymi na poziomie lokalnym.

Mimo istniejących porozumień pomiędzy ww. inspekcjami można wskazać obszary wymagające nawiązania ściślejszej współpracy pomiędzy resortami (MZ, MRiRW), szczególnie w zakresie produkcji pierwotnej żywności pochodzenia roślinnego (np. w zakresie bezpieczeństwa mikrobiologicznego owoców miękkich lub wdrożenia wytycznych mających na celu ograniczenie zanieczyszczenia zbóż mikotoksynami). Obecnie trwają prace mające na celu ustalenie zakresów odpowiedzialności i ustalenia trybu współpracy poszczególnych Inspekcji w ww. obszarach. Rozważenia wymaga konieczność wprowadzenia odpowiednich zmian w ustawach kompetencyjnych poszczególnych Inspekcji.



## Zarządzanie ryzykiem w zakresie bezpieczeństwa żywności oraz ograniczanie go

Urzędowa kontrola żywności na poziomie centralnym sprawowana jest przez organy administracji państwowej, co jest gwarancją obiektywności i niezależności. Egzekwowanie przepisów prawnych dotyczących bezpieczeństwa żywności oraz powstrzymanie niebezpiecznych praktyk leży w kompetencjach poszczególnych inspekcji. Organy urzędowej kontroli żywności, jako organy administracji państwowej, wyposażone są w odpowiednie środki natury karnej i administracyjnej, służące egzekwowaniu przepisów. W przypadku postępowań sądowych zwraca uwagę długi czas rozpatrywania wniosków. W powszechnym odczuciu kary administracyjne są zbyt małe w stosunku do ewentualnych zagrożeń związanych z nieprzestrzeganiem ustawodawstwa żywnościowego. W przypadku tworzenia nowego ustawodawstwa na poziomie UE jest formalnie ustalony przepływ informacji - pisma, opinie, uzgodnienia instrukcji wyjazdowych dla ekspertów krajowych na posiedzenia grup roboczych i Komitetów działających w ramach Komisji Europejskiej, rozsyłanie sprawozdań z posiedzeń ww. grup roboczych i komitetów.

Stowarzyszenia producentów żywności współpracują z odpowiednimi instytucjami rządowymi (np. Główne Inspektoraty, Ministerstwa) oraz instytucjami naukowymi w obszarze dotyczącym bezpieczeństwa żywności (szkolenia dla producentów, opinie i ekspertyzy dotyczące bezpieczeństwa żywności). Niemniej kontrakty te nie są w pełni wystarczające, a zaangażowanie przemysłu często jest bardzo ograniczone. Należy zauważyć, że nie istnieją formalne zasady współpracy pomiędzy organizacjami zrzeszającymi producentów/operatorów branży żywnościowej, a strukturami urzędowej kontroli żywności. Stwarza to kłopoty w sytuacjach dyskusji nad nowymi przepisami, jak również w uzyskiwaniu danych od producentów żywności odnośnie parametrów jej bezpieczeństwa.

Krajowe Laboratoria referencyjne współpracują z laboratoriami sprawującymi urzędową kontrolę żywności w zakresie nadzoru merytorycznego obejmującego: szkolenia dla pracowników laboratoriów, opracowywanie nowych metod analiz, przekazywanie informacji ze spotkań z unijnymi laboratoriami referencyjnymi, organizowanie badań biegłości, wykonywanie badań arbitrażowych.

Na stronach internetowych Głównych Inspektoratów oraz instytucji naukowych są publikowane informacje dotyczące bezpieczeństwa żywności adresowane do przeciętnego konsumenta. Zgodnie z zasadami podanymi w systemie RASFF, opracowane są procedury mające na celu informowanie konsumentów o ryzyku związanym z bezpieczeństwem żywności.

### 3.D. Bezpieczeństwo pacjenta

Bezpieczeństwo pacjenta jest ważnym elementem jakości opieki zdrowotnej i obejmuje: ukierunkowanie na pacjenta, efektywność, terminowość, skuteczność i sprawiedliwość.

Bezpieczeństwo można określić jako „stopień, w jakim świadczenia zdrowotne na rzecz osób i populacji zwiększają prawdopodobieństwo pożądanych wyników zdrowotnych, które są zgodne z aktualnym stanem wiedzy zawodowej”.

#### Bezpieczeństwo pacjenta

uwolnienie pacjenta od niekonnej lub potencjalnej szkody związanej z opieką zdrowotną.

*WHO, 2007*

Zdarzenia dotyczące bezpieczeństwa pacjentów obejmują błędy, uchybienia i wypadki. Bezpieczeństwo pacjenta jest uwarunkowane przez wiele czynników, takich jak m. in. różnorodność pacjentów, złożoność procesów w systemie ochrony zdrowia, ograniczone zasoby, sposób finansowania opieki zdrowotnej, wykształcenie i doświadczenie świadczeniodawców.

#### Międzynarodowe zalecenia w sprawie przestrzegania bezpieczeństwa pacjenta

Niedostateczny poziom bezpieczeństwa pacjentów stanowi poważny problem zdrowotny, a także znaczne obciążenie ekonomiczne dla ograniczonych zasobów w dziedzinie zdrowia. Dużej części zdarzeń niepożądanych, zarówno w sektorze szpitalnym, jak i w podstawowej opiece zdrowotnej można uniknąć. Za większość zdarzeń niepożądanych wydają się odpowiadać czynniki systemowe.

### Zdarzenie niepożądane

zdarzenie, w wyniku którego pacjent ponosi szkodę.

*Rada UE, 2009*

Dlatego też zgodnie z zaleceniami Rady UE z 2009 r. wszystkie państwa członkowskie UE, w tym Polska, powinny tworzyć wszechstronne systemy zgłaszania zdarzeń i wyciągania wniosków w celu rejestrowania skali i przyczyn zdarzeń niepożądanych oraz opracowywania na tej podstawie skutecznych rozwiązań i sposobów reagowania. Pacjenci powinni być informowani o obowiązujących standardach bezpieczeństwa pacjentów, wzorcowych rozwiązaniach lub środkach bezpieczeństwa oraz o tym, gdzie mogą znaleźć dostępne i zrozumiałe informacje o systemie skarg i odszkodowań. Natomiast na szczeblu Wspólnoty należy gromadzić porównywalne i zbiorcze dane, które umożliwią opracowanie skutecznych i przejrzystych programów, struktur i polityk w zakresie bezpieczeństwa pacjentów.

Szczegółowe zalecenia Rady obejmują:

- Ustanawianie i rozwijanie krajowych działań i programów dotyczących bezpieczeństwa pacjentów;
- Informowanie pacjentów i ich upodmiotowienie poprzez m.in.:
  - angażowanie organizacji i przedstawicieli pacjentów w opracowywanie polityki i programów w zakresie bezpieczeństwa pacjentów na wszystkich stosownych poziomach;
  - rozpowszechnianie skierowanych do pacjentów informacji na temat obowiązujących standardów bezpieczeństwa pacjentów, ryzyka, środków bezpieczeństwa wprowadzonych w celu zapobiegania błędom i szkodom lub zmniejszenia częstotliwości ich występowania oraz procedur składania skarg oraz dostępnych środków odwoławczych i odszkodowań;
- Tworzenie lub usprawnianie systemów umożliwiających zgłaszanie niepożądanych zdarzeń bez narażenia się na sankcje oraz wyciąganie wniosków z takich zdarzeń;
- Promowanie kształcenia i szkolenia pracowników opieki zdrowotnej w kwestiach bezpieczeństwa pacjentów;
- Sklasyfikowanie i mierzenie bezpieczeństwa pacjentów na szczeblu wspólnotowym poprzez wzajemną współpracę i współpracę z Komisją;
- Dzielenia się wiedzą, doświadczeniem i wzorcowymi rozwiązaniami poprzez wzajemną współpracę i współpracę z Komisją oraz odnośnymi organami europejskimi i międzynarodowymi;
- Wdrożenie, na odpowiednim szczeblu, strategii profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną.

## Nadzór nad bezpieczeństwem stosowania leków

Monitorowanie bezpieczeństwa stosowania leków (inaczej nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii) obejmuje badania naukowe i działania dotyczące wykrywania, oceny, zrozumienia i zapobiegania występowaniu działań niepożądanych i innych problemów związanych ze stosowaniem leków. W Polsce, tak jak w całej Unii Europejskiej, wdrożony jest rygorystyczny system oceny bezpieczeństwa leku po dopuszczeniu do obrotu oraz podejmowania odpowiednich działań w celu ochrony zdrowia ludzi.

W skład regulacyjnego systemu nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii w UE wchodzi:

- Krajowe urzędy ds. rejestracji leków w państwach członkowskich;
- Komisja Europejska, jako właściwy organ dla produktów leczniczych zatwierdzonych w drodze procedury centralnej w UE;
- Europejska Agencja Leków odpowiadająca za produkty lecznicze zatwierdzone w drodze procedury centralnej i koordynację systemu.

System nadzoru w UE zajmuje się:

- Zbieraniem danych ze wszystkich dostępnych źródeł, w tym zgłoszeń przypadków dotyczących indywidualnych pacjentów, badań epidemiologicznych i badań klinicznych;
- Analizowaniem danych i wykrywaniem sygnałów wskazujących na możliwe nowe lub zmieniające się zagrożenia;
- Oceną planów zarządzania ryzykiem, zgłoszeń przypadków, raportów z badań, okresowych raportów o bezpieczeństwie i przeglądów korzyści do ryzyka przedstawionych przez podmioty odpowiedzialne posiadające pozwolenie na dopuszczenie do obrotu;
- Kontrolowaniem podmiotów odpowiedzialnych posiadających pozwolenie na dopuszczenie do obrotu;
- Oceną ryzyka pod względem jego prawdopodobieństwa, wielkości i czynników ryzyka;
- Zarządzaniem ryzykiem, często poprzez dalsze badania i działania mające na celu ograniczenie stosowania leku.

Obowiązkiem każdego pracownika opieki zdrowotnej jest zgłoszenie niepożądanego reakcji polekowej zgodnie z następującymi aktami prawnymi:

- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 o zawodzie lekarza;
- Ustawa z dnia 6 września 2001 Prawo Farmaceutyczne;
- Dyrektywa Unii Europejskiej 2010/84/UE.

Według zapisów ustawy Prawo farmaceutyczne działanie niepożądane produktu leczniczego może także zgłosić pacjent. Miejscem zgłoszenia są, właściwe dla danego województwa, ośrodki regionalne, które analizują bezpieczeństwo farmakoterapii na danym terenie.

Działanie niepożądane może także zostać bezpośrednio zgłoszone podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie na rynek leku lub substancji, a w przypadku niemożności jego ustalenia do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Zgłoszenia są następnie przekazywane do międzynarodowej bazy danych, która mieści się w Uppsali w Szwecji.

Organem kompetentnym w zakresie monitorowania działań niepożądanych produktów leczniczych tj. zbierania raportów oraz informacji o niepożądanych działaniach, jest Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. W razie uzasadnionego podejrzenia, że stosowanie produktu leczniczego wywołuje ciężkie niepożądane działanie, Główny Inspektor Farmaceutyczny, na wniosek Prezesa Urzędu, wydaje decyzję o czasowym zakazie wprowadzania tego produktu do obrotu, o wstrzymaniu obrotu tym produktem lub o wycofaniu tego produktu z obrotu.

Ostrzeżenia dotyczące bezpieczeństwa pacjentów, w sytuacji gdy zalecane są duże zmiany w pozwoleniu na dopuszczenie leku do obrotu, publikuje Europejska Agencja Leków. Są one dostępne na stronie internetowej dotyczącej bezpieczeństwa pacjentów. Informacje dotyczące bezpieczeństwa pacjentów w odniesieniu do leków dopuszczonych do obrotu w państwach członkowskich publikują również krajowe urzędy ds. rejestracji leków.

## Monitorowanie niepożądanych odczynów poszczepiennych

Szczepionki, podobnie jak inne produkty lecznicze, mogą powodować zdarzenia niepożądane. Ciężkie niepożądane odczyny poszczepienne (NOP) obserwuje się dość rzadko.

Dane dotyczące niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteria ich rozpoznawania zbierane są przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

### Zdarzenie niepożądane poszczepienne

każda niekorzystna zmiana stanu zdrowia (objaw, choroba, nieprawidłowy wynik badania laboratoryjnego), która wystąpiła po szczepieniu. Może to być zarówno zdarzenie związane przyczynowo ze szczepieniem, jak i zdarzenie występujące jedynie w koincydencji czasowej.

WHO, 2014

Ocena związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy szczepieniem a NOP jest ważnym elementem oceny ryzyka zdarzenia niepożądanego po szczepieniu (adverse event safter immunization) oraz procesu decyzyjnego i konkretnych działań. Systematyczne monitorowanie i ocena zdarzeń niepożądanych zapewnia maksymalne bezpieczeństwo szczepień.

W Polsce system monitorowania NOP jest realizowany od drugiej połowy lat 90. XX wieku i opiera się na zaleceniach WHO w zakresie monitorowania bezpieczeństwa szczepień („WHO Drug Monitoring Programme”, „Expanded Program on Immunization”). System nadzoru nad NOP reguluje ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania. Wymienione akty prawne zawierają także wzory obowiązujących formularzy zgłoszenia dla NOP po szczepionce BCG oraz po szczepionkach innych niż BCG. Formularze wypełnia lekarz rozpoznający NOP, pielęgniarka wykonująca szczepienie oraz pracownik inspekcji sanitarnej. Ostateczna kwalifikacja każdego zgłoszonego odczynu poszczepiennego odbywa się w Zakładzie Epidemiologii NIZP-PZH.

W 2012 roku WHO, przy wsparciu grupy ekspertów z Global Advisory Committee for Vaccine Safety, opracowała nowe narzędzie do oceny związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zdarzeniem niepożądanym a szczepieniem. Składa się ono z protokołu WHO i algorytmu postępowania. Postępowanie decyzyjne z wykorzystaniem protokołu WHO jest końcowym efektem kolejnych działań: (1) ustalenia, czy można zastosować protokół WHO; (2) uzupełnienia kwestionariusza; (3) zastosowania algorytmu oraz (4) zakwalifikowania zdarzenia do odpowiedniej kategorii. Wyróżnia się trzy główne kategorie zdarzeń niepożądanych po szczepieniu w zależności od wyniku oceny związku przyczynowo-skutkowego:

- Dokonana ocena przemawia za istnieniem związku przyczynowo-skutkowego;
- Związek przyczynowo-skutkowy jest nieokreślony;
- Dokonana ocena przemawia przeciwko związkowi przyczynowo-skutkowemu.

W dokumencie WHO nie sprecyzowano, jakie działania należy podjąć w odpowiedzi na wystąpienie zdarzeń niepożądanych po szczepieniu. W przypadku zdarzeń niepożądanych, wynikających na przykład z nieprawidłowej techniki szczepienia, wystarczające mogą być działania na poziomie lokalnym (świadczoniodawca), natomiast zdarzeniom związanym z niespełnieniem przez szczepionkę wymagań jakościowych należy przeciwdziałać na poziomie krajowym.

Opracowana przez WHO metoda jest wystandaryzowana i umożliwia zainteresowanym stronom zrozumienie natury procesu decyzyjnego i jednocześnie urownia drogi do udoskonalania skuteczności tej metody.

## Kontrola zakażeń i chorób zakaźnych związanych z udzieleniem świadczeń zdrowotnych

Regulacje dotyczące nadzoru nad zakażeniami i chorobami związanymi z udzielaniem świadczeń zdrowotnych zawiera ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Zgodnie z tymi przepisami kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Działania te dotyczą:

- Oceny ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych;
- Monitorowania czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń;
- Opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- Stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych;
- Wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej.

Realizacja tych działań oraz prowadzenie dokumentacji, w tym wyniki kontroli wewnętrznej, podlegają kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Kierownicy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne są zobowiązani do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, w tym powołania zespołu kontroli zakażeń szpitalnych. Do zadań tego zespołu należy:

- Opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- Prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli kierownikowi szpitala i komitetowi zakażeń szpitalnych;
- Szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych;
- Konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.

Ponadto w szpitalu powołuje się komitet kontroli zakażeń, do którego należy:

- Opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- Ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych;
- Opracowywanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu.

## Przepisy prawne i ramy instytucjonalne dla zapewnienia praw pacjenta

Art. 1. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określa:

- Prawa pacjenta;
- Zasady udostępniania dokumentacji medycznej;
- Obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związane z prawami pacjenta;
- Tryb powoływania, odwoływania i kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta;
- Postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;
- Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych.

Przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Ustawa reguluje szczegółowo prawa pacjenta, wśród których znajdują się:

- Prawo do świadczeń zdrowotnych;
- Prawo do informacji;
- Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych;
- Prawo do tajemnicy informacji;
- Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych;
- Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta;
- Prawo do dokumentacji medycznej;
- Prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
- Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
- Prawo do opieki duszpasterskiej;
- Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

W celu ochrony praw pacjenta określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych ustanowiony został urząd Rzecznika Praw Pacjenta. Wykonuje on swoje zadania przy pomocy Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Nad działalnością Rzecznika Praw Pacjenta nadzór sprawuje Prezes Rady Ministrów.

Do zakresu działania Rzecznika należy:

- Prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;



- W sprawach cywilnych wykonywanie zadań określonych w art. 55 (czynności po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego);
- Opracowywanie i przedkładanie Radzie Ministrów projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta;
- Występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę aktów prawnych w zakresie ochrony praw pacjenta;
- Opracowywanie i wydawanie publikacji oraz programów edukacyjnych popularyzujących wiedzę o ochronie praw pacjenta;
- Współpraca z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw, w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia;
- Przedstawianie właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oraz samorządom zawodów medycznych ocen i wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta;
- Współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta;
- Analiza skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy;
- Wykonywanie innych zadań określonych w przepisach prawa lub zleconych przez Prezesa Rady Ministrów.

Rzecznik Praw Pacjenta współpracuje z Rzecznikiem Praw Obywatelskich oraz Rzecznikiem Praw Dziecka.

Pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta są także Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, którzy wykonują swoje zadania przy pomocy tego biura.

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta dysponuje także ogólnopolską bezpłatną infolinią, poprzez którą udziela wsparcia w dochodzeniu praw pacjenta.

### **Działalność Rzecznika Praw Pacjenta oraz ocena przestrzegania praw pacjenta**

W 2014 r. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta dysponowało budżetem w wysokości 11 315 tys. zł. i zatrudniało 119 pracowników, w tym 41 Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Wybrane działania Rzecznika w 2014 r. przedstawiono tabeli I.

**Tabela I.**

Liczba i rodzaj działań Rzecznika Praw Pacjenta w 2014 r. Źródło: Opracowanie własne na podstawie Sprawozdania dotyczącego przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w 2014 r. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

Lp.	Rodzaj sprawy	Liczba spraw
1.	Sprawy/sygnaty/zapytania skierowane do Rzecznika przez obywateli	65 339
2.	Wystąpienia Rzecznika (o charakterze systemowym) do właściwych organów i instytucji, zmierzające do poprawy stopnia przestrzegania praw pacjenta w Polsce	402
3.	Stwierdzone naruszenia praw pacjenta w sprawach indywidualnych	381
4.	Stwierdzone naruszenia praw pacjenta, w przypadku których podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych niezwłocznie przyjęły do realizacji zalecenia i wnioski Rzecznika	311
5.	Sprawy zbadane na miejscu	61
6.	Akty prawne zaopiniowane przez Rzecznika	60
7.	Postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów	26
8.	Sprzeciwy rozpatrzone przez Komisję Lekarską działającą przy Rzeczniku	5
9.	Sprawy podjęte przez Rzecznika na prawach przysługujących prokuratorowi	3

**Ocena przestrzegania Praw Pacjenta**

W 2014 r. Rzecznik Praw Pacjenta skierował 309 wystąpień w sprawie naruszeń praw pacjenta. W przypadku 250 wystąpień (80,9%) podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych niezwłocznie przyjęły do realizacji wnioski Rzecznika.

Ogółem w 2014 r. stwierdzono 381 naruszeń praw pacjenta. Najczęściej nieprzebrzegany prawem pacjenta było prawo do świadczeń zdrowotnych (127 naruszeń; 33%). Dotyczyły one m.in. dostępu do psychologa na oddziałach ginekologiczno-położniczych, do żywienia dojelitowego, do badań prenatalnych, do transportu sanitarnego, do wyrobów medycznych, do świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii, długiego czasu oczekiwania na operacje dzieci z wadami rozszczepienia jamy ustnej i podniebienia.

Nieprzebrzeganie prawa do informacji oraz prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych stanowiło przedmiot 125 naruszeń (33%). Dotyczyły one m. in. prawa pacjenta do wyrażenia zgody na leczenie

elektrowstrząsami, odstąpienia lekarza od udzielania świadczeń zdrowotnych, odmowa udzielenia informacji o stanie zdrowia dziecka jednemu z rodziców.

Z kolei nieprzestrzeganie prawa pacjenta do udostępnienia dokumentacji medycznej stanowiło przedmiot 107 naruszeń (28%). Dotyczyły one m. in. dokumentacji medycznej pacjentów poniżej 18 roku życia, udostępniania dokumentacji medycznej dla celów naukowych, dostępu pacjenta do oryginału dokumentacji medycznej, dostępu do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta, pobierania zawyżonych opłat za udostępnianie kopii dokumentacji medycznej.

Pozostałe prawa pacjenta były nieprzestrzegane w 2014 r. rzadziej (prawo do poszanowania intymności i godności - 13 naruszeń, prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego - 5 naruszeń, prawo do tajemnicy informacji - 4 naruszenia).

## 3.E. Bezpieczeństwo drogowe

### Wypadki drogowe w Polsce i ich skutki

Zgodnie z raportem Komendy Głównej Policji w 2014 roku do Policji zgłoszono 34 970 wypadków drogowych mających miejsce na drogach publicznych, w strefach zamieszkania lub strefach ruchu. W porównaniu z 2013 rokiem liczba ta spadła o 2,5%. W wyniku wypadków drogowych 3 202 osoby poniosły śmierć, a rannych zostało 42 545 osób. W 2014 roku do jednostek Policji zgłoszono także 348 028 kolizji drogowych.

Główne przyczyny wypadków na prostych odcinkach to:

- Niedostosowanie prędkości do warunków ruchu - 3 773 wypadki;
- Nie udzielenie pierwszeństwa przejazdu - 2 123 wypadki;
- Nieprawidłowe zachowanie się wobec pieszego - 2 240 wypadków;
- Niezachowanie bezpiecznej odległości między pojazdami - 1 553 wypadki;
- Nieprawidłowe wyprzedzanie - 1 088 wypadków.

Główne przyczyny wypadków na skrzyżowaniach z pierwszeństwem przejazdu to:

- Nie udzielenie pierwszeństwa przejazdu - 4 928 wypadków;
- Nieprawidłowe zachowanie się wobec pieszego - 1 615 wypadków;
- Niedostosowanie prędkości do warunków ruchu - 788 wypadków.

Spśród wszystkich rodzajów wypadków drogowych w 2014 roku najwięcej zakwalifikowano do kategorii „zderzenie się pojazdów w ruchu” (51,4%). Na drugim miejscu znalazła się kategoria wypadków określana jako „najeżdżenie na pieszego” (25,6%). Rzadziej miejsce miały wypadki klasyfikowane jako „wywrócenie się pojazdu” (7,6%) czy „wypadek z pasażerem” (1,8%).

Badania Krajowej Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego wykazały, że w 2014 roku koszty wszystkich zdarzeń drogowych w Polsce wyniosły 48,6 mld złotych, w tym:

- Koszty wypadków drogowych wyniosły 34,8 mld złotych;
- Koszty kolizji drogowych wyniosły 13,8 mld złotych.

Łączne koszty wypadków i kolizji drogowych w 2014 roku w Polsce stanowiły 2,81% PKB kraju.

## Ramy instytucjonalne bezpieczeństwa drogowego

### Instytucje rządowe

Najważniejszą instytucją, zajmującą się bezpieczeństwem ruchu drogowego na szczeblu krajowym jest Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (KRBRD) powołana 1 stycznia 2002 r. na mocy ustawy Prawo o ruchu drogowym (art. 140 c) jako międzyresortowy organ doradczy i pomocniczy Rady Ministrów w sprawach bezpieczeństwa ruchu drogowego (BRD). Przewodniczącym KRBRD jest minister właściwy ds. transportu. Członkami KRBRD są przedstawiciele Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości oraz ministrów właściwych do spraw: administracji publicznej, budżetu, finansów publicznych, gospodarki, gospodarki przestrzennej i mieszkaniowej, oświaty i wychowania, środowiska, transportu, wewnętrznych, pracy oraz Komendanta Głównego Policji, Komendanta Głównego Straży Pożarnej, Generalnego Dyrektora Dróg Krajowych i Autostrad oraz wskazani przez Premiera wojewodowie. W KRBRD nie ma przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia.

KRBRD określa kierunki i koordynuje działania administracji rządowej w sprawach bezpieczeństwa ruchu drogowego. Do zadań KRBRD w zakresie poprawy bezpieczeństwa ruchu drogowego (BRD) należy między innymi:

- Proponowanie kierunków polityki państwa, opracowywanie programów poprawy BRD;
- Zlecenie badań naukowych;
- Inicjowanie oraz opiniowanie aktów prawnych w dziedzinie BRD;
- Inicjowanie współpracy zagranicznej jak również działalności edukacyjno-informacyjnej;
- Współpraca z organizacjami społecznymi i instytucjami pozarządowymi;

- Analizowanie i ocena podejmowanych działań;
- Ustalanie, co najmniej raz na trzy lata, średniego kosztu społeczno-ekonomicznego wypadku drogowego, w którym jest zabity lub w którym osoba doznała obrażeń ciała, powstałego w transeuropejskiej sieci drogowej.

Jednostką wykonawczą KRBRD jest Sekretariat KRBRD, który działa jako wewnętrzna jednostka organizacyjna ministra właściwego ds. transportu. Sekretariat KRBRD prowadzi m.in. działania promujące bezpieczeństwo na polskich drogach wśród wszystkich użytkowników dróg. Głównym założeniem prowadzonych działań jest:

- Spadek liczby wypadków drogowych oraz liczby ofiar śmiertelnych i rannych w ich wyniku;
- Wzrost świadomości społecznej w zakresie bezpiecznych zachowań na drodze;
- Niższe koszty społeczne zdarzeń drogowych;
- Rozwój współpracy w zakresie bezpieczeństwa ruchu drogowego pomiędzy organami administracji rządowej, administracji samorządowej i organizacjami pozarządowymi.

Niezależnie od działań KRBRD, zagadnieniami związanymi z BRD zajmują się ministerstwa i instytucje im podległe. W tabeli II zestawiono wszystkie organizacje rządowe w kompetencjach których znajdują się zagadnienia związane z wypadkami drogowymi i ich ofiarami.

#### Tabela II.

Organizacje rządowe zajmujące się zagadnieniami bezpieczeństwa ruchu drogowego. Źródło: opracowanie własne na podstawie: Czapski R., Job S., McMahon K., Gienza J. (2013) Country Report on Poland Road Safety Management Capacity-Review. World Bank Report No.78319-PL.

Organizacja	Obowiązki i zadania związane z bezpieczeństwem ruchu drogowego
Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (KRBRD)	Koordinacja bezpieczeństwa ruchu drogowego na wszystkich szczeblach rządowych oraz podejmowanie strategicznych decyzji wysokiego szczebla w sprawach bezpieczeństwa ruchu drogowego
Ministerstwo Transportu	Ustalanie strategii dla transportu; przepisy prawne na temat nadawania uprawnień do kierowania pojazdami; rejestracja pojazdów, normy techniczne dróg itd.
Ministerstwo Spraw Wewnętrznych	Ustalanie strategii dla Policji, zarządzanie danymi o wypadkach; przepisy prawne

Ministerstwo Sprawiedliwości	Ustalanie strategii dla sądownictwa i zajmowanie się przestępcami drogowymi; przepisy prawne
Ministerstwo Zdrowia	Ustalanie strategii dla systemu opieki zdrowotnej
Ministerstwo Edukacji Narodowej	Ustalanie strategii dla sektora edukacji
Generalna Dyrekcja Dróg Krajowych i Autostrad (GDDKiA)	Utrzymanie i rozbudowa krajowej sieci drogowej; normy dla dróg z odpowiedzialnością za krajową sieć drogową
Policja	Egzekwowanie przestrzegania prawa na drogach i zarządzanie wypadkami drogowymi; zbieranie danych o wypadkach, zestawianie danych, rozpowszechnianie danych do innych podmiotów; analiza; raportowanie
Główny Inspektorat Transportu Drogowego (GITD), w tym CANARD	Egzekwowanie przestrzegania przepisów w sposób zautomatyzowany; inspekcja samochodów ciężarowych
Departament Zdrowia Publicznego MZ	Prowadzi sprawy związane z realizacją zadań dotyczących Narodowego Programu Zdrowia
Komenda Główna Państwowej Straży Pożarnej	Świadczenie usług ratowniczych w tym gaszenie pożarów; pierwsza pomoc i wydobywanie ofiar wypadków uwięzionych we wrakach samochodów
Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM)	Zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W skład systemu PRM wchodzi: szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) oraz zespoły ratownictwa medycznego (ZRM)
Pogotowie ratunkowe	Leczenie i transport zranionych ludzi do szpitala

## Instytucje samorządowe

Instytucjami koordynującymi działania BRD na szczeblu województw są Wojewódzkie Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego. Wojewódzka Rada działa przy marszałku województwa. Przewodniczącym Wojewódzkiej Rady jest marszałek województwa, a zastępcami: wojewoda, wojewódzki komendant Policji. Członkami Wojewódzkiej Rady są: wojewódzki inspektor transportu drogowego, dyrektor właściwego terenowo oddziału Generalnej Dyrekcji Dróg Krajowych i Autostrad oraz przedstawiciele wojewody, wojewódzkiego sztabu wojskowego, kuratora oświaty, zarządu województwa, zarządów powiatu, wójtów, burmistrzów lub prezydentów miast, komendanta wojewódzkiego Policji, komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej, zarządu dróg wojewódzkich, przedstawiciel wojewódzkich ośrodków ruchu drogowego, przedstawiciel zarządów dróg powiatowych, osoby wskazane przez marszałka województwa w szczególności

reprezentujące działające na terenie województwa organizacje pozarządowe, których celem statutowym jest problematyka bezpieczeństwa ruchu drogowego.

Do zadań Wojewódzkiej Rady należy:

- Opracowywanie regionalnych programów poprawy bezpieczeństwa ruchu drogowego;
- Opiniowanie projektów aktów prawa miejscowego w zakresie bezpieczeństwa ruchu drogowego;
- Zatwierdzanie planu wydatków wojewódzkich ośrodków ruchu drogowego w części przeznaczonych na poprawę bezpieczeństwa ruchu drogowego;
- Inicjowanie kształcenia kadr administracji publicznej i szkolenie w zakresie bezpieczeństwa ruchu drogowego;
- Inicjowanie współpracy międzywojewódzkiej;
- Współpraca z właściwymi organizacjami społecznymi i instytucjami pozarządowymi;
- Inicjowanie działalności edukacyjno-informacyjnej;
- Analizowanie i ocena podejmowanych działań.

Znaczący wpływ na BRD na szczeblu lokalnym mają zarządcy dróg, którzy odpowiadają za budowę, zarządzanie i utrzymanie dróg wojewódzkich, powiatowych i gminnych. Duże znaczenie dla bezpieczeństwa na drogach mają także działania Policji oraz Straży Miejskich, do których należy egzekwowanie przestrzegania przepisów. Mimo, że uprawnienia Straży Miejskiej do kontroli w ruchu drogowym są dość ograniczone, to może ona stosować fotoradary. Miejsca, w których umieszczane są fotoradary zarządzane przez Straż Miejską, muszą być uzgodnione z Policją i Głównym Inspektoratem Transportu. Od 1 stycznia 2016 roku, zgodnie ze zmianami w odpowiednich ustawach Straż Miejska utraci prawo do kontroli prędkości przy wykorzystaniu fotoradarów, a automatyczną kontrolą prędkości i przejeżdżania skrzyżowań na czerwonym świetle będzie zajmowała się wyłącznie Inspekcja Transportu Drogowego. Policja nadal będzie kontrolować prędkość przy zastosowaniu urządzeń mobilnych.

## Narodowy Program Badań Ruchu Drogowego

„Narodowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2013-2020” jest kompleksowo opracowaną strategią poprawy bezpieczeństwa na polskich drogach w latach 2013-2020. Został przyjęty 20 czerwca 2013 r. przez Krajową Radę Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego. Oparty jest na pięciu filarach: bezpieczny człowiek, bezpieczna droga, bezpieczna prędkość, bezpieczny pojazd, ratownictwo medyczne i opieka powypadkowa.

Program skierowany jest do wszystkich odpowiedzialnych za bezpieczeństwo ruchu drogowego w Polsce, a więc m.in. do parlamentu, rządu, samorządów, zarządców dróg, projektantów dróg, służb nadzoru, a także wszystkich uczestników ruchu drogowego. Celem nadrzędnym Programu jest zmniejszenie liczby wypadków, obniżenie o połowę liczby zabitych na polskich drogach, ograniczenie o 40% liczby ciężko rannych, walka z nadmierną prędkością oraz poprawa bezpieczeństwa pieszych, rowerzystów i motocyklistów. Program nie jest planem działań, a jedynie programem wyznaczającym kierunek, w jakim należy podążać by osiągnąć zamierzone cele. Konkretnie działania są określane w kolejnych Programach Realizacyjnych na rok 2013, 2014-2015 i 2015-2016.

W Programach Realizacyjnych wyróżniono 7 obszarów interwencji. Jednym z nich jest Ratownictwo, dla którego zdefiniowano 2 zadania do realizacji przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Spraw Wewnętrznych:

- R1: Rozwój systemu ratownictwa medycznego:
  - Wsparcie istniejących i budowa nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych;
  - Rozwój Lotniczego Pogotowia Ratunkowego;
  - Integracja systemu dysponowania poprzez budowę nowych dyspozytorni medycznych.
- R2: Modernizacja sprzętu i doposażenie służb ratownictwa drogowego z uwzględnieniem odcinków dróg o największym stopniu zagrożenia wypadkami.

Realizacja tych działań polega przede wszystkim na rozwoju infrastruktury i doposażeniu służb ratowniczych. Wskaźnikiem rezultatu jest czas dojazdu służb ratunkowych na miejsce zdarzenia.

Istotną częścią „Narodowego Programu Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego” są kampanie społeczne stanowiące element edukacji społeczeństwa. W ostatnich latach zrealizowano kilkanaście kampanii dotyczących podstawowych zagrożeń na polskich drogach. W roku 2014 przeprowadzono kampanię zwracającą uwagę na problem przekraczania prędkości w obszarach zabudowanych (zadanie P7).

W roku 2015 zaplanowano:

- Kampanię dotyczącą problematyki prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu („Piteś nie jedź! Nie jedź na kacu”);
- Kampanię dotyczącą problematyki stosowania biernych urządzeń zabezpieczających w samochodach („Zapnij Pasy, Ostatni wyskok”);
- Kampanię dotyczącą związaną z kształtowaniem bezpiecznych zachowań uczestników ruchu drogowego („10 mniej. Zwolnij! Prędkość zabija”).

Inicjatorami licznych kampanii są również inne instytucje, takie jak Komenda Główna Policji i Wojewódzkie Jednostki Policji, Państwowy Zakład Ubezpieczeń, Generalna Dyrekcja Dróg Krajowych i Autostrad („Drogi Zaufania”), Instytut Transportu Samochodowego („Klub Pancernika Klika w Fotelikach”). Często kampanie społeczne są też organizowane na szczeblu lokalnym przez organizacje pozarządowe.



Głównym środkiem przekazu kampanii jest telewizja i radio, przydrożne tablice reklamowe, ale ostatnio coraz większą rolę odgrywa Internet i media społecznościowe.

W 2015 roku na kampanie społeczne zrealizowane przez Sekretariat Krajowej Rady BRD wydano ponad 50 milionów złotych ze środków „Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko”.

Komenda Główna Policji zrealizowała również serie kampanii współfinansowanych ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Przekaz spotów kampanii to: „Każdy wypadek to suma różnych zdarzeń”. Kampania adresowana jest do wszystkich uczestników ruchu drogowego, ze szczególnym uwzględnieniem: motocyklistów, osób starszych (+60) i pieszych.

Na kampanie przeznacza się znaczne środki. Jednak nie znaleziono badań wykazujących wpływ przeprowadzonych kampanii na zmniejszenie zagrożeń na polskich drogach. Jak wynika z projektu „CAST - Campaigns and Awareness-raising Strategies in Traffic Safety”, kampanie osiągają najwyższą skuteczność, jeżeli są działaniami zaplanowanymi w dłuższej perspektywie czasowej i są wsparciem innych działań związanych z rozwiązaniami prawnymi, infrastrukturalnymi czy w nadzorcze.

Kampanie społeczne realizowane w Polsce, choć dosyć liczne i dotyczące najważniejszych problemów BRD, są w zbyt małym stopniu skoordynowane z innymi działaniami.

## Finansowanie bezpieczeństwa ruchu drogowego

Brak jest stabilnych źródeł finansowania bezpieczeństwa ruchu drogowego zarówno na szczeblu rządowym jak i lokalnym. Budżet państwa pokrywa koszty utrzymania Sekretariatu Krajowej Rady Bezpieczeństwa. Jednak na większość działań Sekretariatu BRD potrzebne są dodatkowe środki pozyskiwane z funduszy Unii Europejskiej (Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko) czy pożyczek Banku Światowego, Europejskiego Banku Inwestycyjnego.

Dodatkowym źródłem finansowania jest Krajowy Fundusz Drogowy zasilany częścią wpływów z mandatów z Centrum Automatycznego Nadzoru Nad Ruchem Drogowym. Na poziomie województw część działań BRD jest finansowana ze środków Wojewódzkich Ośrodków Ruchu Drogowego. Jak wynika z raportu Banku Światowego niektóre działania BRD edukacyjne czy szkoleniowe są wspierane przez Fundusz Norweski i Szwajcarski. Część inicjatyw BRD jest finansowana z funduszy NGO (Non-Government Organization). Znaczna część zadań realizowana w ramach zadań poszczególnych resortów jest pokrywana ze środków własnych, czyli też z budżetu państwa.

## System informacji bezpieczeństwa ruchu drogowego

Podejmowanie działań w zakresie bezpieczeństwa ruchu drogowego (BRD) musi być poprzedzone precyzyjną diagnozą sytuacji, identyfikacją problemów i źródeł zagrożeń. Konieczna jest też wiedza na temat najskuteczniejszych metod i rozwiązań zmniejszających zagrożenie na drogach. Każdy program i poszczególne jego elementy po wdrożeniu powinny być poddane ocenie, na ile przyczyniły się do osiągnięcia założonych celów. Żeby cały proces mógł być sprawnie realizowany konieczny jest wiarygodny ogólnodostępny system informacji. W tym celu w Instytucie Transportu Samochodowego utworzono Polskie Obserwatorium Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (POBR). Przy budowie POBR wzorowano się na Europejskim Obserwatorium BRD (European Road Safety Observatory ERSO).

POBR to jednostka, której celem jest wspieranie władz centralnych i lokalnych w procesie zarządzania bezpieczeństwem ruchu drogowego. Zajmuje się gromadzeniem, analizowaniem i upowszechnianiem danych z zakresu BRD. Dane te mogą służyć m.in. do oceny skuteczności podejmowanych działań, kreowania polityki bezpieczeństwa ruchu drogowego i podnoszenia świadomości społeczeństwa w obszarze zagrożeń w ruchu drogowym.

Głównym celem POBR jest przyczynienie się do zmniejszania liczby ofiar wypadków drogowych w Polsce. Kluczem do osiągnięcia tego celu jest dostarczanie danych o zagrożeniach i rozpowszechnianie wiedzy na temat skutecznych środków poprawy. System informatyczny POBR składa się z dwóch części: hurtowni danych i portalu informacyjnego. Dane i informacje zgromadzone w POBR są ogólnodostępne i przeznaczone dla przedstawicieli władz państwowych i samorządowych, zarządców dróg wszystkich szczebli, specjalistów z różnych dziedzin: projektantów, psychologów, nauczycieli, prawników, policjantów, studentów, a także przedstawicieli mediów.

Działania poprawiające bezpieczeństwo na drogach powinny być realizowane również na poziomie lokalnym. W planowaniu, realizacji i ocenie takich działań bardzo pomocne mogą być regionalne obserwatoria. W województwie warmińsko-mazurskim w strukturach Wojewódzkiego Ośrodka Ruchu Drogowego (WORD) funkcjonuje Warmińsko-Mazurskie Obserwatorium Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego. Jego celem jest rozpowszechnianie informacji i analiz bezpieczeństwa ruchu drogowego, a także udostępnianie wiedzy o nowoczesnych rozwiązaniach prewencyjnych bazujących na nauce i najlepszych doświadczeniach krajowych i zagranicznych.

## System zbierania danych o wypadkach drogowych

W Polsce poziom bezpieczeństwa ruchu drogowego określany jest na podstawie danych zawartych w policyjnej bazie SEWiK (System Ewidencji Wypadków i Kolizji). Odpowiedzialność za zbieranie danych o wypadkach nakłada na Policję Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej i Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2014 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2015. Sposób i zakres zbieranych danych jest określony w Zarządzeniu Komendanta Głównego Policji w sprawie metod i form prowadzenia przez Policję statystyki zdarzeń drogowych. Zarządzenie to weszło w życie 1 listopada 2015 roku i zastąpiło poprzednie zarządzenie funkcjonujące od 1 lipca 2012 roku.

Informacje gromadzone w bazie danych są zbierane przez funkcjonariuszy policji wg pozycji w Karcie Zdarzenia Drogowego. Dla każdego wypadku i kolizji drogowej określa się:

- Charakter miejsca wypadku;
- Okoliczności wypadków (czas, warunki atmosferyczne, oświetlenie, stan drogi, stan pojazdu itp.);
- Rodzaj pojazdów uczestniczących;
- Zachowanie uczestników;
- Wiek, płeć kierowców i ofiar;
- Rodzaj odniesionych obrażeń (zabity na miejscu, ciężko i lekko ranny);
- Dla wypadków ze skutkiem śmiertelnym dodatkowo od 2012 roku zbierane są dane w szerszym zakresie (zgodnie z dyrektywą 2008/96/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 19 listopada 2008 r. w sprawie zarządzania bezpieczeństwem infrastruktury drogowej (Dz. Urz. UE L 319 z 09.11.2008 Załącznik IV): poziom alkoholu u uczestników wypadków, rok produkcji pojazdu, data ostatniego badania technicznego, wyposażenie ochronne (ABS, ESP), godzina powiadomienia i przybycia na miejsce pierwszego patrolu policji.

Karty Zdarzenia Drogowego są wypełniane przez policjantów dokonujących czynności na miejscu zdarzenia i w miarę konieczności uzupełniane przez policjantów prowadzących postępowanie przygotowawcze i sprawdzające. W razie potrzeby uzupełniane są także dane o zgonie uczestnika wypadku (do 30 dni od zdarzenia) i wyniku badań na zawartość alkoholu lub innego środka o podobnym działaniu. Dane z Kart są wprowadzane do Krajowego Systemu Informacyjnego Policji bezpośrednio ze stanowisk zlokalizowanych w komendach powiatowych (miejskich) Policji.

### Wypadek drogowy

zdarzenie drogowe, w wyniku którego była osoba zabita lub ranna.

*Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2015*

### Kolizja drogowa

zdarzenie drogowe, w którym powstały wyłącznie straty materialne.

*Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2015*

### Śmiertelna ofiara wypadku

osoba zmarła na miejscu wypadku drogowego lub w ciągu 30 dni od dnia wypadku drogowego na skutek doznanych w jego wyniku obrażeń ciała.

*Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2015*

### Osoba ciężko ranna

osoba, która doznała uszczerbku na zdrowiu w postaci:

- Pozbawienia wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała;
- Innych obrażeń powodujących naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający dłużej niż 7 dni.

*Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2015*

### Osoba lekko ranna

osoba, wobec której lekarz lub ratownik medyczny stwierdził, że doznała ona uszczerbku na zdrowiu lub obrażeń innych niż określone dotyczącym osoby ciężko rannej.

*Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2015*

Większość analiz na temat bezpieczeństwa ruchu drogowego jest wykonywana na podstawie bazy SEWiK. Jednak nie jest to jedyna baza danych gromadząca informacje o ofiarach wypadków drogowych. Dokładny opis pozostałych baz przedstawiono w pracy Instytutu Transportu Samochodowego z 2011 roku.

Źródłem informacji o ofiarach wypadków drogowych mogą być także badania realizowane zgodnie z Rozporządzeniem o statystyce publicznej:

- Badanie stałe 1.21.09(031): Zgony. Umieralność. Trwanie życia;
- Badanie stałe 1.29.03(080): Hospitalizacja;
- Badanie stałe 1.29.07(091): Infrastruktura ochrony zdrowia i jej funkcjonowanie.

Statystyka zgonów umożliwia między innymi prowadzenie pogłębionych badań w zakresie umieralności. Podstawowym źródłem danych o osobie zmarłej jest akt stanu cywilnego tzw. „Karta statystyczna do karty zgonu”. Dane są przekazywane do Głównego Urzędu Statystycznego i publikowane w roczniku demograficznym. Niestety dostęp do tych danych dla celów analiz BRD jest bardzo utrudniony i niemożliwy bez numeru PESEL osób zmarłych, co bardzo utrudnia ich weryfikację i łączenie z bazą danych SEWiK.

W Polsce informacje o osobach przebywających w szpitalu są zbierane w ramach Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej. Za gromadzenie, przetwarzanie i analizę tych danych odpowiada Zakład-Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności NIZP-PZH. Badanie jest źródłem informacji o przyczynach hospitalizacji, stosowanych procedurach oraz długości hospitalizacji dla wszystkich osób leczonych w szpitalach. Dane zgromadzone w tej bazie mogłyby być źródłem danych o ofiarach wypadków drogowych, jednak w gromadzonych informacjach nie ma nr PESEL co powoduje, że łączenie tej bazy z bazą SEWiK jest bardzo utrudnione i obciążone dużym błędem.

W ramach statystyki publicznej zbierane są także dane o funkcjonowaniu Pogotowia Ratunkowego. W badaniach uczestniczą podmioty wykonujące działalność leczniczą w zakresie pomocy doraźnej, ratownictwa medycznego i transportu sanitarnego. Dane zgromadzone w tej bazie mogłyby być cennym źródłem informacji o przebiegu akcji ratunkowych, jednak dotyczą one przede wszystkim akcji prowadzonych przez poszczególne jednostki ratownicze i są znacznie zawyżone w stosunku do statystyki zgonów wykazywanych w bazie SEWiK (liczba ofiar śmiertelnych do których wyjechały karetki jest dwukrotnie wyższa niż liczba ofiar śmiertelnych wypadków drogowych raportowana przez Policję w bazie SEWiK).

Bardzo bogatym źródłem danych o ofiarach wypadków może być także Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), który dysponuje elektroniczną bazą danych o wszystkich świadczeniach medycznych udzielonych na terenie całej Polski od 2009 roku wg rozpoznania zasadniczego ICD-10 i procedur medycznych ICD-9. Ponadto NFZ

dysponuje Zintegrowanym Informatorem Pacjenta, który jest ogólnopolskim serwisem udostępniającym zarejestrowanym użytkownikom historyczne dane o ich leczeniu i finansowaniu leczenia, gromadzone od 2008 roku przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Obie te bazy gromadzą zapewne dane o ofiarach wypadków drogowych, ale niestety ze względu na ochronę danych osobowych pozyskanie tych danych jest chwilowo niemożliwe.

Dane o ofiarach wypadków drogowych gromadzone w SEWiK powinny być uzupełniane danymi z pozostałych, przedstawionych powyżej baz. Jednak brak możliwości połączenia indywidualnych rekordów baz (brak dostępu do PESEL) powoduje, że taka praktyka nie jest stosowana. Wciąż więc gromadząc bardzo dokładne dane o ofiarach wypadków nie mamy do nich dostępu i przy analizach korzystamy z bardzo ogólnych danych o obrażeniach (zgon, ciężko, lekko ranny) uzyskanych przez Policję w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych albo w przypadku procedury wyjaśniającej z opinii biegłych.

Dodatkową trudnością przy wykorzystaniu danych medycznych jest inna definicja osoby zmarłej w wypadku drogowym: w SEWiK za osobę zmarłą w wypadku uważa się osobę zmarłą do 30 dni po wypadku, w statystykach medycznych takiego ograniczenia nie ma.

W 2011 roku Instytut Transportu Samochodowego podjął próbę oszacowania liczby zgonów z powodu wypadków drogowych przy wykorzystaniu bazy SEWiK, GUS i NIZP-PZH. Niestety udało się połączyć jedynie bazę zgonów GUS i SEWiK. Przeprowadzone analizy wykazały niedoszacowanie liczby zgonów w wypadkach w bazie SEWiK o 3-25% (w zależności od przyjętych założeń). Jednak w pracy wykazano także niepewność co do kodowania przyczyny zgonów w kartach szpitalnych. W 4,5% przypadków ofiary śmiertelne wypadków zarejestrowane w bazie SEWiK nie znalazły się w bazie zgonów GUS (prawdopodobnie w karcie szpitalnej nie wpisano prawidłowego kodu przyczyny obrażeń).

Poważnym problemem związanym ze zbieraniem danych o wypadkach są informacje o ciężkości obrażeń ofiar wypadków. O ile dla ofiar śmiertelnych w większości krajów w statystykach wypadkowych (policyjnych) obowiązują wspólna definicja (zgon na miejscu lub do 30 dni po wypadku) to w stosunku do rannych definicje bardzo się różnią a dane są nieporównywalne. W związku z tym i koniecznością podjęcia działań zmierzających do zmniejszenia liczby ciężko rannych Komisja Europejska zaleciła wszystkim krajom Unii Europejskiej określanie ciężkości obrażeń ofiar wypadków wg skali MAIS (Maximum Abbreviated Injury Scale). MAIS to dość powszechnie stosowana 6-stopniowa medyczna skala ciężkości obrażeń: 1-2 MAIS oznacza lekko rannych a MAIS 3-6 ciężko rannych. W Polsce niestety ta skala nie jest powszechnie stosowana i dostarczanie danych o liczbie rannych wg tej skali wymaga transformacji kodów ICD-10 na MAIS co jest dość poważnym problemem. Komisja Europejska (DG MOVE) dostarczyła

wszystkim krajom tabele mapujące kody ICD-10 na kody MAIS. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny podjął się zadania oszacowania liczby ciężko rannych (MAIS3+) niestety kalkulacje te są obarczone dużym błędem, ze względu na duże rozbieżności i braki w tabelach mapujących dostarczonych przez Komisję Europejską.

## Prace badawcze i instytucje zajmujące się badaniami ruchu drogowego

Prace badawcze dotyczące tematyki bezpieczeństwa ruchu drogowego zostały uwzględnione w Programach realizacyjnych Narodowego Programu BRD. Tematyka badań związana jest przede wszystkim z infrastrukturą, w niewielkim stopniu skupiając się na człowieku, sposobach oddziaływania na jego zachowania i na systemie zarządzania, który ma ogromny wpływ na uzyskiwane wyniki (zmniejszenie liczby ofiar na drogach).

Oprócz badań krajowych, ośrodki naukowe i zespoły badawcze uczestniczą w licznych projektach realizowanych w programach badawczych Unii Europejskiej (SafetyNet, DaCoTA, SafeWay2 school, CAST, SOL, DRUID, SaferWheel, InDeV itp.). Polska ma również swoich przedstawicieli w międzynarodowych bazach CARE - Community database on Accidents on the Roads in Europe i IRTAD - International Road Traffic and Accident Database.

Instytuty badawcze finansowane z budżetu państwa i realizujące projekty dotyczące BRD to między innymi:

- Instytut Transportu Samochodowego;
- Instytut Badawczy Dróg i Mostów;
- Przemysłowy Instytut Motoryzacji;
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny.

Liczne projekty badawcze są realizowane także przez uczelnie techniczne:

- Politechnikę Gdańską;
- Politechnikę Krakowską im. Tadeusza Kościuszki;
- Politechnikę Warszawską;
- Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy im. J.J. Śniadeckich w Bydgoszczy;
- Uniwersytet Warszawski.

Kilka projektów jest realizowanych z funduszy Narodowego Centrum Badań i Rozwoju (NCBR) w ramach „Programu Badań Stosowanych” z obszaru Mechanika i Transport. „Program Badań Stosowanych” NCBR jest horyzontalnym programem wsparcia sektora nauki i sektora przedsiębiorstw w zakresie badań

stosowanych z różnych dziedzin nauki (ścieżka programowa A) oraz branż przemysłu (ścieżka programowa B). Program jest wdrażany w oparciu o konkursy na dofinansowanie projektów badawczych o charakterze aplikacyjnym. Badania stosowane, o których mowa w art. 2 pkt 3 lit. b ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki, są definiowane jako prace badawcze podejmowane w celu zdobycia nowej wiedzy mającej konkretne zastosowania praktyczne. Polegają one bądź na poszukiwaniu możliwych zastosowań praktycznych dla wyników badań, bądź na poszukiwaniu nowych rozwiązań pozwalających na osiągnięcie z góry założonych celów praktycznych.

Ze środków NCBR w latach 2015-2017, w ramach wspólnego przedsięwzięcia NCBR i Generalnej Dyrekcji Dróg Krajowych i Autostrad (GDDKiA), realizowanych będzie 15 programów badawczych. Dyrektor NCBR i GDDKiA w dniu 10 lutego 2015 roku ogłosili Konkurs w ramach porozumienia dotyczącego Wspólnego Przedsięwzięcia pod nazwą Rozwój Innowacji Drogowych (RID). Celem Konkursu było wyłonienie projektów badawczych z zakresu projektowania, technologii oraz budowy i eksploatacji dróg, poprawy bezpieczeństwa ruchu drogowego i efektywności systemu zarządzania ruchem w Polsce. Rozwiązania wypracowane w ramach projektów badawczych, wyłanianych w ramach Konkursu zostaną wdrożone jako wytyczne lub instrukcje do stosowania przy budowie, przebudowie, rozbudowach, remontach oraz wzmocnieniach dróg zarządzanych przez GDDKiA. Konkurs skierowany był do jednostek naukowych oraz do konsorcjów naukowych w rozumieniu ustawy o zasadach finansowania nauki. Zdecydowana większość przedstawionych badań dotyczyła infrastruktury drogowej.

Innym wieloletnim programem badań jest projekt pod nazwą „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy” - III etap został ustanowiony na podstawie Uchwały Rady Ministrów Nr 126/2013 z dnia 16 lipca 2013 roku. Zgodnie z pkt 2 zał. nr 2 do ww. Uchwały Głównym Wykonawcą i Koordynatorem programu został Centralny Instytut Ochrony Pracy-Państwowy Instytut Badawczy. W programie tym realizowanych jest 76 projektów za kwotę ponad 90 milionów (patrz: rozdział 3.B. Ochrona zdrowia w miejscu pracy).

Bezpieczeństwo ruchu drogowego jest dziedziną interdyscyplinarną, a badania naukowe w większym stopniu powinny być ukierunkowane na zagadnienia związane z edukacją, psychologią czy medycyną (np. ratownictwo). Niestety brak jest jednolitego, ogólnodostępnego systemu zbierania danych o wykonywanych pracach badawczych, czyli brak jest koordynacji w zakresie badań naukowych w tej dziedzinie. Brak jest też wieloletniego planu badań z dziedziny BRD i określonej listy najważniejszych zagadnień wymagających pogłębionych badań.



## Zarządzanie ryzykiem w zakresie bezpieczeństwa ruchu drogowego oraz ograniczanie go

Podstawowe zagadnienia związane z bezpieczeństwem ruchu drogowego są przedmiotem regulacji prawnych zawartych w ustawie z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym Dz.U. 1997 Nr 98 poz. 602. Regulacje mające bezpośredni związek z BRD dotyczą:

- Limitów prędkości;
- Poziomu alkoholu w organizmie kierującego;
- Stosowania pasów bezpieczeństwa i urządzeń zabezpieczających dzieci;
- Stosowania kasków ochronnych;
- Stosowania telefonów komórkowych trzymanyh w ręku podczas jazdy;
- Stosowanie elementów odbłaskowych przez pieszych;
- Przeglądów technicznych;
- Obowiązkowych ubezpieczeń komunikacyjnych.

### Limity prędkości

Zgodnie z art. 20 Prawa o ruchu drogowym dla samochodu osobowego, motocykla lub samochodu ciężarowego o dopuszczalnej masie całkowitej nieprzekraczającej 3,5 t obowiązują następujące limity prędkości:

- 50 km/h w dzień w obszarze zabudowanym;
- 60 km/h nocą w obszarze zabudowanym (od godz. 23:00 do 5:00);
- 90 km/h na jednojezdniowej drodze krajowej w obszarze niezabudowanym;
- 100 km/h na głównej drodze krajowej z rozdzielonymi trwale pasami ruchu;
- 100 km/h na jednojezdniowej drodze ekspresowej;
- 120 km/h na dwujezdniowej drodze ekspresowej;
- 140 km/h autostradzie.

Dla pozostałych pojazdów (samochodów ciężarowych o dopuszczalnej masie całkowitej powyżej 3,5 t i autobusów) dopuszczalne prędkości to:

- 80 km/h na autostradzie, drodze ekspresowej lub drodze dwujezdniowej co najmniej o dwóch pasach przeznaczonych dla każdego kierunku ruchu;
- 70 km/h na pozostałych drogach.

Dodatkowo ustalono odrębne limity prędkości dla autobusu o specjalnym wyposażeniu (na autostradach i drogach ekspresowych 100 km/h) i ciągnika (30 km/h) oraz motocykla, motoroweru, czterokołowca przewożących dzieci do lat 7 (40 km/h).

Regulacje dotyczące dozwolonych prędkości odbiegają od przyjętych w większości krajów europejskich w zakresie limitów prędkości na autostradach (od 1 stycznia 2010 r.) - 140 km/h (a nie 130 km/h) i limitu prędkości w obszarach zabudowanych w nocy (od godz. 23:00 do 5:00) - 60 km/h (a nie 50 km/h).

## **Dopuszczalny poziom alkoholu**

Zgodnie z art. 45 ustawy Prawo o ruchu drogowym, w Polsce zabrania się kierowania pojazdem osobie w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu. W praktyce oznacza to, że w Polsce zabronione jest prowadzenie pojazdów przy stężeniu alkoholu we krwi równym lub wyższym od 0,2‰ (jest to jeden z najniższych dopuszczalnych limitów Europy). Przyjęty w Polsce niski dopuszczalny limit stężenia alkoholu we krwi dotyczy wszystkich grup użytkowników dróg. W Europie, zgodnie z rekomendacjami Komisji Europejskiej, większość krajów wprowadziła limit w wysokości 0,5‰, dodatkowo wdrażając także ostrzejsze uregulowania wobec niektórych grup użytkowników dróg. Szczegółowe zasady kontroli poziomu alkoholu u kierowcy określa Kodeks Karny art. 115 §16.

W Polsce zarówno jazda w stanie po spożyciu, jak i w stanie nietrzeźwości jest zabroniona i grozi za nią odpowiedzialność karna. Kary różnią się jednak w zależności od wartości wykazanych w badaniu alkomatem lub w ambulatoryjnym badaniu krwi. W zależności od stanu kierującego pojazdem, kary są określone przez Kodeks Wykroczeń (art. 86 oraz art. 87) - w przypadku stanu po spożyciu oraz przez Kodeks Karny (art. 178 oraz art. 178a) - w przypadku stanu nietrzeźwości.

W dniu 17 maja 2015r. weszła w życie nowelizacja ustawy zaostrzająca przepisy dotyczące prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu. Od lat sześćdziesiątych Polska ma jeden z najniższych dopuszczalnych limitów stężenia alkoholu we krwi dla kierujących pojazdami w Europie. Informacja o tych uregulowaniach jest dobrze rozpowszechniona w populacji i co najważniejsze - niekwestionowana. Podejmowanie w tej chwili prób dalszego obniżania dopuszczalnego limitu niewiele zmieni. Zamiast tego należałoby raczej intensywniej niż do tej pory promować hasło „Zero alkoholu w ruchu drogowym” i namawiać ludzi do tego, aby bardziej aktywnie włączyli się w egzekucję tego rozwiązania.

## **Stosowanie pasów bezpieczeństwa i urządzeń zabezpieczających dzieci**

Zgodnie z art. 39. 1. ustawy Prawo o ruchu drogowym kierujący pojazdem samochodowym oraz osoba przewożona takim pojazdem wyposażonym w pasy

bezpieczeństwa są obowiązani korzystać z tych pasów podczas jazdy. Obowiązek stosowania pasów bezpieczeństwa na wszystkich siedzeniach i na wszystkich drogach obowiązują w Polsce od lipca 1991 roku.

Obowiązek korzystania z pasów bezpieczeństwa nie dotyczy osoby mającej zaświadczenie lekarskie o przeciwwskazaniu do używania pasów bezpieczeństwa, kobiety o widocznej ciąży, kierującego taksówką podczas przewożenia pasażera, instruktora lub egzaminatora podczas szkolenia lub egzaminowania, policjanta i innych funkcjonariuszy służb, żołnierzy na służbie, zespołu medycznego w trakcie udzielania pomocy oraz dziecka do lat 3 w autobusie (pojazd przeznaczony po przewozu powyżej 8 osób oprócz kierowcy). Kierowca autobusu ma obowiązek poinformować przewożone osoby o obowiązku stosowania pasów bezpieczeństwa.

W kwietniu 2015 roku zmianie uległy regulacje dotyczące przewożenia dzieci w urządzeniach zabezpieczających. W pojeździe wyposażonym w pasy bezpieczeństwa lub urządzenia przytrzymujące dla dzieci, dziecko mające mniej niż 150 cm wzrostu jest przewożone w foteliku bezpieczeństwa dla dziecka lub innym urządzeniu przytrzymującym dla dzieci.

Zezwala się na przewożenie w pojeździe na tylnym siedzeniu pojazdu, dziecka mającego co najmniej 135 cm wzrostu przytrzymywanego za pomocą pasów bezpieczeństwa w przypadkach, kiedy ze względu na masę i wzrost dziecka nie jest możliwe zapewnienie fotelika bezpieczeństwa dla dziecka lub innego urządzenia przytrzymującego dla dzieci. Zezwala się na przewożenie w pojeździe na tylnym siedzeniu pojazdu, trzeciego dziecka w wieku co najmniej 3 lat, przytrzymywanego za pomocą pasów bezpieczeństwa, w przypadku gdy dwoje dzieci jest przewożonych w fotelikach bezpieczeństwa dla dziecka lub innych urządzeniach przytrzymujących dla dzieci, zainstalowanych na tylnych siedzeniach pojazdu i nie ma możliwości zainstalowania trzeciego fotelika bezpieczeństwa dla dziecka lub innego urządzenia przytrzymującego dla dzieci.

Zgodnie z nowelą, zakazane jest przewożenie dzieci do lat 3 pojazdami niewyposażonymi w pasy bezpieczeństwa. Przewożenie dzieci poniżej 150 cm wzrostu na przednim siedzeniu bez fotelika bezpieczeństwa jest zakazane.

Za niestosowanie się do wyżej wymienionych regulacji obowiązują następujące odpowiednie kary finansowe.

## **Kaski ochronne**

Zgodnie z Ustawą Prawo o ruchu drogowym art. 40.1. kierujący motocyklem, czterokołowcem lub motorowerem oraz osoba przewożona takimi pojazdami są obowiązani używać w czasie jazdy kasków ochronnych odpowiadających właściwym warunkom technicznym.

Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 9 kwietnia 2015 r. zmieniające Rozporządzenie w sprawie wysokości grzywnien nakładanych w drodze mandatów karnych za wybrane rodzaje wykroczeń art. 97 określa wysokość kar finansowych.

Wypadki z udziałem motocyklistów, motorowerzystów stanowią bardzo istotny problem szczególnie ze względu na ciężkość obrażeń, dlatego tak ważne jest stosowanie kasków chroniących głowę tym uczestnikom ruchu drogowego. Z badań przeprowadzonych w latach 2014-2015 wykonanych na zlecenie Sekretariatu Krajowej Rady BRD wynika, że 99% motocyklistów i 98% motorowerzystów stosuje kaski. Niestety z tych samych badań wynika, że rowerzyści, którzy nie mają obowiązku takiego obowiązku stasują kaski tylko w 12%.

### **Używanie telefonów komórkowych podczas jazdy**

Zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym art. 45 kierującemu pojazdem zabrania się korzystania podczas jazdy z telefonu wymagającego trzymania słuchawki lub mikrofonu w ręku. Naruszenie zakazu korzystania podczas jazdy z telefonu wymagającego trzymania słuchawki lub mikrofonu w ręku skutkuje karą w wysokości 200 zł i 5 punktów karnych.

Z badań zachowań uczestników ruchu przeprowadzonych w latach 2014-2015 na zlecenie Sekretariatu Krajowej Rady BRD wynika, że telefony w czasie jazdy używa 4% kierowców samochodów osobowych i blisko 6% kierowców samochodów ciężarowych i dostawczych.

### **Stosowania elementów odblaskowych przez pieszych**

Zgodnie z nowelizacją ustawy Prawo o ruchu drogowym z dnia 26 lipca 2013 roku i z art. 11 ust. 4a od 31 sierpnia 2014 r. każdy pieszy (bez względu na wiek), który porusza się po zmiernicy poza obszarem zabudowanym, musi mieć odblask umieszczony w sposób widoczny dla kierujących. Za brak elementu odblaskowego grozi mandat. Dotychczasowe zapisy ustawy Prawo o ruchu drogowym nakładały obowiązek noszenia elementów odblaskowych jedynie na osoby poniżej 15 roku życia. Od 31 sierpnia 2014 roku, ustawodawca rozszerzył go na wszystkich, niezależnie od wieku, którzy poruszają się po zmiernicy poza obszarem zabudowanym. W przepisach przewidziano wyjątek: pieszy może poruszać się po zmiernicy poza obszarem zabudowanym bez elementów odblaskowych, jeżeli znajduje się na drodze przeznaczonej wyłącznie dla pieszych lub na chodniku. Nowy przepis nie ma zastosowania w strefie zamieszkania - tam pieszy korzysta z całej szerokości drogi i ma pierwszeństwo przed pojazdem.

## Przegląd techniczny

Zasady przeprowadzania przeglądów technicznych pojazdów reguluje ustawa Prawo o ruchu drogowym art. 81, okresowe badanie techniczne samochodu osobowego, samochodu ciężarowego o dopuszczalnej masie całkowitej nieprzekraczającej 3,5 t motocykla lub przyczepy o dopuszczalnej masie całkowitej nieprzekraczającej 3,5 t przeprowadza się przed upływem 3 lat od dnia pierwszej rejestracji, następnie przed upływem 5 lat od dnia pierwszej rejestracji i nie później niż 2 lata od dnia przeprowadzenia poprzedniego badania technicznego, a następnie przed upływem kolejnego roku od dnia przeprowadzenia badania. Nie dotyczy to pojazdu przewożącego towary niebezpieczne, taksówki, pojazdu samochodowego konstrukcyjnie przeznaczonego do przewozu osób w liczbie od 5 do 9, wykorzystywanego do zarobkowego transportu drogowego osób, pojazdu marki „SAM”, pojazdu zasilanego gazem, pojazdu uprzywilejowanego oraz pojazdu używanego do nauki jazdy lub egzaminu państwowego, które podlegają corocznym badaniom technicznym. Za brak ważnego przeglądu policja zabiera dowód rejestracyjny. Każda umowa ubezpieczenia OC i AC zawiera klauzulę zobowiązującą nas do posiadania aktualnego badania technicznego. W przypadku ubezpieczenia AC - ubezpieczyciel może odmówić wypłacenia odszkodowania ubezpieczonemu, który nie posiada aktualnego badania technicznego.

Przepisy nakładające na właścicieli pojazdów systematyczne przeglądy techniczne są zgodne z Dyrektywami Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/40/WE (Dz. Urz. UE L 173 z 08.07.2010, str. 47). Stacje kontroli pojazdów działają według wymogów zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 26 czerwca 2012 r., które wdraża postanowienia dyrektywy Komisji 2010/48/UE z dnia 5 lipca 2010 r. Wszystkie powyższe regulacje prawne mają na celu kontrolę stanu technicznego pojazdów i eliminację z ruchu drogowego pojazdów zagrażających bezpieczeństwu uczestników ruchu.

## Ubezpieczenia komunikacyjne

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów jest obowiązkowe. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2003 nr 124 poz. 1152) wymienia w art. 4. ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych jako obowiązkowe. Obowiązek wykupienia polisy OC dotyczy:

- Pojazdów mechanicznych: pojazdów samochodowych, ciągników rolniczych, motorowerów, przyczep;

- Pojazdów wolnobieżnych w rozumieniu Prawa o ruchu drogowym - z wyłączeniem pojazdów wolnobieżnych użytkowanych przez rolników w ramach gospodarstwa.

Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie poszkodowanemu 30 dni od przedstawienia roszczeń lub niezwłocznie po uzyskaniu przez Ubezpieczyciela informacji o okolicznościach zdarzenia.

Zgodnie z art. 11 ustawy zakładowi ubezpieczeń przysługuje prawo dochodzenia od ubezpieczonego, zwrotu wypłaconego z tytułu ubezpieczeń obowiązkowych odszkodowania za szkody w przypadku, jeżeli szkoda została wyrządzona przez ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii.

Każda umowa ubezpieczenia OC i AC zawiera klauzulę zobowiązującą do posiadania aktualnego badania technicznego. W przypadku ubezpieczenia AC - ubezpieczyciel może odmówić wypłacenia odszkodowania ubezpieczonemu, który nie posiada aktualnego badania technicznego. Stawki ubezpieczenia ustala ubezpieczyciel. Większość ubezpieczycieli stosuje zniżki za bezszkodową jazdę. Istnieje również zróżnicowanie wysokości składek OC w zależności od wieku, płci kierującego, ale także od miejsca zamieszkania. Zniżki i różnicowanie składek mają charakter nagrody i są elementem działań profilaktycznych zachęcających kierujących do ostrożnej jazdy.

Oprócz ubezpieczenia obowiązkowego właściciel pojazdu może wykupić dobrowolne ubezpieczenie pojazdów mechanicznych (np. samochodów, motocykli) od zdarzeń losowych, tzw. Autocasco. Celem ubezpieczenia jest ochrona pojazdu wraz z jego wyposażeniem w zakresie utraty, zniszczenia, uszkodzenia lub kradzieży. <https://pl.wikipedia.org/wiki/Autocasco> - cite\_note-1

Obowiązek posiadania OC przez właścicieli pojazdów mechanicznych i wysokość kar za jego niedopełnienie zostały określone w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych.

W 2007 roku z inicjatywy ówczesnego ministra zdrowia prof. Zbigniew Religi wprowadzono regulację nakładającą na firmy ubezpieczeniowe obowiązek od prowadzania na specjalny fundusz składki na pokrycie kosztów leczenia ofiar wypadków drogowych. Zasady i wysokość składki ryczałtowej określono w Ustawie z dnia 29 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. W art. 43a.1. zapisano, iż zakłady ubezpieczeń wykonujące działalność w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przekazują do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia opłatę ryczałtową określaną jako iloczyn wysokości zbioru składek brutto

za dany miesiąc z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz wskaźnika, określonego corocznie przez Ministra właściwego do spraw zdrowia. W dniu 1 stycznia 2009 roku powyższe regulacje zostały uchylone ustawą z dnia 21 listopada 2008 roku (Dz.U. 2008 nr 225 poz. 1486).

Rozwiązanie to miało na celu zmniejszenie obciążenia budżetu państwa i pokrycie kosztów leczenia ofiar wypadków drogowych przez właścicieli pojazdów. Założenia i realizacja tego rozwiązania spotkało się w wieloma krytycznymi uwagami ubezpieczycieli i właścicieli pojazdów. Określona kwota ryczałtu w roku 2008 wyniosła około 1 miliarda złotych! Tymczasem nie istnieją szczegółowe kalkulacje, ile NFZ wydaje rocznie na pokrycie kosztów leczenia ofiar wypadków drogowych, w związku z tym nie wiadomo na jakiej podstawie określono powyższą kwotę. Ekspertci wnosili, że koszty powinny „iść za pacjentem”, a ich zwrot powinien następować na podstawie przedstawienia przez szpital rachunków. NFZ odzyskiwałby poniesione koszty na zasadzie regresu ubezpieczeniowego. Ubezpieczyciel pokrywałby koszty leczenia konkretnej osoby i mógł podwyższyć składkę sprawcy wypadku drogowego.

Przedstawione powyżej propozycje wydają się słuszne i odpowiednio przygotowane przepisy mogą przyczynić się do większego obciążenia kosztami sprawców wypadków i tym samym spełnić rolę skutecznej prewencji. Jednak w pierwszej kolejności należy opracować procedury umożliwiające precyzyjną wycenę kosztów leczenia ofiar wypadków drogowych.

## Zarządzanie bezpieczeństwem infrastruktury drogowej

Obowiązki zarządców dróg odnośnie bezpieczeństwa podległej im sieci drogowej określa ustawa z dnia 13 kwietnia 2012 r. o zmianie ustawy o drogach publicznych. Niniejsza ustawa jest wdrożeniem dyrektywy 2008/96/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europy.

Zgodnie z zapisami art. 20 pkt. 10 i 10a do zarządcy drogi należy przeprowadzanie okresowych kontroli stanu dróg i drogowych obiektów inżynierskich oraz przepraw promowych, ze szczególnym uwzględnieniem ich wpływu na stan BRD, badanie wpływu robót drogowych na BRD. Dodatkowo Generalny Dyrektor Dróg Krajowych i Autostrad jako zarządca dróg krajowych odpowiada za zarządzanie bezpieczeństwem dróg w transeuropejskiej sieci drogowej polegającym na prowadzeniu oceny wpływu planowanej drogi na BRD, audytu BRD, dokonywaniu klasyfikacji odcinków dróg ze względu na koncentrację wypadków śmiertelnych i ze względu na bezpieczeństwo sieci drogowej.

Zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 13 kwietnia 2012 roku:

- Ocena wpływu planowanej drogi na bezpieczeństwo ruchu drogowego jest strategiczną analizą wpływu wariantów planowanej drogi na poziom bezpieczeństwa ruchu drogowego w sieci dróg publicznych znajdujących się w obszarze oddziaływania planowanej drogi;
- Audyt bezpieczeństwa ruchu drogowego jest niezależną, szczegółową, techniczną oceną cech projektowanej, budowanej, przebudowywanej lub użytkowanej drogi publicznej pod względem bezpieczeństwa uczestników ruchu drogowego;
- Klasyfikacja odcinków dróg ze względu na koncentrację wypadków śmiertelnych to analiza istniejącej sieci drogowej pod względem liczby wypadków śmiertelnych, w wyniku której wytypowane zostają najbardziej niebezpieczne odcinki dróg o dużej liczbie wypadków śmiertelnych;
- Klasyfikacja odcinków dróg ze względu na bezpieczeństwo sieci drogowej to analiza istniejącej sieci drogowej, w wyniku której wytypowane zostają odcinki dróg o dużej możliwości poprawy BRD oraz zmniejszenia kosztów wypadków.

W dalszej części ustawy o drogach publicznych (art. 24i-24o) opisano wszystkie wymienione procedury, zakres analiz i wymagania w stosunku do osób wykonujących oceny (audytorów). Jedną z ważniejszych zasad powinna być niezależność analiz i przeprowadzających je osób (art.24k pkt.8). Ustawowy wymóg przeprowadzania audytów i pozostałych procedur dotyczy dróg z transeuropejskiej sieci drogowej, ale wszystkie regulacje mogą być stosowane także przez pozostałych zarządców dróg.

Procedury audytu i innych ocen BRD sieci drogowej zostały uwzględnione w Programach Realizacyjnych na lata 2014-2016 do Narodowego Programu Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2013-2020, przewidziano wykonanie audytu dla 102, 161 i 152 km dróg krajowych i objęcie procedurą klasyfikacji odcinków niebezpiecznych i kontrolą BRD 100% dróg krajowych. Powinno się dążyć do objęcia takimi procedurami również dróg pozostałych kategorii.

## Nadzór nad zachowaniem uczestników ruchu drogowego

Prędkość jest kluczowym czynnikiem wpływającym na ryzyko zaistnienia wypadków drogowych i skalę ich skutków. Szacuje się, że wzrost średniej prędkości o 1 km/h to wzrost liczby zabitych o 3% i wzrost liczby śmiertelnych wypadków o 4-5%.

Jednostką utworzoną do prowadzenia nadzoru nad ruchem drogowym jest Centrum Automatycznego Nadzoru nad Ruchem Drogowym (CANARD). Jest to



komórka organizacyjna Głównego Inspektoratu Transportu Drogowego. Dzięki automatycznej rejestracji wykroczeń, ujawnia naruszenia przepisów w zakresie przekraczania przez kierowców ustalonych limitów prędkości oraz niestosowania się do sygnalizacji świetlnej.

CANARD rozpoczął działalność kontrolną 1 lipca 2011 roku i od tego momentu prowadzi działania mające na celu zwiększenie bezpieczeństwa na drogach oraz redukcję liczby śmiertelnych ofiar wypadków. W 2015 roku planowane było zakończenie rozbudowy infrastruktury systemowej, prowadzonej w ramach projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w ramach „Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko” (POIiŚ). Łącznie, w systemie do końca 2015 roku funkcjonować będzie 400 fotoradarów, 29 mobilnych urządzeń rejestrujących, 29 urządzeń do odcinkowego pomiaru prędkości oraz urządzenia rejestrujące wjazd na czerwonym świetle, zainstalowane na 20 skrzyżowaniach. Infrastruktura zarządzana przez GITD, rozbudowywana dzięki projektowi POIiŚ, montowana jest w ramach sieci dróg krajowych, ze szczególnym uwzględnieniem stanu bezpieczeństwa ruchu drogowego.

Nadzór nad przestrzeganiem limitów prędkości prowadzi Policja i Straże Miejskie, przy czym Straż Miejska może także kontrolować prędkość przy wykorzystaniu urządzeń zarówno stacjonarnych, jak i mobilnych. Miejsca, w których umieszczane są fotoradary zarządzane przez Straż Miejską, muszą być uzgodnione z Policją i Głównym Inspektoratem Transportu. Od 1 stycznia 2016 roku, zgodnie ze zmianami w odpowiednich ustawach, Straż Miejska utraci prawo do kontroli prędkości.

Pomimo sprawnie działającego systemu nadzoru nad przestrzeganiem limitów prędkości z badań opinii publicznej przeprowadzonych w 2013 roku wynika, że zdecydowana większość Polaków uważa, że przekraczanie dozwolonej prędkości nie prowadzi do konsekwencji. 62% społeczeństwa uważa, że przekraczanie prędkości przy dostosowaniu jazdy do pozostałych warunków nie jest niczym złym. Największe przyzwolenie na jakiegokolwiek przekroczenie dotyczy dróg o ograniczeniu prędkości do 50 km/h, dla których aż 60% społeczeństwa akceptuje przekraczanie prędkości.

Z danych tych wynika, że pomimo licznych kontroli i uregulowań prawnych świadomość zagrożeń wynikających z jazdy z dużą prędkością jest wciąż bardzo niska.

## System punktów karnych

System punktów karnych ma za zadanie dyscyplinowanie kierujących pojazdami do przestrzegania przepisów ustawy, zapobieganie wielokrotnemu naruszeniu przepisów ruchu drogowego oraz zapobieganie uczestnictwu w ruchu drogowym sprawców wielokrotnych naruszeń przepisów ruchu drogowego. Pośrednio

system ten powinien przyczynić się do zmniejszenia liczby wypadków drogowych i ich ofiar poprzez sankcjonowanie ryzykownych i bezprawnych zachowań w ruchu drogowym. W Polsce system taki funkcjonuje od 1993 roku. Do 31 grudnia 2015 roku system punktów karnych działa zgodnie z ustawą Prawo o ruchu drogowym z dnia 30 sierpnia 2012 roku art. 140 i ustawą o kierujących z 5 stycznia 2011 roku art.130. Sposób punktowania i liczbę punktów odpowiadających naruszeniu przepisów ruchu drogowego określa rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawie postępowania z kierowcami naruszającymi przepisy ruchu drogowego. Za przekroczenie 24 punktów karnych (lub 20 w przypadku osób, które posiadają prawo jazdy nie dłużej niż rok) grozi cofnięcie uprawnień do kierowania pojazdem. Młodzi kierowcy, którzy w ciągu jednego roku od wydania pierwszy raz dokumentu prawa jazdy przekroczyli liczbę 20 punktów karnych tracą uprawnienia i ponownie muszą odbyć szkolenie i zdać egzamin państwowy. Przekroczenie liczby 24 punktów karnych powoduje skierowanie na kontrolne sprawdzenie kwalifikacji, czyli ponowny egzamin (teoretyczny i praktyczny) oraz obowiązek wykonania badań psychologicznych. Aby zmniejszyć liczbę punktów karnych można przejść specjalny kurs reedukacyjny, organizowany przez Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego.

Zgodnie z Ustawą Prawo o ruchu drogowym z dnia 30 sierpnia 2012 roku od dnia 4 stycznia 2016 roku obowiązywać będą nowe zasady systemu punktów karnych.

## 3.F. Bezpieczeństwo produktów konsumenckich

### Regulacje prawne odnoszące się do produktów konsumenckich

Istniejąca w Unii Europejskiej legislacja sektorowa nakłada precyzyjne zasady mające zastosowanie do wielu produktów w różnych sektorach, od pojazdów silnikowych i sprzętu elektrycznego do produktów rolnych, zabawek, środków chemicznych i kosmetyków. Jednocześnie Dyrektywa Ogólnego Bezpieczeństwa Wyrobów określa wymogi bezpieczeństwa dla wszystkich pozostałych nieżywnościowych produktów konsumpcyjnych. Zawiera ona również ogólną definicję wyrobu bezpiecznego i ustanawia system ostrzegania o produktach niebezpiecznych (RAPEX).

W Polsce bezpieczeństwo produktów obwarowane jest szeregiem wymogów określonych literą prawa, które w tym zakresie jest bardzo rozbudowane. Kluczowy element stanowi Ustawa z dnia 12 grudnia 2003 r. o ogólnym bezpieczeństwie produktów (Dz. U. z 2015 r. poz. 322), która określa ogólne wymagania dotyczące bezpieczeństwa produktów, obowiązki producentów i dystrybutorów w zakresie bezpieczeństwa produktów oraz zasady i tryb sprawowania nadzoru w celu zapewnienia bezpieczeństwa produktów wprowadzanych na rynek. Wymagania stosuje się do wszystkich kategorii produktów przeznaczonych dla konsumenta obecnym na rynku.

Jednocześnie istnieje szereg uwarunkowań prawnych określających szczegółowe wymagania dotyczące bezpieczeństwa, mające zastosowanie do produktów w określonych kategoriach. Powyższe ma zastosowanie np. dla zabawek lub maszyn. Przykładem mogą być również przepisy dotyczące substancji i mieszanin chemicznych, które stosuje się do produkcji, wprowadzania do obrotu i stosowania tych substancji w ich postaci własnej, jako składniki mieszanin lub w wyrobach oraz do wprowadzania do obrotu mieszanin. W Polsce powyższe zagadnienia reguluje Ustawa z dnia 25 lutego 2011 r. o substancjach chemicznych i ich mieszaninach (Dz. U. z 2015 r. poz. 1203), jednakże jej zadaniem jest wykonanie bezpośrednio obowiązujących przepisów Unii Europejskiej w przedmiotowym zakresie. Obserwowana jest jednocześnie tendencja do zwiększenia udziału bezpośrednio obowiązujących przepisów unijnych w zakresie bezpieczeństwa produktów kosztem przepisów krajowych w coraz większej liczbie kategorii. Sytuacja taka ma miejsce np. w przypadku legislacji związanej z kosmetykami, gdzie funkcjonuje Ustawa z dnia 30 marca 2001 r. o kosmetykach (Dz. U. z 2013 r. poz. 475) i jednocześnie realizowane jest rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1223/2009 z dnia 30 listopada 2009 r. dotyczące produktów kosmetycznych. Zaznaczyć należy, że przepisy polskie nie stoją w sprzeczności z przepisami unijnymi i w większości służą realizacji podstawowej zasady, jaką jest zapewnienie funkcjonowania rynku wewnętrznego Unii Europejskiej i równego, wysokiego poziomu ochrony zdrowia dla wszystkich obywateli.

### **Ramy instytucjonalne dla bezpieczeństwa produktów konsumenckich**

Nadzór nad bezpieczeństwem produktów nieżywnościowych przeznaczonych dla konsumentów sprawuje, zgodnie z ustawą, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, realizując go przy pomocy Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK). Bezpośrednie kontrole u przedsiębiorców prowadzi natomiast Inspekcja Handlowa (IH) - z własnej inicjatywy lub na wniosek UOKiK. Po otrzymaniu informacji od Inspekcji Handlowej lub z innych źródeł UOKiK

wszczyna postępowanie administracyjne, gdy stwierdzi, że produkt stwarza zagrożenie dla życia lub zdrowia użytkowników.

## Nadzór nad ogólnym bezpieczeństwem produktów

Nadzór nad ogólnym bezpieczeństwem produktów obejmuje:

- Okresowe monitorowanie oraz ocenę skuteczności kontroli spełniania przez produkty ogólnych wymagań dotyczących bezpieczeństwa, z uwzględnieniem rodzajów kontrolowanych produktów i badanych zagrożeń;
- Opracowywanie okresowych planów kontroli produktów w zakresie spełniania ogólnych wymagań dotyczących bezpieczeństwa i monitorowania ich realizacji;
- Prowadzenie postępowań w sprawie ogólnego bezpieczeństwa produktów;
- Prowadzenie rejestru produktów niebezpiecznych;
- Gromadzenie danych o produktach, które nie spełniają szczegółowych wymagań dotyczących bezpieczeństwa oraz gromadzenie informacji dotyczących bezpieczeństwa produktów i przekazywanie ich właściwym organom;
- Monitorowanie sposobu wykorzystania tych informacji.

Działania są najczęściej podejmowane w obszarach wykazujących wysoki odsetek wykrywanych nieprawidłowości i charakteryzujących się poważnym, bezpośrednim zagrożeniem dla zdrowia i życia ludzi oraz środowiska. Organy nadzoru rynku starają się skupiać na prowadzeniu regularnych działań kontrolnych w obszarach obejmujących masowo oferowany towar lub przeznaczonych dla szczególnie wrażliwych grup odbiorców, tam, gdzie w latach poprzednich często stwierdzano występowanie poważnych niezgodności oraz w obszarach nowo uregulowanych, wymagających dopiero rozpoznania. Działania kontrolne przeprowadzane są, w miarę możliwości, u producentów, importerów oraz sprzedawców hurtowych, aby objąć kontrolą jak najwyższy poziom łańcucha dystrybucyjnego.

Szczegółowo badane są również placówki detaliczne najszerzej dostępne dla konsumentów. Do kontroli typowe są placówki poprzez dobór losowy spośród danych o przedsiębiorcach będących w posiadaniu organu, a także mając na uwadze placówki, w których ujawniono w toku poprzednich kontroli nieprawidłowości lub na działanie których wpłynęły skargi.

W przypadku skarg wpływających bezpośrednio do poszczególnych organów przeprowadzane są kontrole interwencyjne lub wykorzystywane są w trakcie planowania działań własnych. Ponadto systematyczna współpraca organów nadzoru rynku z organami Służby Celnej przyczynia się do rosnącej skuteczności systemu. Współdziałanie to pozwala na wykrywanie nieprawidłowości jeszcze przed wprowadzeniem wyrobów na wspólny rynek unijny. Efektywność systemu

jest monitorowana na bieżąco oraz przedstawiana w corocznych raportach dotyczących funkcjonowania systemu nadzoru rynku przygotowywanych przez Prezesa UOKiK. Miernikami są dane statystyczne dotyczące działań i środków podejmowanych przez krajowe organy nadzoru rynku. Jednocześnie efektywność krajowego systemu nadzoru rynku omawiana jest co roku na posiedzeniach Komitetu Sterującego ds. Nadzoru Rynku. Prezes UOKiK i pozostałe organy publikują raporty poświęcone rocznej działalności w swoich serwisach internetowych.

### Zarządzanie ryzykiem w zakresie bezpieczeństwa produktów oraz ograniczanie go

W przypadku stwierdzenia, że produkt może stwarzać zagrożenie w określonych warunkach, organ nadzoru może, w drodze decyzji, uzależnić wprowadzenie produktu na rynek od wcześniejszego spełnienia ogólnych wymagań dotyczących bezpieczeństwa. W przypadku stwierdzenia, że produkt może stwarzać zagrożenie dla określonych kategorii konsumentów, organ nadzoru może, w drodze decyzji, nakazać ostrzeżenie tych konsumentów lub powiadomienie opinii publicznej o zagrożeniu, określając termin i formę ostrzeżenia lub powiadomienia. W przypadku produktów, które nie zostały wprowadzone na rynek i stwierdzenia, że produkt nie jest bezpieczny, organ nadzoru w drodze decyzji nakazuje wyeliminowanie zagrożeń stwarzanych przez produkt, zakazuje wprowadzania produktu na rynek i nakazuje podjęcie czynności niezbędnych do zapewnienia przestrzegania tego nakazu. W przypadku produktów wprowadzonych na rynek, nakazuje wyeliminowanie zagrożeń stwarzanych przez produkt, natychmiastowe wycofanie produktu z rynku, ostrzeżenie konsumentów, określając termin i formę ostrzeżenia, wycofanie produktu od konsumentów i jego zniszczenie.

Wycofanie produktu z rynku polega na odebraniu przez producenta wszystkich egzemplarzy produktu od dystrybutorów oraz zakazaniu prezentowania i oferowania przez dystrybutorów takiego produktu konsumentom. Wycofanie produktu od konsumentów i jego zniszczenie może zostać nakazane wyłącznie w przypadku, gdy inne działania byłyby niewystarczające dla zapobieżenia poważnym zagrożeniom powodowanym przez produkt. Jeżeli organ nadzoru nakazuje wycofanie produktu od konsumentów, producent jest obowiązany odebrać produkt dostarczony przez konsumentów i zwrócić kwotę, za jaką produkt został nabyty, bez względu na stopień zużycia produktu.

Ustawa, poza zakazem wprowadzania do obrotu oraz obowiązkiem wycofania produktów stwarzających zagrożenie, wprowadza również system kar pieniężnych nakładanych na producenta lub dystrybutora za niewykonanie obowiązków i decyzji wynikających z ustawy, których wysokość może osiągnąć 100 000 zł. Środki finansowe pochodzące z kar pieniężnych stanowią dochód budżetu

państwa. Wysokość kary pieniężnej ustala się uwzględniając w szczególności stopień oraz okoliczności naruszenia obowiązków.

W 2014 r. UOKiK prowadził 299 spraw dotyczących ogólnego bezpieczeństwa produktów i zakończył 224 spośród nich. Najczęściej podejmowane były działania dotyczące produktów konfekcyjnych dla dzieci (186), artykułów dla dzieci (45) i lampek olejowych (39). Na 121 wydanych decyzji UOKiK 19 razy nałożył na przedsiębiorców określone obowiązki, a 14 razy - kary pieniężne.

Istotną funkcję systemu bezpieczeństwa produktów stanowi znak CE, który jest deklaracją producenta, że wyrób wprowadzany do obrotu spełnia zasadnicze wymagania, określone najczęściej w rozporządzeniach wydawanych na podstawie Ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. o systemie oceny zgodności (Dz. U. z 2014 r. poz. 1645, z późn. zm.), wprowadzających do polskiego prawa tzw. dyrektywy nowego podejścia. Dotyczą one ponad dwudziestu grup produktów, między innymi urządzeń elektrycznych (w tym sprzętu elektronicznego i AGD), zabawek, środków ochrony indywidualnej, materiałów budowlanych, maszyn i wind. Tylko te wyroby, dla których istnieją zasadnicze wymagania określone w przepisach, powinny mieć znak CE. Warto podkreślić, że znak CE nie jest handlowym świadectwem jakości, ani nie potwierdza pochodzenia towaru z Unii Europejskiej. Nie jest on również certyfikatem bezpieczeństwa, ponieważ jego znaczenie jest szersze, oznacza zgodność z zasadniczymi wymaganiami, które dotyczą również na przykład emisji zakłóceń elektromagnetycznych, hałasu albo zużycia energii. W ten sposób konsument, kupując w dowolnym państwie Unii Europejskiej wyrób oznakowany CE, zyskuje pewność, że może go bezpiecznie i bezproblemowo używać w swoim kraju. Oznacza to w praktyce, że producent poddał się wszystkim procedurom oceny przewidzianych dla danego rodzaju produktu. Umożliwia to wolny obrót i serwis produktu na rynku wspólnotowym.

## Monitorowanie bezpieczeństwa produktów konsumenckich

UOKiK monitoruje system kontroli wyrobów nieżywnościowych pod kątem ich zgodności z zasadniczymi wymaganiami, wskazanymi w tzw. dyrektywach nowego podejścia. Na podstawie ustawy o systemie oceny zgodności prowadzi postępowania administracyjne i jeżeli stwierdzi, że określony produkt nie jest zgodny z zasadniczymi wymaganiami, wydaje decyzję nakazującą jego wycofanie z rynku i wpisuje go do specjalnego rejestru. W praktyce, w przypadku uzyskania informacji o wyrobach niezgodnych z zasadniczymi wymaganiami, UOKiK może zlecić kontrolę lub przekazać stosowne informacje właściwemu organowi wyspecjalizowanemu.

Na podstawie ustawy, a także ustaw kompetencyjnych uzyskane informacje o niespełnieniu przez produkty wymagań bezpieczeństwa organ nadzoru przekazuje zgodnie z właściwością wojewódzkiego inspektora Inspekcji Handlowej, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, organom wyspecjalizowanym w rozumieniu przepisów o systemie oceny zgodności, organom celnym oraz innym właściwym organom. Organy, którym przekazano informacje, niezwłocznie zawiadamiają organ nadzoru o sposobie ich wykorzystania, w szczególności o działaniach podjętych w przypadku stwierdzenia, że produkt znajduje się na polskim rynku.

Kontrolą produktów oferowanych w obrocie zajmuje się m.in. Inspekcja Handlowa, podległa UOKiK. Wykonuje ona swoje zadania przy pomocy wojewódzkich inspektorów oraz wspomagających ją laboratoriów kontrolno-analitycznych. W 2014 r. UOKiK w 29 przypadkach zlecił kontrole Inspekcji Handlowej, a w dwóch - Państwowej Inspekcji Pracy. UOKiK ponadto planuje, koordynuje i monitoruje kontrole prowadzone przez Wojewódzkie Inspektoraty Inspekcji Handlowej dotyczące usług oraz artykułów żywnościowych i nieżywnościowych, a także analizuje wyniki tych kontroli. Inspekcja Handlowa realizuje swoje zadania między innymi poprzez:

- Kontrole planowe, tj. zawarte w Planie kontroli Inspekcji Handlowej na dany rok;
- Kontrole pozaplanowe, tj. kontrole wynikające z otrzymywanych skarg i informacji, przede wszystkim od konsumentów, centralnych i terenowych organów administracji państwowej, samorządowej oraz podmiotów gospodarczych.

Plan kontroli Inspekcji Handlowej na rok 2013 zakładał przeprowadzenie 5908 kontroli w ramach 56 tematów. W Planie kontroli Inspekcji Handlowej na rok 2013 wyodrębniono 4 obszary kontroli w zakresie:

- Dyrektyw nowego podejścia - 1352 kontroli;
- Ogólnego bezpieczeństwa produktów - 846 kontroli;
- Innych produktów nieżywnościowych i usług - 1390 kontroli;
- Artykułów rolno-spożywczych - 2320 kontroli.

Wykonując zadania określone w Planie kontroli na rok 2013 Inspekcja Handlowa przeprowadziła 7209 kontroli, w tym w poszczególnych zakresach:

- Dyrektyw nowego podejścia - 1568 kontrole (116 proc. planu);
- Ogólnego bezpieczeństwa produktów - 1028 kontroli (122 proc. planu);
- Innych produktów nieżywnościowych i usług - 2096 kontroli (151 proc. planu);
- Artykułów rolno-spożywczych - 2770 kontrole (119 proc. planu).

UOKiK zarządza ponadto pracami dziewięciu akredytowanych laboratoriów, wykonujących badania na rzecz kontroli organów Inspekcji Handlowej w zakresie paliw, zabawek, produktów włókienniczych, artykułów rolno-spożywczych i innych produktów nieżywnościowych. Informacja o zakwestionowanych próbkach służy następnie Inspekcji Handlowej do podjęcia działań mających na celu

przywrócenie stanu zgodnego z przepisami, a więc przede wszystkim, do wycofania z rynku produktów nieodpowiadających wymaganiom. Wszystkie laboratoria UOKiK pracują w systemie zarządzania zgodnym z normą PN-EN ISO/IEC 17025, który gwarantuje wiarygodne i miarodajne wyniki badań produktów.

## Obowiązki producentów w zakresie bezpieczeństwa produktów

Wyżej wymieniona ustawa o ogólnym bezpieczeństwie produktów nakłada również na producentów i dystrybutorów obowiązki w zakresie bezpieczeństwa produktów. Producent, zachowując należytą staranność, w zakresie prowadzonej działalności, jest zobowiązany podejmować działania odpowiednie do właściwości dostarczanego produktu mające na celu uniknięcie zagrożeń, w tym, o ile jest to niezbędne, umożliwiające wycofanie produktu z rynku, właściwe i skuteczne ostrzeżenie konsumentów lub wycofanie produktu od konsumentów. Działania te, producent podejmuje z własnej inicjatywy lub w przypadku wydania decyzji organu nadzoru. Dystrybutor, w zakresie prowadzonej działalności, jest zobowiązany uczestniczyć w monitorowaniu bezpieczeństwa produktów wprowadzonych na rynek, w szczególności przyjmować od konsumentów informacje o zagrożeniach powodowanych przez produkty i przekazywać je niezwłocznie producentom, organowi nadzoru oraz wojewódzkiemu inspektorowi Inspekcji Handlowej oraz przechowywać niezwłocznie udostępniać na żądanie organu nadzoru i wojewódzkiego inspektora Inspekcji Handlowej dokumentację niezbędną do ustalenia pochodzenia produktów.

Producenci i dystrybutorzy, w zakresie prowadzonej działalności, są zobowiązani współpracować z organem nadzoru i wojewódzkim inspektorem Inspekcji Handlowej w celu uniknięcia lub eliminacji zagrożeń stwarzanych przez produkty przez nich dostarczane lub udostępniane. Producent i dystrybutor, którzy uzyskali informację, że wprowadzony na rynek produkt nie jest bezpieczny, są zobowiązani powiadomić o tym niezwłocznie organ nadzoru. Przepisy przewidują również, co takie powiadomienie powinno zawierać, tj.:

- Informacje umożliwiające dokładną identyfikację produktu lub partii produktów;
- Opis zagrożenia stwarzanego przez produkt;
- Informacje mogące służyć ustaleniu przebiegu obrotu produktem;
- Opis działań podjętych w celu zapobieżenia zagrożeniom związanym z produktem.

Jednocześnie rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 26 kwietnia 2005 r. określony został wzór powiadomienia o produkcie, który nie jest bezpieczny.



Dodatkowo zaznaczyć należy, że zgodnie z literą prawa, również konsumenci, a także inne osoby mogą przekazywać organowi nadzoru lub Wojewódzkiemu Inspektorowi Inspekcji Handlowej informacje o niespełnianiu wymagań dotyczących bezpieczeństwa produktów. Przedsiębiorcy coraz częściej dobrowolnie zawiadamiają UOKiK o wykrytych nieprawidłowościach i podjętych działaniach naprawczych. Osoby mające dostęp do Internetu mogą wypełnić formularz zgłoszenia niebezpiecznego produktu na stronie Urzędu. Można także powiadomić sprzedawcę lub Inspekcję Handlową. Otrzymane informacje są następnie zamieszczane na stronie internetowej UOKiK. Prowadzony jest także monitoring przebiegu akcji naprawczych. W 2014 r. przedsiębiorcy złożyli 116 dobrowolnych powiadomień o podjętych kampaniach. Statystyki pokazują, że najwięcej zgłoszeń (95) wiązało się z pojazdami mechanicznymi. Pozostałe informacje dotyczyły m.in. artykułów dla dzieci, sprzętu elektrycznego i zabawek.

## Prawa konsumenta

Ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta określa prawa przysługujące konsumentowi, w tym obowiązki przedsiębiorcy zawierającego umowę z konsumentem, zasady i tryb zawierania z konsumentem umowy na odległość i poza lokalem przedsiębiorstwa, zasady i tryb wykonania przysługującego konsumentowi prawa odstąpienia od umowy zawartej na odległość lub poza lokalem przedsiębiorstwa oraz zasady i tryb zawierania z konsumentem umowy na odległość dotyczącej usług finansowych.

Zastosowanie mają również odpowiednie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. z 2014 r. poz. 121, z późn. zm.).

## Informacje o produktach niebezpiecznych

Organ nadzoru zobowiązany jest do prowadzenia rejestru produktów niebezpiecznych. W rejestrze tym są gromadzone informacje o produktach, które nie spełniają ogólnych wymagań dotyczących bezpieczeństwa, w szczególności dane umożliwiające identyfikację produktu, informacje o rodzaju i zakresie zagrożeń stwarzanych przez produkt oraz o środkach, jakie zastosowano w odniesieniu do produktu. Rada Ministrów, poprzez rozporządzenie z dnia 14 kwietnia 2004 r., określiła szczegółowy sposób prowadzenia rejestru produktów niebezpiecznych. W 2014 r. umieszczono w nim 32 produkty.

Ponadto organ nadzoru prowadzi krajowy system informacji o produktach niebezpiecznych. W krajowym systemie informacji o produktach niebezpiecznych są gromadzone informacje o produktach, które nie spełniają ogólnych

wymagań bezpieczeństwa, produktach, które nie spełniają szczegółowych wymagań bezpieczeństwa, wyrobach niezgodnych z zasadniczymi, szczegółowymi lub innymi wymaganiami oraz o innych produktach, jeżeli określają to przepisy odrębne. Rada Ministrów, poprzez rozporządzenie z dnia 14 kwietnia 2004 r., określiła sposób prowadzenia krajowego systemu informacji o produktach niebezpiecznych.

### **Krajowy system monitorowania wypadków konsumenckich**

Na mocy ustawy prowadzony jest krajowy system monitorowania wypadków konsumenckich, którego zadaniem jest gromadzenie informacji dotyczących wypadków konsumenckich, w szczególności danych o okolicznościach wypadków i ich skutkach zdrowotnych oraz o produktach mających związek z wypadkami. Dane o wypadkach konsumenckich są zbierane przez wybrane zakłady opieki zdrowotnej, działające w tym zakresie na podstawie umów zawartych z ministrem właściwym do spraw zdrowia. Informacje o wypadkach konsumenckich, ich okolicznościach i przyczynach, gromadzone w systemie monitorowania, są przekazywane organowi nadzoru. Systemem monitorowania zarządza powoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia administrator systemu, który nadzoruje i koordynuje działanie placówek terenowych, przetwarza dane o wypadkach konsumenckich, przygotowuje i uzgadnia preliminarze kosztów, opracowuje analizy i raporty dotyczące wypadków konsumenckich. Minister Zdrowia, rozporządzeniem z dnia 28 kwietnia 2004 r., określił sposób działania systemu monitorowania, w tym sposób zbierania i przekazywania oraz szczegółowy zakres danych gromadzonych w systemie monitorowania, rodzaj i terminy informacji przekazywanych organowi nadzoru oraz tryb powoływania i odwoływania administratora systemu oraz jego szczegółowe zadania. Informacje z systemu przekazywane do UOKIK służą wykrywaniu zdarzeń z udziałem produktów oraz typowaniu towarów wymagających zwiększonej kontroli.

### **Systemy ostrzegania o produktach niebezpiecznych**

Ważnym elementem bezpieczeństwa jest system ostrzegania o produktach niebezpiecznych (RAPEX - Rapid Alert System for Non-Food Consumer Products) ustanowiony na podstawie Dyrektywy Ogólnego Bezpieczeństwa Wyrobów. System RAPEX utworzono dla zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa konsumentów na obszarze Jednolitego Rynku Unii Europejskiej. Podstawą prawną jego funkcjonowania jest Dyrektywa 2001/95/WE Parlamentu

Europejskiego i Rady z 3 grudnia 2001 r. w sprawie ogólnego bezpieczeństwa produktów. Głównym i bezpośrednim celem funkcjonowania systemu jest zapewnienie szybkiej wymiany informacji między państwami członkowskimi i Komisją Europejską na temat produktów stwarzających zagrożenie oraz środków podjętych w danym kraju, by wykluczyć lub ograniczyć ich wprowadzanie na rynek, a także ewentualnie użytkowanie.

RAPEX obejmuje wszystkie produkty nieżywnościowe przeznaczone dla konsumentów oraz takie, co do których istnieje prawdopodobieństwo, że mogą być przez nich użyte. Rejestr nie zawiera informacji na temat środków farmaceutycznych, wyrobów medycznych, pasz ani żywności - ta ostatnia grupa posiada własny system (RASFF). Konsumenci mogą się zapoznać z informacjami znajdującymi się w systemie RAPEX na stronie internetowej Komisji Europejskiej. Koordynowanie na poziomie Unii Europejskiej wymiany informacji pomiędzy Państwami Członkowskimi na temat produktów niebezpiecznych pozwala krajowym władzom na szybkie działanie i uniemożliwia dotarcie potencjalnie szkodliwych produktów do konsumentów. Daje też możliwość zgromadzenia znacznego zbioru danych dotyczących przyczyn obrażeń ciała i najlepszych sposobów zapobiegania, co w następnym etapie pozwala wdrożyć działania prewencyjne.

Komisja Europejska co tydzień publikuje na swoich stronach notyfikacje o produktach niebezpiecznych zgłoszone przez państwa członkowskie. W UOKiK funkcjonuje punkt kontaktowy tego systemu. W 2014 r. UOKiK przekazał do systemu 48 notyfikacji. Najliczniejszą grupę zgłaszanych produktów stanowiły zabawki i artykuły dla dzieci (26). W 50 przypadkach przekazano Komisji Europejskiej stanowiska do notyfikacji zgłoszonych przez organy innych krajów Unii Europejskiej. Spośród produktów zgłoszonych przez państwa członkowskie 48 było wprowadzonych po raz pierwszy na rynek UE przez polskie podmioty (w tym 33 pochodziły od polskich producentów).

Od marca 2014 r. na gruncie polskim wdrażany jest system informacyjno-komunikacyjny do celów nadzoru rynku - ICSMS (Information and Communication System for Market Surveillance), który umożliwi gromadzenie i wymianę informacji między organami nadzoru rynku państw Unii Europejskiej o produktach niespełniających wymagań określonych we wspólnotowym prawodawstwie harmonizacyjnym. W UOKiK zlokalizowano polski punkt kontaktowy. W 2014 r. UOKiK przekazał do systemu 6 notyfikacji, a w 10 przypadkach podjął działania w reakcji na zgłoszenia innych państw członkowskich. Rolą polskiego punktu kontaktowego ICSMS jest:

- Rejestracja w systemie nowych organów oraz nowych użytkowników;
- Tłumaczenie terminologii stosowanej w polskiej wersji językowej systemu;
- Współpraca z punktami kontaktowymi ustanowionymi w innych organach nadzoru rynku;

- Bieżące kontakty z Komisją Europejską w zakresie obsługi technicznej systemu;
- Wprowadzanie notyfikacji do systemu;
- Odbieranie i przesyłanie spraw do innych organów w zakresie kompetencji Prezesa UOKiK.

Przedstawiciel UOKiK bierze także udział w posiedzeniach grupy roboczej Komisji Europejskiej do spraw rynku wewnętrznego - ICSMS (Expert Grup on the Interna Market for Products). Krajowy punkt kontaktowy ICSMS pełni rolę koordynującą w zakresie systemu ICSMS oraz prowadzi szkolenia dla użytkowników systemu. Krajową sieć systemu ICSMS tworzy z UOKiK 10 organów nadzoru rynku (Urząd Komunikacji Elektronicznej, Główny Inspektorat Ochrony Środowiska, Główny Inspektorat Transportu Drogowego, Urząd Morski w Gdyni, Urząd Morski w Słupsku, Urząd Morski w Szczecinie, Wyższy Urząd Górniczy, Urząd Transportu Kolejowego, Główny Urząd Nadzoru Budowlanego, Główny Inspektorat Sanitarny). W organach tych wyznaczono użytkowników, którzy mają dostęp do systemu ICSMS i mogą z niego samodzielnie korzystać w ramach prowadzonych działań kontrolnych. Organy nadzoru rynku współpracują z UOKiK w zakresie obsługi systemu ICSMS. Planowane jest sukcesywne włączanie do systemu kolejnych organów nadzoru rynku.

## Źródła informacji dotyczących bezpieczeństwa produktów

Mnogość przepisów z zakresu bezpieczeństwa produktów w kraju i zagranicą przyczynić się może do trudności w odnalezieniu tych właściwych, co w szczególności może wywierać negatywny skutek na obrót produktów w obrębie eksportu. Niebagatelne znaczenie w przeciwdziałaniu tego typu skutkom jest możliwość uzyskania stosownych informacji w Urzędzie Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz Inspekcji Handlowej, które to w bezpośrednich kontaktach współpracują ze swoimi odpowiednikami z innych krajach i w sposób szybki i skuteczny mogą uzyskać odpowiednie dane.

Innym źródłem informacji może być Ministerstwo Gospodarki, którego jednym z celów jest wzrost poziomu umiędzynarodowienia polskich firm, poprzez ułatwienie przedsiębiorcom, a także organizacjom zrzeszającym przedsiębiorców, dostępu do kompleksowych, wysokiej jakości i nieodpłatnych usług informacyjnych w zakresie niezbędnym do planowania, organizowania i realizacji eksportu i/lub inwestycji poza granicami Polski. Z tego powodu powołane zostały Centra Obsługi Inwestorów i Eksporterów (COIE) dążące do wzrostu poziomu umiędzynarodowienia polskich firm, poprzez ułatwienie przedsiębiorcom, a także organizacjom zrzeszającym przedsiębiorców, dostępu do kompleksowych, wysokiej

jakości i nieodpłatnych usług informacyjnych w zakresie niezbędnym do planowania, organizowania i realizacji eksportu i inwestycji poza granicami Polski.

UOKiK, podobnie jak organy właściwe dla szczegółowych działów legislacji (np. Inspektor do spraw Substancji Chemicznych w zakresie własnych kompetencji) prezentuje na stronie internetowej różnego rodzaju przewodniki ogólnodostępne dla konsumentów i przedsiębiorców. Obejmują one m.in. wytyczne Komisji Europejskiej dotyczące kontroli przywozu w zakresie bezpieczeństwa i zgodności produktów, przewodnik po działaniach naprawczych, w tym wycofaniu produktów, wytyczne dotyczące zgłaszania przez producentów i dystrybutorów właściwym władzom Państw Członkowskich produktów stanowiących zagrożenie dla konsumenta, powiadomienie o produkcie, który nie jest bezpieczny - broszura informacyjna, wytyczne Komisji Europejskiej odnośnie stosowania przepisów dotyczących zapalniczek, opinię Komisji Europejskiej dotyczącą umieszczania instrukcji i ostrzeżeń na zapalniczkach oraz opinię Komisji Europejskiej dotyczącą zabawek magnetycznych wprowadzonych na rynek wspólnotowy. Działanie ma na celu ułatwienie przedsiębiorcom stosowanie obowiązującego prawa i jest praktyką powszechnie stosowaną w różnych dziedzinach legislacji przez urzędy państwowe. Informacje i poradniki mogą być powszechnie wykorzystywane przez organizacje konsumenckie i wszystkie zainteresowane strony.

Organy prowadzą również różnego rodzaju kampanie, w tym medialne, celem informowania konsumentów o środkach ostrożności oraz źródłach informacji o możliwych zagrożeniach. Kampanie takie mogą toczyć się również we współpracy z organizacjami konsumenckimi lub stowarzyszeniami poszczególnych branż. Przytoczyć tu można kampanię „Zadbaj o bezpieczeństwo swoje i bliskich. Spójrz na etykietę” ogłoszoną przez Biuro do spraw Substancji Chemicznych w zakresie nowego oznakowania chemikaliów, w tym także produktów chemii gospodarczej, dostępnych w sklepach dla indywidualnych konsumentów.

Kampania przy współpracy z Biurem do spraw Substancji Chemicznych, pt. „Trzymaj kapsułki poza zasięgiem dzieci”, podjęta została przez branżę środków czystości. Ma ona na celu zwrócenie uwagi na właściwe przechowywanie domowych środków czystości w tym kapsulek do prania z płynnymi detergentami.

## PIŚMIENNICTWO

### 3.A.

1. Dyrektywa 2000/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2000 r. ustanawiająca ramy wspólnotowego działania w dziedzinie polityki wodnej. Dz.U. L 327 z 22.12.2000.
2. Dyrektywa 2006/118/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. w sprawie ochrony wód podziemnych przed zanieczyszczeniem i pogorszeniem ich stanu. Dz.U. L 372 z 27.12.2006.
3. Dyrektywa 2006/7/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 lutego 2006 r. dotycząca zarządzania jakością wody w kąpieliskach i uchylająca dyrektywę 76/160/WE. Dz.U. L 64 z 4.3.2006.
4. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/107/WE z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie arsenu, kadmu, niklu, rtęci i wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych w otaczającym powietrzu. Dz. Urz. UE L 23 z 26.01.2005.
5. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2008/105/WE z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie środowiskowych norm jakości w dziedzinie polityki wodnej, zmieniająca i w następstwie uchylająca dyrektywy Rady 82/176/EWG, 83/513/EWG, 84/156/EWG, 84/491/EWG i 86/280/EWG oraz zmieniająca dyrektywę 2000/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Dyrektywa 2008/105/WE w sprawie środowiskowych norm jakości w dziedzinie polityki wodnej. Dz.U. L 348/84 z 24.12.2008.
6. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2008/50/WE z dnia 21 maja 2008 roku w sprawie jakości powietrza i czystsze powietrze dla Europy. Dz. Urz. UE L 152 z 11.06.2008.
7. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2008/56/WE z dnia 17 czerwca 2008 r. ustanawiająca ramy działań Wspólnoty w dziedzinie polityki środowiska morskiego. Dz.U. L 189 z 18.07.2002.
8. Dyrektywa Rady NR 89/106/EWG z dnia 21 grudnia 1988 w sprawie zbliżenia przepisów prawnych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących wyrobów budowlanych. Dz.U. L 372 z 27.12.2006.
9. Dyrektywa Rady z dnia 12 grudnia 1991 r. dotycząca ochrony wód przed zanieczyszczeniami powodowanymi przez azotany pochodzące ze źródeł rolniczych (91/676/EWG). Dz.U. L 375/1 z 31.12.1991.
10. Dyrektywa Unii Europejskiej z 3 listopada 1998 r. dotycząca jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi nr 98/83/WE. Dz.U. L 330 z 5.12.1998.
11. Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2002/49/WE z dnia 25 czerwca 2002 r. odnoszącej się do oceny i zarządzania poziomem hałasu w środowisku. Dz. Urz. WE L 189 z 18.07.2002.
12. Environment and human health. Joint EEA-JRC report. EEA Report No 5/2013. European Environment Agency 2013.
13. Health and Environment in Europe: Progress Assessment. WHO Regional Office for Europe. World Health Organization 2010.
14. Konwencja o ochronie środowiska morskiego obszaru Morza Bałtyckiego. Dz.U. 2000 nr 28 poz. 346.
15. Konwencja wiedeńska o ochronie warstwy ozonowej. Dz.U. 1992nr 98 poz. 488.
16. Konwencja z 1979 r. w sprawie transgranicznego zanieczyszczenia powietrza na dalekie odległości. Dz.U. 1988nr 40 poz. 313.
17. Program Państwowego Monitoringu Środowiska na lata 2013-2015. GIOŚ. Warszawa 2012.

18. Rozporządzenie (WE) Nr 1907/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r. w sprawie rejestracji, oceny, udzielania zezwoleń i stosowanych ograniczeń w zakresie chemikaliów (REACH) i utworzenia Europejskiej Agencji Chemikaliów, zmieniające dyrektywę 1999/45/WE oraz uchylające rozporządzenie Rady (EWG) nr 793/93 i rozporządzenie Komisji (WE) nr 1488/94, jak również dyrektywę Rady 76/769/EWG i dyrektywy Komisji 91/155/EWG, 93/67/EWG, 93/105/WE i 2000/21/WE. Dz.U. L 396 z 30.12.2006.
19. Rozporządzenie (WE) Nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29.04.2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt. Dz.U. L 191 z dnia 30.04.2004 r., 200-249, z późn. zm.
20. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 6.06.2014 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy. Dz.U. 2014 poz. 817.
21. Rozporządzenie Ministra Środowiska z 12 listopada 2007 roku w sprawie zakresu i sposobu prowadzenia okresowych badań poziomów pól elektromagnetycznych w środowisku. Dz.U. 2007nr 221 poz. 1645.
22. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 1 października 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych ujętych na mapach akustycznych oraz ich układu i sposobu prezentacji. Dz.U. 2007nr 187 poz. 1340.
23. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 11 września 2012 r. w sprawie programów ochrony powietrza oraz planów działań krótkoterminowych. Dz.U. 2012 poz. 1028.
24. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 13 września 2012 r. w sprawie sposobu obliczania wskaźników średniego narażenia oraz sposobu oceny dotrzymania pułapu stężenia ekspozycji. Dz.U. 2012 poz. 1029.
25. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 13 września 2012 r. w sprawie dokonywania oceny poziomów substancji w powietrzu. Dz.U. 2012 poz. 1032.
26. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 14 czerwca 2007 r. w sprawie dopuszczalnych poziomów hałasu w środowisku. Dz.U. 2007nr 120 poz. 826 z późn. zm.
27. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 14 sierpnia 2012 r. w sprawie krajowego celu redukcji narażenia. Dz.U. 2012 poz. 1030.
28. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 15 listopada 2011 r. w sprawie form i sposobu prowadzenia monitoringu jednolitych części wód powierzchniowych i podziemnych. Dz. U. 2011 nr 258, poz. 1550.
29. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie profilu wody w kąpielisku. Dz. U. 2011 nr 36 poz. 191.
30. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 2 sierpnia 2012 r. w sprawie stref, w których dokonuje się oceny jakości powietrza. Dz.U. 2012 poz. 914.
31. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie kryteriów wyznaczania wód wrażliwych na zanieczyszczenie związkami azotu ze źródeł rolniczych. Dz.U. 2002 nr 241 poz. 2093.
32. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 24 sierpnia 2012 r. w sprawie poziomów niektórych substancji w powietrzu. Dz.U. 2012 poz. 1031.
33. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 27 listopada 2002 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać wody powierzchniowe wykorzystywane do zaopatrzenia ludności w wodę przeznaczoną do spożycia. Dz.U. 2002nr 204 poz. 1728.
34. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 30 października 2003 r., w sprawie dopuszczalnych poziomów pól elektromagnetycznych w środowisku oraz sposobów dotrzymania tych poziomów. Dz.U. 2003nr 192 poz. 1883.
35. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 9 listopada 2011 r. w sprawie sposobu klasyfikacji stanu jednolitych części wód powierzchniowych oraz środowiskowych norm jakości dla substancji priorytetowych. Dz.U. 2011nr 257 poz. 1545.

36. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 9 listopada 2011 r. w sprawie klasyfikacji stanu ekologicznego, potencjału ekologicznego i stanu chemicznego jednolitych części wód powierzchniowych. Dz.U. 2011nr 258 poz. 1549.
37. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 lipca 1996 r. w sprawie wykazu jednostek upoważnionych do przeprowadzania badań materiałów i procesów technologicznych w celu ustalenia stopnia ich szkodliwości dla zdrowia oraz zakresu tych badań. Dz.U. 1996 nr 101 poz. 473.
38. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie wykazu stacji sanitarno-epidemiologicznych wykonujących badania laboratoryjne i pomiary ze wskazaniem obszaru. Dz.U. 2010 nr 55 poz. 336.
39. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24.07.2012 r. w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagenym w środowisku pracy. Dz.U. 2012 poz. 890.
40. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r. w sprawie ewidencji kąpielisk oraz sposobu oznakowania kąpielisk i miejsc wykorzystywanych do kąpieli. Dz.U. 2011 nr 91 poz. 527.
41. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Dz.U. 2007 nr 61 poz. 417 z późn. zm.
42. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2011 r. w sprawie prowadzenia nadzoru nad jakością wody w kąpielisku i miejscu wykorzystywanym do kąpieli. Dz.U. 2011 nr 86 poz. 478.
43. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 528/2012 z dnia 22 maja 2012 r. w sprawie udostępniania na rynku i stosowania produktów biobójczych. Dz.U. L 167 z 27.06.2012 r.
44. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) NR 1107/2009 z dnia 21 października 2009 r. dotyczące wprowadzania do obrotu środków ochrony roślin i uchylające dyrektywę Rady 79/117/EWG i 91/414/EWG. Dz.U. L 309 z 24.11.2009 r.
45. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1272/2008 z 16 grudnia 2008 r. w sprawie klasyfikacji, oznakowania i pakowania substancji i mieszanin, zmieniające i uchylające dyrektywy 67/548/EWG i 1999/45/WE oraz zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1907/2006. Dz.U. L 353 z 31.12.2008.
46. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 396/2006 z dnia 23.02.2005 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych poziomów pozostałości pestycydów w żywności i paszy pochodzenia roślinnego i zwierzęcego oraz na ich powierzchni, zmieniające dyrektywę Rady 91/414/EWG. Dz. U. L 70 z dnia 16.03. 2005 r., 1-16, z późn. zm.
47. Rozporządzenie Wykonawcze Komisji (UE) NR 1295/2014 z dnia 4 grudnia 2014 r. zmieniające załącznik I do rozporządzenia (WE) nr 669/2009 w sprawie wykonania rozporządzenia (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie zwiększonego poziomu kontroli urzędowych przywozu niektórych rodzajów pasz i żywności nie pochodzących od zwierząt. Dz.U. L 349 z 5.12.2014 r.
48. Rozporządzenie Wykonawcze Komisji (UE) NR 788/2012 z dnia 31 sierpnia 2012 r. dotyczące wieloletniego skoordynowanego unijnego programu kontroli na lata 2013, 2014 i 2015, mającego na celu zapewnienie zgodności z najwyższymi dopuszczalnymi poziomami pozostałości pestycydów w żywności pochodzenia roślinnego i zwierzęcego oraz na jej powierzchni, a także mającego na celu ocenę narażenia konsumenta na te pozostałości. Dz.U. L 235 z 1.09.2012 r.
49. Rozporządzeniu Ministra Środowiska z dnia 23 lipca 2008 roku w sprawie kryteriów i sposobu oceny stanu wód podziemnych. Dz.U. 2008nr 143 poz. 896.
50. Stan środowiska w Polsce. Raport 2014. Główny Inspektorat Ochrony Środowiska. Biblioteka Monitoringu Środowiska. Warszawa 2014.
51. Środowisko Europy 2010-Stan i Prognozy. Synteza. Europejska Agencja Środowiska, Kopenhaga 2010.
52. Ustawa z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy. Dz.U. 2007 nr 89 poz. 589 z późn. zm.



53. Ustawa z dnia 13.09.2002 r. o produktach biobójczych. Dz.U. 2002 nr 175 poz. 1433 z późn. zm.
54. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dz.U. 1985 nr 12 poz. 49 z późn. zm.
55. Ustawa z dnia 18 lipca 2001 r. Prawo wodne. Dz.U. 2012 poz. 145 z późn. zm.
56. Ustawa z dnia 18.12.2003 r. o ochronie roślin. Dz.U. 2003 nr 11 poz. 94 z późn. zm.
57. Ustawa z dnia 20 lipca 1991 r. o Inspekcji Ochrony Środowiska. Dz.U. 2007Nr 44 poz. 287 z późn. zm.
58. Ustawa z dnia 25 lutego 2011 r. o substancjach chemicznych i ich mieszaninach. Dz.U. 2011 nr 63 poz. 322 z późn. zm
59. Ustawa z dnia 25.08.2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia. Dz.U. 2006 nr 171 poz. 1225 z późn. zm.
60. Ustawa z dnia 26.06.1974 r. Kodeks Pracy. Dz.U. 1974 nr 24 poz. 141 z późn. zm.
61. Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska. Dz.U. 2008 nr 25 poz. 150 z późn. zm.
62. Ustawa z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko. Dz.U. 2008 nr 199 poz. 1227 z późn. zm.
63. Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków. Dz.U. 2006nr 123 poz. 858 z późn zm.
64. Ustawa z dnia 8.03.2013 r. o środkach ochrony roślin. Dz.U. 2013 poz.455 z późn. zm.

### 3.B.

1. Bezpieczeństwo i higiena pracy. Koradecka D (red). CIOP-PIB, Warszawa 2008.
2. Czynniki szkodliwe w środowisku pracy. Wartości dopuszczalne. Augustyńska D, Pośniak M (red). CIOP-PIB, Warszawa 2014.
3. Dutkiewicz J, Śpiewak R, Jabłoński L, et al. Biologiczne czynniki zagrożenia zawodowego. Klasyfikacja, narażone grupy zawodowe, pomiary, profilaktyka. Ad Punctum, Lublin 2007.
4. Grzesik J. Zdrowie środowiskowe i medycyna pracy. Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego. Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Sosnowiec 2013.
5. Handbook of Occupational Safety and Health. Koradecka D (red). Group CRC Press, Taylor and Francis, Boca Raton, London, New York 2009.
6. Kodeks pracy. Dz.U. 2014 poz. 1502.
7. Koradecka D, Posniak M, Widerszal-Bazyl M. et al. A cooperative study of objective and subjective assessment of occupational risk. Int J OccupSaf Ergon 2010, 16(1): 3-22.
8. Koradecka D. Poland in Transition to the European Union (in the Context of Meeting Standards in Occupational Safety and Health), Int J OccupSaf Ergon2001, 7(4): 463-479.
9. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 26 marca 2012 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowej Inspekcji Pracy. Dz.U. 2012 poz. 404.
10. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 31 sierpnia 2011 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dz.U. 2011 nr 212 poz. 1263.
11. Pawłowska Z. Podstawowe zasady oceny ryzyka zawodowego. [w] Ocena ryzyka zawodowego. Podstawy metodyczne. Zawieska WM (red). CIOP-PIB, Warszawa 2004.
12. Promowanie zdrowia i działań prozdrowotnych w miejscu pracy - informacje dla pracodawców. Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy. [https://osha.europa.eu/pl/publications/factsheets/pl\\_93.pdf](https://osha.europa.eu/pl/publications/factsheets/pl_93.pdf)

13. Rantanen J, Kim R. Ocena i zalecenia dotyczące wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej Ministerstwa Zdrowia w działaniach związanych z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce. World Health Organization 2012.
14. Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy Dz.U. nr 180 poz. 1860 ze zm.
15. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 1 grudnia 1998 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach wyposażonych w monitory ekranowe. Dz.U. 1998 nr 148 poz. 973.
16. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. Dz.U. 2003 nr 169 poz. 1650 ze zm.
17. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy. Dz.U. 2014 poz. 817.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Dz.U. 1996 nr 69 poz. 332.
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy Dz.U. 2011 nr 33 poz. 166.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki. Dz.U. 2005 nr 81 poz. 716.
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2012 r. w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagenym w środowisku pracy. Dz.U. 2012 poz. 890.
22. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 2008 r. w sprawie powołania Międzyresortowej Komisji do Spraw Najwyższych Dopuszczalnych Stężeń i Natężeń Czynników Szkodliwych dla Zdrowia w Środowisku Pracy. Dz.U. 2008 nr 225 poz. 1490 z późn. zm.
23. Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy. Dz.U. 1997 nr 109 poz. 704 z późn. zm.
24. Skowroń J, Czerczak S. Zasady ustalania dopuszczalnych poziomów narażenia dla czynników rakotwórczych w środowisku pracy w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. Med Pracy 2013, 64(4): 541-563.
25. Skowroń J. Bezpieczne i higieniczne warunki pracy w Polsce - rola i misja Międzyresortowej Komisji do Spraw Najwyższych Dopuszczalnych Stężeń i Natężeń Czynników Szkodliwych dla Zdrowia w Środowisku Pracy. Chemia, Zdrowie, Środowisko 2012, 4: 21-29.
26. Szeszenia-Dąbrowska N, Wilczyńska U, Sobala W. Choroby zawodowe w Polsce w 2013 r. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2014.
27. Ustawa z dnia 24 czerwca 1983 r. o społecznej inspekcji pracy. Dz.U. 1983 nr 35 poz. 163.
28. Warunki pracy w 2013 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.
29. Wypadki przy pracy w 2013 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.
30. Zarządzenie nr 14 Marszałka Sejmu z dnia 28 lipca 2015 r. w sprawie powołania Rady Ochrony Pracy X kadencji. [http://rop.sejm.gov.pl/1\\_0ld/prawo/zarz14\\_15.pdf](http://rop.sejm.gov.pl/1_0ld/prawo/zarz14_15.pdf)

### 3.C.

1. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie współpracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej z organami celnymi w zakresie granicznych kontroli sanitarnych. Dz.U. 2010 nr 244 poz. 1635.

2. Rozporządzenie (WE) 1935/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 października 2004 r. w sprawie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz uchylającego dyrektywy 80/590/EWG i 89/109/EWG.
3. Rozporządzenie (WE) nr 258/97 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 1997 r. dotyczące nowej żywności i nowych składników żywności.
4. Rozporządzenie (WE) nr 396/2005 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 lutego 2005 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych poziomów pozostałości pestycydów w żywności i paszy pochodzenia roślinnego i zwierzęcego oraz na ich powierzchni, zmieniającego dyrektywę Rady 91/414/EWG.
5. Rozporządzenie (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt.
6. Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) nr 78/2014 z dnia 22 listopada 2013 r. zmieniające załączniki II i III do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności w odniesieniu do niektórych zbóż powodujących alergię lub reakcje nietolerancji oraz żywności z dodatkiem fitosteroli, estrów fitosteroli, fitostanoli lub estrów fitostanoli.
7. Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) nr 1155/2013 z dnia 21 sierpnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności w odniesieniu do informacji dotyczących braku lub zmniejszonej zawartości glutenu w żywności.
8. Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) nr 1363/2013 z dnia 12 grudnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności w odniesieniu do definicji wytworzonych nanomateriałów.
9. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 217/2014 z dnia 7 marca 2014 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 2073/2005 w odniesieniu do salmonelli w tuszach wieprzowych.
10. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 208/2011 z dnia 2 marca 2011 zmieniające załącznik VII do rozporządzenia (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady oraz rozporządzenia Komisji (WE) nr 180/2008 i (WE) nr 737/2008 w odniesieniu do wykazów i nazw laboratoriów referencyjnych UE.
11. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1056/2012 z dnia 12 listopada 2012 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1332/2008 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie enzymów spożywczych w odniesieniu do środków przejściowych.
12. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1086/2011 z dnia 27 października 2011 r. zmieniające załącznik II do rozporządzenia (WE) nr 2160/2003 Parlamentu Europejskiego i Rady oraz załącznika I do rozporządzenia Komisji (WE) nr 2073/2005 w odniesieniu do salmonelli w świeżym mięsie drobiowym.
13. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 16/2011 z dnia 10 stycznia 2011 r. ustanawiające środki wykonawcze dla systemu wczesnego ostrzegania o niebezpiecznych produktach żywnościowych i środkach żywienia zwierząt.
14. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 209/2013 z dnia 11 marca 2013 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 2073/2005 w odniesieniu do kryteriów mikrobiologicznych dotyczących kiełków i zasad pobierania próbek z tusz drobiowych i świeżego mięsa drobiowego.
15. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 234/2011 z dnia 10 marca 2011 r. w sprawie wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1331/2008 ustanawiającego jednolitą procedurę wydawania zezwoleń na stosowanie dodatków do żywności, enzymów spożywczych i środków aromatyzujących.
16. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 365/2010 z dnia 28 kwietnia 2010 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 2073/2005 w sprawie kryteriów mikrobiologicznych dotyczących środków spożywczych odnośnie do pałeczek jelitowych w mleku pasteryzowanym i innych pasteryzowanych płynnych produktach mlecznych oraz *Listeriamonocytogenes* w soli spożywczej.

17. Rozporządzenie Komisji (WE) nr 10/2011 z dnia 14 stycznia 2011 r. w sprawie materiałów i wyrobów z tworzyw sztucznych przeznaczonych do kontaktu z żywnością.
18. Rozporządzenie Komisji (WE) nr 1441/2007 z dnia 5 grudnia 2007 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 2073/2005 w sprawie kryteriów mikrobiologicznych dotyczących środków spożywczych.
19. Rozporządzenie Komisji (WE) nr 1852/2001 z dnia 20 września 2001 r. ustanawiające szczegółowe zasady udostępniania opinii publicznej niektórych informacji oraz ochrony informacji przekazywanych na mocy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 258/97.
20. Rozporządzenie Komisji (WE) nr 1881/2006 z dnia 19 grudnia 2006 r. ustalające najwyższe dopuszczalne poziomy niektórych zanieczyszczeń w środkach spożywczych.
21. Rozporządzenie Komisji (WE) nr 2023/2006 z dnia 22 grudnia 2006 r. w sprawie dobrej praktyki produkcyjnej w odniesieniu do materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.
22. Rozporządzenie Komisji (WE) nr 2073/2005 z dnia 15 listopada 2005 r. w sprawie kryteriów mikrobiologicznych dotyczących środków spożywczych.
23. Rozporządzenie Komisji (WE) nr 282/2008 z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie materiałów i wyrobów z tworzyw sztucznych pochodzących z recyklingu przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz zmieniające rozporządzenie (WE) nr 2023/2008.
24. Rozporządzenie Komisji (WE) nr 41/2009 z dnia 20 stycznia 2009 r. dotyczące składu i etykietowania środków spożywczych odpowiednich dla osób nietolerujących glutenu.
25. Rozporządzenie Komisji nr 1895/2005 z dnia 18 listopada 2005 r. w sprawie ograniczenia wykorzystania niektórych pochodnych epoksydowych w materiałach i wyrobach przeznaczonych do kontaktu z żywnością.
26. Rozporządzenie Komisji nr 450/2009 z dnia 29 maja 2009 r. w sprawie aktywnych i inteligentnych materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.
27. Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie znakowania poszczególnych rodzajów środków spożywczych. Dz.U. 2015 poz. 29.
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie opłat za czynności wykonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach urzędowych kontroli żywności. Dz.U. 2011 nr 18 poz. 95.
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2007 r. w sprawie regulaminu pracy Rady do Spraw Monitoringu Żywności i Żywienia. Dz.U. 2007 nr 41 poz. 270.
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2013 r. w sprawie wykazu substancji, których stosowanie jest dozwolone w procesie wytwarzania lub przetwarzania materiałów i wyrobów z tworzyw sztucznych, a także sposobu sprawdzania zgodności tych materiałów i wyrobów z ustalonymi limitami. Dz.U. 2013 poz. 1343.
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 stycznia 2008 r. w sprawie wykazu substancji, których stosowanie jest dozwolone w procesie wytwarzania lub przetwarzania materiałów i wyrobów z innych tworzyw niż tworzywa sztuczne przeznaczone do kontaktu z żywnością. Dz.U. 2008 nr 17 poz. 113.
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2008 r. w sprawie współpracy organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej z organami celnymi w zakresie granicznych kontroli sanitarnych. Dz.U. 2008 nr 37 poz. 213.
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2012 r. w sprawie wykazu laboratoriów referencyjnych. Dz.U. 2012 poz. 728.
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2015 r. w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach. Dz.U. 2015 poz. 1256.
35. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2007 r. w sprawie wzorów dokumentów dotyczących rejestracji i zatwierdzania zakładów produkujących lub wprowadzających do obrotu żywność podlegających urzędowej kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dz.U. 2007 nr 106 poz. 730.

36. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2009 r. w sprawie opłat za czynności wykonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach urzędowej kontroli żywności. Dz.U. 2009 nr 78 poz. 656.
37. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2007 r. w sprawie wykazu jednostek badawczo-rozwojowych realizujących zadania dotyczące programu monitoringu żywności i żywienia oraz opracowujących opinie niezbędne dla oceny ryzyka. Dz.U. 2007 nr 97 poz. 645.
38. Rozporządzenie Ministra Zdrowia, Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi oraz Ministra Obrony Narodowej z dnia 15 kwietnia 2011 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu współdziałania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej z organami Inspekcji Weterynaryjnej, Wojskowej Inspekcji Sanitarnej oraz Wojskowej Inspekcji Weterynaryjnej w zakresie sprawowania nadzoru nad przestrzeganiem bezpieczeństwa żywności i żywienia. Dz.U. 2011 nr 88 poz. 504.
39. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 z dnia 25 października 2011 r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności, zmiany rozporządzeń Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1924/2006 i (WE) nr 1925/2006 oraz uchylenia dyrektywy Komisji 87/250/EWG, dyrektywy Rady 90/496/EWG, dyrektywy Komisji 1999/10/WE, dyrektywy 200/13/WE Parlamentu Europejskiego i Rady, dyrektywy Komisji 2002/67/WE i 2008/5/WE oraz rozporządzenia Komisji (WE) nr 608/2004.
40. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1331/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. ustanawiające jednolitą procedurę wydawania zezwoleń na stosowanie dodatków do żywności, enzymów spożywczych i środków aromatyzujących.
41. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1332/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie enzymów spożywczych, zmieniające dyrektywę Rady 83/417/EWG, rozporządzenie Rady (WE) nr 1493/1999, dyrektywę 2000/13/WE, dyrektywę Rady 2001/112/WE oraz rozporządzenie (WE) nr 258/97.
42. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1333/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie dodatków do żywności.
43. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1334/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie środków aromatyzujących i niektórych składników żywności o właściwościach aromatyzujących do użycia w oraz na środkach spożywczych oraz zmieniającego rozporządzenie Rady (EWG) nr 1601/91, rozporządzenia (WE) nr 2232/96 oraz (WE) nr 110/2008 oraz dyrektywę 2000/13/WE.
44. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 178/2002 z dnia 28 stycznia 2002 r. ustanawiające ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego, powołujące Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności oraz ustanawiające procedury w zakresie bezpieczeństwa żywności.
45. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 852/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie higieny środków spożywczych.
46. Rozporządzenie Rady (EWG) nr 315/93 z 8 lutego 1993 r. ustanawiające procedury Wspólnoty w odniesieniu do substancji skażających w żywności.
47. Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) nr 828/2014 z dnia 30 lipca 2014 r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat nieobecności lub zmniejszonej zawartości glutenu w żywności.
48. Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) nr 1337/2013 z dnia 13 grudnia 2013 r. ustanawiające zasady stosowania rozporządzenia (UE) nr 1169/2011 Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do wskazania kraju pochodzenia lub miejsca pochodzenia świeżego, schłodzonego i zamrożonego mięsa ze świń, z owiec, kóz i drobiu.
49. Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) nr 562/2012 z dnia 27 czerwca zmieniające rozporządzenie Komisji (UE) nr 234/2011 odnośnie do danych szczegółowych niezbędnych do oceny ryzyka związanego z enzymami spożywczymi.
50. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dz. U. 2011 nr 212.
51. Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 o bezpieczeństwie żywności i żywienia. Dz.U. 2015 poz. 594.

### 3.D.

1. Causality assessment of an adverse event following immunization (AEFI) User manual for the revised WHO classification. WHO, Genewa 2013.  
[http://www.who.int/vaccine\\_safety/publications/aevi\\_manual.pdf](http://www.who.int/vaccine_safety/publications/aevi_manual.pdf)
2. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/84/UE z dnia 15 grudnia 2010 r. zmieniająca - w zakresie nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii - dyrektywę 2001/83/WE w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Dz. Urz. UE. 31.12.2010.
3. Institute of Medicine, Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. National Academy Press, Washington, DC 2001: 164-180.
4. Kosiek K, Godycki-Ćwirko M. Poprawa bezpieczeństwa pacjenta w podstawowej opiece zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2014; 12(4): 327-330.
5. Lohr KN, Schroeder SA. A strategy for quality assurance in Medicare. *N Engl J Med* 1990; 322: 1161-1171.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2003 r. w sprawie monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych. Dz.U. 2003 nr 47 poz. 405.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania. Dz.U. 2010 nr 254 poz. 1711.
8. Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w 2014 r. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.  
[http://www.bpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/\\_public/bip/sprawozdania\\_roczne/sprawozdanie\\_2014\\_r..pdf](http://www.bpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/sprawozdania_roczne/sprawozdanie_2014_r..pdf)
9. The Expanded Program on Immunization. WHO.  
[http://www.who.int/immunization/programmes\\_systems/supply\\_chain/benefits\\_of\\_immunization/en/](http://www.who.int/immunization/programmes_systems/supply_chain/benefits_of_immunization/en/)
10. The Global Advisory Committee for Vaccine Safety. WHO.  
[http://www.who.int/vaccine\\_safety/committee/en/](http://www.who.int/vaccine_safety/committee/en/)
11. The WHO Programme for International Drug Monitoring. WHO.  
[http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/safety\\_efficacy/National\\_PV\\_Centres\\_Map/en/](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/National_PV_Centres_Map/en/)
12. Tozzi AE, Asturias EJ, Balakrishnan MR, et al. Assessment of causality of individual adverse events following immunization (AEFI): A WHO tool for global use. *Vaccine* 2013; 31: 5041-5046.
13. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.  
<http://www.urpl.gov.pl/pl>
14. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Dz.U. 2011 nr 231 poz. 1375 oraz 2015 poz. 1916.
15. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza. Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152.
16. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Dz. U. 2013 poz. 947 oraz 2014 poz. 619 i 1138.
17. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. 2012 poz. 159 z późn. zm.
18. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. Dz.U. 2001 nr 126 poz. 1381.
19. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland 2007.
20. Zalecenie Rady z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (2009/C 151/01). Dz. Urz. UE 3.07.2009.

### 3.E.

1. Boulanger A, et al. Road Safety Communication Campaigns (2010), Luxembourg: Publications Office of the European Union 2010, Belgium.
2. Buttler I, Przeździecki G, Zielińska A, et al. Analiza możliwości wykorzystania informacji gromadzonych przez policję i w służbie zdrowia do oceny stanu bezpieczeństwa ruchu drogowego w Polsce. Warszawa 2011. Instytut Transportu Samochodowego, praca statutowa ITS nr 6126/CBR.
3. Commission Staff Working Document On the implementation of objective 6 of the European Commission's policy orientations on road safety 2011-2020 - First milestone towards an injury strategy European Commission Brussels, 19.3.2013 SWD(2013) 94 final.
4. Czapski R., Job S., McMahon K., Gienza J.(2013) Country Report on Poland Road Safety Management Capacity Review. World Bank Report No.78319-PL.
5. Dąbrowska-Loranc M, Wojsz T, et al. Stosowanie kasków ochronnych przez użytkowników motocykli, motorowerów i rowerów w Polsce w 2015 roku I Sesja pomiarowa. Sekretariat Krajowej Rady BRD 2015.
6. Dyrektywa 2008/96/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 19 listopada 2008 r. w sprawie zarządzania bezpieczeństwem infrastruktury drogowej. Dz. Urz. UE L 319 z 09.11.2008.
7. Europejskie Obserwatorium BRD (European Road Safety Observatory) ERSO.ec.europa.eu/transport/road\_safety/specialist/erso/index\_en.htm
8. Kodeks karny. Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553 z późn. zm.
9. Komenda Główna Policji. Wypadki drogowe w Polsce w 2014 roku. Warszawa 2015.
10. Lista rankingowa wniosków rekomendowanych do dofinansowania w III konkursie Programu Badań Stosowanych (PBS) w podziale na poszczególne obszary i ścieżki wraz z uzyskaną oceną końcową.  
[www.ncbir.pl/programy-krajowe/program-badan-stosowanych/aktualnosci](http://www.ncbir.pl/programy-krajowe/program-badan-stosowanych/aktualnosci)
11. Narodowe Centrum Badań i Rozwoju. Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy - III etap.  
[www.ncbir.pl/programy-krajowe/poprawa-bezpieczenstwa-i-warunkow-pracy-iii-etap/](http://www.ncbir.pl/programy-krajowe/poprawa-bezpieczenstwa-i-warunkow-pracy-iii-etap/)
12. Narodowe Centrum Badań i Rozwoju. Założenia wspólnego przedsięwzięcia NCBR-GDDKiA polegającego na wsparciu badań naukowych lub prac rozwojowych w obszarze drogownictwa RID Rozwój Innowacji Drogowych.  
[www.ncbir.pl/gfx/ncbir/pl/defaultopisy/1358/1/1/zalozenia\\_rid\\_15\\_01\\_2015\\_wersja\\_koncowa.pdf](http://www.ncbir.pl/gfx/ncbir/pl/defaultopisy/1358/1/1/zalozenia_rid_15_01_2015_wersja_koncowa.pdf)
13. Narodowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2013-2020. Sekretariat Krajowej Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego czerwiec 2013 r.  
[www.krBRD.gov.pl/files/file/Programy/KRBRD-Program-P1a-20140422-S4-K1-PL.pdf](http://www.krBRD.gov.pl/files/file/Programy/KRBRD-Program-P1a-20140422-S4-K1-PL.pdf)
14. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 sierpnia 2012 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy - Prawo o ruchu drogowym. Dz.U. 2012 poz. 1137.
15. Polskie Obserwatorium Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego.  
[www.obserwatoriumBRD.pl/pl/](http://www.obserwatoriumBRD.pl/pl/)
16. Program Realizacyjny na 2013 do Narodowego Programu Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2013-2020, Krajowa Rada BRD, Warszawa, czerwiec 2013.
17. Program Realizacyjny na lata 2014-2015 do Narodowego Programu Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2013-2020, Krajowa Rada BRD, Warszawa, marzec 2014.
18. Program Realizacyjny na lata 2015-2016 do Narodowego Programu Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2013-2020, Krajowa Rada BRD, Warszawa, czerwiec 2015.
19. Rozporządzenie Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie zakresu i sposobu przeprowadzania badań technicznych pojazdów oraz wzorów dokumentów stosowanych przy tych badaniach. DZ.U. 2012 poz. 996.

20. Rozporządzenie Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 14 marca 2013 r. w sprawie warunków lokalizacji, sposobu oznakowania i dokonywania pomiarów przez urzędującego rejestrującego. Dz.U. 2013 poz. 366.
21. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2014 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2015. Dz.U. 2015 poz. 1254.
22. Sondaż CATI „Przekraczanie dozwolonej prędkości”. Badanie opinii publicznej dotyczące kwestii związanych z przekraczaniem dozwolonej prędkości. MillwardBrown SA. na zlecenie Ministerstwa Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej, Sekretariat Krajowej Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, 2013.
23. Ustawa Prawo o ruchu drogowym z dnia 26 lipca 2013 r. Dz.U. 2013 poz. 991.
24. Ustawa z dnia 13 kwietnia 2012 r. o zmianie ustawy o drogach publicznych oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. 2012 poz. 472.
25. Ustawa z dnia 20 marca 2015 r. o zmianie ustawy - Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. 2015 poz. 541.
26. Ustawa z dnia 21 marca 1985 r. o drogach publicznych. Dz.U. 1985 nr 14 poz. 60.
27. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Dz.U. 2003 nr 124 poz. 1152.
28. Ustawa z dnia 24 lipca 2015 r. o zmianie ustawy - Prawo o ruchu drogowym oraz ustawy o strażach gminnych Dz.U. 2015 poz. 1335.
29. Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej Dz.U. 1995 nr 88 poz. 439.
30. Ustawa z dnia 29 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Dz.U. 2007 nr 133 poz. 922.
31. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o Narodowym Centrum Badań i Rozwoju. Dz.U. 2010 nr 96 poz. 616.
32. Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami. Dz.U. 2011 nr 30 poz. 151.
33. Warmińsko-mazurskie Obserwatorium Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego.  
[www.obserwatorium.word.olsztyn.pl](http://www.obserwatorium.word.olsztyn.pl)
34. Willingness to pay (WTP - badanie gotowości udziału społeczeństwa w czynnym kształtowaniu bezpieczeństwa ruchu drogowego oraz wykonanie wyceny kosztów wypadków i kolizji drogowych na sieci dróg w Polsce na koniec 2014 roku wraz z korelacją z wynikami badania WTP). Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego. Warszawa 2015.
35. World report on road traffic injury prevention. World Health Organization, Geneva 2004.
36. Zarządzenie Komendanta Głównego Policji nr 31 z dnia 22 października 2015 roku w sprawie metod i form prowadzenia przez Policję statystyki zdarzeń drogowych.  
<http://www.infor.pl/akt-prawny/U27.2015.048.0000085,zarzadzenie-nr-31-komendanta-glownego-policji-w-sprawie-metod-i-form-prowadzenia-przez-policje-statystyki-zdarzen-drogowych.html>

### 3.F.

1. Dyrektywa 2001/95/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 3 grudnia 2001 r. w sprawie ogólnego bezpieczeństwa produktów.  
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX%3A32001L0095>
2. Information and Communication System for Market Surveillance (ICSMS).  
[https://ec.europa.eu/growth/single-market/goods/building-blocks/icsms\\_pl](https://ec.europa.eu/growth/single-market/goods/building-blocks/icsms_pl)



3. Obwieszczenie Prezesa Polskiego Komitetu Normalizacyjnego z dnia 13 lipca 2015 r. w sprawie wykazu norm zharmonizowanych. M.P. 2015 poz. 1001.
4. Rady Ministrów z dnia 26 kwietnia 2005 r. w sprawie wzoru powiadomienia o produkcie, który nie jest bezpieczny. Dz.U. 2005 nr 80 poz. 694.
5. Rapid Alert System - Weekly Notification.  
[http://ec.europa.eu/consumers/consumers\\_safety/safety\\_products/rapex/alerts/main/?event=main.listNotifications](http://ec.europa.eu/consumers/consumers_safety/safety_products/rapex/alerts/main/?event=main.listNotifications)
6. Rozporządzenia (WE) nr 1907/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r. w sprawie rejestracji, oceny, udzielania zezwoleń i stosowanych ograniczeń w zakresie chemikaliów (REACH), utworzenia Europejskiej Agencji Chemikaliów, zmieniającego dyrektywę 1999/45/WE oraz uchylającego rozporządzenie Rady (EWG) nr 793/93.
7. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1272/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie klasyfikacji, oznakowania i pakowania substancji i mieszanin, zmieniającego i uchylającego dyrektywę 67/548/EWG i 1999/45/WE oraz zmieniającego rozporządzenie (WE) nr 1907/2006 (Tekst mający znaczenie dla EOG). Dz. Urz. UE L 353 z 31.12.2008.
8. Rozporządzenie Komisji (WE) nr 1488/94, jak również dyrektywę Rady 76/769/EWG i dyrektywę Komisji 91/155/EWG, 93/67/EWG, 93/105/WE i 2000/21/WE. Dz. Urz. UE L 396 z 30.12.2006.
9. Rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 21 października 2008 r. w sprawie zasadniczych wymagań dla maszyn. Dz.U. 2008 nr 199 poz. 1228 z późn. zm.
10. Rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 29 stycznia 2013 r. w sprawie ograniczeń produkcji, obrotu lub stosowania substancji i mieszanin niebezpiecznych lub stwarzających zagrożenie oraz wprowadzania do obrotu lub stosowania wyrobów zawierających takie substancje lub mieszaniny. Dz.U. 2014 poz. 769.
11. Rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 5 kwietnia 2011 r. w sprawie zasadniczych wymagań dla zabawek. Dz.U. 2011 nr 83 poz. 454 z późn. zm.
12. Rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 5 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowych wymagań dla wyrobów aerozolowych. Dz.U. 2015 poz. 854.
13. Rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 8 maja 2013 r. w sprawie zasadniczych wymagań dotyczących ograniczenia stosowania niektórych niebezpiecznych substancji w sprzęcie elektrycznym i elektronicznym. Dz.U. 2013 poz. 547.
14. Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie wymagań dotyczących sprawności technicznej sprzętu przeznaczonego do stosowania środków ochrony roślin. Dz.U. 2013 poz. 1742 z późn. zm.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2012 r. w sprawie kryteriów i sposobu klasyfikacji substancji chemicznych i ich mieszanin. Dz.U. 2015 poz. 208.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 czerwca 2012 r. w sprawie kategorii substancji niebezpiecznych i mieszanin niebezpiecznych, których opakowania wyposaża się w zamknięcia utrudniające otwarcie przez dzieci i wyczuwalne dotykiem ostrzeżenie o niebezpieczeństwie. Dz.U. 2014 poz. 1604.
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2012 r. w sprawie wycofania substancji chemicznej, jej mieszaniny lub wyrobu z obrotu. Dz.U. 2012 poz. 325.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2012 r. w sprawie oznakowania opakowań substancji niebezpiecznych i mieszanin niebezpiecznych oraz niektórych mieszanin. Dz.U. 2015 poz. 450.
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 maja 2004 r. w sprawie wzorów formularzy przekazania danych o kosmetyku i przypadkach zachorowań spowodowanych użyciem kosmetyku oraz sposobu gromadzenia ich w krajowym systemie informowania o kosmetykach wprowadzonych do obrotu. Dz.U. 2004 nr 138 poz. 1471.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2004 r. w sprawie sposobu działania krajowego systemu monitorowania wypadków konsumenckich. Dz.U. 2004 nr 104 poz. 1100.

21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2005 r. w sprawie list substancji niedozwolonych lub dozwolonych z ograniczeniami do stosowania w kosmetykach oraz znaków graficznych umieszczanych na opakowaniach kosmetyków. Dz.U. 2005 nr 72 poz. 642 z późn. zm.
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2012 r. w sprawie pobierania i badania próbek substancji chemicznych i ich mieszanin oraz wyrobów w ramach nadzoru wykonywanego przez Państwową Inspekcję Sanitarną. Dz.U. 2012 poz. 379.
23. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 grudnia 2008 r. w sprawie sposobu przepływu informacji dotyczących systemu kontroli wyrobów. Dz.U. 2008 nr 230 poz. 1540.
24. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie wprowadzenia środków przewidzianych przepisami o ogólnym bezpieczeństwie produktów w odniesieniu do noży bijakowych do ręcznych przenośnych kos do zarośli. Dz.U. 2012 poz. 852.
25. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 kwietnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu prowadzenia rejestru produktów niebezpiecznych. Dz.U. 2004 r. nr 87 poz. 814.
26. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 kwietnia 2004 r. w sprawie sposobu prowadzenia krajowego systemu informacji o produktach niebezpiecznych. Dz.U. nr 87 poz. 815.
27. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 października 2004 r. w sprawie dodatkowych wymagań dotyczących znakowania obuwia przeznaczonego do sprzedaży konsumentom. Dz.U. 2004 nr 240, poz. 2409.
28. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 kwietnia 2007 r. w sprawie wprowadzenia środków przewidzianych przepisami o ogólnym bezpieczeństwie produktów w odniesieniu do zapalniczek. Dz.U. 2007 nr 77 poz. 515.
29. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 marca 2012 r. w sprawie rejestru wyrobów niezgodnych z zasadniczymi, szczegółowymi lub innymi wymaganiami. Dz.U. 2012 r. poz. 385.
30. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 kwietnia 2004 r. w sprawie dodatkowych wymagań dotyczących bezpieczeństwa i znakowania produktów, które stwarzają zagrożenie dla konsumentów przez to, że ich wygląd wskazuje na inne niż rzeczywiste przeznaczenie. Dz.U. 2004 nr 71 poz. 644.
31. Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów. <https://uokik.gov.pl/>
32. Ustawa z dnia 12 grudnia 2003 r. o ogólnym bezpieczeństwie produktów. Dz.U. 2015 poz. 322.
33. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dz.U. 2015 poz. 1412.
34. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny. Dz.U. 2014 poz. 121 z późn. zm.
35. Ustawa z dnia 25 lutego 2011 r. o substancjach chemicznych i ich mieszaninach. Dz.U. 2015 poz. 1203.
36. Ustawa z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta. Dz.U. 2014 poz. 827 z późn. zm.
37. Ustawa z dnia 30 marca 2001 r. o kosmetykach. Dz.U. 2013 poz. 475.
38. Ustawa z dnia 30 sierpnia 2002 r. o systemie oceny zgodności. Dz.U. 2014 poz. 1645 z późn. zm.

# EPHO 4

## Promocja zdrowia, w tym działania dotyczące społecznych uwarunkowań zdrowia i nierówności w zdrowiu

Beata Balińska<sup>1</sup>, Dorota Cianciara<sup>2,3</sup>, Aleksandra Gołdys<sup>4,5</sup>,  
Rafał Halik<sup>2</sup>, Katarzyna Lewtak<sup>2</sup>, Jacek Moskalewicz<sup>6</sup>,  
Maria Piotrowicz<sup>2</sup>, Krzysztof Przewoźniak<sup>7</sup>, Włodzimierz Sekuła<sup>8</sup>,  
Agnieszka Sowa<sup>9</sup>, Ewa Urban<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Global Compact Network Poland, Warszawa

<sup>2</sup> Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

<sup>3</sup> Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

<sup>4</sup> Uniwersytet Warszawski, Instytut Studiów Społecznych, Warszawa

<sup>5</sup> Fundacja Rozwoju Kultury Fizycznej, Warszawa

<sup>6</sup> Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

<sup>7</sup> Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa

<sup>8</sup> Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa

<sup>9</sup> Szkoła Główna Handlowa, Warszawa

#### 4.A. Potencjał międzysektorowy i interdyscyplinarny

- Struktury, mechanizmy i procesy rządowe, umożliwiające międzysektorowe podejmowanie decyzji i działań, stosując podejście „zdrowie we wszystkich obszarach polityki”
- Zaangażowanie Ministerstwa Zdrowia oraz udział społeczności lokalnych i społeczeństwa obywatelskiego w promocji zdrowia
- Międzysektorowy potencjał w odniesieniu do kluczowych interesariuszy krajowych w sektorze prywatnym (przemysł, rolnictwo, komunikacja, budownictwo, itp.)

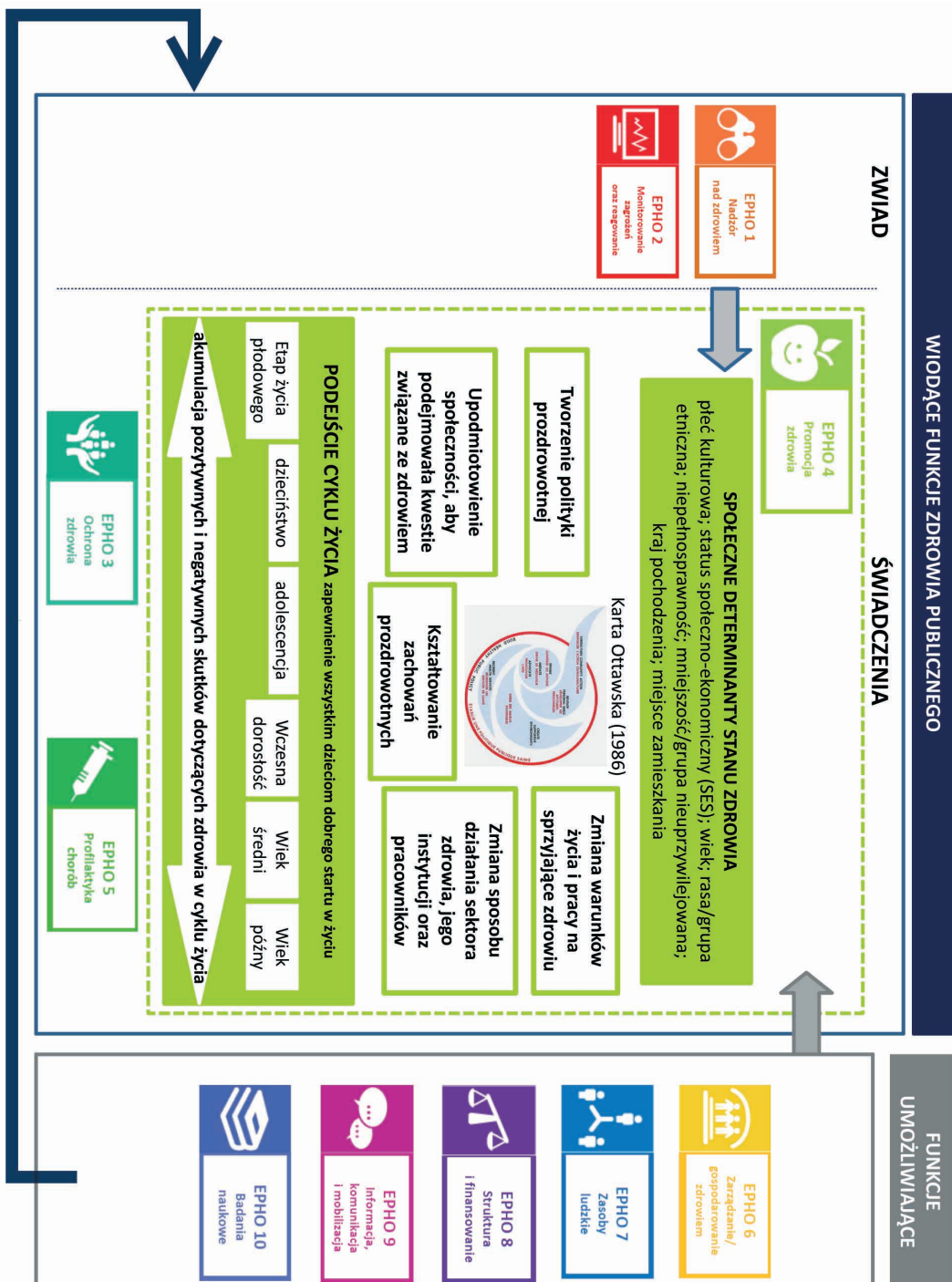
#### 4.B. Podejmowanie kwestii uwarunkowań behawioralnych, społecznych i środowiskowych poprzez podejście „cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia”

- Polityka tytoniowa zgodna z wymogami Ramowej Konwencji o Ograniczeniu Użycia Tytoniu
- Polityka ograniczania spożycia alkoholu, zgodna z Globalną Strategią Redukującą Szkodliwe Spożywanie Alkoholu przyjętą przez WHO
- Polityka żywieniowa w perspektywie cyklu życia
- Polityka dotycząca aktywności fizycznej
- Programy i polityki dotyczące promocji zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego
- Przeciwdziałanie używaniu substancji psychoaktywnych
- Polityki i działania dotyczące zdrowia psychicznego
- Polityki przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- Polityki i programy dotyczące zapobiegania urazom
- Podejmowanie kwestii społecznych uwarunkowań zdrowia

## WYKAZ SKRÓTÓW

- AOTMiT - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
- BCC - Związek Pracodawców „Business Centre Club”
- CEO - Centrum Aktywności Obywatelskiej
- CIOP-PIB - Centralny Instytut Ochrony Pracy-Państwowy Instytut Badawczy
- CIS - Centra Integracji Społecznej
- EFS - Europejski Fundusz Społeczny
- EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction  
(Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii)
- EOG - Europejski Obszar Gospodarczy (European Economic Area, EEA)
- FCTC-WHO - Framework Convention on Tobacco Control  
(Ramowa konwencja o ograniczeniu użycia tytoniu Światowej Organizacji Zdrowia)
- GATS - Global Adult Tobacco Survey  
(Globalne Badanie Używania Tytoniu Przez Osoby Dorosłe)
- HiAP - Health in All Policies (Zdrowie we Wszystkich Politykach)
- HPV - zakażenia genitalnymi typami ludzkich wirusów brodawczaka
- IŻŻ - Instytut Żywności i Żywienia
- JST - jednostki samorządu terytorialnego
- KIS - Kluby Integracji Społecznej
- KRBRD - Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego
- LHDI - Local Human Development Index (lokalny wskaźnik rozwoju społecznego)
- MPiPS - Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
- MSiT - Ministerstwo Sportu i Turystyki
- MSWiA - Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
- MZ - Ministerstwo Zdrowia
- NFZ - Narodowy Fundusz Zdrowia
- NGO - non-governmental organization (organizacja pozarządowa)
- NGU - nierzęćczkowe zapalenie cewki moczowej
- NIK - Najwyższa Izba Kontroli
- NIZP-PZH - Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny
- NK - procedura Niebieskiej Karty
- NPOZP - Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

- NPPRPA - Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- NPZ - Narodowy Program Zdrowia
- OECD - Organization for Economic Co-operation and Development  
(Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju)
- OLAF - L'Office européen de lutte antifraude  
(Europejski Urząd ds. Zwalczania Nadużyć Finansowych)
- ONZ - Organizacja Narodów Zjednoczonych
- PARPA - Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- PIS - Państwowa Inspekcja Sanitarna
- PKD - punkty konsultacyjno-diagnostyczne
- PO KL - Program Operacyjny Kapitał Ludzki
- PPP - Partnerstwo Publiczno-Prywatne
- PSSE - Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
- PTPA - Polskie Towarzystwo Prawa Antydyskryminacyjnego
- RM - Rada Ministrów
- RPD - Rzecznik Praw Dziecka
- SliEG - Strategia Innowacyjności i Efektywności Gospodarki
- SRK - Strategia Rozwoju Kraju
- SRKL - Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego
- SSP - Strategia Sprawne Państwo
- UE - Unia Europejska
- UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund  
(Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci)
- WDŹ - przedmiot: wychowanie do życia w rodzinie
- WHO - World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)
- WSSE - Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna



Schemat EPHO 4.

Opracowanie własne na podstawie European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services (WHO, 2012 EUR/RC 62/Conf. Doc/6 Rev.2) oraz Nurse J. Health 2020 and Strengthening Public Health Services and Capacity in Europe (Slovenia, 2013)

Czwarta funkcja zdrowia publicznego (EPHO 4) odnosi się do promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem działań ukierunkowanych na społeczne determinanty stanu zdrowia.

W centrum zainteresowania promocji zdrowia są ludzie i warunki, w których żyją. Problemy zdrowotne powstają bowiem w sąsiedztwie - w ściśle określonym kontekście życiowym - tam gdzie ludzie żyją, pracują czy odpoczywają, gdzie tworzą się normy i systemy wartości, zwyczaje, gdzie powstają więzi społeczne czy system komunikowania się.

Promocja zdrowia traktuje zdrowie jako skutek różnorodnych uwarunkowań. Wykazuje przy tym szczególną troskę o społeczne determinanty zdrowia i nierówności w zdrowiu, wspiera sprawiedliwość społeczną, solidarność w działaniu i równość w zdrowiu. Zmniejszanie nierówności w zdrowiu staje się celem codziennej pracy w zdrowiu publicznym.



## 4.A. Potencjał międzysektorowy i interdyscyplinarny

W podstawowym dokumencie nt. promocji zdrowia, tj. w Karcie Ottawskiej z 1986 r. promocja zdrowia została zdefiniowana jako: „proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad zdrowiem, a w efekcie poprawę ich zdrowia”.

W 1998 r. dokonano niewielkiej modyfikacji tej definicji i stwierdzono, że promocja zdrowia jest procesem, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad determinantami zdrowia, a w efekcie poprawę ich zdrowia.

W 2009 r. Fran Baum i współ. zaproponowali, aby do prezentowania promocji zdrowia przedstawicielom sektora zdrowotnego, którzy są zorientowani na kwestie biomedyczne, używać określenia „szczepionki przeciwko warunkom społecznym”.

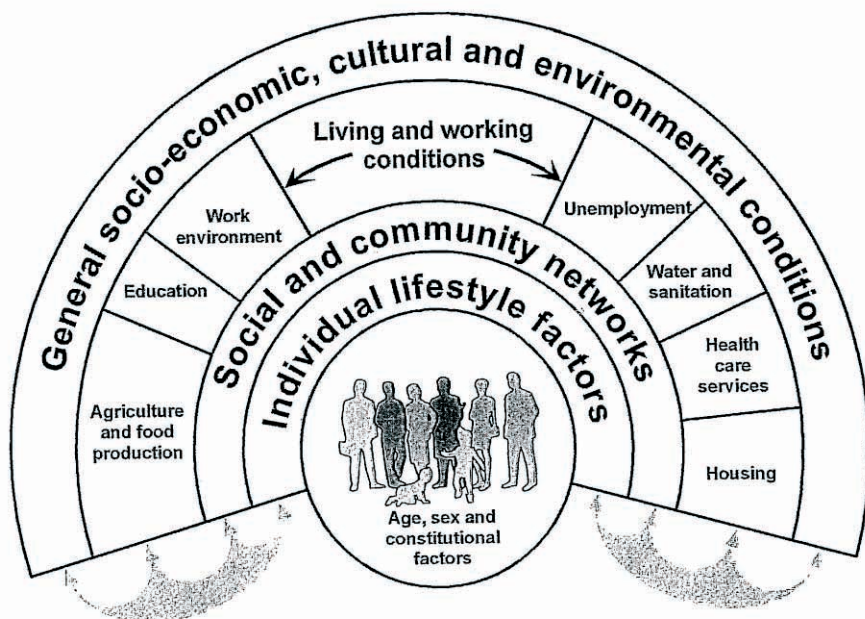
Od 1986 r. uznaje się, że promocja zdrowia jest systemową, skoordynowaną interwencją w środowisko społeczne i polega na prowadzeniu działań w pięciu następujących kierunkach:

- Tworzenie polityki prozdrowotnej;
- Zmiana warunków życia i pracy na sprzyjające zdrowiu;
- Upodmiotowienia społeczności, aby podejmowała kwestie związane ze zdrowiem;
- Kształtowanie zachowań prozdrowotnych;
- Zmiana sposobu działania sektora zdrowia, jego instytucji oraz pracowników.

Pięciokierunkowe działania promocji zdrowia są całkowicie spójne z obszarami uwarunkowań zdrowia wg G. Dahlgrena i M. Whitehead z 1991 r. (ryc. 1.).

Podstawowa różnica między profilaktyką medyczną a promocją zdrowia polega na ogólnej zasadzie działania. Filozofia profilaktyki polega na działaniu „top-down”, podczas gdy promocja zdrowia dąży do działań „bottom-up”. Niektóre odmiany profilaktyki, w tym: primordial prevention, strategia populacyjna, populacyjna strategia strukturalna czy profilaktyka uniwersalna, mogą mieć formy hybrydowe, czyli łączyć oba podejścia.

Istnieją dowody, że najlepsze efekty dla poprawy zdrowia zbiorowości ludzi przynosi jednoczesna praca we wszystkich pięciu kierunkach promocji zdrowia. Należy podkreślić zarazem, że zmiana warunków społeczno-ekonomicznych (co jest skutkiem zmiany polityk i warunków życia) wywiera wpływ najsilniejszy,



Rycina 1.

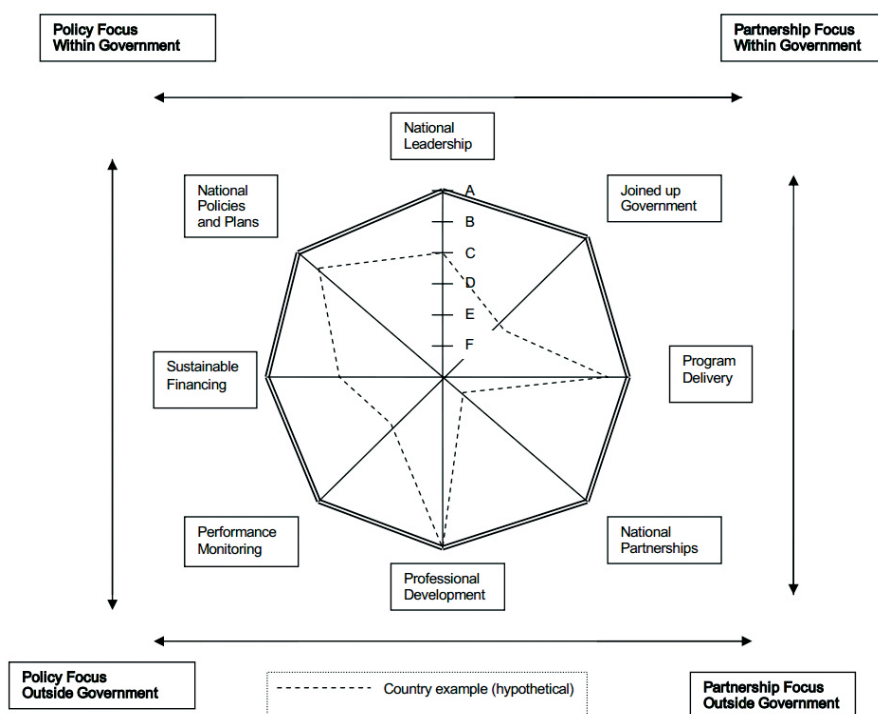
Główne uwarunkowania zdrowia. Źródło: Dahlgren G, Whitehead M., 1991.

a zmiana ta jest relatywnie trwała, przynosi korzyści największej grupie osób i wymaga stosunkowo mało wysiłku od członków populacji docelowej.

Problematyka oceny aktualnego potencjału wykonawczego promocji zdrowia oraz jego rozwoju stała się bardzo popularna w pierwszej dekadzie XXI w. Podejmowano ją zarówno w poszczególnych krajach, takich jak np. Kanada czy Australia, jak również na forum międzynarodowym, w tym przez International Union for Health Promotion and Education. Równocześnie gremia międzynarodowe, takie jak WHO oraz UE podjęły tematykę rozwoju potencjału zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia.

Dotychczas w piśmiennictwie naukowym zaproponowano wiele podejść do oceny i budowania potencjału promocji zdrowia oraz zdrowia publicznego. Na przykład John Catford wyróżnił osiem obszarów potencjału promocji zdrowia (ryc. 2).

W niniejszym opracowaniu, zgodnie z koncepcją narzędzia „Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region” skoncentrowano się wyłącznie na aspektach współpracy międzysektorowej. Aspekt ten bywa również określany jako: „Zdrowie we Wszystkich Politykach” oraz „cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia”.



Rycina 2.

Koło krajowego potencjału promocji zdrowia. Źródło: Catford J., 2005.

## Struktury, mechanizmy i procesy rządowe, umożliwiające międzysektorowe podejmowanie decyzji i działań, stosując podejście „zdrowie we wszystkich obszarach polityki”

### Wsparcie władzy wykonawczej dla działań międzysektorowych

W aktualnym stanie rzeczy brak jest silnego, formalnego umocowania współpracy międzysektorowej w odniesieniu do kompleksowo rozumianej problematyki zdrowotnej. Trudno jest zatem przytoczyć przykłady systemowego międzysektorowego sposobu podejmowania decyzji, które mają związek ze zdrowiem, czyli pełnego wykorzystania podejścia Health in All Policies (HiAP).

Niemniej istnieją dość liczne przykłady instytucjonalizacji współpracy międzysektorowej w odniesieniu do wybranych problemów zdrowotnych czy też w ramach poszczególnych polityk. Współpraca taka obejmuje współdziałanie administracji publicznej, także w relacjach z drugim i trzecim sektorem.

Pewną formę takiej zinstytucjonalizowanej współpracy tworzą organy pomocnicze działające przy Radzie Ministrów (RM). Do organów tych zalicza się: (a) 21 pełnomocników Rządu i Prezesa Rady Ministrów, (b) 28 organów pomocniczych RM, tj. różnych zespołów lub rad, (c) 34 organy pomocnicze Prezesa Rady Ministrów, (d) 7 komisji wspólnych, (e) 20 innych podmiotów doradczych powołanych do rozpatrywania określonej sprawy lub grupy spraw. Łącznie powołano 110 organów pomocniczych RM, z tego 11 (10%) jest tematycznie powiązanych z wybraną, ściśle zdefiniowaną problematyką związaną ze zdrowiem (tab. I).

**Tabela I.**

Organ pomocnicze Rady Ministrów związane z problematyką zdrowia. Stan na 27.04.2015 r.

<b>Pełnomocnicy Rządu i Prezesa Rady Ministrów</b>	<b>Działalność od roku</b>
Pełnomocnik Rządu do spraw bezpieczeństwa w szkołach	2014
Pełnomocnik Rządu do spraw projektu ustawy o zdrowiu publicznym	2014
Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych	1997
<b>Organ pomocnicze RM</b>	
Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego	1997
Rada do spraw Przeciwdziałania Dyskryminacji Rasowej, Ksenofobii i związanej z nimi Nietolerancji	2013
Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce	2010
<b>Organ pomocnicze Prezesa Rady Ministrów</b>	
Rada do Spraw Koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej	2012
Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia	2012
Rada do spraw Przeciwdziałania Narkomanii	2006
Zespół do spraw zwalczania i zapobiegania handlowi ludźmi	2012
<b>Inne organy doradcze powołane do rozpatrywania określonej sprawy lub grupy spraw</b>	
Międzyresortowa Komisja do Spraw Najwyższych Dopuszczalnych Stężeń i Natężeń Czynników Szkodliwych dla Zdrowia w Środowisku Pracy	2008

Innym przykładem współpracy międzysektorowej może być działalność skierowana na przeciwdziałanie przemocy w rodzinie. Na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (dalej zwanej ustawą) został dwukrotnie ustanowiony „Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w rodzinie”, którego aktualna wersja obejmuje lata 2014-2020.

Realizatorami ustawy, a także Programu, są: (a) organy administracji rządowej, przy wsparciu państwowych jednostek organizacyjnych, które realizują zadania w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie, oraz organizacji pozarządowych (NGOs), kościołów i związków wyznaniowych, a także prokuratura oraz sądy powszechne, (b) jednostki samorządu terytorialnego (JST), przy współpracy podmiotów lub NGOs oraz kościołów i związków wyznaniowych.

Na szczeblu centralnym Program jest realizowany przez Krajowego Koordynatora Realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie w randze sekretarza lub podsekretarza stanu w urzędzie obsługującym tego ministra, któremu przepisami ustawy nałożono obowiązek kierowania Zespołem Monitorującym do spraw Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie. Zespół ten jest organem opiniodawczo-doradczym ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego (MPiPS).

Na szczeblach wojewódzkich realizatorami Programu są wyznaczeni przez wojewodów Wojewódzcy Koordynatorzy. Zgodnie z ustawą Rada Ministrów do dnia 30 września każdego roku ma obowiązek składania Sejmowi i Senatowi Rzeczypospolitej Polskiej sprawozdania z realizacji Programu. Sprawozdanie to jest sporządzane w MPiPS.

W strukturze organizacyjnej MPiPS działają departamenty (w tym m.in. Departament Polityki Rodzinnej oraz Departament Polityki Senioralnej), które wykonują zadania ściśle związane z problematyką zdrowotną i promocją zdrowia, a ich realizacja powinna polegać na strategiach międzysektorowych.

W MZ zadania powiązane z promocją zdrowia oraz profilaktyką chorób zostały przypisane - w mniej lub bardziej wyrazisty sposób - do kompetencji Gabinetu Politycznego Ministra, Departamentu Matki i Dziecka, Departamentu Polityki Zdrowotnej oraz Departamentu Zdrowia Publicznego (patrz: 8.A. Struktura organizacyjna Ministerstwa Zdrowia).

Regułą jest, że w przypadku ustanowienia określonego programu zdrowotnego (np. w zakresie zwalczania narkomanii, przeciwdziałania alkoholizmowi, ochrony zdrowia psychicznego) tworzony jest organ o charakterze koordynująco-doradczym. Różna jest jednak pozycja i forma działania takich organów. Przykładem może być np. zespół koordynacyjny NPZ, który zbiera się niezwykle rzadko i praktycznie jedynie w celach sprawozdawczych, a jego przeciwieństwem jest Rada ds. Przeciwdziałania Narkomanii - faktyczne forum wymiany informacji i koordynacji działań.

W aktualnej wersji projektu ustawy o zdrowiu publicznym przewiduje się utworzenie Rady ds. Zdrowia Publicznego, składającej się z przedstawicieli każdego ministra kierującego działem administracji publicznej oraz reprezentantów innych podmiotów. Dodatkowo przewiduje się utworzenie Komitetu Sterującego Narodowego Programu Zdrowia, składającego się z przedstawicieli ministrów wskazanych w NPZ, jako realizatorzy Programu.

Przeważa pogląd, że istniejące formy dialogu społecznego (np. komisja trójstronna, komisja wspólna rządu i samorządu terytorialnego), współpracy międzyministerialnej, czy konsultacji społecznych mają zazwyczaj charakter dość ogólny, a nawet instrumentalny. Mogą być wykorzystywane w procesie formułowania rozwiązań (przede wszystkim legislacyjnych) lub dokumentów sprawozdawczych (informacje o realizacji programów itp.). Rzadziej wykorzystywane są do konsultacji lub koordynacji konkretnych działań i decyzji.

### **Mechanizmy promowania współpracy międzysektorowej oraz przywództwa**

Nie ma danych na temat mechanizmów czy procedur współpracy międzysektorowej ukierunkowanej na kwestie ochrony zdrowia. Najczęściej współpraca ma charakter bieżący, doraźny, i jest inicjowana przez zainteresowane podmioty lub wynika z obowiązujących zasad uzgadniania stanowisk wewnątrz rządu.

Ważnym przykładem kodyfikowania celów i zadań współpracy międzysektorowej dla potrzeb zdrowia jest Porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia i Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży z listopada 2009 r.

### **Mieszane finansowanie programów zapobiegania chorobom oraz promocji zdrowia**

Obowiązujący tradycyjny sposób klasyfikowania wydatków budżetowych, tj. przez wskazywanie dysponentów określonych kwot, a nie określanie kwot na realizację określonych funkcji i zadań, nie sprzyja współpracy międzysektorowej w dziedzinie ochrony zdrowia, w tym promocji zdrowia. Podstawę do stosowania mieszanych form finansowania działań na rzecz zdrowia może zapewnić szersze wykorzystanie budżetów zadaniowych. W takim podejściu wskazanie celów i zadań oraz kwot przeznaczonych na ich realizację umożliwia przypisanie określonych zadań (w tym z obszaru ochrony zdrowia, a w tym promocji zdrowia) różnym podmiotom.

Jednocześnie obserwuje się brak zaufania administracji rządowej do rozwiązań opartych np. na partnerstwie publiczno-prywatnym (PPP) i obawy przed niekorzystną oceną współpracy z podmiotami prywatnymi. Hamuje to współpracę

i współfinansowanie działań w dziedzinie ochrony zdrowia, zwłaszcza w promocji zdrowia.

Należy dodać, że w ostatnim okresie na poziomie lokalnym rośnie zainteresowanie tzw. budżetami partycypacyjnymi (obywatelskimi), w ramach których zgłaszane są również propozycje z zakresu ochrony zdrowia (wspieranie aktywności fizycznej, edukacja, badania przesiewowe, ale również ograniczanie ryzyka wypadków i urazów, itp.).

### **Prowadzenie oceny wpływu na zdrowie (Health Impact Assessment)**

Zgodnie z zaleceniami OECD i UE oraz obowiązującymi regulacjami (ustawa o Radzie Ministrów, regulamin prac Rady Ministrów, rozporządzenie w sprawie zasad techniki prawodawczej) wszelkim dokumentom rządowym, w głównej mierze aktom prawnym lub ich projektom przyjmowanym przez RM, powinna towarzyszyć Ocena Wpływu regulacji. Ocena Wpływu jest integralną, priorytetową częścią prac nad projektami dokumentów rządowych. Ocena ta z istoty jest rodzajem prognozy skutków, toteż powinna być przeprowadzona przed opracowaniem projektu założeń projektu ustawy, dzięki czemu możliwa jest ocena wszystkich istotnych skutków regulacji, a także wybór optymalnego rozwiązania.

We wrześniu 2013 r. Komitet Rady Ministrów przyjął nowe wzory formularzy wykorzystywanych przy przeprowadzeniu Oceny Wpływu, tj. Testu Regulacyjnego, Oceny Skutków Regulacji (OSR) i Oceny Funkcjonowania Ustawy (OSR ex post). Ujednocilenie formularzy służy bardziej przejrzystej prezentacji wyników oceny wpływu na każdym etapie prac legislacyjnych, a więc także uproszczeniu i polepszeniu pracy. Przeważająca część formularzy ma prostą postać tabelaryczną z możliwością wpisywania dłuższych komentarzy. Na końcu znajdują się wyjaśnienia do wypełniania druku.

Problematyka zdrowotna, tj. ocena proponowanej regulacji pod kątem jej wpływu na zdrowie, została uwzględniona tylko w OSR w punkcie 10, gdzie wskazuje się wpływ na obszary takie jak: (a) środowisko naturalne, (b) sytuacja i rozwój regionalny, (c) demografia, (d) mienie państwowe, (e) informatyzacja, (f) zdrowie, (g) inne obszary. Jeśli dana regulacja ma wpływ na któryś ze wskazanych obszarów, należy dokonać oceny wpływu. Wnioskując z kolejności obszarów poddawanych ocenie wpływu danej regulacji, pierwszoplanowe znaczenie ma jej wpływ na sektor finansów publicznych, na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość (w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe) oraz na rynek pracy. Zarazem nie zostały określone żadne sformalizowane metody przeprowadzania oceny wpływu na zdrowie. Często ocena taka ogranicza się do stwierdzenia, iż projektowana regulacja „nie będzie miała” wpływu na zdrowie społeczeństwa lub „będzie miała wpływ pozytywny”.

Równoległe na podstawie ustawy z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko obligatoryjnie prowadzona jest ocena przedsięwzięcia na środowisko oraz strategiczna ocena oddziaływania na środowisko. Ich elementem jest ocena wpływu na zdrowie ludzi. Oznacza to, że jedyne polityki i plany, które przynajmniej formalnie mają uwzględniać wpływ na zdrowie ludzi są związane z ingerencją w środowisko rozumiane jako „ogół elementów przyrodniczych, w tym także przekształconych w wyniku działalności człowieka, a w szczególności powierzchnię ziemi, kopaliny, wody, powietrze, krajobraz, klimat oraz pozostałe elementy różnorodności biologicznej, a także wzajemne oddziaływania pomiędzy tymi elementami”.

Należy jednak uwzględnić fakt, że z powodu braku wiążącego dokumentu wyznaczającego krajową politykę zdrowotną (NPZ jest uchwałą Rady Ministrów, a nie prawem powszechnie obowiązującym) brak jest punktu odniesienia dla prowadzenia oceny wpływu na zdrowie. Zarazem ani MZ, ani żaden inny podmiot nie posiada zasobów (kadry, wiedzy), które umożliwiłyby dokonywanie ocen wpływu na zdrowie na wymaganym i nowoczesnym poziomie w odniesieniu do wszystkich lub przynajmniej najistotniejszych działań rządu. W Polsce nie ma również żadnej niezależnej instytucji mogącej dokonywać takich ocen.

### **Struktury i mechanizmy tworzenia polityk związanych ze społecznymi determinantami zdrowia oraz równością w zdrowiu we wszystkich programach**

Na poziomie rządowym uwzględnienie powyższych kwestii odbywa się poprzez udział MZ w uzgodnieniach dokumentów rządowych oraz udział innych podmiotów (np. organizacji zawodowych, organizacji pacjentów czy też zrzeszających świadczeniodawców) na etapie ich konsultacji społecznych.

### **Wsparcie techniczne i wytyczne dla innych sektorów dotyczące działań nakierowanych na społeczne determinanty zdrowia w ramach innych (niż zdrowotne) programów rządowych**

Udział MZ oraz innych podmiotów na etapie uzgadniania i konsultacji dokumentów programowych umożliwia uwzględnienie w nich wskazówek do działań na rzecz zdrowia. Wymaga to jednak analizy potencjalnego wpływu na zdrowie działań przewidzianych w danym programie - co jak omówiono powyżej następuje wielu problemów. Praktyka wskazuje, że w przypadku programów, których podstawowym zakresem nie jest ochrona zdrowia, nie jest dokonywana ocena wpływu na zdrowie i nie są one przedmiotem uwag ze strony MZ.



## Zaangażowanie Ministerstwa Zdrowia i udział społeczności lokalnych i społeczeństwa obywatelskiego w promocję zdrowia

Zapisy regulujące formy współpracy między sektorem organizacji pozarządowych (NGOs) a administracją zawarto w ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (dalej zwana ustawą). Ten rodzaj współpracy międzysektorowej odbywa się w szczególności poprzez: (a) zlecenie realizacji zadań publicznych, (b) wzajemne informowanie się o planowanych kierunkach działalności, (c) konsultowanie z NGOs (oraz innymi podmiotami) projektów aktów normatywnych w dziedzinach dotyczących działalności statutowej tych organizacji, (d) konsultowanie projektów aktów normatywnych dotyczących sfery zadań publicznych z radami działalności pożytku publicznego, w przypadku ich utworzenia przez właściwe JST, (e) tworzenie wspólnych zespołów o charakterze doradczym i inicjatywnym, (f) umowy o wykonanie inicjatywy lokalnej, (g) umowy partnerstwa. Współpraca ta odbywa się na zasadach: pomocniczości, suwerenności stron, partnerstwa, efektywności, uczciwej konkurencji oraz jawności. Ustawa nakłada również na JST obowiązek tworzenia programów współpracy z NGOs.

Departament Pożytku Publicznego w MPiPS prowadzi monitoring realizacji ustawy poprzez badanie ankietowe realizowane w ministerstwach, urzędach wojewódzkich i administracji zespolonej, urzędy JST oraz urzędach centralnych.

Portal Organizacji Pozarządowych prowadzi poradnik dla NGOs na temat współpracy władzami (<http://poradnik.ngo.pl/x/1510093>).

Według informacji o zakresie i zasadach współpracy MZ z NGOs zamieszczonych na stronie internetowej urzędu, MZ prowadzi współpracę z NGOs na podstawie art. 151 ust. 1 ustawy o finansach publicznych oraz art. 11 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Zgodnie z przepisami wyżej wymienionych ustaw, organy administracji publicznej mogą wspierać realizację zadań publicznych lub powierzać ją jednostkom niezaliczonym do sektora finansów publicznych. Współpraca MZ z NGOs obejmuje zadania z zakresu ochrony i promocji zdrowia, wybierane na podstawie priorytetów zdrowotnych wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2009 r. oraz zadań określonych w NPZ na lata 2007-2015. Środki finansowe na ich realizację są planowane zgodnie z limitem określonym w ustawie budżetowej na dany rok. MZ podaje informacje o zdaniach publicznych, które są zlecane do realizacji NGOs w danym roku kalendarzowym wraz z ogłoszeniem konkursowym. W 2014 r. MZ zaplanowało przeznaczyć na ten cel 937 000 zł, a w 2015 r. - 700 000 zł.

W 2014 r. postępowaniem konkursowym objęto np. program edukacyjny odnoszący się do eliminacji czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych (m.in. nadwagi i otyłości, nadciśnienia tętniczego, niskiego poziomu aktywności fizycznej) skierowany do dzieci i młodzieży, osób w wieku produkcyjnym oraz seniorów. Zaplanowano na ten cel kwotę 468 500 zł. Ostatecznie wybrano trzy oferty na ogólną kwotę 656 970 zł.

Ponadto MZ w ramach dialogu obywatelskiego współpracuje również z organizacjami reprezentującymi pacjentów. Fundacje posiadające status organizacji pożytku publicznego składają do MZ doroczne sprawozdania z działalności.

## **Organizowanie programów promocji zdrowia w społecznościach**

W kontekście informacji na temat promocji zdrowia (patrz: <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/promocja-zdrowia>) na stronie internetowej MZ podano: (a) krótką definicję promocji zdrowia, (b) informacje na temat działań urzędu w ramach 5 (spośród 13 nadzorowanych) programów zdrowotnych, tj. (i) „Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”, (ii) „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, (iii) „Narodowego Programu Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym”, (iv) „Zapewnienia samowystarczalności Rzeczypospolitej Polski w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych”, (v) „Programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u mężczyzn M45+”, (c) kampanii na temat zdrowia psychicznego, (d) współpracy z NGO, (e) działalności PIS, (e) działań realizowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS, (f) działań realizowanych przez IŻŻ.

Abstrahując od faktu, że związek transplantologii oraz dostaw krwi, jej składników i pochodnych z promocją zdrowia w rozumieniu Karty Ottawskiej jest odległy i przynajmniej dyskusyjny, analiza informacji wskazuje, że MZ było twórcą i bezpośrednim realizatorem jedynie w ogólnopolskiej kampanii na temat zdrowia psychicznego. Kampania ta przebiegała pod hasłem „Co czwarty z nas miał lub będzie mieć problemy ze zdrowiem psychicznym”, a jej celem było zwrócenie uwagi populacji generalnej na powszechność problemów zdrowia psychicznego. Kampania ta była prowadzona w październiku 2013 r. z okazji Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego w ramach „Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego”. Uczestnictwo MZ w pozostałych wymienionych przedsięwzięciach miało charakter formalny.

## **Aktywne formy zaangażowania Ministerstwa Zdrowia w organizację społeczności na rzecz promocji zdrowia**

Wymienione powyżej formy współpracy MZ z organizacjami społeczeństwa obywatelskiego noszą cechy działań „top-down”, czyli mają charakter odgórny i raczej pasywny, nadzorujący. Inne, aktywne formy współpracy zmiernające

do upodmiotowienia (empowerment) społeczności, jak np. identyfikacja zasobów społeczności do prowadzenia promocji zdrowia, realne zaangażowanie się w organizację programów promocji zdrowia w konkretnych społecznościach, wsparcie dla przywództwa horyzontalnego i liderów opinii społecznej nie są wykorzystywane. Nie można powiedzieć, aby MZ było liderem zmian w aspekcie prowadzenia i upowszechnienia promocji zdrowia.

MZ nie inicjuje i nie prowadzi również tzw. programów wyjścia (outreach programmes) adresowanych do populacji nieuprzywilejowanych i podatnych na utratę zdrowia (vulnerable populations), takich jak np.: imigranci, mniejszości narodowe i etniczne (np. Romowie) czy grupy o niskim statusie społeczno-ekonomicznym. Dla przykładu program na rzecz społeczności Romskiej na lata 2004-2013 koordynował minister odpowiedzialny za sprawy mniejszości narodowych i etnicznych (Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji). Wśród licznych celów tego programu znalazł się element zdrowotny, bowiem program dążył do objęcia Romów szerszym dostępem do opieki lekarskiej oraz poprawy stanu higieny. Środkami, które służyły realizacji tego celu były: (a) organizowanie „białych dni” dla Romów, (b) zwiększenie częstotliwości wizyt kobiet romskich u lekarza, (c) dofinansowanie lekarstw, (d) stworzenie możliwości pobytu osób starszych w sanatoriach, (e) zatrudnienie pielęgniarek środowiskowych pochodzenia romskiego, którym znacznie łatwiej byłoby przekonać kobiety romskie do regularnych wizyt lekarskich, (f) szkolenie z zakresu pierwszej pomocy dla wybranych osób zamieszkujących skupiska romskie oraz organizacja na tej bazie systemu pomocy, (g) stworzenie miejsc, w których Romowie mogliby uzyskać doraźną pomoc medyczną, (h) prowadzenie badań bilansowych, (i) promowanie szczepień ochronnych, (j) zapobieganie żółtaczce, (k) prelekcje dotyczące higieny i profilaktyki zdrowotnej (l) systematyczny wywóz śmieci, (ł) dezynsekcja i deratyzacja.

### **Rozwój partnerstwa z organizacjami społecznymi (organizacjami pozarządowymi, kościołami i związkami wyznaniowymi, szkołami, organizacjami środowiskowymi, etc.) we wspólnych procesach decyzyjnych**

Instytucjonalna, prawnie usankcjonowana współpraca z NGOs ma miejsce w takich dziedzinach ochrony zdrowia, które tradycyjnie łączy się z określonymi problemami o charakterze społecznym, jak np.: zwalczanie alkoholizmu, narkomanii czy ochrona zdrowia psychicznego. Partycypacji społecznej w realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia służą rozwiązania ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, będącej podstawą zlecenia organizacjom pozarządowym zadań również z zakresu ochrony zdrowia (głównie na poziomie JST). Niemniej współpraca ta ma charakter zrutyinizowany i ustabilizowany, a zawieranie partnerstw *ad hoc* jest problematyczne.

## **Międzysektorowy potencjał w odniesieniu do kluczowych interesariuszy krajowych w sektorze prywatnym (przemysł, rolnictwo, komunikacja, budownictwo, itp.)**

### **Mechanizmy planowania promocji zdrowia uwzględniające perspektywę innych sektorów**

Zakres podmiotowy konsultacji społecznych (np. z organizacjami pracodawców, związkami zawodowymi, itd.) w odniesieniu do aktów prawnych i innych regulacji wyznacza, co do zasady, autor projektu dokumentu. W przypadku dokumentów z dziedziny ochrony zdrowia jest to przede wszystkim MZ. Jednocześnie MZ jest wskazywane jako społeczny urząd, który najgorzej prowadzi dialog, głównie z powodu zbyt krótkich terminów na zajęcie stanowiska oraz braku odpowiedzi na zarzuty i uwagi. W raporcie Fundacji St. Batorego stwierdzono np.: „Niektóre resorty, na przykład Ministerstwo Zdrowia czy Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, z zasady nie odpowiadają na uwagi zaprezentowane podczas konsultacji, tłumacząc to brakiem czasu”.

Zarazem należy podkreślić, że sektor prywatny uczestniczy - chociaż z różną intensywnością i w różnym stopniu - w planowaniu polityk zdrowotnych. Na przykład BCC, klub przedsiębiorców i największa w kraju organizacja indywidualnych pracodawców, sformułował Gospodarczy Gabinet Cieni BCC z ministrem ds. systemu ochrony zdrowia. Organ ten wydał np. opinię na temat projektu ustawy o zdrowiu publicznym. Opinia ta wspiera projekt ustawy, co jest bardzo korzystne i satysfakcjonujące, niemniej znalazło się w niej kilka passusów, które budzą poważne wątpliwości merytoryczne, jak np.; zwrot „prewencja zdrowia” czy „profilaktyka zdrowotna” i odwołanie do tzw. modelu Lalonde’a jako drogowskazu do organizacji i finansowania systemu zdrowotnego.

### **Podstawowe zasady sprzyjające zapewnieniu integralności programów promocji zdrowia (np. ograniczanie status quo i „praw nabytych”)**

Przejrzystość procesów decyzyjnych zapewniają zarówno rozwiązania o charakterze ogólnym (zasada jawności działania organów władzy publicznej, przejrzystości finansów publicznych, prawo dostępu do informacji publicznej), jak i rozwiązania szczegółowe. Do tych ostatnich należy zaliczyć stanowiska Rady Przejrzystości przy AOTMiT oraz jej opinie (np. na temat projektów programów polityki zdrowotnej planowanych do realizacji przez JST). Stanowiska te i opinie

są opracowywane przez członków Rady Przejrzystości, którzy są zobowiązani do składania deklaracji o braku konfliktu interesów i mogą być (na swój wniosek i po głosowaniu Rady) wykluczeni z prac w zakresie danego tematu.

Należy przy tym podkreślić, że kwestia faktycznego lub potencjalnego konfliktu interesów nie jest dostatecznie brana pod uwagę na różnych szczeblach planowania programów promocji zdrowia, np. w JST przy planowaniu programów polityki zdrowotnej. Dotychczas nie sformułowano zasad związanych z zarządzaniem konfliktem interesów w realizacji programów, takich jakie zawarto np. w przewodniku Centers of Disease Control and Prevention. Kwestia ta nie znalazła się również w adresowanym do samorządowców poradniku na temat realizacji programów, który zarazem podkreśla znaczenie szeroko rozumianego partnerstwa w lokalnych działaniach na rzecz zdrowia.

### **Zgodność kontraktów publicznych z krajową polityką zdrowotną**

Bolączką dotychczasowej polityki zdrowotnej w Polsce jest brak normatywnie wyznaczonych kierunków i obszarów działania na szczeblu ogólnopolskim. Za wykładnię ogólnokrajowej polityki zdrowotnej można potencjalnie uznać przynajmniej dwa dokumenty, tj. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz NPZ na lata 2007-2015 zatwierdzony uchwałą Nr 90/2007 RM z dnia 15 maja 2007 r. Niestety oba te dokumenty nie są w pełni spójne.

Ponadto zgodnie z aktualnie prowadzoną polityką rozwoju, czyli po 2009 r., zmniejszono liczbę dokumentów strategicznych. Sformułowana uprzednio „Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce 2007-2013” została wchłonięta przede wszystkim przez Strategię Rozwoju Kapitału Ludzkiego (SRKL). Równocześnie problematyka zdrowia znalazła się nie tylko w SRKL, ale też w innych strategiach zintegrowanych, takich jak Strategia Innowacyjności i Efektywności Gospodarki (SliEG), Strategia Sprawne Państwo (SSP) oraz Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego.

SRKL obejmuje szerokie spektrum zagadnień - od stylu życia do finansowania systemu ochrony zdrowia. W SliEG zdrowie i ochrona zdrowia występują jako koło zamachowe dla gospodarki, służą powstawaniu nowych technologii oraz nowych miejsc pracy. W SSP dominuje optyka infrastruktury systemu zdrowotnego.

Ponadto kwestie zdrowotne są poruszane w nadrzędnych strategiach rozwoju kraju w perspektywie średnio- i długookresowej, a także w strategiach regionalnych oraz w Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020.

W efekcie horyzontalnego podejścia do zdrowia w polityce rozwoju, a więc w istocie zaczątków podejścia międzysektorowego, doszło do rozproszenia tematyki i przesunięć w zakresie odpowiedzialności administracji rządowej.

Przy widocznych obecnie niedostatkach w koordynacji działań trudno jest ocenić, w jakim stopniu finansowanie publiczne jest zgodne z polityką rozwoju i poszczególnymi politykami zdrowotnymi.

### **Ad-hoc partnerstwa publiczno-prywatne**

Na poziomie krajowym znany jest przykład PPP zawiązanego w celu realizacji wieloletniego ogólnopolskiego programu „Trzymaj Formę”. Realizatorzy programu - Główny Inspektorat Sanitarny i Polska Federacja Producentów Żywności - wychodząc naprzeciw zaleceniom WHO dotyczącym diety i aktywności fizycznej - podpisali umowę o współpracy przy realizacji tego programu. Współorganizatorami programu są WSSE i PSSE, JST, dyrektorzy szkół, nauczyciele oraz rodzice. W programie biorą udział uczniowie i nauczyciele gimnazjów oraz ostatnich klas szkół podstawowych. Na początku lat 90. XX w. na zasadzie PPP między PZH a firmą Procter & Gamble przez kilka lat realizowany był ogólnopolski program edukacyjny pt. „Czas przemian”. Oba wymienione programy podlegały regularnemu monitoringowi oraz ewaluacji rezultatów.

Na poziomie lokalnym podejmowane są działania nakierowane na zmianę nawyków żywieniowych poprzez partnerstwo JST z producentami żywności, którzy dostarczają do szkół np. warzywa i owoce. Skala upowszechnienia tych partnerstw, ich zakres oraz ich efekty nie są znane.

Ogólnie można powiedzieć, że PPP w sektorze ochrony zdrowia w Polsce jest rzadko wykorzystywane i powiązane głównie z projektami inwestycyjnymi w sektorze lecznictwa, zwłaszcza szpitalnictwa. Nie może to jednak dziwić, ponieważ potencjalne korzyści partnera biznesowego z PPP w obszarze promocji zdrowia tylko wyjątkowo mogą polegać na wymiernym zysku, a zazwyczaj jedynie na poprawie czy umocnieniu wizerunku, udowodnieniu społecznej odpowiedzialności biznesu, itp. A zatem są tutaj potrzebne rozwiązania innowacyjne.

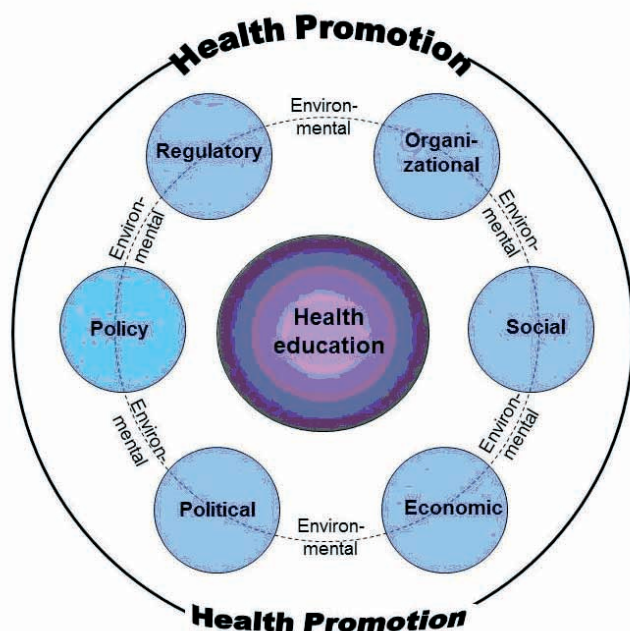
### **Szkolenie reprezentantów sektora prywatnego dotyczące problematyki zdrowia publicznego**

Szkolenia poświęcone specyficznym, szczegółowym zagadnieniom z obszaru działania zdrowia publicznego (np. wymagania sanitarno-higieniczne i sanitarno-techniczne dla zakładów fryzjerskich) skierowane do sektora prywatnego są doraźnie prowadzone w skali krajowej, regionalnej i lokalnej przez np. NIZP-PZH czy PIS. Znane są też konferencje pod nazwą Forum Suplementów Diety (IX edycja odbyła się w dniach 21-22.11.2014 r.) organizowane przez Europejskie Stowarzyszenie Promocji Zdrowia Pro-Salutem w partnerstwie m. in. z PIS oraz IŻŻ. Uczestnikami tych konferencji są przede wszystkim producenci suplementów diety.

Zgodnie z posiadaną wiedzą dotychczasowe działania szkoleniowe, informacyjne oraz komunikacja z sektorem prywatnym koncentrują się wokół zagadnień, które są ściśle powiązane z partykularnym interesem tego sektora i biznesem. Szersze spojrzenie na problematykę zdrowia publicznego, na promocję zdrowia, społeczne determinanty zdrowia, nierówności w zdrowiu itd., wydaje się nieobecne w kontaktach z sektorem prywatnym.

### Inne kwestie związane z promocją zdrowia, niewymienione w narzędziu WHO

Należy podkreślić, że jednym z ważnych narzędzi promocji zdrowia jest edukacja zdrowotna. Jakkolwiek nie wolno jej utożsamiać z promocją zdrowia, to jednak realizacja każdego z pięciu kierunków promocji zdrowia jest możliwa tylko w wyniku prowadzenia profesjonalnej i skutecznej edukacji (ryc. 3). W obecnym stanie rozwoju naukowego, kadrowego, organizacyjnego i finansowego edukacja zdrowotna nie może spełniać swoich podstawowych funkcji i służyć społeczeństwu.



Rycina 3.

Składowe promocji zdrowia. Źródło: <https://kinesiologi.boisestate.edu/cshp/what-are-health/>

## 4.B. Podejmowanie kwestii uwarunkowań behawioralnych, społecznych i środowiskowych poprzez podejście „cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia”

### Polityka tytoniowa zgodna z wymogami Ramowej Konwencji o Ograniczeniu Użycia Tytoniu

Polska przez wiele lat należała do krajów o najwyższej proporcjonalnie umiarkalności na choroby odtytoniowe na świecie, w szczególności w populacji mężczyzn.

Na początku lat 90., czyli w szczytowym punkcie rozwoju epidemii chorób odtytoniowych w Polsce, przedwczesne (w wieku 35-69 lat) zgony na te choroby stanowiły 42% wszystkich zgonów w tej grupie wiekowej mężczyzn.

Z powodu palenia tytoniu umierało prawie 70 tys. osób, z czego ponad 50 tys. przed osiągnięciem biologicznej granicy życia. W tym czasie palenie papierosów było największym, pojedynczym czynnikiem utraty zdrowia i życia w społeczeństwie polskim i miało poważny wpływ, poza pićm alkoholu i wypadkami na długość życia mężczyzn. Badania Banku Światowego pokazały również, że epidemia ta może mieć poważne konsekwencje społeczno-ekonomiczne, utrudniając na przykład, ze względu na przedwczesną śmierć dziesiątek tysięcy producentów i konsumentów oraz koszty leczenia chorób odtytoniowych, ekonomiczny rozwój państwa i finansowanie systemu ochrony zdrowia.

Podjęte w tym czasie wysiłki, inicjowane przede wszystkim przez prof. Witolda Zatońskiego i skupioną wokół niego grupę naukowców, lekarzy, dziennikarzy, a także polityków i działaczy społecznych, zmierzające do ograniczenia palenia tytoniu w Polsce przyniosły wymierne pozytywne skutki. W działaniach tych podjęto z jednej strony próbę mobilizacji wszystkich sił społecznych do przeciwdziałania tej epidemii, z drugiej zaś strony stworzono warunki prawne do tworzenia kompleksowej polityki zdrowotnej i społeczno-ekonomicznej ograniczającej palenie tytoniu w naszym kraju. W dłuższej perspektywie czasowej najbardziej rozpoznawalnym przykładem działań społecznych była ogólnopolska kampania zdrowotna „Rzuć palenie razem z nami”, w drugiej połowie lat 90.



największa i najbardziej skuteczna akcja promująca zdrowie w Europie Środkowo-Wschodniej.

Uchwalona zaś 9 listopada 1995 r. przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych została uznana przez Światową Organizację Zdrowia za wzorcowy i godny naśladowania w XXI wieku przykład ustawodawstwa ograniczającego palenie tytoniu.

### **Prawne umocowanie i miejsce strategii ograniczania palenia tytoniu w polityce zdrowia publicznego w Polsce**

Podstawą prawną rządowej strategii ograniczania zdrowotnych i społeczno-ekonomicznych następstw używania tytoniu w Polsce jest Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych z 1995 r. wraz z jej nowelizacjami z 1999, 2004 i 2010 r. (Dziennik Ustaw z dn. 30 stycznia 1996 r., Nr 10, poz. 55.) Ustawa ta definiuje podstawowe kategorie objęte szczegółowymi przepisami prawa i wprowadza szereg rozwiązań prawnych, również ustala cele, którymi powinno kierować się państwo i jego obywatele, chroniąc zdrowie przed skutkami używania tytoniu. Są nimi: ochrona prawa niepalących do życia w środowisku wolnym od dymu tytoniowego, promocja wolnego od dymu tytoniowego stylu życia, informowanie o szkodliwości palenia, tworzenie prawnych i ekonomicznych warunków sprzyjających zaprzestaniu palenia tytoniu, leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych od tytoniu, a także zmniejszanie zawartości substancji szkodliwych w wyrobach tytoniowych. Ustawa z 1995 r. i jej pierwsza nowelizacja w 1999 r. wprowadziła szereg nowoczesnych, nierzadko pionierskich - także na świecie - rozwiązań przeciwdziałających epidemii palenia tytoniu m. in. zakaz reklamy, promocji i sponsorowania tytoniu, w tym sponsorowania partii politycznych i mediów przez producentów tytoniu.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 5 grudnia 1996 r., (Dziennik Ustaw Nr 146, poz. 685), wprowadza nakaz umieszczania na paczkach papierosów duże, zajmujące 30% powierzchni opakowania, ostrzeżenia zdrowotne. Wprowadzony w ustawie zakaz sprzedaży papierosów w automatach pozwolił - jak pokazał nieco później przykład Niemiec, gdzie nie zdecydowano się na to rozwiązanie, zapobiec łatwemu dostępowi dzieci i młodzieży do wyrobów tytoniowych. Polska była także jednym z pierwszych krajów w Europie, w którym zaoferowano palaczom bezpłatne leczenie uzależnienia od tytoniu i w którym ustanowiono rządowy program ograniczenia zdrowotnych i społeczno-ekonomicznych następstw używania tytoniu finansowany z 0.5% odpisu z podatku akcyzowego na wyroby tytoniowe (Dz. U. z dn. 3 grudnia 1999, r. 96, poz. 1107). Program ten jest koordynowany przez Ministerstwo Zdrowia, ma charakter wielosektorowy i jest

realizowany we współpracy z pozostałymi resortami, w tym Ministerstwem Edukacji, Ministerstwem Administracji i Spraw Wewnętrznych, Ministerstwem Obrony, Ministerstwem Gospodarki i Ministerstwem Finansów.

Bieżące kierunki realizacji programu są poddawane ocenie przez Międzyresortowy Komitet ds. Ograniczenia Palenia Tytoniu, któremu przewodniczy Główny Inspektor Sanitarny. Od 1997 r. program rządowy jest realizowany w skali całego kraju, również w społecznościach lokalnych. W pierwszym okresie jego realizacji program ten był koordynowany w imieniu Ministerstwa Zdrowia przez Centrum Onkologii-Instytut w Warszawie. Obecnie wykonawcą programu jest Główny Inspektor Sanitarny. Co roku sprawozdanie z wykonania programu przedkładać jest do akceptacji Komitetowi Rady Ministrów, a następnie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej. Program stanowi integralną część strategii Narodowego Programu Zdrowia (także na lata 2016-2020); jest jednym z wielu autonomicznych programów zdrowotnych służących realizacji ww. strategii, w szczególności w części dotyczącej programów chorób cywilizacyjnych. Poszczególne zadania programu są także realizowane w ramach innych programów zdrowotnych, np. „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”, „Narodowego Programu Prewencji Chorób Serca” czy „Narodowego Programu Chorób Płuc”.

W pracach nad nowelizacją ustawy i realizacją programu ograniczającego epidemię palenia tytoniu w Polsce bierze udział duża grupa ekspertów reprezentujących instytucje rządowe, uczelnie wyższe i jednostki naukowo-badawcze, organizacje zawodowe i pozarządowe. Reprezentują oni nie tylko ww. resorty, ale także Krajowe Biuro WHO, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Centrum Onkologii, Instytut Kardiologii, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych i wiele innych medycznych towarzystw naukowych, Fundację „Promocja Zdrowia”, Stowarzyszenie Manko.

Do prac nad kształtem polskiego ustawodawstwa „przeciwytoniowego” zaprasza się także związki zawodowe oraz korporacje pracownicze, w tym przedstawiciele przemysłu tytoniowego. Udział przedstawicieli przemysłu tytoniowego w pracach Sejmowej lub Senackiej Komisji Zdrowia oraz innych gremiach zajmujących się kształtowaniem zdrowia publicznego w Polsce budzi wątpliwości, po pierwsze z powodu konfliktu między interesem prywatnym a publicznym w debacie poświęconej sprawom zdrowia, po drugie z powodu niestosowania się do zaleceń artykułu 5.3 FCTC, a po trzecie z powodu stworzenia warunków do lobbowania przez przemysł tytoniowy swoich interesów na forach polskiego parlamentu i rządu odpowiedzialnych za tworzenie i realizację polityki zdrowotnej.

## INSTRUMENTY EKONOMICZNE

### Finansowanie rządowego programu ograniczenia palenia tytoniu

Według znowelizowanej w 1999 r. ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu głównym źródłem finansowania rządowego programu ograniczenia zdrowotnych i społeczno-ekonomicznych następstw palenia tytoniu miał być odpis z podatku akcyzowego na wyroby tytoniowe. Niestety, z powodu nieprecyzyjnego zapisu regulacji ustawowej finansowanie programu od początku napotykało na problemy. Tylko w latach 1999-2001 na program ten przeznaczono na tyle duże środki, aby można go było stymulować zarówno przez centralne instytucje publiczne, jak i organizacje pozarządowe, w szczególności w skali lokalnej. W ostatniej dekadzie głównym problemem rządowego programu ograniczenia zdrowotnych i społeczno-ekonomicznych następstw palenia tytoniu jest niewystarczające do potrzeb finansowanie programu. W latach 2010-2013 na program przeznaczano rocznie ok. 700 tys. zł, czyli 10-krotnie mniej niż w latach 1999-2001 i ponad 100-krotnie mniej niż wynika z ustawowego zapisu dotyczącego 0.5% odpisu z podatku akcyzowego na ten program.

W ocenie Tobacco Control Scale, która jest jednym z narzędzi porównywania polityk ograniczających konsumpcję tytoniu w krajach Unii Europejskiej, finansowanie programu „przeciwytoniowego” jest od lat jednym z najniższych elementów jego realizacji w Polsce.

### Ceny i podatki na wyroby tytoniowe

Przez wiele lat Polska należała do krajów o najniższej cenie papierosów w Europie. W latach 90. średnia cena papierosów kształtowała się na poziomie ceny chleba i innych podstawowych artykułów żywnościowych. Podatek akcyzowy na wyroby tytoniowe został wprowadzony w Polsce dopiero na początku lat 90. i od tamtej pory wzrósł kilkukrotnie.

Niestety, tempo wzrostu podatku akcyzowego na wyroby tytoniowe - wysokie w Polsce pod koniec lat 90. i zaraz po uzyskaniu członkostwa w Unii Europejskiej - w ostatnich latach spada, a Polska jest wśród krajów, które odroczyły czas wprowadzenia nowej, wyższej stawki kwotowej akcyzy na papierosy (do stycznia 2018 r.).

Choć udział podatków (akcyzowego i VAT) w cenie papierosów należy w Polsce do najwyższych w Europie (sięga 85%), to udział podatku akcyzowego w cenie papierosów jest ciągle na poziomie niewiele wyższym niż minimalny, dopuszczalny przez Unię Europejską i znacznie niższym niż rekomendowany przez WHO i Bank Światowy.

Obecnie średnia cena paczki zawierającej 20 papierosów kształtuje się w Polsce na poziomie ok. 13-15 zł (ok. 4 USD) i należy do najniższych w Unii Europejskiej.

Niemniej, stały wzrost cen papierosów w Polsce stanowi ważny instrument kształtowania poziomu konsumpcji papierosów w naszym kraju. Badania zebrane w raportach Banku Światowego i WHO pokazują, że podnoszenie podatków na wyroby tytoniowe jest szczególnie skuteczne w przypadku osób niepełnoletnich oraz gorzej materialnie sytuowanych.

Może to być nie tylko istotny czynnik kształtowania zachowań prozdrowotnych, ale także zmniejszania comiesięcznych obciążeń finansowych.

Wyniki badania GATS z 2010 r. wskazują, że większa część dorosłych Polaków chce podwyższenia podatków na wyroby tytoniowe (48% jest za, 38% - przeciw).

Stale podwyżki podatków i cen wyrobów tytoniowych, w szczególności papierosów wprowadzane co roku przez Ministerstwo Finansów są prawdopodobnie jedną z głównych przyczyn spadku sprzedaży papierosów na rynku krajowym (z ok. 100 mld rocznie na początku lat 90. do ok. 50 mld obecnie).

Konsekwencją wzrostu cen wyrobów tytoniowych w Polsce są rosnące wydatki osób palących. Badanie GATS z 2010 r. pokazuje, że roczne wydatki osoby palącej na papierosy szacowane są na ok. 2500 zł. Wydatki te sięgały ok. 7% średniego miesięcznego wynagrodzenia w 2010 r., ale w rodzinach utrzymujących się z minimum socjalnego nawet 20% dochodów.

Analiza budżetów gospodarstw domowych pokazuje, że wydatki na wyroby tytoniowe na osobę 6-krotnie przekraczają wydatki na soki owocowe, są wyższe niż wydatki na edukację oraz stanowią 1/3 wydatków na zdrowie.

### **Walka z przemysłem, nielegalną produkcją i handlem wyrobami tytoniowymi**

Jednym z prowadzonych w Polsce działań ograniczających palenie tytoniu, w szczególności adresowanych do uboższych warstw społeczeństwa, jest zmniejszenie dostępności na rynku krajowym tanich papierosów pochodzących z nielegalnych źródeł. Działania kontrolne w zakresie przemytu i nielegalnej produkcji i handlu wyrobami tytoniowymi są prowadzone przez Służbę Celną, Policję, Centralne Biuro Śledcze i Urząd Podatkowy we współpracy z Europejskim Urzędem ds. Zwalczania Nadużyć Finansowych (OLAF). Przeprowadzone w ostatnich 10 latach analizy Ministerstwa Finansów oraz niezależnych ośrodków badawczych wskazują, iż mimo wzrostu cen papierosów przemyt papierosów nie wzrasta istotnie (utrzymuje się na poziomie 11-15%).

Główne kierunki przemytu papierosów z pozaunijnych krajów wschodniej Europy do Europy Zachodniej przesunęły się obecnie na południe Europy, a oprócz zorganizowanego przemytu papierosów coraz częściej mamy do czynienia na rynku krajowym (także w innych krajach unijnych) ze zjawiskiem zorganizowanej produkcji papierosów w nielegalnych fabrykach.

Różnice w cenach wyrobów tytoniowych mają natomiast istotny wpływ na wybór poszczególnych produktów tytoniowych, w szczególności na rynku papierosowym. Dotyczy to w szczególności nastoletnich i gorzej sytuowanych materialnie palaczy, którzy z droższych papierosów produkowanych fabrycznie preferują tańszy tytoń do skręcania.

W celu kontroli produkcji, sprzedaży i obrotu produktami tytoniowymi w krajach Unii Europejskiej, dyrektywa unijna z 2014 wprowadziła kompleksowy, kodowany system monitorowania wyrobów tytoniowych. Projektowana przez Ministerstwo Zdrowia nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych dostosowuje polski system monitorowania i kontroli transgranicznego obrotu wyrobami tytoniowymi do regulacji unijnych (Ustawa o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Projekt z dnia 24 czerwca 2015 r.).

## **INSTRUMENTY PRAWNE**

### **Kompleksowy zakaz reklamy, promocji i sponsorowania tytoniu**

Po raz pierwszy zakaz reklamy i promocji wyrobów tytoniowych, rekwizytów tytoniowych oraz produktów imitujących wyroby lub rekwizyty tytoniowe został wprowadzony w Ustawie o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych z 1995 r. (Dz. U. 1996 nr 10 poz. 55). Jednak dopiero nowelizacja tej ustawy z 5 listopada 1999 r. (Dz. U. 1999 r. nr 96 poz. 1107) wprowadziła w Polsce kompleksowy zakaz reklamy i promocji oraz sponsorowania przez producentów tytoniu. W tym czasie było to jedno z najbardziej nowoczesnych rozwiązań prawnych w tym zakresie, zakazujące „reklamowania i promocji wyrobów tytoniowych, rekwizytów tytoniowych i produktów imitujących wyroby lub rekwizyty tytoniowe oraz symboli związanych z używaniem tytoniu”. Zakaz wprowadzono w telewizji, radiu, kinach, w prasie, na plakatach (w tym tablicach ogłoszeniowych), zakładach opieki zdrowotnej, szkołach i placówkach oświatowo-wychowawczych, na terenie obiektów sportowo-rekreacyjnych oraz w innych w innych miejscach publicznych. Zakaz sponsorowania przez firmy tytoniowe działalności sportowej, kulturalnej, oświatowej, zdrowotnej i społeczno-politycznej był wiele lat rozwiązaniem pionierskim. Niektóre z ww. rozwiązań wprowadzono w życie z opóźnieniem: zakaz reklamy na billboardach oraz w całej prasie wprowadzono w latach 2000-2001, w ostatnich latach także zakazem reklamy, promocji i sponsorowania objęto Internet. Zabroniono również promowania wyrobów tytoniowych poprzez obniżanie ich ceny w punktach sprzedaży. Z powodu braku systemu monitorującego poziom przestrzegania zakazu reklamy, promocji i sponsorowania jest niedostateczny, głównie w punktach sprzedaży oraz, gdy idzie o sponsorowanie, w niektórych mediach i instytucjach. Wyniki

badania GATS pokazały, że ok. 25% dorosłych Polaków zetknęło się reklamą lub promocją tytoniu w różnych miejscach.

Zakazem reklamy, promocji i sponsorowania nie są, jak dotąd, objęte e-papierosy. Firmy tytoniowe mogą również używać swoich logotypów w sklepach odzieżowych. Przygotowana obecnie przez Ministerstwo Zdrowia nowelizacja ustawy, mająca na celu dostosowania polskiego prawa do dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady Europy 2014/40/UE z dnia 3 kwietnia 2014 r., proponuje całkowite wyeliminowanie reklamowania i promowania wyrobów tytoniowych w punktach sprzedaży oraz objęcie zakazem reklamy, promocji i sponsorowania również e-papierosów. (Ustawa o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Projekt z dnia 24 czerwca 2015 r.).

### **Zakazy sprzedaży tytoniu osobom niepełnoletnim**

Zakaz sprzedaży tytoniu osobom poniżej 18 r.ż. został wprowadzony w Polsce na drodze ustawowej w 1995 r. (Dz. U. 1996 nr 10 poz. 55). Usankcjonowano w ten sposób nie tylko obowiązujące w polskim handlu przepisy obowiązujące od wielu lat, ale także zdecydowano się na bardziej kompleksowe rozwiązania ograniczające dostęp dzieci i młodzieży do wyrobów tytoniowych. W celu przeciwdziałania rozpoczynania używania tytoniu przez osoby małoletnie zakazem objęto wszystkie wyroby tytoniowe, w tym tytoń bezdymny (w Polsce głównie tabakę) oraz wprowadzono zakaz sprzedaży wyrobów tytoniowych w automatach. Zabroniono także sprzedaży papierosów w opakowaniach zawierających mniej niż 20 sztuk oraz luzem bez opakowania. W nowelizacji ustawy z 2003 r. wprowadzono natomiast przepis umożliwiający sprzedawcy sprzedaż wyrobów tytoniowych tylko po okazaniu dokumentu potwierdzającego wiek kupującego (Dz. U. z dnia 28 listopada 2003 r., nr. 229, poz. 2274). Zmienione w 2010 r. przepisy ustawy nakazały również umieszczanie w punktach sprzedaży widocznej i czytelnej informacji o zakazie palenia osobom niepełnoletnim. Ograniczając dostęp nieletnim do wyrobów tytoniowych, wprowadzono też zakaz sprzedaży detalicznej w systemie samoobsługowym (za wyjątkiem sklepów wolnoctwowych) oraz zakaz eksponowania w punktach sprzedaży przedmiotów imitujących opakowania wyrobów tytoniowych. Najnowsza propozycja nowelizacji ustawy przewiduje zakaz sprzedaży papierosów elektronicznych lub pojemników zapasowych oraz wprowadza zakaz wprowadzania do obrotu tytoniu do stosowania doustnego (Ustawa o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Projekt z dnia 24 czerwca 2015 ).

### Ochrona przed dymem tytoniowym w miejscach publicznych i zakładach pracy

Pierwsze przepisy prawne ograniczające palenie tytoniu w zakładach pracy weszły w życie w Polsce w 1974 r., kiedy minister zdrowia w drodze rozporządzenia zakazał palenia w pomieszczeniach zamkniętych podległych mu placówek. W art. 5 ustawy z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych zabroniono palenia poza wyraźnie wyodrębnionymi miejscami we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej, w szkołach i placówkach oświatowo-wychowawczych i pomieszczeniach zamkniętych zakładów pracy oraz innych obiektów użyteczności publicznej. Korzystając z ustawy w kolejnych latach resortowe rozporządzenia zakazujące palenia wprowadzili ministrowie obrony, spraw wewnętrznych i sprawiedliwości, a także niektóre władze i samorządy lokalne (np. w Ciechanowie, Gdańsku Toruniu, Warszawie). Na zakaz palenia tytoniu w środkach i obiektach transportu publicznego zdecydowało się także wiele firm transportowych, w tym linie autobusowe i tramwajowe, linie lotnicze, a także lotniska i wiele dworców transportu publicznego. W nowelizacji ustawy z 5 listopada 1999 r. doprecyzowano pojęcie „palarni” oraz zakazano palenia w małych, jednoizbowych lokalach gastronomicznych. Najnowsza zmiana ustawy z 8 kwietnia 2010 r. stanowi, że palenie tytoniu w pomieszczeniach zamkniętych wszystkich miejsc pracy i miejsc publicznych jest zabronione (Dz. U. z 2010 r., nr 81, poz. 529). Palenie tytoniu jest całkowicie zabronione w pomieszczeniach zamkniętych placówek służby zdrowia, szkół i innych placówek edukacyjnych, placówek kulturalnych, sportowych oraz środkach i obiektach transportu publicznego. W placówkach służby zdrowia, szkołach i innych placówkach edukacyjnych zakaz palenia obowiązuje nie tylko w pomieszczeniach zamkniętych, ale także na całym ich terenie. Właściciel lub zarządca niektórych miejsc pracy i miejsc publicznych może (choć nie musi) podjąć decyzję o instalacji na ich terenie palarni. Palarnia musi mieścić się w osobnym, specjalnie do tego przeznaczonym i wyposażonym pomieszczeniu. System wentylacyjny, w który ma być wyposażona palarnia musi zapewniać, aby dym tytoniowy nie dostawał się do innych pomieszczeń. Miejscami, w których może mieścić się palarnia są lokale gastronomiczno-rozrywkowe, miejsca pracy, a także lotniska. Ogólnopolskie badania ankietowe wskazują, że po wprowadzeniu ww. regulacji częstość narażenia na dym tytoniowy w miejscach publicznych i zakładach pracy uległa kilkukrotnemu zmniejszeniu, w lokalach gastronomicznych aż 5-krotnie.

Comiesięczne raporty inspektorów sanitarnych dowodzą, że tylko niewielka liczba właścicieli lokali gastronomicznych (ok. 10%) zdecydowała się na zainstalowanie palarni.

Pomieszczenia zamknięte pozostałych lokali gastronomicznych, prawie wszystkich kawiarni i restauracji oraz większości barów, to dziś miejsca wolne od dymu

tytoniowego. Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych pokazują, że zdecydowana większość dorosłych Polaków (62%) jest dziś za wprowadzeniem całkowitego zakazu palenia tytoniu we wszystkich miejscach publicznych i zakładach pracy.

Przygotowana przez Ministra Zdrowia propozycja dostosowania ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych do uchwalonej w 2014 r. dyrektywy unijnej zabrania palenia papierosów elektronicznych w miejscach publicznych i zakładach pracy (Ustawa o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Projekt z dnia 24 czerwca 2015 r. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015). Zakaz palenia e-papierosów i wyjątki od tego zakazu dotyczą tych samych miejsc co w przypadku palenia tradycyjnych wyrobów tytoniowych.

### **Ostrzeżenia zdrowotne na opakowaniach tytoniowych**

W połowie lat 90. Polska była krajem, w którym wprowadzono największe na świecie ostrzeżenia zdrowotne na paczkach papierosów.

Obowiązywały one wówczas na 30% obu stron opakowania papierosów i zawierały dwa teksty ostrzegawcze: „Palenie tytoniu powoduje raka” oraz „Palenie tytoniu powoduje choroby serca”. Ostrzeżenia te weszły w życie w 1998 r. po wydaniu rozporządzenia Ministra Zdrowia ( Dz. U. z 1996r. nr 69 poz. 332).

Obecnie na opakowaniach wyrobów tytoniowych obowiązują w Polsce te same tekstowe ostrzeżenia zdrowotne, co w większości krajów Unii Europejskiej (zajmujące 30% przedniej i 40% tylnej strony opakowania). Na jednej z dwóch największych powierzchni jednostkowego opakowania papierosów, cygar, cygaretek, tytoni fajkowych, tytoni przeznaczonych do skręcania papierosów oraz innych wyrobów tytoniowych przeznaczonych do palenia, a także na zbiorczych opakowaniach tych wyrobów umieszczone są naprzemiennie i w równych proporcjach w produkcji i obrocie handlowym dwa ostrzeżenia powszechne: „Palenie zabija” lub „Palenie poważnie szkodzi Tobie i osobom w Twoim otoczeniu”. Na drugiej przeciwległej, największej stronie jednostkowego i zbiorczego opakowania ww. wyrobów tytoniowych umieszczone jest jedno 14 dodatkowych ostrzeżeń zdrowotnych, w tym informacja o numerze Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym. Na bocznej stronie opakowań papierosów danej marki znajduje się także informacja o zawartości substancji smolistych, nikotyny i tlenu węgla w jednym papierosie. Ostrzeżenia zdrowotne i informacje o zawartości substancji szkodliwych na opakowaniach papierosów i innych wyrobów tytoniowych muszą być umieszczone w sposób trwały i czytelny. Wyniki przeprowadzonych w 1998 i 2004 r. ogólnopolskich badań ankietowych, mające na celu ocenić skuteczność wprowadzanych w tym czasie ostrzeżeń zdrowotnych na opakowaniach papierosów wykazały, że po ich wprowadzeniu ok. 300 tys. osób zdecydowało się podjąć próbę zaprzestania palenia.



## PROGRAMY EDUKACYJNE

### Ogólnopolskie i lokalne programy profilaktyczne

Programy te zapewniają szeroki dostęp do informacji na temat szkód wywołanych konsumpcją tytoniu, biernym narażeniem na dym tytoniowy oraz korzyści związanych z zaprzestaniem palenia. Są one realizowane zarówno w ramach rządowego programu ograniczenia palenia tytoniu przez różne resorty jak i w ramach innych programów zdrowotnych, np. programu prewencji pierwotnej nowotworów złośliwych. W ostatnich latach kontynuowane są przede wszystkim długoletnie kampanie uświadamiające ogółowi społeczeństwa różne aspekty zdrowotnych i społeczno-ekonomicznych następstw palenia tytoniu (np. Światowy Dzień Bez Tytoniu - 31 maja) oraz motywujące i wspierające palących w zaprzestaniu palenia (akcja „Rzuć palenie razem z nami” organizowana w ramach Światowego Dnia Rzucania Palenia - trzeci czwartek listopada).

W trakcie ww. kampanii są organizowane festyny i inne imprezy masowe, konferencje naukowe, szkoleniowe i prasowe, kampanie społeczne i medialne. W ich trakcie intensyfikowana jest także działalność bezpłatnej Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym (TPPP) i innych placówek poradnictwa odwykowego.

W latach 2009 i 2014 Fundacja „Promocja Zdrowia” i Centrum Onkologii-Instytut w Warszawie we współpracy ze Światową Fundacją Chorób Płuc zorganizowały kampanię medialną „Papierosy pożerają Cię żywcem”. W kampanii użyto dwóch spotów emitowanych w telewizji, Internecie i radiu oraz publikowanych w prasie, na plakatach i ulotkach, które miały na celu uświadamić zdrowotne skutki aktywnego i biernego palenia i namawiać do zaprzestania palenia i niepalenia w obecności niepalących, w szczególności dzieci.

Dzięki wsparciu Fundacji Bloomburga w ostatnich latach przeprowadzono szereg programów mających na celu zmniejszenie narażenia na dym tytoniowy w miejscach publicznych i zakładach pracy. Działania takie zostały m.in. zrealizowane przez Główny Inspektorat Sanitarny w ramach programu „Miasta wolne od dymu tytoniowego” oraz przez Fundację „Promocja Zdrowia” w ramach programu „Polska wolna od tytoniu” przeprowadzonego jako jeden z elementów programu TIC1.

Programy te miały w szczególności na celu wzmocnienie przestrzegania wprowadzonego w Polsce w 2010 r. zakazu palenia w miejscach publicznych i miejscach pracy. Programy uświadamiające społeczeństwu zdrowotne następstwa narażenia na dym tytoniowy prowadzi się także w ramach upowszechnienia Europejskiego Kodeksu Walki z Rakim, w którym zalecenia związane z zaprzestaniem palenia i niepaleniem w obecności innych osób należą do najważniejszych. Działania te są prowadzone w ramach Programu Prewencji Pierwotnej Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych; [www.kodekswalkizrakiem.pl](http://www.kodekswalkizrakiem.pl).

Tylko w roku 2014 r. rozpowszechniono ok. 200 tys. egzemplarzy kodeksu. W województwie małopolskim program „Szkoła promująca zalecenia Europejskiego Kodeksu Walki z Rakim” zrealizowano przy współpracy ok. 21 tys. nauczycieli i 2800 edukatorów w ok. 2500 szkołach dla 300 tys. uczniów.

Z powodu znacznie niższego finansowania rządowego programu ograniczenia palenia tytoniu, wszystkie ww. programy edukacyjne nie są obecnie prowadzone równie często i na tak szeroką skalę jak w drugiej połowie lat 90. i w pierwszych latach XXI wieku.

### **Edukacja i szkolenia dla pracowników służby zdrowia**

Pierwsze programy edukacyjne dotyczące zdrowotnych następstw palenia tytoniu i leczenia uzależnienia od tytoniu adresowane do pracowników podstawowej opieki zdrowotnej powstały w Polsce w drugiej połowie lat 80.

W tym czasie i na początku lat 90. realizował je Krajowy Ośrodek Zwalczania Palenia Tytoniu w Łodzi, Polskie Towarzystwo Lekarskie we współpracy z Polskim Towarzystwem Przeciwytoniowym oraz trzy resortowe instytuty naukowo-medyczne zlokalizowane w Warszawie: Centrum Onkologii-Instytut, Instytut Kardiologii oraz Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc. W większości szkolenia dla pracowników podstawowej służby zdrowia prowadzone były ze środków rządowych programów zwalczania chorób nowotworowych, sercowo-naczyniowych i chorób płuc. Pod koniec lat 90., programy te zaczęły w większym stopniu skupiać się na problematyce leczenia uzależnienia od tytoniu. W pierwszym okresie działania te prowadzono we współpracy z przemysłem farmaceutycznym, później kontynuowano je na większą skalę w ramach rządowego programu ograniczenia palenia tytoniu. Szacuje się, że w ostatnich 20 latach wyszkolono w Polsce w dziedzinie leczenia uzależnienia od tytoniu ok. 10-15 tys. lekarzy (głównie internistów i lekarzy rodzinnych) i pielęgniarek.

Mimo kilku prób, nie udało się w Polsce wprowadzić problematyki palenia tytoniu do systemu edukacji i szkolenia pracowników podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, np. programu uniwersyteckich studiów medycznych lub studiów podyplomowych. Niemniej jednak, decyzją władz kilku uczelni medycznych i instytucji edukacyjno-szkoleniowych seminaria i warsztaty szkoleniowe w tym zakresie, prowadzone są (lub były) m.in. w Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, a także przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego oraz Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Programy szkoleniowe dotyczące leczenia uzależnienia od tytoniu prowadzone są także dla wybranych grup zawodowych pracowników systemu ochrony zdrowia. Od kilku lat większość z nich jest realizowanych przez Centrum Onkologii-Instytut w ramach Programu Prewencji Pierwotnej Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Problematyka palenia tytoniu jest także uwzględniona

w szkoleniach adresowanych do lekarzy i pielęgniarek biorących udział w programach edukacyjnych poświęconych Europejskiemu Kodeksowi Walki z Rakiem. Opracowany został także program włączenia lekarzy-urologów do leczenia uzależnienia od tytoniu.

W ramach programu są prowadzone także coroczne szkolenia specjalistów Telefonicznej Poradni Pomocy Palących. Wszystkie ww. szkolenia są certyfikowane przez Centrum Onkologii i uprawniają do zawierania kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu. W 2014 r. Fundacja „Promocja Zdrowia” we współpracy z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Pielęgniarek Onkologicznych i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych opracowała i przeprowadziła certyfikowane internetowe seminarium szkoleniowe dotyczące zdrowotnych następstw aktywnego i biernego palenia tytoniu oraz metod leczenia uzależnienia od tytoniu.

W szkoleniu wzięło udział 239 pielęgniarek z całej Polski. Szkolenie jest obecnie dostępne dla kolejnych grup pielęgniarek. W ostatnich latach został także opracowany, a następnie zaktualizowany konsensus wszystkich najważniejszych organizacji i stowarzyszeń medycznych w sprawie diagnostyki i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu.

Szkolenia dotyczące zdrowotnych następstw biernego palenia oraz polityki zdrowotnej i programów ograniczających narażenie na dym tytoniowy w miejscach publicznych i zakładach pracy zostały również przeprowadzone dla pracowników opieki zdrowotnej więziennictwa.

### **Programy edukacyjne dla innych pracowników sektora publicznego, prywatnego i społecznego**

Dla nauczycieli uczestniczących w programie „Szkola promująca zalecenia Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem” opracowano poradnik metodyczny, który ułatwia prowadzenie zajęć szkolnych, m.in. dotyczących palenia tytoniu ([www.kodekswalkizrakiem.pl](http://www.kodekswalkizrakiem.pl)).

Działania edukacyjne adresowane do nauczycieli prowadzone były przez Główny Inspektorat Sanitarny w przedszkolach (program „Czyste powietrze wokół nas”), pierwszych klas szkół podstawowych (program „Nie pal przy mnie, proszę”) oraz starszych klas szkół podstawowych i gimnazjów (program „Znajdź właściwe rozwiązanie”). Główny Inspektorat Sanitarny, w ramach programu „Miasta wolne od dymu tytoniowego”, prowadził również szkolenia dla urzędników miejskich i przedstawicieli lokalnych samorządów mające na celu promocję i efektywne wdrożenie zakazu palenia tytoniu w miejscach publicznych i zakładach pracy.

Od czasu wprowadzenia w życie zakazu palenia w miejscach publicznych i zakładach pracy rośnie w Polsce zainteresowanie programami mającymi na celu skuteczną implementację zakazu. We współpracy z pracodawcami opra-

cowano i przeprowadzono szereg programów interwencyjnych w tym zakresie. Programy takie realizowane były przez Fundację „Promocja Zdrowia” m.in. w zakładach produkcji urządzeń grzewczych, opakowań farmaceutycznych, urządzeniach miejskich, zakładach opieki zdrowotnej, firmie kosmetycznej, zakładach meblarskich, firmach ubezpieczeniowych, restauracjach sieci typu „fast-food”, firmie chemicznej, zakładach wypoczynkowo-uzdrowiskowych. Stowarzyszenie „Manko” przeprowadziło ogólnopolski program „Lokal bez papierosa” adresowany do właścicieli, pracowników i klientów lokali gastronomicznych. Wszystkie ww. instytucje oraz Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych opracowały też zestawy materiałów edukacyjnych i poradniczych dotyczących palenia dla pracodawców i pracowników.

### **Leczenie uzależnienia od tytoniu - strategia, programy, leki i usługi**

Ustawa z 1995 r. mówi, że ochrona zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych realizowana jest m.in. poprzez leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od tytoniu oraz że leczenie to jest bezpłatne w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1996 r. nr 69 poz. 332). Rządowy program ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce na lata 2014-2018 stawia sobie za cel zwiększenie liczby osób rzucających palenie poprzez „oferowanie pomocy w leczeniu uzależnienia od tytoniu”. Realizacja tego zadania prowadzona jest poprzez szkolenie personelu medycznego w tym zakresie, prowadzenie programu minimalnej interwencji antytytoniowej, zapewnienie osobom palącym dostępu do specjalistycznej terapii odwykowej w ramach kontraktów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz informowanie, motywowanie i wspieranie palących w zaprzestaniu palenia przez Telefoniczną Poradnię Pomocy Palących.

Pożytywną rzeczą jest fakt, że działania te wspomagane są w skali populacyjnej przez omawiane wcześniej ogólnopolskie kampanie medialne i społeczne, takie jak akcja „Rzucić palenie razem z nami” czy „Papierosy pożerają Cię żywcem”. Działania te stworzyły także zachętę dla przedsiębiorstw farmaceutycznych do rozwoju rynku leków wspomagających osoby palące w zerwaniu z nałogiem. W ostatnich latach polski rynek tego rodzaju leków, także z powodu ich masowej reklamy, szybko rośnie. Dotyczy to w szczególności preparatów najtańszych, zawierających cytyzynę. Ale rekomendowane i obecne są na nim także, podobnie jak w zachodniej Europie, farmaceutyki zawierające oczyszczoną, podawaną leczniczo nikotynę (m.in. gumy, plastry, pastylki i inhalatory), a także środki z wardenikliną i bupropionem. Powoli, choć systematycznie i przede wszystkim w sektorze prywatnym, rośnie też liczba punktów oferujących „coaching” lub poradnictwo w zakresie zaprzestania palenia tytoniu. Podstawowym dokumentem, w którym znajdują się zalecenia dotyczące koncepcji i metod le-

czenia jest konsensus dotyczący diagnostyki i leczenia uzależnienia od tytoniu przyjęty przez prawie wszystkie medyczne organizacje zawodowe i towarzystwa naukowe.

Szczegółowe zalecenia w tym zakresie zostały również uwzględnione w poradnikach profilaktyki chorób układu krążenia, chorób płuc, a także poradnikach dla lekarzy rodzinnych.

Działania mające na celu zapewnienie w systemie opieki zdrowotnej bezpośredniego wsparcia osobom, które chcą zaprzestać palenia prowadzone są przede wszystkim we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Lekarze, pielęgniarki, psychiatry i psycholodzy oraz terapeuci uzależnień, którzy ukończyli certyfikowane kursy szkoleniowe w dziedzinie leczenia uzależnienia od tytoniu mogą ubiegać się o kontrakty z NFZ na prowadzenie podstawowej (poradnictwo w ramach rutynowej praktyki lekarskiej) lub specjalistycznej (poradnie odwykowe) działalności w tym zakresie. W ramach tych działań prowadzi się diagnostykę uzależnienia od tytoniu, behawioralną i farmakologiczną terapię odwykową. Główną, ogólnodostępną (bezpłatną) instytucją wspomagającą palących w zaprzestaniu palenia tytoniu jest Telefoniczna Poradnia Pomocy Palącym (801 108 108), która działa nieprzerwanie od 1996 r. przy Centrum Onkologii-Instytucie w Warszawie i obecnie co roku udziela pomocy ok. 4-6 tys. palącym. Przy Centrum Onkologii działa także stacjonarna poradnia antytytoniowa.

### **Uwzględnienie nierówności społecznych w polityce ograniczającej palenie tytoniu**

Badania socjologiczne prowadzone w ciągu ostatnich 25 lat wskazują, że w okresie transformacji społeczno-ekonomicznej, a także po wejściu Polski do Unii Europejskiej z jednej strony polepszyły się ogólne wskaźniki zdrowotne (np. wydłużyła się oczekiwana długość życia), z drugiej strony pogłębiły się społeczne nierówności w zdrowiu.

Badania przeprowadzone na początku nowego milenium w ramach projektu HEM pokazały, że nie są to tylko nierówności wewnątrz krajowe, ale także regionalne i międzynarodowe.

Prowadzone badania przez Główny Urząd Statystyczny, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Centrum Onkologii-Instytut i inne instytuty naukowo-badawcze pokazują, że osoby nisko wykształcone i będące w gorszej sytuacji materialnej częściej chorują i umierają, mają wyższe ryzyko wielu chorób, utrudniony dostęp do zdrowia, leków, lekarza i usług zdrowotnych oraz niższe ubezpieczenia zdrowotne.

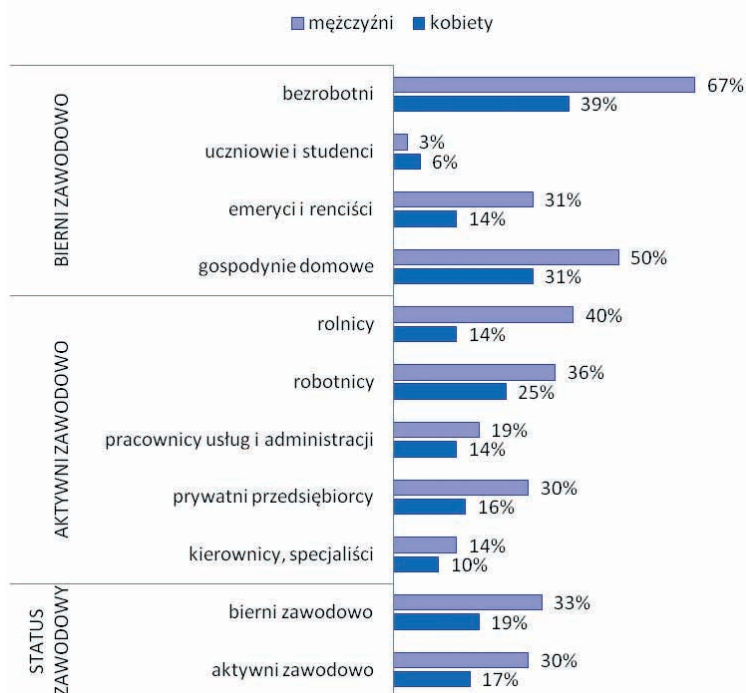
W strategii i programach przeciwytoniowych zakłada się, że priorytetowe działania profilaktyczne i interwencyjne powinny być obecnie kierowane do osób w średnim i starszym wieku, kobiet (w szczególności, kobiet w ciąży i młodych

matek) oraz osób nisko wykształconych i źle sytuowanych. (Ustawa o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Projekt z dnia 24 czerwca 2015 r.)

Niestety, kompleksowe działania edukacyjne kierowane bezpośrednio do ww. grup społecznych są prowadzone rzadko i na małą skalę.

Podstawowym źródłem informacji o paleniu tytoniu w grupach poszkodowanych społecznie i ekonomicznie są ogólnopolskie badania ankietowe GATS, Diagnoza Społeczna i inne ogólnopolskie badania dotyczące zachowań zdrowotnych lub w szczególności palenia tytoniu pokazują, że w ostatnich latach zmienia się obraz tego zjawiska w Polsce.

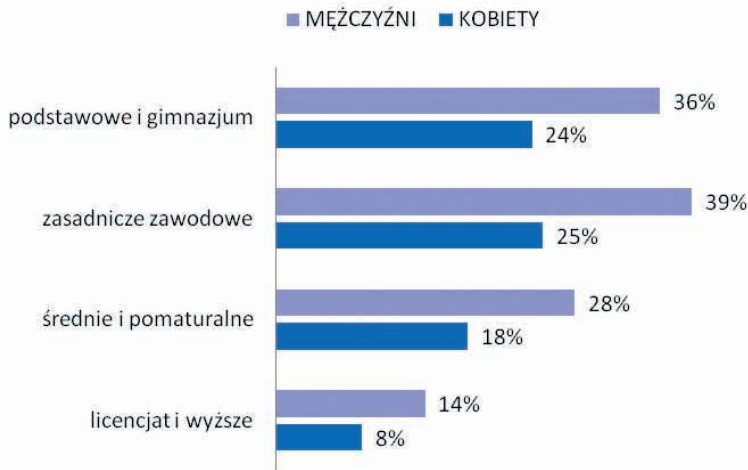
Głównym czynnikiem różnicującym palenia tytoniu nie jest już płeć, ale wykształcenie i status materialny. Jak wynika z raportu z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu TNS Polska dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego Warszawa 2015 mężczyźni bierni zawodowo palą nieznacznie częściej niż aktywni zawodowo (33% wobec 30%). Wśród kobiet tendencja ta jest taka sama - 17% kobiet aktywnych zawodowo pali, wśród biernych zawodowo - 19% (ryc. 4).



**Rycina 4.**

Regularne palenie tytoniu a status zawodowy - odsetek osób palących codziennie wśród kobiet i mężczyzn wg statusu zawodowego. Źródło: TNS Polska dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Warszawa 2015.

Częstość palenia tytoniu wśród bezrobotnych mężczyzn w Polsce dochodzi do 50%, mężczyźni wysoko wykształceni palą dwa razy rzadziej (ryc. 5).



#### Rycina 5.

Regularne palenie a wykształcenie - odsetek osób palących codziennie wśród kobiet i mężczyzn według wykształcenia. Źródło: TNS Polska dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Warszawa 2015.

Niestety, obecnie nie prowadzi się w Polsce zakrojonych na szeroką skalę działań adresowanych do bezrobotnych, o niskim statusie ekonomicznym, czy nisko wykształconych palaczy. Jest to głównie związane z brakiem odpowiednich środków na rządowy program ograniczenia zdrowotnych następstw palenia i scentralizowaniem jego działań. Jedynym skutecznym instrumentem, który obecnie oddziałuje na zachowania niskowyształconych i gorzej sytuowanych materialnie palaczy jest podnoszenie cen wyrobów tytoniowych, przede wszystkim papierosów. Przeprowadzona ostatnio w Polsce, Rosji i na Ukrainie analiza danych badania GATS pokazała, że każdy 10% procentowy wzrost podatku akcyzowego na papierosy w latach 1994-2010 skutkowało 1,6-2,3% wzrostem odsetka osób zaprzestających palenia i że wzrost liczby rzucających palenie z powodu podnoszenia podatków na papierosy był najwyższy w najuboższych warstwach społeczeństwa.

Podwyżce cen powinien w Polsce przede wszystkim zostać poddany tytoń używany do skręcania papierosów, palony coraz częściej, ze względu na niską cenę, przez osoby ubogie.

## Polityka ograniczania spożycia alkoholu, zgodna z Globalną Strategią Redukującą Szkodliwe Spożywanie Alkoholu przyjętą przez WHO

### Ramy instytucjonalne

Polityka wobec alkoholu w Polsce ma swoje umocowanie w Ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 1982 roku.

Ustawa z 1982 roku była próbą kompleksowego podejścia do problemów związanych z alkoholem, w którym kluczową rolę miała odgrywać kontrola nad alkoholem tzn. ograniczanie fizycznej i ekonomicznej jego dostępności poprzez kontrolę państwa nad produkcją i dystrybucją alkoholu. Oprócz instrumentów administracyjnych, ustawa otwierała drogę do współdziałania organów administracji państwowej oraz ruchów społecznych, w tym ruchów inicjowanych przez kościoły i związki wyznaniowe oraz wypracowała spójny model leczenia niedobrowolnego i w którym istotną rolę mieli odgrywać lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Głównym organem odpowiedzialnym za politykę wobec alkoholu miała być - działająca pod przewodnictwem wicepremiera - Komisja ds. Wychowania w Trzeźwości i Przeciwdziałania Alkoholizmowi. W skład Komisji - poza przedstawicielami większości resortów w randze ministrów lub wice-ministrów - wchodziła przedstawiciele ruchów abstynenckich i związków wyznaniowych. Gruntowne zmiany nastąpiły w latach dziewięćdziesiątych, kiedy to dystrybucja i w dużej mierze produkcja napojów alkoholowych zostały sprywatyzowane, zniesiono ograniczenia co do czasu sprzedaży napojów alkoholowych, a kwestie kontroli nad liczbą ich punktów sprzedaży zdecentralizowano do poziomu gmin, które pobierały opłaty za udzielenie pozwolenia na sprzedaż i podawanie napojów alkoholowych. Intencją tego rozwiązania było zapewnienie środków finansowych na lokalną politykę wobec alkoholu, jednak w efekcie stworzono mechanizm, w którym gminy były zainteresowane w maksymalizacji liczby punktów sprzedaży. W ciągu kilku lat ich liczba wzrosła czterokrotnie, a alkohol stał się jednym z najbardziej dostępnych artykułów konsumpcyjnych. Skonstruowany w latach osiemdziesiątych system kontroli nad alkoholem legł w gruzach, a filarami polityki wobec alkoholu stały się edukacja i leczenie.

Obecnie ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w przepisach ogólnych mówi wprawdzie o „ustalaniu odpowiedniego poziomu i właściwej struktury produkcji napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w kraju” (art.2.1.3) oraz o ograniczaniu dostępności alkoholu (art.2.1.4) ale nie precyzuje co to jest „odpowiedni poziom” i „właściwa struktura”,



a katalog ograniczeń w dostępności alkoholu jest dość ograniczony. Z oryginalnego tekstu ustawy utrzymano między innymi zakaz sprzedaży i podawania alkoholu nietrzeźwym, nieletnim i pod zastaw. Wymienia się również miejsca, w których obowiązuje zakaz sprzedaży i podawania napojów o różnej zawartości alkoholu. Jednak liczbę punktów sprzedaży napojów alkoholowych o zawartości powyżej 4,5% alkoholu (z wyjątkiem piwa) określa w drodze uchwały rada gminy. Oznacza to, nie tylko że rady gminy mają wolną rękę w ustalaniu dostępności fizycznej alkoholu, ale także, że nie mają w zasadzie żadnego wpływu na liczbę punktów sprzedaży piwa niezależnie od jego mocy. Ta szczególna pozycja piwa przejawia się także w innych artykułach, w których piwo - niezależnie od jego mocy - traktowane jest jak napój zawierający poniżej 4,5% alkoholu. W rezultacie takich uregulowań moc piwa w Polsce znacznie wzrosła i sięga 6%. Ponadto ustawa - zabraniając reklamy i promocji napojów alkoholowych - robi wyjątek dla piwa (art. 13). Przyjęte uregulowania prawne stworzyły warunki do jego ekspansji i wzrostu spożycia piwa z 30 litrów na początku transformacji do blisko 100 litrów per capita 25 lat później. Mimo, iż formalnie rzecz biorąc swojego rodzaju uprzywilejowanie piwa spełnia po części wymogi art. 10 ustawy, który stanowi, że „akty prawne wpływające na strukturę cen napojów alkoholowych powinny służyć ograniczaniu spożycia tych napojów oraz zmianie struktury ich spożycia na rzecz napojów o niskiej zawartości procentowej alkoholu”, to jednak faworyzowanie piwa przez ustawodawcę doprowadziło do bardzo znacznego wzrostu konsumpcji rejestrowanej, która w roku 2013 osiągnęła nienotowany od ponad 100 lat poziom. Znaczne rozmiary ma ciągle konsumpcja nierejestrowana kształtująca się na poziomie ok. 2 litrów czystego alkoholu per capita.

Głównym realizatorem polityki wobec alkoholu w Polsce jest, powstała w połowie lat dziewięćdziesiątych, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA). PARPA jest podporządkowana Ministerstwu Zdrowia. Wg strony internetowej PARPA „głównym celem działania Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych jest inicjowanie i doskonalenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w Polsce oraz pomoc i współdziałanie z organizacjami pozarządowymi i administracją samorządową, ustawowo zobowiązaną do realizowania programów profilaktycznych i naprawczych w społecznościach lokalnych” (PARPA 2015). Ani w celu, ani w zadaniach PARPA nie wymienia się explicite kwestii kontroli nad dostępnością alkoholu. Pierwszym zadaniem PARPA jest „przygotowywanie projektu Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (NPPRPA) oraz projektu podziału środków na jego realizację”, którego pierwsza edycja ukazała się w połowie lat dziewięćdziesiątych.

Formalnie rzecz biorąc NPPRPA ma charakter międzyresortowy i jest ogłaszana jako załącznik do uchwały Rady Ministrów. Zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi rząd zobowiązany jest corocznie

przedstawić Sejmowi sprawozdanie z realizacji tej ustawy, co w dużej mierze pokrywa się ze sprawozdaniem z realizacji narodowego programu. Formalnie rzecz biorąc NPPRPA jest zintegrowany z Narodowym Programem Zdrowia (NPZ). W projekcie NPZ na lata 2016-2020 wśród pięciu celów operacyjnych, w celu drugim mówi się o ograniczeniu rozpowszechnienia używania alkoholu, tytoniu i innych substancji (NPZ 2015). Wśród realizatorów celu dotyczącego używania alkoholu nie wymienia się Ministra Finansów, chociaż wiadomo, że w resorcie finansów tkwi klucz do ograniczenia dostępności ekonomicznej alkoholu - najskuteczniejszej strategii polityki wobec alkoholu.

## Informacja i edukacja

Edukacja, czy szerzej profilaktyka skierowana do młodzieży szkolnej, stanowi jeden z filarów polityki wobec alkoholu w Polsce. Działania z tego obszaru obejmują większość dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Bardzo nieliczne z programów oparte są na współczesnej wiedzy dotyczącej profilaktyki i zostały podane poprawnym pod względem metodologii badaniom ewaluacyjnym.

Wyniki ewaluacji programów realizowanych w Polsce częściowo wskazują na pozytywne zmiany w zakresie wiedzy czy świadomości zagrożeń, a znacznie rzadziej na pozytywne zmiany w zachowaniu odbiorców, np. opóźnienie inicjacji alkoholowej czy ograniczenie picia bądź upijania.

W ciągu ostatnich dwudziestu lat odsetek nastolatków potwierdzających picie alkoholu w ciągu ostatniego roku oscylował wokół 80%.

Występujące jeszcze na początku transformacji znaczne różnice w rozpowszechnieniu picia między chłopcami i dziewczętami uległy zatarciu. Mówiąc metaforycznie dziewczęta dogoniły chłopców w picciu. Obecnie rozpowszechnienie picia wśród nastolatków jest podobne jak wśród dorosłych, a wśród dziewcząt większe niż w pokoleniu ich matek. Badania ESPAD wskazują, że rozpowszechnienie picia i upijania się wśród uczniów potwierdzających udział w programach profilaktycznych jest podobne jak wśród nastolatków, którzy nie zostali objęci tego rodzaju oddziaływaniami lub nie pamiętają takich oddziaływań.

Oprócz profilaktyki realizowanej w szkołach prowadzone są kampanie społeczne. PARPA co kilka lat przeprowadza kampanie edukacyjne skierowane do całego społeczeństwa, w tym kampanie nawołujące do zachowania rozsądku w picciu, a także kampanie, których celem jest przeciwdziałanie alkoholowemu zespołowi płodowemu. Brak jest jednak raportów z badań ewaluacyjnych. Nie ma też poważniejszej dyskusji środowiskowej na temat potencjału takich kampanii i możliwości podniesienia ich efektywności.

## Ochrona zdrowia. Lecznictwo

Podstawowa opieka zdrowotna nie włącza się aktywnie w opiekę nad osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne i behawioralne związane z alkoholem, chociaż istnieją obiecujące zagraniczne i polskie doświadczenia, zwłaszcza w zakresie tzw. krótkich interwencji.

Również inne działy ochrony zdrowia, w tym szpitalne oddziały ratunkowe nie wykazują zainteresowania podejmowaniem opieki nad osobami z problemem alkoholowym.

Cały ciężar opieki spada w zasadzie na system lecznictwa odwykowego. Mimo, iż formalnie jest on włączony do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - cieszy się znaczną autonomią. Od połowy lat dziewięćdziesiątych nastąpił znaczny ilościowy i jakościowy jego rozwój. Obecnie w ramach lecznictwa odwykowego działa ponad 500 placówek opieki ambulatoryjnej oraz ok. 150 - opieki całodobowej. Jednak zbyt wolno powstają pośrednie formy leczenia, a oddziały dzienne dysponują zaledwie 1500 miejscami w całym kraju.

Zestawienie danych uzyskanych z NFZ i danych PARPA za lata 2010-2015 pokazuje systematyczny wzrost liczby placówek leczenia uzależnienia od alkoholu wszystkich typów, przede wszystkim oddziałów dziennych i poradni (tab. II).

### Tabela II.

Placówki leczenia uzależnienia od alkoholu wszystkich typów. Źródło: dane NFZ i PARPA z lat 2010-2015.

		ambulatoria	oddziały dzienne	całodobowe oddziały terapeutyczne	oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynen- cyjnych	hostele
2010	PARPA	462	80	87	55	1
	NFZ	498	76	79	65	2
2011	PARPA	487	91	94	63	2
	NFZ	490	87	88	72	3
2012	PARPA	513	106	90	61	3
	NFZ	543	103	86	71	4
2013	PARPA	524	112	88	60	5
	NFZ	552	106	90	69	5
2014	PARPA	540	116	90	60	5
	NFZ	552	110	91	69	5
2015	PARPA	549	117	93	67	5
	NFZ	591	120	93	75	6

Powstał system szkoleń, przez który przeszło kilka tysięcy profesjonalistów. Rocznie w opiece ambulatoryjnej leczy się około 160 tysięcy osób, a w opiece stacjonarnej - ok. 70 tysięcy, co oznacza dwukrotny wzrost w ciągu dwudziestu pięciu lat. Mimo tego poważnego wysiłku wskaźniki umieralności z powodu zaburzeń i chorób związanych z alkoholem są dwa razy wyższe w porównaniu z latami osiemdziesiątymi.

Jest to bardzo niepokojące na tle poprawy ogólnych wskaźników umieralności oraz wzrostu przeciętnego trwania życia.

### **Monitorowanie zachorowalności i umieralności**

Zachorowalność i zapadalność na zaburzenia związane z alkoholem monitorowana jest systematycznie w ramach systemu sprawozdawczości psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w której odnotowuje się zarówno pacjentów ogółem jak i pacjentów „pierwszorazowych”. System sprawozdawczości obejmuje dane z lecznictwa stacjonarnego jak i z opieki dziennej bazujące na indywidualnych kartach pacjentów. Dane z lecznictwa ambulatoryjnego oparte są na zagregowanych danych z poszczególnych poradni. Brak indywidualnych kart pacjentów z lecznictwa ambulatoryjnego uniemożliwia precyzyjną ocenę ogólnej liczby pacjentów w lecznictwie odwykowym. Bardzo ogólnie można szacować, że ich liczba przekracza 240 tysięcy rocznie.

Umieralność można monitorować na podstawie indywidualnych kart zgonów, które trafiają do Głównego Urzędu Statystycznego. Przyjmując różne założenia liczbę zgonów związanych z alkoholem można szacować na ok. 20 tysięcy lub 5% ogółu zgonów.

Wszystkie te dane spływają do systemu w kilka miesięcy po zakończeniu okresu sprawozdawczego, ich oczyszczenie i przetworzenie zajmuje kolejnych kilka miesięcy, więc końcowa informacja pozwalająca śledzić trendy jest dostępna nie wcześniej niż po roku, półtora, co ogranicza możliwości elastycznych korekt polityki alkoholowej.

### **Społeczności lokalne**

Na początku transformacji ustrojowej polityka alkoholowa została w dużej mierze oddelegowana do społeczności lokalnych. Uzyskały one prawo udzielania - za odpowiednią opłatą - zezwoleń na sprzedaż detaliczną, w tym gastronomiczną napojów alkoholowych. Fundusze z tych opłat miały zapewnić podstawy materialne lokalnej polityki wobec alkoholu, w tym profilaktyki i leczenia. Istotnie, uruchomiono mechanizm, w wyniku którego rodziła się lokalna polityka alkoholowa, ale z której praktycznie wyłączono kwestie ograniczania dostępności alkoholu.

Liczba punktów sprzedaży wina i napojów spirytusowych rosła lawinowo. Liczba punktów sprzedaży piwa wymknęła się spoza jakiegokolwiek kontroli. W sumie sieć sprzedaży napojów alkoholowych osiągnęła rekordowy wskaźnik - jeden punkt na 100-200 mieszkańców. Budżety „alkoholowe” społeczności lokalnych rosty. Narastały też problemy, z jakimi musiały się borykać, zważywszy też na to, że niezależnie od coraz większej liczby punktów sprzedaży, zniesione zostały ustawowo ograniczenia co do czasu sprzedaży. Alkohol stał się dostępny dwadzieścia cztery godziny na dobę. Początkowo społeczności lokalne inwestowały środki uzyskane z pozwoleń na sprzedaż alkoholu w infrastrukturę rekreacyjno-kulturalną oraz sportową, które zostały mocno zaniedbane w pierwszych latach transformacji. Ważną pozycję budżetową stanowiły wydatki na utrzymanie instytucji lokalnej polityki alkoholowej.

Z czasem niespecyficzne wydatki zostały ograniczone, a środki z pozwoleń na sprzedaż alkoholu zasiliły lokalne przedsięwzięcia z zakresu leczenia, opieki społecznej i profilaktyki. W ramach tej ostatniej pozycji finansowano szkolne programy profilaktyczne oferowane przez rozliczne organizacje pozarządowe. Z czasem powstał rynek usług profilaktycznych, w ramach którego konkurowały ze sobą, zamiast współpracować, różne programy i organizacje pozarządowe. Kryteria merytoryczne ustąpiły miejsca wymaganiom rynku. Dominowały uniwersalne programy profilaktyczne, rzadko poprzedzone oceną lokalnych potrzeb, które pochłaniają sześć razy więcej środków niż programy rekomendowane przez powołany do tego celu na szczeblu krajowym zespół.

Lokalne inwestycje w odwykową służbę zdrowia miały zapewne istotne znaczenie dla podniesienia jej dostępności i jakości zważywszy na chroniczne niedoinwestowanie opieki psychiatrycznej. Również lokalna opieka społeczna została poważnie wzmocniona dzięki funduszom uzyskanym z pozwoleń na sprzedaż alkoholu.

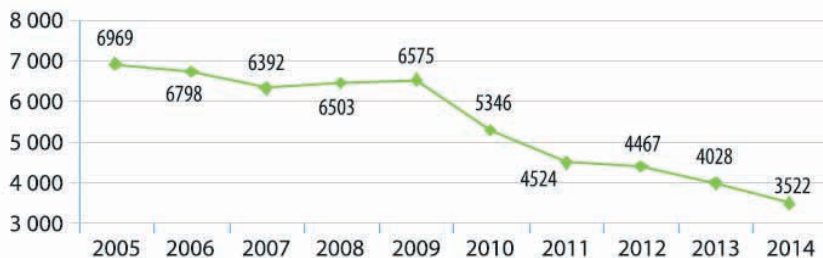
## Ruch drogowy

Polska ponad 50 lat temu wprowadziła restrykcyjne, jak na standardy europejskie, normy dotyczące alkoholu za kierownicą.

Polskie prawo (Kodeks Wykroczeń 2015) uznaje za wykroczenie (tzw. stan po spożyciu alkoholu) poziom od 0,2 do 0,5 promila alkoholu (art. 87) oraz za przestępstwo stan nietrzeźwości - powyżej 0,5 promila (art. 187). Policja ma prawo zażądać przeprowadzenia testu przy rutynowej kontroli kierowców i rowerzystów. Przez dziesiątki lat liczba kierowców „złapanych po alkoholu” wahała się od 150 tysięcy do 170 tysięcy rocznie i nie zmieniała się, mimo wielokrotnego wzrostu liczby pojazdów. Można było przypuszczać, że dane policyjne nie odzwierciedlają rzeczywistych rozmiarów zjawiska i są przede wszystkim wynikiem ograniczonych możliwości testowania. W ostatnich kilku latach, w związku

z wyposażeniem policji w bezustnikowe testy, ich liczba wzrosła do kilkunastu milionów rocznie. Mimo to - wg danych policji cytowanych przez producentów alkomatów - liczba kierowców po alkoholu zbadanych przez policję spada nieznacznie do poziomu ok. 140 tys.

Wypadki drogowe z udziałem nietrzeźwych w latach 2005-2014



### Rycina 6.

Wypadki drogowe w Polsce z udziałem osób pod wpływem alkoholu w latach 2005-2014. Źródło: KG Policji, Biuro Ruchu Drogowego.

Ograniczenie prowadzenia pojazdów po spożyciu alkoholu potwierdzają również dane nt. wypadków drogowych. Jeszcze kilkadziesiąt lat temu jedną trzecią wypadków drogowych uznawano w statystykach jako wypadki związane z alkoholem. Od kilkunastu lat udział ten nie przekracza 10%.

Wg danych policji liczba alkoholowych wypadków drogowych zmniejszyła się nie tylko w kategoriach względnych; w ostatnich latach spadła też ich bezwzględna liczba.

Sukces polityki alkoholowej wynika zapewne z synergicznego działania trzech czynników: restrykcyjnej legislacji, jej konsekwentnego wdrażania w praktyce (względnie częste kontrole trzeźwości kierowców) oraz z edukacji, do której zaliczyć można cotygodniowe raporty policji nt. liczby kierowców prowadzących „na podwójnym gazie”, kampanie medialne oraz niezła informacja wizualna, w tym informacje na reklamach piwa. Przeciwwagą tych kampanii jest dopuszczenie do sprzedaży napojów alkoholowych na stacjach benzynowych. Oznacza to nie tylko ponad sześć tysięcy dodatkowych, często czynnych całą dobę, punktów sprzedaży, ale także symboliczny komunikat braku konfliktu między alkoholem a ruchem drogowym.

W polskiej polityce alkoholowej stosunkowo mało miejsca zajmuje tworzenie opcji alternatywnych do prowadzenia pojazdów po wypiciu alkoholu. Taksówki z dwoma kierowcami są rzadkością i zależą tylko od rynku na takie usługi bez wsparcia ze strony gmin. Poza nielicznymi wyjątkami w wielkich miastach, gdzie władze lokalne przedłużają godziny pracy transportu publicznego w weekendy i w dni wielkich imprez takich jak Sylwester, brakuje świadomej, systematycznej

polityki w tym zakresie. W małych miastach i na wsiach nie ma w zasadzie transportu publicznego pozwalającego na bezpieczny dojazd, a zwłaszcza powrót z zabaw i dyskotek urządzanych często z dala od osiedli ludzkich. Przy powrocie z dyskoteki zwiększa to ryzyko wypadków drogowych spowodowanych przez nietrzeźwych kierowców, których ofiarami są pasażerowie i kierowcy. Często prasa odnotowuje potrącenie przez samochody młodych ludzi wracających nad ranem, pieszo z dyskoteki.

### **Dostępność fizyczna alkoholu**

Dostępność fizyczna alkoholu znacznie wzrosła w pierwszym okresie transformacji i do tej pory pozostaje na za wysokim - z perspektywy zdrowia publicznego - poziomie. Zniesiono wszelkie ograniczenia co do dni i godzin sprzedaży. Z analiz przeprowadzonych już ponad 10 lat temu wynika, że wzrost liczby punktów sprzedaży o 10 tys. pociągał za sobą zwiększenie o 2 tysiące liczby pierwszorazowych hospitalizacji z powodu zaburzeń związanych z alkoholem.

W konsekwencji lawinowo rosnącej liczby punktów sprzedaży liczba pacjentów w leczeniu odwykowym podwoiła się, stanowiąc dotkliwe obciążenie dla ochrony zdrowia, w szczególności psychiatrycznej, w której blisko połowa łóżek przeznaczona jest dla pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiczne i behawioralne związane z alkoholem.

Z pierwotnej wersji ustawy o wychowaniu w trzeźwości pozostały zakazy dotyczące lokalizacji punktów sprzedaży, które nie mogą znajdować się w pobliżu instytucji edukacyjnych, kościołów, dworców kolejowych i autobusowych. Społeczności lokalne mają prawo wprowadzania zakazu spożycia alkoholu w miejscach publicznych, takich jak ulice, parki itp. Pozostał też zakaz sprzedawania i podawania alkoholu niepełnoletnim. Mimo pewnego postępu, jaki osiągnięto w ostatnich latach, przestrzeganie tego zakazu nie jest zbyt skuteczne, jako że około 80% nastolatków potwierdza picie alkoholu w ciągu ostatniego roku, a ponad połowa z nich pije przynajmniej raz na miesiąc.

### **Polityka cenowa**

Art. 10 ustawy o wychowaniu w trzeźwości stanowi, iż „akty prawne wpływające na strukturę cen napojów alkoholowych powinny służyć ograniczeniu spożycia tych napojów oraz zmianie struktury ich spożycia na rzecz napojów o niskiej zawartości procentowej alkoholu”.

Ustawa zaleca więc wykorzystywanie polityki cenowo-podatkowej do ograniczania konsumpcji i zmiany struktury spożycia. Mimo to dostępność ekonomiczna napojów alkoholowych w ostatnich dekadach wzrosła kilkukrotnie. W końcu lat osiemdziesiątych można było za przeciętne miesięczne wynagrodzenie kupić

30-40 półlitrowych butelek wódki; przeciętne miesięczne wynagrodzenie pozwala obecnie na zakup blisko 200 takich butelek.

Akcyza na napoje alkoholowe jest podnoszona co kilka lat. O wprowadzeniu podwyżek decydują jednak przede wszystkim interesy fiskalne, a nie interesy zdrowia i porządku publicznego. Panuje przekonanie, że zbyt wysokie podatki pobudzą nielegalną podaż lub import prywatny z innych krajów UE. Dlatego też w roku 2004, przed przystąpieniem do UE akcyzę na alkohol zwiększono, co przyniosło wzrost wpływów budżetowych, ale także odbiło się na wzroście rozpowszechnienia picia i związanych z tym problemów.

Według przeprowadzonych dziesięć lat temu analiz dostępność ekonomiczna napojów alkoholowych jest ściśle powiązana z wskaźnikami zgonów z powodu zaburzeń związanych z alkoholem. Wzrost siły nabywczej przeciętneho wynagrodzenia o 60 butelek wódki, jaki miał miejsce w pierwszym okresie transformacji pociągał za sobą blisko 1000 zgonów rocznie wśród mężczyzn w wieku produkcyjnym.

## Ograniczanie szkód

W Polsce obowiązuje zakaz sprzedaży i podawania alkoholu osobom nietrzeźwym. Nie jest on zawsze przestrzegany. Przemysł alkoholowy (np. Stowarzyszenie Producentów Napojów Spirytusowych) oferuje szkolenia dla sprzedawców i pracowników gastronomii, na których ważnym elementem jest uczenie umiejętności bezkonfliktowej odmowy sprzedaży alkoholu. Pierwsza powojenna ustawa o przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 1956 roku zdekryminalizowała nietrzeźwość publiczną wprowadzając instytucję izb wytrzeźwień.

Izby wytrzeźwień, obok funkcji porządkowych i hotelowych zapewniały też podstawową opiekę medyczną. Za pobyt w izbie wytrzeźwień należy uiścić dość wysoką opłatę, co nadaje tej instytucji charakter represyjny. Corocznie przez izby przewijają się kilkaset tysięcy klientów. Liczba izb z roku na rok maleje, m.in. ze względu na ograniczenia budżetów lokalnych, ale także z powodu zastrzeżeń z zakresu praw obywatelskich.

## Alkohol nierejestrowany

W Polsce produkcja napojów spirytusowych bez odpowiedniego zezwolenia jest zabroniona. Przed transformacją destylowany domowym sposobem napój, zwany popularnie bimbrem, był głównym źródłem alkoholu nierejestrowanego, a jego udział w spożyciu wódek ogółem oscylował wokół 10%.

Dodatkowym źródłem był alkohol niespożywczy zawarty w płynach technicznych takich jak np.: płyn od mycia szyb, spirytus denaturowany czy płyny do chłodnic samochodowych. Ich konsumpcja była jednak niewielka, ograniczona



w zasadzie do środowisk skrajnie zmarginalizowanych. Gospodarka rynkowa, wolności gospodarcze, a także wejście Polski do UE przyniosły zasadnicze zmiany, jeśli chodzi o podaż alkoholu nierejestrowanego. Na początku transformacji głównym jego źródłem był import spirytusu „na własny użytek” w znacznych ilościach, głównie w cysternach o pojemności od kilku do kilkudziesięciu tysięcy litrów. Obecnie głównym źródłem jest spirytus techniczny nie przeznaczony do spożycia, który po oczyszczeniu sprzedawany jest do celów konsumpcyjnych. Część tak przetworzonego alkoholu technicznego sprzedawana jest na bazarach i placach targowych. Część trafia do legalnych punktów sprzedaży, których gęsta sieć i nieograniczone godziny otwarcia uniemożliwiają praktycznie efektywną kontrolę. Można szacować, że spożycie alkoholu nierejestrowanego w Polsce sięga dwóch litrów *per capita* lub kilkanaście procent spożycia ogółem.

Kolejnym źródłem alkoholu nierejestrowanego jest legalny, prywatny przywóz z zagranicy. Przepisy UE dają możliwość legalnego przywozu na własny użytek do 12 litrów napojów spirytusowych, 90 litrów wina i 120 litrów piwa jednocześnie. Można odnieść wrażenie, że zakazana prawem destylacja na własny użytek jest coraz bardziej tolerowana przez organy ścigania. Na rynkach lokalnych widać coraz więcej napojów destylowanych bez zezwolenia z owoców, nalewek na bazie bimbru itp.

## Polityka żywieniowa w perspektywie cyklu życia

Według WHO współcześnie otyłość jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych, uznaje się ją za epidemię XXI wieku. Szacuje się, że istnieje ponad 80 chorób spowodowanych nieprawidłową dietą. Ponad 12 milionów Polaków cierpi na różne schorzenia dietozależne. Przyczyną ponad 50% zgonów w Polsce są choroby układu krążenia. Z kolei według WHO liczba osób otyłych od lat 80. zwiększyła się trzykrotnie.

### Struktury odpowiedzialne za politykę żywieniową w Ministerstwie Zdrowia

#### Rada do Spraw Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia

Organ opiniotwórczo-doradczy, powołany Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2007 r. w celu działania na rzecz zwalczania nadwagi i otyłości, w tym na rzecz realizacji „Narodowego programu zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej”.

Do zadań Rady należy, w szczególności:

- działanie na rzecz zapobiegania nadwadze i otyłości w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem zaleceń Białej Księgi Komisji Europejskiej pt. „Strategia dla Europy w zakresie zagadnień zdrowia związanych z żywieniem, nadwagą i otyłością oraz innych programów w tym zakresie;
- określanie priorytetowych działań w zakresie promocji zbilansowanej diety, aktywności fizycznej i zdrowia oraz określanie kierunków ich realizacji w całym kraju;
- opiniowanie i wspieranie inicjatyw tworzenia akcji, ruchów i koalicji na rzecz zdrowia, w tym promocji zachowań prozdrowotnych oraz w zakresie zapobiegania chorobom niezakaźnym wynikającym z nadmiernej masy ciała, ze szczególnym uwzględnieniem partnerstwa publiczno-prywatnego;
- działanie na rzecz promocji zdrowego stylu życia, zwłaszcza zbilansowanej diety i aktywności dla poszczególnych grup wiekowych, w szczególności w środkach masowego przekazu.

### **Strategia o zasięgu krajowym uwzględniająca temat żywienie**

Cel operacyjny 3 Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015 - „Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości” obejmuje następujące zadania:

- Uruchomienie programu wieloletniego, stanowiącego wdrożenie Globalnej Strategii WHO dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia;
- Wprowadzenie efektywnej współpracy międzyresortowej, koordynowanej przez Ministra Zdrowia, w celu uwzględniania zaleceń Globalnej Strategii WHO dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia;
- Rozwinięcie działalności Narodowej Rady Żywienia oraz ogólnopolskiej platformy działania ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia;
- Stałe upowszechnianie zasad prawidłowego żywienia, w tym szczególnie w szkołach;
- Upowszechnianie wiedzy o składzie i wartości odżywczej produktów żywnościowych oraz o znakowaniu żywności w celu umożliwienia konsumentom dokonywania świadomego wyboru;
- Rozwijanie programów rządowych, mających na celu dożywianie najbardziej potrzebujących.

Zgodnie z tymi wytycznymi, w 2007 r. podjęto, z inicjatywy Instytutu Żywności i Żywienia (IŻŻ), Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej na lata 2007-2011 („POL- HEALTH”), finansowany z budżetu Ministra Zdrowia.

Program nawiązywał do oryginalnej, kompleksowej wersji, opracowanej przez Instytut Żywności i Żywienia w 2006 r., obejmującej liczne zadania przewidziane do realizacji w latach 2007-2016 i stosowny do tego, wysoki budżet. Niestety, wersja ta była realizowana w krańcowo ograniczonym zakresie ze względu na skromne środki. W latach 2010-2012 program był realizowany jako Moduł I w Narodowym Programie Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym, w warunkach podobnie niskiego finansowania. W dalszych latach całkowicie cofnięto dofinansowanie. Pomimo usilnych starań, wspartych stanowiskiem Rządowej Rady Ludnościowej, nie udało się podnieść rangi powyższego programu do statusu programu rządowego.

Reprezentanci szeregu ministerstw, w tym Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Sportu, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Finansów i Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi wchodzi w skład Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia.

Podobnie, w Radzie do Spraw Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia, reprezentowane są takie resorty jak: Ministerstwo Edukacji i Ministerstwo Sportu i Turystyki, a przemysł spożywczy reprezentowany jest przez Polską Federację Producentów Żywności - Związek Pracodawców.

### **Przykłady działań mających na celu zmniejszenie nierówności społecznych w kontekście żywienia**

Cel operacyjny 3 NPZ jest spójny z Ustawą o Bezpieczeństwie żywności i żywienia z dnia 25 sierpnia 2006 r.

Rozwijanie programów rządowych, mających na celu dożywianie najbardziej potrzebujących (3. cel operacyjny NPZ) realizowano poprzez następujące programy i działania:

- „Mleko w szkole” (program administrowany przez Agencję Rynku Rolnego). W roku szkolnym 2012/2013 z programu skorzystało 2,43 mln dzieci i uczniów, co stanowiło 41% ogółu dzieci, uczęszczających do polskich placówek oświatowych.
- „Owoce i warzywa w szkole” (program administrowany przez Agencję Rynku Rolnego; do 31 grudnia 2013 r. program działał pod nazwą „Owoce w szkole”). W roku szkolnym 2013/2014 z programu skorzystało 976,6 tys. dzieci, co stanowiło 84% grupy docelowej. Od roku szkolnego 2014/2015 dzieciom z „zerówek” i klas I-III szkół podstawowych bezpłatnie udostępniane są świeże owoce, świeże warzywa, soki owocowe, soki warzywne lub owocowo-warzywne. Do końca II semestru roku szkolnego 2013/2014 udostępniono bezpłatnie dzieciom ze szkół podstawowych ponad 204 mln porcji owoców, warzyw i soków. Rezultaty programu podlegają regularnej ocenie przez IŻŻ.

Polska korzysta z pomocy żywnościowej w ramach mechanizmu unijnego: Dostarczanie nadwyżek żywności najuboższej ludności Unii Europejskiej. W latach 2004-2013 Komisja Europejska przyznała Polsce łącznie 2,5 mld zł na ten cel. Uzyskana pomoc objęła także ponad 1,3 mln ton różnych produktów żywnościowych (ryżu niełuskanego, zbóż, masła, cukru, odtłuszczonego mleka w proszku) pochodzących z zapasów interwencyjnych UE. Pomoc ta trafiła do około 3,5 mln osób średniorocznie.

Polski system podatkowy obejmuje preferencje, skierowane na wsparcie rolnictwa i produkcji oraz dystrybucji produktów żywnościowych. Preferencje dotyczą szeregu produktów żywnościowych, w tym przetworzonych, których obrót obłożony jest stawkami preferencyjnymi (w wysokości 8% lub 5%), podczas gdy stawka podatku na dobra i usługi generalnie wynosi 23%. Preferencyjna 5% stawka podatkowa dotyczy podstawowych produktów żywnościowych, takich jak m.in.: pieczywo, wyroby mleczarskie, mięso, produkty zbożowe (mąka, zboża, makaron) i soki. Produkty żywnościowe takie jak: alkohol, kawa, soft drinks, słodczyce, ciastka i herbatniki, których minimalny okres przydatności do spożycia przekracza 45 dni, objęte są 23% stawką podatkową.

W Polsce funkcjonują także dotacje celowe np. dotacja do posiłków sprzedawanych w barach mlecznych, z których w pierwszej kolejności korzystają najubożsi. Dotacja obejmuje mleko, posiłki mleczne i wegetariańskie. Wartość dotacji, finansowanej z budżetu państwa w 2013 r. wyniosła w przybliżeniu 20 mln zł.

## **Żywność niemowląt i małych dzieci**

Brak jest specjalnego ogólnopolskiego programu promocji karmienia piersią vs karmienia butelką, finansowanego ze środków budżetowych. Działalność w tym zakresie prowadzi Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią - organizacja pozarządowa, utworzona w 1992 r. w ramach Projektu „Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez edukację społeczeństwa w dziedzinie żywienia i aktywności fizycznej”. W ramach tego projektu prowadzona jest ogólnopolska akcja edukacyjna promująca wyłącznie karmienie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia dziecka.

W myśl Rozporządzenia Ministra Zdrowia, z dnia 23.09.2010 określającego standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem - wszystkie szpitale położnicze są zobowiązane do podjęcia działań na rzecz ochrony, propagowania i wspierania karmienia piersią.

Również rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej nakłada na położną i pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej obowiązek przepro-

wadzenia instruktą, edukacji i udzielania porad kobiecie (bezpośrednio po urodzeniu dziecka oraz w 3-4 miesiącu życia dziecka) odnośnie techniki karmienia piersią.

Także wytyczne dla profesjonalistów medycznych zawierają rekomendację karmienia wyłącznie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia dziecka.

Aktualnie wg danych IPCZD 20% dzieci w Polsce jest karmionych wyłącznie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia, a 41% dzieci jest karmionych wyłącznie piersią przez 4 pierwsze miesiące życia.

Z mocy prawa wszystkie kobiety w ciąży są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym. We wszystkich regionach kraju są dostępne świadczenia lekarzy specjalistów ginekologii i położnictwa (ambulatoryjne i szpitalne) oraz lekarzy, pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej dla kobiet w ciąży i dzieci. Kobiecie, która urodziła dziecko przysługuje 52-tygodniowy okres urlopu z zasiłkiem macierzyńskim, a kobiety karmiące mają prawo do skróconego czasu pracy (7 godzin dziennie) w okresie karmienia dziecka piersią.

## **Żywnienie dzieci i młodzieży**

W Polsce nie ma obowiązkowych norm dotyczących posiłków wydawanych w przedszkolach i szkołach. W roku szkolnym 2012/2013 z posiłków szkolnych korzystało 42% uczniów szkół podstawowych i 25% uczniów gimnazjów.

Istnieją natomiast szczegółowe wytyczne w tym zakresie, w postaci monografii wydawanych przez IŻŻ. Monografie zostały sfinansowane z budżetu Ministerstwa Zdrowia i upowszechnione poprzez stronę internetową Ministerstwa.

Na szczególną uwagę zasługuje zadanie 4. Narodowego programu zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej, tj. Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez edukację społeczeństwa w dziedzinie żywienia i aktywności fizycznej. To zadanie jest realizowane poprzez: edukację i wdrażanie zasad prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej w przedszkolach, szkołach podstawowych, gimnazjalnych i ponad gimnazjalnych oraz ocenę wpływu tej edukacji na sposób żywienia i poziom wiedzy dzieci i młodzieży w tym obszarze. Projekt został podjęty w 2010 r. w ramach polsko-szwajcarskiego programu współpracy i był realizowany do 2016 r. Wymienione zadanie adresowane jest do dzieci i młodzieży w wieku 4-18 lat, nauczycieli i wychowawców nauczania fizycznego, rodziców i opiekunów. Jest ono realizowane w 1600 placówkach na terenie całego kraju. Placówki te dostosowują swe działania do wymagań projektu w celu uzyskania statusu Przedszkola/Szkoły Przyjaznego Żywieniu i Aktywności Fizycznej. Głównym realizatorem projektu jest IŻŻ, a partnerami Instytut Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka, Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie i Polskie Towarzystwo Dietetyki.

Od 1 września 2015 r. obowiązuje znowelizowana Ustawa o bezpieczeństwie żywności i żywienia. Nowelizacja dotyczy żywności sprzedawanej w sklepikach szkolnych, a jej celem jest ograniczenie dzieciom dostępu do produktów o wysokiej zawartości cukru, nasyconych kwasów tłuszczowych i soli. Minister Zdrowia określił w drodze rozporządzenia jaka żywność może być sprzedawana dzieciom i młodzieży oraz wymagania, które muszą spełniać artykuły spożywcze sprzedawane w sklepikach szkolnych i automatach sprzedażowych.

„Program dożywiania w latach 2014-2020” ustanowiony został na podstawie uchwały Rady Ministrów z dnia 10 grudnia 2013 r. w sprawie ustanowienia wieloletniego programu wspierania finansowego gmin „Pomoc państwa w zakresie dożywiania na lata 2014-2020” i stanowi kontynuację poprzedniego wieloletniego programu rządowego.

Z programu przyznawane są gminom pieniądze na pokrycie kosztów pomocy żywieniowej w postaci bezpłatnego posiłku, świadczenia pieniężnego na zakup posiłku lub żywności lub świadczenia rzeczowego w postaci produktów żywnościowych. Pomoc udzielana jest dzieciom do czasu podjęcia nauki w szkole podstawowej, uczniom do czasu zakończenia nauki na poziomie ponadgimnazjalnym oraz osobom i rodzinom uprawnionym do opieki społecznej. Dofinansowanie ze strony państwa może wynosić 60%, a w wyjątkowych wypadkach 80% kosztów realizacji programu. Pozostałą część pokrywają samorządy lokalne. Wysokość dofinansowania przez program w 2014 r. wyniesie 550 mln zł.

## **Działania edukacyjne w zakresie żywienia**

- IŻŻ sformułował zasady zdrowego żywienia, adresowane do populacji osób dorosłych, rozpropagowane w postaci piramidy żywienia.
- W latach 2009-2011 IŻŻ prowadził „Program zmniejszenia spożycia soli”, adresowany do populacji generalnej (w ramach Narodowego Programu Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej). Monitoring, prowadzony przez IŻŻ, wykorzystujący coroczne wyniki badań budżetów gospodarstw domowych wykazuje, iż łączne spożycie soli ulega stopniowemu zmniejszeniu. Mimo to, w dalszym ciągu spożycie przekracza 2-3-krotnie ilość zalecaną. Przestrzeganie przez polski przemysł spożywczy polskich norm żywienia, według których spożycie izomerów trans kwasów tłuszczowych powinno być tak niskie jak to możliwe, jest dobrowolne. Na przestrzeni ostatnich 10 lat obserwuje się wymierne obniżenie zawartości izomerów trans w żywności.
- Działania edukacyjne prowadzone są w ramach projektu „Upowszechnianie wiedzy o składzie i wartości odżywczej żywności, oświadczeniach żywieniowych i zdrowotnych, znakowaniu żywności celem wpływu na kształtowanie racjonalnych wyborów produktów spożywczych oraz o roli aktywności fizycznej

dla zachowania zdrowia”, gdzie konsumenci są bezpośrednio edukowani jak czytać etykiety.

- We wrześniu 2014 r. w Polsce (w dwu wybranych regionach: woj. podkarpackim i kujawsko-pomorskim) podjęto działania edukacyjne, poprzez realizację projektu Komisji Europejskiej „Moja zdrowa rodzina”. Ich celem jest zwiększenie spożycia owoców i warzyw przez dzieci, kobiety w ciąży oraz osoby starsze.
- W obrębie projektu „Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej” podjęto organizację dwutygodniowych programów redukcji masy ciała poprzez modyfikację żywienia i zwiększoną aktywność fizyczną.

## Polityka dotycząca aktywności fizycznej

### Aktywność fizyczna Polaków - stan obecny

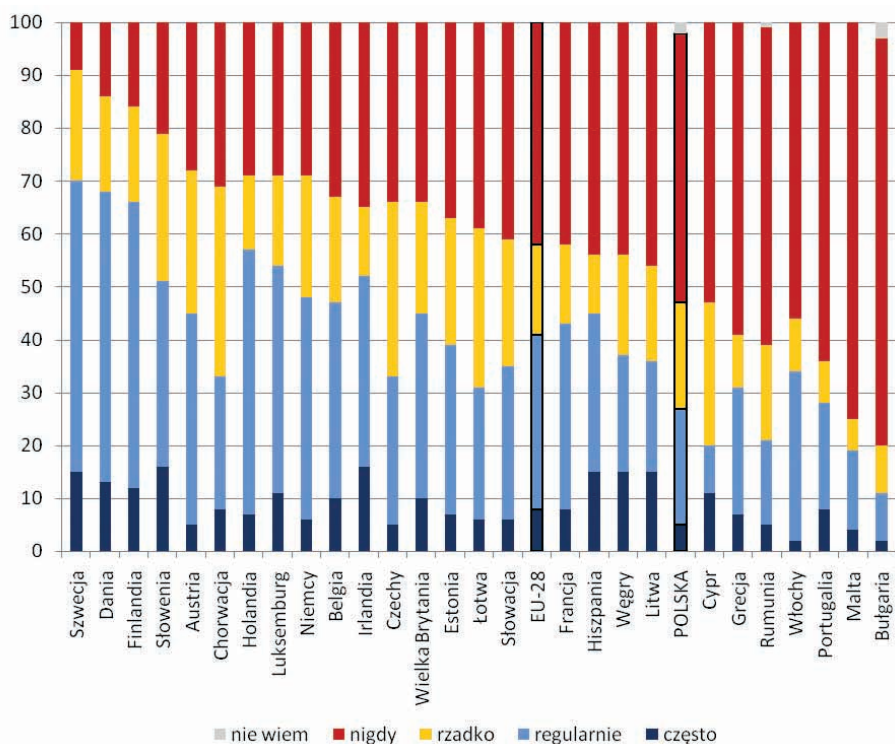
Według badań z 2014 roku jedynie 18,5% Polaków (w tym 21,5% mężczyzn i 16% kobiet) jest aktywna fizycznie z częstotliwością, która ma znaczenie dla zdrowia. W przypadku dzieci sytuacja jest lepsza jedynie o 3% - wymagania WHO w zakresie aktywności fizycznej dzieci i młodzieży spełnia bowiem 28,5% chłopców i 15,2% dziewczynek (w wieku od 9-17 lat).

Z badań Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że 20,3% Polaków uprawia aktywność fizyczną regularnie, a kolejnych 26% sporadycznie, co pokazuje, że ponad połowa Polaków nie podejmuje intencjonalnie aktywności fizycznej (w tej nieaktywnej połowie możemy mieć do czynienia z osobami, które są aktywne fizycznie w ramach pracy).

Analiza aktywności poszczególnych grup społecznych pokazuje, że wyraźniej mniej aktywne są kobiety, mieszkańcy wsi, osoby powyżej 40 roku życia (aktywność fizyczna na poziomie 12%) oraz osoby niepełnosprawne (aktywnych jest tylko 10%). Na tle innych państw Europy Polska wypada poniżej średniej - 52% nieaktywnych mieszkańców, to o 10% więcej niż w unijnej średniej, a 23% deklarujących w tym badaniu regularną aktywność, to z kolei o 10% mniej niż europejska średnia. Mało optymistyczne dane należy jednak uzupełnić o wyraźny, bo aż 8% wzrost aktywności wśród dorosłych Polaków w porównaniu z rokiem 2008 (co ważne, dotyczy w takim samym stopniu kobiet jak i mężczyzn).

Dane z badania HSBC dotyczącego dzieci i młodzieży pokazują również, że w zakresie umiarkowanej aktywności fizycznej (tzw. MPV) polska młodzież nie odbiega od młodzieży w ponad 40 innych badanych krajów świata, a analiza wydatków domowych pokazuje, że w porównaniu z rokiem 2008 wzrósł znacząco odsetek gospodarstw domowych, które ponoszą wydatki na zajęcia rekreacyjne i sportowe (z 17,2% do 29,9% w 2012).

W skrótej charakterystyce aktywności fizycznej Polaków warto zwrócić uwagę na jeszcze dwie kwestie, które odnoszą się do kontekstu organizacyjnego i instytucjonalnego. Po pierwsze Polacy zdecydowanie częściej od przedstawicieli innych krajów wybierają aktywność fizyczną w domu lub parku, a znacznie rzadziej w przeznaczonych dla sportu przestrzeni klubów (korzystanie z ich oferty jest na bardzo niskim poziomie 5%). Po drugie bardzo dobrze oceniają możliwość bycia aktywnym w swoim najbliższym otoczeniu (70% badanych twierdzi, że bliskie sąsiedztwo sprzyja aktywności i jest to aż o 10% więcej niż cztery lata temu).



### Rycina 7.

Częstość uprawiania sportu w różnych krajach UE, dane z 2013 roku. Źródło: Sport and Physical Activity, Special Eurobarometer 412, Bruksela 2014

Aktywność fizyczna podejmowana przez Polaków jest raczej sporadyczna, związana z weekendową i wakacyjną rekreacją (ryc. 7). Stały, sportowy nawyk jest wynikiem indywidualnego wysiłku obywateli, a nie bogatej oferty organizacji sportowych, czy kultury zaangażowania w lokalną działalność sportową. Coraz zamożniejsze społeczeństwo polskie jest gotowe ponosić koszty zajęć sportowych (jedynie 6% Polaków wskazuje finanse jako barierę dla swojej aktywności



fizycznej), ale jednocześnie nawyk regularnego wysiłku fizycznego nie jest uważany za istotny w hierarchii codziennych zajęć i jest w coraz większym stopniu elementem kultury bogatszych przedstawicieli klasy średniej i wyższej.

## Strategie rozwoju sportu

Obowiązująca obecnie Strategia Rozwoju Sportu w Polsce do 2015 roku powstawała w swej pierwszej wersji w nieistniejącym już Ministerstwie Edukacji Narodowej i Sportu.

Została zrewidowana i uzupełniona w 2007 roku, a jej wcześniejsza wersja rozbudowana pod wpływem dokumentu WHO „Globalna strategia dotycząca diety, aktywności fizycznej i zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia”. Zrewidowany dokument nawiązywał do obowiązującego w tamtym czasie Programu działania rządu RP „Solidarne państwo. Strategia Rozwoju Kraju na lata 2007-2015”. Poprawiony i wciąż obowiązujący dokument Strategii Rozwoju Sportu, choć wprost podnosi znaczenie upowszechnienia aktywności fizycznej jako ważnego elementu przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym, wynikającego ze zmian sposobu życia, to jednak w wymienianych celach działania jako kluczowe wymienia:

- Stabilizację i wzmocnienie merytoryczne funkcjonujących systemów szkolenia i współzawodnictwa;
- Określenie kierunków i uwarunkowań rozwoju metodyczno-organizacyjnego sportu kwalifikowanego.

Zwraca uwagę również, że trzy główne cele strategiczne są traktowane rozłącznie, a w domenie sportu powszechnego (który pokrywa się znaczeniowo z aktywnością fizyczną amatorów) wskazane są dwa, znów rozłączne działania: na rzecz dzieci/młodzieży i społeczeństwa. Nacisk na budowanie nawyków wśród najmłodszych obywateli jest zrozumiały, ze względu na wykazaną trwałość budowanych w dzieciństwie nawyków sportowych, ale wskazane w dokumencie działania poświęcone temu priorytetowi skupiają się na rywalizacji sportu szkolnego, a nie na włączeniu do aktywności dzieci starszych fizycznie. Bardzo powierzchowne i niekonkretne są również zapisy dotyczące polityk publicznych na rzecz aktywności fizycznej dorosłych (z badań wiemy, że aktywność fizyczna w grupie powyżej 40 roku życia jest dramatycznie niska).

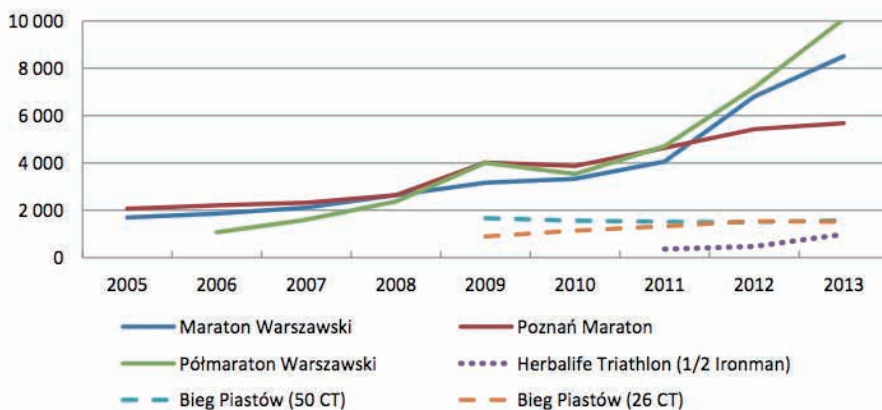
Kluczowym działaniem podejmowanym w latach 2007-2014 w obszarze sportu były inwestycje w infrastrukturę sportową różnego typu: miejskie baseny, wielofunkcyjne boiska i stadiony piłkarskie. Znaczące przyspieszenie przyniosło dużą, i co ważne, doświadczaną przez samych obywateli dostępność dobrej jakościowo przestrzeni sportowej. Międzynarodowe badania pokazują, że sama obecność infrastruktury ma duże znaczenie dla podniesienia aktywności fizycznej, jednak przy spełnieniu ważnych warunków: obecności lokalnej polityki zarządzania

infrastrukturą oraz stworzenia oferty dostępnej finansowo dla lokalnej społeczności.

Tworzony od roku w Ministerstwie Sportu i Turystyki (MSiT) i Ministerstwie Zdrowia nowy dokument strategiczny, pisany jest z zupełnie innymi założeniami, i odnosi się wprost do promowanej z poziomu całego kontynentu wizji sportu jako narzędzia prewencji, rehabilitacji oraz promocji zdrowia (HEPA).

Nowy dokument zgodnie z założeniami o potrzebie tworzenia polityk mocno osadzonych na dowodach, ma bardzo pogłębiony element diagnozy sytuacji w opisywanym obszarze. Nie ogranicza się do przywoływania podstawowych danych, ale analizuje również mechanizmy doprowadzające do obecnej sytuacji, oddzielnie charakteryzuje kilka grup społecznych (bez starego, nieprecyzyjnego podziału na sport dzieci/młodzieży i sport dorosłych). Zwraca uwagę na dwa kluczowe elementy w polu systemu sportowego w Polsce:

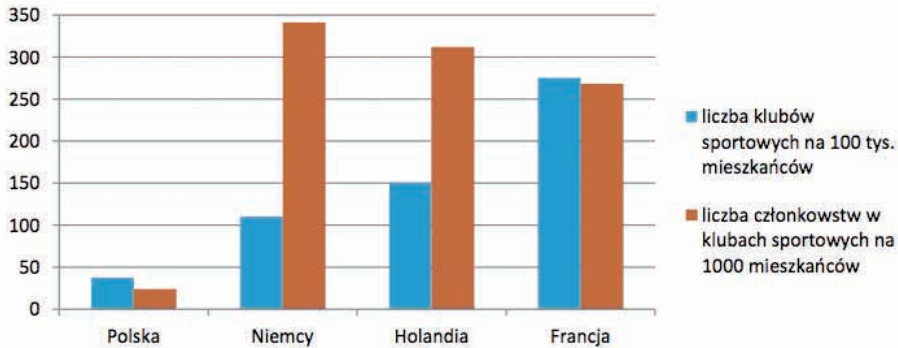
- Bardzo słabą sytuację organizacji sportowych, których głównym celem jest współtworzenie oferty sportowej dostępnej dla wszystkich obywateli;
- Rosnące zaangażowanie Polaków w imprezy i aktywności organizowane bez udziału klubów i związków sportowych (biegi komercyjne, maratony, imprezy masowe) (ryc. 8).



### Rycina 8.

Liczba uczestników (zawodników, którzy ukończyli zawody) wybranych sportowych imprez masowych w latach 2005-2013. Źródło: Program Rozwoju Sportu do roku 2020, Warszawa, lipiec 2015

Słabe zaangażowanie Polaków we współtworzenie oddolnych organizacji sportowych jest bardzo poważnym wyzwaniem i pokazuje, że to właśnie inwestowanie w podniesienie kompetencji tych instytucji i zmiana sposobów ich działania powinny stanowić kierunek rozwijania sportu (ryc. 9).



### Rycina 9.

Liczba klubów sportowych oraz członkostw w klubach sportowych w stosunku do liczby ludności w wybranych krajach w 2012 r. Dane opracowane w Programie Rozwoju Sportu do 2020 na podstawie: Les chiffres-clés du sport, Ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, Paris 2013; liczba ludności (2012 r.) za: Eurostat, Ledentalrapportage 2012, Nederlands Olympisch Comité \* Nederlandse Sport Federatie (NOC\*NSF); liczba ludności (2012 r.) za: Eurostat oraz Deutscher Olympischer Sport Bund, Bestandserhebung 2013.

Obecnie tworzony Program Rozwoju Sportu do 2020 roku ma w porównaniu z poprzednim dokumentem odwrotnie ustawione priorytety i to aktywność fizyczna amatorów ma pozycję kluczową (co niezwykle ważne nie ma już dominacji sportu dzieci i młodzieży).

Cel główny Programu Rozwoju Sportu do roku 2010:

- Tworzenie warunków dla rozwoju sportu oraz promocja aktywności fizycznej pozytywnie wpływającej na zdrowie.

Cele szczegółowe:

- Zapewnienie warunków i oferty dla powszechnego podejmowania aktywności fizycznej na każdym etapie życia;
- Wykorzystanie sportu na rzecz budowy kapitału społecznego;
- Poprawa warunków organizacyjno-prawnych dla rozwoju sportu oraz zwiększenie dostępności wykwalifikowanych zasobów kadrowych;
- Wykorzystanie potencjału sportu na poziomie wyczynowym na rzecz upowszechnienia aktywności fizycznej oraz promocji Polski na arenie międzynarodowej.

Można powiedzieć, że ostatnie 10 lat polityki sportowej państwa pokazuje wyraźną zmianę w sposobie traktowania tego obszaru: z modelu, w którym sport jest zdominowany przez cele z domeny sportu wyczynowego do modelu, w którym sport jest przede wszystkim narzędziem prozdrowotnej aktywizacji. Ten zwrot jest bardzo wyraźnie widoczny przy porównaniu dwóch głównych dokumentów strategicznych państwa (tab. III).

**Tabela III.**

Różnice podejść do powszechnego sportu amatorskiego i aktywności fizycznej w Strategii Rozwoju Sportu w Polsce do roku 2015 vs. Programie Rozwoju Sportu do roku 2020.

STRATEGIA ROZWOJU SPORTU W POLSCE DO ROKU 2015	PROGRAM ROZWOJU SPORTU DO ROKU 2020
Słabe oparcie na danych	Pogłębione analizy sytuacji systemu sportowego
Pierwszorzędna pozycja sportu wyczynowego	Dominacja sportu powszechnego i jego roli w politykach zdrowotnych
Słaba pozycja sportu dorosłych	Bardzo precyzyjne wskazania dotyczące większości grup społecznych
Pominięcie kwestii powiązań działań sportowych z innymi politykami publicznymi (oprócz głównej strategii kraju)	Odniesienie do dokumentów innych resortów oraz horyzontalnych strategii kraju
Ograniczone opracowanie wskaźników realizacji założeń strategii	W opracowaniu
Brak założeń ewaluacji	W opracowaniu

Na szczególną uwagę zasługują konkretne priorytety programu, które uwzględniają perspektywę społeczną barier dla aktywności. Program wskazuje, że oferta sportowa musi brać pod uwagę łączenie sportu z życiem zawodowym i rodzinnym, nacisk na rolę sportu w tworzeniu kapitału społecznego (społeczna rola klubów sportowych oraz rozwój wolontariatu), nowoczesne myślenie o organizowaniu przestrzeni (tak by funkcja sportowa była lokalnie dostępna, tworzenie lokalnych centrów aktywności) oraz znaczenie aktywności fizycznej w programach włączenia społecznego (różnych grup społecznych, dotyczącego różnych typów społecznego wykluczenia).

Na pewno dużym wyzwaniem Programu Rozwoju Sportu do roku 2020 jest:

- Opracowanie wskaźników osiągnięcia zawartych w programie celów szczegółowych wraz z systemem zbierania danych;
- Stworzenie spójnego systemu ewaluacji;
- Zadbanie o stworzenie planów operacyjnych, które w oparciu o istniejące zasoby pozwolą na realizację priorytetów nowego programu;
- Większy udział różnorodnych aktorów społecznych w tworzeniu i opiniowaniu zarówno ostatecznego kształtu dokumentu, jego aspektu implementacyjnego jak i monitorowania efektów.



**Rycina 10.**

Polskie dokumenty strategiczne odnoszące się do aktywności fizycznej

Precyzyjne zadania dla sportu powszechnego zawiera Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, który wyraźnie opisuje oczekiwane efekty wdrożenia celu operacyjnego 4. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności:

- Zaangażowanie w różne formy aktywności ruchowej o określonej intensywności i częstotliwości w czasie wolnym, co najmniej 60% dzieci i młodzieży oraz 35% dorosłych;
- Zapewnienie, w co najmniej 80% gmin warunków do zwiększania aktywności ruchowej różnych grup ludności w miejscu zamieszkania.

Tym dwóm konkretnym celom przyporządkowano listę dziewięciu zadań, oczekiwane korzyści dla zdrowia (również psychicznego) oraz wskaźniki do monitoring i ewaluacji.

Aktywność fizyczna jest również brana pod uwagę jako ważne narzędzie realizacji celów w kilku innych dokumentach strategicznych, tj. w:

- Krajowym Programie Reform na rzecz realizacji strategii Europa2020 (rozwój infrastruktury, tak by pełniła rolę w rozwoju usług społecznych);
- Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary wiejskie (gdzie podkreśla się rolę usług publicznych, w tym sportowych w budowaniu spójności terytorialnej);

- Strategii zrównoważonego rozwoju wsi i rolnictwa na lata 2012-2020 (gdzie budowa i rozwój infrastruktury sportowej ma wpływać na poprawę warunków życia mieszkańców wsi);
- Strategii Rozwoju Systemu Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej 2022 (gdzie budowana przez sektor bezpieczeństwa infrastruktura ma służyć do celów rekreacyjnych);
- Strategii Innowacyjności i Efektywności Gospodarki „Dynamiczna Polska 2020” (Uspójnienie działań w obszarze promocji gospodarki z działaniami promocyjnymi z zakresu kultury, turystyki i sportu);
- Strategii Rozwoju Transportu do roku 2020 (gdzie podkreśla się znaczenie promocji transportu rowerowego i pieszego, kładzie również nacisk na wydzielenie w miastach przestrzeni wolnej od ruchu samochodowego).

Analizując wszystkie dokumenty strategiczne państwa pod kątem obecności zagadnienia aktywności fizycznej można powiedzieć, że istniejące zapisy są bardzo ogólne i nie wskazują kierunków i warunków do implementacji (ryc. 10). Jak słusznie w swoich opracowaniach zauważa profesor Jolanta Żyśko struktura sportu nie odzwierciedla założeń strategii. Bardzo brakuje w myśleniu strategicznym perspektywy ponadresortowej i bardzo konkretnych operacjonalizacji postulatów, zarządzania strategicznego (w tym zarządzania celami, wskaźnikami, efektami polityk publicznych) oraz dobrze zbieranych danych.

## Programy dla sportu

W ostatnich latach realizowano ciekawe i rozwojowe programy dla sportu amatorów i poprawy aktywności fizycznej. Są to programy współfinansowane z budżetu MSiT i w pewnej perspektywie czasowej mają szansę na rzeczywistą zmianę poziomu aktywności w wielu grupach społecznych. Niektóre z tych programów opierały się na współpracy z innymi resortami.

Największym i najbardziej kompleksowym jest grupa projektów adresowanych do animatorów sportu na boiskach budowanych w ramach infrastrukturalnego programu „Moje Boisko Orlik 2012”. Powstało 2604 wielofunkcyjnych boisk, na których pracuje ponad 3500 animatorów, pełniących ważną rolę trenerów sportu powszechnego w społecznościach lokalnych. MSiT współfinansuje wyngrodzenie dla trenerów, oraz poprzez działania operatora krajowego, jakim jest Fundacja Rozwoju Kultury Fizycznej, finansuje szkolenia (skupione na pracy z różnymi grupami społecznymi), funkcjonowanie portalu (naszorlik.pl), spotkania z samorządami, konferencje, kursy e-learningowe i działania rzecznicze na rzecz warunków pracy animatorów. W 2014 roku w całym kraju, na boiskach orlik odnotowano ponad 23 miliony odwiedzin (liczba wejść na boiska, a nie liczba użytkowników). Można z całą pewnością stwierdzić, że dla wielu społecz-

ności dobrze zarządzane lokalne boisko, z dostępną i bezpłatną infrastrukturą znacznie poprawiło szanse na aktywizację ruchową. Kolejne programy MSiT dotyczą dzieci i młodzieży szkolnej - są skonstruowane tak, że wspierają aktywność fizyczną od pierwszej klasy szkoły podstawowej do końca gimnazjum - zapewniając polepszenie jakości lekcji wychowania fizycznego (program „WF z Klasą” realizowany przez Centrum Aktywności Obywatelskiej CEO oraz program „Mały Mistrz” realizowany przez Szkolny Związek Sportowy) oraz zwiększając ofertę zajęć pozalekcyjnych i pozaszkolnych (program „Animator Sportu Dzieci i Młodzieży” oraz „MultiSport”).

Programy „Mały Mistrz” i „WF z Klasą” odnoszą się do lekcji wychowania fizycznego, które podlegają nadzorowi Ministerstwa Edukacji Narodowej, zakładają współpracę z tym resortem. „Mały Mistrz” wspiera nauczycieli wychowania zintegrowanego w prowadzeniu lekcji w-fu z najmłodszymi dziećmi: dostarcza im podręczników, organizuje spotkania, by mogli dzielić się swoją wiedzą z kolegami nie posiadającymi kierunkowego wykształcenia oraz współfinansuje wynagrodzenie dla nauczycieli wychowania fizycznego. Dodatkowo szkoły biorące udział w programie otrzymują dostosowany do najmłodszych sprzęt sportowy. W 2014 roku w programie wzięło udział 1799 szkół z 12 województw (i około 53 tysięcy dzieci).

„WF z Klasą” to program skupiony na podnoszeniu prestiżu i atrakcyjności lekcji wychowania fizycznego przez przygotowanie podręcznika dla nauczycieli, poradników on-line, scenariuszy lekcji, ale również szkoleń, spotkań i szkolnych debat. Te ostatnie są unikatowym elementem - organizowane tak, że sami uczniowie i nauczyciele zastanawiają się wspólnie nad swoimi problemami z aktywnością fizyczną i naprawdę oddolnie starają się znaleźć pomysły na przezwyciężenie sportowych/ruchowych przeszkód. Bardzo ważnym elementem tego programu jest silny patronat medialny Agory (wydawnictwa Gazety Wyborczej), co pozwala upowszechniać na dużą skalę w ogólnopolskich mediach główne priorytety programu (w tym zaangażowanie rodziców w aktywność dzieci).

Równolegle do tego programu MSiT realizuje dużą i spotykającą się z bardzo pozytywnym odzewem kampanię - „Stop Zwolnieniom z WF-u”, która pokazuje rodzicom edukacyjne i rozwojowe konsekwencje ignorowania uczestnictwa dzieci w lekcjach wychowania fizycznego. W ten sposób MSiT wyraźnie i konsekwentnie (zarówno z poziomu promocji medialnej, jak i konkretnych adresowanych do szkół i nauczycieli działań) pokazuje prestiż i znaczenie inwestowania w ten obszar edukacji.

## Programy i polityka dotyczące promocji zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego

Zdrowie seksualne jest ściśle związane ze zdrowiem reprodukcyjnym człowieka. Jest to fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan we wszystkich sprawach związanych z systemem reprodukcji. Zdrowie reprodukcyjne oznacza, że ludzie są w stanie prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne, płodzić dzieci oraz w sposób swobodny decydować czy, kiedy i ile ich posiadać. Zdrowie seksualne wymaga pozytywnego i pełnego szacunku podejścia do seksualności oraz związków seksualnych, jak również do możliwości posiadania dających przyjemność i bezpiecznych doświadczeń seksualnych, powinno być wolne od przymusu, dyskryminacji i przemocy. Aby osiągnąć i utrzymać zdrowie seksualne, prawa seksualne powinny być respektowane, chronione i spełniane.

Prowadzenie polityki zdrowotnej w obszarze zdrowia seksualnego wymaga uspołnienienia zasad monitorowania polityki ochrony przed wszelkiego rodzaju przejawami wykorzystywania seksualnego (przeciwdziałanie handlowi ludźmi, przeciwdziałanie prostytutce, przeciwdziałanie przemocy seksualnej (gwałty), przeciwdziałanie molestowaniu seksualnemu w miejscu pracy), ewaluacji realizowanych projektów i wdrażania skutecznych narzędzi naprawczych, szczególnie w administracji centralnej.

Zgodnie w zaleceniach WHO i Eurostatu konieczne jest szacowanie wszystkich 17 wskaźników w obszarze zdrowia reprodukcyjnego i dopiero na ich podstawie monitorowanie polityki w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego w Polsce w obszarze: zdrowia noworodków, zdrowia matek, polityki populacyjnej i wskaźników ryzyka oraz usług w zakresie polityki zdrowotnej. Obecnie w Polsce ocenia się tylko 2 wskaźniki (umieralność okotoporodowa wczesna - płodów i noworodków oraz zgony matek) z rekomendowanych 17.

### SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

#### Dostęp do poradnictwa w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego

W Polsce dostęp do poradnictwa w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego dla kobiet i mężczyzn jest zagwarantowany w ramach usług świadczonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z zapisem ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. Nr 111, poz. 653, z późn. zm.).



Usługi te zapewniają kobietom opiekę zdrowotną obejmującą specjalistyczne świadczenia zdrowotne z zakresu ginekologii i położnictwa - są to dwa rodzaje świadczeń: porada ginekologiczno-położnicza i porada ginekologiczno-położnicza dla dziewcząt. W ramach tych porad jest zapewniania w szczególności opieka w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym dobór właściwych środków antykoncepcji w publicznej służbie zdrowia.

W praktyce jednak znakomita część populacji kobiet w wieku reprodukcyjnym korzysta z porady ginekologiczno-położniczej w ramach niepublicznych gabinetów ginekologicznych na terenie całej Polski. Istnieją również poradnie ginekologiczno-położnicze dla dziewcząt finansowane ze środków publicznych funkcjonujące głównie w dużych miastach na terenie kraju, przeważnie przy uniwersytetach medycznych. Przykładem jest Poradnia Ginekologiczna dla Dziewcząt w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, Poradnia Ginekologiczna dla Dziewcząt w Poznaniu przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego, Poradnia dla Dziewcząt przy Szpitalu Kolejowym w Katowicach czy we wrocławskim Regionalnym Centrum Ginekologii Dziewczęcej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu. Zapewniają dziewczynkom, nastolatkom i młodym kobietom dostęp do kompleksowych usług ginekologicznych, w tym specjalistyczną pomoc dla małoletnich ofiar gwałtów i molestowania seksualnego. Brakuje tego typu placówek publicznych w małych miastach i na wsi. Problem stanowi dostęp do porady ginekologiczno-położniczej dla dziewcząt w wieku 15-18 lat (i poniżej), która w Polsce jest niemożliwa bez zgody rodzica/opiekuna.

### **Badania przesiewowe i leczenie chorób przenoszonych drogą płciową**

Aktualnie Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje następujące badania przesiewowe w zakresie zdrowia reprodukcyjnego:

- Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy i populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi;
- Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2014-2017;
- Program - zapobieganie zakażeniom HCV.

Zalecenia Forum Komisji Europejskiej (Think Tank) dotyczące zdrowia seksualnego rekomendują prowadzenie badań przesiewowych w przypadku: zakażeń chłamydią, rzeżączką, zapaleniem wątroby typu B (HBV), zapaleniem wątroby typu C (HCV), wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz kiłą.

W Polsce nie wykonuje się badań przesiewowych na obecność Chłamydia trachomatis. Faktyczna liczba przypadków chorób przenoszonych drogą płciową w Polsce nie jest znana i prawdopodobnie znacznie przewyższa liczbę odnotowanych zakażeń. Zakażenie Chłamydia trachomatis jest bardzo powszechne. Jest

główną dającą się zapobiec przyczyną niepłodności. Bezobjawowa lub nierozpoznana/nieleczona postać chlamydiozy jest uznanym czynnikiem etiopatogenetycznym niepłodności szyjkowej i jajowodowej.

Do najczęstszych chorób przenoszonych drogą płciową występujących w Polsce należą kolejno: zakażenia genitalnymi typami ludzkich wirusów brodawczaka (HPV), opryszczka narządów płciowych, nierzęzączkowe zapalenie cewki moczowej (NGU), rzeżączka, kiła, chlamydioza oraz zakażenie HIV. W 2010 roku zgłoszono 817 zachorowań na wszystkie postaci kiły. Kiłę w czasie ciąży i porodu stwierdzono u 22 kobiet. W 2010 zarejestrowano 274 zachorowania na rzeżączkę. Nierzęzączkowe zapalenia cewki moczowej i narządu rodnego NGU rozpoznano u 778 osób. Od 1 stycznia 2009 roku obowiązuje Ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 5 grudnia 2008 r. (Dz.U. Nr 234, poz. 1570), która przywróciła bezpłatne diagnozowanie, leczenie wraz z podawaniem leków, kontrolę po leczeniu dla wszystkich chorych na kiłę i rzeżączkę - również nieubezpieczonych.

Niepokój budzi monitorowanie zakażeń przenoszonych drogą płciową w populacji osób młodych. Przykładowo zakażenia narządów płciowych u dziewcząt, w tym zakażenia przenoszone drogą kontaktu seksualnego, są istotnym problemem w ginekologii, gdyż często występują u dorastających dziewcząt i młodych kobiet. Stanowią jedną z najczęstszych przyczyn wizyt ambulatoryjnych w poradni ginekologicznej dla dziewcząt w każdym przedziale wiekowym. Etiopatogeneza zakażeń narządów płciowych u dziewcząt jest uzależniona w głównej mierze od wieku, schorzeń ogólnoustrojowych, profilu hormonalnego, a także aktywności seksualnej. Polityka państwa dotycząca zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową powinna jednak uwzględnić społeczny charakter chorób przenoszonych drogą płciową i zapewnić środki finansowe konieczne do szeroko zakrojonych badań diagnostycznych i działań edukacyjnych

### **Młodzieżowe poradnie zdrowia seksualnego**

W Polsce funkcjonują nieliczne młodzieżowe poradnie oferujące dostęp do informacji, poradnictwa i usług z zakresu zdrowia seksualnego. Poradnie Towarzystwa Rozwoju Rodziny funkcjonują nadal w Opolu, Wrocławiu i Zielonej Górze, czyli wyłącznie w dużych miastach. Dostęp do specjalisty ginekologa oferują jedynie placówki we Wrocławiu i Opolu. W Warszawie usługi w zakresie informacji i poradnictwa dla młodzieży w zakresie zdrowia seksualnego prowadzi Grupa Edukatorów Seksualnych PONTON oraz Strefa Młodzieży SWPS, która funkcjonuje w ramach sieci we Wrocławiu, Poznaniu, Sopocie i Katowicach.

Pozostałe organizacje pozarządowe swoją działalność ograniczają jedynie do informacji i poradnictwa w wybranych dużych miastach i są to: SPUNK w Łodzi, Grupa Edukatorów Seksualnych przy Poradni Zdrowia Psychoseksualnego BEZ TABU dla Trójmiasta, Grupa Nawigator przy Fundacji Falochron w Krakowie i Stowa-

rzyszenie na rzecz profilaktyki i Edukacji Seksualnej TUNA w Stargardzie Gdańskim. Brak jest tego typu placówek poza wymienionymi miastami i na wsi.

Badanie z roku 2007 pt. „Cele i zadania ośrodka ginekologii i andrologii wieku rozwojowego w aspekcie medycznym, psychologicznym, pedagogicznym i socjologicznym” prowadzone przez Klinikę Ginekologii Katedry Ginekologii i Perinatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu wykazało, że:

- Lęk przed brakiem zrozumienia ze strony dorosłych sprawia, że młodzież (24% dziewcząt i 14% chłopców) nie podejmuje się rozwiązywania niektórych swoich problemów, a pragnienie ich rozwiązania wyraża 30% badanej młodzieży;
- 59% badanej młodzieży uważa, że poradnia zajmująca się problemami młodzieżowymi, rodzinnymi i seksualnymi powinna odgrywać rolę: informacyjną, edukacyjną, poradnictwa i leczenia.

Niestety w ostatnich latach Narodowy Fundusz Zdrowia nie ogłaszał konkursów na pokrycie świadczeń zdrowotnych dotyczących zdrowia seksualnego dla młodzieży, a jedynie konkursy w zakresie wyspecjalizowanego poradnictwa seksuologicznego. Brak funduszy publicznych na ten cel skutkuje brakiem dostępu do poradnictwa w tym zakresie.

#### **Dostęp do usług w zakresie leczenia niepłodności**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego (Dz.U. Nr 140, pozycja 1143 z późn. zm.), leczenie niepłodności w Polsce jest finansowane ze środków publicznych. W początkowym okresie rozporządzeniem jednak nie objęto wszystkich metod leczenia niepłodności. Dostęp do poradnictwa położniczego i ginekologicznego, w tym do badań laboratoryjnych i procedur diagnostycznych w ramach świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 111, poz. 653, z późn. zm.), jest finansowany ze środków publicznych.

Do roku 2013 ze środków publicznych finansowano w Polsce następujące metody leczenia niepłodności:

- Zachowawcze leczenie farmakologiczne;
- Leczenie chirurgiczne;
- Proste techniki rozrodu wspomaganego (inseminacja).

Od roku 2013 Minister Zdrowia ustanowił program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016. Program został ustanowiony na podstawie artykułu 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)

W ramach programu przewiduje się finansowanie zaawansowanych technik rozrodu wspomaganego medycznie (ART) dla 15 tysięcy par na łączną sumę 247 199 500 złotych. Przez zaawansowane techniki rozrodu wspomaganego medycznie rozumie się:

- zapłodnienie *in vitro*;
- mikroiniekcje plemnika do komórki jajowej;
- mikroiniekcje plemnika z użyciem plemników uzyskanych podczas biopsji najądrza.

W ramach projektu finansowane jest poradnictwo i testy genetyczne służące diagnostyce ryzyka wystąpienia wad rozwojowych lub chorób i zaburzeń zależnych od identyfikacji czynnika genetycznego u jednego lub obojga rodziców. Kluczowym wyzwaniem dla medycyny wspomaganego rozrodu jest zwiększenie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia za pomocą ART. Brakuje badań epidemiologicznych, które odpowiadałyby na pytanie, jakie jest w Polsce zapotrzebowanie na leczenie niepłodności metodą ART. Zasadniczym czynnikiem ograniczającym jest nadal bariera finansowa.

Do lutego 2016 roku w wyniku rządowego programu *in vitro* urodziło się 3500 dzieci. Należy zwrócić uwagę na fakt, że dopuszczenie do realizacji projektu Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016 ze środków Ministra Zdrowia nie gwarantuje kontynuacji programu w latach następnych, czyli po 2016 roku.

### Usługi w zakresie planowania rodziny

W Polsce Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży już w preambule wskazuje, że uznaje prawo do odpowiedzialnego decydowania o posiadaniu dzieci oraz nakłada na państwo obowiązek umożliwienia podejmowania decyzji w tym zakresie. Jednocześnie ustawa przyjmuje jako naczelną zasadę normatywną stwierdzenie, że życie jest fundamentalnym dobrem człowieka, a troska o życie i zdrowie należy do podstawowych obowiązków państwa, społeczeństwa i obywatela.

Przepis art. 2 ust. 2 ustawy stanowi, iż organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie swoich kompetencji określonych w przepisach szczególnych, są obowiązane zapewnić obywatelom swobodny dostęp do metod i środków służących dla świadomej prokreacji. Należy jednak zaznaczyć, że korzystanie z tego dostępu nie będzie pełne, jeżeli nie będzie temu towarzyszyła odpowiednia edukacja dotycząca zasad świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa oraz w zakresie wiedzy o życiu seksualnym człowieka.

Przepisy Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027,

z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. Nr 111, poz. 653, z późn. zm.) zapewniają kobietom opiekę zdrowotną obejmującą specjalistyczne świadczenia zdrowotne z zakresu ginekologii i położnictwa. W ramach tych porad jest zapewniana w szczególności opieka w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym dobór właściwych środków antykoncepcji.

Powyższy zapis ustawowy, czyli porada ginekologiczno-położnicza dla dziewcząt, nie jest realizowany w odniesieniu do świadomego planowania prokreacji.

W Rzeczypospolitej Polskiej zarejestrowane są obecnie i dostępne nowoczesne środki antykoncepcyjne będące produktami leczniczymi bądź wyrobami medycznymi. Co do zasady, dostępne w Polsce leki antykoncepcyjne nie są finansowane ze środków publicznych.

Jednakże, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2012 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, objęte refundacją w 2012 r. były m.in. następujące preparaty lecznicze: Microgynon 21 (Schering AG), Rigidon (Jenapharm), Stedril 30 (Wyeth). Produkty te znalazły się na listach refundacyjnych ze względu na zastosowanie w leczeniu czynnościowych zaburzeń miesiączkowania i bolesnym miesiączkowaniu, jednak mają również działanie antykoncepcyjne. Po roku 2010 r. do grupy preparatów dołączono Levomine.

Z dostępnych danych wynika, że najczęściej wybieraną metodą zapobiegania ciąży w Polsce w grupie kobiet stosujących antykoncepcję jest prezerwatywa (54,4%) oraz tabletki antykoncepcyjne (30%).

### **Dostęp do bezpiecznych usług medycznych w zakresie przerywania ciąży**

Zgodnie z art. 4a Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży dostęp do bezpiecznych usług medycznych jest możliwy, w przypadku gdy:

- Ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej;
- Badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu;
- Zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

Do przerywania ciąży wymagana jest pisemna zgoda kobiety. W przypadku małoletniej lub kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie jest wymagana pisemna zgoda jej przedstawiciela ustawowego. W przypadku małoletniej powyżej 13 roku życia wymagana jest również jej pisemna zgoda. W przypadku małoletniej poniżej 13 roku życia wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego, a małoletnia ma prawo do wyrażenia własnej opinii.

W przypadku kobiety ubezwłasnowolnionej całkowicie wymagana jest także pisemna zgoda tej osoby, chyba że na wyrażenie zgody nie pozwala stan jej zdrowia psychicznego. W razie braku zgody przedstawiciela ustawowego do przerwania ciąży wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego. W przypadkach, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu przerwanie ciąży jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej. Gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego przerwanie ciąży jest dopuszczalne, jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni.

Lekarz ma prawo do odmowy wykonania zabiegu przerwania ciąży, powołując się na tzw. klauzulę sumienia. Jednocześnie lekarz ma obowiązek wskazać innego lekarza, który podejmie się wykonania zabiegu. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w rozdziale 8 wprowadziła nowe prawo pacjenta - prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza.

Z roku na rok obserwuje się w Polsce wzrost liczby zabiegów przerywania ciąży, w 2012 r. zarejestrowano (łącznie z danymi z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych) 757 zabiegów przerwania ciąży, to jest o 88 zabiegów więcej niż w 2011 r. W związku z zagrożeniem życia lub zdrowia kobiety ciężarnej wykonano 51 zabiegów przerwania ciąży. W wyniku przeprowadzonego badania prenatalnego, wskazującego na duże prawdopodobieństwo ciężkiego nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, wykonano 705 zabiegów. Odnotowano 1 przypadek przerwania ciąży wskazujący, że ciąża była wynikiem czynu zabronionego.

Przedmiotowe dane z przyczyn obiektywnych, tj. z uwagi na pozaprawny charakter tego zjawiska, nie uwzględniają liczby zabiegów przerwania ciąży dokonanych w sposób niezgodny z prawem.

Jak wynika z fragmentu sprawozdania z wykonania ustawy, dostępne dane na temat przerywania ciąży w Polsce dotyczą głównie liczby przeprowadzonych oficjalnie zabiegów przerwania ciąży oraz najgroźniejszego powikłania tego zabiegu - zgonu matki. W ostatnich latach w Polsce nie prowadzono badań, które dąłyby odpowiedź na pytania: kim są kobiety, u których przeprowadzono zabieg przerywania ciąży? jaki mają wiek, wykształcenie, status ekonomiczny? jakie stosowały metody planowania rodziny? jakie były przyczyny przerywania ciąży? jaki problem w Polsce stanowi przerwanie ciąży u nastolatek? Nie prowadzono też badań oceniających dostępność metod i środków służących świadomej prokreacji w Polsce.

### **Prawo każdej osoby do uzyskiwania informacji i usług (w tym zakup środków antykoncepcyjnych) bez konieczności posiadania recepty**

W Polsce, zgodnie z zapisem ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, o ochronie płodu i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego są zobowiązane do zapewnienia obywatelom swobodnego dostępu do metod i środków służących dla świadomej prokreacji (art. 2 ust. 2).

Oznacza to, że każdy obywatel ma prawo do uzyskania informacji, poradnictwa i usług z zakresu planowania rodziny i zdrowia reprodukcyjnego w celu ochrony swoich praw reprodukcyjnych. Obecnie hormonalne środki antykoncepcyjne nie są finansowane ze środków publicznych. Jednakże, zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2012 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 listopada 2012 r., (tj. ostatnim wykazem refundacyjnym wydanym w 2012 r.), objęte refundacją w 2012 r. zostały wybrane leki, które mają również działanie antykoncepcyjne i są to: Levomine, Microgynon 21, Rigevidon oraz Stediril 30.

Należy zaznaczyć, że fakt nieobjęcia refundacją nowoczesnych hormonalnych środków antykoncepcyjnych powoduje niedostępność tych środków dla wielu kobiet, a w konsekwencji przekreślenie możliwości faktycznej realizacji zagwarantowanych przez ustawę uprawnień.

W tym warto podkreślić, że w Polsce nie ma możliwości zakupu hormonalnych środków antykoncepcyjnych bez recepty (wyjątek stanowi dopuszczony w styczniu 2015 środek antykoncepcyjny elleOne (typu day after/morning after pill), działający do 5 dni po stosunku, ok. 120 godzin). Uzyskanie recepty na antykoncepcyjne środki hormonalne każdego rodzaju wymaga wizyty u ginekologa zarówno w publicznej, jak i niepublicznej służbie zdrowia. Średni czas oczekiwania na wizytę w Polsce to miesiąc, a recepty wystawiane są wyłącznie na okres do pół roku. Bez recepty dostępne są m.in. środki plemnikobójcze w postaci globulek dopochwowych oraz prezerwatywy, a także od stycznia 2015 roku - pigułka elleONE (day after, Pharma). Ustawa nie reguluje kwestii zgody na poradę antykoncepcyjną i ewentualne przepisanie środków hormonalnych, dostępnych na receptę w przypadku osoby małoletniej. Obowiązują więc w tym zakresie ogólne zasady odnoszące się do zgody niepełnoletniego pacjenta na badanie lub inne świadczenie zdrowotne zawarte w ustawie o zawodzie lekarza z dnia 5 grudnia 1996 r. Przedstawiona regulacja prawna rodzi wiele wątpliwości wśród lekarzy i prawników. Często się bowiem zdarza, że niepełnoletnia dziewczyna nie chce, żeby jej rodzice dowiedzieli się o tym, że rozpoczęła już współżycie seksualne, a równocześnie pragnie ustrzec się ciąży, co również w ocenie

lekarza ginekologa, do którego przyszła jako pacjentka, leży w jej dobrze rozumianym interesie. Lekarze mają wątpliwości, czy w takiej sytuacji, mogą udzielić jej świadczenia zdrowotnego np. w postaci porady antykoncepcyjnej bez zgody rodziców albo bez zgody sądu.

Warto nadmienić, że ostatnich latach nie prowadzono w Polsce badań, które oceniałyby dostępność metod i środków służących świadomej prokreacji.

### **Integracja polityki dotyczącej zdrowia seksualnego z polityką ochrony przed przemocą seksualną**

W Krajowym Programie działania na rzecz Równego Traktowania na lata 2013-2016 zapisano cele i kluczowe działania w obszarze „Przeciwdziałanie przemocy”, w tym przemocy w rodzinie i zwiększenie ochrony osób doświadczających przemocy.

Cel 1.2 dotyczy przeciwdziałania przemocy seksualnej i zakłada:

- Zmianę ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553) w zakresie trybu ścigania przestępstw określonych w Rozdziale XXV tj. art. 197, art. 198 i art. 199 §1 oraz art. 185a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 89, poz. 555) w zakresie trybu przesłuchań osób doświadczających przemocy seksualnej na etapie postępowania przygotowawczego i podczas rozprawy do 2014 r.;
- Wypracowanie procedury postępowania służb medycznych, policji i prokuratury wobec osób doświadczających przemocy seksualnej mającej na celu przeciwdziałanie ich wtórnej wiktymizacji do 2014 roku;
- Prawne umocowanie procedury postępowania służb medycznych, policji i prokuratury wobec osób doświadczających przemocy seksualnej do 2014 roku;
- Przeprowadzenie szkoleń skierowanych do służb medycznych, policji i prokuratury z zakresu stosowania procedury wskazanej w pkt. 2. do 2015 roku;
- Zainicjowanie debaty publicznej na temat wyłączenia konieczności zgody na badanie oraz inne świadczenia medyczne przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej w sytuacji, gdy jest ona ofiarą przemocy seksualnej do 2014 r.

Odpowiedzialność za integrację polityki na rzecz zdrowia seksualnego z działaniami na rzecz ochrony przed przemocą i wykorzystaniem seksualnym wziętą na siebie Pełnomocnik Rządu do spraw Równego Traktowania we współpracy z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych, Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Sprawiedliwości, Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, Policją, Rzecznikiem Praw Pacjenta i wybranymi organizacjami pozarządowymi.

Wypracowanie procedury postępowania służb medycznych, policji i prokuratury wobec osób doświadczających przemocy seksualnej mającej na celu przeciwdziałanie ich wtórnej wiktymizacji oraz prawne jej umocowanie jest w trakcie realizacji.



## EDUKACJA SEKSUALNA

### Edukacja seksualna w szkole

Zgodnie z art. 4 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży w podstawie programowej kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół wprowadzone są treści dotyczące wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz o metodach i środkach świadomej prokreacji. Wskazane powyżej treści zostały wprowadzone przez realizację przedmiotu Wychowanie do życia w rodzinie.

Sposób realizacji tego przedmiotu określa rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz.U. Nr 67, poz. 756, z późn. zm.).

Edukacja seksualna realizowana w ramach przedmiotu Wychowanie do życia w rodzinie (WDŻ) nie jest przedmiotem obowiązkowym i jej realizacja zależy od decyzji rodziców. Zajęcia nie podlegają ocenie i nie mają wpływu na promocję ucznia do klasy programowo wyższej ani na ukończenie szkoły przez ucznia. Podstawa programowa zakłada realizację programu w klasach 5. i 6. w szkole podstawowej oraz 1.-3. w szkole gimnazjalnej i 1.-3. w szkole ponadgimnazjalnej. Według danych Systemu Informacji Oświatowej procent uczniów uczęszczających na zajęcia edukacyjne WDŻ w pierwszym semestrze roku szkolnego 2012/2013 wahał się od 37% w liceach ogólnokształcących (rok wcześniej było to 36%) do 72,95% w szkołach podstawowych (rok wcześniej 71%) i 75,17% w gimnazjach (rok wcześniej 74%). Natomiast liczba etatów nauczycieli uczących przedmiotu WDŻ na przelocie 2013/12014 w sumie wynosiła 2638,62 w szkołach wszystkich typów.

Fakt realizacji przedmiotu WDŻ od momentu jego wprowadzenia jest przedmiotem toczącej się debaty społecznej zarówno w Sejmie, jak i w mediach. Obserwuje się wzmożone zaangażowanie rodziców o poglądach tradycyjnych co do sposobu realizacji przedmiotu, szczególnie po prezentacji Standardów edukacji seksualnej WHO.

W 2014 roku Ministerstwo Edukacji Narodowej podjęło decyzję o realizacji ogólnopolskiego badania potrzeb i oczekiwań młodych dorosłych oraz rodziców dzieci w wieku szkolnym w odniesieniu do edukacji seksualnej, zlecając to zadanie Instytutowi Badań Edukacyjnych. W 2014 roku zostały przeprowadzone dwa badania ilościowe: metodą IDI i debat deliberatywnych. Niemal 60% osiem-

nastolatków odpowiedziało, że zajęcia WDŻ były organizowane w ich szkole podstawowej i bardzo zbliżony odsetek - w szkole ponadgimnazjalnej. Z kolei w gimnazjach dostępność zajęć WDŻ była dużo większa: 90% respondentów podało, że były one prowadzone w ich gimnazjum. Ponad jedna trzecia uczestniczących w nich uczniów sygnalizowała, że tematy zajęć nie odpowiadały ich potrzebom, a sposób prowadzenia był nudny. Blisko 4/5 osiemnastolatków było zdania, że zajęcia dotyczące rozwoju psychoseksualnego i seksualności człowieka w gimnazjum powinny być obowiązkowe dla wszystkich.

### **Szkolenia w dziedzinie zdrowia seksualnego dla pracowników służby zdrowia, nauczycieli, pracowników socjalnych i innych specjalistów w tej dziedzinie**

Szkolenia w dziedzinie m.in. zdrowia seksualnego dla nauczycieli prowadzących w Polsce zajęcia z przedmiotu WDŻ są prowadzone między innymi przez Ośrodek Rozwoju Edukacji (ORE) - jednostkę podległą Ministrowi Edukacji Narodowej oraz inne ośrodki edukacyjne w Polsce, w tym liczne szkoły wyższe np. Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Warszawski, Podyplomowe Studia Wychowania Seksualnego, Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Warszawski; Katedra Seksuologii, Poradnictwa i Resocjalizacji, Wydział Pedagogiki, Socjologii i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski. Jest bardzo prawdopodobne, że zakres szkoleń ze zdrowia seksualnego dla nauczycieli WDŻ, prowadzonych przez ORE, w tym lokalne ośrodki doskonalenia nauczycieli i inne instytucje edukacyjne zajmujące się przygotowaniem kadr nauczycielskich do prowadzenia przedmiotu WDŻ, wymaga aktualizacji i ponownego opracowania efektów uczenia z podziałem na wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne/postawy, jakimi powinny się legitymować dzieci i młodzież szkolna (odbiorcy przedmiotu WDŻ). Przykładem instytucji prowadzącej takie szkolenia nieodpłatnie na zlecenie Ministerstwa Edukacji Narodowej jest Dolnośląskie Centrum Psychoterapii we Wrocławiu. Szkolenia dotyczą m.in. zdrowia seksualnego osób niepełnosprawnych. Większość szkoleń specjalistycznych w tym obszarze jest odpłatna i prowadzą ją placówki niepubliczne.

Szkolenia z zakresu zdrowia seksualnego dla pracowników służby zdrowia są prowadzone w ramach szkolenia podyplomowego lub dodatkowo płatnych kursów specjalistycznych, natomiast szkolenia dla pracowników socjalnych i innych specjalistów w tej dziedzinie są prowadzone lokalnie i najczęściej nieregularnie.

### **Działania edukacyjne w zakresie zdrowia seksualnego skierowane do lokalnej społeczności z uwzględnieniem grup wykluczonych**

W Polsce mają miejsce nieliczne działania skierowane do lokalnych społeczności w zakresie zdrowia seksualnego nie mające jednak cech działań strate-

gicznych/ogólnopolskich. Prawdopodobnie są one związane z brakiem środków finansowych na ich realizację. W zasadzie można wymienić kilka przykładów lokalnych inicjatyw z obszaru edukacji seksualnej i są to np.:

- Realizacja programu badawczego pt. Można razem. Rodzice jako realizatorzy szkolnego programu profilaktyki wczesnego rodzicielstwa. Program był prowadzony przez Uniwersytet Zielonogórski w Zielonej Górze;
- Ramowy program Wychowania do Życia w Rodzinie Miasta Białegostoku zaopiniowany przez Radę Programową ds. Wspierania Rodziny Miasta Białegostoku z 7 maja 2014 r., zgodny z podstawą programową i obligatoryjny do realizacji w szkołach publicznych na terenie miasta Białystok. Program opracowany przez Uniwersytet Białostocki. Program nie uwzględnia specjalnych dróg dotarcia do grup wykluczonych;
- Innym przykładem działań lokalnych była realizacja programu pt. Nie taki ginekolog straszny - spotkania dla dziewcząt w Klinice INVICTA Gdańsk. Program skierowany był do uczennic szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w wieku 15-18 lat. Jego celem było propagowanie zdrowego stylu życia oraz uświadamianie roli lekarza ginekologa w opiece zdrowotnej kobiety.

## Spółeczeństwo i kultura

Nie ma spójnej informacyjnej polityki państwa na rzecz zmiany norm społecznych w stosunku do grup zagrożonych wykluczeniem z uwzględnieniem różnych obszarów dyskryminacji. Realizacja kampanii informacyjnych ogólnopolskich skierowanych do społeczeństwa mających na celu zmianę norm społecznych i stereotypowych poglądów jest zależna od dostępności środków publicznych dedykowanych na ten cel. Wiele inicjatyw to inicjatywy akcyjne, oddolne, poszczególnych organizacji pozarządowych finansowe z dotacji, grantów lub środków unijnych.

Jedną z instytucji publicznych systematycznie realizującą kampanie informacyjne w Polsce jest Krajowe Centrum ds. AIDS. Krajowe Centrum ds. AIDS jest agendą działającą w imieniu Ministra Zdrowia od 1993 r. Misją Krajowego Centrum ds. AIDS jest koordynowanie zadań mających na celu zapobieganie HIV i zwalczanie AIDS, przy uwzględnieniu najnowszych trendów epidemiologicznych w naszym kraju i w regionie oraz aktualnych potrzeb społecznych, w tym: profilaktyki zakażeń HIV i zapewnienia odpowiedniego dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS, poprawy jakości życia w sferze psychospołecznej osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich, zapewnienia szerokiego dostępu do diagnostyki oraz leczenia ARV, poprawy jakości i dostępu do diagnostyki i opieki medycznej nad ludźmi żyjącymi z HIV/AIDS oraz osobami narażonymi na zakażenie HIV, a także ograniczenia zakażeń HIV wśród dzieci. Centrum

w swoich działaniach urzeczywistnia ideę wielopłaszczyznowego partnerstwa. Dokumentem nadrzędnym określającym politykę państwa w odniesieniu do epidemii HIV/AIDS jest rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.

W 2012 roku z funduszy publicznych realizowało kampanię „Zrób test na HIV”. Kampania koncentrowała się na promowaniu wykonywania w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) testów, które są anonimowe, bezpłatne oraz połączone z poradnictwem okołotestowym. Kontynuowano także działania na rzecz profilaktyki ARV zakażeń wertykalnych matka - dziecko. Głównym celem wymienionych kampanii był wzrost świadomości społecznej zarówno w odniesieniu do ryzyka transmisji wertykalnej HIV z matki na dziecko, jak i konieczności kontroli ryzykownych zachowań seksualnych. Centrum aktywnie realizowało również unijną kampanię społeczną dotyczącą profilaktyki zakażeń HIV pt. „Fair Play”. W ostatnim okresie w Polsce realizowana była również kampania informacyjna „Seks w Twoim mieście” skierowana do grupy MSM. Kampania realizowana była w kilku ośrodkach w Polsce wyłącznie ze środków organizacji pozarządowych i miała na celu zmianę stereotypów w odniesieniu do różnych orientacji seksualnych.

Przykładem organizacji pozarządowej aktywnie działającej na rzecz zwalczania dyskryminacji, a także edukacji społeczeństwa w zakresie prawa antydyskryminacyjnego, zmiany norm społecznych oraz upowszechniania wiedzy na ten temat jest Polskie Towarzystwo Prawa Antydyskryminacyjnego (PTPA).

W ramach działalności PTPA m.in. zrealizowano takie projekty jak:

- „Masz prawo do równego traktowania” - poradnictwo prawne dla osób i rodzin zagrożonych dyskryminacją;
- „Koalicja na rzecz równych szans” do której należy około 60 organizacji pozarządowych skupiająca organizacje z wszystkich obszarów zagrożonych wykluczeniem (ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę i orientację seksualną);
- „Prawnicy na rzecz równości”. Lokalne platformy współpracy.

Jako przykład działań lokalnych można wymienić również Lekarską Poradnię Specjalistyczną Towarzystwa Rozwoju Rodziny z Wrocławia oraz Poradnię Baby Vita, które w okresie 2012-2014 zrealizowały liczne lokalne projekty, w tym kulturowo wrażliwe kampanie informacyjne skierowane do lokalnej społeczności, mające na celu zmianę stereotypów w odniesieniu do różnych grup społecznych:

- Nieformalna edukacja antydyskryminacyjna przeciwdziałaniem rasizmowi, ksenofobii i homofonii;
- Bezpieczna integracja;
- Sztuka tolerancji - nieformalna edukacja antydyskryminacyjna (realizacja 1 kwietnia 2013 - 31 grudnia 2013 r.);
- Coaching tolerancji - nieformalna edukacja obywatelska 2014.

W Polsce obowiązuje Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. (Dz.U. Nr 254, poz. 1700, z późn. zm.) o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania, która porządkuje sytuację prawną i niektóre przepisy prawne związane z zasadą równego traktowania, a także wskazuje organy odpowiedzialne za realizację zasady równego traktowania, określając, że są nimi Rzecznik Praw Obywatelskich zgodnie z ustawą z dnia 15 lipca 1987 r. (Dz.U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147, z późn. zm.) oraz Pełnomocnik Rządu do spraw Równego Traktowania.

Narzędziem do realizacji prawa antydyskryminacyjnego w Polsce jest Krajowy Program Działań na Rzecz Równego Traktowania. Krajowy Program jest dokumentem, który opracowuje Pełnomocnik Rządu do Spraw Równego Traktowania. Program ten wyznacza średniookresowe cele i narzędzia polityki rządu na rzecz równego traktowania i stanowi podstawę realizacji zadań państwa w zakresie równego traktowania oraz niedyskryminacji.

## Przeciwdziałanie używaniu substancji psychoaktywnych

### Profilaktyka uzależnień

oznacza świadome działanie nastawione na jednostki lub grupy społeczne mające na celu ograniczanie rozmiarów używania lub nadużywania substancji psychoaktywnych oraz zapobieganie różnorodnym problemom z tym związanym zanim one wystąpią.

Przez substancje psychoaktywne rozumiemy najczęściej:

- napoje zawierające alkohol etylowy;
- wyroby tytoniowe zawierające nikotynę;
- nielegalne substancje chemiczne określane jako narkotyki;
- niektóre leki, np. leki nasenne;
- niektóre substancje chemiczne codziennego użytku np. kleje lub rozpuszczalniki;
- tzw. nowe substancje psychoaktywne nazwane potocznie dopalaczami.

Do problemów związanych z używaniem i nadużywaniem substancji psychoaktywnych zaliczamy uzależnienia i inne szkody zdrowotne (np. zatrucia, infekcje, zaburzenia psychiczne) oraz inne niepożądane konsekwencje np. wypadki, samobójstwa, przestępstwa, konflikty, zaniedbywanie dzieci i obowiązków rodzinnych, przemoc domową, akty agresji, problemy w relacjach z innymi,

problemy w nauce i inne destrukcyjne lub szkodliwe czyny popełniane pod wpływem substancji psychoaktywnych oraz w związku z nimi.

Profilaktyka uzależnień polega na:

- eliminowaniu lub redukowaniu wpływu znaczących czynników ryzyka używania lub nadużywania substancji psychoaktywnych;
- lub ich osłabianiu/kompensowaniu poprzez wzmacnianie czynników chroniących.

W Polsce obowiązuje podział substancji psychoaktywnych na trzy główne grupy:

- alkohol, opiaty, leki uspokajające i nasenne (działające głównie rozluźniająco, uspokajająco, nasennie);
- kanabinoły i inne substancje halucynogenne, lotne rozpuszczalniki (działające głównie euforycznie, powodujące omamy, urojenia);
- kokaina i inne substancje stymulujące, nikotyna (działające pobudzająco, podwyższające nastrój).

Wśród substancji psychoaktywnych wyodrębniono szereg grup, przyjmując jako kryteria podziału: powszechność stosowania, powodowanie problemów zdrowotnych oraz społecznych, sposób przyjmowania. Klasyfikacja ICD-10 wyróżnia zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane przyjmowaniem następujących substancji psychoaktywnych (F10.2 - F19.2): alkoholu, opiatów, kanabinoli, leków uspokajających i nasennych, kokainy, innych niż kokaina substancji stymulujących, w tym kofeiny, substancji halucynogennych, tytoniu, lotnych rozpuszczalników, używaniem kilku substancji psychoaktywnych lub innych substancji niż wyżej wymienione.

Dopiero w latach 80. w Polsce zaczęto traktować narkotyki jako poważny problem społeczny, czego rezultatem było uchwalenie 13 stycznia 1985 roku pierwszej w Polsce ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Przyjęto w niej profilaktyczno-leczniczy model zapobiegania narkomanii, nie kryminalizując, np. posiadania substancji kontrolowanych.

Przemiany lat 90. wpłynęły także na charakter sceny narkotykowej, doprowadzając do uchwalenia 24 kwietnia 1997 roku nowej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Regulowała ona kwestię leczenia substytucyjnego, a także kryminalizowała posiadanie substancji kontrolowanych, z wyjątkiem nieznacznych ilości przeznaczonych na własny użytek. Ten wyjątek dotyczący niewielkich ilości nie znalazł się w kolejnej wersji ustawy z października 2000 roku. W 2010 roku wprowadzono do ustawy pojęcie środków zastępczych. W nowelizacji ustawy z 2011 roku wprowadzono zapis o możliwości umorzenia postępowania przez prokuraturę w przypadku posiadania niewielkich ilości narkotyku na własny użytek, jednak nie jest ono w żadnym wypadku obligatoryjne. Nałożyła

ona także na prokuraturę obowiązek zbierania informacji na temat uzależnienia podejrzanego.

Obecnie obowiązuje w Polsce Ustawa z dnia 24 kwietnia 2015 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2015 r. Poz. 875).

Do funkcjonujących ustaw minister zdrowia wydał rozporządzenie, które w sposób specjalny traktowały placówki udzielające pomocy osobom z problemem narkotykowym.

Placówki udzielające pomocy osobom z problemem narkotykowym to:

- Poradnie Leczenia Uzależnień;
- Punkty Konsultacyjne;
- Oddziały/poddziały detoksykacyjne;
- Ośrodki rehabilitacyjne;
- Oddziały dziennej terapii uzależnień;
- Placówki prowadzące badania w zakresie HIV/AIDS, hostele/mieszkania readaptacyjne, programy substytucyjne.

W 1993 roku Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, którego głównym zadaniem jest podejmowanie działań na rzecz ograniczania popytu na narkotyki. Do 1999 roku podstawowa działalność Biura obejmowała nie tylko zadania w zakresie profilaktyki narkomanii, lecz również finansowanie leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych w placówkach i ośrodkach prowadzonych przez organizacje pozarządowe. Zapisy znowelizowanej w 2001 roku Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii poszerzyły zakres jego zadań o koordynowanie wszelkich działań podejmowanych na rzecz ograniczania popytu na narkotyki oraz o monitorowanie realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Przystąpienie Polski do Unii Europejskiej wiązało się z przyjęciem obowiązków związanych z aktywnym działaniem w ramach Wspólnoty. Oznaczało to między innymi uczestnictwo w procesie wymiany informacji i podejmowania decyzji na poziomie unijnym oraz współuczestnictwo w wypracowywaniu kierunków polityki antynarkotykowej Unii. Przyjęciu dorobku prawnego Unii towarzyszyło powołanie do życia instytucji odpowiedzialnych za realizację zadań będących wspólnym obowiązkiem państw członkowskich. Realizując powyższe wymagania, Polska przyjęła krajową strategię przeciwdziałania narkomanii, spójną ze strategią i planem działania Unii; powołano Radę ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, działające jako główny punkt kontaktowy dla Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (ang. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA) i współpracujące z siecią punktów kontaktowych REITOX w krajach członkowskich Unii.

## Kampanie społeczne

Kampania społeczna to jedna z najskuteczniejszych form zwrócenia uwagi na problem i zarazem najszersza forma komunikowania się ze społeczeństwem. Pełni jednocześnie ważną rolę edukacyjną i jest istotnym uzupełnieniem realizowanych działań profilaktycznych. Zjawisko narkomanii jako problem społeczny stale monitorowane jest na wielu płaszczyznach. Wyniki badań i monitoringu dostarczają danych koniecznych do reagowania na zmieniające się potrzeby. Dzięki temu możliwe jest zdefiniowanie problemu i określenie celów działań profilaktycznych dla wybranej grupy docelowej, co stanowi fundament kampanii społecznej.

- Pierwsze działania mające charakter kampanii udało się podjąć Krajowemu Biuru dopiero w 2000 roku, a pierwszym adresatem kampanii „Znajdź czas dla swojego dziecka” zostali rodzice i opiekunowie. Dla utrwalenia przekazu zarówno ta kampania, jak i kolejne prowadzone były zwykle w cyklach dwuletnich.
- „Narkotyki? Na co mi to?” to pierwsza w Polsce kampania, która promuje wśród młodzieży właściwe przekonania na temat używania narkotyków. Kampania była prowadzona pod honorowym patronatem Ministra Zdrowia. Ambasadorem kampanii został wielokrotny mistrz świata w konkurencjach szybowniczych - Sebastian Kawa.
- Kampania „Pilnuj Drinka” trwała w latach 2007-2008. Została zainicjowana z powodu coraz częściej występującego zjawiska wykorzystywania substancji odurzających w celach przestępczych i związanych z tym wydarzeń o często tragicznych skutkach. Ofiarami tych przestępstw bywają najczęściej kobiety. Substancje te zostały nazwane „pigułkami gwałtu”.
- „Dopalacze mogą Cię wypalić - Poznaj fakty” - pod takim hasłem Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii prowadzi akcję profilaktyczo-edukacyjną mającą uświadomić, jakie faktyczne zagrożenie dla młodych ludzi niesie używanie dopalaczy.

Rada Ministrów w 2011 r. przyjęła i opublikowała w formie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 roku „Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016”. (Dz. U. 2011 Nr 78, poz. 428). Cel główny nowego Krajowego Programu zdefiniowany został, podobnie jak w poprzednim Programie, jako „ograniczenie używania narkotyków i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych”. Realizowany będzie on w pięciu obszarach:

- Profilaktyki;
- Leczenia, rehabilitacji, ograniczania szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej;
- Ograniczenia podaży;



- Współpracy międzynarodowej;
- Badań i monitoringu.

Ważnym elementem, odróżniającym nowy Program od poprzedniego, jest zwiększenie nacisku na podnoszenie jakości programów profilaktycznych i kwalifikacji realizatorów tych programów. Krajowy Program promuje podejścia profilaktyczne znajdujące uzasadnienie w badaniach naukowych i poddane weryfikacji oraz procedurom ewaluacyjnym. Ważnymi zadaniami przewidzianymi do realizacji są działania związane z internetem, profilaktyką w miejscach wykonywania pracy oraz kampanie edukacyjne promujące postawy abstynencji. W dziedzinie leczenia, rehabilitacji, ograniczania szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej nowy Program kładzie główny nacisk na poprawę jakości życia osób używających narkotyków szkodliwie i osób uzależnionych. Osiągnięcie tego celu planowane jest poprzez profesjonalizację programów leczenia, poprawę wskaźnika retencji (pozostawania) pacjentów w programach terapeutycznych, zwiększenie dostępności leczenia substytucyjnego, rozwój programów redukcji szkód, zmniejszenie przypadków bezdomności i bezrobocia wśród osób używających narkotyków szkodliwie oraz osób uzależnionych.

Znaczącą zmianą w Krajowym Programie na lata 2011-2016 jest próba zapewnienia dostępu do leczenia substytucyjnego we wszystkich województwach dla co najmniej 25% osób uzależnionych od opiatów poprzez zwiększenie liczby programów i zapewnienie odpowiednich nakładów finansowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## Polityka i działania dotyczące zdrowia psychicznego

Przyjęta w 1948 r. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia określa zdrowie jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka. Ze względu na wieloznaczność i ogólnikowość terminu, pojęcie zdrowia psychicznego jest w różny sposób kategoryzowane i uściślane. Według Światowej Organizacji Zdrowia różnice kulturowe, subiektywne odczucia oraz rywalizujące ze sobą profesjonalne teorie wpływają na to, jak termin ten jest rozumiany. Jedynym aspektem, z którym zgadza się większość ekspertów jest to, że zdrowie psychiczne i zaburzenie psychiczne nie są do siebie przeciwstawne, czyli brak rozpoznanej choroby psychicznej nie musi oznaczać zdrowia psychicznego

Zdrowie psychiczne to:

- Zdolność do tworzenia i utrzymywania serdecznych relacji z innymi;
- Umiejętność pełnienia ról społecznych;
- Umiejętność zarządzania zmianami;

- Umiejętność rozpoznawania, akceptowania i przekazywania pozytywnych zachowań i opinii;
- Umiejętność radzenia sobie z negatywnymi emocjami np. smutkiem;
- Indywidualne poczucie wartości, kontroli i zrozumienia funkcjonowania wewnętrznego i zewnętrznego.

W Polsce dopiero w 1994 r. wprowadzono Ustawę o ochronie zdrowia psychicznego. Zawiera ona przepisy o postępowaniu wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz środkach ochrony jej praw i godności. Ustawa określa, czym jest ochrona zdrowia psychicznego, a także kto i na jakich zasadach udziela tej ochrony. Określa również zasady przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, szczególnie regulując zasady stosowania przymusu bezpośredniego, jak również zasady przyjmowania pacjenta psychiatrycznego na oddział bez jego zgody. W preambule ustawy uznano, że: „zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa”. Według ustawy ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej i samorządowej oraz powołane instytucje (art. 1). Ustawa zapewnia prawo udziału w działaniach na rzecz ochrony zdrowia psychicznego organizacjom pozarządowym, grupom samopomocy pacjentów i ich rodzin. Zakres ochrony zdrowia psychicznego obejmuje:

- Profilaktykę i zapobieganie;
- Leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi i ich wsparcie w naturalnej rodzinie i otoczeniu społecznym;
- Kampanie społeczne uczące zrozumienia i życzliwości dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania są planowane w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.

W celu monitorowania działań, opiniowania nowych rozwiązań i inicjowania badań oraz wdrożeń, ustawa powołuje Radę do spraw Zdrowia Psychicznego. Samorząd województwa zapewnia według potrzeb opiekę psychiatryczną, natomiast powiaty zapewniają usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi w domach pomocy społecznej. Dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym ustawa gwarantuje naukę i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze w szkołach, różnych placówkach i ośrodkach, w domu pomocy społecznej oraz w domu. Organy pomocy społecznej organizują na obszarze swojego działania oparcie społeczne (utrzymanie zdolności do samodzielnego życia, pomoc rodziny i organizacji, wsparcie materialne) dla osób z zaburzeniami psychicznymi (art. 8). Jako pomoc mieszkaniową ustawa wskazuje środowiskowe domy samopomocy, które są prowadzone przez gminę jako zadanie zlecone. Osoba chora psychicznie oraz upośledzona umysłowo otrzymuje bez opłat potrzebne produkty lecznicze i wyroby medyczne.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) wynika z zapisu art. 2 ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Dokumentem wprowadzającym NPOZP jest rozporządzenie Rady Ministrów z grudnia 2010.

W realizacji zadań, każde województwo i powiat opracowują własne programy ochrony zdrowia psychicznego. W NPOZP uznano za priorytetowe działania w następujących obszarach:

- Profilaktyka zaburzeń psychicznych;
- Zaburzenia depresyjne;
- Samobójstwa;
- Zaburzenia geriatryczne;
- Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu;
- Działania w odniesieniu do przewlekłych, nawracających zaburzeń psychotycznych i afektywnych.

Rozporządzenie określa ogólne cele i wskazuje zalecane nakłady na realizację NPOZP (bez budżetowego ich zabezpieczenia). Od roku 2011 tworzone są regionalne struktury programu, w tym najważniejsze dla realizacji NPOZP - wojewódzkie rady zdrowia psychicznego.

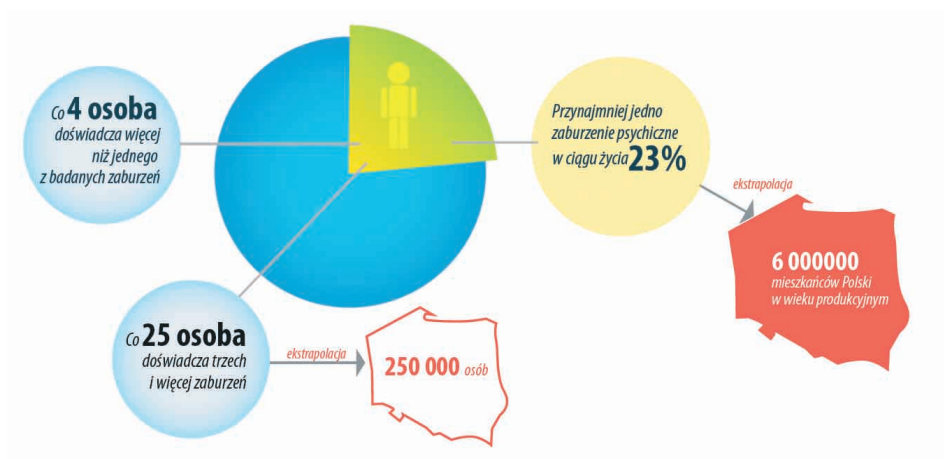
### **Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska**

W latach 2009-2012 przeprowadzono pierwsze w Polsce badanie epidemiologii zaburzeń psychiatrycznych i dostępności psychiatrycznej opieki zdrowotnej, obejmujące populację generalną - Badanie EZOP. Badanie objęło grupę dobranych losowo 10 000 dorosłych mieszkańców kraju w wieku 18-65 lat. Oceniano częstość występowania: zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzeń nastroju, zaburzeń nerwicowych (lękowych), zaburzeń kontroli impulsów i zachowań autodestrukcyjnych. Nie oceniano rozpowszechnienia zaburzeń psychotycznych i organicznych zaburzeń psychicznych.

W badaniu EZOP szacuje się, że liczba potencjalnych klientów systemu ochrony zdrowia psychicznego przekracza 6 milionów osób. Tylko 1/4 z nich korzysta obecnie z systemu ochrony zdrowia psychicznego (ryc. 11 i 12).

Działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego wg Ministerstwa Zdrowia powinny być podejmowane przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, osób starszych oraz wobec osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego. Są to w szczególności:

- Stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w szkołach, placówkach oświatowych, opiekuńczo-wychowawczych, resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych;



**Rycina 11.**

Badanie EZOP Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej - występowanie zaburzeń psychicznych w badanej populacji. Źródło: PSYCHIATRA ROK 3, zeszyt 3, maj 2015 (s. 5)

W Polsce mamy rocznie co najmniej 17 przypadków samobójstw na 100 tysięcy ludności – to jeden z wyższych wskaźników w Europie.  
Liczba samobójstw w Polsce rośnie:



Dane dotyczące samobójstw: [http://stat.gov.pl/cps/rde/xbrj/gus/\\_podst\\_inf\\_o\\_rozwoju\\_dem\\_pl\\_do\\_2013.pdf](http://stat.gov.pl/cps/rde/xbrj/gus/_podst_inf_o_rozwoju_dem_pl_do_2013.pdf)

**Rycina 12.**

Badanie EZOP Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej - wskaźnik samobójstw w Polsce na 100 tys. mieszkańców w latach 1970-2014. Źródło: PSYCHIATRA ROK 3, zeszyt 3, maj 2015 (s. 5)

- Tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim placówek poradnictwa psychologicznego, oraz placówek specjalistycznych, z uwzględnieniem wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego;
- Wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego;

- Rozwijanie działalności zapobiegawczej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez zakłady opieki zdrowotnej;
- Wprowadzanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programu przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem i opieką, zarządzaniem i organizacją pracy oraz organizacją wypoczynku;
- Prowadzenie badań naukowych służących umacnianiu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym;
- Uwzględnianie zagadnień zdrowia psychicznego w działalności publicznych środków masowego przekazu, a zwłaszcza w programach radiowych i telewizyjnych.

Organy administracji samorządowej mają obowiązek zapewnienia mieszkańcom, przebywającym na obszarze objętym ich właściwością miejscową, właściwą ochronę zdrowia psychicznego.

Główne kierunki niezbędne dla poprawy zdrowia psychicznego:

- Zmniejszenie obciążenia chorobami psychicznymi;
- Bardziej efektywne wykorzystanie zasobów;
- Poprawa funkcjonowania społecznego;
- Poprawa jakości kapitału społecznego.

Kierunki reformowania opieki psychiatrycznej:

- Opieka zintegrowana (zaufanie, komunikacja, koncentracja na pacjencie);
- Opieka środowiskowa;
- Zmiana finansowania;
- Edukacja prozdrowotna;
- Eliminowanie zagrożeń;
- Integracja opieki zdrowotnej i pomocy społecznej;
- Hospitalizacja - jedynie wtedy kiedy konieczna i jak najkrótsza.

## **Polityki przeciwdziałania przemocy w rodzinie**

Prawo do zdrowia i bezpieczeństwa, a także życia wolnego od przemocy jest podstawowym prawem każdego dziecka zapisanym w Deklaracji Praw Dziecka oraz ratyfikowanej przez Polskę Konwencji Praw Dziecka. Za przestrzeganie i egzekwowanie tego prawa odpowiedzialny jest Rzecznik Praw Dziecka.

### Przemoc wobec dziecka

wszelkie formy fizycznego lub emocjonalnego, lub seksualnego krzywdzenia, deprivacji potrzeb oraz zaniedbania dziecka, komercyjne lub inne wykorzystywanie dziecka skutkujące szkodą w jego zdrowiu lub zgonem, zaburzeniem rozwoju lub naruszeniem godności, w wyniku relacji, w której dorosły (często rodzic lub opiekun) wykorzystuje swoją siłę, władzę oraz zależność, zaufanie dziecka.

WHO, 2002

W 2011 r. wg danych Policji (na podstawie procedury Niebieskiej Karty) zjawiska przemocy domowej doświadczyło 32 098 dzieci w wieku 0-18 lat. Należy przy tym pamiętać, że wiele zdarzeń przemocy wobec dziecka jest nieujawnianych i nie są one odnotowywane w oficjalnych statystykach. Działania na rzecz przeciwdziałania przemocy wobec dziecka powinny być realizowane w społecznościach lokalnych, w środowisku życia dzieci - w rodzinie, żłobku, przedszkolu i szkole.

### Przestrzeganie praw dziecka w Polsce

W Polsce funkcjonuje konstytucyjny jednoosobowy organ władzy państwowej ustanowiony artykułem 72 ust. Konstytucji z 1997 roku, po raz pierwszy powołany w 2000 roku. Rzecznik stoi na straży praw dziecka określonych w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, Konwencji o Prawach Dziecka i innych przepisach prawa, z poszanowaniem odpowiedzialności, praw i obowiązków rodziców. Kieruje się dobrem dziecka oraz bierze pod uwagę, że naturalnym środowiskiem jego rozwoju jest rodzina. Rzecznik Praw Dziecka (RPD) prowadzi liczne działania w zakresie przeciwdziałania przemocy wobec dzieci.

Prowadzona jest także polityka informowania i edukowania dzieci w zakresie ich praw, zgodnie z Konwencją ONZ o Prawach Dziecka (np. strony internetowe RPD, Komitet Ochrony Praw Dziecka, UNICEF - informacja o dostępnej pomocy i wsparciu w formie infolinii dla dzieci - ofiar przemocy, „Niebieska Linia”).

Funkcjonujące w Polsce prawo zapewnia wsparcie dla dzieci - ofiar przemocy np.: asystowanie dzieciom podczas ich udziału w procesie sądowym, procedurach dochodzeniowych, sądowych, czyniąc te procedury bardziej przyjaznymi dzieciom i ochraniając dzieci przed wiktymizacją.

Prawo ochrony danych osobowych dziecka - ofiary przemocy reguluje Ustawa o ochronie danych osobowych, GIODO.

Funkcjonują także zapisy prawne regulujące ochronę dzieci mieszkających w instytucjach typu dom dziecka, ośrodki opiekuńczo-wychowawcze, rodziny zastępcze, przed wykorzystaniem lub zaniedbaniem ze strony dorosłych lub innych dzieci (systematyczna kontrola, monitorowanie i ewaluacja tych miejsc).

Przepisy, które wymagają udzielenia dziecku - ofierze przemocy - kwalifikowanej specjalistycznej pomocy, w tym pomocy psychologicznej to:

- Ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z dnia 13 lipca 2010 r., Nr 125, poz. 842);
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 stycznia 2011 r. w sprawie Zespołu Monitorującego do spraw Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie ( Dz. U. nr 28, poz. 146);
- Uchwała nr 76 Rady Ministrów z dnia 29 kwietnia 2014 r. w sprawie ustanowienia Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020 (M.RZ. 2014 poz. 445);
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 22 lutego 2011 r. w sprawie standardu podstawowych usług świadczonych przez specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, kwalifikacji osób zatrudnionych w tych ośrodkach, szczegółowych kierunków prowadzenia oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych wobec osób stosujących przemoc w rodzinie oraz kwalifikacji osób prowadzących oddziaływania korekcyjno-edukacyjne. (Dziennik Ustaw nr 50 poz. 259 z 8 marca 2011 r.);
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 3 czerwca 2011 r. w sprawie nadzoru i kontroli nad realizacją zadań z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie;
- Rozporządzenie Rady Ministrów z 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”.

Istnieją także specjalne, policyjne jednostki z przeszkolonymi policjantami kompetentnymi w komunikowaniu się z dzieckiem - ofiarą przemocy oraz stosującymi procedury przyjaznego przesłuchiwanie tych dzieci (Policyjne Wydziały ds. Nietletnich, Patologii i Profilaktyki, „niebieskie pokoje”, Koalicja na Rzecz Przyjaznego Przesłuchiwanie Dzieci koordynowana przez Fundację Dzieci Niczyje).

„Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie” wymaga od szkół powołania zespołu składającego się z pedagoga, psychologa, nauczycieli, uczniów, rodziców zajmującego się problemem przemocy w szkole i w rodzinie.

W programach nauczania w szkołach na temat zdrowia reprodukcyjnego, rozwoju seksualnego, zawarte są również treści na temat zapobiegania gwałtom, seksualnemu wykorzystaniu i przemocy „randkowej”, partnerskiej.

Krajowy program nałożył na szkołę obowiązek opracowania własnego programu przeciwdziałania przemocy, wykorzystania dziecka oraz zapewnienie psychologiczno-pedagogicznej pomocy dla dzieci - ofiar. W ramach tego programu

istnieje obowiązek nauczania i rozwijania kompetencji interpersonalnych (life skills) u uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych.

Wsparciem dodatkowym jest rozwinięta pomoc telekomunikacyjna dla dzieci, „Niebieska Linia”, pomoc telefoniczna, e-mailowa, gorąca linia, telefon zaufania, pogotowie telefoniczne itp.

Uchwalona przez rząd krajowa strategia przeciwdziałania krzywdzeniu dziecka, zawierająca określone cele, zadania, harmonogram ich realizacji i odpowiedzialność jest zawarta w Krajowym Programie Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie. Nakazuje on:

- Zbieranie danych umożliwiających ocenę skali i rozpowszechnienia występowania przypadków krzywdzenia dziecka;
- Zgłaszania przez osoby profesjonalnie pracujące z dziećmi przypadków podejrzenia krzywdzenia dziecka;
- Uruchomienie przez odpowiednie służby i/lub przedstawicieli odpowiednich instytucji procedur sprawdzenia, kontrolowania i monitorowania wszystkich przypadków zgłoszenia podejrzenia krzywdzenia lub zaniedbywania dziecka;
- Zapewnienia wszystkim dzieciom - ofiarom przemocy wsparcia w postaci wczesnej interwencji, leczenia, terapii i rehabilitacji;
- Zapewnienia sprawcom przemocy wobec dziecka wsparcia w postaci leczenia, terapii;
- Wspierania rodzin zagrożonych ryzykiem wystąpienia przemocy wobec dziecka.

## Zapobieganie przemocy wobec dzieci jako priorytet

Polskie prawo szczególnie chroni dzieci przed aktami przemocy. Poczynając od Konstytucji RP (Art. 72. Konstytucji RP), gdzie umieszczono zapis, że każdy ma prawo żądać od organów władzy publicznej ochrony dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem i demoralizacją. Dziecko pozbawione opieki rodzicielskiej ma prawo do opieki i pomocy władz publicznych. Istnienie (od 1997 r.) instytucji Rzecznika Praw Dziecka, który bardzo aktywnie promuje prawa dziecka, a także reaguje na wszelkie przejawy ich naruszania, świadczy o randze problemu i o traktowaniu go jako priorytetu. W ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie zapisy dotyczące dzieci są wyróżnione w oddzielnym artykule - 12.

Wiele organizacji pozarządowych i instytucji rządowych prowadzi kampanie edukacyjne wśród społeczeństwa (zarówno wśród dorosłych jak i nieletnich obywateli) mówiących o przestrzeganiu praw dzieci - szczególnie o ochronie dzieci przed przemocą. Istnieją telefony zaufania dla dzieci działające przy różnych podmiotach (np.: bezpłatny Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka 800 121 212 działający całodobowo; Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży Fundacji Dzieci Niczyje 116 111).



## Bezpieczne środowisko szkolne dla dziewcząt

W Polsce brak jest istotnych działań politycznych w dziedzinie równouprawnienia płci w edukacji jak również edukacji w zakresie zagadnień związanych z płcią. Istnieje specjalne poradnictwo zawodowe mające na celu zmianę tradycyjnych wyborów zawodu oraz prowadzone są działania polityczne i projekty dotyczące równouprawnienia płci w szkolnictwie wyższym. Bardzo aktywnie jest prowadzona kampania skierowana częściej do dziewcząt niż do chłopców i ma za zadanie zachęcić dziewczęta do wyboru zawodów związanych z techniką i naukami ścisłymi.

Choć istnieją interesujące indywidualne inicjatywy i projekty, brak jest ogólnych strategii narodowych zwalczających stereotypy związane z płcią w wyborze zawodu oraz inicjatyw zaadresowanych do chłopców.

## Równe prawa kobiet i mężczyzn

W roku 2000 promowanie równości płci i awansu społecznego kobiet zostało uznane za jeden z ośmiu Milenijnych Celów Rozwoju, światowych zobowiązań na rzecz harmonijnego rozwoju podjętych przez przywódców 189 państw, w tym także Polski. Jako sygnatariuszka Deklaracji Pekinńskiej oraz państwo członkowskie Unii Europejskiej, Polska zobowiązała się do stosowania zasady gender mainstreaming we wszelkich działaniach podejmowanych na szczeblu rządowym czy lokalnym. Po przełomie politycznym sytuacja kobiet uległa drastycznemu pogorszeniu. Fakt ten zbiegł się ponadto w czasie ze staraniami Unii Europejskiej i Organizacji Narodów Zjednoczonych o wyrównywanie statusu mężczyzn i kobiet.

Klauzule antydyskryminacyjne lub przepisy mające na celu zapobieganie dyskryminacji zostały zapisane w Ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych i Ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie przyznała, że przemoc w rodzinie stanowi nie tylko najbardziej spektakularny przykład łamania praw człowieka do życia, zdrowia, prywatności, godności i nienaruszalności integralności cielesnej oraz wolności, ale także stanowi istotną przeszkodę w korzystaniu przez kobiety z przysługujących im praw ekonomicznych, społecznych i kulturalnych. Zmiany Kodeksu karnego zaostrzają karę za przestępstwo zgwałcenia i rozszerzają zakres penalizacji za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności popełnione na szkodę małoletnich. Wspomnieć trzeba o ustawie o państwowej kompensacie przysługującej ofiarom niektórych przestępstw umyślnych oraz zmianach ustawy o cudzoziemcach mających na celu umożliwienie osobom pokrzywdzonym w związku z przestępstwem handlu ludźmi, rozważającym lub decydującym się na współpracę z wymiarem sprawiedliwości, zalegalizowania pobytu w Polsce.

Wprowadzone przepisy sprzyjają ochronie bezpieczeństwa tych osób oraz zapobiegają wtórnej wiktyimizacji.

Akty te, zazwyczaj wprowadzone do polskiego ustawodawstwa pod wpływem podjętych przez Polskę zobowiązań międzynarodowych, stworzyły w polskim prawie podwaliny lepszemu rozumieniu istoty dyskryminacji we wszystkich jej przejawach. Dotychczasowe wdrożenie standardów międzynarodowych nie zawsze było prawidłowe.

Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z 2010 roku włączyła pracowników ochrony zdrowia do systemowej ochrony osób doznających tego rodzaju przestępstwa (w tym kobiet). Istnieje procedura Niebieskiej Karty (NK) jako forma obowiązkowego zgłaszania osób wobec których istnieje podejrzenie, że doznają przemocy domowej. Istnieje także obowiązek (dotyczy lekarzy tzw. pierwszego kontaktu) wystawiania zaświadczeń (na specjalnym druku) na prośbę osoby będącej ofiarą aktu przemocy w rodzinie. Jednak pracownicy ochrony zdrowia nie są dostatecznie przygotowani do tych działań, co sprawia, że podejmują je stosunkowo rzadko. Raport Najwyższej Izby Kontroli z czerwca 2013 roku mówi o tym: „Najniższy odsetek przesyłanych do zespołów interdyscyplinarnych NK stanowiły pochodzące od przedstawicieli służby zdrowia”. W 14 objętych kontrolą ośrodkach pomocy społecznej przedstawiciele służby zdrowia ujawnili zaledwie cztery przypadki przemocy w rodzinie, przy czym trzy zostały ujawnione w jednej z jednostek. Lekarze wskazywali, że procedura NK jest bardzo czasochłonna, a wypełnienie druku może zajmować nawet ponad pół godziny.

W 2010 roku przyjęta została przez przedstawicieli Ministra Zdrowia, MSWiA, Ministra Sprawiedliwości, MPiPS, Komendanta Głównego Policji, Prokuratora Generalnego oraz organizacje pozarządowe pierwsza w Polsce procedura postępowania Policji i placówek medycznych z ofiarą przemocy seksualnej. Był to rezultat prac międzyresortowych w ramach Platformy działania „Stop przemocy seksualnej w Polsce”.

## Kampanie społeczne

Organizowane w Polsce kampanie społeczne, mające na celu zmianę świadomości społeczeństwa w kwestii przemocy w rodzinie i przemocy wobec kobiet są dosyć częste. Poza akcjami organizowanymi przez administrację rządową (szczególnie MPiPS oraz RPD) samorządy na szczeblu wojewódzkim, powiatowym czy gminnym przeprowadzają takie kampanie. Do tych działań włączają się organizacje pozarządowe o zasięgu ogólnokrajowym jak również lokalnym.

Oto przykłady takich działań:

- Kampanie MRPiPS:
  - „Strefa bezpiecznego rodzica”;  
(<http://www.strefabezpiecznegorodzica.pl/>)
  - „Zło powraca - nie krzywdź, a nie będziesz krzywdzony”;  
(<http://www.mpips.gov.pl/przeciwdzialanie-przemocy-w-rodzinie-nowa/ogolne/kampanie-spoleczne/>)
- Kampanie RPD:
  - „Bicie, czas z tym skończyć”;  
(<http://niedlabicia.pl/>)
  - „Bicie uczy, ale tylko złych rzeczy”;  
(<http://brpd.gov.pl/aktualnosci/bicie-uczy-ale-tylko-zlych-rzeczy>)
  - „Reaguj - Masz prawo”;  
([http://jakreagowac.pl/o\\_kampanii.html](http://jakreagowac.pl/o_kampanii.html))
  - „Podnieś rękę przeciwko biciu dzieci”;  
(<https://www.youtube.com/watch?v=WvCcyvq0xTM>)
  - „Bicie jest głupie”;  
(<https://www.youtube.com/user/BicieJestGlupie/videos>)
- Kampanie Organizacji Pozarządowych:
  - Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę;  
([http://fdds.pl/kategoria\\_oferty/kampanie-spoleczne/page/3/](http://fdds.pl/kategoria_oferty/kampanie-spoleczne/page/3/)):
    - „Dobry Rodzic - Dobry Start”;
    - „Dziadkowie i wnuki. Wspólna historia”;
    - „Dzieci nie są na sprzedaż”;
    - „Dzieciństwo bez przemocy”;
    - „Stop cyberprzemocy”;
    - „Słowa dają moc”;
    - „Zły dotyk”.
- Fundacja Centrum Praw Kobiet  
([http://www.mowimyjak.pl/newsy/fakty/kampania-przerwij-spektakl-przemocy-o-cochodzi,22\\_76095.html](http://www.mowimyjak.pl/newsy/fakty/kampania-przerwij-spektakl-przemocy-o-cochodzi,22_76095.html))
  - „Scena za ścianą. Przerwij spektakl przemocy”.

Samorządy corocznie organizują „16 Dni Przeciw Przemocy Wobec Kobiet”. I tak np. z inicjatywy warszawskiej Komisji Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie od 25 listopada (Międzynarodowy Dzień Eliminacji Przemocy Wobec Kobiet) do 10 grudnia trwać będą Dni Przeciw Przemocy Wobec Kobiet, w trakcie których będzie można skorzystać m.in. z bezpłatnych konsultacji prawnych, psychologicznych i socjalnych.

## **Społeczne wsparcie dla kobiet doświadczających w związkach przemocy**

Kobiety, wobec których członkowie rodziny stosują przemoc, mają prawo do różnych form pomocy, począwszy od wsparcia specjalisty po znalezienie bezpiecznego schronienia lub usunięcie sprawcy przemocy ze wspólnie zajmowanego mieszkania. Znowelizowana ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie określa obecnie sześć podstawowych form bezpłatnej pomocy, która przysługuje ofiarom przemocy w rodzinie. Zobligowane do tego podmioty mają obowiązek zapewnić:

- Poradnictwo medyczne, psychologiczne, prawne, socjalne, rodzinne i zawodowe;
- Interwencję kryzysową i wsparcie;
- Ochronę przed dalszym krzywdzeniem przez uniemożliwienie osobom stosującym przemoc korzystanie ze wspólnie zajmowanego mieszkania oraz zakaz kontaktowania się i zbliżania do osoby pokrzywdzonej;
- Znalezienie bezpiecznego schronienia w specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie;
- Przeprowadzenie badania lekarskiego, które ma ustalić przyczyny i rodzaje uszkodzenia ciała, co zostanie wskazane w specjalnym zaświadczeniu;
- Pomoc w uzyskaniu mieszkania dla osoby, która nie ma tytułu prawnego do zajmowanego wspólnie ze sprawcą przemocy lokalu.

Kobiety, w zależności od indywidualnej sytuacji, mogą skorzystać z każdej z tych form pomocy lub kilku jednocześnie. Pokrzywdzone kobiety w wyniku domowej przemocy mogą szukać wsparcia również w ogólnopolskich lub lokalnych organizacjach pozarządowych, które specjalizują się w przeciwdziałaniu domowej przemocy. Niektóre z nich realizują takie zadania na zlecenie jednostek samorządów oraz prowadzą dyżury telefoniczne dla potrzebujących pomocy. Do najważniejszych z nich należą: Fundacja Centrum Praw Kobiet, Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie Niebieska Linia, Fundacja Dzieci Niczyje, Komitet Ochrony Praw Dziecka, Stowarzyszenie na rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie Niebieska Linia.

## **Wymiar sprawiedliwości: identyfikacja obszarów wymagających poprawy**

Ministerstwo Sprawiedliwości w roku 2013, podobnie jak w latach poprzednich, realizowało zadania nałożone na nie we wszystkich podstawowych nurtach przewidzianych w Krajowym Programie Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie. Do podstawowych zadań Ministerstwa przewidzianych Programem należy:

- w zakresie działań uprzedzających (strategii edukacyjnych):
  - opracowanie oraz realizacja procedur ochrony prawnej i wsparcia psychologicznego dla świadków przemocy w rodzinie i ofiar przemocy w rodzinie;
  - przygotowanie pakietów szkoleniowych w zakresie przyczyn i skutków przemocy w rodzinie i przeprowadzenie szkoleń pracowników wymiaru sprawiedliwości;
- w zakresie działań interwencyjnych (strategii interwencyjnych):
  - izolowanie sprawców od ofiar na podstawie odrębnych przepisów (realizują sądy w ramach swoich ustawowych uprawnień);
- w zakresie działań wspierających (strategii terapeutycznych):
 

wzmocnienie ochrony ofiar przemocy w rodzinie przez:

  - realizację programów ochrony ofiar przemocy z udziałem Policji, prokuratury i kuratorów sądowych (wykonują sądy powszechne w ramach swoich ustawowych uprawnień);
  - zabezpieczenie odpowiednich warunków przesłuchań dzieci (przyjazne pokoje przesłuchań) oraz, w miarę możliwości, dorosłych - ofiar przemocy w rodzinie (realizują sądy oraz prokuratury);
- w zakresie działań korekcyjno-edukacyjnych skierowanych do sprawców przemocy w rodzinie:
  - wykonywanie przez sprawców przemocy w rodzinie prac społecznie użytecznych przy jednoczesnym uczestnictwie w programach korekcyjno-edukacyjnych (realizują sądy w ramach swoich ustawowych uprawnień).

### **Badania dotyczące przyczyn przemocy domowej i przemocy wobec kobiet oraz strategii ochrony ofiar i zapobiegania zjawisku**

Badania dotyczące skali zjawiska i przyczyn przemocy domowej przeprowadzane są regularnie. Ogólnopolskie badania prowadzone są najczęściej na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Rzecznika Praw Dziecka. Takie badania są także wykonywane lokalnie, w tym przez organizacje pozarządowe. Wyniki są publikowane w formie raportów. Polska jako kraj uczestniczy także w badaniach międzynarodowych, przeprowadzanych przez organizacje o zasięgu światowym lub europejskim.

Wśród badań przeprowadzonych w Polsce w latach 2010-2013 na zlecenie MPiPS, dotyczących problematyki przemocy domowej można wymienić m.in., takie jak:

- Diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie w Polsce wobec kobiet i wobec mężczyzn - badanie ogólnopolskie;
- Diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie w Polsce wobec kobiet i wobec mężczyzn - badanie profesjonalistów;

- Diagnoza dotycząca osób stosujących przemoc w rodzinie: przemoc w rodzinie z perspektywy dorosłej populacji Polski;
- Ogólnopolskie badanie profesjonalistów realizujących programy oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie;
- Diagnoza dotycząca osób stosujących przemoc w rodzinie: badanie uczestników programów oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych;
- Diagnoza dotycząca realizacji zadań wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie wykonywanych przez zespoły interdyscyplinarne/grupy robocze, a także realizacji procedury „Niebieskie Karty” w oparciu o rozporządzenie w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”;
- Ewaluacja lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie - doświadczenia dotyczące sposobów pomagania i nasilenia stresu pourazowego (PTSD) z perspektywy osób dotkniętych przemocą w rodzinie.

Wśród badań przeprowadzonych na zlecenie Rzecznika Praw Dziecka (2012-2015) można wymienić:

- Dzieci ofiary przemocy w rodzinie;
- Polacy wobec bicia dzieci;
- Przemoc w wychowaniu. Między prawnym zakazem a społeczną akceptacją.

Na zlecenie Rzecznika Praw Obywatelskich przeprowadzono w 2013 roku badanie:

- Przeciwdziałanie przemocy wobec kobiet, w tym kobiet starszych i kobiet z niepełnosprawnościami - analiza i zalecenia.

Jako przykład samorządu, który wykonuje sukcesywnie badania o tej tematyce można przytoczyć Warszawę, która w roku 2010, 2011 i 2014 przeprowadziła badania:

- Opinie warszawiaków na temat zjawiska przemocy w rodzinie.

Przykładem organizacji pozarządowych prowadzących badania jest Dajemy Dzieciom Siłę dawniej Fundacja Dzieci Niczyje. Niektóre z licznie prowadzonych badań (2010-2014) to:

- Wiktyimizacja dzieci i młodzieży w Polsce. Doświadczenia młodych Polaków;
- Komercyjne wykorzystywanie seksualne dzieci i młodzieży;
- Handel ludźmi i przestępstwa okołoprostytucyjne na szkodę małoletnich;
- Postawy wobec kar fizycznych i ich stosowanie;
- Bezpieczeństwo dzieci w Internecie;
- Ogólnopolska diagnoza problemu przemocy wobec dzieci.
- Seksting wśród polskiej młodzieży Być tatą.

## Współpraca z organizacjami międzynarodowymi i darczyńcami

Kontakty z międzynarodowymi organizacjami i wymiana dobrych praktyk jest szeroko rozpowszechniona. Przykładami jest wspólne uczestnictwo w konferencjach międzynarodowych, badaniach, a także w programach prowadzonych przez UE. Wymienić należy współpracę z takimi organizacjami jak: WHO, UNICEF, Rada Europy, Komisja Europejska. Udział w projektach międzynarodowych, których celem jest zapobieganie przemocy domowej i wobec kobiet, poprawa sytuacji osób doświadczających takich aktów przemocy, a także współpraca pomiędzy instytucjami państwowymi, samorządowymi i organizacjami pozarządowymi w celu przeciwdziałania zjawisku przemocy, świadczy o chęci podnoszenia standardów i dużej pracy wykonywanej przez poszczególne podmioty aby poprawić sytuację.

Przykładami takich programów międzynarodowych, z których dofinansowania korzystają polskie instytucje i organizacje są:

- program Unii Europejskiej „Zapobieganie i zwalczanie przemocy wobec dzieci, młodzieży i kobiet oraz ochrona ofiar i grup ryzyka - DAPHNE”;
- Norweski Mechanizm Finansowy oraz Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego (czyli tzw. fundusze norweskie i fundusze EOG).

## Polityki i programy dotyczące zapobiegania urazom

### Polityki i dokumenty o charakterze strategicznym bądź planistycznym

Zagadnienia związane z problematyką urazów i wypadków zawierają się w bardzo szerokim spektrum różnych dziedzin życia społecznego. Z tego powodu wspierane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz przez Unię Europejską (UE) podejście włączania zdrowia do wszystkich polityk (Health in all policies) ma szczególne znaczenie i dużą efektywność w ograniczaniu urazów będących negatywnymi skutkami zdrowotnymi wypadków. Przegląd ogólnokrajowych strategii odnoszących się do rozwoju kraju wskazuje, że kwestie wypadków i urazów są umiejscowione w tych dokumentach w ograniczonym zakresie.

Na przykład Strategia Rozwoju Kraju 2020, wśród swoich priorytetów ogranicza się do wypadków w transporcie i ochrony przeciwpożarowej (Cel I.3.3. Zwiększenie bezpieczeństwa obywatela).

Najważniejsza strategia w obszarze zdrowia publicznego - Narodowy Program Zdrowia 2007- 2015 w swoim celu strategicznym odwołuje się zaś do wypadków drogowych, wypadków w pracy oraz w szkole (cel strategiczny nr 5).

Z punktu widzenia zdrowia publicznego najważniejsze jest eliminowanie czynników ryzyka wypadków oraz urazów. Z tego powodu działania dotyczących prewencji urazów i wypadków w ramach sektora zdrowotnego można odnaleźć w strategiach związanych z przeciwdziałaniem uzależnieniom tj. w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016 oraz Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015, realizowanym przez agendy Ministra Zdrowia.

Oba programy pomimo że są dokumentami Rady Ministrów i dotyczą powiązanej tematyki nie wskazują na wzajemną koordynację działań w ramach przeciwdziałania wypadkom. „Program Przeciwdziałania Narkomanii” wskazuje tylko na problematykę wypadków drogowych natomiast „Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych” odnosi się do problematyki wypadków drogowych i przy pracy. Tematyka urazów i wypadków nie została zaś uwzględniona w ramach działań promowania zdrowia psychicznego ujętych w uchwalonym przez Radę Ministrów Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.

W ramach aktywności mających na celu ograniczanie liczby wypadków i ich skutków są wdrażane również inicjatywy o charakterze międzysektorowym. Najważniejszą z nich z punktu widzenia zdrowia publicznego jest „Narodowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego” 2013-2020 przyjęty przez Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (KRBRD), który wskazuje najważniejsze priorytety na rzecz poprawy bezpieczeństwa na drogach. Program zakłada walkę z nadmierną prędkością oraz poprawę bezpieczeństwa pieszych, rowerzystów i motocyklistów i w konsekwencji obniżenie o połowę liczby zabitych na polskich drogach, ograniczenie o 40% liczby ciężko rannych. Program wyszczególnia 4 obszary szczególnych działań: inżynieria, nadzór, edukacja oraz ratownictwo.

W dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy Rada Ministrów uchwaliła III etap programu wieloletniego „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy” w latach 2014-2016, który wskazuje działania mające się przyczynić do obniżenia liczby wypadków w miejscu zatrudnienia.

Podstawowym zadaniem programu jest opracowanie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych i technicznych oraz rozwój nowych wyrobów i technologii, które - wykorzystane w praktyce - przyczynią się do znacznego ograniczenia liczby zatrudnionych w warunkach niebezpiecznych dla zdrowia. Oczekuje się, że dzięki temu spadnie w stosunku do roku 2014 liczba wypadków przy pracy: śmiertelnych o 24%, a ciężkich o 33%. Program ten jest głównie koordynowany przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej oraz agendy zajmujące się bezpieczeństwem i higieną w pracy.

W kontekście działań dotyczących zmniejszenia liczby dzieci i młodzieży poszkodowanych w wypadkach na szczególną uwagę zasługuje uchwalony przez Radę Ministrów wielosektorowy rządowy program „Bezpieczna i przyjazna



szkoła”, który jest koordynowany przez Zespół Koordynacyjny w skład, którego wchodzi między innymi przedstawiciel resortu zdrowia i edukacji.

Głównym celem programu jest zwiększenie skuteczności działań wychowawczych i profilaktycznych na rzecz bezpieczeństwa i tworzenia przyjaznego środowiska w szkołach i placówkach. Cele szczegółowe to kreowanie zdrowego, bezpiecznego i przyjaznego środowiska szkoły i placówki w tym zapobieganie urazom i wypadkom.

Można zauważyć, że wszystkie wymienione wyżej inicjatywy nie wyczerpują pełnego zakresu problematyki zdrowia publicznego związanej z urazami i wypadkami. Problematyka ta jest dość często w Polsce stereotypowo utożsamiana głównie z wypadkami w transporcie i z wypadkami przy pracy. Według danych epidemiologicznych istnieje szeroki obszar innych rodzajów wypadków, które wymagają interwencji i długoletnich skoordynowanych programów jak np. wypadki w miejscu zamieszkania osób starszych, czy też wypadkowe zatrucia. Przyczyną niedocenienia wyzwań związanych z innymi rodzajami wypadków jest zapewne nieprecyzyjne zidentyfikowanie przez administrację potrzeb zdrowotnych oraz brak monitorowania rozpowszechnienia różnego rodzaju urazów i wypadków w populacji.

### **Organizacje i instytucje zajmujące się działaniami profilaktycznymi dotyczącymi urazów i wypadków**

W przypadku prewencji urazów i wypadków w Polsce podejście jest właściwie zawężone do kategorii wypadków drogowych. Na mocy ustawy Prawo o ruchu drogowym z dniem 1 stycznia 2002 została powołana KRBRD jako międzyresortowy organ doradczy i pomocniczy Rady Ministrów w sprawach dotyczących bezpieczeństwa ruchu drogowego.

Członkami KRBRD są między innymi przedstawiciele ministrów właściwych do spraw: administracji publicznej, budżetu, finansów publicznych, gospodarki, gospodarki przestrzennej i mieszkaniowej, oświaty i wychowania, środowiska, transportu, spraw wewnętrznych, pracy oraz Komendanta Głównego Policji, Komendanta Głównego Straży Pożarnej, Generalnego Dyrektora Dróg Krajowych. Zgodnie z zapisami ustawowymi KRBRD określa kierunki i koordynuje działania administracji rządowej w sprawach bezpieczeństwa ruchu drogowego. Trzeba też nadmienić, że Minister Zdrowia w ramach KRBRD pełni jedynie rolę doradcą.

Według danych epidemiologicznych liczba osób śmiertelnie poszkodowanych w wypadkach w transporcie stanowi 1/3 wszystkich osób, które ponoszą śmierć w wyniku wypadków w Polsce. Kompetencje w zakresie zapobiegania innym wypadkom niż w transporcie, czyli tworzenie bezpiecznego środowiska: mieszkania, pracy i wypoczynku są w Polsce rozdzielone pomiędzy dużą liczbę różnych

instytucji i służb realizujących różne zadania publiczne działających na różnych szczeblach administracyjnych i dotyczących odmiennych sfer życia. Współpraca poszczególnych instytucji publicznych i agend w zakresie przeciwdziałania innym wypadkom niż drogowe ma na ogół charakter doraźny i nie wynika z określonego jednolitego systemu, który miałby za zadanie koordynować działania wielu różnych instytucji w zakresie prewencji urazów i wypadków.

Najwięcej kompetencji w obszarze zapewniania bezpieczeństwa i prewencji wypadków jest skoncentrowanych w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, któremu podlega między innymi Policja, Straż Pożarna, ratownictwo górskie i wodne, zarządzanie kryzysowe. Ministerstwo Infrastruktury jest odpowiedzialne za sprawy związane z bezpieczeństwem transportu i infrastruktury. Bezpieczeństwo środowiska pracy znajduje się w kompetencjach Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, a badania w zakresie prewencji wypadków przy pracy są przypisane specjalnie powołanemu Centralnemu Instytutowi Ochrony Pracy (CIOP-PIB). W kontekście realizowania zadań mających na celu prewencję wypadków należy też wymienić państwowe inspekcje: pracy, sanitarną, farmaceutyczną, transportu drogowego oraz nadzoru budowlanego. Zapewnienie bezpieczeństwa produktów i zapobiegania wypadkom związanym z ich użytkowaniem leży w gestii Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta. Działalność edukacyjna w zakresie przeciwdziałania wypadkom jest wyodrębniona w ramach działalności obu ubezpieczycieli społecznych (ZUS oraz KRUS) jak i też w działaniach Ministerstwa Edukacji Narodowej. Pewne działania edukacyjne w tym kierunku realizują w sposób akcyjny służby publiczne takie jak: Państwowa Straż Pożarna, Policja, Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe Inspekcja Sanitarna oraz Inspekcja Pracy.

Ministerstwo Zdrowia inicjuje niektóre działania mające za zadanie zwiększenie bezpieczeństwa oraz zapobieganie wypadkom. Resort ten też odpowiadając za politykę zdrowotną, określa priorytety dotyczące działań prewencyjnych i naprawczych. Ministrowi Zdrowia podlega System Państwowego Ratownictwa Medycznego i jest on odpowiedzialny za funkcjonowanie opieki rehabilitacyjnej. Trzeba jednak dodać, że resort zdrowia nie wyodrębnia administracyjnie wyspecjalizowanej komórki w kompetencjach której należałaby koordynacja wszystkich wymienionych wyżej zadań.

### **Działanie systemów ratownictwa i rehabilitacji służące ograniczeniu szkód zdrowotnych i społecznych wywołanych przez urazy i wypadki**

Sprawnie, szybko działające i skoordynowane systemy ratownictwa stanowią kluczową rolę w procesie ograniczania negatywnych skutków zdrowotnych wywołanych przez urazy i wypadki. Trzeba przy tym podkreślić, że systemy te nie

są zobligowane statutowo do działań z zakresu promowania zdrowia. W Polsce są ustanowione dwa systemy ratownictwa podległe dwóm różnym resortom:

- Państwowe Ratownictwo Medyczne (znajdujące się w kompetencjach Ministra Zdrowia);
- Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy (znajdujący się w kompetencjach Ministra Spraw Wewnętrznych), który działa na trzech poziomach administracyjnych odpowiadających strukturze administracyjnej kraju.

Narodowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2013-2020 przyjęty przez KRBRD w ramach swoich priorytetów wyszczególnia konieczność lepszej integracji obu systemów w celu nie tylko lepszego zarządzania antykrzysowego, ale i również szybkiego reagowania na zagrożenia zdrowotne. Należy przy tym nadmienić, że oba resorty (spraw wewnętrznych i zdrowia) ściśle ze sobą współpracują w zakresie organizacji i koordynacji systemów ratownictwa. Organizacja Państwowego Ratownictwa Medycznego zakłada funkcjonowanie sieci tzw. Centrów Urazów, które mają być przygotowane na kompleksowe leczenie poszkodowanego. Jedno Centrum Urazowe standardowo powinno zabezpieczać świadczenia dla co najmniej 1 mln mieszkańców, którzy mieszkają w takiej odległości od centrum urazowego, która pozwala na dotarcie tam z miejsca zdarzenia w ciągu 1,5 godziny.

Zgodnie z art. 43 ustawy o Ratownictwie Medycznym Minister Zdrowia ma wydać w formie obwieszczenia standardy postępowania dla zespołów ratownictwa medycznego.

W kontekście redukcji szkód wywołanych przez urazy ważną rolę spełnia również system opieki rehabilitacyjnej. Zadaniem tej formy opieki jest nie tylko udzielanie świadczeń mających na celu przywrócenie sprawności, ale i również edukacja pacjenta mająca na celu profilaktykę zagrożeń zdrowotnych związanych z urazami. Tzw. polski model rehabilitacji cieszy się na świecie dużym prestiżem. Zgodnie z czterema kanonami tego modelu, zaakceptowanego na posiedzeniu Biura Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 1970 r., rehabilitację leczniczą powinna charakteryzować:

- Powszechność;
- Wczesność zapoczątkowania;
- Zespołowość (kompleksowość);
- Ciągłość.

Kontrola Najwyższej Izby Kontroli (NIK) „Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej” P/13/131 z 2014 roku zwróciła uwagę, że dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w Polsce systematycznie spada i jest nierównomierna.

Kontrolerzy zauważyli również, że nie wprowadzono prawnych standardów postępowania w rehabilitacji leczniczej, co stanowi istotną barierę w rozwoju

nowoczesnej rehabilitacji. Wymienione standardy powinny też zawierać elementy promocji zdrowia mające na celu zwiększenie świadomości na temat urazów i wypadków oraz podejmowania bezpiecznych zachowań.

## Podejmowanie kwestii społecznych uwarunkowań zdrowia

Analizy prowadzone w ramach projektów europejskich wskazują, że mimo szybkiej poprawy stanu zdrowia Polaków nierówności umieralności w przekroju dochodów czy wykształcenia są wyższe niż w krajach Europy Zachodniej i w okresie transformacji wzrastały.

Polska jest jednym z krajów Unii Europejskiej o najwyższych nierównościach umieralności i samooceny stanu zdrowia w przekroju grup wykształcenia. Według danych OECD przeciętna oczekiwana długość życia mężczyzn w wieku 30 lat jest o 12 lat wyższa dla osób z wyższym wykształceniem niż osób z wykształceniem podstawowym.

Mimo to nierówności stanu zdrowia w Polsce dopiero od niedawna są przedmiotem badań i publicznej debaty.

W ramach polityki zdrowotnej państwa najważniejszym dokumentem, w którym kwestia nierówności zdrowia jest akcentowana jest Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 (NPZ). Ponadto, problem nierówności zdrowia jest wyrażony w dokumentach strategicznych: Strategii Rozwoju Kraju (SRK), Strategii Sprawne Państwo (SPP), Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego (SRKL) realizowanych w ramach polityki spójności Unii Europejskiej. Należy podkreślić, że w dokumentach strategicznych problem nierówności stanu zdrowia nie zawsze wyrażony jest *explicite*. Niemniej jest on podnoszony w programach i działaniach z zakresu polityki społecznej, w tym w szczególności zwalczania ubóstwa, polityki aktywizacji społecznej i zawodowej oraz polityki edukacyjnej.

Strategia Rozwoju Kraju, formułując kluczowe wytyczne dla polityki państwa prowadzonej w ramach polityki spójności, podkreśla potrzebę działań na rzecz spójności społecznej zarówno w wymiarze terytorialnym, jak i zwalczania nierówności społecznych poprzez formułowanie programów skierowanych do grup narażonych na wykluczenie społeczne (w tym osób niepełnosprawnych) oraz ułatwianie dostępu do usług publicznych, w tym ochrony zdrowia.

Bezpośrednio problem nierówności zdrowia adresowany jest w Strategii Sprawne Państwo, w której jednym z celów operacyjnych jest dążenie do zmniejszania nierówności w zdrowiu i zwiększenia dostępu do świadczeń medycznych. Planowane działania w tym zakresie obejmują wdrożenie projektu pt. Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, w ramach którego planuje się diagnozę nierówności, opracowanie mapy potrzeb zdrowotnych grup podwyższonego ryzyka

zdrowotnego, wypracowania skutecznych programów działań z zakresu zdrowia publicznego kierowanych do tych grup oraz do samorządów terytorialnych, w których problem nierówności zdrowia jest najbardziej dotkliwy, a także prowadzenie szkoleń i kampanii informacyjne dotyczące problemu nierówności. Ponadto, w ramach Strategii planuje się prowadzenie działań skierowanych do grup szczególnej troski i wysokiego ryzyka zdrowotnego, w tym osób starszych narażonych na choroby neurodegeneracyjne, osób cierpiących z powodu chorób psychicznych oraz chorób cywilizacyjnych.

Istotne dla zwalczania nierówności zdrowia są również propozycje działań zawarte w Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego. Podnosi ona zarówno kwestie poprawy stanu zdrowia i efektywności systemu opieki zdrowotnej, jak i kwestie poprawy sytuacji osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz kwestie zwiększenia kapitału ludzkiego, a więc kompetencji i kwalifikacji obywateli. Wszystkie te aspekty są z punktu widzenia zapobiegania nierównościom zdrowia oraz niwelowania ich niestykanie istotne.

Poniżej przedstawione są zarówno zadania z zakresu NPZ dotyczące kwestii nierówności zdrowia, jak i najważniejsze działania mogące mieć wpływ na nierówności zdrowia z zakresu polityki społecznej i edukacyjnej państwa.

## **Narodowy Program Zdrowia**

Koncepcja i powołanie do życia Narodowego Program Zdrowia (NPZ) sięga początku lat 90. XX wieku, u swych źródeł odwołując się do nowych koncepcji nowego zdrowia publicznego (tzw. new public health) podkreślających, że promocja zdrowia może być skutecznym narzędziem utrzymania i poprawy stanu zdrowia populacji. Obecnie obowiązujący Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 jest trzecią edycją programu. Cele strategiczne programu zorientowane są na zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności Polaków na choroby stanowiące główne przyczyny zgonów oraz prewencja w tym zakresie. Ostatnim na liście celów strategicznych programów jest zmniejszenie nierówności społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji. Należy podkreślić, że w porównaniu z poprzednimi edycjami, element ten miał charakter nowatorski, będąc po raz pierwszy włączonym do Programu w 2007 r. Zamierzeniem twórców NPZ było stworzenie platformy międzysektorowych działań na rzecz poprawy stanu zdrowia i zmniejszenia nierówności zdrowia Polaków. Koordynację nad realizacją Programu powierzono Zespołowi Międzysektorowemu, w skład którego weszły Podzespoły problemowe ds. Dzieci, Młodzieży i Osób Starszych, ds. Komunikacji Społecznej, ds. Zniesienia Nierówności w Zdrowiu oraz ds. Współpracy z Samorządem Terytorialnym. W praktyce realizacji NPZ Zespół Międzysektorowy nie odgrywał w ostatnich latach istotnej roli w koordynacji działań podejmowanych w ramach programu. Wdrażanie NPZ odbywa się na poziomie

samorządu terytorialnego i nie ma charakteru obligatoryjnego. Monitoring realizacji zadań NPZ prowadzony przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny pokazuje, że większość jednostek samorządu terytorialnego (JST) jest zaangażowana we wdrażanie zadań z zakresu zdrowia publicznego wskazanych z NPZ. Najczęściej zadania te obejmowały przeciwdziałanie alkoholizmowi (87% JST sprawozdających realizację NPZ), co związane jest z nałożeniem na samorząd terytorialny ustawowych zadań w tym zakresie, oraz promowanie aktywności fizycznej (ponad 65% JST).

Jak wynika ze sprawozdań samorządy gminne i powiatowe znacznie rzadziej realizują zadania związane ze zmniejszeniem rozpowszechnienia palenia tytoniu, ale też opieki nad matką i dzieckiem czy zdrowiem osób starszych. Należy podkreślić, że najczęściej realizowane są programy, które bezpośrednio wspierane są regulacjami prawnymi i wynikającymi z nich środkami finansowymi przeznaczonymi na realizację programów bądź działaniami statutowymi samorządów terytorialnych. (np. przeciwdziałanie alkoholizmowi, żywienie dzieci z grup zagrożonych wykluczeniem społecznym). Jednocześnie nie prowadzono monitoringu programów i działań, jakie samorządy terytorialne prowadzą w zakresie przeciwdziałania nierównościom zdrowia.

## **Nierówności dostępu do opieki medycznej**

Jednym z istotnych czynników ryzyka występowania nierówności stanu zdrowia mogą być nierówności w dostępie do opieki medycznej.

Na dostęp do opieki medycznej ma bowiem wpływ objęcie podstawowym ubezpieczeniem zdrowotnym, ilość i rodzaj usług objętych podstawowym ubezpieczeniem zdrowotnym, dostęp przestrzenny do opieki medycznej, potrzeba i możliwości współpłacenia za usługi medyczne oraz jakość usług.

W Polsce stosunkowo dobrze oceniany jest dostęp do podstawowej opieki medycznej oraz opieki szpitalnej.

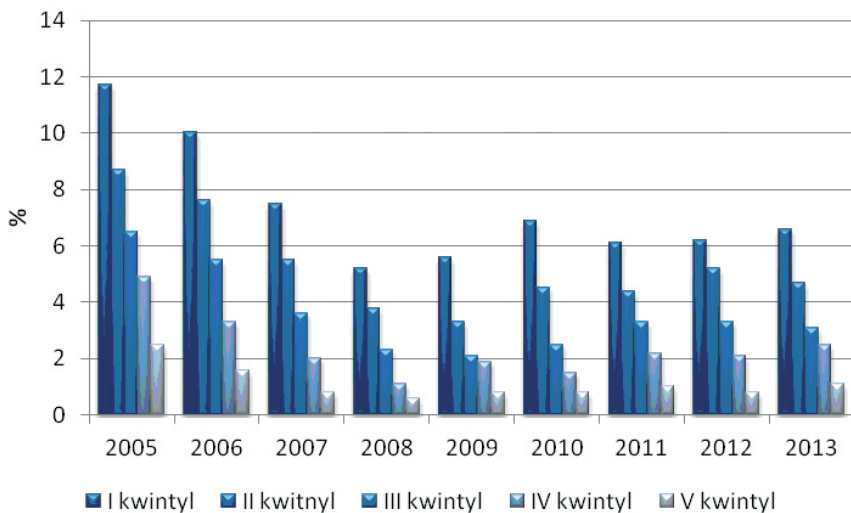
Badania GUS wskazują, że korzystanie z leczenia szpitalnego nie jest zróżnicowane w przekroju grup społeczno-ekonomicznych, natomiast wyraźnie związane jest z potrzebą medyczną i wzrasta wraz z wiekiem. Pozycja ekonomiczna ma znaczenie jedynie w przypadku pobytu w placówkach uzdrowiskowych. Wpływ na korzystanie z usług, zarówno szpitalnych jak i podstawowej opieki zdrowotnej może mieć natomiast miejsce zamieszkania. Mieszkańcy miast mają łatwiejszy dostęp i częściej korzystają z usług szpitalnych. Na terenach wiejskich natomiast korzystanie z usług szpitalnych jest mniejsze, a na 1 lekarza przypada większa liczba pacjentów niż w miastach.

Znacznie silniej zróżnicowany w przekroju zmiennych społeczno-ekonomicznych jest dostęp i korzystanie z usług specjalistycznych. Istotną barierą dostępu

jest długi czas oczekiwania na usługi medyczne oraz - w przypadku wybranych usług, np. dentystrycznych - ich wysoki koszt.

Poziom niezrealizowanych usług medycznych wprawdzie w ostatniej dekadzie się zmniejszył o połowę, jednak nierówności pomiędzy grupami dochodowymi są znaczne. W najwyższej grupie dochodowej poziom niezrealizowanych usług medycznych jest 5-krotnie niższy niż wśród osób najuboższych. Jednocześnie, najczęstszą przyczyną ograniczeń dostępu do usług medycznych wśród osób uboższych jest wysoki koszt usług.

Wśród osób w najwyższej grupie dochodowej jest to długi czas oczekiwania, przy czym w tej grupie niejednokrotnie usługi, które nie mogą być zrealizowane w sektorze publicznym, są realizowane w sektorze prywatnym, odpłatnie. Dla osób ubogich dostęp do usług świadczonych w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego jest niestychnie istotny, nie mają bowiem one możliwości realizowania potrzeb zdrowotnych na rynku usług prywatnych, a ograniczenia dostępności usług medycznych w tej grupie przyczyniają się do pogłębiania się nierówności stanu zdrowia (MPiPS) (ryc. 13)



**Rycina 13.**

Niezrealizowane usługi medyczne w przekroju dochodu. Źródło: Eurostat, EU-SILC: tsdph270

Przeciętny czas oczekiwania na usługi medyczne świadczone w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w ostatnich latach wydłuża się, będąc jednym z najdłuższych w krajach Unii Europejskiej.

W szczególności dotyczy to zabiegów ortopedycznych (np. wstawienia protezy stawu biodrowego), okulistycznych (np. operacji zaćmy) czy leczenia onkologicznego.

Z początkiem 2015 r. pod nazwą „pakietu kolejkowego i onkologicznego” wszedł w życie program rządowy mający na celu wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki chorób nowotworowych, skrócenie ścieżki diagnostycznej i zwiększenie dostępu do leczenia onkologicznego. Program ten wprowadzany jest jednak z oporami z uwagi na niedostateczne środki finansowe na jego realizację, braki w szkoleniach lekarzy pierwszego kontaktu oraz opory środowiska medycznego. Wskazuje się również, że skierowanie nakładów finansowych i pracy na diagnostykę onkologiczną, przy jednoczesnym wycofaniu środków na leczenie chorób przewlekłych, w tym schorzeń układu krążenia i cukrzycy, może przyczynić się do niekorzystnych efektów zdrowotnych wśród grupy osób cierpiących na te choroby.

Jednocześnie znaczenie dla poprawy dostępności leczenia i diagnostyki medycznej ma korzystanie ze środków polityki spójności, w ramach której dokonano w ostatnich latach znacznych inwestycji w dostęp do infrastruktury medycznej. Najważniejsze z inwestycji realizowanych w ostatnich latach dotyczą poprawy dostępu do ratownictwa medycznego poprzez rozbudowę sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz inwestycje w infrastrukturę medyczną, w tym w aparaturę diagnostyczną i terapeutyczną. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych jest również jednym z celów Strategii Sprawne Państwo 2020. W jej ramach planuje się działania nakierowane na poprawę dostępu do leczenia kardiologicznego, onkologicznego i transplantologicznego poprzez działania edukacyjne i informacyjne, rozbudowę i remont szpitali oraz zakup sprzętu medycznego i aparatury diagnostycznej dla wczesnej diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia i chorób nowotworowych, stanowiących główne przyczyny umieralności. Planowane są również inwestycje w tworzenie modelu koordynowanej opieki zdrowotnej usprawniającego proces udzielania świadczeń medycznych.

## POZIOM ŻYCIA

Jednym z ważniejszych czynników mających wpływ na poziom nierówności stanu zdrowia w krajach rozwiniętych są nierówności w poziomie życia (Marmot 2006).

### Nierówności dochodowe

W ciągu ostatniej dekady w Polsce obserwuje się wzrost dochodów realnych ludności, związany ze wzrostem płac oraz zmianami w strukturze źródeł dochodów gospodarstw domowych. Płace wzrastały w ostatnich latach niemalże stale, chociaż były wyższe i wzrastały z większą dynamiką w sektorze publicznym niż w sektorze prywatnym.

Warto podkreślić, że cechą charakterystyczną kształtowania się dochodów w Polsce jest wysoki poziom nierówności dochodowych. Nierówności w poziomie



życia mają negatywny wpływ na nierówności zdrowia, dostęp do edukacji i w efekcie nierówności kapitału ludzkiego.

Badania pokazują, że w większości rozwiniętych krajów poziom nierówności dochodowych w ostatnich dziesięcioleciach zwiększał się (OECD 2014). W Polsce nierówności dochodowe były na wysokim poziomie od początku lat 90. XX wieku aż do 2005 r.

W ostatnich latach obserwujemy jednak pozytywną tendencję nieznacznego zmniejszania się nierówności mierzonych wskaźnikiem Giniego, którego wartość zmniejszyła się z poziomu 35,6 w 2005 r. do poziomu 30,7 w 2013 r., zbliżając się do przeciętnego poziomu nierówności w krajach Unii Europejskiej (30,5).

Wśród przyczyn zmniejszania się nierówności dochodowych wskazuje się na politykę podatkową państwa oraz transfery społeczne.

Zmniejszanie się nierówności dochodowych nie następuje równomiernie, a zróżnicowanie dochodów ma wymiar przestrzenny. Poziom dochodu jest niemalże dwukrotnie wyższy w najbogatszym województwie mazowieckim niż w najuboższych województwach: podkarpackim i lubelskim.

Wśród istotnych barier rozwoju w województwach wschodniej Polski wskazuje się, przy wysokiej spójności i ciągłości kulturowej, mniejsze zdolności adaptacyjne, niższy poziom modernizacji i umiejętności niezbędnych do absorpcji i wykorzystania środków z programu polityki spójności UE.

Badania UNDP wykorzystujące kompozytowy wskaźnik jakości życia na poziomie regionalnym i lokalnym (powiatowym) - Local Human Development Index (LHDI) oraz analizy spójności społecznej wskazują również na znaczne zróżnicowania poziomu i jakości życia między terenami miejskimi i wiejskimi.

Istotą problemu nierównomiernego rozwoju jest koncentracja zasobów w aglomeracjach miejskich i znacznie niższy poziom rozwoju i dostępu do zasobów na terenach wiejskich. Wśród zasobów tych jest również gorszy dostęp do opieki medycznej, chociaż zjawisko suburbanizacji i zasiedlania terenów wiejskich przez osoby pracujące w miastach może mieć pozytywny wpływ na poprawę warunków życia i stanu zdrowia, między innymi poprzez dostęp do lepszej opieki zdrowotnej w miastach. Wśród czynników mających wpływ na poprawę warunków życia wskazuje się na dostęp do środków polityki spójności, jednak nie są one w stanie samodzielnie zapewnić równomiernego poziomu rozwoju, mimo że przyczyniają się do zwiększenia kapitału ludzkiego oraz poprawy dostępności infrastruktury na poziomie lokalnym.

## Ubóstwo

Poprawa poziomu dochodów ludności przyczyniła się do spadku poziomu ubóstwa dochodowego, zarówno w wymiarze absolutnym (progu interwencji socjalnej, a więc progu dochodowego dostępu do świadczeń pomocy społecznej), jak i relatywnym. Do spadku poziomu ubóstwa mierzonego progiem dostępu

do świadczeń pomocy społecznej i - w efekcie - spadku liczby osób pobierających świadczenia pomocy społecznej przyczyniła się decyzja o braku indeksowania progu interwencji socjalnej w latach 2005-2012 mimo wzrostu płac.

Jednocześnie jednak obserwuje się stałe obniżanie się poziomu ubóstwa relatywnego z 21,3% w 2005 r. do 17,3% w 2013 r. Główną przyczyną spadku poziomu ubóstwa w Polsce są zmiany na rynku pracy.

Ubóstwo w największym stopniu dotyka osoby wykluczone z rynku pracy (stopa ubóstwa wśród osób bezrobotnych wyniosła 43% w 2013 r.). Jak podawało MPiPS wraz ze spadkiem bezrobocia, poprawiły się warunki życia i nastąpił spadek ubóstwa, które obecnie dotyka mniejszą grupę bezrobotnych. Jednocześnie uelastycznienie rynku pracy, częstsze zatrudnienie na czas określony przyczynia się do powstania grupy tzw. „biednych pracujących” (working poor), a osoby pracujące na czas określony są znacznie bardziej narażone na depryzację materialną niż osoby pracujące na czas nieokreślony. Wśród osób zagrożonych ubóstwem znajdują się również osoby pracujące w rolnictwie oraz osoby niepełnosprawne, zagrożone nie tylko ubóstwem materialnym, ale też i wyłączeniem z życia społecznego ze względu na ograniczone możliwości pełnienia ról zawodowych, ale też i ograniczenia związane z dostępem do transportu i inne utrudnienia istniejące w przestrzeni publicznej (brak podjazdów, wind, informacji głosowych, itp.).

Od wielu lat grupą społeczną szczególnie zagrożoną ubóstwem, znacznie bardziej niż osoby dorosłe czy osoby starsze, są dzieci. Wynika to zarówno z gorszej pozycji młodych rodziców na rynku pracy, narażonych na bezrobocie bądź zatrudnienie na umowie czasowej, ale też i braku polityki państwa wspierającej rodziny z dziećmi.

W efekcie, jak podaje GUS, szczególnie zagrożone biedą są rodziny wielodzietne (stopa ubóstwa dla rodziców z trojgiem lub większą liczbą dzieci wynosi 37,3%) oraz osoby samotnie wychowujące dzieci (stopa ubóstwa 29,5%). Ubóstwo dzieci ma szczególne znaczenie z perspektywy nierówności stanu zdrowia, stanowiąc zagrożenie zdrowego rozwoju dzieci, tworząc ograniczenia dostępu do opieki medycznej czy leków, dostępu do dobrej jakości edukacji, wreszcie przyczyniając się do gorszej (uboższej w składniki odżywcze) diety.

Ubóstwo ma również wymiar terytorialny, kształtując się podobnie do mapy nierówności dochodowych. Najwyższe jest w regionach położonych na wschodzie kraju. Szczególnie zagrożeni biedą są mieszkańcy wsi i małych miast. Jednocześnie wśród mieszkańców małych miejscowości i na terenach wiejskich dwukrotnie częściej niż w miastach mieszkają rodziny wielodzietne (odpowiednio 25% i 12% rodzin). Gorszy jest też dostęp do zasobów, w tym opieki medycznej i edukacji.

Głównym instrumentem polityki państwa wobec problemu ubóstwa są świadczenia społeczne udzielane w ramach systemu pomocy społecznej oraz świadczeń

rodziny. Świadczenia z pomocy społecznej udzielane są osobom spełniającym kryterium niskiego dochodu oraz dodatkowe kryterium trudnej sytuacji społecznej. Świadczenia te mają charakter zarówno pieniężny jak i różnego rodzaju usług prowadzonych przez Ośrodki Pomocy Społecznej w ramach pracy socjalnej, niejednokrotnie nakierowanych na aktywizację społeczną i zawodową beneficjentów pomocy społecznej. Formą wsparcia kierowaną do rodzin ubogich, w tym rodzin z osobą niepełnosprawną są zasiłki rodzinne oraz świadczenia opiekuńcze. Zasiłek rodzinny przysługuje rodzinom spełniającym kryterium dochodowe, natomiast świadczenie opiekuńcze osobom potrzebującym stałej opieki w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji (zasiłek pielęgnacyjny), opiekunom osoby niepełnosprawnej (świadczenie pielęgnacyjne) oraz rodzinom o niskich dochodach, w których obowiązki opiekuńcze przyczyniają się do rezygnacji bądź niepodejmowania zatrudnienia (specjalny zasiłek opiekuńczy).

Zapobieganie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu jest również jednym z działań priorytetowych w ramach polityki spójności, zdefiniowanych w Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego. W latach 2007-2013 działania w tym zakresie prowadzone były w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL) i obejmowały między innymi programy aktywizacji społecznej dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, tworzenie spółdzielni socjalnych, Klubów i Centrów Integracji Społecznej (KIS i CIS), w których zatrudnienie znajdują osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, w tym osoby niepełnosprawne. Prowadzono też programy aktywizacji zawodowej skierowane do osób bezrobotnych, kierowano środki na wspieranie przedsiębiorczości, w tym przedsiębiorczości osób po 50 roku życia i przedsiębiorczości kobiet. W perspektywie lat 2014-2020 realizowany jest Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój nakierowany na wspieranie instytucji rynku pracy i pomocy społecznej w prowadzeniu działań skierowanych na włączenie społeczne grup zagrożonych ryzykiem wykluczenia społecznego czy wykluczenia z rynku pracy, w tym kobiet, osób niepełnosprawnych i osób po 50 roku życia.

### **Dostęp do edukacji**

Podstawowym warunkiem redukcji nierówności, zarówno stanu zdrowia jak i nierówności dochodowych jest inwestowanie w kapitał ludzki, a więc przede wszystkim w wykształcenie.

Zmiany w poziomie wykształcenia ludności dokonały się w ostatnich dwóch dekadach zarówno pod wpływem polityki edukacyjnej, jak i rosnących aspiracji społeczeństwa. W okresie transformacji zwiększył się dostęp do szkolnictwa na poziomie średnim i wyższym, w ostatnim przypadku w dużej mierze dzięki rozwojowi sektora szkolnictwa wyższego o charakterze prywatnym, w rezultacie czego zmniejszył się udział ludności z wykształceniem podstawowym, a zwiększył się

udział ludności z wykształceniem wyższym. Szczególnie wysoki jest odsetek ludności z wykształceniem wyższym w dużych aglomeracjach miejskich. Zmiany w strukturze wykształcenia przyczyniają się do poprawy jakości życia i korzystnych dla zdrowia zmian behawioralnych: przyjmowania bardziej świadomych, pro-zdrowotnych postaw, zdrowszej diety, podejmowania aktywności fizycznej.

W ostatnich latach nie bez znaczenia dla rozwoju umiejętności i poprawy poziomu życia było korzystanie ze środków europejskich POKL, w ramach którego prowadzono działania z zakresu uczenia ustawicznego, w tym realizowano szkolenia podnoszące kwalifikacje, wprowadzono ofertę modernizacji szkolenia zawodowego, organizowano staże i praktyki zawodowe dla studentów i uczniów. Analiza wskaźnika LHDI wskazuje, że inwestycje w umiejętności przyczyniają się do zwiększenia się dochodów, ale też i poprawy stanu zdrowia ludności.

### **Opieka żłobkowa i przedszkolna**

Dostęp do wczesnej edukacji, szczególnie wśród dzieci z grup zagrożonych wykluczeniem społecznym i ubóstwem jest istotnym warunkiem rozwoju kapitału ludzkiego. Jest również instrumentem ułatwiającym rodzicom powrót na rynek pracy i godzenie obowiązków wychowawczych i opiekuńczych z obowiązkami rodzinnymi (Topińska 2013).

W ostatnich latach podjęto w działania nakierowane na zwiększenie dostępu do opieki w pierwszych latach życia dzieci. Wprawdzie udział dzieci do lat 3 korzystających z opieki żłobkowej jest w Polsce bardzo niski w porównaniu z krajami Unii Europejskich (odpowiednio 3,1% w porównaniu z 14-15% na koniec 2011 r.), ale wzrasta.

W 2012 r. liczba placówek oferujących opiekę nad dziećmi do 3 roku życia podwoiła się, a udział dzieci objętych opieką wzrósł do 6%. Zgodnie z celem zapisanym w Strategii Rozwoju Zasobów Ludzkich, planuje się zwiększenie udziału najmłodszych dzieci objętych opieką do 33% do 2020 r. Podjęte w ostatnich latach inicjatywy ustawodawcze mają na celu wspieranie tej formy opieki między innymi poprzez poszerzenie możliwości prowadzenia instytucji opieki w formie klubów malucha i opiekuna dziennego oraz wsparcie finansowe dla żłobków i klubów malucha. Tworzenie żłobków, zarówno publicznych jak i niepublicznych, oraz klubów malucha jest wspierane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) w działaniach nakierowanych na godzenie życia zawodowego z obowiązkami rodzinnymi. MPiPS ogłosiło również specjalne programy wsparcia instytucji opieki nad dziećmi do 3 roku życia, w ramach których współfinansowane jest tworzenie nowych instytucji opieki. Najważniejsze z nich to działające od 2011 r. program „Maluch” oraz program „Świetlica-dzieci-praca” na rzecz wsparcia dzieci i rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym z powodu ubóstwa, nałogów czy innych problemów w rodzinie.

Zwiększa się również dostęp do opieki przedszkolnej, którą objęte są dzieci od 3 roku życia do osiągnięcia wieku szkolnego (5/6 lat). W grupie wiekowej 3-6 lat w roku szkolnym 2013/2014 opieką przedszkolną objętych było 84,4% dzieci w miastach i 58,5% dzieci mieszkających na terenach wiejskich. Różnice w dostępie do opieki przedszkolnej między terenami miejskimi a wiejskimi są znaczne, jednak w ostatnich latach powoli zmniejszają się. Jednocześnie wraz z przesunięciem wieku rozpoczęcia edukacji szkolnej z 7 na 6 rok życia, zwiększa się dostęp do opieki przedszkolnej dzieci młodszych. Wszystkie dzieci 5-letnie objęte są obowiązkiem przedszkolnym, a w 2015/2016 r. przedszkola mają obowiązek przyjąć również wszystkie dzieci 4-letnie, które wezmą udział w rekrutacji. Kryteria rekrutacji przedszkolnej ustalane są na poziomie gminy, niemniej w całym kraju wskazane są kryteria preferencyjne dla dzieci z rodzin wielodzietnych, dla dzieci z rodzin zastępczych, dzieci wychowywanych przez samotnych rodziców oraz dzieci z rodzin z osobą niepełnosprawną, a więc dla grup zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Wciąż jednak korzystanie z opieki przedszkolnej przez dzieci niepełnosprawne, dzieci ubogie i dzieci pochodzące z rodzin mniejszości narodowych jest na bardzo niskim poziomie.

### **Edukacja szkolna**

Edukacja szkolna na poziomie podstawowym i gimnazjalnym jest obowiązkowa, przy czym obserwowane są różnice w dostępie, infrastrukturze i jakości kształcenia między terenami miejskimi i wiejskimi. Na wsiach dłuższy jest dystans do szkoły i - w efekcie - wyższe są koszty dojazdu do placówek edukacyjnych. Jednocześnie w biedniejszych gminach wiejskich dzieci korzystają z przeciętnie gorszej infrastruktury (gorzej wyposażonych szkół) i niższej jakości kadry dydaktycznej. Nierówności edukacyjne znajdują odzwierciedlenie w wynikach testów kompetencyjnych, w których dzieci z terenów wiejskich mają przeciętnie gorsze wyniki niż dzieci w miastach.

Wsparcie szkolnictwa w zakresie poprawy wyposażenia szkół i jakości nauczania i zmniejszenie nierówności edukacyjnych odbywa się w ramach różnych programach rządowych, współfinansowanych ze środków EFS oraz poprzez organizacje trzeciego sektora. Niektóre z rządowych programów to: „Rozwój Edukacji na Obszarach Wiejskich na lata 2008-2013” skierowany na rozwój edukacji przedszkolnej i wczesno szkolnej, realizowany w latach 2009-2014 program „Radosna szkoła” mająca na celu wsparcie i adaptację infrastruktury do potrzeb dzieci 6-letnich, w tym budowę boisk szkolnych i placów zabaw, czy program „Cyfrowa szkoła” realizowany od 2012 r. i planowany do 2020 r., mający na celu m.in. zwiększenie dostępu do internetu w szkołach, przygotowanie i udostępnianie e-podręczników. Młodsze dzieci w szkołach oraz dzieci w przedszkolach objęte są również programami dożywiania: „Mleko w szkole i Owoce w szkole”.

## Osoby starsze

Grupą, która wymaga większej uwagi są osoby starsze, których udział w populacji istotnie w ostatnich latach się zwiększa. Prognozy demograficzne wskazują, że w najbliższych dwóch dziesięcioleciach Polska będzie wśród najbardziej dynamicznie starzejących się krajów Unii Europejskiej o znacznych potrzebach opiekuńczych i medycznych w związku z występowaniem wśród osób starszych wielochorobowości i znacznego obniżenia sprawności.

W chwili obecnej potrzeby medyczne i opiekuńcze osób starszych nie są w pełni zaspokajane z uwagi na słaby dostęp do opieki geriatrycznej, dominację opieki nieformalnej i ograniczony dostęp do usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych, skierowanych z jednej strony do osób ubogich, a z drugiej do osób w bardzo wysokich potrzebach opiekuńczych związanych z niesprawnością.

Problem niewystarczających zasobów medycznych i opiekuńczych ujęty jest w krajowych strategiach i programach kierowanych do osób starszych. Wśród celów ogłoszonych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w Założeniach długofalowej polityki senioralnej na lata 2014-2020 jest współpraca instytucji opieki zdrowotnej z instytucjami opiekuńczymi nakierowana na koordynację opieki nad osobami starszymi, rozwój instytucji opieki domowej i wsparcie dla opiekunów nieformalnych (rodzinnych). Innym przedsięwzięciem MPiPS nakierowanym na tworzenie lokalnych sieci wsparcia i aktywizacji osób starszych jest rządowy program „Senior-Wigor”. Realizacja tych programów zakłada współfinansowanie działań i inicjatyw lokalnych na rzecz osób starszych ze środków funduszu spójności w latach 2014-2020. Z kolei w ramach Strategii Sprawne Państwo 2020 podejmowane są działania edukacyjne, promocyjne i informacyjne na rzecz zwiększenia dostępu osób starszych do usług geriatrycznych. Wśród nich są działania edukacyjne (szkolenia) skierowane do lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów medycznych i fizjoterapeutów w zakresie opieki geriatrycznej, ewaluacja opieki nad osobami starszymi i opracowanie kompleksowych założeń dla sprawnego funkcjonowania opieki geriatrycznej w Polsce.

## PIŚMIENICTWO

## 4.A.

1. Aluttis C, Michelsen K, Brand H, i in. Public Health Capacity in the EU Final Report. European Commission Directorate General for Health and Consumers. Luxembourg, 2013.  
[http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/docs/report\\_ph\\_capacity\\_2013\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/report_ph_capacity_2013_en.pdf)
2. Aluttis C, Van den Broucke S, Chiotan C., i in. Public Health and Health Promotion Capacity at National and Regional Level: A Review of Conceptual Frameworks. *Journal of Public Health Research* 2014, 3(1).  
<http://www.jphres.org/index.php/jphres/article/view/199/170>
3. Barry M. Capacity building for the future of health promotion. *Global Health Promotion* 2008, 15(4): 56-58.
4. Baum F, Narayan R, Sanders D, i in. Social vaccines to resist and change unhealthy social and economic structures: a useful metaphor for health promotion. *Health Promot. Int.* 2009. 24(4):428-433.
5. Biuletyn Informacji Publicznej Rady Ministrów. Ocena wpływu.  
<http://bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/ocena-wplywu/1773,Test-regulacyjny.html>
6. Biuletyn Informacji Publicznej Rady Ministrów. Organy pomocnicze.  
<http://bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/organy-pomocnicze/285,Organy-pomocnicze.html>
7. Bojar I, Wojtyła A, Biliński P. Ewaluacja programu edukacyjnego „Trzymaj Formę!” realizowanego przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz Polską Federację Producentów Żywności - Związek Pracodawców. Warszawa, kwiecień 2010.  
[http://www.trzymajforme.pl/files/?id\\_plik=330](http://www.trzymajforme.pl/files/?id_plik=330)
8. Business Center Club. Czy zdrowie publiczne nie zasługuje na ministra bez teki? Warszawa, 28 kwietnia 2015 r.  
[http://www.bcc.org.pl/uploads/media/2015.04.28\\_Ustawa\\_o\\_zdrowiu\\_publicznym\\_-\\_komentarz\\_BCC.pdf](http://www.bcc.org.pl/uploads/media/2015.04.28_Ustawa_o_zdrowiu_publicznym_-_komentarz_BCC.pdf)
9. Catford J. The Bangkok Conference: steering countries to build national capacity for health promotion. *Health Promotion International* 2005, 20(1): 1-6.
10. Centers of Disease Control and Prevention. HIV prevention community planning guide. CDC 2003.
11. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier (Institute for Futures Studies) 2007: 11-13. (przedruk publikacji z 1991 r.).
12. Freiden TR. A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. *Am J Public Health.* 2010 100(4): 590-595.
13. Hawe P, King L, Noort M, i in. Indicators to help with capacity building in health promotion. NSW Health Department 2000.  
<http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2000/pdf/capbuild.pdf>
14. Hawe P, Noort M, King L, Jordens C. Multiplying health gains: the critical role of capacity-building within health promotion programs. *Health Policy* 1997, 39(1): 29-42.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10164903>
15. Judd J, Keleher H. Reorienting health services in the Northern Territory of Australia: a conceptual model for building health promotion capacity in the workforce. *Global Health Promotion* 2013, 20(2): 53-63.

16. Kalecińska J, Herbst I. (red.). PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata. Centrum Partnerstwa Publiczno-Prywatnego, Warszawa 2011.  
[http://www.centrum-ppp.pl/templates/download/PPP\\_w\\_systemach\\_ochrony\\_zdrowia\\_w\\_wybranych\\_krajach\\_swia.pdf](http://www.centrum-ppp.pl/templates/download/PPP_w_systemach_ochrony_zdrowia_w_wybranych_krajach_swia.pdf)
17. Kancelaria Doradztwa Gospodarczego Cieślak & Kordasiewicz. Raport - partnerstwo publiczno- prywatne w sektorze ochrony zdrowia w Polsce, Warszawa 2011.  
[https://www.ppp.gov.pl/Publikacje/Documents/KDG\\_RAPORT\\_PPP\\_ZDROWIE\\_2011.pdf](https://www.ppp.gov.pl/Publikacje/Documents/KDG_RAPORT_PPP_ZDROWIE_2011.pdf)
18. Kickbusch I, Gleicher D, Governance for health in the 21st century. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen 2012.
19. Kopińska G, Makowski G, Wagłowski P, Wiszowaty MM. Tworzenie i konsultowanie rządowych projektów ustaw. Raport z badania nad sposobem prowadzenia konsultacji publicznych i tworzenia dokumentów towarzyszących rządowym projektom ustaw w 2012 roku. Fundacja im. Stefana Batorego: 14.
20. Minister Zdrowia. Projekt ustawy o zdrowiu publicznym. 28.03.2015.  
<http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12270850>
21. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Departament Pożytku Publicznego. Zasady tworzenia programów współpracy. Programy współpracy jednostek samorządu terytorialnego z organizacjami pozarządowymi.  
<http://www.pozytek.gov.pl/Zasady,tworzenia,programow,wspolpracy,402.html>
22. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Departament Pożytku Publicznego. Monitoring ustawy.  
<http://www.pozytek.gov.pl/Monitoring,ustawy,663.html>
23. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Współpraca organizacji pozarządowych z administracją.  
<http://www.mpips.gov.pl/spoleczenstwo-obywatelskie/wspolpraca-organizacji-pozarządowych-z-administracją/>
24. Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne. Warszawa, marzec 2014.
25. Ministerstwo Zdrowia. Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce 2007-2013. Warszawa. Czerwiec 2005.  
<http://www.fundusze-strukturalne.gov.pl/informator/npr2/dokumenty%20strategiczne/strategia%20rozwoju%20ochrony%20zdrowia%20w%20polsce.pdf>
26. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015.  
[http://www.mz.gov.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/12494/za\\_l\\_urm\\_npz\\_90\\_15052007p.pdf](http://www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0020/12494/za_l_urm_npz_90_15052007p.pdf)
27. Nutbeam D. Health promotion glossary. World Health Organization 1998, Geneva: 1-2.
28. Ontario Prevention Clearinghouse. Capacity Building for Health Promotion. 2002.  
<http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/capacity-building-for-health-promotion.pdf>
29. Porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia i Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży z dnia 23 listopada 2009 r.
30. Program na rzecz społeczności romskiej w Polsce 2004-2013.  
<http://mniejszosci.narodowe.mac.gov.pl/mne/romowie/program-na-rzecz-spole/program-na-rzecz-spole/tresc-programu-na-rzecz/6670,Tresc-Programu.html>
31. Rada Przejrzystości działająca przy Prezesie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Regulamin pracy Rady Przejrzystości działającej przy Prezesie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 18 lutego 2015 r.  
[http://www.aotm.gov.pl/www/assets/files/Rada/regulamin/Regulamin\\_RP\\_20150312.pdf](http://www.aotm.gov.pl/www/assets/files/Rada/regulamin/Regulamin_RP_20150312.pdf)
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126.
33. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej”. Dz.U. 2002 nr 100 poz. 908.



34. Sihto M, Ollila E, Koivusalo M. Principles and challenges of Health in All Policies. W: Ståhl T, Wismar M, Ollila E., i in. Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki 2006: 3-20.
35. Society for Public Health Education. What is a Health Education Specialist?  
[http://www.sophe.org/Sophe/PDF/What%20is%20a%20Health%20Ed%20Specialist\\_10.20.10.pdf](http://www.sophe.org/Sophe/PDF/What%20is%20a%20Health%20Ed%20Specialist_10.20.10.pdf)
36. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.  
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>
37. The Ottawa Charter for Health Promotion. Health Promotion (Health Promotion International) 1986, 1(4): 405.
38. Uchwała Nr 104 Rady Ministrów z dnia 18 czerwca 2013 r w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020. Monitor Polski 2013, poz. 640.
39. Uchwała Nr 157 Rady Ministrów z dnia 25 września 2012 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kraju 2020. Monitor Polski z dnia 22 listopada 2012 , poz. 882. r.
40. Uchwała Nr 16 Rady Ministrów z dnia 5 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju. Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności”. Monitor Polski 203, poz. 121.
41. Uchwała Nr 17 Rady Ministrów z dnia 12 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia strategii „Sprawne Państwo 2020”. Monitor Polski 2013 poz. 136.
42. Uchwała nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. Regulamin pracy Rady Ministrów.
43. Uchwała Nr 7 Rady Ministrów z dnia 15 stycznia 2013 r. w sprawie Strategii Innowacyjności i Efektywności Gospodarki „Dynamiczna Polska 2020”. Monitor Polski 2013, poz. 73.
44. Uchwała Nr 76 Rady Ministrów z dnia 29 kwietnia 2014 r. w sprawie ustanowienia Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020. Monitor Polski 2014 poz. 445.
45. Uchwała Rady Ministrów z dnia 13 lipca 2010 r. Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie. Monitor Polski 2011, Nr 36, poz. 423.
46. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Dz.U. 2003 nr 96 poz. 873 z późn.zm.
47. Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska. Dz.U. 2001 nr 62 poz. 627 z późn. zm.
48. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych. Dz.U. 2009 nr 157 poz. 1240 z późn. zm.
49. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Dz.U. 2005 nr 180 poz. 1493 z późn. zm.
50. Ustawa z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko. Dz.U. 2008 nr 199 poz. 1227 z późn. zm.
51. Ustawa z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju. Dz.U. 2006 nr 227 poz. 1658 z późn.zm.
52. Ustawa z dnia 8 sierpnia 1996 r. o organizacji i trybie pracy Rady Ministrów oraz o zakresie działania ministrów. Dz.U. 1996 nr 106 poz. 492 z późn.zm.
53. Victorian Health Promotion Foundation. Capacity building for health promotion. August 2012.
54. WHO Regional Office for Europe. European action plan for strengthening public health capacities and services. Malta, September 2012: 13.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1)
55. Wójcik M, Kłosowska B, Rudka R, Skóbel B. Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować. Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej, Warszawa 2013.  
<http://adst.mp.pl/s/www/opzg/Samorz%C4%85dowe-programy-zdrowotne.pdf>

56. Woodard GB, McLean S, Green K, i in. Health Promotion Capacity Checklists: A Workbook for Individual, Organizational and Environmental Assessment. Prairie Region Health Promotion Research Centre, University of Saskatchewan. April 2004.  
<http://www.usask.ca/healthsci/che/prhprc/programs/finalworkbook.pdf>
57. Zalewska E, Cianciara D, Lewczuk-Wesotowska A, Dudzik K, Piętka S, Grudziąż-Sękowska J, Rdzany R, Brzezińska A. Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. Część II. Aspekty finansowe. *Hygeia Public Health* 2015, 50(1): 90-96.

#### 4.B.

1. Allender S, Cowburn G, Foster C. Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: a review of qualitative studies. *Health Education Research Theory & Practice* 2006, 21 (6): 826-835.
2. Ambroziak M, Kozieł A. Stosunek Polaków do wprowadzenia całkowitego zakazu palenia we wszystkich miejscach publicznych. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2009, 7(2).
3. Anderson P, Møller L, Galea G. Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches. World Health Organization, 2012.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/160680/e96457.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf?ua=1)
4. Badanie EZOP. *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Psychiatria* 2015, rok 3, zeszyt 3. Wydanie specjalne.  
[http://www.psychiatraonline.com/wpcontent/uploads/2015/07/PSY\\_SPEC\\_2\\_2015\\_eBOOK\\_blur.pdf](http://www.psychiatraonline.com/wpcontent/uploads/2015/07/PSY_SPEC_2_2015_eBOOK_blur.pdf)
5. Balińska B, Chołuj B, Desperak I, Duch- Krzystoszek D, Dziedziczak- Fottyn A, Fuszara M, Kornatowska B, Kowalczyk I, Lisowska E, Moskalewicz B, Nowacka W, Piotrowska J. *Polityka równości płci. Polska 2007. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2007.*  
[http://www.bezuprzedzen.org/doc/polityka\\_rownosci\\_plci\\_raport.pdf](http://www.bezuprzedzen.org/doc/polityka_rownosci_plci_raport.pdf)
6. Bartak J. Wpływ nierówności dochodowych na akumulację kapitału ludzkiego - ujęcie teoretyczne. *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy* 2015, 41: 329-339.
7. Biuro Regionalne WHO dla Europy. *Standardy edukacji seksualnej w Europie. Podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem. Wydrukowano w Polsce w 2012 r.*  
[http://www.federa.org.pl/dokumenty\\_pdf/edukacja/WHO\\_BZgA\\_Standardy\\_edukacji\\_seksualnej.pdf](http://www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/edukacja/WHO_BZgA_Standardy_edukacji_seksualnej.pdf)
8. Blanke DD, de Costa a Silva. *Tools for advancing tobacco control in the 21st century. WHO, 2004.*  
<http://www.who.int/tobacco/research/legislation/Tobacco%20Control%20Legislation.pdf>
9. Blanke DD, da Costa e Silva V. *Tobacco control legislation: A introductory guide. World Health Organization, Geneve 2004.*
10. Bobrowski K. J, Pisarska A, Ostaszewski K, Borucka A. Skuteczność programu profilaktyki alkoholowej dla dzieci na progu dojrzewania. *Psychiatr Pol* 2014, 48(3): 527-539.
11. Boulhol H, Sowa A, Golinowska S, Sicari P. [w:] *Obiady szkolne z uwzględnieniem zasad Dobrej Praktyki Higienicznej oraz systemu HACCP dla posiłków szkolnych. Jarosz M (red.). Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2008.*
12. Boulhol H, Sowa A, Golinowska S, Sicari P. *Improving the health-care system in Poland. Economics department working paper No. 957 Eco/Wkp(2012)34.*
13. Charzewska J (red). *Jadłospisy dla dzieci w wieku przedszkolnym (śniadania, obiady, podwieczorki) opracowane zgodnie z zasadami prawidłowego żywienia. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2011.*

14. Cherpitel CJ, Moskalewicz J, Swiatkiewicz G, Yu Ye MA, Bond J Screening. Brief characteristics of district level populations in Poland. *Drug and Alcohol Dependence* 2005, 80(2): 201-207.
15. Chtoń-Domińczak A, Kaleta D, Mazur J, Miskiewicz P, Poznańska D, Stokwiszewski J. Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce. World Health Organization, 2012.
16. Chtoń-Domińczak A i in. Analysis of health and socio economic characteristics of district level populations in Poland. Warszawa 2011.
17. Ciecierski CC, Cherukupalli R, Weresa MA. The Economics of Tobacco and Tobacco Taxation in Poland. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Paris 2011.
18. Cingano, F. Trends in Income Inequality and its Impact on Economic Growth. OECD DELSA/ELSA/WD/SEM(2014)9.
19. Citizenship Education in Europe. Education, Audiovisual and Culture Executive Agency, 2012. [http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/thematic\\_studies\\_en.php](http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/thematic_studies_en.php)
20. Council recommendation on promoting health-enhancing physical activity across sectors 2013/0291 (NLE). [http://ec.europa.eu/sport/library/documents/hepa\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/sport/library/documents/hepa_en.pdf)
21. Czapiński J, Panek T. Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków. Raport. MPiPS, 2014.
22. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health. World Health Organization 2006, reprinted 2007.
23. Dane GUS - system STRATEG. <http://strateg.stat.gov.pl/>
24. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva.
25. Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative (DJEPVA), 2013. <http://www.sports.gouv.fr/organisation/missions-organisation/administration-centrale/article/Direction-de-la-jeunesse-de-l>
26. Europejski Kodeks Walki z Rakiem. Program Prewencji Pierwotnej Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. <http://www.kodekswalkizrakiem.pl/narodowy-program-zwalczenia-chorob-nowotworowych/>
27. Gałarski S. Kryminologiczne i prawne aspekty nielegalnego gorzelnictwa. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1976.
28. Golinowska S, Kocot E. Stan i perspektywy rozwoju społecznego kraju w przekrojach regionalnych. Scholar, 2013.
29. Gryglewicz J. Raport ocena realizacji narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego. Obywatelska Koalicja na Rzecz Zdrowia Psychicznego, 2015.
30. Grys E, Jarząbek G, Bieś Z, Paczkowska A, Witkowska J, Grys M. Cele i zadania ośrodka ginekologii i andrologii wieku rozwojowego w aspekcie medycznym, psychologicznym, pedagogicznym i socjologicznym. *Nowiny Lekarskie* 2007, 76 (6): 477-481.
31. Halik R, Kuszewski K. Narodowy Program Zdrowia 2007-2015 jako narzędzie kształtujące politykę zdrowotną Polski. NIZP-PZH, Warszawa 2007.
32. Heitzman J. Główne problemy współczesnej psychiatrii. Prezentacja Komitetu Zdrowia Publicznego PAN. [http://www.keizp.pan.pl/images/Prof.\\_Janusz\\_Heitzman\\_G%C5%82%C3%B3wne\\_problemy\\_wsp%C3%B3%C5%82czesnej\\_psychiatrii.pdf](http://www.keizp.pan.pl/images/Prof._Janusz_Heitzman_G%C5%82%C3%B3wne_problemy_wsp%C3%B3%C5%82czesnej_psychiatrii.pdf)
33. Human Development Report 2013. The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World. <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-2013-report-shows-major>
34. Human Development Index in 2013. Report shows major gains since 2000 in most countries of South.

- <http://www.id.undp.org/content/indonesia/en/home/presscenter/pressreleases/2013/03/14/human-development-index-in-2013-report-shows-major-gains-since-2000-in-most-countries-of-south/>
35. Izdebski Z, Niemiec T, Wąż K. (Zbyt) młodzi rodzice. TRIO, Warszawa 2011.
  36. Jabłoński P. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016.  
<http://www.narkomania.org.pl/>
  37. Jaczewska-Schuetz J. Analiza żywienia zbiorowego w Polsce w szkołach podstawowych i gimnazjach z uwzględnieniem ilości stołówek szkolnych, liczby uczniów korzystających z posiłków szkolnych oraz struktury finansowania tych posiłków. *Żywność Człowieka i Metabolizm* 2014, 4: 290-302.
  38. Jak wspierać sport poza instytucjonalny? Badanie metodologią ipaq wykonane w 2014 na zlecenie ministerstwa sportu i turystyki.  
<http://pns.frkf.pl/wpcontent/uploads/2015/07/sport-pozza-instytucjonalny.pdf>
  39. Jassem J, Przewoźniak K, Zatoński W. Tobacco control in Poland - successes and challenges. *Transl Lung Cancer Res* 2014, 3(5): 280-85.
  40. Jaworski JM, Linke D, Przewoźniak K, Zatoński W. Profilaktyka chorób tytoniozależnych - ogólnopolskie kampanie zdrowotne. [w:] Palenie tytoniu w Polsce - postawy, następstwa zdrowotne, profilaktyka. Zatoński W, Przewoźniak K (red). Wyd. 2. Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa 1999: 127-145.
  41. Joossens L, Raw M. From cigarette smuggling to illicit tobacco trade. *Tobacco Control* 2012, 21: 230-234.
  42. Joossens L, Raw M. Tobacco control scale 2013 in Europe. A report of the Association of European Cancer Leagues, Brussels 2014.
  43. Joumard I, Pisu M, Bloch D. Tackling income inequality: The role of taxes and transfers. *OECD Journal: Economic Studies* 2012.  
[http://dx.doi.org/10.1787/eco\\_studies-2012-5k95xd6l65t](http://dx.doi.org/10.1787/eco_studies-2012-5k95xd6l65t)
  44. Karlsson T, Mäkelä P, Österberg E, Tigerstedt C. A new alcohol environment. Trends in alcohol consumption, harms and policy: Finland 1990-2010. Research report. Taxation in Poland. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Paris 2011.  
[http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/4910/497\\_514\\_Karlsson.pdf](http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/4910/497_514_Karlsson.pdf)
  45. Koalicja równych szans.  
<http://www.ptpa.org.pl/projekty>
  46. Komenda Główna Policji. Biuro Ruchu Drogowego. Wypadki drogowe w Polsce 2014.  
<http://statystyka.policja.pl/st/ruch-drogowy/76562,Wypadki-drogowe-raporty-rocne.html>
  47. Krajowy Program Działań na rzecz Równego Traktowania na lata 2013-2016.  
<http://www.spoleczenstwoobywatelskie.gov.pl/aktualnosci/krajowy-program-dzialan-na-rzecz-rownego-traktowania-na-lata-2013-2016>
  48. Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020.  
[https://ms.gov.pl/Data/Files/\\_public/ppwr/krajowy\\_program/krajowy-program-przeciwdzialania-przemocy-w-rodzinie-na-lata-2014-2020.pdf](https://ms.gov.pl/Data/Files/_public/ppwr/krajowy_program/krajowy-program-przeciwdzialania-przemocy-w-rodzinie-na-lata-2014-2020.pdf)
  49. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. World Health Organization, Geneva 2002.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf)
  50. Lehto J, Moskalewicz J. Alcohol Policy During Extensive Socioeconomic Change. Report based on a workshop on „Alcohol and Market Economy,” 1994.
  51. Malinowska-Cieślak M, Zabdyr-Jamróż M, Balcerzak B, Ścibor M. Ocena prewencji przemocy wobec dziecka w Polsce z perspektywy zdrowia publicznego. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2014, 12 (1): 3-6.
  52. Mały Rocznik Statystyczny Polski 2015.  
<http://stat.gov.pl/>

53. Marek M, Chłoń-Domińczak A, Kaleta D, Mazur J, Miskiewicz P, Poznańska D, Stokwiszewski J, Wojtyniak B, Zdrojewski T. Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce. Biuro Regionalne WHO w Europie, Kopenhaga 2012.
54. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005, 365: 1099-104.
55. Ministerstwo Sprawiedliwości. Informator dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie. <https://ms.gov.pl/pl/dzialalnosc/przeciwdzialanie-przemocy-w-rodzinie/osoby-dotkniete-przemoca-w-rodzinie/materialy-informacyjne/informator-dla-osob-dotknietych-przemoca-w-rodzinie/>
56. Ministerstwo Sprawiedliwości Karta praw osoby dotkniętej przemocą w rodzinie. <https://ms.gov.pl/pl/dzialalnosc/przeciwdzialanie-przemocy-w-rodzinie/osoby-dotkniete-przemoca-w-rodzinie/materialy-informacyjne/karta-praw-osoby-dotknietej-przemoca-w-rodzinie-/>
57. Ministry of Health. Global Adult Tobacco Survey 2009-2010 (GATS). Warsaw 2010.
58. Moskalewicz J, Wieczorek Ł. Dostępność, konsumpcja alkoholu i konsekwencje picia trzy dekady doświadczeń. *Alkoholizm i Narkomania* 2009, 22(4): 305-337.
59. Moskalewicz J, Sierostawski J, Dąbrowska K. Dostępność fizyczna alkoholu a szkody zdrowotne. *Alkoholizm i Narkomania* 2005, 18 (4): 51-64.
60. Moskalewicz J, Żulewska-Sak J. Alkohol w latach transformacji ustrojowej w Polsce. Raport z realizacji celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia. *Przeegl Epidemiol* 2003, 57: 713-23.
61. Moskalewicz J. Lessons to be learnt from Poland's attempt at moderating its consumption of alcohol. *Addiction*, Volume 88: 1355-1425.
62. Moskalewicz J, Zieliński A. Forgotten or neglected experiences with community action on alcohol. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2003, English Supplement, 20: 5-11.
63. Moskalewicz J, Wojtyniak B, Rabczenko D. Alcohol as a cause of mortality in societies undergoing rapid transition to market economy. In: *The Mortality Crisis in Transitional Economies*. Cornia GA and Panicia R. (eds). Oxford University Press, Oxford (forthcoming).
64. Najwyższa Izba Kontroli (NIK). Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej (P/13/131 z 2014 KZD- 4101- 04/2013 Nr ewid. 37/2014/P/13/131/KZD). <http://www.nik.gov.pl/plik/id,7435,vp,9348.pdf>
65. Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym Poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej na lata 2007-2011. POL-HEALTH. [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/otylosc\\_06012010.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/otylosc_06012010.pdf)
66. OECD Social, Employment and Migration Working Papers. No. 163. OECD, 2014. <http://dx.doi.org/10.1787/5jxrxncwv6j-en>
67. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 3 lipca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy - Kodeks wykroczeń (Dz. U. 2015 poz. 1094).
68. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 lipca 2013 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień (Dz. Urzędowy 4 lipca 2013 r. Poz. 28).
69. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2012 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 listopada 2012 r.
70. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 kwietnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2016 poz. 546).
71. Opinie i oczekiwania młodych dorosłych (osiemnastolatków) oraz rodziców dzieci w wieku szkolnym wobec edukacji dotyczącej rozwoju psychoseksualnego i seksualności. Raport z badania. Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2015. <https://men.gov.pl/wp-content/uploads/2015/07/raport-ibe-ekd.pdf>

72. Ostaszewski K. Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2014.
73. Peto R, Lopez A, Boreham J, et al. Mortality from smoking in developing countries 1950-2010. 2<sup>nd</sup> edition. Oxford University, Oxford 2004.
74. Portal Organizacji Pozarządowych. Poradnik dla NGO's na temat współpracy z władzami. <http://poradnik.ngo.pl/x/1510093>
75. Prawa dla ofiar przemocy seksualnej: nowe podejście systemowe. Wszechstronne usługi informacyjne, szkolenia i działania. Program Pełnomocnika Rządu do Spraw Społeczeństwa Obywatelskiego i Równego Traktowania. [http://www.spoleczenstwoobywatelskie.gov.pl/sites/default/files/krajowy\\_program](http://www.spoleczenstwoobywatelskie.gov.pl/sites/default/files/krajowy_program)
76. Prawnicy na rzecz równości. Lokalne platformy współpracy. [http://www.ptpa.org.pl/site/assets/files/1151/zaproszenie\\_probono.pdf](http://www.ptpa.org.pl/site/assets/files/1151/zaproszenie_probono.pdf)
77. Program „Eastern Europe: Helping Smokers Quit”. [www.nipip.pl/index.php/.../2433-pielegniarki-pomoga-rzucic-palenie](http://www.nipip.pl/index.php/.../2433-pielegniarki-pomoga-rzucic-palenie)

# EPHO 5

## Profilaktyka chorób, w tym wczesne wykrywanie chorób

Małgorzata Gajewska<sup>1</sup>

Rafał Niżankowski<sup>2</sup>

Iwona Paradowska-Stankiewicz<sup>1</sup>

Bożena Moskalewicz<sup>1</sup>

Ewa Urban<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

<sup>2</sup> Uniwersytet Jagielloński - Collegium Medicum, Kraków

#### 5.A. Profilaktyka pierwotna

- Program szczepień
- Programy opieki nad matką i noworodkiem
- Zapewnienie świadczeń zdrowotnych dla migrantów, bezdomnych i mniejszości etnicznych
- Opieka zdrowotna nad więźniami

#### 5.B. Prewencja wtórna

- Prewencja wtórna - programy wczesnego wykrywania choroby (przesiewowe)

#### 5.C. Prewencja trzecio- i czwartorzędowa

- Programy rehabilitacji, przeżywalności i leczenia przewlekłego bólu
- Dostęp do opieki paliatywnej
- Potencjał tworzenia grup wsparcia pacjentów

#### 5.D. Wsparcie społeczne

- Programy mające na celu tworzenie i utrzymanie warunków wspierających prozdrowotne zmiany zachowań
- Wsparcie dla opiekunów



## WYKAZ SKRÓTÓW

COK	- centralny ośrodek koordynujący
EBM	- Evidence Based Medicine (medycyna oparta na dowodach)
GUS	- Główny Urząd Statystyczny
HPH	- International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services, (Międzynarodowa Sieć Szpitali Promujących Zdrowie)
ICD-10	- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych)
IHR	- International Health Regulations (Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne)
k.k.w.	- kodeks karny wykonawczy
NDPHS	- Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being, Partnerstwo Wymiaru Północnego w Dziedzinie Zdrowia i Opieki Społecznej
NFZ	- Narodowy Fundusz Zdrowia
NGO	- non-governmental organization (organizacja pozarządowa)
NIK	- Najwyższa Izba Kontroli
NSP LiM	- Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań
POZ	- Podstawowa Opieka Zdrowotna
PSO	- Program Szczepień Ochronnych
SHE	- Schools for Health In Europe (Europejska Sieć Szkół Promujących Zdrowie)
SIMP	- System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki
WHO	- World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)
WOK	- wojewódzki ośrodek koordynujący

Piąta funkcja zdrowia publicznego „Profilaktyka chorób, w tym wczesne wykrywanie chorób” (EPHO 5) dotyczy zapobiegania chorobami niepełnosprawności poprzez działania podejmowane na czterech poziomach profilaktyki (ryc. 1). Profilaktyka chorób to wszelkie aktywności ukierunkowane na zapobieganie występowaniu choroby, a także na minimalizowanie wpływu choroby i niepełnosprawności.

Profilaktyka pierwotna (I fazy/I rzędu/I stopnia) to działania ukierunkowane na jednostki oraz środowisko bytowania ludzi w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia chorób lub zaburzeń zdrowia.

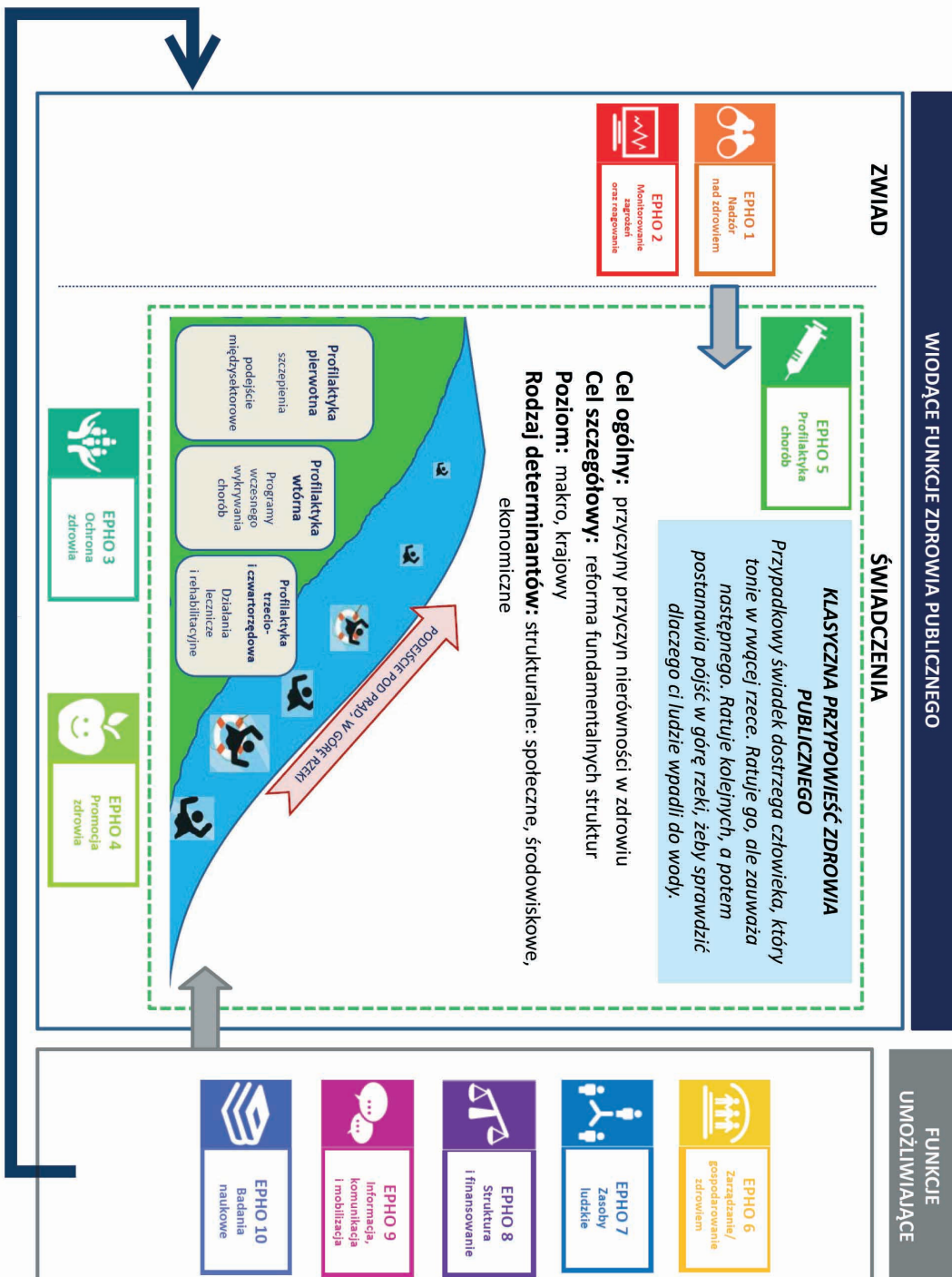
Profilaktyka wtórna (II fazy/II rzędu/II stopnia) to wczesne wykrywanie chorób i szybkie działania naprawcze w celu powstrzymania rozwoju choroby. Poszukuje czynników ryzyka i stara się je wyeliminować.

Profilaktyka III fazy koncentruje się na działaniach leczniczych i rehabilitacyjnych podejmowanych w czasie, gdy choroba jest już w pełni rozwinięta. Mają one na celu ograniczanie skutków choroby oraz zmniejszanie ryzyka jej nawrotów.

Profilaktyka IV fazy obejmuje działania podjęte w celu identyfikacji pacjentów lub populacji zagrożonych tzw. „przemedycyzowaniem” (overmedicalisation), w celu ochrony ich przed inwazyjnymi zabiegami medycznymi oraz zapewnienia etycznie dopuszczalnych procedur medycznych.

W ramach działań profilaktycznych znaczna część to programy zdrowotne/programy polityki zdrowotnej. W wyniku kolejnej nowelizacji ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych definiuje:

- **Program zdrowotny** jako zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz;
- **Program polityki zdrowotnej** jako zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego.



**Schemat EPHO 5.**

Opracowanie własne na podstawie European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services (WHO, 2012 EUR/RC 62/Conf. Doc/6 Rev.2) oraz Nurse J. Health 2020 and Strengthening Public Health Services and Capacity in Europe (Slovenia, 2013)

Poziom profilaktyki			Podejście lekarza	
			Choroba zdiagnozowana (disease)	
			nie występuje	występuje
Podejście pacjenta	Choroba odczuwana (illness)	nie występuje	<b>Profilaktyka pierwszorzędowa</b> (choroba odczuwana nie występuje, choroba zdiagnozowana nie występuje)	<b>Profilaktyka drugorzędowa</b> (choroba odczuwana nie występuje, choroba zdiagnozowana występuje)
		występuje	<b>Profilaktyka czwartorzędowa</b> (choroba odczuwana występuje, choroba zdiagnozowana nie występuje)	<b>Profilaktyka trzeciorzędowa</b> (choroba odczuwana występuje, choroba zdiagnozowana występuje)

**Rycina 1.**

Rodzaje profilaktyki. Źródło: Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamoule M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. PrimaryCare. 2010; 10(18): 350-4.

## 5.A. Profilaktyka pierwotna

### Program szczepień

Głównym aktem prawnym dotyczącym szczepień ochronnych w Polsce jest Ustawa z dn. 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zawiera regulacje prawne z zakresu organizacji i realizacji szczepień ochronnych w Polsce. Ustawa wskazuje na obowiązkowy charakter szczepień ochronnych oraz określa warunki kwalifikacji do szczepień, prowadzenia i przekazywania dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości. Z ustawą powiązane są inne akty prawne regulujące różne aspekty realizacji szczepień obowiązkowych jak i zalecanych. Do najistotniejszych należą:

- Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2015 z dnia 13 marca 2015;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2010 r. w sprawie sposobu przekazywania szczepionek świadczeniodawcom prowadzącym obowiązkowe szczepienia ochronne oraz sposobu przechowywania szczepionek stanowiących rezerwę przeciwepidemiczną kraju;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądaných odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi;
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 stycznia 2012 r. w sprawie wykazu rodzajów czynności zawodowych oraz zalecanych szczepień ochronnych wymaganych u pracowników, funkcjonariuszy, żołnierzy lub podwładnych podejmujących pracę, zatrudnionych lub wyznaczonych do wykonywania tych czynności.

Zgodnie z zapisem artykułu 17. ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Główny Inspektor Sanitarny ogłasza w formie komunikatu (patrz: punkt 1), w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia, Program Szczepień Ochronnych (PSO) na dany rok w terminie do dnia 31 października roku poprzedzającego realizację tego programu. W przypadku konieczności wprowadzenia zmian w kalendarzu szczepień po terminie ogłoszenia PSO, wydawane jest rozporządzenie zmieniające wydany poprzednio komunikat, a następnie publikowany jest właściwy komunikat zawierający zmiany wprowadzone do kalendarza szczepień (patrz: punkt 1 i 2).

PSO jest dość obszernym dokumentem, zawierającym szczegółowe informacje dotyczące stosowania poszczególnych szczepionek, w oparciu o aktualną sytuację epidemiologiczną chorób, którym można zapobiegać poprzez szczepienia, a także przepisów wydanych na podstawie ust. 10 oraz art. 19 ust. 10 oraz zaleceń.

Główny Inspektorat Sanitarny koordynuje prace związane z przygotowaniem propozycji kalendarza szczepień na kolejny rok. Propozycja kalendarza powstaje w wyniku szeregu spotkań ze środowiskami eksperckimi w dziedzinie pediatrii, wakcynologii oraz epidemiologii, a także uzgodnień z Ministerstwem Zdrowia w sprawach merytorycznych, a przede wszystkim w sprawie możliwości finansowania przez budżet państwa. Decyzję o kształcie kalendarza szczepień podejmuje Minister Zdrowia.

Prace nad zawartością kalendarza szczepień na kolejny rok prowadzone są w roku poprzedzającym jego ogłoszenie. Dotychczas nie opracowywano długoterminnej strategii planowania kształtu kalendarza szczepień w ramach PSO. Szansę na podjęcie prac w zakresie kilkuletniego planowania kształtu kalendarza szczepień stwarza wniosek zgłoszony w tej sprawie do Głównego Inspektora Sanitarnego przez Radę Sanitarno-Epidemiologiczną w czerwcu 2015 r.

Zgodnie z Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, PSO obejmuje szczepienia obowiązkowe, szczepienia zalecane oraz informacje uzupełniające. Szczepienia obowiązkowe, obejmujące dzieci i młodzież w wieku od 0 do 19 r.ż. (część I A - kalendarza szczepień) oraz osoby w szczególności narażone na zakażenie (część I B), są finansowane ze środków publicznych. Szczepienia zalecane (część II PSO) nie są finansowane przez budżet państwa. Zasady finansowania szczepień określonych w części I i II PSO określone są na podstawie przepisów Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Realizacja szczepień obowiązkowych odbywa się przez świadczeniodawcę, z którym NFZ zawarł stosowne umowy. Zakup preparatu szczepionkowego jest finansowany z budżetu państwa. W przypadku szczepień zalecanych zakup szczepionki pokrywa w całości pacjent, natomiast świadczenie szczepienia pokrywa ubezpieczyciel.

Należy nadmienić, że w ramach lokalnych programów samorządowych prowadzone są bezpłatne szczepienia dla określonych grup docelowych np. szczepienia przeciw grypie dla osób powyżej 65 r.ż., szczepienia przeciw pneumokokom dla dzieci.

Zaletą przedstawionego systemu szczepień z perspektywy zdrowia publicznego jest fakt, że od lat jest realizowany obywatelski obowiązek poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym. W wyniku tego obowiązku została znacząco obniżona zachorowalność umieralność z powodu chorób zakaźnych, którym można zapobiegać za pomocą szczepień. Stan zaszczepienia od wielu lat utrzymuje się na poziomie >95% populacji. Mimo korzystnej sytuacji w tym zakresie istnieją powody do niepokoju. Dynamiczny wzrost aktywności ruchów antyszczepionkowych, które przez swoją retorykę oddziałującą na emocje odbiorcy oraz ze względu na częstą obecność w mediach, zyskują coraz więcej zwolenników.

Największą wadą funkcjonującego systemu jest niedostateczne finansowanie PSO ze środków publicznych. Niskie nakłady na profilaktykę ograniczają systematyczny rozwój kalendarza szczepień w sposób harmonijny i zgodny z obowiązującymi rekomendacjami popartymi wynikami badań, zgodnie z zasadami EBM. Obecnie przygotowwany jest projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zakłada on przesunięcia finansowania obowiązkowych szczepień ochronnych dla osób ubezpieczonych z Ministerstwa Zdrowia do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Zgodnie z projektem NFZ będzie finansował zakup szczepionek do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych dla ubezpieczonych. Ministerstwo Zdrowia będzie finansować szczepienia osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Wydaje się, że zmiana sposobu finansowania szczepień sprawi, że podejmowanie decyzji o rozszerzeniu listy objętych nimi chorób będzie elastyczniejsze, gdyż NFZ jest dysponentem znacznie większych zasobów środków potrzebnych do realizacji celów polityki zdrowotnej. Proponowany w projekcie termin wejścia nowelizacji w życie to 1 stycznia 2017 r.

Dzieci i młodzież w wieku 0-19 lat podlegają obowiązkowi szczepień zgodnie obowiązującym kalendarzem szczepień. Zawiera on szczepienia przeciw 12 chorobom zakaźnym, w tym szczepienia przeciw pneumokokom i ospie wietrznej dla dzieci określonych grup ryzyka. Propozycja legislacyjna dotycząca zmiany finansowania obowiązkowych szczepień ochronnych ze środków których dysponentem jest minister zdrowia do środków NFZ, stwarza możliwość systematycznego rozszerzania kalendarza szczepień w oparciu o rekomendacje wg EBM.

Brak jest natomiast kalendarza szczepień dla osób dorosłych. Wskazania kliniczne i epidemiologiczne do podania określonych szczepionek osobom dorosłym znajdują się w części II Programu Szczepień Ochronnych - Szczepienia Zalecane.

Rekomendacje do szczepień dla dorosłych z określonych grup docelowych są opracowywane przez ekspertów i publikowane np. w medycznej prasie.

Brak jest również kalendarza szczepień dla osób starszych. Wskazania kliniczno-epidemiologiczne do podania określonych szczepionek dla osób starszych znajdują się w części II Programu Szczepień Ochronnych - Szczepienia Zalecane. Rekomendacje do szczepień dla osób starszych są opracowywane przez ekspertów i publikowane np. w medycznej prasie.

PSO zawiera schemat postępowania profilaktyczno-leczniczego dla osób zakażonych wirusem wścieklizny, laseczką tężca i maczugowcem błonicy. Zasady postępowania w przypadku narażenia na inne choroby zakaźne np. w związku z podróżą w rejon tropikalny, publikowane są w czasopiśmie medycznym.

W okresie od lipca do października 2015 roku Najwyższa Izba Kontroli (NIK) przeprowadziła z inicjatywy własnej kontrolę systemu szczepień ochronnych. Celem kontroli była ocena - czy organizacja systemu szczepień ochronnych gwarantuje bezpieczeństwo dzieci. W wyniku kontroli dokonano w szczególności oceny:

- Stosowanych standardów bezpieczeństwa w zakresie szczepień ochronnych;
- Sposobu wykonywania obowiązków przez podmioty odpowiedzialne za realizację zadań w zakresie szczepień ochronnych i nadzoru epidemiologicznego;
- Działań edukacyjnych prowadzonych w celu zapewnienia rodzicom dostępu do wszystkich niezbędnych informacji w zakresie zagrożeń związanych z nieszczepieniem dziecka oraz o ewentualnych odczynach poszczepiennych;
- Skuteczności nadzoru nad niepożądanymi odczynami poszczepiennymi.

Wśród głównych wniosków i rekomendacji sformułowanych w podsumowaniu wyników kontroli znajduje się stwierdzenie: „...obowiązujący system szczepień ochronnych zapewnia bezpieczeństwo zarówno dzieciom poddawanych szczepieniu, jak i całej populacji. Wprowadzone warunki zakupu szczepionek, jak również standardy ich dostawy i przechowywania, gwarantowały bezpieczeństwo zdrowotne szczepionym dzieciom. Także warunki, w jakich realizowane były szczepienia u zdecydowanej większości kontrolowanych świadczeniodawców gwarantowały minimalizowanie ryzyka wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych. System kontroli prowadzonych przez Państwową Inspekcję Sanitarną u świadczeniodawców zapewniał wykrycie i eliminowanie nieprawidłowości mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo dzieci poddawanych szczepieniom ochronnym. Wszystkie kontrolowane podmioty prowadziły działalność informacyjną i edukacyjną w zakresie szczepień ochronnych”. Mimo jednak sprawnego działania systemu, od kilku lat obserwowany jest systematyczny wzrost liczby osób uchylających się od poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym. Stwierdzono, że należy podejmować inicjatywy i poszukiwać nowych sposobów dotarcia do rodziców i opiekunów z informacjami wskazującymi na zasadność realizacji szczepień ochronnych. Jako nieskuteczne NIK oceniła m.in. działania podejmo-



wane w celu rozszerzenia i unowocześnienia katalogu obowiązkowych szczepień ochronnych.

Zabezpieczeniem obywateli przed zachorowaniem na choroby zakaźne jest stosowanie w Polsce Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (International Health Regulations - IHR), także w przypadku podróży zagranicznych. Zgodnie z tymi przepisami obywatele polscy wyjeżdżający za granicę muszą poddać się szczepieniom, które są wymagane w państwie, do którego się udają i stanowią warunek pozwolenia na wjazd. Szczegółowe informacje o szczepieniach obowiązkowych do poszczególnych krajów i regionów, z uwzględnieniem aktualnej sytuacji epidemiologicznej są publikowane i uaktualniane na stronach internetowych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Szczepienia zalecane przed podróżą zagraniczną nie są wymagane przez władze krajów docelowych, ale są uważane przez WHO za rutynowe, z uwagi na to, że w większości krajów dzieci i młodzież są zaszczepione zgodnie z obowiązującym programem szczepień. Jednak w części przypadków może być wymagane podanie przed wyjazdem dawek przypominających lub uzupełnienie całego cyklu szczepienia u osób, które z jakiegoś powodu ich nie otrzymały. Szczegółowe informacje o szczepieniach zalecanych do poszczególnych krajów i regionów z uwzględnieniem aktualnej sytuacji epidemiologicznej są również publikowane i uaktualniane na stronach internetowych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

## Programy opieki nad matką i noworodkiem

Konstytucja RP wyróżnia kobietę w ciąży jako podmiot szczególnej uwagi, pomocy i ochrony ze strony władz publicznych. Władze zobowiązane zostały do zapewnienia szczególnej pomocy matce przed i po urodzeniu dziecka (art. 71 ust. 2), ochrony macierzyństwa (art. 18) oraz zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej m.in. dzieciom oraz kobietom ciężarnym (art. 68 ust. 3).

Zgodnie z założeniem decentralizacji i zasady pomocniczości opieka ta powinna być roztoczona przez jednostkę władzy publicznej zlokalizowaną na najniższym poziomie, przy zapewnieniu środków niezbędnych do realizacji tego zadania.

Ustawa z 2001 roku o zmianie ustawy o pomocy społecznej, ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. 2001 nr 154 poz. 1792) w art. 2, ust. 1 zobowiązuje organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego do zapewnienia kobietom w ciąży opieki medycznej, socjalnej

i prawnej w szczególności poprzez: opiekę prenatalną nad płodem oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży oraz pomoc materialną i opiekę nad kobietami w ciąży znajdującymi się w trudnych warunkach materialnych przez czas ciąży, porodu i po porodzie.

Na mocy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r., o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych Dz. U. Nr 210, poz. 2135) prawa do świadczeń zdrowotnych w okresie ciąży, porodu i połogu przysługują wszystkim kobietom niezależnie od tego czy zaliczają się do kategorii osób ubezpieczonych (art. 13).

W 2015 roku Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz.U. 2015 poz. 2007) wprowadzono Standardy Opieki Okołoporodowej.

Określają one poszczególne elementy opieki medycznej, mające na celu uzyskanie jak najlepszego stanu zdrowia matki i mającego się urodzić się dziecka w sytuacjach stwierdzenia: ciąży bliźniaczej lub wystąpienia w czasie trwania ciąży, porodu lub połogu następujących powikłań: nadciśnienia tętniczego u ciężarnej, porodu przedwczesnego, zwiększonego ryzyka niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu, krwotoku położniczego oraz standardy opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych.

Do opieki nad matką i noworodkiem odnosi się także Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju 2030, która wobec prognozowanych do roku 2030 zmian demograficznych, planuje dostosowanie systemu ochrony zdrowia do nowych potrzeb, poprzez wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.

Działania w tym obszarze zapisane są również w Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego w celu 2: zwiększenie dostępności do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad matką i dzieckiem oraz w celu 4: dostosowanie opieki zdrowotnej do wyzwań demograficznych poprzez działania odpowiadające potrzebom i oczekiwaniom w szczególności matek i dzieci oraz osób starszych, a także uwzględnienie aktualnych i prognozowanych trendów epidemiologicznych.

W Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 - Krajowych ramach strategicznych również uwzględniono zapis mówiący o rozwoju opieki nad matką i dzieckiem.

Według danych GUS w 2014 r. zarejestrowano 376 501 urodzeń, w tym 375 160 urodzeń żywych (99,6%). W 2014 r. współczynnik zgonów niemowląt na 1000

urodzeń żywych wyniósł 4,2‰ (w 2013r. wynosił on 4,6‰). Współczynnik umieralności okołoporodowej wyniósł 5,6‰ (w 2013 r. - 6,5‰). W 2013r. w skali całego kraju odnotowano 7 zgonów związanych z ciążą, porodem i połogiem. W Polsce, w 2014 r. funkcjonowało 513 oddziałów ginekologiczno-położniczych, dysponujących 1 326 stanowiskami porodowymi (w tym 863 do porodów rodzinnych).

Programy opieki nad matką i noworodkiem realizowane są przez instytucje na wszystkich szczeblach. Począwszy od Ministerstwa Zdrowia, przez samorządy aż po organizacje pozarządowe. Świadczy to o wadze problemu i zapotrzebowaniu na takie interwencje zdrowia publicznego. Przykładami takich programów są:

- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015;
  - Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2014-2017”;
  - Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2015-2018;
  - Program NFZ opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży fizjologicznej.
- Programy te zostaną szerzej omówione w rozdziale 5.B. Prewencja wtórna.
- Akcja „Rodzić po ludzku”

## Zapewnienia świadczeń zdrowotnych dla migrantów, bezdomnych i mniejszości etnicznych

### Migranci

WHO podkreśla, że poprawa sytuacji zdrowotnej migrantów jest możliwa tylko przy zastosowaniu podejścia zdrowia publicznego. Zauważa, że niezbędne jest:

- Kierowanie się wartościami (równość, prawo do zdrowia);
- Dążenie do określonych celów (minimalizowanie negatywnych skutków migracji);
- Stosowanie efektywnych strategii (ukierunkowanie na determinanty zdrowia, działania długotrwałe).

Przyjęcie tych zasad oznacza jednocześnie konieczność prowadzenia działań wielo- i międzysektorowych. Świadczenia zdrowotne o charakterze leczniczym, profilaktycznym oraz z obszaru promocji zdrowia powinny być dostępne dla wszystkich obywateli, a zwłaszcza dla grup szczególnie podatnych na utratę zdrowia (vulnerable groups).

W Światowym Raplocie Zdrowia z 2010 r. wskazano, że w skali świata migranci, mniejszości etniczne i ludność rdzenna są grupami, które mają ograniczony dostęp do świadczeń publicznych, podobnie jak ludzie biedni.

### Bariery w dostępie migrantów do świadczeń zdrowotnych:

- Bariery geograficzne;
- Skomplikowane procedury rejestracji do lekarza, brak potrzebnych dokumentów;
- Ryzyko ujawnienia dla migrantów o nieuregulowanym statusie;
- Brak świadomości praw migrantów;
- Fragmentacja dyscyplin i specjalizacji;
- Bariery kulturowe - religia, zwyczaje;
- Bariery językowe, trudności w komunikowaniu się;
- Zjawisko dyskryminacji;
- Brak zaufania (w tym brak zaufania migrantów do instytucji publicznych oraz profesjonalistów medycznych).

Niska dostępność świadczeń, przeciętnie złe warunki życia powodują, że grupy nieuprzywilejowane takie jak migranci, bezdomni, mniejszości etniczne są populacjami szczególnie podatnymi na zagrożenia zdrowotne i powinny być objęte szczególną troską systemu zdrowotnego funkcjonującego w danym kraju.

Doświadczenia polskiego systemu zdrowotnego w odniesieniu do migrantów i mniejszości etnicznych są poślednie. Dotychczas zagadnienie to nie znalazło się w żadnej krajowej polityce zdrowotnej, a istniejące przykłady lokalne nie zostały szeroko rozpropagowane. Do przyczyn takiej sytuacji należy słabe rozpoznanie grup szczególnie podatnych na utratę zdrowia, niewielkie zainteresowanie tematyką, jak również stan kryzysu systemu w jego sferze wykonawczej i regulacyjnej.

Prawo polskie stosuje do cudzoziemców przepisy dot. funkcjonowania strefy Schengen oraz polskie przepisy o cudzoziemcach. Nakładają one na większość cudzoziemców z państw trzecich (w tym np. na obywateli Federacji Rosyjskiej i Ukrainy) obowiązek posiadania podróznego ubezpieczenia medycznego przy przekraczaniu granic zewnętrznych UE (w tym granicy RP).

W myśl przepisów rozporządzenia nr 810/2009/UE osoby ubiegające się o jednolitą wizę wjazdową strefy Schengen muszą wykazać, że posiadają odpowiednie, ważne podrózne ubezpieczenie medyczne pokrywające wszelkie wydatki, które podczas ich pobytu (pobyków) na terytorium państw członkowskich mogą wyniknąć w związku z koniecznością powrotu z powodów medycznych (transportu sanitarnego), potrzebą pilnej pomocy medycznej, nagłym leczeniem szpitalnym lub śmiercią. Również osoby ubiegające się o wizę jednolitą uprawniającą do wielokrotnego wjazdu (wizę wielokrotnego wjazdu) muszą wykazać, że posiadają odpowiednie podrózne ubezpieczenie medyczne obejmujące okres ich pierwszej planowanej wizyty. Ponadto osoby takie podpisują załączone do

formularza wniosku oświadczenie, że są świadome konieczności posiadania podróżnego ubezpieczenia medycznego podczas kolejnych pobytów. Zgodnie z art. 15 ust. 3 ww. rozporządzenia, ubezpieczenie musi być ważne na całym terytorium państw członkowskich i obejmować całkowity okres planowanego pobytu lub tranzytu danej osoby. Minimalna kwota ubezpieczenia wynosi 30 000 Euro. Zwolnieni z wymogu posiadania podróżnego ubezpieczenia medycznego są posiadacze paszportów dyplomatycznych, osoby posiadające odpowiednie ubezpieczenie w związku ze swoją sytuacją zawodową. Zwolnienie z tego obowiązku może dotyczyć także konkretnych grup osób, np. marynarzy, objętych już podróżnym ubezpieczeniem medycznym w związku wykonywanym zawodem.

Zwolnieni z obowiązku wizowego w przypadku pobytów w strefie Schengen nie przekraczających 3 miesięcy, a zatem także z wymogu posiadania podróżnego ubezpieczenia medycznego są m.in. obywatele: Albanii, Bośni i Hercegowiny, Czarnogóry, Macedonii oraz Serbii. Obowiązek posiadania podróżnego ubezpieczenia medycznego o minimalnej kwocie ubezpieczenia w wysokości 30 000 Euro nakłada na cudzoziemców wjeżdżających na terytorium RP także ustawa o cudzoziemcach - w przypadku wiz krajowych.

Sytuacja migrantów na terenie RP, w przypadku konieczności korzystania z pomocy medycznej jest trudna. Znaczna ich część nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego, ani zasobów finansowych, które umożliwiłyby w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia korzystać z pomocy medycznej na terenie Polski.

## Bezdomni

Bezdomność jest kategorią wykluczenia społecznego. W Polsce przyjmuje się, że jest ona w pewnym stopniu skutkiem przemian społeczno-ustrojowych, często ma także związek z globalnym kryzysem ekonomicznym.

### Osoba bezdomna

osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym, w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy oraz niezameldowana na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych, a także osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym i zameldowana na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.

*Ustawa o pomocy społecznej*

Liczba osób bezdomnych w Polsce od kilku lat utrzymuje się na stałym poziomie i wynosi ok. 30 700 osób (stan na luty 2013, liczenie osób bezdomnych koordynowane przez MPiPS). Osobom bezdomnym pomocy udzielają:

- Jednostki samorządu terytorialnego (komórki polityki społecznej w urzędach miast, powiatowe centra pomocy rodzinie w powiatach, ośrodki pomocy społecznej w gminach);
- Organy administracji rządowej (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, wydziały polityki społecznej urzędów wojewódzkich) oraz organizacje pozarządowe.

Zakres pomocy i świadczeń na rzecz osób bezdomnych określa Ustawa o pomocy społecznej. Zgodnie z jej zapisami do obowiązkowych zadań własnych gminy należy udzielenie schronienia, zapewnienie posiłku i niezbędnej odzieży osobom tego pozbawionym, a także zasiłków stałych, okresowych i celowych, w tym na pokrycie wydatków na świadczenia zdrowotne.

Głównym źródłem finansowania pomocy są budżety gmin. Większość osób bezdomnych przebywa w dużych miastach wojewódzkich. Nakłady finansowe państwa na opiekę nad bezdomnymi w roku 2013 wyniosły 183,6 mln zł.

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej od 2010 r. realizuje Program wspierający powrót osób bezdomnych do społeczności. Jest on skierowany na aktywizację społeczną i zawodową osób bezdomnych oraz wspieranie działań profilaktycznych.

### **Program wspierający powrót osób bezdomnych do społeczności**

#### **Cel programu:**

Wsparcie organizacji pozarządowych w podejmowaniu działań pomocowych skierowanych do osób bezdomnych i zagrożonych bezdomnością.

#### **Kierunki działań:**

- Pomoc doraźna w sytuacjach kryzysowych - usługi interwencyjne;
- Integracja społeczna i wychodzenie z bezdomności - indywidualne programy wychodzenia z bezdomności, aktywizacja społeczna i zawodowa;
- Prewencja bezdomności (profilaktyka) - prowadzenie wśród osób i rodzin zagrożonych bezdomnością działań osłonowych.

#### **Finansowanie:**

Przyznawane dotacje mają charakter uzupełniający wobec ustawowych obowiązków samorządów gmin w zakresie przeciwdziałania bezdomności. Kwota dotacji to 5 mln zł (2015 r.)

**Populacja objęta działaniem:** 4 826 osób.

W działaniach na rzecz osób bezdomnych (wychodzenie z bezdomności, usuwanie przyczyn bezdomności) istnieje silna potrzeba zaangażowania i współdziałania wielu instytucji odpowiedzialnych za politykę społeczną, mieszkaniową, rodzinną, imigracyjną i zdrowotną (m. in. w zakresie wychodzenia z uzależnień, leczenia depresji itp.), a nie tylko doraźnego radzenia sobie z problemem bezdomności.

## Mniejszości etniczne

Ustawa o mniejszościach wprowadziła do polskiego porządku prawnego definicję mniejszości etnicznej (art. 2 ust. 3).

### Mniejszość etniczna

grupa obywateli polskich, która spełnia łącznie następujące warunki:

- Jest mniej liczebna od pozostałej części ludności Rzeczypospolitej Polskiej;
- W sposób istotny odróżnia się od pozostałych obywateli językiem, kulturą lub tradycją;
- Dąży do zachowania swojego języka, kultury lub tradycji;
- Ma świadomość własnej historycznej wspólnoty etnicznej i jest ukierunkowana na jej wyrażanie i ochronę;
- Jej przodkowie zamieszkivali obecne terytorium Rzeczypospolitej Polskiej od co najmniej 100 lat;
- Nie utożsamia się z narodem zorganizowanym we własnym państwie.

Zgodnie z ustawą o mniejszościach, do mniejszości etnicznych zamieszkujących w Polsce zalicza się ludność: karaïmską, łemkowską, romską i tatarską.

**Karaimi** są najmniej liczną mniejszością etniczną w Polsce. Według Narodowego spisu powszechnego ludności i mieszkań w 2011 r. (NSP LiM) narodowość karaïmską zadeklarowało 313 obywateli polskich, w tym: w województwie mazowieckim - 98 osób, łódzkim - 46, dolnośląskim - 46. Karaimi mieszkają przede wszystkim w Warszawie i okolicach, Łodzi i Wrocławiu. Mniejszość karaïmska nie ma swoich przedstawicieli w Parlamencie. Polscy Karaimi zatracili znajomość ojczystego języka. Nauczanie języka karaïmskiego dla dzieci i młodzieży odbywa się podczas letnich szkół języka karaïmskiego odbywających się w Trokach, na Litwie. Karaimów wyróżnia religia karaïmska, wywodząca się z judaizmu.

**Łemkowie** to mniejszość etniczna, do której przynależność podczas przeprowadzonego w 2011 r. NSPLiM zadeklarowało 9 641 obywateli polskich, w tym: w województwie dolnośląskim - 4 735 osób, małopolskim - 2 186, lubuskim - 1 413. Tradycyjnie członkowie tej mniejszości zamieszkiwali tzw. Łemkowszczyznę, czyli Beskid Niski i część Beskidu Sądeckiego. Na tereny obecnego zamieszkiwania (zachodnie województwa kraju) zostali przesiedleni w 1947 r. w wyniku akcji „Wista”. Niewielka część Łemków podkreśla swój związek (przynależność) z narodem ukraińskim.

Mniejszość łemkowska nie ma swoich przedstawicieli w Parlamencie. W roku szkolnym 2012/2013 języka łemkowskiego jako ojczystego uczyło się w 35 placówkach oświatowych 281 uczniów należących do tej mniejszości. Łemkowie w zdecydowanej większości należą do dwóch Kościołów: Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego oraz Kościoła Katolickiego Obrządku Bizantyńsko-Ukraińskiego.

**Romowie** to mniejszość etniczna, do której przynależność podczas przeprowadzonego w 2011 r. NSPLiM zadeklarowało 16725 obywateli polskich, w tym: w województwie dolnośląskim - 2 028 osób, małopolskim - 1 735, śląskim - 1 733. Romowie w Polsce należą do pięciu grup: najliczniejszą jest grupa Bergitka Roma (Romowie Karpaccy), kolejne to Polska Roma (Polscy Cyganie Nizinni), Lowarzy (handlarze koźmi), Kelderasz (kotlarze) oraz niewielka grupa Sinti (Cyganie zamieszkujący kraje niemieckojęzyczne).

Największy odsetek osób narodowości romskiej zamieszkuje gminę wiejską Bukowina Tatrzańska w powiecie tatrzańskim, gdzie 1,10 % mieszkańców gminy zadeklarowało w trakcie spisu powszechnego w 2002 r. narodowość romską.

Mniejszość romska nie ma swoich przedstawicieli w Parlamencie. Romowie w Polsce to w zdecydowanej większości członkowie Kościoła Rzymskokatolickiego, choć odkilku lat widoczny jest udział Romów w Kościele Zielonoświątkowym oraz Związku Świadków Jehowy. W kraju zarejestrowanych jest ponad 80 romskich organizacji pozarządowych.

**Tatarzy** to mniejszość etniczna, do której przynależność zadeklarowało 1 828 obywateli polskich, w tym: w województwie podlaskim - 539 osób, mazowieckim, pomorskim - 175. Tatarzy zamieszkują rdzenne kolonie tatarskie na Białostoczczyźnie (Bohoniki i Kruszyniany) oraz miasta: Białystok, Sokółkę, Dąbrowę Białostocką, Warszawę i Gdańsk. Tatarzy w Polsce zatracili znajomość swojego ojczystego języka, pozostali natomiast wierni religii muzułmańskiej. Istotne znaczenie w życiu mniejszości tatarskiej odgrywa działalność Muzułmańskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej. Mniejszość tatarska nie ma swoich przedstawicieli w Parlamencie.



Wydział Mniejszości Narodowych i Etnicznych został powołany w strukturze Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w styczniu 2000 r. W listopadzie 2011 r. został wraz z całym Departamentem Wyznań Religijnych oraz Mniejszości Narodowych i Etnicznych włączony do Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji. Od listopada 2015 r. funkcjonuje ponownie w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji. Do zakresu działania Wydziału należy prowadzenie spraw mniejszości narodowych i etnicznych oraz społeczności posługującej się językiem regionalnym.

### **Program na rzecz społeczności romskiej w Polsce**

Główne problemy społeczności romskiej wiążą się z bardzo niskim poziomem edukacji, złą sytuacją materialną, wysokim wskaźnikiem bezrobocia, niską aktywnością obywatelską i integracją społeczną, problemami zdrowotnymi, a także niewielką i obciążoną stereotypami wiedzą obywateli o społeczności romskiej.

Romowie w większym stopniu, niż ogół społeczeństwa polskiego, zapadają na szereg chorób. Z dostępnych danych wynika również, że średnia długość życia wśród Romów w Europie jest krótsza w porównaniu z nie-Romami.

Z przeprowadzonych w 2012 r. przez resort administracji i cyfryzacji badań ankietowych pielęgniarek środowiskowych pracujących z rodzinami romskimi wynika, że jednostki chorobowe wśród społeczności romskiej nie różnią się od chorób ogólnie występujących, jedynie ich częstotliwość występowania jest większa.

Głównymi czynnikami rzutującymi na złą sytuację zdrowotną są:

- Bieda i brak środków na leczenie;
- Trudne warunki mieszkaniowe oraz przeludnienie w mieszkaniach, sprzyjające rozwojowi infekcji;
- Niski poziom świadomości zdrowotnej i trudności z wykształceniem nawyków prozdrowotnych, w tym często brak umiejętności interpretacji celowości zaleceń lekarskich;
- Złe nawyki żywieniowe, w tym niezdrowa dieta, mała aktywność ruchowa;
- Brak systematyczności i stanowczości w leczeniu, kontroli, przyjmowaniu leków;
- Brak monitorowania ciąży;
- Wczesne rodzicielstwo i niedojrzałość społeczna powoduje niewywiązywanie się z podjętych zobowiązań;
- Nieszczepienie dzieci i w efekcie częstsze zachorowania na choroby zakaźne;
- Palenie papierosów, nadużywanie alkoholu oraz pojawiające się zjawisko narkomanii;
- Związki endogamiczne powodujące wady wrodzone;

- Brak zaufania do systemu opieki zdrowotnej;
- Trudności wynikające z możliwości skorzystania z publicznego systemu opieki zdrowotnej (m.in. konieczność posiadania ubezpieczenia, długie oczekiwanie na wizyty specjalistyczne).

Podobnie jak w ogóle społeczeństwa, jednym z najczęściej występujących uzależnień wśród Romów jest nikotynizm, alkoholizm oraz hazard (m.in. gra na automatach) oraz pojawiające się uzależnienia od narkotyków występujące wśród młodszego pokolenia. W tej kwestii profilaktyka i informowanie o konsekwencjach uzależnień wydają się kluczowe, ponieważ świadomość o szkodliwości narkotyków, w tym szczególnie uzależnienie od narkotyków, nie jest powszechna w tej grupie.

Celem „Programu romskiego” (realizowanego w latach 2004-2013) było zapewnienie obywatelom polskim, należącym do etnicznej mniejszości romskiej, uczestnictwa w życiu obywatelskim i wyrównywanie szans tej grupy etnicznej w stosunku do reszty społeczeństwa. W jego realizację zaangażowały się zarówno urzędy rządowe i samorządowe, jak i organizacje pozarządowe. W roku największej aktywności (2008) zadania Programu realizowało 368 podmiotów. We wspólne działania stopniowo włączały się także organizacje romskie (w ostatnim roku było ich aż 79).

Obejmował on osiem obszarów, finansowanych głównie z rezerwy celowej budżetu państwa:

- Edukacja, na który to cel wydatkowano 40 485,5 tys. zł (49,6% ogółu wydatków);
- Sytuacja bytowa, na który to cel wydatkowano 26 297,4 tys. zł (31,9%);
- Kultura i zachowanie romskiej tożsamości etnicznej - 6 458,7 tys. zł (7,9%);
- Przeciwdziałanie bezrobociu - 1 776,0 tys. zł (2,2%);
- Zdrowie - 2 374,5 tys. zł (2,9%);
- Romowie a społeczeństwo obywatelskie - 2 357,1 tys. zł (2,9%);
- Wiedza o społeczności romskiej - 2 037,2 tys. zł (2,5%);
- Bezpieczeństwo, przeciwdziałanie przestępstwom popełnianym na tle etnicznym - 130,9 tys. zł (0,1%).

Celem programu romskiego w obszarze Zdrowie była poprawa stanu zdrowia Romów poprzez objęcie ich szerszym dostępem do opieki lekarskiej. Osiągnięciu tego celu służyć miało m.in. organizowanie „białych dni” dla Romów, zatrudnienie pielęgniarek środowiskowych pochodzenia romskiego, zwiększenie częstotliwości wizyt kobiet romskich u lekarza, promowanie szczepień ochronnych, prelekcje dotyczące higieny i profilaktyki chorób, prowadzenie badań bilansowych, stworzenie miejsc, w których Romowie mogliby uzyskać doraźną pomoc medyczną. W czasie obowiązywania Programu romskiego wydatki na realizację zadań

w tym obszarze wyniosły 2 875,3 tys. zł. Większość środków na ten cel, bo 2 374,6 tys. zł (82,6%), pochodziło z rezerwy celowej budżetu państwa.

Wielkości opisujące efekty z realizacji zadań zaliczanych do obszaru Zdrowie, dotyczyły następujących kwestii:

- Liczba Romów objętych badaniami profilaktycznymi lub szczepieniami ochronnymi w 2013 r. wyniosła 1 981, tj. była o 874 osoby większa niż w 2005 r., gdy działaniami takim objęto 1 107 Romów (w poszczególnych latach tego okresu objętych było nimi średnio 1 600 osób);
- Liczba pielęgniarek środowiskowych zatrudnionych w związku z realizacją Programu romskiego wynosiła 18 w 2005 r. i 20 w 2013 r. (w poszczególnych latach tego okresu średnio było ich 26);
- Liczba „białych dni” zorganizowanych w środowisku romskim, która w 2005 r. wyniosła 88, w 2013 r. zmniejszyła się do ośmiu (w poszczególnych latach tego okresu liczba takich dni wynosiła średnio 47). Nazwa tzw. „białych dni”, jak wykazało przeprowadzone w 2011 r. badanie ewaluacyjne Programu romskiego, nie zawsze kojarzona była przez Romów z działaniami prozdrowotnymi, co mogło mieć wpływ na ograniczenie liczby takich zadań. W omawianym okresie ograniczeniu liczby „białych dni” towarzyszył zdecydowany wzrost liczby Romów objętych badaniami profilaktycznymi i szczepieniami ochronnymi.

Przeprowadzone badania wskazują na ograniczony dostęp społeczności romskiej (przede wszystkim kobiet) do służby zdrowia, co skutkuje poważnymi problemami zdrowotnymi kobiet romskich. Wśród najważniejszych czynników, które ograniczają ten dostęp wymieniono: (a) dyskryminację rasową społeczności romskiej, przejawiającą się odmową udzielenia Romom niezbędnej pomocy lekarskiej, (b) brak znajomości przez przedstawicieli służby zdrowia obyczajów charakterystycznych dla społeczności romskiej, (c) warunki mieszkaniowe Romów - większość osad romskich, np. w rejonie Małopolski znajduje się poza granicami innych osiedli, bez dostępu do wody pitnej, kanalizacji oraz nawierzchni pozwalającej na dojazd między innymi karetami pogotowia, (d) brak opieki prenatalnej i kontroli ciąży w wielu osadach romskich, co wynika z charakteru tabu wszelkich tematów, związanych z życiem seksualnym, a także z braku odpowiednich środków sanitarnych, potrzebnych do przygotowania się na wizytę lekarza, (e) normy obyczajowe, charakterystyczne dla społeczności romskiej, w niektórych grupach praktykowany jest zwyczaj izolowania kobiety w okresie ciąży, porodu i menstruacji od społeczności, (f) normy obyczajowe, również praktykowane w niektórych grupach romskich, które nakazują mężczyźniom towarzyszenie kobiecie podczas wizyt lekarskich, co skutkuje rzadkim kontaktem kobiet ze służbą zdrowia; normy obyczajowe nie pozwalają również kobietom romskim na samodzielne podejmowanie decyzji w sprawie własnego ciała, co również nie wpływa pozytywnie ich na zdrowie, (g) brak odpowiednich środków na korzystanie

z bezpłatnej służby zdrowia; przedstawiciele społeczności romskiej, którzy żyją w skrajnej nędzy, nie są często w stanie pokryć wydatków, związanych z dojazdem do szpitala, czy zakupem niezbędnych lekarstw, (h) brak znajomości języka kraju, w którym przebywa społeczność romska, (i) zepchnięcie społeczności romskiej poza margines społeczeństwa, poprzez wrogie nastawienie społeczności, wśród której żyją.

### **Raport z badania warunków życia społeczności romskiej żyjącej w Maszkowicach (14-15 grudnia 2006).**

#### **Sytuacja socjalna społeczności romskiej w Maszkowicach**

Raport omawia między innymi problemy zdrowotne, na które cierpią przedstawiciele społeczności romskiej, mieszkający na terenie wsi Maszkowice. Wśród najważniejszych wymienione są między innymi: astma oskrzelowa (cierpi na nią do 90% dzieci romskich), uzależnienie od nikotyny, alkoholizm, choroby genetyczne, gruźlica. Romowie skarżą się na ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej. Brakuje zwłaszcza systematycznej opieki nad kobietami ciąży; ze względu na trudne warunki higieniczne (brak dostępu do ciepłej wody), Romowie nie są w stanie dbać o zdrowie po wyjściu ze szpitala i stosować się do wszystkich zaleceń lekarza. Z danych przedstawionych w raporcie wynika, że czworo, spośród 35 dzieci romskich podlegających obowiązkowi szkolnemu, zamieszkujących tę miejscowość ma orzeczone upośledzenie umysłowe, a 16 - opinie z zaleceniem obniżenia wymagań.

Uchwałą nr 202/2014 Rady Ministrów z dnia 7 października 2014 r. ustanowiono program wieloletni „Program integracji społeczności romskiej w Polsce na lata 2014-2020”.

## **Opieka zdrowotna nad więźniami**

W polskim systemie penitencjarnym w 2014r. funkcjonowało 88 zakładów karnych różnego typu, 67 aresztów śledczych, 37 oddziałów zewnętrznych oraz 4 oddziały tymczasowego zatrzymania skazanych. Dysponowały one ok. 87 tys. miejsc więziennych. Osoby tymczasowo aresztowane oraz odbywające kary - 71 133 (stan na dzień 31.12.2014).

Osoby pozbawione wolności (osoby osadzone) mają konstytucyjnie chronione prawo do ochrony życia, a tym samym do opieki zdrowotnej niezbędnej do jego ochrony. Zgodnie z art. 102 pkt. 1 kodeksu karnego wykonawczego (k.k.w.) skazany ma w szczególności prawo do opieki lekarskiej i sanitarnej. Uszczegółowienie tych postanowień nastąpiło w art. 115 k.k.w., który zobowiązuje władze

państwowe zajmujące się skazanymi do zapewnienia bezpłatnych świadczeń zdrowotnych oraz bezpłatnego zaopatrzenia w leki, artykuły sanitarne, a w szczególności uzasadnionych wypadkach - w niezbędne protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. W drodze rozporządzenia Minister Sprawiedliwości określa warunki i sposób zaopatrzenia osób pozbawionych wolności w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

W odróżnieniu od powszechnie obowiązujących norm, skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności nie przysługuje prawo wyboru: lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń, lekarza dentystry oraz szpitala. Norma prawna zezwala jednak, w szczególnie uzasadnionych wypadkach, na leczenie skazanego na jego koszt, przez wybranego przez niego lekarza, jak również na korzystanie z dodatkowych leków i innych środków medycznych. Skazanemu zapewnia się opiekę lekarską świadczoną przede wszystkim przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności, a w szczególnych przypadkach (natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowie skazanego, przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia lub rehabilitacji skazanego, zapewnienie świadczeń zdrowotnych skazanemu, który korzysta z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego) w pozawięziennych podmiotach leczniczych, które współdziałają ze służbą zdrowia w zakładach karnych na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości i Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad, zakresu i trybu współdziałania zakładów opieki zdrowotnej ze służbą zdrowia w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności.

Zakres działania więziennych zakładów opieki zdrowotnej został określony w zarządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 lipca 2002 r. w sprawie nadania statutów zakładom opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności.

Zakładami opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności są:

- Ambulatoria z izbami chorych;
- Szpitale więzienne;
- Pracownie diagnostyczne;
- Gabinety stomatologiczne;
- Gabinety rehabilitacji i fizykoterapii.

Wchodzą one w skład ogólnej struktury organizacyjnej jednostek penitencjarnych. Szczegółowe warunki, zakres i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności określa rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności.

Zadaniem więziennej służby zdrowia jest opieka zdrowotna nad osobami pozbawionymi wolności i tymczasowo aresztowanymi w jednostkach penitencjarnych. Świadczenia zdrowotne udzielane są w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i specjalistycznej opieki szpitalnej. Sposób i tryb finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w badanym okresie osobom pozbawionym wolności, zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2011 r.

Bezpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, które są udzielane osobom pozbawionym wolności, bez względu na ich uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, finansowane są przez Ministra Sprawiedliwości ze środków budżetu państwa, z części, której jest dysponentem.

Funkcjonowanie więziennej służby zdrowia jest zgodne z Zaleceniem Rec (2006)2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych.

W Polsce w ramach więziennej opieki zdrowotnej w 2013 r. funkcjonowało: 156 ambulatoriów, 154 izby chorych, 153 gabinety stomatologiczne i 22 apteki. Więzienna służba zdrowia dysponowała 13 szpitalami o łącznej liczbie 1091 łóżek.

W więziennej służbie zdrowia pracowało 655 lekarzy, lekarzy dentyków i farmaceutów oraz 1238 osób personelu średniego.

Więzienna służba zdrowia współpracuje z WHO za pośrednictwem Biura WHO w Polsce i uczestniczy m. in. w działalności Partnerstwa Wymiaru Północnego w Dziedzinie Zdrowia i Opieki Społecznej (Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being, NDPHS) - politycznej płaszczyzny stworzonej dla pogłębienia współpracy pomiędzy państwami UE, Rosją, Norwegią i Islandią. Partnerstwo to ustanowiono na mocy Deklaracji Ministrów Zdrowia regionu, podpisanej 27 października 2003 roku na konferencji w Oslo. Stanowi ono międzynarodowy mechanizm, którego celem jest propagowanie stałego rozwoju w obszarze Wymiaru Północnego poprzez działania służące poprawie zdrowia i warunków społecznych ludności, m.in. w zakresie promocji zdrowych stylów życia, walki z uzależnieniami oraz HIV/AIDS, włączenia społecznego i zdrowia w miejscu u pracy (w ramach m. in. Grupy Ekspertkiej ds. Systemów Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Więziennej Służby Zdrowia).

W Polsce w dwóch więzieniach kobiety mogą przebywać razem z dziećmi, a w jednym z nich znajduje się oddział ginekologiczno-położniczy.

Działalność więziennej służby zdrowia została poddana w 2012 r. ocenie Naczelnej Izby Kontroli - Kontrola Nr P/12/122 - Sprawowanie opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności i podjęta z inicjatywy własnej NIK, w ramach priorytetowego obszaru działalności kontrolnej NIK na 2011 r. „Zapewnienie powszechnej i niezawodnej opieki medycznej”. Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniła, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, działania Służby Więziennej służące zabezpieczeniu praw osób pozbawionych wolności do opieki medycznej.

Jednostki organizacyjne Służby Więziennej, w ramach dostępnych im środków budżetowych, zapewniły osobom osadzonym całodobową opiekę medyczną oraz dostęp do niezwłocznego i pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych, pomimo zwiększającego się zapotrzebowania osadzonych na te świadczenia. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły stanu technicznego budynków i pomieszczeń więziennej służby zdrowia oraz braku należytej dbałości o utrzymanie właściwego stanu technicznego w większości przestarzałej aparatury medycznej, co mogłoby mieć bezpośredni wpływ na jakość świadczeń oraz bezpieczeństwo personelu i pacjentów. Nie przestrzegano również obowiązujących terminów przeprowadzania badań wstępnych, okresowych i kontrolnych u części osób pozbawionych wolności.

## 5.B. Prewencja wtórna

### Prewencja wtórna - programy wczesnego wykrywania choroby (przesiewowe)

#### Badania przesiewowe - skринing (screening)

postępowanie polegające na wykryciu nierozpoznanych chorób lub stanów patologicznych za pomocą zastosowanych masowo, prostych testów.

Skринing należy traktować jako badanie wstępne pamiętając, że pacjent wymaga dalszej pogłębionej diagnostyki oraz w przypadku wykrycia choroby lub stanu patologicznego dalszego leczenia.

Wyróżniamy następujące typy badań przesiewowych:

- Skринing masowy, obejmujący całą populację;
- Skринing wielokierunkowy lub wielofazowy uwzględniający zastosowanie różnorodnych testów przy tej samej okazji;
- Skринing celowany obejmujący grupy narażonych na określone szkodliwości (np. stosowany w badaniach środowiskowych czy w opiece nad pracującymi);
- Skринing „przy okazji” (wykrywanie przypadków) jest formą skринingu przeprowadzanego wśród pacjentów zgłaszających się do lekarza z innego powodu.

Podstawowe kryteria do wdrożenia programu skriningowego zostały opisane przez Wilsona i Jungera w 1968 r. Kryteria te obejmują, w odniesieniu do:

- Choroby:
  - schorzenie powinno stanowić istotny problem zdrowia publicznego;
  - powinna występować wczesna, bezobjawowa faza schorzenia;
  - znana jest historia naturalna choroby;
  - istnieją dowody na to, że leczenie schorzenia we wczesnej, bezobjawowej fazie schorzenia ma wpływ na stan pacjenta w odległej przyszłości;
- Testu diagnostycznego:
  - czuły i swoisty;
  - prosty i tani;
  - bezpieczny i akceptowalny;
  - wiarygodny;
- Diagnozy i leczenia:
  - łatwa i dokładna;
  - dostępny jest skuteczny, akceptowalny i bezpieczny sposób leczenia.

### **Badania przesiewowe u dzieci**

Celem badań przesiewowych noworodków jest wczesne (przedkliniczne) wykrycie choroby wrodzonej u dziecka, która nie daje charakterystycznych objawów, a nieleczona prowadzi do zaburzeń rozwoju, ciężkiego upośledzenia umysłowego, a nawet śmierci dziecka. Wczesne wykrycie tych chorób umożliwia uratowanie wielu dzieci przed zaburzeniami rozwoju, trwałym ciężkim upośledzeniem umysłowym lub znaczne podniesienie jakości życia i przeżywalności.

Badania przesiewowe stanowią wieloetapowy system obejmujący: oddziały noworodkowe, położne środowiskowe, personel administracyjny, laboratoria analityczne oraz lekarzy pediatrów. Organizacja badań przesiewowych musi zapewnić objęcie badaniem wszystkich noworodków, sprawne działanie całej procedury oraz maksymalne wyeliminowanie błędów technicznych.

W Polsce badania przesiewowe oparte są na systemie opracowanym w IMiD i finansowane są bezpośrednio przez Ministerstwo Zdrowia. Nadal jednak trwają prace nad doskonaleniem już istniejących oraz wprowadzeniem nowych metod analitycznych, wykorzystujących nowoczesną aparaturę oraz komplementarne powiązanie diagnostyki, leczenia i analizy danych, co umożliwi podniesienie jakości prowadzonych badań przesiewowych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy.

Obecnie, w ramach Programu badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2015-2018, badania prowadzone są w kierunku 27 wrodzonych wad metabolicznych. Trzy najczęściej występujące wady wrodzone to: wrodzona niedoczynność tarczycy, fenylketonuria i mukowiscydoza.



## **Wrodzona niedoczynność tarczycy**

Niedoczynność tarczycy (hipotyreoza) jest zespołem chorobowym wynikającym z niedoboru hormonów tarczycy. Do przyczyn należą: zaburzenia embriogenezy tarczycy: niewykształcenie się tarczycy, nieprawidłowa budowa, przemieszczenie tarczycy oraz zaburzenia genetyczne (mutacje). Objawy kliniczne w wieku noworodkowym praktycznie nie występują co uniemożliwia jej wykrycie kliniczne. W wieku późniejszym objawy hipotyreozy zależą od stopnia niedoboru hormonów tarczycy oraz okresu życia, w którym choroba się ujawniła.

Badanie przesiewowe całej populacji noworodków w kierunku hipotyreozy (wrodzonej niedoczynności tarczycy) prowadzone jest od 1995 r. i polega na oznaczaniu stężenia tyreotropiny we krwi (TSH - Thyroid Stimulating Hormone).

Obecnie w całej Polsce stosowany jest test immunoluminetryczny o dużej czułości. W ciągu ostatnich czterech lat liczba dzieci z tą wadą wykrytych testem przesiewowym utrzymuje się na stałym poziomie tj. około 1 na 4000 żywo urodzonych noworodków. Nie odnotowano ani jednego przypadku wyniku fałszywie ujemnego (dziecko chore, ale nie wykryte w badaniach).

## **Fenyloketonuria**

Fenyloketonuria jest monogenową dziedziczną autosomalnie recesywnie chorobą metaboliczną spowodowaną defektem enzymatycznym hydroksylazy fenyloalaninowej. Gromadzenie fenyloalaniny, w następstwie zahamowania przemiany tego aminokwasu, powoduje zaburzenia równowagi aminokwasowej organizmu, których najpoważniejszą konsekwencją jest uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego.

Badanie przesiewowe całej populacji noworodków w kierunku fenyloketonurii prowadzone jest od około 1985 r. W badaniu oznacza się poziom fenyloalaniny (Phenylalanine - Phe). Do roku 1997 w całej Polsce do oznaczania poziomu fenyloalaniny we krwi stosowany był test Guthrie. Obecnie rozpoczęto masowe oznaczanie fenyloalaniny za pomocą testu ilościowego kolorymetrycznego. Częstość występowania fenyloketonurii w polskiej populacji szacuje się na około 1 : 7000.

## **Mukowiscydoza**

Mukowiscydoza (CF - Cystic Fibrosis) jest wieloukładową chorobą monogenową, dziedziczną jako cecha autosomalna, recesywna. Charakteryzuje się przewlekłymi zmianami obturacyjnymi oskrzeli i infekcjami dróg oddechowych, zaburzeniami procesów trawienia i ich konsekwencjami. Heterogenność objawów klinicznych ze strony różnych narządów i układów, zwłaszcza oddechowego i pokarmowego oraz ich pojawianie się w poszczególnych okresach życia z różnym

nasileniem, bardzo utrudnia i opóźnia rozpoznanie kliniczne. W Polsce średni wiek w momencie rozpoznania wynosił przed wprowadzeniem przesiewu 3,5 - 5 lat. Konsekwencją późnego rozpoznania są: liczne hospitalizacje bez ustalenia właściwego rozpoznania, ciężkie niedożywienie, obturacyjna choroba płuc, zakażenia układu oddechowego, uraz psychiczny rodziców. Rozpoznanie mukowiscydozy we wczesnym okresie niemowlęcym umożliwia wczesne wykrycie i leczenie niewydolności zewnątrzwydzielniczej trzustki zapobiegające niedoborom żywieniowym, osiągnięcie prawidłowego rozwoju somatycznego przez chore dzieci (masa ciała i wzrost), podjęcie szerokiej profilaktyki chorób zakaźnych (szczepienia obowiązkowe i zalecane), zmniejszenie liczby hospitalizacji oraz skrócenie długości leczenia szpitalnego wydłużenie okresu życia chorych, a przede wszystkim poprawa jakości życia.

Badanie przesiewowe całej populacji w kierunku mukowiscyzy prowadzone jest od 2009 r. Częstość występowania CF w Polsce oceniana jest na 1:2300. Szacuje się, że 1:25 osób jest nosicielem zmutowanego genu.

### **Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków**

Podstawowym celem programu jest objęcie badaniem każdego nowonarodzonego dziecka pod kątem uszkodzenia słuchu oraz analiza czynników ryzyka predysponujących do wystąpienia uszkodzenia słuchu

Badania przeprowadzane są w czasie pierwszych kilku dni życia dziecka we wszystkich oddziałach położniczych w kraju, co pozwala na szybką diagnostykę, a przy wykryciu wady słuchu, natychmiastowe leczenie. Badania prowadzone są nieinwazyjnie, w czasie snu dziecka, za pomocą urządzenia, które w głównej mierze obsługiwane jest przez pielęgniarki. Częstość występowania takiej wady oceniana jest na 1 do 2 przypadków na tysiąc noworodków. Oznacza to, że w Polsce corocznie rodzi się około 300 do 800 dzieci z wadą słuchu.

### **Programy przesiewowe w kierunku wykrywania nowotworów w populacji osób dorosłych**

Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem (IV edycja) w Polsce prowadzone są skriningi w kierunku trzech rodzajów nowotworów: raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego.

### **Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi**

Głównym celem programu jest zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów piersi, a także zmniejszenie zachorowalności i kosztów leczenia nowotworów piersi.

Program adresowany jest do kobiet w wieku 50-69 lat, które spełniają jedno z poniższych kryteriów:

- Nie miały wykonywanej mammografii w ciągu ostatnich dwóch lat;
- Otrzymały w ramach programu profilaktyki raka piersi pisemne wskazanie do wykonania ponownej mammografii po 12 miesiącach z powodu obciążenia następującymi czynnikami ryzyka: rak piersi wśród członków rodziny (matka, siostra, córka), mutacja w obrębie genów BRCA1 lub BRCA2;
- Nie miały wcześniej stwierdzonej zmiany nowotworowej piersi o charakterze złośliwym.

Program realizowany jest od 2006 roku w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2006-2015. Finansowanie programu zapewnia NFZ. Badanie wykonuje się co dwa lata. Realizatorami badań profilaktycznych są świadczeniodawcy wybierani przez NFZ w ramach procedury konkursowej, którzy wykonują badania na podstawie zawartych z NFZ umów. Monitoring i nadzór nad realizacją programu prowadzone są przez wojewódzkie i centralny ośrodek koordynujący (tzw. WOK i COK). Na potrzeby programu wykorzystywany jest System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP), nadzorowany przez NFZ, umożliwiający monitorowanie i ewaluację programu oraz śledzenie bieżącej realizacji badań skriningowych.

W ramach programu WOKi wysyłają imienne zaproszenia na badanie, organizują szkolenia dla personelu medycznego realizującego program oraz wykonują kontrolę jakości badań.

W 2014 roku w Polsce przeprowadzono 1 177 999 badań mammograficznych, z czego: w 406 177 przypadkach wykryto zmiany łagodne, w 4 282 - zmiany podejrzane, w 1 515 - zmiany złośliwe. Objęcie populacji wyniosło 44,77%.

### **Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy**

Głównym celem programu jest zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów szyjki macicy, a także zmniejszenie zachorowalności i kosztów leczenia.

Program adresowany jest do kobiet w wieku 25-59 lat:

- Które nie miały wykonanej cytologii w ciągu ostatnich trzech lat;
- Obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV - typem wysokiego ryzyka);
- Które nie miały wykonanej cytologii w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Kobiety, które były leczone z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy, po zakończeniu kontroli onkologicznej (decyzję podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne) ponownie zostają objęte skriningiem cytologicznym.

Program ten, podobnie jak Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi, realizowany jest od 2006 roku w ramach Narodowego Programu Zwalczenia

Chorób Nowotworowych na lata 2006-2015. Finansowanie programu zapewnia NFZ. Badanie wykonuje się raz na trzy lata.

Realizatorami badań profilaktycznych są świadczeniodawcy wybierani przez NFZ w ramach procedury konkursowej, którzy wykonują ww. badania na podstawie zawartych z NFZ umów. Monitoring i nadzór nad realizacją programu prowadzone są przez wojewódzkie i centralny ośrodek koordynujący (tzw. WOK i COK). Na potrzeby programu wykorzystywany jest System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP), nadzorowany przez NFZ, umożliwiający monitorowanie i ewaluację programu oraz śledzenie bieżącej realizacji badań skriningowych. Koordynacja i nadzór nad realizacją programu prowadzone są przez wojewódzkie i centralny ośrodek koordynujący (tzw. WOK i COK).

W ramach programu WOKi wysyłają imienne zaproszenia na badanie, organizowane są szkolenia dla personelu medycznego realizującego program oraz wykonywana jest kontrola jakości badań.

W 2014 r. w ramach programu przeprowadzono 720 662 badania cytologiczne, z czego w 20 201 stwierdzono obecność nieprawidłowych komórek nabłonkowych. Objęcie populacji badaniem wyniosło 22,34%.

### **Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego**

Główne cele programu to:

- Zwiększenie odsetka raków wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania;
- Zwiększenia odsetka wyleczenia (5-letnich przeżyć);
- Obniżenie umieralności na raka jelita grubego;
- Obniżenie kosztów leczenia raka w skali kraju (dzięki leczeniu raków wczesnych, a nie zaawansowanych i dzięki usuwaniu stanów przedrakowych - polipów).

Program jest realizowany od 2006 roku w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych. W latach 2000-2005 badania przesiewowe realizowane były w ramach programów polityki zdrowotnej.

W ramach programu wykonywane są badania kolonoskopowe przesiewowe wraz z usunięciem polipów o średnicy do 10 mm i ich badaniem histopatologicznym oraz pobraniem wycinków z nacieku nowotworowego. Program jest realizowany w dwóch systemach: oportunistycznym i zapraszonym. System zapraszany został wprowadzony w 2012 r.

W ramach systemu oportunistycznego w badaniach mogą wziąć udział osoby bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego:

- W wieku 50-65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego;

- W wieku 40-65 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego;
- W wieku 25-65 lat z rodziny HNPCC (rodzinnego raka jelita grubego niezwiązanego z polipowatością).

W ramach systemu zapraszanego w badaniu mogą wziąć udział:

- Osoby bez objawów klinicznych sugerujących raka jelita grubego, w wieku 55-64 lata;
- Osoby z objawami choroby, jeśli otrzymały na nie zaproszenie.

W 2014 r. w ramach programu wykonano łącznie 35 166 badań kolonoskopowych. System oportunistyczny prowadzony był w 86 jednostkach na terenie całego kraju, w których wykonano łącznie 23 064 profilaktycznych kolonoskopii. Polipy gruczolakowe wykryto u 4 407 osób (19,1%), zaawansowaną neoplazję u 1 202 osób (5,2%), a raka jelita grubego u 172 osób (0,74%). System zapraszany prowadzony był w 20 ośrodkach. W 2014 r. zaproszenia wysłano do 82 075 osób w wieku 55-64 lat, spośród których 14 065 osób (17,1%) wykonało badanie profilaktyczne. Polipy gruczolakowe wykryto u 4 023 osób (33,2%), zaawansowaną neoplazję u 895 osób (7,4%), a raka jelita grubego u 78 osób (0,64%).

## Inne wybrane programy profilaktyczne prowadzone w Polsce

### Program profilaktyki chorób układu krążenia

Celem głównym programu jest: obniżenie o ok. 20% zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia populacji objętej programem poprzez wczesne wykrywanie, redukcję występowania i natężenia czynników ryzyka,

Program adresowany jest do osób które:

- Mają 35, 40, 45, 50 lub 55 lat;
- złożyły deklarację wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- U których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia, i jednocześnie w okresie ostatnich pięciu lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia;
- Obciążonych następującymi czynnikami ryzyka: nadciśnienie tętnicze krwi, podwyższone stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, triglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu, palenie tytoniu, niska aktywność ruchowa, nadwaga i otyłość, upośledzona tolerancja glukozy, wzrost stężenia fibrynogenu, wzrost stężenia kwasu moczowego, nadmierny stres, nieracjonalne odżywianie, płeć męska, obciążenia genetyczne.

Świadczenia w ramach programu udzielane są bez skierowania, przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz przeprowadza wywiad z pacjentem oraz

kieruje go na badania pozwalające określić kategorię ryzyka choroby układu krążenia. Na tej podstawie lekarz wskazuje zalecenia dla pacjenta: edukację lub dalszą diagnostykę i leczenie w poradni specjalistycznej.

Program finansowany jest przez NFZ.

### **Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)**

W programie w ramach profilaktyki wtórnej prowadzone są badania spirometryczne skierowane do osób pomiędzy 40. a 60. rokiem życia, które nie miały w ciągu ostatnich 3 lat wykonanego tego badania oraz dotychczas nie zdiagnozowano u nich POChP.

Program finansowany jest przez NFZ. Bezpłatne badania w ramach programu można wykonać w zakładach opieki zdrowotnej, które podpisały z NFZ umowę na realizację programu.

### **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy**

Główne cele programu to:

- Zmniejszenie wskaźnika zachorowalności na gruźlicę;
- objęcie wczesną opieką świadczeniobiorców chorych na gruźlicę;
- Zmniejszenie wskaźnika śmiertelności na gruźlicę.

Program adresowany jest do osób powyżej 18. roku życia, które nie miały w dotychczasowym wywiadzie rozpoznanej gruźlicy, a w szczególności:

- Miały bezpośredni kontakt z osobami z już rozpoznaną gruźlicą;
- Mają trudne warunki życiowe, mogące znacząco wpłynąć na wystąpienie choroby (osoby niepełnosprawne, obciążone długotrwałą chorobą, obciążone problemem alkoholowym i narkomanią, bezdomne, długotrwale bezrobotne).

W ramach programu pielęgniarka POZ przeprowadza ankietę w celu wstępnej oceny stanu zagrożenia gruźlicą płuc. W razie stwierdzenia podwyższonego ryzyka zachorowania na gruźlicę, pacjent jest kierowany na dalszą diagnostykę i ewentualne leczenie do Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc. Program finansowany jest przez NFZ.

### **Program badań prenatalnych**

Celem programu jest umożliwienie wczesnej identyfikacji ryzyka wad (testy biochemiczne) i wczesne rozpoznanie wad płodu (USG), zwiększenie dostępności do badań prenatalnych w Polsce oraz wdrożenie systemu organizacyjnego badań prenatalnych w naszym kraju.

W programie wymagane jest skierowanie zawierające informacje o wskazaniach do objęcia programem, wraz z opisem nieprawidłowości i dołączonymi wynikami badań potwierdzającymi zasadność skierowania do programu, wysta-

wione przez lekarza prowadzącego ciążę. Pierwsza wizyta wskazana jest w 12 tygodniu ciąży.

Program adresowany jest do kobiet w ciąży spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- Wiek powyżej 35 lat;
- Wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka;
- Stwierdzenie strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka;
- Znacznie zwiększone ryzyko urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową;
- Stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

W ramach programu można uzyskać następujące świadczenia:

- Badania nieinwazyjne w diagnostyce prenatalnej:
  - badania USG płodu;
  - badania biochemiczne (oznaczenia w surowicy krwi); lekarz prowadzący decyduje o wykonaniu określonych testów w zależności od wieku ciąży;
- Wykonanie komputerowej oceny ryzyka choroby płodu na podstawie testów przesiewowych;
- Podjęcie decyzji o włączeniu pacjentki do dalszych etapów postępowania diagnostycznego;
- Poradę genetyczną obejmującą m. in. wywiad lekarski z uwzględnieniem wywiadu genetycznego, ocenę i interpretację wyników wykonanych badań oraz decyzję, co do dalszego postępowania (w przypadku wskazań medycznych skierowanie na badania inwazyjne po wyrażeniu przez pacjentkę zgody na ich wykonanie);
- Procedury inwazyjne w diagnostyce prenatalnej - pobranie materiału do badań genetycznych w drodze amniopunkcji/ biopsji trofoblastu/kordocentezy pod kontrolą USG;
- Badania genetyczne.

Program finansowany jest przez NFZ.

Programy dotyczące profilaktyki wtórnej realizowane są także przez jednostki samorządu terytorialnego. Jednak liczba i zakres prowadzonych programów nie są dokładnie znane.

## 5.C. Prewencja trzecio- i czwartorzędowa

### Programy leczenia bólu

Ból, zgodnie z definicją Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu, jest doznaniem czuciowym, emocjonalnym i subiektywnym związanym z uszkodzeniem tkanek. Ból ostry dotyka 5% populacji, z kolei ból przewlekły dotyczy ponad 20% populacji i procent ten wzrasta z wiekiem (50% > 65. roku życia). Najczęstsze zespoły przewlekłego bólu nienowotworowego to: choroba zwyrodnieniowa stawów (34%), bóle krzyża (18%), bóle głowy (15%), urazy (12%) i ból neuropatyczny 5-8%. Dużym problemem jest również ból, który towarzyszy chorobie nowotworowej.

Ból jest centralnym elementem doświadczenia pacjenta w wielu schorzeniach (ból przewlekły, ból pooperacyjny, ból w chorobie nowotworowej, ból neuropatyczny, bóle głowy, ból trzewny), a jakość świadczonych w tym przypadku usług może być uznawana za wskaźnik jakości całego systemu opieki zdrowotnej.

Skuteczność systemów opieki zdrowotnej oceniać można również poprzez możliwości niesienia ulgi w bólu, poprawę funkcjonowania fizycznego i poprawę jakości życia pacjenta. Prawo do uśmierzania bólu ostrego oraz leczenia bólu przewlekłego zaliczane jest do uniwersalnych praw człowieka, a powołaniem lekarzy jest niesienie ulgi w cierpieniu.

Medycyna bólu nie jest jeszcze w Polsce uznawana za odrębną specjalizację z unikalnym zakresem wiedzy i zdefiniowanymi kompetencjami praktycznymi, opartymi o badania i programy szkoleniowe. W Polsce funkcjonuje ponad 200 poradni leczenia bólu, ale tylko około 20 z nich to poradnie, w których stosowane są różne metody leczenia: od farmakoterapii, poprzez techniki inwazyjne, rehabilitację, do psychoterapii.

Zagwarantowanie każdemu człowiekowi prawa do leczenia bólu wymaga stworzenia organizacyjnych i finansowych zasad dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych umożliwiających skuteczne łagodzenie wszelkiego bólu, co jest niekwestionowanym obowiązkiem władzy publicznej w rozumieniu art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Zgodnie ze stanowiskiem Europejskiego Trybunału Praw Człowieka Rady Europy traktowanie powodujące poważne cierpienia fizyczne i psychiczne, mieści się w kategorii nieludzkiego traktowania, natomiast brak stosowania odpowied-



niego leczenia przeciwbólowego, które jest konieczne ze względu na proces chorobowy, narusza ludzką godność i może być interpretowane jako poniżające traktowanie w rozumieniu art. 3 Konwencji o ochronie prawa człowieka i podstawowych wolności z 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 z późn. zm.).

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta każdy pacjent ma prawo do stosowania metod, które odpowiadają aktualnie dostępnej wiedzy medycznej. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień zgodnie z aktualną wiedzą (art. 20 ust. 2 zdanie drugie u.p.p. w zw. z art. 6 ust. 1 u.p.p.). Gwarancją systemową realizacji prawa każdego pacjenta do działań przeciwbólowych (w trzech obszarach: bólu operacyjnego, bólu towarzyszącego diagnostyce oraz leczenia bólu) zgodnie z aktualną wiedzą medyczną powinno być zobowiązanie podmiotów leczniczych do wdrożenia standardów leczenia bólu niezależnie od jego przyczyny. W tym celu podmiot leczniczy musi posiadać oddziały lub poradnie leczenia bólu (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz.U. poz. 15, 2013 r.) wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

Prawo pacjenta do gwarantowanego szpitalnego działania przeciwbólowego w systemie publicznym musi być realizowane zgodnie z opracowaną i wdrożoną procedurą leczenia bólu i oceny skuteczności tego leczenia (zgodnie z § 5a. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Dz. U. 2013.1520).

## **Obecna praktyka i kryteria leczenia bólu u pacjentów w szpitalach**

- Akredytacja w ochronie zdrowia - szpitale posiadające aktualną akredytację w ochronie zdrowia (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 418 oraz Dz.U. 2009 nr 76 poz. 641) - 52%;
- Projekt „Szpital bez bólu” - certyfikat posiada 30% szpitali.

### **„Szpital bez bólu”**

Program polega na nadawaniu certyfikatu „Szpital bez bólu” szpitalom, które spełnią kryteria określone przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu, jak również Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Towarzystwo Chirurgów Polskich, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne.

**Cel:**

Poprawa jakości uśmierzania bólu w polskich szpitalach.

**Kryteria przyznawania certyfikatu:**

- Uczestnictwo personelu medycznego w szkoleniach z zakresu uśmierzania bólu pooperacyjnego (np. Szkoła Bólu);
- Prowadzenie pomiaru natężenia bólu u wszystkich operowanych pacjentów, co najmniej 4 razy na dobę;
- Informowanie pacjentów o możliwości i metodach uśmierzania bólu pooperacyjnego przed zabiegiem;
- Prowadzenie dokumentacji dotyczącej pomiarów bólu i zastosowanego postępowania zgodnie z rekomendacjami uśmierzania bólu;
- Monitorowanie ewentualnych działań niepożądanych zastosowanego leczenia na specjalnym formularzu zgłaszania działań niepożądanych leków;
- Postępowanie zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami dotyczącymi uśmierzania i leczenia bólu.

**Liczba szpitali i oddziałów posiadających certyfikat:** 144 szpitale i 32 oddziały szpitalne (2015 r.)

## Dostęp do opieki paliatywnej

W Polsce opieka paliatywna jest integralną częścią systemu opieki zdrowotnej. Wynika to z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

### Opieka paliatywna

działanie, które ma na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin stających wobec problemów związanych z zagrażającą życiu, postępującą chorobą poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia, dzięki wczesnej identyfikacji, ocenie i leczeniu bólu oraz innych problemów somatycznych, psychologicznych, socjalnych i duchowych.

WHO

Opieka paliatywna funkcjonuje w oparciu o zasady:

- Troski o jakość życia;
- Akceptacji nieuchronności cierpienia i śmierci;
- Holistycznego i interdyscyplinarnego charakteru opieki;
- Otoczenia opieką rodziny chorego;
- Zasady sprawiedliwości (równy dostęp do opieki każdego chorego, wysoka jakość świadczonych usług leczniczo-opiekuńczych).

Opieka paliatywna działa w oparciu o zespół interdyscyplinarny, w którego skład wchodzi: lekarz, pielęgniarka, psycholog, pracownik socjalny, fizjoterapeuta, kapelan, wolontariusze, chory i jego bliscy.

W Polsce, na podstawie rejestrowania ponad 300 tysięcy zgonów rocznie z powodu chorób przewlekłych, można przyjąć, że tej formy opieki potrzebuje co roku około 200 tysięcy chorych. Przewiduje się, że w perspektywie zachodzących zmian demograficznych (starzenie się społeczeństwa) i epidemiologicznych (wzrost liczby zachorowań na nowotwory i inne, źle rokujące, ciężkie choroby, niepoddające się leczeniu przyczynowemu) liczba osób potrzebujących opieki paliatywnej będzie gwałtownie rosła. Rozwój opieki paliatywnej uważany jest za jedno z priorytetowych zadań polityki zdrowotnej.

W Polsce opieka paliatywna jest zintegrowana z systemem opieki zdrowotnej, a świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej należą do świadczeń gwarantowanych.

Do najważniejszych Polskich aktów prawnych stanowiących podstawę funkcjonowania jednostek opieki paliatywnej należą:

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. (Dz.U. 2013 poz. 1347).

Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowane są bezpłatnie w następujących warunkach:

- Stacjonarnych - w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej;
- Domowych - w hospicjum domowym dla dorosłych;
- Domowych - w hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18 roku życia;
- Ambulatoryjnych - w poradni medycyny paliatywnej.

W Polsce ze środków publicznych nie są finansowane świadczenia dziennych ośrodków opieki paliatywnej oraz szpitalnych zespołów wspierających.

Kwalifikacji do objęcia opieką paliatywną dokonuje lekarz zatrudniony w jednostce opieki paliatywnej na podstawie oceny stanu klinicznego oraz rozpoznania zgodnego z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób ICD-10.

Do opieki paliatywnej pacjentów dorosłych kwalifikuje się osoby z rozpoznaniem choroby nowotworowej, niezależnie od stadium zaawansowania choroby, jeśli konieczne jest leczenie objawowe.

Ponadto opieką paliatywną mogą być też objęci pacjenci ze schorzeniami będącymi następstwem chorób zapalnych układu nerwowego, układowe zaniki pierwotne OUN, choroby demielinizacyjne OUN oraz chorzy cierpiący na choroby wywołane przez wirus HIV, owrzodzenia odleżynowe, stadia schyłkowe kardiomiopatii oraz przewlekłej niewydolności oddechowej.

W grupie pacjentów do 18 roku życia lista schorzeń gwarantowanych zgodnie z kodami ICD-10 jest bardzo szeroka i obejmuje - oprócz chorób nowotworowych także wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe, uszkodzenia okołoporodowe, zaburzenia metaboliczne, choroby układu nerwowego i inne.

W 2014 r. w Polsce odnotowano 142 placówki opieki paliatywnej i hospicyjnej (73 hospicjai 69 oddziałów opieki paliatywnej), dysponowały one 2,5 tys. łóżek (o 11,1% więcej) i dostarczyły opieki 33,8 tys. osób (o 8,1% więcej niż w 2013 r.). Średnio pobyt pacjentów tych placówkach trwał 24 dni.

Ze świadczeń medycznych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej skorzystało w Polsce w 2012 r. blisko 79 tys. pacjentów, w 2013 r. - 81,5 tys. pacjentów, a w I półroczu 2014 r. ponad 51 tys. pacjentów.

Wg planów finansowych NFZ na rok 2015 - wydatki na świadczenia w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej zostały zaplanowane na kwotę blisko 370 mln złotych. W 2015r. NFZ podpisał 530 umów na świadczenia w tym zakresie z 490 świadczeniodawcami.

W 2013 r. największa liczba jednostek stacjonarnych opieki paliatywnej znajdowała się w województwie wielkopolskim oraz małopolskim, a najmniej - w województwie zachodniopomorskim.

Najlepszy dostęp do poradni medycyny paliatywnej odnotowano w województwach śląskim, dolnośląskim oraz łódzkim, z kolei w woj. podkarpackim oraz podlaskim brak było dostępu do poradni medycyny paliatywnej.

Hospicja domowe dla dorosłych najliczniej zlokalizowane są w województwach mazowieckim, wielkopolskim i śląskim, a najmniej licznie - w województwach opolskim, podlaskim i świętokrzyskim. Hospicjów domowych dla dzieci najwięcej było w małopolskim.

Według najbardziej aktualnego badania przeprowadzonego przez Worldwide Palliative Care Alliance zatytułowanego „Mapowanie poziomu rozwoju opieki paliatywnej: globalna aktualizacja 2011”, Polska znajduje się w grupie państw IVb. Jest to grupa krajów o najwyższym poziomie rozwoju opieki paliatywnej na świecie (etap zaawansowanej integracji w ramach głównych form organizacyjnych).

## Potencjał tworzenia grup wsparcia pacjentów

Grupy samopomocowe powstają w wyniku świadomego i odpowiedzialnego zaangażowania osób dotkniętych danym problemem bądź ich bliskich. Motywacji należy upatrywać w woli dokonania zmian we własnym położeniu i wymiany doświadczeń z innymi ludźmi, którzy borykają się z takimi samymi problemami. Grupa wsparcia daje poczucie przynależności do zbiorowości osób połączonych wspólną sprawą i nastawionych na wzajemną pomoc i wymianę doświadczeń. Służy pomocą osobom wspieranym, ale także przynosi satysfakcję tym, którzy pomagają.

Podstawowe cele grup wsparcia dla pacjentów i ich rodzin:

- Pomoc sobie samemu w gronie osób z podobnymi doświadczeniami;
- Szansa na dzielenie się własnymi doświadczeniami oraz korzystanie z doświadczeń innych;
- Minimalizowanie poczucia osamotnienia, wsparcie duchowe;
- Budowanie poczucia wspólnoty i przynależności do zbiorowości osób z problemem zdrowotnym i ich rodzin;
- Konkretna pomoc w nawiązaniu kontaktu z lekarzem, ośrodkiem leczenia;
- Pomoc materialna dla pacjentów w trudnej sytuacji życiowej.

Funkcjonowanie grupy wsparcia określa pięć uniwersalnych zasad: (a) dobrowolności uczestnictwa, (b) uczenia się nowych zachowań, w tym lepszego rozumienia innych ludzi i dobrego kontaktu interpersonalnego, (c) partnerstwa, (d) roli terapeuty (nie ograniczającej się do korzystania z wiedzy i umiejętności ale polegającej na czerpaniu satysfakcji ze spotkań), (e) przestrzegania norm grupy.

## 5.D. Wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne zalicza się do zasobów społecznych, a jego małe nasilenie lub brak uznawane są za deficyt i czynnik ryzyka. Polega ono na dostarczeniu różnorodnych zasobów jednostce, która doświadcza trudności i nie jest w stanie sprostać im samodzielnie.

W psychologii zdrowia wsparcie społeczne definiuje się jako obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne, które wyróżniają się tym, że przez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji.

Dla psychologów wsparcie społeczne oznacza na przykład dostępność dla konkretnego człowieka innych osób, które darzy on zaufaniem, które dają mu poczucie, że ktoś się o niego troszczy i gotów jest mu pomagać. Wsparcie jest więc w tym ujęciu relacją opartą na więzi emocjonalnej i intelektualnej. Socjologowie z kolei analizują wsparcie społeczne z perspektywy sieci społecznych, grup społecznych czy społecznej wymiany. Wsparcie jest przejawem osadzenia człowieka lub małych grup w większej wspólnotcie. Z kolei z punktu widzenia polityki społecznej relacje wsparcia społecznego tworzą z jednej strony jednostki lub małe grupy społeczne (np. rodzina), a z drugiej - instytucje oraz grupy funkcjonujące w pewnych formalnych lub nieformalnych strukturach. Instytucje społecznego wsparcia istniejące we współczesnych społeczeństwach dzieli się na stacjonarne (takie w których np. mieszkają seniorzy), instytucje dziennego pobytu (oferujące klientom możliwość korzystania z różnorodnych usług) oraz otwarte (np. sieć wsparcia w środowisku zamieszkania). Najogólniej rzecz ujmując wsparcie społeczne to pomoc, jakiej społeczność może udzielić jednostce. Wsparcie społeczne może mieć charakter strukturalny (np. posiadanie rodziny, przyjaciół) oraz funkcjonalny (emocjonalny, informacyjny, instrumentalny, rzeczowy oraz duchowy). Znana jest klasyczna praca na temat związków umiERALNOŚCI z integracją społeczną, którą mierzono statusem małżeńskim, kontaktami z przyjaciółmi i krewnymi, przynależnością do kościoła, a także grup nieformalnych. Dziewięcioletnia obserwacja mieszkańców wielokulturowego hrabstwa Alameda County w Kalifornii wykazała, że ryzyko względne zgonu w grupie o małej integracji społecznej w stosunku do grupy o dużej integracji było 2,3 razy wyższe dla mężczyzn oraz 2,8 dla kobiet.

Udowodniono, że wsparcie społeczne ma związek z lepszym rozwojem dzieci, dobrostanem, lepszym zdrowiem psychicznym, niższymi wskaźnikami przestępstw, mniejszą umiERALNOŚCIĄ ogólną oraz z poszczególnych przyczyn, dłuższymi okresami przeżycia z chorobą, większą sprawnością chorych, mniejszą podatnością na picie alkoholu i depresję, trwałym uczestnictwem w grupach antytytoniowych, wyższą samoocena stanu zdrowia oraz podejmowaniem zachowań prozdrowotnych.

Zakres i formy dostarczania wsparcia społecznego zależą od wielu czynników: kulturowych, struktury rodzin, przestrzennej dostępności osób mogących być źródłem wsparcia, dostępności instytucji, zakresu uprawnień do korzystania z usług społecznych. Źródła wsparcia społecznego możemy podzielić na pierwotne (sieci społeczne tworzone przez członków rodziny, przyjaciół, znajomych, sąsiadów) oraz wtórne (instytucje, grupy samopomocowe). Wsparcie społeczne możemy podzielić na: postrzegane (wsparcie potencjalne, osoba w potrzebie wie do kogo może się zwrócić o pomoc i zakłada, że tę pomoc otrzyma) oraz otrzymywane (rzeczywiste wsparcie, które otrzymuje jednostka).

## Programy mające na celu tworzenie i utrzymanie warunków wspierających prozdrowotne zmiany zachowań

W Polsce występuje wiele form wsparcia społecznego o różnym zasięgu i różnie długiej historii działania. Są wśród nich takie, które występują sporadycznie (np. banki czasu, teleopieka, mieszkania chronione i wspomagane oraz wielofunkcyjne centra usług socjalnych), podczas gdy innych jest relatywnie dużo (np. kluby seniora, uniwersytety trzeciego wieku). Różnorodność praktykowanych w Polsce form wsparcia jest znaczna, ale niezadowalająca w skali realizacji tych działań i stopniu zaspokajania istniejących potrzeb.

Kluczową rolę pełni samorząd lokalny, który powinien inicjować prace nad strategią wsparcia w środowisku zamieszkania, dostarczać część usług społecznych, wspierać kształcenie profesjonalnych kadr, koordynować działania budujące wsparcie społeczne.

Koordynacja ta powinna być realizowana na poziomie osoby oraz na poziomie ponadinstytucjonalnym. Koordynacja na poziomie ponadinstytucjonalnym powinna skupiać się na zorganizowaniu sieci podmiotów funkcjonujących w środowisku lokalnym, włączaniu tematyki wsparcia społecznego do wszelkich podejmowanych działań, ustalaniu standardów usług społecznych oferowanych w środowisku lokalnym, racjonalizacji wykorzystania kadr dostarczających wsparcia. Powstanie systemowych rozwiązań w zakresie wsparcia społecznego, a szczególnie rozwój usług społecznych, zapewnienie możliwości udziału osobom potrzebującym w życiu lokalnej społeczności, to nie tylko szansa dla osób potrzebujących wsparcia, ale i dla całej społeczności - to budowanie kapitału społecznego. Potrzebne jest zatem traktowanie wsparcia jako inwestycji społecznej - jej dokonywanie (proces ciągły) pozwala na osiągnięcie wielu korzystnych efektów społecznych. Chodzi tutaj nie tylko o poprawę jakości życia osób potrzebujących wsparcia, ale o synergiczne oddziaływanie na sytuację całej społeczności lokalnej.

### Projekty środowisk promujących zdrowie

W Polsce od 1991 roku działa ogólnokrajowa sieć szkół promujących zdrowie. Jest to program rozwijany w ramach Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie (Schools for Health In Europe - SHE), która powstawała w latach 80-tych ub. wieku. Na mocy porozumienia WHO Regionu Europy, Rady Europy i Komisji Europejskiej z 1992 roku do sieci należy Polska i 8 innych krajów. Obecnie (2015 r.) polska sieć obejmuje 3026 placówek: szkół, przedszkoli, burs i domów wczasów dziecięcych. U podstaw projektu leży pozyskanie zgody społeczności szkoły/

placówki edukacyjnej na włączenie się do sieci. Koordynatorzy sieci działają przy kuratoriach oświaty. Nowym aktem formalnym jest „Porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia oraz Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki dzieci i młodzieży” z 23 listopada 2009 roku, umożliwiającym realizację przyszłych inicjatyw przekraczających granice kompetencji jednego resortu. I tak nowy program „Szkoły dla zdrowia Europy” przewiduje certyfikację szkół, upowszechnianie projektu, wymianę dobrych praktyk, autoewaluację. W Warszawie rozpoczęto w 2014 r. edukacyjny program „Zdrowy Uczeń”, wprowadzony zarządzeniem Prezydenta. Kształceniu zdrowych nawyków żywieniowych służy kampania „Wiem co jem”, zaprojektowana wspólnie z naukowcami Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego.

Szczególnym, interesującym rozwiązaniem był projekt transgraniczny „Zdrowa szkoła i kształcenie” (Goerlitz, Jelenia Góra i Lipsk 2011-2014), w którym grupę docelową stanowiła młodzież z trudnościami w nauce lub/i zaniedbana społecznie.

„Zdrowe miasta” - Europejski program, w który włączyły się m.in. samorzady Warszawy, Łodzi i Poznania. Przykładowe działania objęte programem to: szkolenie mieszkańców w segregowaniu odpadów, zachęcanie seniorów do zaszczepienia się przeciwko grypie, szczepienia p. pneumokokom, edukacja przedporodowa „Szkoła Rodzenia”, ocena sprawności, wydolności fizycznej i predyspozycji do uprawiania sportu.

Krajowa sieć szpitali i placówek medycznych promujących zdrowie zainicjowana w 1992 roku przez - podległe Ministrowi Zdrowia - Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia. Obecny ośrodek koordynacyjny działa w Warszawskim Uniwersytecie. Medycznym (Zakład Zdrowia Publicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu). Powstająca sieć zyskała międzynarodowy charakter po sformułowaniu „Rekomendacji Wiedeńskich” w 1997 roku. Szpitale sieci krajowej należą do International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services Sieci Regionalne, mają swoje ośrodki w Bydgoszczy, Warszawie, Lublinie, Krakowie i we Wrocławiu.

Do celów „Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych” na lata 2011-2015 włącza się Sieć Anonimowych Alkoholików. Strona internetowa Wspólnoty Anonimowych Alkoholików w Polsce prowadzi dyżur on-line pod hasłem „Kliknij po pomoc”. O kontakt zwróciło się 6200 osób. Działają również regionalne serwisy informacyjne AA w Warszawie, Białymstoku, Katowicach i Radomiu. Obecnie (2015) w zakładach karnych i aresztach śledczych realizowany jest nowy projekt „Na drodze ku trzeźwości” skierowany do więźniów i aresztantów.

Stowarzyszenie na Rzecz Dzieciństwa Wolnego od Tytoniu ma zasięg ogólnopolski. Od 2009 roku wdrażane są trzy projekty: „Czyste powietrze wokół nas”



(dla przedszkolaków), „Nie pal przy mnie proszę” (dla uczniów klas I - III) i „Znajdź właściwe rozwiązanie” (dla uczniów starszych klas szkoły podstawowej i gimnazjum). Treści zawarte w projekcie są dostosowane do poziomu wiedzy dzieci i młodzieży, mają niezwykle atrakcyjną formę i są łatwe do przeprowadzenia przez nauczyciela.

Polska była trzecim krajem na świecie (za Francją i Belgią), w którym rozwinął się ruch Uniwersytet Trzeciego Wieku (UTW). 12 listopada 1975 roku, inaugurowano pierwszy rok akademicki UTW. Cele pierwszego UTW:

- Włączenie osób starszych do systemu kształcenia ustawicznego;
- Aktywizacja intelektualna, psychiczna i fizyczna słuchaczy;
- Opracowanie metod edukacji i wdrożenie profilaktyki gerontologicznej;
- Prowadzenie obserwacji i badań naukowych (Informator Sekcji UTW przy PTG, 1987).

Obecnie w Polsce działa blisko 400 Uniwersytetów Trzeciego Wieku, które średnio zrzeszają 230 słuchaczy, co daje łącznie około 90 tys. osób.

Hasła zmiany zachowań na zachowania prozdrowotne podejmowane są także przez fundacje rynkowe i zawierają ukrytą reklamę przedsiębiorstw lub produktów. Przykładami takich działań marketingowych mogą być: „Żyj zdrowo ze sportem”, akcja kompanii piwowarskiej z udziałem Vive Targi Kielce, mistrza Polski w piłce nożnej, rozpoczęta w 2014 roku, lub „Czytaj etykiety, żyj zdrowo i świadomie” kampania społeczna fundacji należącej do domu handlowego Alma Market, uruchomiona w grudniu 2014 roku, albo szkola karmienia, społeczność „LOVI, karmienie miłością”, co jest akcją reklamową firmy Canpol produkującej butelki, laktatory i smoczki. Obecność rynku w sferze zjawisk zdrowotnych budzi jednak niepokój, bowiem ani instytucje państwowe, ani organizacje pozarządowe nie skorygują negatywnych następstw działań marketingowych.

Przyjęte obecnie sposoby postępowania w tworzeniu sieci promujących zdrowie w Polsce mają poprawną metodę skutecznego działania, a więc:

- Wszystkie powyższe programy są skierowane do konkretnych odbiorców, kreując społeczności - sieci zainteresowane zmianą zachowań na korzystne dla zdrowia;
- Programy ogólnokrajowe, regionalne i lokalne zakładają wykorzystanie istniejących zasobów strukturalnych, gospodarczych i kapitału społecznego adresatów;
- Niektóre projekty jak „Zdrowe miasto” mają i wykorzystują duże możliwości usuwania barier dostępu do terenów rekreacyjnych, racjonalnego zagospodarowania placów do uprawiania ćwiczeń fitness czy budowania ścieżek rowerowych;
- Wskazane wyżej programy zawsze zawierają elementy szkolenia, monitoringu oraz oceny końcowej/etapowej.

## Wsparcie dla opiekunów

Wpływ problemu zdrowotnego/choroby na opiekuna opisywany jest w literaturze jako doświadczenie utraty, przewlekłego stresu, wysiłku, cierpienia, obciążenia czy negatywnych zmian w obszarze jakości życia. Emocje i sytuacje przeżywane przez opiekunów są bardzo złożone i niejednokrotnie - przeżywane po raz pierwszy w życiu. Są one determinowane zarówno codziennym, długotrwałym obciążeniem (psychicznym, fizycznym, materialnym) jak i wymuszonymi zmianami w ich życiu społecznym, rodzinnym i zawodowym.

Bardzo często opiekunowie nie otrzymują wystarczającego wsparcia społecznego, instytucjonalnego, doświadczają izolacji społecznej i stygmatyzacji.

W Polsce, ramy instytucjonalne, w jakich osadzony jest model środowiskowego wsparcia tworzą:

- Rodzina, znajomi, przyjaciele;
- Instytucje lokalne wszystkich trzech sektorów świadczące usługi społeczne - m.in. opiekuńcze, medyczne, kulturalne, edukacyjne;
- Kadry fachowe zatrudniane przez lokalne instytucje, które zawodowo zajmują się dostarczaniem wsparcia, np. pracownicy socjalni, pielęgniarki środowiskowe;
- Wolontariusze;
- Media i instytucje a także osoby wytwarzające informacje i wprowadzające je do informacyjnego obiegu.

Bardzo ważnym obszarem działań środowiskowych są różnorodne formy wsparcia, których bezpośrednim beneficjentem jest opiekun (np. osoby starszej czy niesamodzielnej). Może to być opieka wytchnieniowa, doradztwo, grupy wsparcia dla opiekunów, szkolenia dla opiekunów, centra opiekunów, centra wolontariatu, czy inne formy wsparcia.

O polityce wsparcia opiekunów należy myśleć wielowymiarowo, z intencją:

- Wyręczenia/uzupełnienia sprawowania przezeń opieki na czas nieobecności przy podopiecznym;
- Podniesienia jego kompetencji opiekuńczych poprzez doradztwo, szkolenia itp.;
- Integracji społecznej i podniesienia dobrostanu opiekuna (w ramach centrum wsparcia czy innych aktywności na rzecz dobrego samopoczucia opiekunów).

Te trzy wymiary wzajemnie się uzupełniają, przeplatają, a także wzmacniają i rzutują na potencjał długotrwałego sprawowania opieki i podtrzymaniu jej jakości. Wsparcie opiekunów powinno stać się rozwijającym w Polsce segmentem polityki wsparcia. Nowoczesny i dostosowany do obecnie występujących potrzeb

system wsparcia nie może opierać się głównie na opiekunach, członkach rodziny osoby potrzebującej pomocy, ale powinien obejmować znacznie szerszą grupę podmiotów lokalnej polityki społecznej. W wielu przypadkach opiekun czy członek rodziny sami powinni stać się adresatami wsparcia w deficytowych obszarach, po to aby mieć warunki i możliwości do dalszego pełnienia funkcji opiekuna.

Wraz z wertykalizacją sieci rodzinnej (zmniejszaniem się liczby osób z tego samego pokolenia a zwiększaniem się liczby jednocześnie żyjących pokoleń) ograniczeniu będzie ulegała możliwość uzyskania wsparcia w obrębie rodziny, a dużego znaczenia zaczną nabierać wtórne źródła wsparcia - samorząd terytorialny, NGOs, nierodzinne sieci wsparcia.

Zapotrzebowanie na wsparcie jest procesem dynamicznym - zarówno w wymiarze jednostkowym (zmienia się zależnie od zmiany sytuacji osobistej danej osoby), jak i w wymiarze zbiorowości (np. postępujący proces starzenia się społeczeństwa będzie prowadził do wzrostu liczby jednoosobowych gospodarstw domowych). Opieka nad osobą chorą zmienia wiele aspektów życia opiekuna, a w szczególności jego sytuację zawodową, finansową, kontakty z otoczeniem oraz stan zdrowia i samopoczucie. Badania empiryczne pokazują, że „w niewielkiej liczbie gmin realizowane jest wsparcie dla rodzin lub jej poszczególnych członków opiekujących się osobami niesamodzielnymi. Jedynie 18% respondentów wskazało, że na terenie ich gminy obejmuje się opieką również opiekunów osób starszych. Jednocześnie ponad 64% badanych wskazało na potrzebę prowadzenia takich działań”.

Pozostawienie opiekuna bez wsparcia i pomocy może doprowadzić do sytuacji, kiedy z powodu jego problemów finansowych (a nawet w skrajnych przypadkach ubóstwa) lub pogorszenia się jego zdrowia psychofizycznego, opiekun zaprzestanie sprawowania opieki i sam będzie potrzebował wsparcia ze strony pomocy społecznej. W efekcie koszty jakie będą musiały zostać poniesione przez rodzinę, jak i podmioty lokalnej polityki społecznej, a będące konsekwencją zaniechania działania we wczesnej fazie opieki, będą znacznie wyższe niż gdyby odpowiednie działania zostały podjęte wcześniej. Warto dodać, że wartość opieki świadczona przez opiekunów nieformalnych w Wielkiej Brytanii została oszacowana na 19 miliardów funtów rocznie.

Kluczowym jest, aby udzielane wsparcie miało charakter personalny i środowiskowy - było udzielane lokalnie, w miejscu zamieszkania osoby potrzebującej, z uwzględnieniem jej stanu zdrowia i zdolności psychofizycznych. Szczególna rola w tym zakresie spoczywa na samorządzie terytorialnym - głównie szczeblu gminnym i powiatowym.

## Projekty wsparcia dla opiekunów (formalnych i nieformalnych)

Opiekunowie nieformalni pozostają najważniejszą grupą zajmującą się opieką - z 20,7 miliona starszych osób potrzebujących opieki na terenie Unii Europejskiej w 2007 r., 12,2 otrzymywało opiekę nieformalną, a 8,4 miliona - opiekę formalną. Rumunia, Polska i Czechy to 3 kraje europejskie, gdzie obowiązek opieki nad osobami starszymi spoczywa w większości na rodzinie, a członkowie rodziny tradycyjnie pełnią rolę opiekunów, podczas gdy opieka formalna dla osób starszych jest uboga i niewystarczająca. Polska i Czechy polegają w większości na opiece nieformalnej. Kiedy opieka się kończy, opiekun rodzinny (nieformalny) traci poczucie bycia potrzebnym. Może potrzebować powrotu do pracy dla uzyskania zabezpieczenia finansowego, ale także poczucia wartości i nowego sensu życia.

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej określa szerokie ramy odpowiedzialności administracji państwowej. Główne cele pomocy społecznej w rozumieniu ustawy to wsparcie osób i rodzin w przewyciężeniu trudnej sytuacji życiowej, doprowadzenie w miarę możliwości do ich życiowego usamodzielnienia i umożliwienie im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka. Ośrodki Pomocy Społecznej jako miejsca pierwszego kontaktu dla osób poszukujących pomocy, zgodnie z prawem, znajdują się w każdej gminie/dzielnicy miasta. Pomoc finansowa w postaci świadczeń ze strony państwa stanowi ważny element stabilizacji w trudnej sytuacji życiowej. Niemniej ciężar opieki nad przewlekle chorymi i/lub niepełnosprawnymi w Polsce spoczywa w praktyce na rodzinach. Nieformalni opiekunowie otrzymują zasiłek opiekuńczy (o ile zrezygnują z własnego zatrudnienia na rzecz wyłącznej opieki nad chorą osobą) w wysokości 520 zł miesięcznie. Zasiłek jest zapewniony postanowieniami ustawy z 4 kwietnia 2014 o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów. Obecna wysokość zasiłku od lipca 2015 zostanie podniesiona do 800 zł, a w kolejnym roku do 1300 zł, czytamy w zarządzeniu Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej „Świadczenia dla opiekunów (pielęgnacyjne) osób niepełnosprawnych” z 9 lutego 2015 roku. Prawna regulacja pracy wolontariuszy zawarta jest w Ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie z dnia 24 kwietnia 2003. Monitorin- giem i ewaluacją pracy wolontariuszy zajmują się koordynatorzy wolontariatu. Rozpowszechnia się wolontariat szkolny, powiązany z Ośrodkami Pomocy Społecznej, które wskazują zespołom uczniowskim potrzebujące osoby lub rodziny.

Radzenie sobie ze stresem jest treścią pilotażowego projektu (2015-2016) „Pomyśl o sobie - wsparcie i aktywizacja rodzin osób chorych” przeznaczonego dla rodzin osób przewlekle chorych i/lub niepełnosprawnych. Projekt przewiduje diagnozę potrzeb i problemów rodziny, psychologiczne wsparcie indywidualne dla dorosłych członków rodzin osób chorych, terapię rodzin, stworzenie grupy wsparcia z elementami edukacyjnymi dla dorosłych opiekunów, wsparcie indy-

widualne dla dzieci z rodzin osób chorych, warsztaty pracy ze stresem, warsztaty umiejętności psychologicznych dla rodziców i dzieci, powołanie grupy „Liderzy Zmiany”, której celem będzie przygotowanie się do samoorganizowania. Projekt powstał we współpracy Stowarzyszenia OPTA i Regionalnego Centrum Wolontariatu w Warszawie z wykorzystaniem środków finansowych m.st. Warszawy i Europejskiego Funduszu Społecznego.

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sopocie realizuje program „SAMI SWOI” - podnoszenie standardu usług opiekuńczych świadczonych na rzecz osób starszych (60+) o ograniczonej samodzielności w miejscu zamieszkania.

Projekt „Integracja opiekunów rodzinnych osób starszych z rynkiem pracy ELMI” realizowany w ramach współpracy międzynarodowej przez Uniwersytet Łódzki. Celem projektu ELMI jest również rozwój strategii wspierania przejścia opiekunów z opieki nieformalnej do formalnej.

Szkolenia wolontariuszy zgłaszających się do Ośrodków Pomocy Społecznej przeprowadzane są w Regionalnych Centrach Wolontariatu w formie kilkudniowych kursów. Kształcenie opiekunów zawodowych zawiera w swoim programie temat narażenia na stres, profilaktykę stresu zawodowego i zagadnienia wypalenia zawodowego. Nowy, obowiązujący obecnie program „Doskonalenie podstaw programowych kluczem do modernizacji kształcenia zawodowego” powstał w 2012 roku z częściowym wsparciem Europejskiego Funduszu Społecznego.

Oprogramowania komputerowe oraz aplikacje mobilne do monitorowania stanu zdrowia pozostają poza kontrolą prawną.

## PIŚMIENNICTWO

### 5.A.

1. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*. 2014 Mar 12, 311(10):1052-60.
2. Barra E. Mukowiscydoza - Problemy gastroenterologiczne i dietetyczne, *Dziennik „Służba Zdrowia”*, nr 33-34, kwiecień 1998, ISSN 0137-8686
3. Beaglehole R, Bonita R.. *Podstawy epidemiologii*, WHO, Genewa 1993.
4. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2009 11(2), 217-228.
5. Buckner L., Yeandle S. *Valuing Carers 2011: Calculating the value of carers' support*. Carers UK, Report; 2011, 2
6. Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi.  
<https://www.cem.edu.pl/>
7. Charakterystyka mniejszości narodowych i etnicznych w Polsce, Strona MSWiA.  
<http://mniejszosci.narodowe.mswia.gov.pl/mne/mniejszosci/charakterystyka-mniejs/6480, Charakterystyka-mniejszosci-narodowych-i-etnicznych-w-Polsce.html>

8. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2012 roku, *Medycyna Paliatywna* 2012 (4): 210-216.
9. Cianciara D. Promocja zdrowia, zapobieganie chorobom i leczenie w kontekście wielu kultur -wskazówki z innych krajów. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2012, 93(1):160-167.
10. Cianciara D. Zarys współczesnej promocji zdrowia, *PZWL*, 2010, s. 66-7
11. Dobrzańska-Socha B. Propozycja profesjonalnego prowadzenia grup wsparcia. *Nowiny Psychologiczne* 1992 , nr 2, 77-87.  
<http://stat.gov.pl/obszarytematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-1,5.html>
12. <http://www.eapcnet.eu/Themes/Organisation/LongTermCareMapping.aspx>
13. Informacja o wynikach kontroli NIK: Funkcjonowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego w latach 2012-2014 (I półrocze).  
<https://www.nik.gov.pl/plik/id,8574,vp,10680.pdf>
14. Informacja o wynikach kontroli NIK: Działania administracji publicznej na rzecz ochrony praw mniejszości romskiej w Polsce.  
<https://www.nik.gov.pl/plik/id,9585,vp,11831.pdf>
15. Informacja o wynikach kontroli NIK: Sprawowanie opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności.  
<https://www.nik.gov.pl/plik/id,4619,vp,6181.pdf>
16. Instytucje wobec potrzeb osób starszych. Raport, IRSS, Warszawa 2010, 81.
17. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *International Journal of Health Policy and Management* 2015, 4 (4):1-4.
18. KIS - pomoc wykluczonym, projekt współfinansowany przez UE z EFS.  
<http://www.mosplock.eu/kis/index.php?poz=31KIS>
19. Komunikat Komisji Europejskiej do Parlamentu Europejskiego, Rady Europejskiej, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno Społecznego i Komitetu Regionów Unijne ramy dotyczące krajowych strategii integracji Romów do 2020 roku (KOM(2011)173).
20. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.
21. Krzos E, Cianciara D. Podmioty aktywne w sprawach migracyjnych w Polsce. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93(1):203-208.
22. Kuehle T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamouille M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *PrimaryCare*. 2010; 10(18): 350-4.
23. Mapping palliative care systems in long term care facilities in Europe, PACE - Palliative Care for Older People in care and nursing homes in Europe.  
<http://www.eupace.eu/news/mapping-palliative-care-systems-long-term-care-facilities-europe>
24. Mapping palliative care systems in long term care facilities in Europe, EAPC Onlus 2010.
25. Ministerstwo Sprawiedliwości, Centralny Zarząd Służby Więziennej. Roczna Informacja Statystyczna za rok 2014 Warszawa.  
<http://sw.gov.pl/Data/Files/001c169lidz/rok-2014.pdf>
26. Narodowy Fundusz Zdrowia. Dane o realizacji programów.  
<http://nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/dane-o-realizacji-programow/>
27. NIK, Informacja o wynikach kontroli: system szczepień ochronnych dzieci Nr ewid. 209/2015/P15/080/LKR.  
<http://szczepienia.gis.gov.pl/pliki/nik-p-15-080-szczepienia.pdf>
28. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 kwietnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2015 poz. 581.

29. Organizacja badań przesiewowych. Instytut Matki i Dziecka. Pracownia Badań Przesiewowych. <http://przesiew.imid.med.pl/schemat.html#neobase>
30. Palliative care, WHO. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
31. Partnerstwo Północnego Wymiaru w Dziedzinie Zdrowia i Opieki Społecznej. <http://www.bpz.gov.pl/dokumenty/NDPHS1.htm>
32. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 - Krajowe Ramy Strategiczne [http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-34-2133\\_Policy\\_paper\\_dla\\_ochrony\\_zdrowia\\_na\\_lata\\_2014\\_2020\\_Krajowe\\_Strategiczne\\_Ramy.html](http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-34-2133_Policy_paper_dla_ochrony_zdrowia_na_lata_2014_2020_Krajowe_Strategiczne_Ramy.html)
33. Program „Szpital bez bólu”. <http://szpitalbezbolu.pl/>
34. Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2015-2018 Program polityki zdrowotnej. Minister Zdrowia. Warszawa 2015.
35. Program integracji społeczności romskiej w Polsce na lata 2014-2020. <http://mniejszosci.narodowe.mswia.gov.pl/mne/romowie/program-integracji-spol/8303,Program-integracji-spolesznosci-romskiej-w-Polsce-na-lata-2014-2020.html>
36. Raport z badania warunków życia społeczności romskiej żyjącej w Maszkowicach, 2006 r. <https://www.rpo.gov.pl/pliki/1171026985.pdf>
37. Rocznik demograficzny 2014, GUS, 2015.
38. Roczniki Statystyczne GUS 2014 r. <https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/roczniki-statystyczne-gus/>
39. Rogala D, Banach A, Jachimowicz-Gawet D, Skinder Ź, Leźnicka M. System opieki zdrowotnej nad osobami osadzonymi w zakładach penitencjarnych w Polsce, *Hygeia Public Health* 2013, 48(4): 441-448. <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2013/hyg-2013-4-441.pdf>
40. Ross L. F, Saal H. M, David K. L, Anderson R.R. Technical report: ethical and policy issues in genetic testing and screening of children and the American Academy of Pediatrics; American College of Medical Genetics and Genomics. *Genetics in Medicine* 2013; 15: 234-245
41. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności, Dz. U. z 2012 r., poz. 738.
42. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, Dz. U. z 2011 r. Nr 1, poz. 2.
43. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 listopada 2003 r. w sprawie warunków i sposobu zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Dz. U. Nr 204, poz. 1986
44. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2010 r. w sprawie sposobu przekazywania szczepionek świadczeniodawcom prowadzącym obowiązkowe szczepienia ochronne oraz sposobu przechowywania szczepionek stanowiących rezerwę przeciwepidemiczną kraju, Dz.U. 2010 nr 232 poz. 1524.
45. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi, Dz.U. 2010 nr 180 poz. 1215.
46. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, Dz.U.11.182.1086.
47. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania, Dz.U. 2010 nr 254 poz. 1711.

48. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, Dz.U. 2015 poz. 182.
49. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, Dz.U. 2013 poz. 1347.
50. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. Nr 225, poz. 1355.
51. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 stycznia 2012 r. w sprawie wykazu rodzajów czynności zawodowych oraz zalecanych szczepień ochronnych wymaganych u pracowników, funkcjonariuszy, żołnierzy lub podwładnych podejmujących pracę, zatrudnionych lub wyznaczonych do wykonywania tych czynności, Dz.U. 2012 poz. 40.
52. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, Dz. U. 2015 poz. 2007.
53. Rządowa Rada Ludnościowa, Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski, Potrykowska A, Strzelecki Z, Szymborski J, Witkowski J. (red), Warszawa 2014. [http://bip.stat.gov.pl/files/gfx/bip/pl/defaultstronaopisowa/461/1/1/zachorowalnosc\\_na\\_nowotwory.pdf](http://bip.stat.gov.pl/files/gfx/bip/pl/defaultstronaopisowa/461/1/1/zachorowalnosc_na_nowotwory.pdf)
54. Sęk H, Cieślak R. (red.) Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004, str. 14.
55. Sharrar R.G. General Principles of Epidemiology. [W]: Cassens, B.J.: Preventive medicine and public health. Philadelphia, Harwal Publishing, 1992, s. 1-2.
56. Szul-Szywała A. Główne problemy dotyczące realizacji prawa do zdrowia kobiet romskich, w Europie 2006. <http://www.mighealth.net/pl/images/a/a1/Roma.pdf>
57. The European Code Against Cancer. International Agency for Research on Cancer, WHO. <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/>
58. Ustawa z 2001 roku o zmianie ustawy o pomocy społecznej, ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz.U. 2001 nr 154 poz. 1792.
59. Ustawa z dn. 5 grudnia 2008r. O zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. 2008 nr 234 poz. 1570.
60. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, Dz.U. 2005 nr 143 poz. 1200.
61. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, Dz.U. 1998 nr 91 poz. 578.
62. WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
63. World Health Organization. The Tallin Charter: Health Systems for health and wealth. Tallin, Estonia 25-27 June 2008. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/88613/E91438.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf)
64. World Health Organization. The World Health Report. Health Systems Financing - The path to universal coverage. World Health Organization 2010: x-xviii. [http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf)
65. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014, GUS. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.htm>



**5.B.**

1. Anderman A, Blancqua I, Beauchamp S, et al. Revising Wilson and Junger In genomie age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; 86(4): 241-320.
2. Europejski Kodeks Walki z Rakiem. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization.  
<http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/pl/>
3. Instytut Matki i Dziecka. Badania przesiewowe.  
<http://przesiew.imid.med.pl/>
4. Narodowy Fundusz Zdrowia. Dane o realizacji programów profilaktycznych.  
<http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/dane-o-realizacji-programow/>
5. Narodowy Fundusz Zdrowia. Programy profilaktyczne.  
<http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/>
6. Profilaktyka chorób układu krążenia (CHUK).  
[http://www.nfz-szczecin.pl/woo5f\\_profilaktyka\\_chorob\\_ukladu\\_krazenia\\_chuk.htm](http://www.nfz-szczecin.pl/woo5f_profilaktyka_chorob_ukladu_krazenia_chuk.htm)
7. Program badań prenatalnych.  
<https://www.nfz-rzeszow.pl/cztery-pory-roku/program-badan-prenatalnych/>
8. Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego.  
<http://pbp.org.pl/>
9. Program Powszechnych Przesiewowych Badań Stuchu u Noworodków.  
<http://www.sluch.ump.edu.pl/teksty.php?plik=index.php>
10. Program profilaktyki i wczesnego wykrywania gruźlicy.  
<http://wcpit.pl/pl/news/kolejna-edycja-programu-profilaktyki-i-wczesnego-wykrywania-gruzlicy>
11. Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016-2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych”. MP 2015 poz. 1165.
12. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO; 1968.  
<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/07-050112BP.pdf>



# EPHO 6

## Zapewnienie zarządzania (gospodarowania) zdrowiem

Rafał Bułanowski<sup>1</sup>  
Katarzyna Lewtak<sup>2</sup>  
Michał Marek<sup>1</sup>  
Maria Piotrowicz<sup>2</sup>  
Dariusz Poznański<sup>1</sup>  
Stanisław Tarkowski  
Piotr Tyszko<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ministerstwo Zdrowia, Warszawa

<sup>2</sup> Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

<sup>3</sup> Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

#### **6.A. Przywództwo dla podejścia „cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia” na rzecz zdrowia i dobrostanu**

- Zaangażowanie rządu w sprawy dotyczące zdrowia i równości w zdrowiu
- Zarządzanie zdrowiem

#### **6.B. Cykl polityki zdrowotnej**

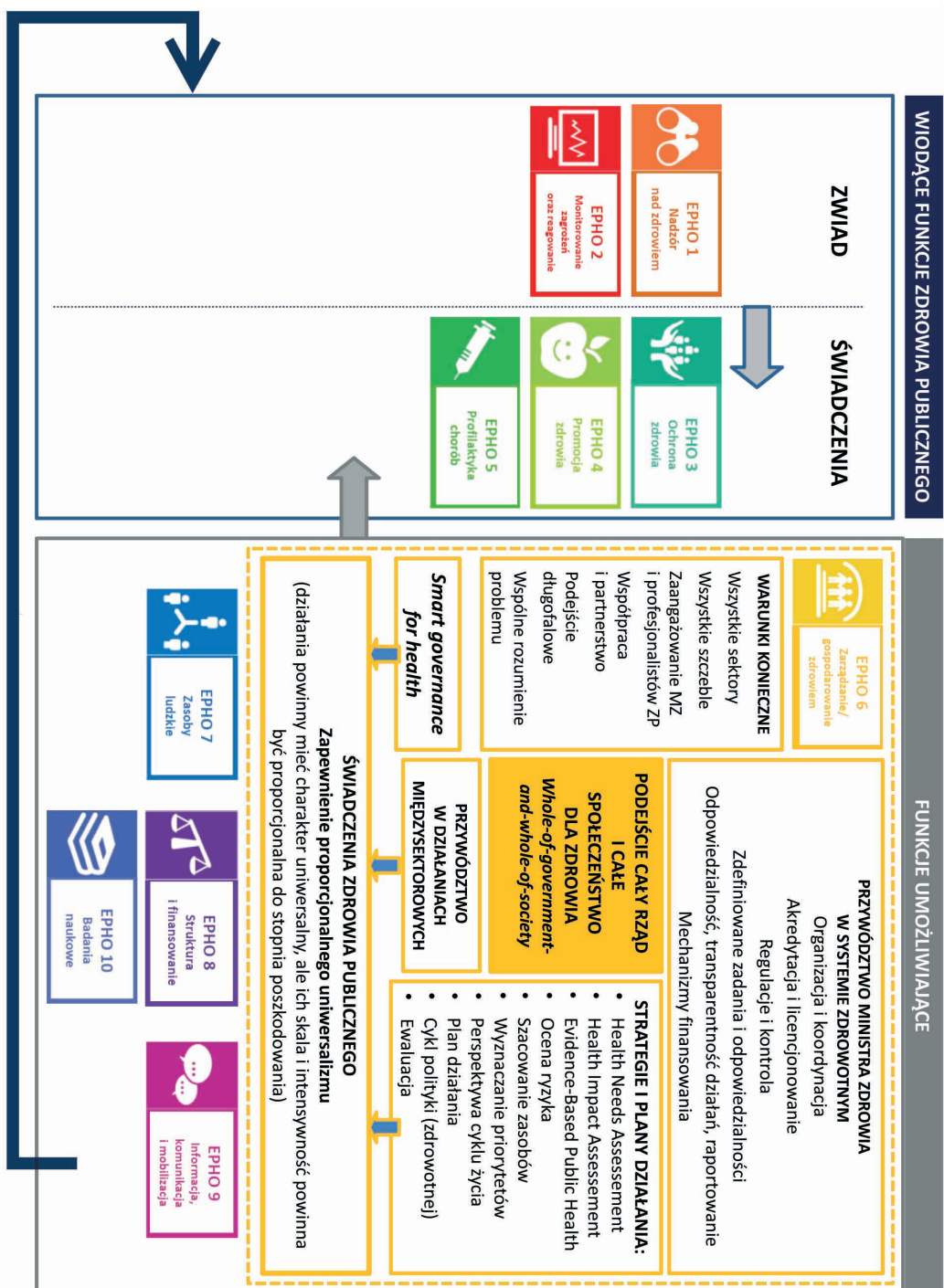
- Mechanizmy zapewniające udział interesariuszy w cyklu polityki zdrowotnej
- Źródła danych do opracowania planów i strategii

#### **6.C. Regulacje i kontrola (patrz także odpowiednie części w EPHO 3)**

- Ocena wpływu/oddziaływania na zdrowie (HIA)
- Ocena technologii medycznych (HTA)

## WYKAZ SKRÓTÓW

- AOTMiT - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
- EPHOs - Essential Public Health Operations  
(Podstawowe funkcje zdrowia publicznego)
- HIA - Health Impact Assessment  
(Ocena wpływu/oddziaływania na zdrowie)
- HiAP - Health in All Policies  
(Zdrowie we wszystkich politykach)
- HTA - Health Technology Assessment  
(Ocena technologii medycznych)
- JST - jednostki samorządu terytorialnego
- MZ - Ministerstwo Zdrowia
- NFZ - Narodowy Fundusz Zdrowia
- NICE - National Institute for Health and Care Excellence
- OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development  
(Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju)
- OSR - ocena skutków regulacji
- PARPA - Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- POZ - podstawowa opieka zdrowotna
- ŚSSPŻ - środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego
- WHO - World Health Organization  
(Światowa Organizacja Zdrowia)



**Schemat EPHO 6.**

Opracowanie własne na podstawie European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services (WHO, 2012 EUR/RC 62/Conf. Doc/6 Rev.2) oraz Nurse J. Health 2020 and Strengthening Public Health Services and Capacity in Europe (Slovenia, 2013)

Szósta funkcja zdrowia publicznego (EPHO 6) ma na celu zapewnienie, że usługi zdrowia publicznego są regulowane i koordynowane za pośrednictwem skutecznych mechanizmów i procesów, przez określone instytucje, które mają jasno określony zakres odpowiedzialności i mają zapewnić najwyższą jakość. Działania te dotyczą takich obszarów jak: (1) przywództwo, (2) polityka zdrowotna i prozdrowotna, (3) zaangażowanie społeczne w działania na rzecz zdrowia.

### System zdrowotny

Zespół wszystkich publicznych i prywatnych organizacji i instytucji oraz zasobów, które służą poprawie, zachowaniu lub przywracaniu zdrowia; systemy zdrowotne świadczą usługi na rzecz jednostek i całej populacji oraz prowadzą działania, których celem jest oddziaływanie na polityki i działalność innych sektorów, aby modyfikować społeczne, środowiskowe oraz ekonomiczne determinanty zdrowia.

Inne terminy: system zdrowia, system ochrony zdrowia.

*Karta z Tallina, WHO, 2008*

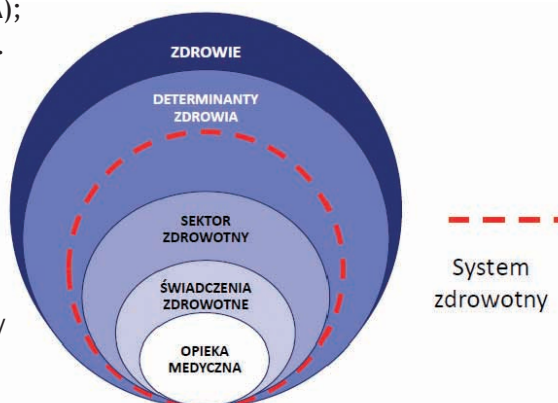
System zdrowotny rozumiany jest szerzej niż sektor zdrowotny, który obejmuje jedynie świadczenia zdrowotne w ramach opieki medycznej (ryc. 1).

System zdrowotny odpowiada za:

- Opracowanie i wdrożenie strategii na rzecz zdrowia na poziomie krajowym i na niższych szczeblach administracyjnych;
- Ustalanie celów zdrowotnych i zadań mających na celu poprawę zdrowia;
- Realizację kluczowych funkcji zdrowia publicznego;
- Realizację wysokiej jakości i efektywnych świadczeń opieki zdrowotnej;
- Ocenę oddziaływania na zdrowie polityk wdrażanych w innych sektorach (Health Impact Assessment, HIA);
- Współpracę z innymi sektorami.

#### Rycina 1.

Ramy systemu zdrowotnego.  
 Źródło: Bitran et al. Review of World Bank's Experience with country-level health system analysis, Washington, 2010: 7.  
[http://documents.worldbank.org/curated/en/367321468330961192/pdf/598870REVISED\\_010Box358326B01PUBLIC1.pdf](http://documents.worldbank.org/curated/en/367321468330961192/pdf/598870REVISED_010Box358326B01PUBLIC1.pdf)



Zdolność zarządzania systemem uwarunkowana jest takimi czynnikami, jak: (a) rotacja kadry zarządzającej/przywódczej, (b) jakość administracji (szkolenia, kwalifikacje, indywidualna ścieżka rozwoju), (c) zdolność implementacyjna mierzona jakością zarządzania zasobami ludzkimi i finansowymi.

## Zarządzanie/Gospodarowanie zdrowiem (governance for health)

Działania rządu i innych podmiotów polegające na kierowaniu społecznościami, krajami czy grupami krajów w celu osiągnięcia zdrowia i dobrostanu poprzez podejścia: cały rząd i całe społeczeństwo (whole-of-government and whole-of-society) dla zdrowia (ryc. 2).

Koncepcja zarządzania zdrowiem promuje wspólne działania sektora zdrowia oraz innych sektorów, przedstawicieli sektora publicznego, prywatnego oraz obywateli podejmowane w imię wspólnych interesów. Do jej realizacji potrzebny jest zestaw uzupełniających się wzajemnie polityk, w tym spoza sektora zdrowia, jak również spoza sektora rządowego. Muszą one być wspierane przez struktury i mechanizmy ułatwiające współpracę. Daje to ministrom, ministerstwom i instytucjom zdrowia publicznego pełną legitymację do podjęcia się nowej roli w kształtowaniu polityk promujących zdrowie i dobrostan.

*Kickbusch I, Gleicher D, 2012  
WHO, 2013*



**Rycina 2.**

Zarządzenie zdrowiem w XXI wieku (opracowanie własne na podstawie Kickbusch I, Gleicher D, 2012)



## 6.A. Przywództwo dla podejścia „cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia” na rzecz zdrowia i dobrostanu

W 2012 r. Ilona Kickbush i współpracownicy zaproponowali określenie „cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia” (whole-of-government and whole-of-society) oraz tzw. inteligentne zarządzanie/gospodarowanie zdrowiem (smart governance for health). Terminy te obejmują: (a) współpracę, (b) zaangażowanie obywateli, (c) różne formy regulacji, (d) niezależne agencje, (e) adaptatywne polityki, elastyczne struktury i prognozowanie. Zasady te służą poprawie zdrowia oraz równości w zdrowiu.

### Podejście obejmujące cały rząd (whole-of-government approach)

Odnosi się do zarządzania wertykalnego na wszystkich poziomach i we wszystkich obszarach rządów oraz horyzontalnego we wszystkich sektorach. Zdrowie we wszystkich politykach (HiAP) jest jednym z rodzajów podejścia obejmującego cały rząd, tak aby zarządzanie zdrowiem stało się priorytetem w sektorze zdrowia, a także uwzględniało wpływ różnych sektorów na zdrowie oraz współpracę międzysektorową.

Działania na rzecz zdrowia podejmowane są na różnych szczeblach władzy, przy coraz większym zaangażowaniu grup i organizacji spoza sektora rządowego. Podejście to wymaga budowania zaufania, wspólnych zasad etycznych, spójnej kultury oraz nabywania nowych umiejętności. Podkreśla potrzebę koordynacji i integracji podejmowanych działań. W krajach z systemem federalnym lub ze znacznym poziomem decentralizacji władzy szerokie konsultacje na wszystkich szczeblach administracji mogą wzmocnić to podejście.

*Kickbusch I, Gleicher D, 2012  
WHO, 2013*

### **Podejście obejmujące całe społeczeństwo (whole-of-society approach)**

Kładzie szczególny nacisk na role prywatnego i społecznego sektora. Podejście to wykracza poza struktury formalne, mobilizuje grupy, społeczności i media (lokalne i globalne). Podejście obejmujące całe społeczeństwo stanowi formę wspólnego sprawowania rządów, która może uzupełniać politykę władz publicznych.

WHO, 2013

### **Zaangażowanie rządu w sprawy dotyczące zdrowia i równości w zdrowiu**

Prawo do ochrony zdrowia jest zagwarantowane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej uchwalonej w roku 1997. Zadaniem władz publicznych jest zapewnienie obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obowiązki władz państwowych w zakresie prowadzenia polityki państwa są określone w Konstytucji oraz ustawach. Politykę państwa we wszystkich obszarach prowadzi Rada Ministrów (rząd). Minister Zdrowia opracowuje i realizuje politykę rządu w zakresie ochrony zdrowia. Pośrednio w sprawy ochrony zdrowia zaangażowany jest także Prezydent RP, z racji obowiązku nadzoru nad przestrzeganiem Konstytucji. Priorytety aktywności Państwa w zakresie ochrony zdrowia są wskazane w art. 68 ust. 1 Konstytucji. Należą do nich: opieka zdrowotna nad dziećmi, kobietami ciężarnymi, osobami niepełnosprawnymi i w podeszłym wieku. Władze publiczne są także zobowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska, a także wspierania rozwoju kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

Zagadnienia zdrowia są uwzględniane w podstawowych dokumentach określających cele polityki rozwoju kraju, aktualnie w strategii długookresowej „Polska 2030” oraz średniookresowej „Strategii Rozwoju Kraju 2020”. Problematyka zdrowia jest także obecna w strategiach zintegrowanych, służących realizacji celów przyjętych w ww. strategiach ogólnych, tj. w „Strategii Sprawne Państwo 2020” oraz w „Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020”. Zdrowie w polityce rozwoju kraju jest uwzględniane w aspekcie jakości życia lub kapitału ludzkiego.

W Polsce powszechnie dostępna podstawowa opieka zdrowotna (POZ) była elementem systemu ochrony zdrowia od roku 1972. Świadczenia POZ obejmują świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne

oraz pielęgnacyjne, z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Na początku lat 90-tych ub. wieku rozpoczęto wdrażanie modelu medycyny rodzinnej jako sposobu zwiększenia roli i poprawy jakości podstawowej opieki zdrowotnej. Proces ten nie zakończył się pełnym powodzeniem, z powodu trwającej od początku rywalizacji o priorytety w zakresie leczenia, między lekarzami rodzinnymi, a specjalistami i lekarzami szpitalnymi. W modelu POZ w Polsce są ograniczone kompetencje lekarza i w niewielkim stopniu koordynuje on opiekę. Brak jest mechanizmów oddziaływania na zdrowie społeczności lokalnej.

Polska jest sygnatariuszem przyjętej w roku 2007, na konferencji w Rzymie, deklaracji 27 ministrów zdrowia, krajów członkowskich Unii Europejskiej w sprawie uwzględniania zdrowia we wszystkich politykach (Health in All Policies, HiAP). Reprezentacja zagadnień zdrowia w aktualnych dokumentach formułujących polityki na szczeblu centralnym i regionalnym wzrosła w porównaniu do okresu 2007-2013, co wskazuje na obecność procesu wdrażania zasady HiAP na poziomie planowania strategicznego. W sferze praktyki ochrony zdrowia cele zdrowotne, a szczególnie bezpieczeństwo zdrowotne, brane są pod uwagę przez inne resorty, np. w odniesieniu do jakości i bezpieczeństwa płodów rolnych i stosowania chemikaliów, które mogą wpływać na zdrowie konsumenta. Funkcjonuje nadzór nad produkcją, przetwarzaniem i sprzedażą żywności. Kontroli podlegają bezpieczeństwo w miejscu pracy i warunki pracy. Konkretne cele związane ze zmniejszeniem częstości występowania zdrowotnych skutków wypadków drogowych realizują Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, policja oraz mająca charakter międzyresortowy Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego.

W odniesieniu do problemu społecznych nierówności w zdrowiu w Polsce w 2010 r. Ministerstwo Zdrowia opublikowało tłumaczenie publikacji WHO pod polskim tytułem „Europejskie strategie przeciwdziałania społecznym nierównościom w zdrowiu: Osiąganie poprawy stanu zdrowia. Część 2”. Dwa lata później (w 2012 r.) Biuro Europejskie WHO wydało diagnozę sytuacji „Społecznie nierówności w zdrowiu w Polsce”. Widoczne jest zatem zainteresowanie problemem, ale jak do tej pory nie opracowano strategii ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu w Polsce.

Główne koncepcje rozwoju Polski zapisano w długookresowej strategii (zaprojektowanej do 2030 r.). Zgodne z długookresową strategią są kierunki i cele rozwoju kraju, które zostały zawarte w średniookresowej strategii rozwoju (do roku 2020 r.). Średniookresowa strategia rozwoju kraju obejmuje 9 zintegrowanych strategii tematycznych, m.in. „Strategię Rozwoju Kapitału Ludzkiego”, „Strategia Rozwoju Transportu”, „Strategia Sprawne Państwo”. Wśród zintegrowanych strategii nie ma strategii poświęconej bezpośrednio zdrowiu lub nierównościom w zdrowiu. Fragmenty dotyczące zdrowia oraz nierówności w zdrowiu

można odnaleźć w następujących dokumentach: „Strategia Rozwoju Kraju 2030”, „Strategia Rozwoju Kraju 2020”, „Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020”, „Strategia Sprawne Państwo 2020”. Problem społecznych nierówności w zdrowiu nie jest jednak wystarczająco jasno i wprost zaakcentowany. Nie ma też rekomendacji dotyczących efektywnych strategii ograniczania nierówności w zdrowiu.

Jako przykład działań prowadzonych w Polsce na rzecz ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu można wskazać działania w obszarze ochrony zdrowia skierowane do mniejszości narodowych, szczególnie społeczności romskiej, imigrantów oraz grup o niższym statusie socjoekonomicznym.

## Zarządzanie zdrowiem

Zagrożenia zdrowia populacji, a w szczególności bezpieczeństwa zdrowotnego, są monitorowane przez szereg instytucji państwowych, w tym także spoza resortu zdrowia.

Produkcja i przetwarzanie żywności nadzorowane są przez Główny Inspektorat Weterynarii, a na poziomie sprzedaży detalicznej kontrolę prowadzi Państwowa Inspekcja Sanitarna, podległa Ministrowi Zdrowia. Są realizowane programy poprawy jakości żywności takie jak:

- Integrowana Produkcja Roślin;
- Jakość Tradycja;
- Quality Meat Program;
- System Gwarantowanej Jakości Żywności (QAFP);
- System Jakości Wieprzowiny (PQS).

Przeciwdziałaniu zagrożeniom zdrowia ze strony zachowań ryzykownych służą regulacje prawne dotyczące sprzedaży i używania tytoniu, alkoholu oraz innych środków psychoaktywnych, przy udziale powołanych w tym celu instytucji takich jak m.in.: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Zagrożenia zdrowia związane z ruchem drogowym leżą w zakresie obowiązków Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju, policji oraz Krajowej Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego.

Ważną kwestią bezpieczeństwa zdrowotnego ludności jest planowanie i wdrażanie programów zarządzania kryzysowego, zaś samo Ministerstwo Zdrowia reprezentowane jest w Grupie Zarządzania Kryzysowego.

Jednym z elementów przeciwdziałania zagrożeniom zdrowia populacji są programy zdrowotne, które obejmują działania z zakresu profilaktyki chorób

i promocji zdrowia. Programy są realizowane przez różne podmioty, które reprezentują wszystkie sektory, tj. publiczny, prywatny i społeczny (obywatelski). Wśród realizatorów można wymienić ministrów, JST, NFZ, placówki oświatowe, podmioty komercyjne czy organizacje pozarządowe.

Zaangażowane w kwestie zdrowia populacji są organizacje społeczne i naukowe, takie jak np. organizacje propagujące szczepienia ochronne oraz towarzystwa naukowe, szczególnie działające w obszarze zdrowia publicznego.

W Polsce główną przyczynę zgonów i niepełnosprawności stanowią choroby niezakaźne, dlatego przywiązuje się dużą wagę do walki z chorobami związanymi z np. nieprawidłowym odżywianiem się i stylem życia (m.in. choroby układu krążenia, otyłość, cukrzyca). Polska blisko współpracuje z WHO w sprawie prawidłowego odżywiania się, uczestniczy w innych projektach międzynarodowych oraz dąży do realizacji zobowiązań Deklaracji Rzymskiej o Żywieniu.

Warto zwrócić uwagę na inicjatywę dotyczącą uczciwych cen leków na poziomie europejskim. Mając to na uwadze, Polska w 2014 r. zainicjowała dyskusję na temat zapewnienia uczciwej ceny leków, jako jeden ze środków niezbędnych do zwiększenia stabilności systemu opieki zdrowotnej. Kwestia ta była następnie przedmiotem dalszych dyskusji.

Powyżej przedstawione przykłady działań na rzecz zdrowia w różnych sektorach wskazują, że proces zarządzania zdrowiem jest jednym z elementów polityki publicznej państwa. Wciąż jednak wiele brakuje, aby kwestia zdrowia (szeroko pojmowanego) była brana pod uwagę we wszystkich sektorach oraz aby stała się jednym z głównych obszarów zainteresowania w działaniach rządowych. Niezależni eksperci wskazują, że zdrowie nie jest priorytetem w polityce państwa, a kierunki polityki zdrowotnej są elementem walki politycznej. Brak jest gotowości wdrażania zmian, których efekty są odległe w czasie. Brak jest skutecznych mechanizmów egzekwowania współpracy międzyresortowej. Przykładem są trudności z koordynacją wdrażania zaleceń Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015. Konieczne jest wdrożenie regulacji i mechanizmów, które będą gwarantowały prowadzenie współpracy pomiędzy różnymi sektorami na różnych szczeblach władzy na rzecz zdrowia i równości w zdrowiu.

## 6.B. Cykl polityki zdrowotnej

Zgodnie z terminologią WHO (Zdrowie 21) możemy wyróżnić dwie podstawowe odmiany polityki związanej ze zdrowiem, tj. politykę zdrowotną oraz politykę prozdrowotną.

### Polityka zdrowotna (health policy)

Zespół decyzji lub zobowiązań do przeprowadzenia kierunków działania, których celem jest osiągnięcie zdefiniowanych celów i zadań zmierzających do poprawy zdrowia.

*Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy.  
Second International Conference on Health Promotion.  
South Australia, Adelaide, 5-9 April 1988*

### Polityka prozdrowotna (healthy public policy)

Wyrażna troska o zdrowie i równość we wszystkich obszarach polityki oraz odpowiedzialność za ich skutki zdrowotne. Głównym celem jest tworzenie wspierającego środowiska, które umożliwi ludziom prowadzenie zdrowego życia.

*Health 21 - health for all in the 21st. WHO, 1999*

Polityka zdrowotna dotyczy stosunkowo wąsko rozumianego sektora zdrowia, podczas gdy polityka prozdrowotna obejmuje inne sektory działalności publicznej, które mają wpływ na warunki dla zdrowia, choć ich podstawowym zadaniem nie jest osiągnięcie celów zdrowotnych. Polityka jest pierwszym etapem planowania strategicznego, które można opisać za pomocą czterech kroków: (1) co ma być zrobione? (2) w jaki sposób można to zrobić? (3) za pomocą jakich metod i środków? (4) jak przeprowadzić to w praktyce? Proces tworzenia polityki nazywany jest cyklem polityki i przebiega w następujących etapach:

- Zdefiniowanie problemu, który ma zostać rozwiązany;
- Zebranie ludzi, którzy mogą pomóc w tworzeniu polityki;

- Przeprowadzenie badania w celu ustalenia kontekstu, zebranie danych o skutecznych politykach w innych krajach (miastach, społecznościach);
- Przygotowanie dokumentu do dyskusji, który wykaże problem, podda analizie potencjalne stanowisko polityczne oraz sformułuje zalecenia co do najlepszego podejścia;
- Rozesłanie dokumentu dyskusyjnego do interesariuszy (zainteresowanych podmiotów i osób, które mogą odczuć skutki polityki), aby mogli wyrazić swoje uwagi;
- Włączenie tych uwag do ostatecznej wersji polityki;
- Uruchomienie polityki wraz z edukacją publiczną i materiałami informacyjnymi;
- Stworzenie planu wdrożenia polityki (programu), aby zapewnić przełożenie jej na praktykę;
- Ustalenie sposobu oceny sukcesu polityki oraz jej rewidowania i zmieniania (monitoring i ewaluacja);
- Przeprowadzenie oceny, a następnie dokonanie zmian w polityce.

### Mechanizmy zapewniające udział interesariuszy w cyklu polityki zdrowotnej

Poszczególne sektory formalnie uczestniczą w projektowaniu polityk w zakresie zdrowia, z tym że w procesie tym dominuje orientacja sektorowa nad międzysektorową. W efekcie przyjmowane rozwiązania są zdominowane przez rozwiązania ujmujące politykę rządu w wąskiej, resortowej perspektywie. W procesie tworzenia nowych rozwiązań bierze udział szeroki krąg interesariuszy, w tym podmiotów pozarządowych. Jednak udział interesariuszy zewnętrznych w procesie tworzenia projektów nowych rozwiązań, bądź ich modyfikacji, poza przypadkami przewidzianymi w ustawach, jest uzależniony od woli organu przygotowującego projekt. Obowiązujące reguły legislacyjne dają resortom dużo swobody w kontrolowaniu listy interesariuszy. Listy interesariuszy uczestniczących w procesie tworzenia rozwiązań prawnych, strategii i programów są elastyczne. Listy te obowiązkowo obejmują podmioty, na które może oddziaływać wprowadzane rozwiązanie. Z zasady listy obejmują szeroki krąg podmiotów, reprezentujących administrację państwa, jednostki samorządu terytorialnego, środowisko naukowe, pracowników i pracodawców, organizacje działające na rzecz praw człowieka, w tym praw pacjenta. Dotychczas nie wypracowano efektywnych mechanizmów współpracy międzyresortowej w realizacji celów polityki zdrowotnej.

## Źródła danych do opracowania planów i strategii

W Polsce istnieją rozbudowane zasoby danych statystycznych i naukowych, przydatnych w tworzeniu strategii i planowaniu działań, w tym: informacje z państwowych programów badań statystycznych (m.in. rejestry nowotworów, chorobowości szpitalnej, chorób zakaźnych); zasoby świadczeniodawców i Narodowego Funduszu Zdrowia; materiały sprawozdawcze z realizowanych programów zdrowotnych; inne rejestry i źródła danych. Dostępne są także informacje z dorobku naukowego krajowego i zagranicznego. Istnieją organy doradcze, w tym Rada Naukowa przy Ministrze Zdrowia, Rada Sanitarno-Epidemiologiczna, konsultanci krajowi i wojewódzcy, towarzystwa naukowe oraz organizacje zawodowe personelu medycznego, eksperci niezależni. Oprócz ekspertyz wykonywanych na zlecenie Ministra Zdrowia są opracowywane i prezentowane ekspertyzy niezależne.

Niestety można wskazać liczne zastrzeżenia dotyczą jakości informacji (np. niska jakość statystyki zgonów wyrażająca się np. dużym udziałem przyczyn niedokładnie określonych i miażdżycy), występujące błędy między innymi w systemie PESEL, utrudnienia w dostępie do części danych (np. Narodowego Funduszu Zdrowia i świadczeniodawców), braki w zakresie integracji systemów.

Dane z monitoringu Narodowego Programu Zdrowia 1996-2006 oraz kolejnej edycji na lata 2007-2015, a także z realizacji programów zdrowotnych prowadzonych przez samorządy oraz inne podmioty, wskazują na potrzebę usprawnienia procesu gromadzenia informacji oraz dokonania zmian umożliwiających ocenę efektów realizowanych działań. Wprowadzona ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym stwarza możliwość usprawnienia procesu gromadzenia informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego (art. 12) oraz lepszego ich wykorzystanie, z uwzględnieniem oceny osiągniętych efektów zdrowotnych.

Trwają prace nad systemem oceny potrzeb w zakresie zdrowia populacji, z wykorzystaniem koncepcji map potrzeb zdrowotnych aktualizowanych w cyklu 5-letnim. Wdrożenie tego rozwiązania będzie stanowiło istotny element planowania strategicznego działań w zakresie zdrowia publicznego.

Podsumowując należy stwierdzić, że warunki udziału interesariuszy zewnętrznych nie są precyzyjnie określone. Obowiązujące reguły legislacyjne, z wyjątkiem dotyczącym ustaw, nie określają dokładnie czasu przewidzianego na konsultacje z interesariuszami, jak też sposobu prezentowania ich opinii przez resort. Krajowe plany i strategie dotyczące zdrowia uwzględniają adekwatne dla warunków Polski strategie i zalecenia formułowane w kontekście światowym i regionalnym, aczkolwiek nie w pełnym zakresie. W większym stopniu są uwzględniane cele dotyczące znanych i aktualnych zagrożeń zdrowia niż mniej znanych



i przyszłych, np. przewidywane w związku z ociepleniem klimatu, czy szeroko rozumianą globalizacją. Widoczny jest brak warunków politycznych, brak efektywnych mechanizmów instytucjonalnych dla współpracy w przywództwie oraz dominacja realizacji zadań aktualnych przy niedostatku koncepcji rozwojowych.

## 6.C. Regulacje i kontrola (patrz także odpowiednie części w EPHO 3)

Polska jest stroną najważniejszych konwencji dotyczących zdrowia i praw człowieka, systematycznie implementuje również przepisy unijne do prawa krajowego. Przy tworzeniu dokumentów strategicznych uwzględniane są rekomendacje i dorobek WHO oraz OECD. Całość przepisów dotyczących zdrowia (ustawy, rozporządzenia, zarządzenia, obwieszczenia) jest dostępna publicznie podczas konsultacji w formie projektów aktów prawnych, a także na kolejnych etapach procesu legislacyjnego. Wszystkie akty prawne są publikowane i dostępne online. Ministerstwo Zdrowia dysponuje pełnymi możliwościami w zakresie przygotowywania aktów prawnych, nowelizacji obowiązujących przepisów czy ich uchylania w razie potrzeby. Te akty prawne podlegają uzgodnieniom międzyresortowym odpowiednio do ich zakresu, a następnie konsultacjom społecznym. Ostateczny kształt jest zależny od przebiegu konsultacji i uzgodnień oraz charakteru aktu prawnego (czy jest to ustawa, rozporządzenie, uchwała czy obwieszczenie). Ponadto każdy z podmiotów dysponujących inicjatywą ustawodawczą i projektodawczą posiada możliwości i korzysta z przyjętych form konsultacji, uzgodnień, konferencji, spotkań, itd. Tworzenie szczegółowych Ocen Skutków Regulacji (OSR), w tym określanie, w miarę możliwości, wpływu na zdrowie jest obowiązkowym elementem przygotowywanej legislacji. Kancelaria Prezesa Rady Ministrów opracowała szczegółowe wytyczne dotyczące przygotowywania OSR. Strategie dotyczące ochrony zdrowia populacji wpisują się w system zarządzania strategicznego państwem i są wypełnieniem długo- i średniokresowych strategii rozwoju kraju. Każda strategia, zgodnie z ustawą o prowadzeniu polityki rozwoju, podlega ocenie Ministra Rozwoju pod kątem komplementarności i zgodności z przyjętymi kierunkami rozwoju.

## Ocena wpływu/oddziaływania na zdrowie (HIA)

Współczesnym wymogiem skutecznej opieki zdrowotnej i poprawy jakości życia ludzi jest zmiana sposobu myślenia o zdrowiu i jego ochronie. Konieczne jest w większym stopniu przekierowanie działań, z dotychczas skoncentrowanych na medycynie naprawczej, na ochronę zdrowia, prewencję chorób i promocję zdrowia oraz wzmacnianie potencjału zdrowia publicznego. Temu celowi służy strategia Unii Europejskiej (UE) „Health in All Policies” (HiAP) - „Zdrowie we Wszystkich Politykach”. Oparta jest ona na założeniu, że zdrowie społeczeństwa jest kształtowane oddziaływaniem wielu determinant będących przedmiotem działań każdego obszaru polityki, nie tylko obszaru polityki ochrony zdrowia. Z tego samego założenia wychodzi nowa strategia Europejskiego Biura Regionalnego WHO „Zdrowie 2020”, wskazująca na potrzebę zaangażowania całości struktur rządowych (whole-of-government approach) w odpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa.

Od czasu, gdy strategia „Zdrowie we Wszystkich Politykach” weszła formalnie do programu UE podczas przewodnictwa Finlandii w 2006 r., rozumiano jednocześnie potrzebę efektywnego zastosowania Oceny Wpływu/Oddziaływania na Zdrowie (Health Impact Assessment, HIA) jako podstawowego narzędzia realizacji strategii, które pomaga decydentom, każdego obszaru polityki, zidentyfikować lub przewidzieć konsekwencje dla zdrowia różnych opcji decyzji odnośnie wyboru polityki i programów działania. Ocena oddziaływania na zdrowie i nierówności w zdrowiu jest kluczowym narzędziem funkcjonowania systemu zdrowia publicznego, na wszystkich szczeblach jego realizacji.

### Ocena wpływu na zdrowie (Health Impact Assessment, HIA)

Połączenie procedur, metod i narzędzi, dzięki którym polityka, program lub projekt może być oceniony pod względem swych potencjalnych oddziaływań na zdrowie populacji oraz ich dystrybucji.

*Cianciara D. Zarys współczesnej promocji zdrowia.  
Wyd. PZWL, Warszawa, 2010: 101*

HIA jest praktycznym sposobem oceny potencjalnych skutków jakie mogą mieć decyzje dotyczące planów i realizacji polityki, programów lub projektów, na zdrowie populacji i nierówności w zdrowiu. Rekomendacje, które wynikają z rezultatów dokonanych ocen oddziaływania na zdrowie są przeznaczone dla

podejmujących decyzje i dla tych, których decyzje będą dotyczyły, mają na celu osiągnięcie maksymalnie pozytywnego efektu zdrowotnego oraz zminimalizowanie negatywnych skutków zdrowotnych i nierówności w zdrowiu. Proces podejmowania decyzji z wykorzystaniem oceny wpływu na zdrowie odbywa się zawsze w kilku podstawowych etapach:

1. Wybór interwencji do oceny (skrining) - wstępna ocena, czy interwencja (polityka, projekt, program) mogą przynieść jakiegokolwiek skutki dla zdrowia; wybór interwencji, które powinny być poddane procedurze;
2. Utworzenie zespołu analityków - zebranie osób kompetentnych w różnych obszarach, aby mogły oceniać interwencje/polityki z różnych perspektyw;
3. Ustalenie zakresu (scoping) - określenie możliwych oddziaływań zdrowotnych, negatywnych i pozytywnych, a także ustalenie zakresu dla HIA (granice np. geograficzne, populacyjne i czasowe, rodzaj dowodów, które będą wykorzystane, itd.);
4. Szacowanie ryzyka - ilościowa ocena wpływów negatywnych lub pozytywnych (np. liczba osób dotkniętych efektem polityki) oraz jakościowe szacowanie wpływu (np. mechanizmy, które prowadzą do zaistnienia wpływu) oraz stworzenie listy priorytetów;
5. Opracowanie zaleceń w celu dostosowania interwencji/polityki, aby minimalizować negatywne, a maksymalizować pozytywne oddziaływania zdrowotne;
6. Podejmowanie decyzji - wybór spośród kilku opcji, w tym opcji polegającej na rezygnacji z interwencji/polityki, ostateczne poprawki dotyczące zmniejszenia oddziaływań negatywnych i zwiększenia pozytywnych;
7. Wdrożenie interwencji/polityki oraz monitorowanie wpływów, ewaluacja oraz stały kontakt z podmiotami, które mogą odczuć skutki polityki.

Wiele krajów Europejskich posiada już stosunkowo bogate doświadczenie w zakresie stosowania HIA. Ich doświadczenia wskazują, że HIA:

- Pomaga umieścić problematykę zdrowia w programach wszystkich sektorów rządowych i zarządzania;
- Może być źródłem informacji o przyszłym kształtowaniu się stanu zdrowia populacji w zależności od określonej interwencji (polityki, strategii, projektu, programu działań);
- Ułatwia nie tylko współpracę międzyresortową, ale również motywuje ściślejszą współpracę na linii nauka - praktyka - polityka, zwiększając lepsze wykorzystanie dowodów naukowych dla kreowania polityki i praktyki ochrony zdrowia.

Polska należy do tych krajów w Europie, które jeszcze dotąd nie uznały formalnie HIA za prawnie obowiązujące narzędzie oceny potencjalnych skutków

zdrowotnych dla populacji, jakie mogłaby spowodować realizacja planowanej polityki, programów lub projektów w skali krajowej, regionalnej lub lokalnej. W Polsce, podobnie jak w innych krajach, ocena wpływu na zdrowie jest w pewnym stopniu zintegrowana z obowiązującą oceną oddziaływania na środowisko. Według ustawy z 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko, przez definicję oddziaływania na środowisko należy rozumieć jako odnoszącą się jednocześnie do oddziaływania na środowisko oraz na zdrowie człowieka. Dlatego, strategiczna ocena oddziaływania na środowisko oraz ocena oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko, muszą uwzględniać również ocenę wpływu na zdrowie ludzi. Takie zadanie nie jest przedmiotem odpowiedzialności władz resortu zdrowia. Zarazem brakuje wytycznych do prowadzenia takiej oceny wpływu na zdrowie. W Polsce brakuje również kryteriów i procedur ewaluacji wykonywanych ocen oddziaływań na zdrowie i życie człowieka. Omawiana ustawa stanowi m.in. że w decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach, wydawanej po przeprowadzeniu oceny oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko, właściwy organ nakłada obowiązek zapobiegania, ograniczania oraz monitorowania oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko. W ewaluacji (art. 82 ust. 1 pkt 5) dokonuje się porównania ustaleń zawartych w ocenie o oddziaływaniu przedsięwzięcia na środowisko i w decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach, w szczególności ustaleń dotyczących przewidywanego charakteru i zakresu oddziaływania przedsięwzięcia na środowisko oraz planowanych działań zapobiegawczych, z rzeczywistym oddziaływaniem przedsięwzięcia na środowisko i działaniami podjętymi dla jego ograniczenia.

Podsumowując należy stwierdzić, że pilną potrzebą dla stałej poprawy zdrowia Polaków jest stworzenie systemu zdrowia publicznego, w którym ocena wpływu/oddziaływania na zdrowie (HIA) będzie kluczowym narzędziem jego funkcjonowania. Odnotowuje się szereg przyczyn braku zastosowania HIA w polityce: brak świadomości i zrozumienia potrzeby; brak wsparcia politycznego; pierwszeństwo dla innych zadań (lecznictwo); brak przekonania o korzyściach; brak kompetentnego personelu; brak znajomości narzędzi i metod. Szansą na zastosowanie HIA w kraju będzie przyjęcie zobowiązania przez wszystkie struktury rządowe stosowania HIA w procesach decyzyjnych dotyczących ich polityki i programów działań. Działania mające na celu zwiększenie wiedzy i świadomości wśród kierownictwa resortów o znaczeniu HIA dla podejmowanych decyzji, spowodują większe z ich strony zapotrzebowanie na stosowanie oceny oddziaływania na zdrowie.

Procedura oceny wpływu na zdrowie może stać się, na podstawie decyzji rządu, narzędziem prawnie obowiązującym w planowaniu i podejmowaniu decyzji dotyczących stanowienia polityki i programów działań na szczeblu centralnym,

regionalnym jak i lokalnym. Biorąc jednakże pod uwagę duży niedostatek praktyki w tym zakresie, wszelka decyzja o stosowaniu HIA w Polsce powinna pociągnąć za sobą konieczność powstania odpowiednich struktur organizacyjnych i mechanizmów, w tym w szczególności programów szkolenia kompetentnych kadr zarówno, na szczeblu decyzyjnym jak i wykonawczym. W pracach Regionalnych Komisji do spraw Oddziaływania na Środowisko oraz raportach tych Komisji zagadnienie oceny oddziaływania na zdrowie jest często marginalizowane lub wręcz pomijane. Wydaję się, że główną przyczyną tej sytuacji jest brak kompetentnie wyszkolonego w tym zakresie personelu zdrowia publicznego. W tym zakresie istnieją możliwości wykorzystania szerokich doświadczeń innych krajów i WHO. Opracowano wiele przewodników i innych narzędzi służących pomocą tym, którym brak doświadczenia i kompetencji, a planują wprowadzenie praktyki ocen oddziaływania na zdrowie w swoim kraju. HIA, w tym metodologia stosowania, powinien być przedmiotem w programach nauczania na kierunkach zdrowia publicznego w Polsce.

## Ocena technologii medycznych (HTA)

Pierwsza wyodrębniona jednostka organizacyjna dedykowana w pełni realizacji zadań z zakresu HTA powstała w Polsce we wrześniu 2005 r. na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia, jako podległy mu organ o charakterze doradczym. W 2009 r., w wyniku nowelizacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) powstała niezależna Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTM), powołana dla realizacji zadań z zakresu HTA. Od 2015 r. zadania Agencji zostały poszerzone o taryfikację świadczeń opieki zdrowotnej, a jej nazwę zmieniono na Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT).

AOTMiT posiada status państwowej osoby prawnej, której funkcje i podstawowa struktura organizacyjna zostały określone bezpośrednio w ustawie, co zapewnia tej instytucji znaczny stopień autonomii. Podstawowym organem Agencji, wydającym rekomendacje w sprawie włączenia określonych świadczeń do koszyka świadczeń gwarantowanych bądź ich usunięcia, jest Prezes Agencji, powoływany w drodze konkursu przez Ministra Zdrowia, na 5-letnią kadencję. W ramach AOTMiT działa Rada Przejrzystości, pełniąca funkcję opiniodawczo-doradczą wobec Prezesa Agencji. W jej skład wchodzi 10 osób posiadających doświadczenie, uznany dorobek oraz co najmniej stopień naukowy doktora nauk medycznych lub dziedzin pokrewnych, lub innych dziedzin odpowiednich dla przeprowadzenia oceny świadczeń opieki zdrowotnej, a ponadto 4 osoby reprezen-

tujące Ministra Zdrowia i po 2 osoby reprezentujące Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), Rzecznika Praw Pacjenta oraz Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Zgodnie ze statutem AOTMiT w ramach Agencji wyodrębnione zostały następujące jednostki organizacyjne: Wydział Oceny Technologii Medycznych, Wydział Taryfikacji, Biuro Prezesa, Biuro Obsługi Rady Przejrzystości i Rady do spraw Taryfikacji, Biuro Prawne, Wydział Informatyki, Biuro Kadr, Biuro Księgowości.

Zasoby kadrowe AOTMiT realizujące zadania w dziedzinie HTA wynoszą ok. 100 osób. Dla porównania brytyjska agencja HTA - NICE zatrudnia ok. 600 osób. W 2014 r. Agencja Oceny Technologii Medycznych (jeszcze przed rozszerzeniem zakresu jej działalności o taryfikację) dysponowała budżetem w wysokości ok. 13 mln zł. Dla porównania brytyjska agencja HTA - NICE wydatkowała w 2014 r. na swoją działalność ok. 65 mln £ (ok. 370 mln zł.).

AOTMiT uczestniczy w wielu międzynarodowych projektach w zakresie HTA i jest członkiem następujących organizacji międzynarodowych: HTAi - Health Technology Assessment International; INAHTA - International Network of Agencies for Health Technology Assessment; MEDEV - Medicine Evaluation Committee; ISPOR - International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research; EUnetHTA - European Network for Health Technology Assessment. W Polsce Agencja współpracuje z wieloma instytucjami i organizacjami naukowymi, takimi jak m.in.: Narodowy Fundusz Zdrowia; Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych; Naczelna Izba Aptekarska; Naczelna Izba Lekarska; Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego; Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polskie Towarzystwo Standardów Medycznych; Centrum Ekonomiki Zdrowia.

Głównym celem działania Agencji, dla którego została ona w pierwszym rzędzie powołana, jest prowadzenie, opartej na dowodach naukowych, oceny świadczeń opieki zdrowotnej (technologii medycznych w szerokim rozumieniu). Organ odpowiedzialny w Polsce za tworzenie i aktualizowanie tzw. „koszyka świadczeń gwarantowanych”, którym jest Minister Zdrowia, ma obowiązek ściśle współpracować w tym zakresie z Agencją, co gwarantuje silną pozycję tej instytucji w systemie ochrony zdrowia.

Zadania AOTMiT to m.in.:

- Opracowywanie raportów w sprawie oceny świadczeń opieki zdrowotnej;
- Przygotowywanie analiz weryfikacyjnych Agencji w sprawie oceny leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego;
- Wydawanie rekomendacji Prezesa w zakresie:
  - Zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania;

- Niezasadności zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego;
  - Usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych;
  - Zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego;
  - Objęcia refundacją danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego;
  - Niezasadności objęcia refundacją danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego.
- Wydawanie opinii w sprawie projektów programów zdrowotnych ministrów i jednostek samorządu terytorialnego.

Należy wyodrębnić dwa obszary definiowania świadczeń gwarantowanych, oparte na dwóch różnych ustawach:

- zgodnie z przepisami ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.) przy podejmowaniu decyzji o objęciu refundacją nowego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego (ŚSSPŻ) lub wyrobu medycznego, dla którego nie ma odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu, Minister Zdrowia powinien uwzględnić rekomendację Prezesa AOTMiT odnoszącą się do danego produktu;
- zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) regulującej zasady kwalifikacji do kategorii świadczeń gwarantowanych określonych procedur medycznych - innych niż leki, wyroby medyczne wydawane w aptece na receptę oraz ŚSSPŻ - Minister Zdrowia jest obowiązany do uzyskania rekomendacji AOTMiT, zarówno przed podjęciem decyzji w sprawie zakwalifikowania danego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego, jak również decyzji w sprawie usunięcia danej procedury z koszyka.

Rekomendacje Prezesa AOTMiT w sprawie zasadności zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego, w przypadku procedur medycznych, wydawane są na zlecenie Ministra Zdrowia. Prezes AOTMiT po otrzymaniu zlecenia w pierwszej kolejności zasięga opinii konsultantów krajowych z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia oraz Prezesa NFZ. Następnie wniosek w sprawie włączenia danego świadczenia opieki zdrowotnej do koszyka świadczeń gwarantowanych, wraz z uzyskanymi opiniami konsultantów i Prezesa NFZ, jest przedmiotem oceny Rady Przejrzystości, która wydaje w tej sprawie stanowisko. Ostatecznie Prezes Agencji wydaje rekomendację

w sprawie zasadności bądź braku zasadności zakwalifikowania danego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego, biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości.

Prezes AOTMiT może również, na zlecenie Ministra Zdrowia, wydać rekomendację w sprawie usunięcia danego świadczenia z koszyka świadczeń gwarantowanych. Po otrzymaniu takiego zlecenia Prezes Agencji dokonuje oceny świadczenia opieki zdrowotnej i sporządza w tej sprawie raport, który przekazuje następnie Radzie Przejrzystości. Po otrzymaniu stanowiska Rady Prezes Agencji wydaje rekomendację w sprawie zasadności lub niezasadności usunięcia danego świadczenia z koszyka.

W przypadku leków, wyrobów medycznych wydawanych w aptece na receptę oraz środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których nie ma odpowiedników refundowanych w danym wskazaniu, Minister Zdrowia przekazuje do AOTMiT kopie wniosków o objęcie danego produktu refundacją, które zostały złożone przez zainteresowane podmioty (tj. z reguły producentów). Po otrzymaniu kopii takiego wniosku sporządzana jest analiza weryfikacyjnej Agencji, która podlega opłacie przez zainteresowany podmiot. Analiza weryfikacyjna przekazywana jest następnie Radzie Przejrzystości. Po uzyskaniu stanowiska Rady, Prezes Agencji wydaje na jego podstawie rekomendację w sprawie zasadności bądź niezasadności objęcia danego produktu refundacją.

W roku 2013 Prezes Agencji wydał w sumie 189 rekomendacji, z czego 135 dotyczyło produktów leczniczych, a pozostałe procedur medycznych. Wszystkie rekomendacje Prezesa AOTMiT, a także stanowiska Rady Przejrzystości, dotyczące oceny świadczeń opieki zdrowotnej są ogólnodostępne w biuletynie informacji publicznej.

Od 1 stycznia 2015 r. Agencja realizuje ponadto również istotne nowe zadania, wykraczające poza sferę oceny świadczeń opieki zdrowotnych, polegające na dokonywaniu wyceny relacyjnej świadczeń. Pozycja Agencji jako jednostki odpowiedzialnej za taryfikację świadczeń jest przy tym silniejsza niż jej pozycja w zakresie oceny świadczeń. W przeciwieństwie bowiem do rekomendacji Prezesa Agencji oraz opinii dot. programów polityki zdrowotnej taryfa świadczeń, określana przez Prezesa Agencji w formie obwieszczenia, jest prawnie wiążąca, tj. musi być stosowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia do celów rozliczeń ze świadczeniodawcami.

W tabeli I przedstawiono efekty prac AOTMiT w latach 2012-2013, którego źródło stanowi Sprawozdanie roczne Agencji Oceny Technologii Medycznych z lat 2012-2013 (AOTM, Warszawa).



**Tabela I.**

Efekty prac AOTMiT w latach 2012-2013 (opracowanie własne na podstawie Sprawozdania rocznego Agencji Oceny Technologii Medycznych)

Rok	2012	2013
Rekomendacje dot. refundacji leków, wyrobów medycznych lub ŚSSPŻ, nie mających odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu (art. 35 u.o.r.)	92	79
Rekomendacje dot. refundacji leków nie posiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium RP (art. 39 u.o.r.)	1	56
Rekomendacje dot. kwalifikacji procedur medycznych jako świadczeń gwarantowanych (art. 31c u.ś.o.z.)	6	17
Rekomendacje dot. weryfikacji świadczeń pod kątem zasadności ich pozostawiania w koszyku świadczeń gwarantowanych (w większości dotyczyło to substancji czynnych stosowanych w chemioterapii niestandardowej (art. 31e u.ś.o.z.)	28	37
Opinie Rady Przejrzystości dot. objęcia refundacją leków we wskazaniach nie objętych charakterystyką produktu leczniczego (art. 40 u.o.r.)	24	64
Opinie Rady Przejrzystości dot. oceny programów polityki zdrowotnej (art. 48a ust. 3 u.ś.o.z.)	255	294

W zakresie szeroko pojętej oceny świadczeń opieki zdrowotnej mieści się również opiniowanie projektów programów zdrowotnych (od 2015 r. programów polityki zdrowotnej) opracowywanych przez jednostki samorządu terytorialnego (JST) oraz ministrów. Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, od 2009 r. wprowadziły obowiązek zasięgnięcia w odniesieniu do programów opinii Agencji, która powinna zostać wydana w terminie dwóch miesięcy od dnia przekazania projektu programu. Opinie Agencji co do zasadności realizacji programów polityki zdrowotnej, podobnie jak omówione wyżej rekomendacje Prezesa AOTMiT, nie są jednak wiążące.

W 2010 r. Agencja opracowała: (a) zasady oceniania samorządowych programów, zgodnie z wymogami art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (b) propozycję schematu takiego programu dla jednostek samorządu terytorialnego, który następnie został zamieszczony na stronie Internetowej Agencji, a ponadto (c) wprowadziła proces wspólnej oceny programów o podobnym problemie zdrowotnym. Wprowadzenie tej procedury spowodowało kilkukrotny wzrost liczby ocenianych programów z 67 w 2010 r. do 294 w roku 2013.

Każda ocena programu składa się z oceny analitycznej i oceny wartościującej. W fazie oceny analitycznej zespół analityków przygotowuje dane stanowiące podstawę wydania opinii. Podstawową zasadą oceny technologii medycznych jest zebranie wszystkich dostępnych informacji. Programy o zbliżonym problemie zdrowotnym oceniane są grupowo. Na tej podstawie tworzony jest raport. W fazie oceny wartościującej raport przedstawiany jest na posiedzeniu Rady Konsultacyjnej, której członkowie zapoznają się także z opiniami wezwanych ekspertów. Rada formułuje swoją opinię, stanowiącą podstawę opinii Prezesa Agencji, która jest przekazywana konkretnemu podmiotowi zgłaszającemu program do oceny.

Jak wyżej wspomniano oceny Agencji mają charakter opinii i w związku z tym nie muszą być brane pod uwagę przez realizatorów programów. Ponadto mimo opisanych powyżej poważnych wysiłków podejmowanych przez Agencję liczba ocenianych programów w stosunku do liczby programów realizowanych przez samorządy w Polsce jest niewielka. Przykładowo w 2013 r. Agencja oceniła 294 programy przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia, władze wojewódzkie, powiatowe i gminne z całej Polski, gdy tymczasem liczba programów realizowanych w jednym województwie dolnośląski wynosiła 404.

Co więcej oceny Agencji nie dotyczą wielu istotnych problemów zdrowotnych, gdyż zgłaszane do oceny programy nie są poświęcone tym problemom. Na przykład, w 2013 r. Agencja oceniła wiele gminnych i powiatowych programów dotyczących szczepień przeciwko grypie, ale stosunkowo niewiele programów dotyczących przeciwdziałania nadwadze i otyłości, choć ich potencjalny wpływ na poprawę stanu zdrowia populacyjnego jest niezwykle istotny. Agencja oceniła także niewiele programów poświęconych chorobom układu krążenia i cukrzycy, choć również te programy dotyczą największych zagrożeń stanu zdrowia ludności. Możliwe, że samorządy nie podejmują niektórych programów, gdyż finansowane są one przez NFZ, a także ze środków budżetu państwa. Warto wspomnieć, że część programów, które realizowane są na mocy odrębnych ustaw wyłączono z oceny Agencji (np. ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi).

Aktualnie prowadzona ocena programów polityki zdrowotnej, podjęta w 2009 r. przez AOTMiT, wymaga jeszcze wielu zmian i ulepszeń w celu poprawy jakości nadsyłanych danych oraz skuteczniejszej oceny efektów realizowanych działań przez JST oraz inne podmioty. Obecnie zapowiadane są zmiany w przepisach prawa dotyczących tego obszaru działalności Agencji. Rozważane rozwiązania zaproponowane przez Agencje polegają na m.in.: opracowaniu przez AOTM rekomendacji dotyczącej warunków realizacji dla wszystkich programów dotyczących danego problemu zdrowotnego; dokonywaniu ocen narzędzi ewaluacji programów stosowanych w ocenach ex ante i ex post przez niezależnych ewaluatorów; zatwierdzaniu programów dydaktycznych dla osób kształcących

niezależnych ewaluatorów programów oraz programów dla ewaluatorów; monitorowaniu egzaminów na osoby kształcąca ewaluatorów i wydawaniu im certyfikatów; prowadzeniu analiz programów polityki zdrowotnej ocenionych przez ewaluatorów; wprowadzaniu, na podstawie analizy ocen programów, odpowiednich zmian w rekomendowanych przez Agencję standardach opracowywania i realizacji poszczególnych programów.

W opracowaniu tym nie przedstawiono pełnej oceny działania Agencji, gdyż wykracza to poza przyjęty zakres opracowania. Jednak dokonanie takiej oceny jest możliwe m.in. na podstawie raportu, w którym scharakteryzowano działania prowadzone w obszarze oceny technologii medycznych w krajach Europy Centralnej i Wschodniej, krajach Ameryki Łacińskiej, a także w wybranych krajach rozwiniętych.

Przedstawione w raporcie analizy, przeprowadzone na podstawie danych zebranych w dwóch badaniach kwestionariuszowych, dotyczą: (a) kryteriów wyboru technologii medycznych poddawanych ocenie, (b) rodzajów ocenianych technologii, (c) powiązania oceny technologii medycznej z procesem podejmowania decyzji i określania priorytetów, (d) wykorzystania oceny technologii medycznych do określania koszyka świadczeń opieki zdrowotnej, (e) uwzględnienia udziału interesariuszy w procesie oceny technologii medycznych, (f) prowadzenia ocen ekonomicznych (w tym taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej), (g) wdrażania decyzji opartych na ocenie, a także (h) barier występujących w procesie oceny technologii.

## PIŚMIENICTWO

### 6.A.

1. Cianciara D. Strategie zmniejszania nierówności w zdrowiu. *Hygeia Public Health* 2015, 50(3): 449-456.
2. Cianciara D, Nowicka J, Sitarek M. Pomoc społeczności romskiej w Polsce. *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93 (1): 189-194.
3. Conference Outcome Document: Rome Declaration on Nutrition. Second International Conference on Nutrition. Rome, 19-21 November 2014.
4. Dahlgren G, Whitehead M. Europejskie strategie przeciwdziałania społecznym nierównościom w zdrowiu: Osiąganie poprawy stanu zdrowia. Część 2. World Health Organization 2007 [Tłumaczenie: Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2010].
5. Declaration on Health in All Policies. Health Ministerial Delegations of E.U. Member States. Conference „Health in all policies: achievements and challenges”. Rome, 18 December 2007.
6. Długookresowa strategia rozwoju kraju: „Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności”. Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji, Warszawa 2013.

7. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2012.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf)
8. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r. (Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483).
9. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji. Program na rzecz społeczności romskiej w Polsce. MSWiA, Warszawa 2003.
10. Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce. WHO Regional Office for Europe, 2012.
11. Strategia Sprawne Państwo 2020. Załącznik do uchwały nr 17 Rady Ministrów z dnia 12 lutego 2013 r. (poz. 136).
12. Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Załącznik do uchwały nr 104 Rady Ministrów z dnia 18 czerwca 2013 r. (poz. 640).
13. Średniookresowa strategia rozwoju kraju: „Strategia Rozwoju Kraju 2020”. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2012.
14. World Health Organization. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO, 2013.
15. Zybala A (red.). Wyzwania w systemie ochrony zdrowia - zasoby ludzkie i zasoby organizacyjne w centralnych instytucjach. Krajowa Szkoła Administracji Publicznej, Warszawa 2009.  
[http://ksap.gov.pl/ksap/sites/default/files/publikacje/raport\\_who.pdf](http://ksap.gov.pl/ksap/sites/default/files/publikacje/raport_who.pdf)

## 6.B.

1. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Second International Conference on Health Promotion. South Australia, Adelaide, 5-9 April 1988.
2. Cianciara D. Zarys współczesnej promocji zdrowia. Wyd. PZWL, Warszawa 2010: 98.
3. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. (Dz. U. 2015 poz. 1916, z późn. zm.).
4. World Health Organization. Health 21 - health for all in the 21st. WHO, 1999.

## 6.C.

1. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). O nas.  
<http://www.aotm.gov.pl/www/aotm/o-nas/>
2. Cianciara D. Zarys współczesnej promocji zdrowia. Wyd. PZWL, Warszawa 2010: 102-3.
3. Espín J. HTA in emerging countries: Examples for Eastern Europe and Latin America. Escuela Andaluza de Salud Publica. Consejería de Igualdad, Salud Y Políticas Sociales (Prezentacja Power Point).  
[http://www.advancehta.eu/PDF/Conference\\_presentations/WP6\\_Pharmaccess.pdf](http://www.advancehta.eu/PDF/Conference_presentations/WP6_Pharmaccess.pdf)
4. Kłosowska B, Rudka R, Skóbel B, Wójcik M (red.) Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować? Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej, Warszawa 2013: 15-18.
5. Panasiuk A. Zasady projektowania programów z zakresu zdrowia publicznego. AOTM, Seminarium „Projektowanie i ocena samorządowych programów zdrowotnych”. Agencja Oceny Technologii Medycznych, Warszawa, 18.11.2011.
6. Rdzany R. Samorządowe programy zdrowotne z perspektywy AOTM - aspekty prawne, proces opiniowania (wystąpienie na seminarium, Warszawa, 18.11.2011 r.).

7. Sprawozdania wojewodów przekazywane do Ministerstwa Zdrowia na temat programów zdrowotnych realizowanych przez samorządy terytorialne w 2013 r. (materiały niepublikowane, w posiadaniu MZ).
8. Sprawozdanie roczne Agencji Oceny Technologii Medycznych za rok 2010. AOTM, Warszawa 2011: 71-73.
9. Ustawa z dnia 3 października 2008 r. o udostępnianiu informacji o środowisku i jego ochronie, udziale społeczeństwa w ochronie środowiska oraz o ocenach oddziaływania na środowisko (Dz. U. 2008 Nr 199 poz. 1227, z późn. zm.).
10. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
11. Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).



# EPHO 7

## Zapewnienie kompetentnej kadry zdrowia publicznego

Dorota Cianciara<sup>1,2</sup>  
Małgorzata Gajewska<sup>1</sup>  
Katarzyna Lewtak<sup>1</sup>  
Maria Piotrowicz<sup>1</sup>  
Ewa Urban<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

<sup>2</sup> Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

### 7.A. Cykl rozwoju zasobów ludzkich

- Analiza sytuacji w strategii rozwoju zasobów ludzkich
- Źródła danych dotyczących podaży i rozmieszczenia kadr zdrowia publicznego
- Emigracja personelu
- Monitoring zawodów deficytowych i nadwyżkowych
- Prowadzenie badań uzupełniających dotyczących zasobów kadrowych zdrowia publicznego
- Planowanie w strategii rozwoju zasobów ludzkich
- „Zielona Księga w sprawie pracowników służby zdrowia”
- Realizacja strategii rozwoju zasobów ludzkich
- Interesariusze w zdrowiu publicznym
- Regulacje prawne dotyczące wybranych zawodów związanych ze zdrowiem publicznym
- Mechanizmy dostosowania do zmieniających się okoliczności
- Monitorowanie i ewaluacja w strategii rozwoju zasobów ludzkich

### 7.B. Zarządzanie zasobami ludzkimi

- Reguły polityki kadrowej w instytucjach rządowych oraz samorządowych
- Równość płci
- Zarządzanie wydajnością
- Niezależne raporty ewaluacyjne dotyczące wydajności
- Rozwiązania stosowane w zakresie rekrutacji i utrzymania zasobów ludzkich
- Kompetencje pracowników zdrowia publicznego
- Zagadnienia zdrowia publicznego w narodowej strategii rozwoju zasobów ludzkich
- Finansowanie kadr zdrowia publicznego - konkurencyjność płac

### 7.C. Kształcenie w dziedzinie zdrowia publicznego

- Instytucje zajmujące się kształceniem w zakresie zdrowia publicznego
- Potencjał systemu edukacji w zakresie potrzeb związanych z zasobami ludzkimi zdrowia publicznego
- Specjalizacja ze zdrowia publicznego dla lekarzy oraz innych zawodów związanych z ochroną zdrowia
- System akredytacji dla instytucji edukacyjnych
- Możliwość kształcenia za granicą
- Praktyki studenckie w instytucjach i organizacjach ochrony zdrowia
- Programy nauczania zdrowia publicznego
- Treści kształcenia

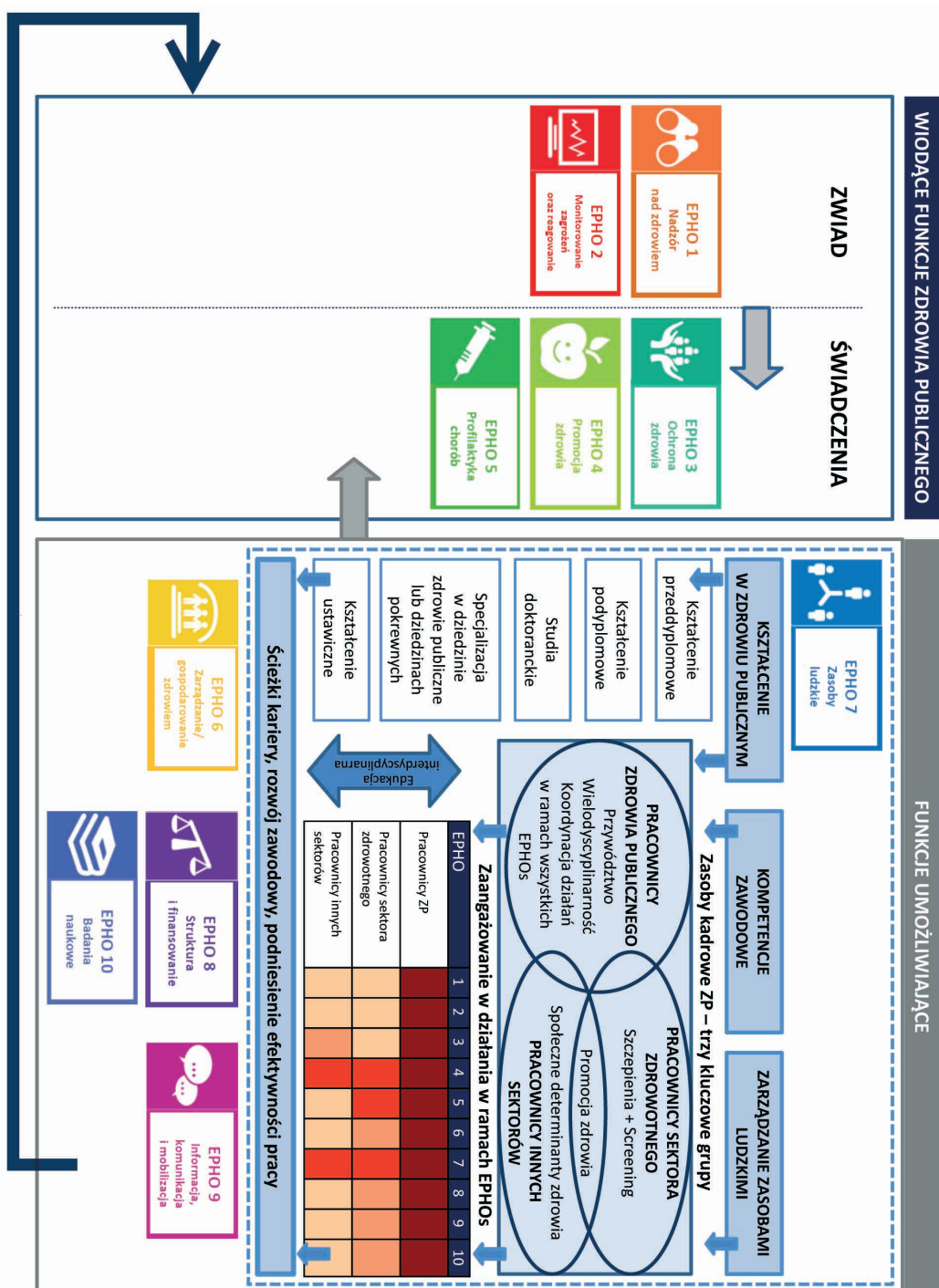
### 7.D. Zarządzanie/gospodarowanie zasobami ludzkimi zdrowia publicznego



## WYKAZ SKRÓTÓW

- ASPHER - Association of Schools of Public Health in the European Region
- BAEL - Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności
- CEM - Centrum Egzaminów Medycznych
- CKPPIP - Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych
- CMKP - Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
- CSIOZ - Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
- EFTA - European Free Trade Association  
(Europejskie Stowarzyszenie Wolnego Handlu)
- EKES - Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny
- EPHA - European Public Health Alliance
- EPHOs - Essential Public Health Operations  
(Podstawowe funkcje zdrowia publicznego)
- EUPHA - European Public Health Association
- GUS - Główny Urząd Statystyczny
- IZP CMUJ - Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
- JST - jednostki samorządu terytorialnego
- KIDL - Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych
- KRK - Krajowe Ramy Kwalifikacji
- KUL - Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
- KZS - Klasyfikacja Zawodów i Specjalności
- MNiSW - Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego
- MPiPS - Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
- MSW - Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
- MZ - Ministerstwo Zdrowia
- NCN - Narodowe Centrum Nauki
- NGOs - non-governmental organizations (organizacje pozarządowe)
- NIK - Najwyższa Izba Kontroli
- NIL - Naczelna Izba Lekarska
- NIPiP - Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
- NIZP-PZH - Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny
- NPZ - Narodowy Program Zdrowia

- NRL - Naczelna Rada Lekarska
- OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development  
(Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju)
- PES - Państwowy Egzamin Specjalizacyjny
- PKA - Polska Komisja Akredytacyjna
- PKB - produkt krajowy brutto
- PIS - Państwowa Inspekcja Sanitarna
- SRKL - Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020
- SZP CMKP - Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia  
Podyplomowego
- UE - Unia Europejska
- UJ - Uniwersytet Jagielloński
- UP - urząd pracy
- WHO - World Health Organization  
(Światowa Organizacja Zdrowia)
- ZP - zdrowie publiczne



**Schemat EPHO 7.**

Opracowanie własne na podstawie European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services (WHO, 2012 EUR/RC 62/Conf. Doc/6 Rev.2) oraz Nurse J. Health 2020 and Strengthening Public Health Services and Capacity in Europe (Slovenia, 2013)

Siódma funkcja zdrowia publicznego dotyczy działań podejmowanych w celu zapewnienia kompetentnej kadry zdrowia publicznego. Podstawowe znaczenie dla rozwoju ZP ma kompetentna kadra, czyli zespół ludzi z odpowiednią wiedzą oraz umiejętnościami transpozycji polityk, teorii oraz wyników badań naukowych na działania praktyczne w celu poprawy stanu zdrowia społeczeństwa oraz ograniczania nierówności w zdrowiu.

Zasoby kadrowe zdrowia publicznego to wszyscy ci, którzy realizują podstawowe funkcje zdrowia publicznego, niezależnie od charakteru instytucji, w której są zatrudnieni. W obszarze zdrowia publicznego pracuje wiele grup profesjonalnych takich jak: lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, pracownicy socjalni, dietetycy, farmaceuci, osoby zajmujące się oświatą zdrowotną, antropolodzy, psycholodzy, socjolodzy, architekci, inżynierowie sanitarni, ekonomiści, politolodzy, epidemiolodzy, biostatystycy, menadżerowie różnych szczebli, prawnicy, diagności laboratoryjni oraz specjaliści z wielu innych dziedzin.

Zasoby ludzkie definiowane są jako ogół kwalifikacji i umiejętności osób funkcjonujących w danym systemie. W niniejszym opracowaniu wymiennie stosuje się termin „kadry/zasoby kadrowe” oraz „zasoby ludzkie”.

## 7.A. Cykl rozwoju zasobów ludzkich

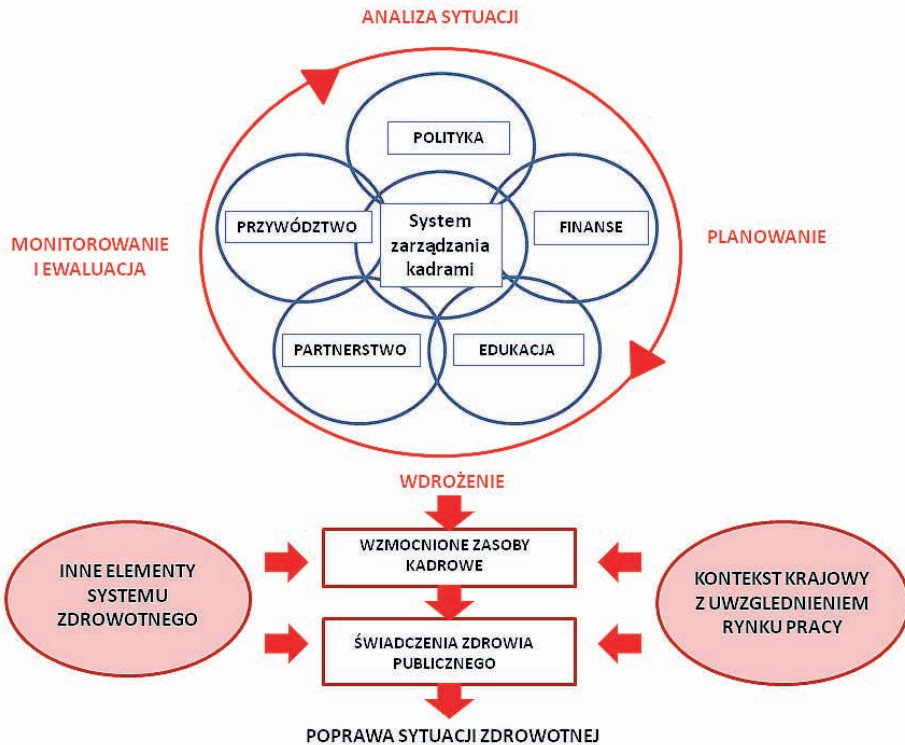
W cyklu rozwoju zasobów ludzkich systemu zdrowotnego wyróżnić możemy następujące etapy (ryc. 1):

- Analiza sytuacji;
- Wdrożenie;
- Planowanie;
- Monitorowanie i ewaluacja.

W analizie cyklu rozwoju zasobów, która uwzględnia kontekst krajowy możemy wyróżnić sześć kluczowych elementów (ryc. 1):

- System zarządzania kadrami (system planowania kadr, zatrudniania, wdrażania i rozwoju pracowników);
- Polityka (zasady, przepisy i regulacje dotyczące warunków zatrudnienia i rozwoju zawodowego pracowników);
- Finanse (pozyskanie, alokacja i rozdział środków związanych z zasobami kadrowymi);
- Edukacja (kształcenie i rozwój pracowników o odpowiednich kompetencjach);
- Partnerstwo (formalne i nieformalne powiązania między różnymi podmiotami systemu, np. świadczeniodawcami i płatnikami świadczeń w celu optymalnego wykorzystania kadr);

- Przywództwo (zdolność wyznaczania kierunków działania do pozyskania, utrzymania i motywacji pracowników oraz osiągania zakładanych celów).



Rycina. 1.

Schemat cyklu rozwoju zasobów ludzkich z uwzględnieniem kontekstu krajowego (opracowane własne na podstawie HRH Action Framework)

## Analiza sytuacji w strategii rozwoju zasobów ludzkich

Zasoby ludzkie systemu zdrowotnego powinny być analizowane nie tylko z punktu widzenia ich liczebności, ale również ich dostępności i jakości. W analizie należy uwzględnić:

- Wyzwania zewnętrzne (np. starzenie się społeczeństwa, starzenie się pracowników sektora zdrowotnego, zapotrzebowanie na usługi, dostępność zasobów ludzkich i finansowych, itp.);
- Wyzwania wewnętrzne (np. rekrutacja, rozwój i utrzymanie pracowników, aktualne umiejętności, obecna zdolność planowania zasobów kadrowych, struktura organizacyjna, zakres świadczonych usług).

Niezwykle trudne, a wręcz niemożliwe jest oszacowanie liczby pracowników zdrowia publicznego w Polsce. Główne problemy wynikają z:

- Braku krajowego konsensusu wokół podstawowych funkcji zdrowia publicznego;
- Dysonansu między charakterystyką zawodu „specjalista zdrowia publicznego” a treściami kształcenia na kierunku zdrowie publiczne;
- Niedostatków systemu statystyki publicznej oraz rozproszenia, wewnętrznej niespójności;
- Braku dostępu w formule open access do źródeł informacji.

### Źródła danych dotyczących podaży i rozmieszczenia kadr zdrowia publicznego

- Główny Urząd statystyczny (GUS) corocznie publikuje raport „Szkoty wyższe i ich finanse”, który zawiera dane dotyczące studentów i absolwentów prezentowane wg: typów szkół wyższych (w podziale na szkoły publiczne i niepubliczne), województw, grup i podgrup kierunków studiów, lat studiów, wieku i płci studentów. Dodatkowo podawane są informacje o stopniach naukowych i nadanych tytułach naukowych (m.in. w dziedzinie nauk medycznych, nauk o zdrowiu) oraz o pracownikach szkół wyższych (pełnozatrudnieni i niepełnozatrudnieni nauczyciele akademicki oraz pracownicy niebędący nauczycielami). Sprawozdawczość GUS dotyczy badań pełnych obejmujących wszystkie typy szkół wyższych i placówek naukowych, niezależnie od ich struktury organizacyjnej i form własności. W raporcie kierunek „zdrowie publiczne” przypisany jest do grupy kierunków studiów „Zdrowie i opieka społeczna” i umiejscowiony w podgrupie medycznej. Nie jest możliwe uzyskanie z publikowanego raportu informacji statystycznych dotyczących wyłącznie studentów i absolwentów kierunku ZP. Dane te dostępne są wyłącznie na podstawie indywidualnego zamówienia na udzielenie informacji statystycznych realizowanego przez Centralne Informatorium Statystyczne GUS.
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) w publikowanym na swojej stronie Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia zamieszcza dane dotyczące personelu medycznego takiego jak: lekarze i lekarze dentyści, farmaceuci, pielęgniarki i położne, diagnosty laboratoryjni, fizjoterapeuci, ratownicy medyczni oraz tzw. średni personel medyczny.
- Naczelna Rada Lekarska (NRL) prowadząca Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP systematycznie publikuje „Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny i stopnia specjalizacji” (w tym specjalistów zdrowia publicznego).

- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (NIPP) publikuje na swoich stronach opracowania statystyczne dotyczące m.in. liczby pielęgniarek i położnych, które posiadają tytuł specjalisty w wybranych dziedzinach pielęgniarstwa.
- Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych (KIDL) prowadząca Rejestr Diagnostów Laboratoryjnych udostępnia na swojej stronie internetowej dane na temat liczby diagnostów laboratoryjnych w wybranych specjalnościach, w tym specjalistów zdrowia publicznego.
- Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) gromadzi dane dotyczące lekarzy, lekarzy dentyistów, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów oraz przedstawicieli zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia, przystępujących do państwowego egzaminu specjalizacyjnego (PES) w dziedzinach medycyny, w tym w dziedzinie ZP. Dane te jednak nie są dostępne w formule open access. CEM zamieszcza na swojej stronie www wyniki egzaminów testowych (wg sesji oraz specjalizacji), ale brak jest wyników egzaminów ustnych, a przez to końcowego wyniku PES.
- Ogólnopolski wykaz nauczycieli akademickich i pracowników naukowych w bazie POL-on zawiera dane o zatrudnieniu aktualnym oraz zatrudnieniu zakończonym w ciągu ostatnich 14 dni. Zatrudnienie odnosi się do podstawowego miejsca pracy - uczelni wyższej lub jednostki naukowej. Wyszukiwarka Ogólnopolskiego wykazu nauczycieli akademickich i pracowników naukowych pozwala na przeglądanie zasobów systemu POL-on wg następujących kryteriów: (a) imię, (b) nazwisko, (c) charakter wykonywanej pracy - nauczyciel akademicki lub pracownik naukowy, (d) stopień naukowy (doktor, doktor habilitowany), tytuł naukowy (profesor), (e) instytucja. Nie stwarza jednak możliwości wyszukania nauczycieli akademickich oraz pracowników naukowych z obszaru zdrowia publicznego, a jedynie tych z tytułem zawodowym mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

Brak jest otwartego dostępu do danych gromadzonych w Rejestrze Farmaceutów, w odniesieniu do farmaceutów - specjalistów zdrowia publicznego.

Zwraca także uwagę fakt braku zagregowanych danych dotyczących zasobów kadrowych ZP w strukturach rządowych oraz samorządowych, a także zatrudnienia w jednostkach naukowo-badawczych czy uczelniach prowadzących kształcenie w obszarze ZP.

W ramach statystyki publicznej gromadzone są przez PIS sprawozdania z zatrudnienia (druk MZ-45A), jednak dane te nie są publikowane, a ich uzyskanie wymagałoby kontaktu z instytucją oraz otrzymania jej zgody.

Natomiast dane dotyczące liczby innych pracowników ZP, np. pracowników wybranych wydziałów jednostek samorządu terytorialnego (JST) oraz innych instytucji należących do systemu ZP, nie są gromadzone w ramach rejestrów i statystyk publicznych. Uzyskanie takich danych wymagałoby kontaktu odrębnie

z każdą instytucją/podmiotem. Liczba potencjalnych podmiotów jest na tyle duża, że nie jest możliwe zebranie danych bez wprowadzenia systemu rejestracji, takiego jak w przypadku w/w specjalistów medycznych.

W programie badań statystycznych statystyki publicznej uwzględnia się badanie kadry medycznej ochrony zdrowia (badanie 1.29.06(093) będące częścią badania 1.29 „Zdrowie i ochrona zdrowia”. Jest to badanie stałe, prowadzone przez Ministra właściwego ds. zdrowia, Prezesa GUS oraz Ministra właściwego ds. wewnętrznych. Celem badania jest zebranie informacji na temat osób pracujących w ochronie zdrowia i różnych form zatrudnienia oraz osób uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych. Wyniki badań są wykorzystywane przez organy rządowe, samorządowe. Dane przekazywane są do EUROSTAT, OECD, WHO, a także publikowane w czasopiśmie branżowych. Zakres podmiotowy oraz przedmiotowy badania przedstawiono w tabeli I.

### Tabela I.

Zakres podmiotowy oraz przedmiotowy badania statystycznego realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia (MZ), Główny Urząd Statystyczny (GUS) oraz Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (MSW)

Realizator badania	Zakres podmiotowy	Zakres przedmiotowy
Ministerstwo Zdrowia	Wybrany personel medyczny pracujący w: <ul style="list-style-type: none"> <li>• podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych oraz stacjach krwiodawstwa</li> <li>• w placówkach naukowo-badawczych</li> <li>• na uniwersytetach medycznych oraz innych szkołach wyższych kształcących kadrę medyczną</li> <li>• w jednostkach administracji rządowej i samorządowej oraz NFZ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pracownicy ochrony zdrowia wg zawodów medycznych</li> <li>• pracownicy ochrony zdrowia wg głównego miejsca pracy i zawodów</li> <li>• pracownicy z wyższym wykształceniem medycznym wg specjalności, w tym lekarze i lekarze dentyści wg specjalizacji</li> <li>• uprawnieni do wykonywania zawodu: lekarza i lekarza dentystry wg płci i wieku</li> <li>• uprawnieni do wykonywania zawodu: farmaceuty, pielęgniarki i położnej, diagnosty laboratoryjnego</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• izby pielęgniarek i położnych</li> <li>• izby lekarskie</li> <li>• izby aptekarskie</li> <li>• samorząd diagnostów laboratoryjnych</li> </ul>	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- w zakresie liczby osób zarejestrowanych i uprawnionych do wykonywania zawodu</li> <li>• urzędy administracji rządowej i samorządowej</li> <li>• fundusze administrujące obowiązkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi</li> <li>- w zakresie liczby lekarzy i lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów zatrudnionych w komórkach organizacyjnych, których głównym zadaniem jest legislacja, regulacja, prowadzenie polityki zdrowotnej i administrowanie ubezpieczeniami zdrowotnymi</li> </ul>	
Główny Urząd Statystyczny	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zakłady stacjonarnej pomocy społecznej</li> <li>• apteki i punkty apteczne</li> <li>• zespoły ratownictwa medycznego</li> <li>• żłobki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pracujący ogółem w aptekach i punktach aptecznych, w tym magistrzy farmacji i technicy farmaceutyczni, z wyodrębnieniem kobiet</li> <li>• pracujący lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci i inne osoby pracujące w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej</li> <li>• pracujący lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni i inne osoby pracujące w zespołach ratownictwa medycznego, pogotowiu ratunkowym i transporcie sanitarnym</li> <li>• pracujący lekarze i pielęgniarki pracujące w żłobkach</li> </ul>
Ministerstwo Spraw Wewnętrznych	<ul style="list-style-type: none"> <li>• samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej MSW</li> </ul>	<p>Zatrudnieni według:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medycznych grup zawodowych,</li> <li>• płci</li> <li>• poziomu wykształcenia</li> <li>• rodzaju specjalności medycznych</li> <li>• wymiaru zatrudnienia.</li> </ul>

Źródłem powyższych danych są:

- Sprawozdania MZ:
  - MZ-10A Sprawozdanie o uprawnionych do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry;
  - MZ-10B Sprawozdanie o uprawnionych do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej;
  - MZ-10C Sprawozdanie o uprawnionych do wykonywania zawodu farmaceuty;
  - MZ-10D Sprawozdanie o uprawnionych do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego;
  - MZ-11 Sprawozdanie o działalności pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej;
  - MZ-15 Sprawozdanie z działalności jednostki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych;
  - MZ-29 Sprawozdanie z działalności szpitala ogólnego;
  - MZ-29A Sprawozdanie o działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej;
  - MZ-30 Sprawozdanie podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej;
  - MZ-35 Sprawozdanie z działalności wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy;
  - MZ-88 Sprawozdanie o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą;
  - MZ-88A Sprawozdanie o zatrudnieniu wybranej kadry medycznej w administracji i szkołach wyższych;
  - MZ-89 Sprawozdanie o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.
- Wtórne wykorzystanie danych ze sprawozdań GUS:
  - ZD-5 Sprawozdanie apteki i punktu aptecznego;
  - ZD-4 Sprawozdanie z pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego;
  - PS-03 Sprawozdanie zakładu stacjonarnego pomocy społecznej.
- Sprawozdania MSW:
  - MSW-29 Sprawozdanie o pracujących w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej MSW;
  - MSW-30 Sprawozdanie o specjalistach pracujących w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej MSW.
- Sprawozdania PIS:
  - MZ-45A Sprawozdanie z zatrudnienia.
- Dane z rejestrów Naczelnej Izby Aptekarskiej;
- Wykorzystanie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych:
  - z Centralnego Rejestru Płatników Składek;
  - z Centralnego Rejestru Ubezpieczonych.

Omawiane dane są regularnie gromadzone oraz publikowane (w pewnym zakresie) przez dwie rządowe, działające niezależnie od siebie instytucje tj. GUS oraz CSIOZ.

W tabeli II przedstawiono zbiorcze zestawienie podmiotów przekazujących dane statystyczne, rodzaje formularzy, formę oraz docelowe miejsce przekazywania danych. Podmioty przekazujące dane do Portalu sprawozdawczego CSIOZ to: okręgowe izby lekarskie, okręgowe izby pielęgniarek i położnych, okręgowe izby aptekarskie, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, wojewódzkie ośrodki medycyny pracy, podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych oraz regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa, komórki właściwe w sprawach statystyki medycznej wskazane przez wojewodę, urzędy wojewódzkie i marszałkowskie, starostwa powiatowe, Narodowy Fundusz Zdrowia (centrala i oddziały wojewódzkie), uniwersytety medyczne oraz inne szkoły wyższe kształcące kadrę medyczną, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Centrum Egzaminów Medycznych, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Natomiast do GUS dane przekazują: CSIOZ, Naczelna Izba Aptekarska, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. Jerzego Nofera w Łodzi, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (zbierające dane o samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej MSW oraz Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa MSW).

Wśród form udostępniania zebranych w badaniu statystyki publicznej danych dotyczących kadry ochrony zdrowia wyróżnić można wydawnictwa GUS takie jak: „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.”, „Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.” oraz „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.”

### Tabela II.

Zestawienie dotyczące przepływu informacji statystycznych, podmiotów przekazujących dane statystyczne, z uwzględnieniem rodzaju formularzy, formy oraz docelowego miejsca przekazywania danych statystycznych w odniesieniu do zasobów kadrowych ochrony zdrowia

Lp.	Podmioty przekazujące dane statystyczne	Formularz sprawozdania	Forma przekazania danych	Miejsce przekazania danych
1.	Okręgowe izby lekarskie	MZ-10A Sprawozdanie o uprawnionych do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyści	metoda pełna, obowiązkowe	Portal sprawozdawczy CSIOZ
2.	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	MZ-10A Sprawozdanie o uprawnionych do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyści	zestawienie zbiorcze danych w przekroju terytorialnym	GUS

3.	Okręgowe izby pielęgniarek i położnych	MZ-10B Sprawozdanie o uprawnionych do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej	metoda pełna, obowiązkowe	Portal sprawozdawczy CSIOZ
4.	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	MZ-10B Sprawozdanie o uprawnionych do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej	zestawienie zbiorcze danych w przekroju terytorialnym	GUS
5.	Okręgowe izby aptekarskie	MZ-10C Sprawozdanie o uprawnionych do wykonywania zawodu farmaceuty	metoda pełna, obowiązkowe	Portal sprawozdawczy CSIOZ
6.	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	MZ-10C Sprawozdanie o uprawnionych do wykonywania zawodu farmaceuty	zestawienie zbiorcze danych w przekroju terytorialnym	GUS
7.	Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych	MZ-10D Sprawozdanie o uprawnionych do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego	metoda pełna, obowiązkowe	Portal sprawozdawczy CSIOZ
8.	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	MZ-10D Sprawozdanie o uprawnionych do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego	zestawienie zbiorcze danych w przekroju terytorialnym	GUS
9.	Naczelna Izba Aptekarska	Rejestr farmaceutów uprawnionych do wykonywania zawodu, dane jednostkowe o farmaceutach	w zakresie: płeć, data urodzenia, obywatelstwo, rodzaj i stopień posiadanej specjalizacji, miejsce zatrudnienia, nr prawa wykonywania zawodu	GUS
10.	Wojewódzkie ośrodki medycyny pracy	MZ-35 - Sprawozdanie z działalności wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy	metoda pełna, obowiązkowe	Portal sprawozdawczy CSIOZ; Instytut Medycyny Pracy im. Prof. Jerzego Nofera w Łodzi
11.	Instytut Medycyny Pracy im. Prof. Jerzego Nofera w Łodzi	MZ-35 - Sprawozdanie z działalności wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy	zestawienie zbiorcze wg województw	GUS
12.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych oraz regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa	MZ-88 - Sprawozdanie o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą	metoda pełna, obowiązkowe	Portal sprawozdawczy CSIOZ; Komórka właściwa w sprawach statystyki medycznej wskazana przez wojewodę

13.	Komórki właściwe w sprawach statystyki medycznej wskazane przez wojewodę	MZ-88 - Sprawozdanie o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą	komplet sprawozdań jednostkowych	Portal sprawozdawczy CSIOZ
14.	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	MZ-88 - Sprawozdanie o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą	zestawienie zbiorcze danych w przekroju terytorialnym	GUS
15.	Urzędy wojewódzkie i marszałkowskie, starostwa powiatowe, NFZ (centrala i oddziały wojewódzkie), uniwersytety medyczne oraz inne szkoły wyższe kształcące kadre medyczną, CMKP, CEM, CKPPIP	MZ-88A - Sprawozdanie o zatrudnieniu wybranej kadry medycznej w administracji i szkołach wyższych	metoda pełna, obowiązkowe	Portal sprawozdawczy CSIOZ
16.	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	MZ-88A - Sprawozdanie o zatrudnieniu wybranej kadry medycznej w administracji i szkołach wyższych	zestawienie zbiorcze danych w przekroju terytorialnym	GUS
17.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych oraz regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa	MZ-89 - Sprawozdanie o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą	metoda pełna, obowiązkowe	Portal sprawozdawczy CSIOZ; Komórka właściwa w sprawach statystyki medycznej wskazana przez wojewodę
18.	Komórki właściwe w sprawach statystyki medycznej wskazane przez wojewodę	MZ-89 - Sprawozdanie o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą	komplet sprawozdań jednostkowych	Portal sprawozdawczy CSIOZ
19.	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	MZ-89 - Sprawozdanie o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą	zestawienie zbiorcze danych w przekroju terytorialnym	GUS
20.	Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej MSW, Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa MSW	MSW-29 - Sprawozdanie o pracujących w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej MSW	metoda pełna, obowiązkowe	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
21.	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych	MSW-29 - Sprawozdanie o pracujących w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej MSW	dane zagregowane	GUS
22.	Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej MSW, Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa MSW	MSW-30 - Sprawozdanie o specjalistach pracujących w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej MSW	metoda pełna, obowiązkowe	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
23.	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych	MSW-30 - Sprawozdanie o specjalistach pracujących w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej MSW	dane zagregowane	GUS

## Emigracja personelu

Nasilenie procesu migracyjnego kadr systemu zdrowotnego nastąpiło po przyjęciu Polski do Unii Europejskiej (UE) w 2004 r.

Sposób gromadzenia danych i prowadzenie sprawozdawczości w odniesieniu do migracji nie daje pełnej odpowiedzi na temat skali zjawiska. Jednym ze wskaźników, za pomocą którego można określić zakres zainteresowania wyjazdem z kraju jest liczba zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych, które wydawane są przez stowarzyszenia zawodowe (np. izby lekarskie czy izby pielęgniarские). Dostępne dane pokazują, że nie jest to zjawisko na tyle silne by zagrażać funkcjonowaniu systemu zdrowotnego w naszym kraju, choć np. wskaźnik liczby personelu medycznego per capita był i jest w Polsce niższy niż średnia dla Europy. Według NIL (stan na dzień 31.10.2014 r.) wystąpiło o ww. zaświadczenia 7,1% lekarzy oraz 2,8% lekarzy dentyistów. Dostępne statystyki pozwalają oszacować odsetek lekarzy, którym wydano zaświadczenie w danej specjalności (wśród lekarzy dominują anestezjolodzy - 17,5% wszystkich specjalistów w tej dziedzinie medycyny; wśród lekarzy dentyistów - ortodonci - 2,4%). Liczba lekarzy specjalistów zdrowia publicznego, którym wydano zaświadczenia wyniosła 20 osób (19 lekarzom medycyny oraz 1 lekarzowi dentyście). Polska traci lekarzy specjalistów na rzecz innych krajów, a braki kadrowe dotyczą głównie tych specjalistów, wśród których najbardziej nasilone było zjawisko emigracji, tj. anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej. Główne kierunki wyjazdów to Wielka Brytania, Irlandia, Niemcy i kraje skandynawskie. Deklarowane przyczyny migracji to: niskie zarobki, trudne warunki pracy, ograniczone możliwości rozwoju zawodowego w kraju, a za granicą nadzieja na wyższą płacę i większy prestiż zawodowy.

Informacje statystyczne nt. liczby pielęgniarek i położnych, które otrzymały zaświadczenie o kwalifikacjach do wykonywania zawodu zgodnie z prawem UE w danym roku (w latach 2004 - 2013) publikowane są na stronie NIPiP, podobnie jak dane dotyczące liczby polskich pielęgniarek pracujących w krajach członkowskich UE.

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (MPiPS) publikuje materiały informacyjne na temat przepływu pracowników między Polską, a innymi państwami członkowskimi UE oraz państwami członkowskimi EFTA (Islandia, Lichtenstein, Norwegia, Szwajcaria) dotyczące przede wszystkim obecności obywateli polskich na rynkach pracy innych państw członkowskich UE.

Od 2008 r. dostępne są dane MPiPS na temat cudzoziemców pracujących w Polsce. Na podstawie przeglądu liczby wydanych w 2013 r. zezwoleń na pracę dla cudzoziemców można stwierdzić, że w zawodach medycznych pracę uzyskało ok. 0,5% wszystkich cudzoziemców zatrudnionych w Polsce w różnych zawodach.

W roku 2013 były to 214 osoby, w tym 9 lekarzy oraz 3 pielęgniarki i położne. Osoby te pochodziły najczęściej z Ukrainy (50 osób), Tajlandii (49 osób) i Indonezji (23 osoby). Znalazły pracę głównie w województwie mazowieckim, śląskim i wielkopolskim.

## Monitoring zawodów deficytowych i nadwyżkowych

Zawody z grupy zawodów medycznych należą do tzw. zawodów deficytowych na rynku pracy (np. pielęgniarki, lekarze). Zupełnie odmiennie wygląda sytuacja w odniesieniu do zawodów z obszaru zdrowia publicznego (przykładowo specjalista zdrowia publicznego został uznany za zawód nadwyżkowy). Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2013 r., poz. 674, z późn. zm.) opracowywanie analiz rynku pracy, w tym prowadzenie monitoringu zawodów deficytowych i nadwyżkowych, jest jednym z zadań samorządu województwa oraz samorządu powiatu. Dane zbiorcze pn. „Ranking zawodów deficytowych i nadwyżkowych” publikowane są corocznie na stronie internetowej MPiPS.

Poprzez zawód nadwyżkowy należy rozumieć zawód, na który występuje na rynku pracy niższe zapotrzebowanie niż liczba osób poszukujących pracy w tym zawodzie. Z kolei zawód deficytowy to zawód, na który występuje na rynku pracy wyższe zapotrzebowanie niż liczba osób poszukujących pracy w tym zawodzie.

W Polsce na liście zawodów maksymalnie deficytowych (dla których nie odnotowano napływu bezrobotnych a jedynie napływ ofert pracy w danym zawodzie) ok. 40% (w pierwszym półroczu 2014 r.) stanowiły zawody z szeroko rozumianej grupy „zawodów medycznych” wśród których wymienić należy m.in.: pielęgniarki (specjalistów pielęgniarstwa opieki długoterminowej, specjalistów pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, specjalistów pielęgniarstwa opieki paliatywnej, specjalistów pielęgniarstwa geriatrycznego) i lekarzy (specjalistów medycyny ratunkowej, psychiatrii, neurologii, pediatrii, otolaryngologii, endokrynologii). Z 2601 zawodów wymienionych w Klasyfikacji Zawodów i Specjalności (KZS) ponad 60% stanowiły zawody nadwyżkowe.

W celu ujednoczenia zasad prowadzenia monitoringu oraz zapewnienia możliwości porównań pomiędzy poszczególnymi województwami w Departamencie Rynku Pracy MPiPS zostały opracowane zalecenia metodyczne do prowadzenia monitoringu oraz sporządzania półrocznych i rocznych raportów powiatowych, wojewódzkich i raportu krajowego.

Jednym z podstawowych mierników monitoringu popytu i podaży na rynku pracy jest wskaźnik intensywności nadwyżki siły roboczej w poszczególnych zawodach. Jest on wyrażony w postaci ilorazu średniej miesięcznej liczby ofert

pracy w danym zawodzie zgłaszanych w danym roku oraz średniej miesięcznej napływu bezrobotnych w danym zawodzie w tym samym okresie. W oparciu o ten wskaźnik wybierano z każdego województwa 15 zawodów nadwyżkowych. W województwie lubelskim w I półroczu 2014 r. wśród 15 najbardziej nadwyżkowych zawodów znalazł się zawód specjalisty zdrowia publicznego (wskaźnik intensywności nadwyżki = 0,0222). Obecność zawodu na tej liście wiąże się z faktem niedopasowania struktury kształcenia do potrzeb lokalnego rynku pracy.

### **Prowadzenie badań uzupełniających dotyczących zasobów kadrowych zdrowia publicznego**

Badania uzupełniające i analizy dotyczące kadry w zdrowiu publicznym prowadzone są okazjonalnie. W Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) w ramach zadań statutowych prowadzone są badania nt. oceny potencjału zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce. Wśród przykładowych publikacji można wymienić:

- Ocena potencjału promocji zdrowia w Polsce - Krajowy Plan Rozwoju: Rynek pracy w promocji zdrowia i zdrowiu publicznym. NIZP-PZH, Warszawa 2008;
- Cianciara D, Piotrowicz M, Dmowski M, Tucka-Dorociak T. Zasoby kadrowe zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce. Cz. I. Stan zatrudnienia. *Probl Hig i Epidemiol* 2010, 91 (3): 468 - 474;
- Cianciara D, Piotrowicz M, Tucka-Dorociak T. Zasoby kadrowe zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce. Cz. II. Oferty pracy. *Probl Hig i Epidemiol* 2010, 91 (3): 475 - 481;
- Cianciara D, Piotrowicz M, Gajewska M. Zasoby kadrowe zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce. Cz. III. Plany zawodowe studentów kierunku „zdrowie publiczne”. *Probl Hig i Epidemiol* 2010; 91 (3): 482 - 488;
- Cianciara D, Gajewska M, Lewtak K, Urban E, Piotrowicz M. Jak przebiega rekrutacja kandydatów na studia dzienne w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce. *Hygeia Public Health* 2014, 49 (3): 478-489;
- Lewtak K, Piotrowicz M, Gajewska M, Urban E, Cianciara D. Ilu badaczy w dziedzinie zdrowia publicznego jest w Polsce? Gdzie pracują? [w]: Cianciara D (red.). *Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego*. NIZP-PZH, Warszawa 2014;
- Cianciara D, Lewtak K, Piotrowicz M, Gajewska M, Urban E, Brukało K. Public health physicians and dentists in Poland: results from public health workforce pilot study (w przygotowaniu).



## Planowanie w strategii rozwoju zasobów ludzkich

Planowanie zatrudnienia w systemie zdrowotnym jest procesem ciągłym, polegającym na określaniu potrzeb personalnych w wymiarze ilościowym oraz jakościowym, analizowaniu istniejącego stanu oraz struktury zatrudnienia, tworzeniu planów minimalizujących lukę pomiędzy popytą a popytem na wewnętrznym rynku pracy, jak również monitorowaniu procesu wdrażania planów zatrudnienia w życie. Skuteczne planowanie zasobów kadrowych jest swoistym systemem wczesnego ostrzegania i daje szansę na podjęcie wczesnej interwencji. Brak właściwego planowania kadr skutkować może m.in. obniżeniem jakości i dostępności usług w systemie, częstszym występowaniem zdarzeń niepożądanych, nadmiernym obciążeniem pracowników czy ograniczeniem rozwoju zawodowego.

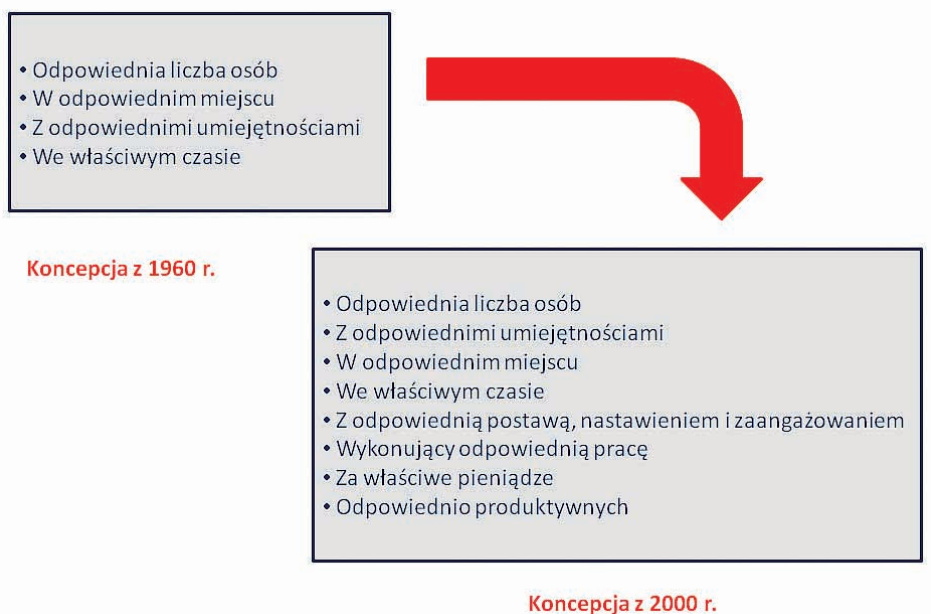
Proces planowania zasobów kadrowych wymaga ścisłej współpracy wielu podmiotów związanych z kształceniem, zatrudnianiem i zarządzaniem pracownikami systemu zdrowotnego. W Polsce do tej grupy zaliczyć należy: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, organy administracji samorządowej, uczelnie medyczne, izby lekarskie, izby pielęgniarskie, stowarzyszenia zawodów medycznych, związki zawodowe, stowarzyszenia pracodawców systemu opieki zdrowotnej, konsultantów wojewódzkich i krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz towarzystwa naukowe.

W Polsce nie istnieje żaden ośrodek, który zajmowałby się badaniami nad planowaniem kadr systemu zdrowotnego i współpracą międzynarodową w tym zakresie. Nigdy nie przeprowadzono też kompleksowych badań zapotrzebowania na kadry systemu zdrowotnego.

Proces planowania jest trudny ze względu na wielość i złożoność czynników determinujących, takich jak:

- Ekonomiczne (możliwości finansowe państwa, wysokość nakładów finansowych na sektor zdrowotny, oczekiwania finansowe pracowników, konkurencja w sektorze prywatnym);
- Prawne (regulacje prawa pracy, prawa podatkowego, prawo regulujące funkcjonowanie systemu zdrowotnego, dyrektywy i inne przepisy UE);
- Demograficzno-epidemiologiczne (starzejące się społeczeństwo, zmieniająca się struktura wiekowa kadr systemu ochrony zdrowia, wzrost liczby zachorowań na choroby przewlekłe, pojawiające się nowe zagrożenia zdrowia);
- Społeczno-kulturowe (globalizacja, migracje, wzrost świadomości społecznej);
- Technologiczne (rozwój i dostęp do nowych technologii, postęp w nauce).

Koncepcje procesu planowania w zarządzaniu zasobami ludzkimi ewoluują na przestrzeni lat, uwzględniając jego nowe elementy, które są niezbędne dla skutecznego osiągnięcia wyznaczonych celów (ryc. 2).



### Rycina 2.

Zmiany koncepcji planowania zasobów ludzkich (opracowanie własne na podstawie Peter Horny, Milena Santric Milicevic, 2011)

Należy rozwijać te modele i strategie planowania zasobów ludzkich systemu zdrowotnego, które oparte są na analizie potrzeb, ukierunkowane są na skutki i wyniki oraz uznają kompleksową i dynamiczną naturę czynników wpływających na proces decyzyjny. Kompleksowy proces planowania powinien uwzględnić trzy ważne zakresy: (1) monitorowanie (warunkowane dostępnością do rzetelnych i aktualnych danych dotyczących kadr), (2) analiza (uwzględniająca różnorodne czynniki, wielość zmiennych wpływających na kształtowanie popytu i podaży kadry), (3) planowanie strategiczne (mające przełożenie na wyznaczenie konkretnych kierunków działań, przy ścisłej współpracy interesariuszy).

W Polsce wśród najistotniejszych problemów utrudniających proces skutecznego planowania zasobów kadrowych wskazano: brak dostępności do rzetelnych i aktualnych danych, brak precyzyjnych definicji zawodów medycznych, niepewność wskaźników dotyczących zdrowia populacji czy rynku pracy, brak kompleksowego, zintegrowanego podejścia do planowania pracowników ochrony zdrowia, ograniczona dostępność danych na temat migracji pracowników.

Planowanie kadr sektora zdrowotnego w Polsce należy traktować w sposób priorytetowy i nadać mu taką rangę, jaką ma w innych krajach UE. Należy utworzyć formalne struktury/podmioty zajmujące się kompleksowo tematyką planowania zasobów ludzkich.

## „Zielona Księga w sprawie pracowników służby zdrowia”

Polityka rozwoju zasobów ludzkich w ochronie zdrowia jest słabo zaznaczona w krajowych politykach zdrowotnych i rozwoju. W 2008 r. powstała w UE „Zielona Księga w sprawie pracowników służby zdrowia”. Dokument ten miał na celu zwrócenie uwagi na wyzwania, przed jakimi stoją pracownicy ochrony zdrowia w UE. Są to m.in.: problemy demograficzne (globalne starzenie się społeczeństwa i starzenie się personelu służby zdrowia), różnorodność pracowników służby zdrowia, migracja personelu medycznego wewnątrz UE i poza nią, różny poziom mobilności wewnątrz UE, w szczególności migracja części personelu medycznego z biedniejszych krajów UE do tych bogatszych, a także drenaż mózgow w służbie zdrowia krajów trzecich.

Swoje stanowisko w sprawie zapisów Zielonej Księgi zajęła m.in. Naczelna Rada Lekarska (stanowisko nr 1/09/V z dnia 13 lutego 2009 r.) proponując następujące działania:

- Analizę wynagrodzeń personelu ochrony zdrowia, tworzenie warunków zachęcających do pozostania w pracy lub powrotu do pracy osób w wieku 55+ i tych, które nie mają już obowiązków rodzinnych, ułatwienia i zachęty do podejmowania nauki w zawodach medycznych;
- Ułatwianie stałego rozwoju zawodowego personelu medycznego, podnoszenie kwalifikacji zawodowych, opracowanie szkoleń umożliwiających powrót pracowników do pracy;
- Rozważenie ogólnoeuropejskiego systemu wyrównywania strat ekonomicznych związanych z ponoszonymi kosztami wykształcenia w kraju pochodzenia personelu migrującego);
- Rezygnację z aktywnej rekrutacji z krajów rozwijających się;
- Utworzenie europejskiego systemu monitorowania przepływu pracowników służby zdrowia;
- Zachęcanie pracowników medycznych do podejmowania działalności gospodarczej w sektorze ochrony zdrowia;
- Ułatwienie korzystania z funduszy strukturalnych w celu polepszenia warunków pracy.

Do zapisów Zielonej Księgi odniosło się również Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP).

Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny (EKES), w skład którego wchodzi przedstawiciele Polski, wydał w lipcu 2009 r. opinię w sprawie Zielonej Księgi. Odniósł się w niej m.in. do zagadnień dotyczących:

- Znaczącego udziału kobiet w zawodach związanych ze zdrowiem, zapewnienia równouprawnienia płci oraz podjęcia działań mających na celu pomoc w godzeniu obowiązków zawodowych z rodzinnymi;
- Warunków bezpieczeństwa i higieny pracy;
- Konieczności uatrakcyjnienia wśród młodych ludzi wizerunku pracy w ochronie zdrowia, wzrostu wynagrodzeń;
- Zapewnienia zasobów niezbędnych do wzmocnienia działań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób oraz podjęcia działań związanych z promocją zdrowia wśród samych pracowników ochrony zdrowia;
- Edukacji kadr, szkoleń i podnoszenia kwalifikacji;
- Kierowania mobilnością oraz reagowania na odpływ wykwalifikowanych pracowników w UE;
- Globalnej migracji pracowników ochrony zdrowia, zapobiegania drenażowi mózgow z krajów rozwijających się;
- Zbierania danych na temat zawodów ochrony zdrowia w Europie oraz przepływów pracowników między państwami.

Komitet był zdania, że nawet w obliczu kryzysu państwa członkowskie powinny starać się odpowiednio finansować krajowe systemy opieki zdrowotnej, aby przede wszystkim zapewnić wystarczające zasoby kadrowe, mogące świadczyć wysokiej jakości usługi.

## Realizacja strategii rozwoju zasobów ludzkich

W fazie realizacji (implementacji) strategii rozwoju zasobów ludzkich systemu zdrowotnego należy zwrócić uwagę na występowanie czynników krytycznych dla osiągnięcia sukcesu. Do czynników merytorycznych należą:

- Planowanie i działania zorientowane na rezultat - strategie i działania dążące do osiągnięcia wymiernych korzyści;
- Wyrównania związane z systemem - strategia rozwoju zasobów ludzkich jest zharmonizowana z odpowiednimi komponentami systemu zdrowotnego (monitoring i ewaluacja, łańcuch dostarczania świadczeń, finansowanie);
- Podejmowanie decyzji opartych na wiedzy (knowledge-based) - podejmowane decyzje są odzwierciedleniem najlepszych dostępnych udokumentowanych doświadczeń;
- Perspektywa zorientowana na uczenie problemowe - monitoring i ewaluacja pozwalają na wskazanie najlepszych praktyk i dzielenia się wyuczonymi, dobrymi przykładami z innymi;
- Innowacyjne rozwiązania - otwartość na poszukiwanie nowych rozwiązań dla rozwiązania starych problemów;

- Kompleksowe i zintegrowane podejście - zastosowanie podejścia holistycznego ze względu na interakcje poszczególnych elementów systemu.

Wśród czynników związanych z procesem rozwoju zasobów ludzkich wymieniono:

- Inicjatywy krajowe - osiągnięcia są rozpowszechniane przez dany kraj a nie organizacje międzynarodowe;
- Działania wspierane przez rząd - zobowiązanie rządu do wspierania działań na rzecz zrównoważonego rozwoju zasobów ludzkich;
- Wielosektorowość działań - zaangażowanie sektorów innych niż sektor zdrowia, np. edukacji, finansów, przemysłu, nowych technologii, transportu, ochrony środowiska;
- Włączenie różnych interesariuszy - włączenie grup interesów istotnych dla poszczególnych działań (organizacje pozarządowe, grupy pacjentów, stowarzyszenia);
- Darczyńcy, fundatorzy - wsparcie darczyńców jest skoordynowane i dostosowane do krajowych planów rozwoju zasobów ludzkich;
- Wrażliwość kulturowa/genderowa.

## Interesariusze w zdrowiu publicznym

### Interesariusz (stakeholder)

Jednostka bądź grupa, która może wpływać na możliwość osiągnięcia celów przez daną organizację lub na którą organizacja może wpływać, osiągając swoje cele.

Interesariuszami mogą być lokalne społeczności, jak również poszczególne osoby, instytucje naukowe, władze samorządowe i krajowe, politycy, przywódcy religijni, media, przedstawiciele biznesu czy organizacje pozarządowe.

*Freeman RE. Strategic Management: A stakeholder approach.  
Pitman, Boston, 1984: 46*

W szerokim ujęciu do zadań jakie mogą spełniać interesariusze zalicza się: wnoszenie nowych pomysłów/nowych idei; prezentacja różnych perspektyw i pól widzenia; budowanie poparcia dla podejmowanych wysiłków (wspólnych działań); zapewnienie sprawiedliwości w działaniu, działania fair; wzmacnianie i intensyfikacja działań; jednogłośny przekaz dla społeczeństwa, możliwość

wykorzystania zasobów różnych grup/organizacji; możliwość jednoczesnego oddziaływania na różne obszary życia społeczno-gospodarczego; budowanie kapitału społecznego; budowanie wiarygodności; zwiększenie szansy na odniesienie sukcesu.

W obszarze zdrowia publicznego zaangażowanie interesariuszy może polegać na: planowaniu strategii, ustalaniu priorytetów zdrowotnych; planowaniu i dostarczaniu usług zdrowotnych oraz usług zdrowia publicznego; kreowaniu zasobów w systemie zdrowotnym; planowaniu finansów/budżetu oraz sprawiedliwym rozdziale środków; tworzeniu prawa/polityk; tworzeniu problemowych grup roboczych; prowadzeniu procesów kontroli jakości, akredytacji lub certyfikacji; doradztwie.

Wśród interesariuszy w ZP wyróżnia się trzy grupy: pierwszoplanowych (primary stakeholders), drugoplanowych (secondary stakeholders) oraz kluczowych (key stakeholders).

### Interesariusze pierwszoplanowi (primary stakeholder)

Beneficjenci działań, osoby do których adresowane jest odpowiednie działanie.

Przykłady:

- Określona społeczność - np. grupa etniczna, grupa społeczna;
- Mieszkańcy danego obszaru geograficznego - np. mieszkańcy wsi, mieszkańcy dzielnicy miasta;
- Osoby dotknięte lub zagrożone określonym problemem - np. bezdomni, osoby bezrobotne, chorzy na cukrzycę;
- Osoby zaangażowane w działania/odbiorcy działań danej instytucji - np. studenci, osoby korzystające z pomocy społecznej;
- Osoby, których zachowania są powodem podejmowania działań - np. palacze tytoniu, osoby nieaktywne fizycznie;
- Decydenci i instytucje, których celem jest wspieranie działań na rzecz poprawy sytuacji w danym obszarze.

*Identifying and Analyzing Stakeholders and Their Interests.  
The Community Tool Box. Group for Community Health  
and Development at the University of Kansas*

### Interesariusze drugoplanowi (secondary stakeholders)

Osoby bezpośrednio zaangażowane lub odpowiedzialne za beneficjentów działań.

Przykłady:

- Członkowie rodzin;
- Pracownicy sektora ochrony zdrowia;
- Wolontariusze;
- Pracodawcy;
- Pracownicy szkół;
- Pracownicy socjalni, terapeuci;
- Policja;
- Członkowie danej społeczności.

*Identifying and Analyzing Stakeholders and Their Interests.  
The Community Tool Box. Group for Community Health  
and Development at the University of Kansas*

### Interesariusze kluczowi (key stakeholders)

Osoby, które tworzą prawo i je egzekwują, a regulacje te mogą wspomóc lub uniemożliwić podjęcie określonych działań.

Przykłady:

- Rząd;
- Urzędnicy państwowi;
- Politycy;
- Ustawodawcy;
- Władze JST na wszystkich szczeblach;
- Agencje rządowe;
- Decydenci;
- Instytucje doradcze, akredytujące;
- Związki zawodowe;
- Instytucje finansowe;
- Grupy nacisku, lobbyści;
- Media;
- Przedstawiciele zawodów zaufania publicznego;
- Przedstawiciele biznesu;
- Rzecznicy, zwolennicy danego działania;
- Działacze społeczni;
- Środowiska naukowe, akademickie;
- Darczyńcy, fundatorzy;
- Społeczeństwo.

*Identifying and Analyzing Stakeholders and Their Interests.  
The Community Tool Box. Group for Community Health  
and Development at the University of Kansas*

Interesariusze w systemie zdrowotnym to podmioty należące do sektora publicznego (tzw. I sektor), prywatnego (II sektor; biznesu; for-profit), a także społecznego (III sektor; pozarządowy; non-profit).

### **Sektor pierwszy**

To podmioty publiczne odpowiedzialne za planowanie i realizację polityki państwa, finansowane ze środków publicznych. Centralne podmioty administracji publicznej, które odpowiedzialne są za realizację działań z obszaru zdrowia publicznego to m.in.: Minister Zdrowia, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Minister Edukacji Narodowej, Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Minister Sportu, Minister Środowiska, Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Minister Finansów oraz inni ministrowie.

Poszczególnym ministerstwom, o określonej wewnętrznej strukturze, podlegają także odpowiednie instytucje.

W Ministerstwie Zdrowia poszczególne komórki (departamenty i biura) zajmują się określonymi zadaniami. Jako oddzielny funkcjonuje Departament Zdrowia Publicznego, który prowadzi sprawy związane m.in. z realizacją zadań w ramach Narodowego Programu Zdrowia. Istotną rolę w kształceniu kadr medycznych oraz-zdrowia publicznego odgrywa Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Wykonuje zadania wynikające z nadzoru Ministra Zdrowia nad instytutami badawczymi (17 jednostek) oraz związane z funkcjonowaniem uczelni medycznych, uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz Główną Biblioteką Lekarską. Prowadzi sprawy dotyczące powoływania oraz działalności konsultantów krajowych w ochronie zdrowia (obecnie jest powołanych 96 konsultantów krajowych: 77 konsultantów krajowych w dziedzinach lekarskich, w tym w dziedzinie zdrowia publicznego, 6 konsultantów krajowych w dziedzinach stomatologicznych, 4 konsultantów krajowych w dziedzinach farmacji oraz 6 konsultantów krajowych w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia). Ponadto, grupę podmiotów podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia stanowią liczne jednostki działające w obszarze zdrowia publicznego, w tym np. Narodowy Fundusz Zdrowia oraz agendy rządowe (kilkadziesiąt podmiotów).

Podmioty administracji samorządowej na mocy ustaw mają przypisane zadania w zakresie zdrowia publicznego (np. promocja i ochrona zdrowia, pomoc społeczna, zarządzanie kryzysowe, polityka prorodzinna, przeciwdziałanie bezrobociu, wspieranie osób niepełnosprawnych, kultura fizyczna, budownictwo mieszkaniowe).



## Sektor drugi

To sektor rynkowy, utworzony przez podmioty, o różnej formie prawnej, działające na zasadach komercyjnych (dla zysku), które uczestniczą w procesie zaspokajania potrzeb społecznych, niekiedy uzyskują one środki publiczne na prowadzenie swej działalności. Aktywność sektora rynkowego w polskim systemie zdrowia publicznego związana jest głównie ze świadczeniem usług zaliczanych do ochrony zdrowia czy polityki społecznej. Organizacje te świadczą m.in. usługi edukacyjne (prywatne wyższe uczelnie), usługi zdrowotne (prywatne praktyki lekarskie, podmioty lecznicze), zaspokajają potrzeby w dziedzinie usług opiekuńczych (np. placówki opieki całodobowej).

## Trzeci sektor

Zwany pozarządowym lub obywatelskim, tworzą bardzo zróżnicowane podmioty funkcjonujące w różnych formach prawnych, realizujące różnorakie cele, obejmujące swym zasięgiem obszary o zróżnicowanej wielkości oraz zaspokajające potrzeby i interesy bardzo różnych zbiorowości. Zalicza się do niego m.in.: fundacje, stowarzyszenia i ich związki, federacje, partie polityczne, organizacje takie jak np. Polski Czerwony Krzyż, związki zawodowe, związki pracodawców, organizacje kościelne i nieformalne grupy (grupy wsparcia, grupy samopomocowe).

Relacje między trzecim sektorem a pozostałymi podmiotami życia publicznego określa Ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.

Organizacje pozarządowe realizują różne zadania zdrowia publicznego w dziedzinach takich jak: sport, turystyka, rekreacja i hobby (dla 34% organizacji jest to działalność priorytetowa); edukacja i wychowanie (dla 15%); ochrona zdrowia (dla 8%); usługi socjalne i pomoc społeczna (dla 7%), rozwój lokalny (dla 7%).

Organizacje pozarządowe (NGOs) w systemie zdrowotnym zajmują się dostarczaniem świadczeń medycznych i rzeczowych, edukacją, integracją, wsparciem psychologicznym, a także rzecznictwem zdrowotnym.

Pomimo rosnącego wpływu grup konsumentów i obywateli, ich pozycja jest nadal znacznie słabsza od innych partnerów w procesie tworzenia polityki. Ich rola dotyczy w większym stopniu zwracania uwagi na problemy lub promowania nowych idei, niż wpływu politycznego.

## Regulacje prawne dotyczące wybranych zawodów związanych ze zdrowiem publicznym

W odniesieniu do kadry medycznej, takiej jak lekarze, pielęgniarki i położne, istnieją ustawy regulujące wykonywanie zawodów, tj. ustawa o zawodzie lekarza, ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej.

Natomiast zawody takie jak farmaceuta i ratownik medyczny nie mają ustawy regulującej wykonywanie zawodu, pomimo prób, podejmowanych od wielu lat przez przedstawicieli tych środowisk.

Istnieją ustawy odnoszące się ogólnie do systemu, tj. ustawa Prawo farmaceutyczne, ustawa o samorządzie aptekarskim oraz ustawa o systemie ratownictwa medycznego. Podobna sytuacja dotyczy zawodu diagnosta laboratoryjny, tzn. istnieje ustawa o diagnostyce laboratoryjnej, ale nie o zawodzie diagnosty. W odniesieniu do zawodu farmaceuty należy również wspomnieć, że obecnie istnieją dwie ścieżki kształcenia - na poziomie studiów wyższych oraz na poziomie szkoły policealnej, co zgodnie z regulacjami UE ma zostać zniesione w najbliższych latach. W szkołach prowadzących kształcenie zawodowe w roku szkolnym 2017/2018 r. ma zostać przeprowadzony ostatni nabór kandydatów do klasy pierwszej na kierunek technika farmaceutycznego.

Brak zrozumienia dla znaczenia i misji, ale także odpowiedzialności zawodów związanych z systemem ochrony zdrowia, które jeszcze nie zostały uregulowane odrębnymi ustawami, sugerować może opinia wydana przez NIL w styczniu 2015 r. W opinii stwierdzono, że fizjoterapeuta nie jest zawodem zaufania publicznego. Podobne interpretacje wiążą się z brakiem ustawy dotyczącej niektórych zawodów medycznych, tzw. pomocniczych, takich jak np. fizjoterapeuta i rehabilitant, psychoterapeuta. O potrzebie tych ustaw mówi się od wielu lat, jednak nie powstawały one do tej pory. Zatem kwestie te pozostają systemowo nieuregulowane.

Zawody bezpośrednio związane z zdrowiem publicznym (np. epidemiolog, specjalista zdrowia publicznego) nie są uregulowane ustawą. W uchwalonej w 2015 r. ustawie o zdrowiu publicznym nie znalazły się żadne zapisy dotyczące pracowników ZP.

Jedyną regulacją stanowi Klasyfikacja Zawodów i Specjalności (KZS), która zawiera nazwy i opisy zawodów, spośród których można wybrać te związane ze ZP (np. lekarz - specjalność zdrowie publiczne, specjalista zdrowia publicznego, promotor zdrowia). Opisy zawodów związanych ze ZP budzą jednak spore wątpliwości (patrz podrozdział Kompetencje pracowników zdrowia publicznego).

## Mechanizmy dostosowania do zmieniających się okoliczności

Jednym z problemów, szczególnie mocno podkreślanym obecnie w Polsce, jest niedobór kadry medycznej, w szczególności lekarzy, pielęgniarek oraz ratowników medycznych. Działania podejmowane aktualnie w tym zakresie to: wprowadzenie specjalizacji modułowych (tzw. „szybkiej ścieżki” uzyskania specjalizacji) dla lekarzy oraz określenie szesnastu dziedzin priorytetowych (m.in. chirurgia onkologiczna, geriatria). Wydaje się jednak, że działania te są zbyt ograniczone, aby rozwiązać istniejący problem niedoboru kadr medycznych.

Innego rodzaju (długofalowym) mechanizmem planowania i dostosowania liczby kadry medycznej do potrzeb są limity przyjęć na studia na kierunkach medycznych. Do roku 2012 były one regulowane jednym, dla wszystkich kierunków medycznych, corocznie ogłaszanym rozporządzeniem. Natomiast od 2012 r. pozostawiono jedynie limity na studia lekarskie i lekarsko-dentystyczne, które są zwiększane każdego roku. Jednak w kontekście istniejących braków kadrowych i emigracji lekarzy, limity te są za niskie w stosunku do zapotrzebowania. W tym przypadku MZ stoi na stanowisku, że aktualny stan kadrowy wydziałów lekarskich nie pozwala na kształcenie większej liczby medyków. Dla pozostałych kierunków, zaliczonych do medycznych, limity przyjęć na studia zostały zniesione z powodu niewykorzystywanej liczby miejsc (np. dla kierunku pielęgniarstwo czy zdrowie publiczne).

## Monitorowanie i ewaluacja w strategii rozwoju zasobów ludzkich

Monitorowanie i ewaluacja w strategii rozwoju zasobów ludzkich w Polsce stanowi trudne zadanie ze względu na wciąż niedostateczne informacje statystyczne. Brak jest obecnie rutynowego procesu monitorowania i oceny w strategii rozwoju zasobów ludzkich ZP w naszym kraju. W Polsce system monitorowania zmian na rynku pracy opiera się przede wszystkim na danych dotyczących bezrobocia rejestrowanego (zbieranych przez powiatowe urzędy pracy) oraz wynikach Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL).

Obok wymienionych źródeł danych istnieją inne badania prowadzone przez GUS, takie jak badanie dotyczące osób pracujących czy badanie popytu na pracę. Wyniki tych badań mogą być wykorzystywane do analiz na poziomie kraju lub województwa. Równocześnie urzędy pracy (UP), w oparciu o posiadane informacje nt. zarejestrowanych bezrobotnych i ofert pracy, jakie pracodawcy zgłosili do UP, prowadzą monitoring zawodów deficytowych i nadwyżkowych.

W Polsce brakuje systemu regularnego monitoringu oraz prognozowania zapotrzebowania na kompetencje różnego typu na rynku pracy. W związku z tym istnieje potrzeba stworzenia systemu informacji o rynku pracy oraz ofercie i jakości studiów, także w odniesieniu do kształcenia w obszarze szeroko pojętego zdrowia publicznego. Pozytywnym sygnałem w zakresie regularnego monitoringu oraz prognozowania zapotrzebowania na kompetencje różnego typu na rynku pracy jest program badawczy stworzony przez Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości (PARP) - Bilans Kapitału Ludzkiego oraz doświadczenia z działań Obserwatorium Rynku Pracy.

Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego w planowanej nowelizacji ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym przewiduje prowadzenie corocznego ogólnopolskiego systemu monitorowania karier zawodowych absolwentów. Dzięki tej zmianie dostępne będą obiektywne dane nt. zatrudnienia absolwentów określonych kierunków i określonych uczelni. Uczelniom udostępnione zostaną zaagregowane wyniki z ogólnopolskiego systemu, które będą mogły uzupełnić własnym monitoringiem karier zawodowych absolwentów opuszczających mury uczelni.

Ponadto wciąż zbyt ograniczona jest, w kontekście identyfikowanych w badaniach potrzeb, oferta kształcenia i doskonalenia zawodowego kierowana do zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Prowadzone badania wykazały m.in. duże potrzeby szkoleniowe u pracowników administracyjnych w jednostkach ochrony zdrowia w zakresie: zasad organizacji pracy, odpowiedzialności prawnej, prowadzenia dokumentacji medycznej, zarządzania jakością.

Uczelnie medyczne wymagają wsparcia w zakresie upracticznienia procesu kształcenia, wdrożenia innowacyjnych, praktycznych metod nauczania oraz sprawdzania osiągnięcia założonych efektów kształcenia.

Podsumowując należy zwrócić uwagę na problem sposobu i rzetelności gromadzenia danych o zasobach kadrowych zdrowia publicznego w Polsce. Kwestie wymagające podjęcia działań to: (a) brak definicji pracownika ZP, profesjonalisty zdrowia publicznego; (b) brak uzgodnionej listy instytucji i organizacji, które funkcjonują w obszarze ZP; (c) brak jednolitego klucza gromadzenia danych - informacje na dany temat pochodzące z różnych źródeł nie powinny różnić się od siebie w istotny sposób, jak ma to miejsce obecnie; (d) brak systemu weryfikacji prawdziwości gromadzonych danych; (e) brak zintegrowania danych oraz współpracy pomiędzy różnymi szczeblami organizacyjnymi systemu ochrony zdrowia; (f) brak dostępu interesariuszy do zasobów informatycznych w celu projektowania przyszłych potrzeb kadrowych; (g) konieczność zapewnienia systemu gromadzenia i przetwarzania danych, w tym: zasobów ludzkich, finansowych i technicznych.

Głównym celem racjonalnego planowania zasobów jest zapewnienie niezbędnej liczby pracowników różnych zawodów, o określonym profilu kompetencji, a także jak najlepsze wykorzystanie ich potencjału.

W fazie planowania należy uwzględnić: (a) podaż wyszkolonej kadry zdrowia publicznego, (b) normy kadrowe (c) racjonalne rozmieszczenie pracowników w systemie oraz (d) systematyczne monitorowanie ścieżek kariery zawodowej i możliwości rozwoju zawodowego pracowników.

Należy opracować strategię długofalowych działań na rzecz rozwoju zasobów ludzkich w zdrowiu publicznym. Konieczne jest podjęcie działań legislacyjnych, politycznych i systemowych ukierunkowanych na wzmocnienie pozycji i roli zawodów związanych ze zdrowiem publicznym w Polsce.

Warto rozważyć stworzenie bazy danych ze wskaźnikami odnoszącymi się do fazy implementacji w strategii rozwoju zasobów ludzkich, jak również mechanizmów dostosowywania do zmieniających się okoliczności.

Szczegółowej i stałej analizie powinny być poddane uwarunkowania rynku pracy w szeroko pojętym systemie zdrowotnym, tendencje społeczno-ekonomiczne, przewidywany popyt na świadczenia zdrowotne oraz świadczenia zdrowia publicznego.

Należy stworzyć rutynowy system monitorowania i oceny sytuacji w rozwoju zasobów ludzkich zdrowia publicznego oparty na cyklicznej sprawozdawczości z realizacji podejmowanych w tym zakresie działań.

## 7.B. Zarządzanie zasobami ludzkimi

Przewidywania dotyczące przyszłego zapotrzebowania na kadrę zdrowia publicznego, systematyczne planowanie kształcenia i zatrudniania stanowią podstawowy element dobrego rządzenia (good governance) w systemie zdrowotnym.

Przyjmując za punkt odniesienia oczekiwaną w USA w 2020 r. dostępność pracowników zdrowia publicznego na poziomie 220 profesjonalistów/100 tys. ludności można szacować, że Polska potrzebuje ok. 84 tys. pracowników zakładając, że będą wykonywać oni takie same zadania i posiadać zbliżone kwalifikacje.

### Reguły polityki kadrowej w instytucjach rządowych oraz samorządowych

Ustawa z dnia 16 września 1982 r. o pracownikach urzędów państwowych w art. 3 określa, że urzędnikiem państwowym może być osoba, która: jest

obywatelem polskim; ukończyła osiemnaście lat życia i ma pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzysta z pełni praw publicznych; jest nieskazitelnego charakteru; ma odpowiednie wykształcenie i odbyła aplikację administracyjną; posiada stan zdrowia pozwalający na zatrudnienie na określonym stanowisku. Nie ma zapisu o konieczności posiadaniu wykształcenia kierunkowego oraz sprecyzowanych kompetencji merytorycznych przy zatrudnieniu na stanowiska w urzędach administracji rządowej.

Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej w art. 33 wymienia kompetencje ministra właściwego ds. zdrowia. Natomiast szczegółowy zakres działań reguluje rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18.11.2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działań Ministra Zdrowia. Minister jest powoływany przez prezydenta RP, po wskazaniu przez premiera.

Minister właściwy ds. zdrowia w dniu 22.03.2010 roku wydał rozporządzenie w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacjach sanitarno-epidemiologiczne. Do wszystkich stanowisk są przypisane kwalifikacje (choć nie zawsze precyzyjnie) i wymagane wykształcenie. Niektóre ze stanowisk są wyłączone z w/w przepisów i ujęte zostały w odrębnych przepisach (np. państwowy wojewódzki i powiatowy inspektor sanitarny, radca prawny, główny księgowy i jego zastępca, inspektor ds. bezpieczeństwa i higieny pracy, specjalista ds. bezpieczeństwa i higieny pracy, inspektor ochrony przeciwpożarowej).

Ustawa z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych określa sposób zatrudniania pracowników samorządowych na różnych szczeblach i stanowiskach. Na podstawie wyboru zatrudnieni są: marszałek województwa, wicemarszałek oraz pozostali członkowie zarządu województwa (urząd wojewódzki), starosta, wicestarosta oraz pozostali członkowie zarządu powiatu (starostwo powiatowe), wójt/burmistrz/prezydent miasta (urząd gminy), w związkach jednostek samorządu terytorialnego (JST): przewodniczący zarządu i pozostali członkowie zarządu, w urzędzie miasta stołecznego Warszawy: burmistrz dzielnicy, zastępca burmistrza oraz pozostali członkowie zarządu dzielnicy. Natomiast na podstawie powołania zatrudniani są: zastępca wójta (burmistrza, prezydenta miasta), skarbnik gminy, skarbnik powiatu, skarbnik województwa. Pozostali pracownicy samorządowi zatrudniani są na podstawie umowy o pracę. Ustawa reguluje także wymogi wobec kandydatów na stanowiska w JST, takie jak: niekaralność, posiadanie polskiego obywatelstwa oraz doświadczenie na stanowiskach kierowniczych. Brak jest wymogów merytorycznych. Jedynie na stanowiskach urzędniczych niższego szczebla wymagane są studia kierunkowe I lub II stopnia.

## Równość płci

Wśród studentów i absolwentów kierunku ZP zdecydowaną większość stanowią kobiety. Według danych GUS w 2013 r. kobiety stanowiły 84% ogółu studentów kierunku zdrowie publiczne (83% w uczelniach publicznych i 87% w uczelniach niepublicznych). Nieco większy odsetek studentów stanowiły kobiety wśród osób kształcących się na studiach I stopnia (88%) niż na studiach II stopnia (78%). Wśród absolwentów roku akademickiego 2012/2013 kierunku zdrowie publiczne, podobnie jak wśród studentów, przeważały kobiety (85%). Jednak przewaga liczby kobiet nad mężczyznami jest już mniej widoczna w odniesieniu do innych obszarów aktywności w ZP. Według danych Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) w latach 2003-2013 specjalizację ze zdrowia publicznego uzyskało 345 lekarzy i lekarzy dentyistów, spośród których 35% stanowiły kobiety. Natomiast wśród osób posiadających tytuł zawodowy magistra lub magistra inżyniera w zawodach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w latach 2009-2013 tytuł specjalisty zdrowia publicznego otrzymały 173 osoby, w tym 146 kobiet.

W 2013 r. w Narodowym Centrum Nauki (NCN) rozstrzygnięto ogółem 14 konkursów, w których złożono 10 566 wniosków. Wśród głównych autorów złożonych wniosków było 46% kobiet (4883), a wśród laureatów konkursów NCN kobiety stanowiły 41% autorów (991 wniosków). W panelu dyscyplin NZ7 (Zdrowie publiczne: epidemiologia, choroby cywilizacyjne i społeczne zagrożenia środowiskowe dla zdrowia ludzi i zwierząt, medyczna i weterynaryjna ochrona zdrowia publicznego, medycyna pracy, nauki o lekach) zaliczonym do grupy Nauk o życiu (NZ) w 2013 r. wśród autorów złożonych wniosków przeważały kobiety (61%), natomiast wśród autorów wniosków zakwalifikowanych kobiety stanowiły 50%.

## Zarządzanie wydajnością

Obecnie w Polsce nie funkcjonuje skoordynowany system zarządzania zadaniami i wykonywaniem obowiązków, który obejmowałby różne podmioty działające w obszarze ZP.

Przykładem systemu nadzoru jest system parametrycznej oceny jednostek naukowych - instytutów badawczych i uczelni wyższych. Reforma nauki wprowadziła nowe zasady oceny od 01.10.2010 r. Wśród wielu zmian, w ocenie instytucji naukowych wprowadzono listę rankingową jednostek w odniesieniu do tzw. jednostki referencyjnej w poszczególnych dziedzinach nauki. Reforma w swoich założeniach miała poprawić jakość i efektywność działalności naukowej oraz systemu nauki w Polsce. Jednak ocena reformy przez środowisko naukowe badaczy ZP nie jest pozytywna. Podjęte zmiany nie sprzyjają rozwojowi dziedziny,

a wręcz osłabiają jej pozycję, m.in. poprzez utożsamienie ZP głównie z farmakologią lub medycyną naprawczą oraz ocenę dziedziny według kryteriów stosowanych dla nauk medycznych.

Ocena wykonania w poszczególnych instytucjach odbywa się na podstawie wewnętrznych zarządzeń i regulaminów. Konstruowane są one w odniesieniu do ustaw i rozporządzeń, na mocy których dany podmiot został powołany, prowadzi działalność i jest finansowany. Przykładowo podstawę prawną działalności NIZP-PZH stanowi ustawa o instytutach badawczych oraz ustawa o zasadach finansowania nauki. Przykładem oceny pracownika i jego „wydajności” w instytutach badawczych jest ocena parametryczna pracownika naukowego.

Zgodnie z ustawą o instytutach badawczych: „pracownicy naukowci podlegają okresowym ocenom dorobku naukowego i technicznego”. W zależności od stopnia i tytułu naukowego ocena przeprowadzona jest co 2 lub co 4 lata. Tryb oceny okresowej określa regulamin ustanowiony przez dyrektora instytucji. Zgodnie z aktualnymi uregulowaniami najwyżej ocenianie są publikacje opublikowane w czasopiśmie posiadających Impact Factor (IF), kosztem innych form działalności naukowej.

Instytucje należące do Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) objęte są systemem sprawozdawczości w ramach statystyki publicznej. Cykliczne sprawozdania z działalności PIS, w postaci szesnastu formularzy statystycznych przesyłane są do GUS. Przykładowe druki to: MZ-49 Sprawozdanie z działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia, MZ-53 Sprawozdanie z działalności w zakresie higieny dzieci i młodzieży, MZ-50 Sprawozdanie z działalności w zakresie higieny pracy. Jedynie część tych danych jest publikowana i obrazuje zakres działalności PIS. Ponadto, dużą trudność sprawia znalezienie zbiorczych raportów i analiz służących ocenie wydajności pracy.

Podobnie JST, które zgodnie z przepisami mogą realizować programy zdrowotne, zobowiązane są do przekazywania do MZ informacji o planowanych i zrealizowanych programach. Jednakże brakuje ogólnodostępnych danych na temat efektów tych działań, czy też wydajności kadr zaangażowanych w opisywane zadania. Informacje te nie są publikowane w postaci raportów czy opracowań.

## **Niezależne raporty ewaluacyjne dotyczące wydajności**

W chwili obecnej brak jest niezależnych raportów ewaluacyjnych odnoszących się kompleksowo do kwestii planowania, szkolenia, oceny i wsparcia siły roboczej w obszarze ZP w naszym kraju. Przykładem kontroli funkcjonowania państwa w różnych sferach aktywności jest działalność Najwyższej Izby Kontroli (NIK). Wyniki raportów NIK wykazują liczne nieprawidłowości w sferze zdrowia,



w tym skutecznej realizacji ustaw z obszaru ochrony zdrowia, funkcjonowania placówek opieki zdrowotnej oraz innych instytucji publicznych, których działalność zaliczyć można do obszaru ZP. Przykładem oceny działalności stricte z obszaru zdrowia publicznego jest negatywna ocena NIK z 2012 r. dotycząca jakości szkolnych programów profilaktyki w zakresie zadań służących przeciwdziałaniu narkomanii. Inne przykłady raportów NIK, w których stwierdzono nieprawidłowości dotyczyły: realizacji Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce na lata 2010-2013 oraz wykonywanie innych zadań organów administracji centralnej wynikających z ustawy antynikotynowej; działań właściwych organów administracji rządowej i samorządowej oraz szkół publicznych w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej w latach 2009-2011; realizacji wybranych zadań Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2007-2015 przez miasto Płock. Wyniki te wskazują na problemy w skutecznej realizacji działań z dziedziny ZP. W sposób pośredni można zatem również wnioskować o trudnościach z właściwym wykorzystaniem kompetentnych kadr ZP.

### Rozwiązania stosowane w zakresie rekrutacji i utrzymania zasobów ludzkich

Mając na uwadze konieczność stworzenia zbioru przejrzystych zasad przepływu pracowników sektora zdrowotnego pomiędzy poszczególnymi krajami WHO opracowała kodeks regulujący zasady pozyskiwania pracowników z zagranicy. Państwa rekrutujące zostały zobowiązane do poszanowania interesów krajów, w których poszukują pracowników.

„Globalny Kodeks Postępowania WHO w sprawie Międzynarodowej Rekrutacji Personelu Medycznego” (The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel) został przyjęty przez Polskę (i 192 pozostałe Państwa Członkowskie), 21 maja 2010 r. podczas 63. Światowego Zgromadzenia Zdrowia. Za sprawą Fundacji Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio dokument ten został przetłumaczony na język polski w 2013 r. Przestrzeganie norm kodeksowych jest dobrowolne, co w pewnym stopniu osłabia możliwości ich praktycznego stosowania. Znane są tylko przykłady działań mających na celu zwiększenie świadomości o istniejącym problemie migracyjnym, który dotyczy także naszego kraju. Organizacje pożytku publicznego z ośmiu europejskich krajów, w tym Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio z Polski, współpracujące z sobą w ramach projektu „Health workers for all and all for health workers” (HW4All) wezwały polityków i wszystkie inne zainteresowane osoby, organizacje i instytucje, zarówno rządowe jak i pozarządowe do pochylenia się nad problemem i podjęcie działań mających na celu zapewnienie silnych kadr

medycznych na świecie, w tym działań związanych z implementacją zapisów „Globalnego Kodeksu Postępowania WHO w sprawie Międzynarodowej Rekrutacji Personelu Medycznego”.

## Kompetencje pracowników zdrowia publicznego

Jedyną regulację prawną w tym zakresie stanowi Klasyfikacja Zawodów i Specjalności (KZS) zawierająca nazwy i opisy zawodów w Polsce, wśród których można odnaleźć zawody związane ze ZP (np. lekarz - specjalność zdrowie publiczne, specjalista zdrowia publicznego, promotor zdrowia). Treści opisów zawodów związanych ze ZP budzą liczne wątpliwości.

Nie są one kompatybilne z ogólnymi standardami kształcenia na kierunku ZP. Przykładowo, w opisie zawodu specjalista zdrowia publicznego, zbyt duży nacisk został położony na umiejętności laboratoryjne oraz związane z nadzorem sanitarnym, co nie odzwierciedla treści programów nauczania studentów zdrowia publicznego.

Wątpliwości budzą także opisy kompetencji zawodowych dla zawodów: specjalista zdrowia publicznego czy promotor zdrowia, zawarte w publikacji „Krajowy Standard Kompetencji Zawodowych”. Publikacja ta została opracowana w ramach projektu systemowego pn. „Rozwijanie zbioru krajowych standardów kompetencji zawodowych wymaganych przez pracodawców”. Wspomniane opisy nie są zgodne z wiedzą i umiejętnościami pracowników ZP, co widoczne jest szczególnie w porównaniu z profesjonalnie opracowanymi kompetencjami pracowników ZP w innych krajach.

Konieczne jest ustalenie czym mają zajmować się pracownicy zdrowia publicznego w Polsce. Wymaga to jednak szerokich konsultacji oraz powszechnego konsensusu wśród interesariuszy.

## Zagadnienia zdrowia publicznego w narodowej strategii rozwoju zasobów ludzkich

W dniu 18 czerwca 2013 r. uchwałą Rady Ministrów przyjęto „Strategię Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020” (SRKL). Koordynowanie i nadzorowanie realizacji strategii powierzono ministrowi właściwemu do spraw pracy. SRKL zawiera diagnozę głównych problemów i obszarów wymagających podjęcia działań w celu poprawy sytuacji. Zakres tych obszarów jest szeroki, obejmuje zagadnienia z różnorodnych dziedzin życia, m.in.: rynku pracy czy opieki zdrowotnej. Zasady realizacji SRKL zostały skonkretyzowane w Dokumentie Implementacyjnym, w którym sformułowano narzędzia realizacji strategii. Monitorowaniu

postępów rozwoju kapitału ludzkiego służą wskaźniki realizacji. Wskaźniki zostały przyporządkowane do celów szczegółowych SRKL. W odniesieniu do celu szczegółowego 4 (Poprawa zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej) przyjęto następujące wskaźniki kluczowe związane z zasobami ludzkimi ochrony zdrowia:

- Wskaźnik 42. Liczba lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych w przeliczeniu na 1000 populacji Polski powinna wzrosnąć do poziomu co najmniej średniej OECD;
- Wskaźnik 43. Liczba lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie geriatry w przeliczeniu na 100 000 populacji Polski powinna wzrosnąć z 0,66 (wartość bazowa z 2011 r.) do co najmniej 1,5 (wartość docelowa 2020).

Poprawa efektywności systemu opieki zdrowotnej ma zostać osiągnięta poprzez m.in.:

- Dostosowanie do potrzeb systemu ochrony zdrowia modelu kształcenia kadr medycznych i innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia;
- Kształcenie edukatorów zdrowia odpowiedzialnych za realizację działań w obszarze promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w środowisku lokalnym;
- Wzrost nakładów na ochronę zdrowia (do 6,1% PKB w 2020 r.) z jednoczesną optymalizacją wykorzystania całości wydatków kierowanych na ochronę zdrowia pochodzących z budżetu państwa, samorządów oraz środków prywatnych ponoszonych na zakup leków oraz usług medycznych.

Dokument „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” odnosi się do kwestii zasobów ludzkich ochrony zdrowia i składa się z trzech części. W części pierwszej stanowiącej diagnozę sytuacji zdrowotnej w Polsce opisuje m.in. organizację systemu zdrowotnego, w tym istniejące zasoby kadrowe, w ujęciu krajowym i regionalnym. W części drugiej (strategiczno-wdrożeniowej) uwzględnia cele zawarte w dokumentach strategicznych nowego systemu zarządzania rozwojem Polski (m.in. SRKL). Nakreślone w tej części cele operacyjne odnoszą się także do zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia (Cel operacyjny D. Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych). W części trzeciej dokumentu przedstawione zostały ramy realizacyjne projektowanych na lata 2014 - 2020 działań (koordynacja, monitoring i finansowanie) obejmujące następujące narzędzia:

- (32) Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznych;
- (33) Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków;

- (34) Kształcenie specjalizacyjne lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju;
- (35) Kształcenie podyplomowe lekarzy realizowane w innych formach niż specjalizacje w obszarach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno - demograficznych kraju, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy współpracujących z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej;
- (36) Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi;
- (37) Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych.

### Finansowanie kadr zdrowia publicznego - konkurencyjność płac

Brakuje informacji na temat wysokości płac pracowników ZP. Dostępne informacje dotyczą wysokości lub rozpiętości płac w instytucjach samorządowych i rządowych wśród pracowników ogółem oraz średniego wynagrodzenia wśród przedstawicieli wybranych zawodów medycznych.

Rozpiętość płac pracowników JST jest regulowana rozporządzeniami Rady Ministrów. Ostatnia regulacja dotycząca wynagradzania pracowników samorządowych pochodzi z dnia 22.07.2014 r. Podobnym regulacjom podlegają płace urzędników zatrudnionych w urzędach administracji rządowej. Ostatnia regulacja pochodzi z 15.07.2013 r.

Dostępne są dane dotyczące zarobków poszczególnych grup zawodów medycznych, które gromadzi i monitoruje GUS (patrz: rozdział 1.C.). Uzupelniane są one wynikami badań organizacji komercyjnych. Średnie miesięczne wynagrodzenie ordynatora w polskim szpitalu według danych Ministerstwa Zdrowia przekracza 10 tys. zł. Widoczne są wyraźne różnice w zarobkach. Przykładowo minimalna płaca lekarza z II stopniem specjalizacji to 1,7 tys. zł., a maksymalna to, według resortu, to ponad 39 tys. zł.

Z danych ministerialnych wynika, że ordynator, czy zastępca ordynatora minimalnie zarabia nieco poniżej 2 tys. zł, natomiast maksymalne wynagrodzenie w tej grupie przekracza 57 tys. zł. Poziom wynagrodzeń uzależniony jest od regionu. Najlepsze średnie zarobki osiągnęli ordynatorzy pracujący w województwie mazowieckim (średnio 12,6 tys. zł) oraz świętokrzyskim (12,2 tys. zł). Powyższe wyniki opublikowano w czasopiśmie „Nowoczesna Klinika” (opracowane na podstawie danych przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia, a zagregowanych na podstawie ankiet nadesłanych do resortu przez dyrektorów 597 szpitali; badanie dotyczyło poziomu wynagrodzeń w marcu 2012 r.).

Podsumowując, potrzebna jest strategia zarządzania zasobami ludzkimi. Koniecznym jest uwzględnienie w krajowych dokumentach strategicznych odnoszących się do zasobów kadrowych ochrony zdrowia, szeroko pojętej perspektywy, uwzględniającej nie tylko przedstawicieli zawodów medycznych, lecz także pozostałych zawodów realizujących zadania określone w dziesięciu Essential Public Health Operations (EPHOs).

Powinny one być komplementarne z wytycznymi międzynarodowymi. Istnieje potrzeba stworzenia ujednoczonych, aktualnych i ogólnie dostępnych baz gromadzących dane na temat zasobów ludzkich w zdrowiu publicznym.

Należy stworzyć skoordynowany system zarządzania wydajnością podmiotów działających w obszarze ZP oraz systemu akredytacji i certyfikacji podmiotów ZP oraz ich pracowników. Ujednoczenie sprawozdań z działalności związanych ze ZP pozwoli na zmniejszenie biurokracji i umożliwi porównywanie działań wykonywanych przez różne podmioty a także na prowadzenie ewaluacji efektów działań różnych instytucji związanych ze ZP.

Zapewnienie dobrych warunków pracy kadrom ZP, w tym odpowiedniego wynagrodzenia, równości płci, możliwości rozwoju zawodowego, powinno się przełożyć na zwiększenie odczuwanej satysfakcji z pracy. Jest to jeden z najważniejszych czynników motywujących do pracy, ważny zwłaszcza w zawodach misyjnych.

Niedobór kadry medycznej oraz „ucieczka” z zawodu po zdobyciu wykształcenia w sektorze ochrony zdrowia budzi duży niepokój. Warto zatem skupić się na poprawie warunków pracy, a przez to stanu zatrudnienia.

## 7.C. Kształcenie w zakresie zdrowia publicznego

Kształcenie w zdrowiu publicznym (ZP) może być postrzegane przez pryzmat nauk, z którymi ma związek (np. epidemiologii, demografii, ekonomii, psychologii) lub też celów, do których dąży (np. włączenia społeczności w działania dla poprawy sytuacji zdrowotnej i dobrostanu). Kształcenie to także przygotowanie kadr do aktywnego zaangażowania się w realizację podstawowych funkcji ZP, sprostanie wyzwaniom zdrowotnym w zmieniającym się świecie.

Profesor Martin Mckee (London School of Hygiene and Tropical Medicine) przytacza siedem celów kształcenia w zdrowiu publicznym w XXI wieku:

- Pobudzanie ciekawości świata, chęci zrozumienia otaczających zjawisk;
- Podejmowanie wyzwań, przejmowanie inicjatywy w działaniu;
- Nabywanie umiejętności poszukiwania powiązań pomiędzy przyczynami (lub przyczynami przyczyn) a występującymi problemami zdrowotnymi;
- Nauka całościowego, szerokiego patrzenia na określone zjawiska (big picture);
- Motywowanie do poszukiwania i zdobywania wiedzy z różnych obszarów życia społeczno-gospodarczego;
- Kształtowanie poczucia pewności siebie, a przez to wspieranie współpracy z decydentami wyższego szczebla;
- Budowanie poczucia odpowiedzialności w zakresie przestrzegania praw człowieka.

Ważnym krokiem w określaniu potrzeb związanych z kształceniem pracowników zdrowia publicznego i budowaniu ich tożsamości zawodowej było opracowanie w Stanach Zjednoczonych w 1992 r. listy uniwersalnych kompetencji w zdrowiu publicznym.

Mianem kompetencji określono zbiór podstawowej wiedzy, możliwości, umiejętności i wartości niezbędnych do wykonania danej pracy.

Kompetencje te dotyczą sześciu kluczowych grup umiejętności: analitycznych, komunikowania się, tworzenia polityki i budowy programów, społecznych (kulturowych), badawczych oraz planowania, finansów i zarządzania.

W polskim systemie zdrowotnym do końca lat 80. XX wieku panował klimat nieprzyjazny dla zdrowia publicznego. Zdrowiem zajmowali się lekarze, przede wszystkim w przychodniach i szpitalach. Przez wiele lat nie było w Polsce studiów dyplomowych z dziedziny zdrowia publicznego. Odbływały się różnorodne kursy specjalistyczne jak np. otwarta, także dla nie-lekarzy, specjalizacja z organizacji ochrony zdrowia oraz z higieny i epidemiologii.

Aktualnie w Polsce obserwujemy lawinowy rozwój możliwości kształcenia się w dziedzinie ZP. Szanse taką stworzyły przede wszystkim studia dyplomowe (I i II stopnia) na kierunku zdrowie publiczne.

Ponadto, na kierunkach takich jak np. pedagogika, socjologia, psychologia można uzyskać następujące specjalności: promocja zdrowia i socjoterapia, psychologia zdrowia, pedagogika zdrowia, zdrowie publiczne.

Do kolejnych elementów systemu kształcenia pracowników ZP zaliczyć można studia podyplomowe (najczęstszy profil to zarządzanie w ochronie zdrowia) oraz możliwość specjalizowania się w zdrowiu publicznym, epidemiologii oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

## Instytucje zajmujące się kształceniem w zakresie zdrowia publicznego

### The Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER)

Jest organizacją zrzeszającą jednostki realizujące kształcenie w dziedzinie zdrowia publicznego. Stowarzyszenie zostało założone w 1966 r. Obecnie należy do niej ponad 100 członków instytucjonalnych z Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO). Jest reprezentowane w 42 krajach europejskich. Uczestniczy w sieci kooperacji z podobnymi stowarzyszeniami w innych regionach świata, a także z innymi instytucjami z obszaru ZP, współpracując ściśle m.in. z WHO, European Public Health Association (EUPHA), European Public Health Alliance (EPHA) oraz EuroHealthNet. Celem Stowarzyszenia jest wzmacnianie roli ZP poprzez podnoszenie jakości kształcenia pracowników systemów zdrowotnych na polu praktyki i nauki. Wybrane działania Stowarzyszenia obejmują: (a) rozwój europejskiego systemu kompetencji w zdrowiu publicznym, (b) akredytacje programów kształcenia i szkół ZP, (c) programy wymian oraz (d) uczestnictwo we wspólnych projektach z innymi organizacjami europejskimi (np. współorganizacja Europejskiej Konferencji Zdrowia Publicznego będącej największym forum naukowym w zdrowiu publicznym w Europie).

Dla pracowników uczelni przystąpienie do ASPHER to otwarcie możliwości nawiązywania kontaktów naukowych z jednostkami badawczymi z innych państw oraz zaangażowania w nowe projekty badawcze.

Dla studentów kierunku ZP oznacza gwarancję najwyższych standardów kształcenia i dostęp do programu nauczania zgodnego z najnowszymi europejskimi wytycznymi. Oprócz tego studenci zyskują możliwość uczestniczenia w licznych przedsięwzięciach organizowanych przez ASPHER i jego partnerów, włączając w to konferencje naukowe, szkoły letnie i możliwość publikacji swoich prac w periodykach naukowych o międzynarodowym zasięgu. Obecnie do polskich członków Stowarzyszenia należą: Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego; Wydział Zdrowia Publicznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Studium Zdrowia Publicznego Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH w Warszawie.

## **Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (SZP CMKP)**

Została utworzona w Warszawie w styczniu 1971 r. jako Studium Medycyny Społecznej na mocy rozporządzenia Rady Ministrów. W 1996 r. Studium zostało przekształcone w Szkołę Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej.

Obecnie w SZP CMKP prowadzone są kursy dla lekarzy w zakresie zdrowia publicznego: jednolity obowiązkowy kurs ze zdrowia publicznego dla wszystkich specjalizacji lekarskich (od 2005 r.) oraz modułowy kurs zdrowia publicznego dla lekarzy wszystkich specjalności rozpoczynających specjalizację w nowym trybie (od 2015 r.).

W latach 2008-2015, w ramach projektu systemowego finansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki pn. „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów, lekarzy medycyny pracy” SZP CMKP przeszkoliła 1163 lekarzy. W okresie 2016-2021 planowane są szkolenia lekarzy specjalizujących się w tzw. trybie modułowym w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju (tj. onkologii klinicznej, radioterapii onkologicznej, chirurgii onkologicznej, patomorfologii, hematologii, geriatry, ortopedii i traumatologii, rehabilitacji medycznej, reumatologii oraz medycynie rodzinnej) w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego.

SZP CMKP posiada również akredytację do realizowania programu kształcenia specjalizacyjnego ze zdrowia publicznego dla osób posiadających tytuł zawodowy magistra w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

Uzupełnieniem działalności dydaktycznej Szkoły Zdrowia Publicznego jest działalność naukowa. Obecnie struktura organizacyjna SZP CMKP obejmuje: Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania; Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia; Zakład Geriatrii i Gerontologii oraz Zakład Organizacji Opieki Zdrowotnej i Orzecznictwa Lekarskiego.

## **Studia przeddyplomowe**

Rozwój studiów przeddyplomowych na kierunku zdrowie publiczne nastąpił w Polsce w ostatnim dziesięcioleciu. Jako pierwsze działalność dydaktyczną podjęły ośrodki naukowe z Krakowa (ok. 1997 r.) i Łodzi, a następnie Poznania i Warszawy. W 2001 r. istniało już co najmniej kilkanaście jednostek kształcących w tej dziedzinie, w tym również na studiach podyplomowych. Boom nastąpił w okresie przed akcesją do Unii Europejskiej w 2004 r. W 2010 r. w swojej ofercie kształcenia studia na kierunku ZP posiadało 47, a w 2015 r. były to 42 uczelnie wyższe.



Kształcenie odbywa się zarówno w publicznych uczelniach medycznych jak i w innych szkołach wyższych, w bardzo różnych jednostkach organizacyjnych uczelni, m.in. na wydziałach nauk o zdrowiu; zdrowia publicznego; lekarskim; ekologii; filozofii i pedagogiki; zarządzania; studiów międzynarodowych i informatyki.

### Potencjał systemu edukacji w zakresie potrzeb związanych z zasobami ludzkimi zdrowia publicznego

Do roku 2012 MZ corocznie ogłaszało limity miejsc na studia dla kierunków medycznych, w tym kierunku ZP. Od roku 2013 limity te zostały zniesione, z wyjątkiem kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. Liczba dostępnych miejsc na studia była bowiem wyższa niż liczba miejsc wykorzystywanych. Dotyczyło to również kierunku ZP, obok pielęgniarstwa, ratownictwa medycznego i innych.

Zatem w kategoriach ilościowych uczelnie wyższe oferują obecnie więcej miejsc niż jest chętnych, z wyjątkiem studiów lekarskich i lekarsko-dentystycznych. Może to wynikać z wielu przyczyn, np. niżu demograficznego, ale również czynników takich jak perspektywy zatrudnienia absolwentów oraz jakość kształcenia, które wydają się odgrywać istotną rolę.

Według danych GUS w latach 2003-2008 całkowita liczba studentów kierunku ZP wzrosła ponad 2,5-krotnie (z 4 773 do 12 352 osób), natomiast w kolejnych latach następował systematyczny spadek tej liczby. W 2013 r. we wszystkich uczelniach studiowało 7 034 osób, co stanowiło 56,9% liczby studentów w szczytowym 2008 r. Spadek ten może mieć różne przyczyny, a mianowicie:

- Związane z procesem rekrutacji na studia (np. brak wiedzy maturzystów o zdrowiu publicznym i kierunku studiów, niskie wymagania wstępne przy rekrutacji, nieodpowiedni wybór studiów i rezygnacja z nich, brak motywacji i bodźców do studiów wśród osób już pracujących w systemie, świadome nie wybieranie tych studiów);
- Związane z procesem kształcenia (np. studia teoretyczne, nie kształtujące umiejętności, w tym dot. rynku pracy, małe umiejętności, w tym dydaktyczne, kadry nauczycieli akademickich, brak organizacji praktyk studenckich, brak współpracy uczelni z otoczeniem przy poszukiwaniu pracy, ograniczenie oferty kształcenia w uczelniach niepublicznych (tylko I st.), wysoki koszt studiów);
- Związane z rynkiem pracy (np. brak świadomości pracodawców na temat ZP i absolwentów, realny brak miejsc pracy, nepotyzm w zatrudnianiu, niskie zarobki, gorsza sytuacja kobiet na rynku pracy);

- Związane z krajowym systemem zdrowia publicznego (np. niski status zdrowia publicznego w systemie zdrowotnym, brak promocji kierunku studiów i absolwentów, niedookreślona struktura systemu organizacyjnego ZP, brak spójności systemu kształcenia w zdrowiu publicznym z rynkiem pracy).

Niewiele jest informacji na temat jakości kształcenia i satysfakcji studentów ZP, ale dostępne publikacje wskazują na brak zadowolenia z wyboru kierunku studiów przez absolwentów i rozczarowanie studiami.

Należy przy tym podkreślić, że przeciwdziałanie spadkowi liczby studentów wymaga rozwiązań systemowych, które będą odnosić się do kilku przyczyn jednocześnie. Studia na kierunku zdrowie publiczne są ponadto sfeminizowane i każdego roku kobiety stanowią większość wśród studentów i absolwentów. W 2013 r. odsetek kobiet wśród studentów był najwyższy i osiągnął pułap 84%.

W Polsce nie prowadzi się systematycznych i wszechstronnych analiz stanu kadrowego ZP. Do nielicznych wyjątków należą prace z 2004 r. wydane pod redakcją Czabanowskiej i Włodarczyka oraz analizy wykonane przez Cianciarę i wsp.

## Specjalizacja ze zdrowia publicznego dla lekarzy oraz innych zawodów związanych z ochroną zdrowia

W Polsce kształcenie w zakresie zdrowia publicznego dla lekarzy i lekarzy dentystów dostępne jest jako szkolenie specjalizacyjne dopiero od 1999 r. W latach wcześniejszych lekarze mogli uzyskiwać specjalizacje w dziedzinach pokrewnych, takich jak np. epidemiologia, higiena, medycyna społeczna czy organizacja ochrony zdrowia.

Według danych Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) w okresie 2003-2015 tytuł specjalisty ZP uzyskało 360 lekarzy i lekarzy dentystów, w tym 130 kobiet. Większość lekarzy i lekarzy dentystów specjalistów ZP posiadała wcześniejsze doświadczenie zawodowe i inne specjalizacje (najczęściej była to specjalizacja z chorób wewnętrznych, medycyny społecznej oraz organizacji ochrony zdrowia). Średni wiek, w którym lekarze uzyskali tytuł specjalisty w tej dziedzinie wyniósł 47,2 lat. Obecnie średni wiek lekarza specjalisty ZP w Polsce wynosi 57,6 lat, a dominują osoby w grupie wieku 61-70 lat (36,9%). Lekarze specjaliści ZP są starsi niż specjaliści w innych dziedzinach medycyny czy stomatologii. Ponad trzy czwarte specjalistów zdało egzamin specjalizacyjny w 2004 r. (271 osób). Wyłączając ten rok, tytuł specjalisty ZP uzyskuje każdego roku przeciętnie 9 lekarzy.

Wskaźnik lekarzy specjalistów ZP w Polsce przypadających na 100 tys. ludności wynosi 0,94 i waha się w granicach 0,16-3,12 w poszczególnych województwach (najwyższy w woj. lubelskim, podlaskim i mazowieckim, a najniższy w woj. świę-

tokrzyskim, kujawsko-pomorskim i podkarpackim). Aktualne badania wskazują, że specjalizacja z ZP nie jest popularna wśród lekarzy rozpoczynających kształcenie specjalizacyjne w Polsce, a także w innych krajach.

Istnieją przy tym duże rozbieżności co do faktycznej liczby lekarzy specjalistów ZP w Polsce. Według danych CEM do 2015 r. specjalizację w dziedzinie zdrowia publicznego uzyskało 360 lekarzy i lekarzy dentystów. Natomiast według danych NIL liczba lekarzy i lekarzy dentystów specjalistów w dziedzinie ZP była czterokrotnie wyższa.

Według danych CEM specjalizację z ZP w latach 2009-2014 (dane do maja 2014 r.) zdobyły 173 osoby (146 kobiet oraz 27 mężczyzn) posiadające tytuł zawodowy magistra lub magistra inżyniera, w tym absolwenci studiów na kierunkach takich jak: administracja, biologia, biotechnologia, chemia, dietetyka, inżynieria środowiskowa, ochrona środowiska, politologia, prawo, psychologia, pedagogika, pedagogika specjalna, socjologia, technologia żywności i żywienie człowieka, zarządzanie, zdrowie publiczne.

Średni wiek uzyskania specjalizacji wynosił w tej grupie blisko 45 lat, a staż pracy - 15 lat.

## System akredytacji dla instytucji edukacyjnych

W kształceniu przeddyplomowym szkoły wyższe podlegają ocenie Polskiej Komisji Akredytacyjnej (PKA), której celem jest ocena jakości kształcenia. PKA w okresie 14 lat (20.09.2000 r. - 17.04.2014 r.) przeprowadziła 43 wizytacje na uczelniach kształcących na kierunku ZP w celu oceny jakości ich kształcenia. W wyniku tej oceny wydano: 29 ocen pozytywnych, 3 negatywne, 5 warunkowych (skutkiem jest wizytacja powtórna). W czterech przypadkach odstąpiono od oceny, a w dwóch zawieszono ocenę (oznacza zawieszenie uprawnień do prowadzenia kształcenia). W omawianym okresie czasu przyznano tylko jedną ocenę wyróżniającą (dla IZP CMUJ). Zgodnie z raportem MNiSW pt. „Szkolnictwo wyższe w Polsce 2013” wśród kierunków, dla których odsetek negatywnych ocen PKA w latach 2002-2011 był najwyższy znalazło się zdrowie publiczne. Natomiast kierunek lekarski był pierwszy w grupie ocen wyróżniających się i pozytywnych.

W ramach kształcenia podyplomowego MZ przyznaje akredytację jednostkom (tzw. jednostki uprawnione/szkolące/kształcące), które mogą prowadzić kursy i szkolenia specjalizacyjne. Koordynację działań w tym zakresie MZ powierza CMKP - w przypadku kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych, ratowników medycznych oraz innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia; natomiast CKPPIP - w przypadku kształcenia pielęgniarek i położnych. Opisane powyżej uregulowania stanowią jednak w większym stopniu formę nadzoru niż systemu zarządzania wydajnością.

## Możliwość kształcenia za granicą

Programem, który najsilniej wspiera krótkoterminową mobilność studentów jest program Erasmus, realizowany w Polsce od 1998 roku. Czas trwania wyjazdu w ramach tego programu wynosi od 3 do 12 miesięcy. W ramach Erasmusa możliwy jest wyjazd na studia oraz na praktyki.

W roku akademickim 2011/2012 w programie Erasmus wzięło udział 15 315 studentów z Polski, a w pierwszym roku programu (1998/1999) - 1 426.

Kartę Uczelni Erasmusa posiada 315 polskich szkół wyższych. W programie biorą udział również pracownicy uczelni. W celu prowadzenia zajęć wyjechało 25 347 osób, na szkolenia - 7 541, z czego 86% po akcesji.

Choć znany jest fakt, że studenci ZP korzystają z Programu, to niestety, na stronie Programu w dostępnych statystykach nie ma możliwości wyszukania liczby uczestników według kierunku studiów.

## Praktyki studenckie w instytucjach i organizacjach ochrony zdrowia

Zgodnie z Ustawą Prawo o szkolnictwie wyższym, podstawowa jednostka organizacyjna uczelni prowadząca kształcenie na określonym kierunku studiów i poziomie kształcenia o profilu praktycznym jest obowiązana uwzględnić w programie kształcenia co najmniej trzymiesięczne praktyki zawodowe. Jednostka ta może organizować kształcenie przemiennie w formie zajęć dydaktycznych realizowanych w uczelni i w formie praktyk odbywanych u pracodawcy.

Przykładowo IZP CMUJ przewiduje następujące praktyki dla studentów kierunku zdrowie publiczne: na studiach stacjonarnych pierwszego stopnia (rok I: praktyka dwutygodniowa - 80 godzin; rok II: praktyka czterotygodniowa - 160 godzin); na studiach stacjonarnych drugiego stopnia (5 tygodni - 200 godzin). Dla studentów studiów niestacjonarnych I i II stopnia przewidziano nieco krótszy okres czasu praktyki. Praktyki odbywają się w trakcie wakacji letnich (o ile termin nie zostanie określony inaczej przez organizatora praktyk). Instytut w oparciu o własne kontakty przy aktywnym udziale studentów tworzy listę zakładów pracy, które deklarują chęć i możliwość przyjęcia studentów na praktykę roku IV i V. Studenci nierzadko sami aktywnie poszukują jednostki, w której chcieliby odbyć praktykę. Zarówno podmioty publiczne (np. MZ) jak i firmy prywatne (np. farmaceutyczne) oferują miejsca dla praktykantów kierunków medycznych.

## Programy nauczania zdrowia publicznego

W polskich uczelniach kształcenie na kierunku ZP na poziomie licencjackim, magisterskim i podyplomowym odbywa się w oparciu o programy opracowane na podstawie Krajowych Ram Kwalifikacji (KRK).

W 2011 r. wraz z uchwaleniem ustawy nowelizującej Ustawę Prawo o szkolnictwie wyższym oraz wydaniem odpowiednich rozporządzeń, formalnie do systemu szkolnictwa wyższego wprowadzono KRK. Opisują one efekty kształcenia dla trzech poziomów i ośmiu obszarów kształcenia. Z założenia wskazane efekty kształcenia stanowią podstawę do definiowania przez uczelnię efektów kształcenia dla konkretnego programu studiów, a następnie tworzenia tego programu.

### Elementy ZP w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym

#### - zawody medyczne

KRK zawierają „Opis efektów kształcenia w obszarze kształcenia w zakresie nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej”. W KRK nakreślono zakres wymaganej wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych dla absolwentów studiów I i II stopnia w ramach dwóch profili: ogólnoakademickiego i praktycznego. Wśród podanych wymagań znalazły się pojedyncze zapisy dotyczące wiedzy i umiejętności z zakresu ZP. Kierunek ZP zalicza się do kierunków medycznych. Zanim wprowadzono KRK funkcjonowały szczegółowe standardy nauczania na kierunku ZP. W 2012 r. uchylono Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, które regulowało tę kwestię.

W/w opis z KRK nie dotyczy studiów na kierunku lekarskim, lekarsko-dentystycznym, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa, czyli w zawodach regulowanych tj. objętych Dyrektywą Komisji Europejskiej „O wzajemnym uznawaniu dyplomów” (Directive 2005/36/EC). Szczegółowe standardy kształcenia na kierunkach regulowanych określono w drodze rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku.

W standardach tych zagadnienia dotyczące wiedzy i umiejętności z zakresu ZP opisano w ramach szczegółowych efektów kształcenia przede wszystkim pod nazwą „Prawne i organizacyjne aspekty medycyny”. Ponadto niektóre wymagania związane z wiedzą i umiejętnościami z zakresu ZP opisano w ramach „Nauk behawioralnych i społecznych z elementami profesjonalizmu” (znalazły się tu m.in. elementy socjologii medycyny, psychologii lekarskiej, etyki lekarskiej) oraz „Nauk klinicznych niezabiegowych” (np. uwarunkowania środowiskowe i epidemiologiczne najczęstszych chorób, zasady żywienia dzieci zdrowych i chorych, szczepień ochronnych i prowadzenia bilansu zdrowia dziecka, podstawowe zasady organizacji opieki nad osobą starszą i obciążenia opiekuna osoby starszej).

## Elementy ZP w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym - zawody niemedyczne

KRK stanowią także podstawę do opracowania programów kształcenia na kierunkach niemedycznych. Takie kierunki studiów jak np. pedagogika, psychologia czy socjologia swoim zakresem obejmują treści z obszaru nauk społecznych, humanistycznych, ale także częściowo medycznych. Dlatego też na różnych uczelniach w ramach prowadzonych kierunków przekazywane są w różnym zakresie treści dotyczące zdrowia i zdrowia publicznego.

Na przykład na UJ na kierunku Psychologia można wybrać specjalizacyjną ścieżkę Psychologia zdrowia. Według informacji zawartych na stronach dla kandydatów na studia na tym kierunku: „studia te przygotowują do pracy w zawodzie m.in. specjalisty ds. promocji zdrowia, jak i dalszej pracy badawczej”. Innym przykładem może być Wyższa Szkoła Psychologii Społecznej w Warszawie, gdzie na kierunku Psychologia wyróżniono specjalność psychologię zdrowia. W trakcie studiów studenci zdobywają wiedzę m.in. na temat podejścia patogenetycznego (skupionego na czynnikach wywołujących chorobę) oraz podejścia salutogenetycznego (skoncentrowanego na czynnikach zapobiegających chorobie i wzmacniających zdrowie). Na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim na kierunku Psychologia na Wydziale Nauk Społecznych utworzono specjalność Psychologia wspierania jakości życia. W ramach tej specjalności prowadzone są m.in. przedmioty: psychologia zdrowia, promocja zdrowia, czy budowanie programów profilaktycznych. Na tejsze uczelni na kierunku Socjologia na Wydziale Nauk Społecznych utworzono specjalność Edukator zdrowia i nowych form aktywności fizycznej czy Socjologia problemów społecznych i zdrowia.

## Treści kształcenia

Reforma nauki i szkolnictwa wyższego zwiększyła autonomię programową szkół wyższych. Likwidacji uległy sztywne, centralne standardy kształcenia, a uczelnie zyskały swobodę w tworzeniu nowych autorskich kierunków studiów i programów kształcenia. W wyniku czego każda z uczelni (publicznych i niepublicznych) ustala sama przedmioty i zakres obowiązujących treści na trzech poziomach kształcenia: licencjackim, magisterskim oraz na studiach doktoranckich. Dokonany na potrzeby niniejszego opracowania przegląd dostępnych on-line programów kształcenia wykazał, że część uczelni prowadzących kierunek ZP posiada następujące elementy w swoich programach:

- Zdrowie populacji i jego społeczne i ekonomiczne determinanty;
- Zdrowie populacji i jego środowiskowe uwarunkowania (fizyczne, radiologiczne, chemiczne, biologiczne);

- Metodologia badań biomedycznych;
- Polityka zdrowotna, ekonomia, teoria organizacji i zarządzania;
- Promocja zdrowia, edukacja zdrowotna, ochrona zdrowia i prewencja chorób.

Powyższe zagadnienia są często realizowane w ramach przedmiotów prowadzonych pod różnymi nazwami. Pozostają jednak tematy bardzo rzadko umieszczane w programach kształcenia na kierunku ZP na poziomie licencjackim, magisterskim czy na studiach doktoranckich. Do tej tematyki należą: świadczenia ZP (EPHOs), w tym przywództwo w zdrowiu publicznym. Tylko niektóre uczelnie w ramach przedmiotu Filozofia lub Etyka poruszają problematykę niezależności badaczy i badań (kodeks etyki badacza).

Podyplomowe kształcenie lekarzy i lekarzy dentyków odbywa się poprzez specjalizacje w dziedzinie zdrowia publicznego. Program tej specjalizacji ustala zespół CMKP powołany przez konsultanta krajowego (ostatni opublikowany 11.06.2014 r.) a zatwierdza go Minister Zdrowia.

Dostępne są również specjalizacje ze ZP oraz pokrewnych specjalności dla innych zawodów medycznych. Jednakże obecnie, w kształceniu podyplomowym, jedynie program specjalizacji dla lekarzy i lekarzy dentyków zawiera prawie wszystkie podstawowe treści kształcenia w zdrowiu publicznym.

Podsumowując, uczelnie wyższe dysponują szeroką ofertą w zakresie liczby miejsc na studia przeddyplomowe na kierunku ZP. Obecnie jednak miejsca te nie są wykorzystywane, a kierunek ZP staje się coraz mniej atrakcyjny do studiowania. Negatywnie wypada w ocenach studentów oraz PKA, a wymagania dla kandydatów na studia są niskie. Wskazane jest podjęcie działań na rzecz poprawy jakości kształcenia przeddyplomowego i jednocześnie zwiększenia perspektyw zatrudniania w ZP. Natomiast w kształceniu przeddyplomowym na kierunkach medycznych elementy ZP są bardzo ograniczone i niewystarczające.

Obecnie KRK stanowią podstawę do opracowywania przez każdą uczelnię programów nauczania na kierunku ZP na poziomie licencjackim, magisterskim i doktoranckim. Z jednej strony zwiększa to swobodę uczelni w tworzeniu własnych programów nauczania, z drugiej stwarza ryzyko braku podstawowych i jednolitych treści. KRK stanowią bowiem zbyt ogólne wytyczne określone łącznie dla nauk medycznych, nauk o zdrowiu i nauk o kulturze fizycznej. W kształceniu podyplomowym jedynie aktualny program specjalizacji dla lekarzy i lekarzy dentyków zawiera prawie wszystkie podstawowe treści kształcenia w ZP. Należy znowelizować programy kształcenia specjalizacyjnego dla innych grup zawodów, które mogą odbywać specjalizacje w dziedzinie ZP oraz pokrewnych. Właściwie opracowane, szczegółowe standardy kształcenia na kierunku ZP powinny stanowić bazę dla opracowania kwalifikacji (kompetencji) pracowników ZP. Obecne uregulowania dotyczące standardów oraz kompetencji pracowników (KZS) nie są kompatybilne.

## 7.D. Zarządzanie zasobami ludzkimi zdrowia publicznego

Strategia zarządzania zasobami ludzkimi jest konieczna dla efektywnego zarządzania instytucjami wypełniającymi poszczególne funkcje/zadania zdrowia publicznego. Powinna ona obejmować cztery kluczowe wymiary funkcjonowania:

- Kulturę (przekonania, normy, wartości i styl zarządzania);
- Organizację (struktura, role zawodowe, raportowanie, mechanizmy odpowiedzialności);
- Ludzi (umiejętności, potencjał rozwojowy, potencjał zarządczy);
- Systemy zasobów ludzkich (mechanizmy skoncentrowane na ludziach).

Na zdolności zarządcze w systemie zdrowotnym ma wpływ dziesięć głównych czynników: wizja strategiczna; partycypacja i orientacja na konsensus; rządy prawa; transparentność; responsywność instytucji; równość (sprawiedliwość); efektywność i sprawność; odpowiedzialność/rozliczalność; zasoby wiedzy; informacja i etyka.

Efektywne zarządzanie zasobami ludzkimi wymaga wyznaczenia lidera (przywódcy), który będzie odpowiedzialny za rozwój strategii oraz monitorowanie kadry ZP. Przywództwo (leadership) rozumiane jest jako nadawanie działaniom kierunków strategicznych oraz tworzenie możliwości udziału w tworzeniu polityki prozdrowotnej, mobilizowanie zasobów oraz zarządzanie nimi, a także powiększanie potencjału zdrowia publicznego.

Niezbędne są także działania rzecznicze podejmowane przez różne podmioty działające w obszarze ZP w celu zwiększenia potencjału ZP, w tym odpowiedniej liczby pracowników z właściwymi kompetencjami.

### Rzecznictwo zdrowotne (health advocacy)

Połączenie działań indywidualnych i społecznych w celu uzyskania zaangażowania i poparcia politycznego, akceptacji społecznej oraz wsparcia systemowego dla konkretnego celu lub programu zdrowotnego.

*Nutbeam D. Health Promotion Glossary. WHO, Geneva, 1989*



## PIŚMIENNICTWO

## 7.A.

1. Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi. <https://www.cem.edu.pl/>
2. Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). Biuletyn statystyczny 2000-2014.
3. Cianciara D. Kompetencje pracowników zdrowia publicznego w Polsce - aktualne wyzwania. *Probl Hig Epidemiol* 2007, 88(2): 121-127.
4. Domagała A. Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego - potrzeba czy konieczność? *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2013, 11(2): 148-158.
5. Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r. GUS, Warszawa 2013.
6. Główny Urząd Statystyczny. Szkoły wyższe i ich finanse w 2013 r. GUS, Warszawa 2014.
7. Horny P, Santric Milicevic M. Health management, change and reform. In: *Health Management Guides. Readings and References for Serbia*. Ministry of Health of the Republic of Serbia, 2011.
8. Human Resources for Health (HRH) Action Framework. <https://www.capacityproject.org/framework/>
9. Identifying and Analyzing Stakeholders and Their Interests. The Community Tool Box. Group for Community Health and Development at the University of Kansas. <http://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/participation/encouraging-involvement/identify-takeholders/main>
10. Komisja Wspólnot Europejskich. Zielona Księga w sprawie pracowników służby zdrowia w Europie. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/workforce\\_gp\\_pl.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_pl.pdf)
11. Kondycja sektora organizacji pozarządowych w Polsce 2015. Raport z badań. Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa 2016. [http://fakty.ngo.pl/files/wiadomosci.ngo.pl/public/civicpedia/Raport\\_Klon\\_Kondycja\\_2015.pdf](http://fakty.ngo.pl/files/wiadomosci.ngo.pl/public/civicpedia/Raport_Klon_Kondycja_2015.pdf)
12. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Monitoring przepływu pracowników między Polską a państwami Europejskiego Obszaru Gospodarczego. <http://www.mpips.gov.pl/analizy-i-raporty/monitoring-przeplywu-pracownikow-miedzypolska-a-panstwami-europejskiego-obszaru-gospodarczego/>
13. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Cudzoziemcy pracujący w Polsce - statystyki. <http://www.mpips.gov.pl/analizy-i-raporty/cudzoziemcy-pracujacy-w-polsce-statystyki/>
14. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Zawody deficytowe i nadwyżkowe w 2014 r. MPiPS. Departament Rynku Pracy, Warszawa 2014.
15. Naczelna Izba Lekarska. Informacje statystyczne. <http://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>
16. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Analizy i raporty statystyczne. <http://www.nipip.pl/index.php/samorzad/stat?start=10>
17. Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie Zielonej Księgi w sprawie pracowników służby zdrowia w Europie. [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_systems/docs/esc\\_pl.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_systems/docs/esc_pl.pdf)
18. Piotrowicz M, Cianciara D. Rola organizacji pozarządowych (NGOs) w życiu społecznym oraz systemie zdrowotnym. *Przegląd Epidemiologiczny* 2013, 67(1): 151-155.
19. Projekt ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie zawodowym ratowników medycznych. [http://mojepanstwo.pl/dane/sejm\\_zamrazarka/1375311,projekt-ustawy-zawodzie-ratownika-medycznego-samorzadzie-zawodowym-ratownikow-medycznych](http://mojepanstwo.pl/dane/sejm_zamrazarka/1375311,projekt-ustawy-zawodzie-ratownika-medycznego-samorzadzie-zawodowym-ratownikow-medycznych)

20. Projekt Ustawy o niektórych zawodach medycznych.  
[http://orka.sejm.gov.pl/proc5.nsf/projekty/1553\\_p.htm](http://orka.sejm.gov.pl/proc5.nsf/projekty/1553_p.htm)
21. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 września 1999 r. w sprawie trybu i form ogłaszania, udostępniania i rozpowszechniania wyników informacji statystycznych. Dz. U. 1999 nr 75 poz. 842.
22. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2014 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2015. Dz. U. 2014 poz. 1330.
23. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 8 sierpnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego. Dz. U. 2014 poz. 1140.
24. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 sierpnia 2013 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2014. Dz. U. 2013 poz. 1159.
25. Stanowisko NRL w sprawie Zielonej Księgi Komisji Wspólnot Europejskich w sprawie pracowników służby zdrowia w Europie.  
[http://www.nil.org.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/3935/rs0001-09-V.pdf](http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0020/3935/rs0001-09-V.pdf)
26. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie dokumentu „Zielona Księga w sprawie pracowników służby zdrowia w Europie”.  
[http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/PTP\\_stanowisko\\_Green\\_Paper\\_Workforce\\_for\\_Health.pdf](http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/PTP_stanowisko_Green_Paper_Workforce_for_Health.pdf)
27. Stanowisko Nr 6/15/Vii Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 30 stycznia 2015 r. w sprawie projektu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz o zmianie innych ustaw wraz z autopoprawką.  
<http://www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowiska-prezydium-nrl-podjete-30-stycznia-2015-r>.
28. Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej. Dz. U. 1995 nr 88 poz. 439, z póź. zm.
29. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza. Dz. U. 1997 nr 28 poz. 152, z póź. zm.
30. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz. U. 2011 nr 174 poz. 1039, póź. zm.
31. Ustawa o zawodzie farmaceuty - reaktywacja projektu?  
<http://biotechnologia.pl/farmacja/aktualnosci/ustawa-o-zawodzie-farmaceuty-reaktywacja-projektu,383>
32. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Dz. U. 2003 nr 96 poz. 873, z póź. zm.
33. World Health Organization. Health workforce. Tools and guidelines for human resources for health. <http://www.who.int/hrh/tools/en/>
34. Zdrowie P2. Rejestr diagnostów laboratoryjnych zarejestrowanych na terenie RP.  
<http://rdl.rejestrymedyczne.csioz.gov.pl/>
35. Zybala A (red). Wyzwania w systemie ochrony zdrowia - zasoby ludzkie i zasoby organizacyjne w centralnych instytucjach. Krajowa Szkoła Administracji Publicznej, Warszawa 2009.  
[http://ksap.gov.pl/ksap/sites/default/files/publikacje/raport\\_who.pdf](http://ksap.gov.pl/ksap/sites/default/files/publikacje/raport_who.pdf)

## 7.B.

1. Cianciara D, Piotrowicz M, Gajewska M. Zasoby kadrowe zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce. Cz. III. Plany zawodowe studentów kierunku „zdrowie publiczne”. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(3): 482-488.
2. Core Competencies for Public Health in Canada: Release 1.0. The Public Health Agency of Canada. Minister of Health, 2008.
3. Core Competencies for Public Health Professional. The Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice, 2010, 2014.  
[http://www.phf.org/resourcestools/pages/core\\_public\\_health\\_competencies.aspx](http://www.phf.org/resourcestools/pages/core_public_health_competencies.aspx)

4. Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015.
5. Krajowy standard kompetencji zawodowych. Promotor zdrowia (228202). Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013.  
[ftp://kwalifikacje.praca.gov.pl/STANDARDY%20KOMPETENCJI%20ZAWODOWYCH/18\\_228202\\_Promotor\\_zdrowia.pdf](ftp://kwalifikacje.praca.gov.pl/STANDARDY%20KOMPETENCJI%20ZAWODOWYCH/18_228202_Promotor_zdrowia.pdf)
6. Najwyższa Izba Kontroli (NIK). Wystąpienie pokontrolne. Realizacja wybranych zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 przez miasto Płock, ze szczególnym uwzględnieniem programów zdrowotnych. NIK, 2014.
7. Najwyższa Izba Kontroli (NIK). Informacja o wynikach kontroli. Profilaktyka narkomani w szkołach (2013).
8. Najwyższa Izba Kontroli (NIK). Informacja o wynikach kontroli. Realizacja przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (2012).
9. Najwyższa Izba Kontroli (NIK). Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej (2011).
10. Narodowe Centrum Nauki. Statystyki konkursów 2013. NCN. Zespół ds. analiz i ewaluacji.
11. Nowoczesna Klinika. Magazyn Prywatnej Ochrony Zdrowia.  
<http://www.nowoczesna-klinika.pl/>
12. Public Health Foundation. Competency-Based Job Descriptions.  
[http://www.phf.org/resourcestools/Pages/Competency\\_Based\\_Job\\_Descriptions.aspx](http://www.phf.org/resourcestools/Pages/Competency_Based_Job_Descriptions.aspx)
13. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18.11.2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działań Ministra Zdrowia. Dz. U. 2011 nr 248 poz. 1495, z późn. zm.
14. Rozporządzenie z dnia 22 lipca 2014 zmieniające rozporządzenie w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych rozporządzeniami Rady Ministrów.
15. Rozporządzenie Rady Ministrów z 15.07.2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad wynagradzania pracowników niebędących członkami korpusu służby cywilnej zatrudnionych w urzędach administracji rządowej i pracowników innych jednostek.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej. (Dz. U. 2010 nr 48 poz. 283, z późn. zm.
17. Uchwała Nr 104 Rady Ministrów z dnia 18 czerwca 2013 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020. M.P. 2013 poz. 640.
18. Ustawa z dnia 16 września 1982 r. o pracownikach urzędów państwowych. Dz. U. 1982 nr 31 poz. 214, z późn. zm.
19. Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej. Dz. U. 1997 nr 141 poz. 943, z późn. zm.
20. Ustawa z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych. Dz. U. 2008 nr 223 poz. 1458, z późn. zm.
21. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytucjach badawczych. Dz. U. 2010 nr 96 poz. 618.
22. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki. Dz. U. 2010 nr 96 poz. 615.
23. WHO. The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. WHO, 2010. [http://www.who.int/hrh/migration/code/code\\_en.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf)
24. Załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz jej stosowania. Dz. U. 2010 nr 82 poz. 537, z późn. zm.

### 7.C.

1. Cianciara D, Piotrowicz M, Dmowski M, Tucka-Dorociak H. Zasoby kadrowe zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce. Część I. Stan zatrudnienia. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(3): 468-474.
2. Cianciara D, Piotrowicz M, Tucka-Dorociak H. Zasoby kadrowe zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce. Część II. Oferty pracy. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(3): 475-481.
3. Cianciara D, Piotrowicz M, Gajewska M. Zasoby kadrowe zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce. Część III. Plany zawodowe studentów kierunku „zdrowie publiczne”. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(3): 482-488.
4. Cianciara D, Piotrowicz M, Lewak K, Gajewska M, Urban E. Jak przeciwdziałać spadkowi liczby studiujących na kierunku zdrowie publiczne? *Hygeia Public Health* 2015, 50(4): 589-597.
5. Cianciara D, Lewtak K, Piotrowicz M, Gajewska M, Urban E, Brukało K. Public health physicians and dentists in Poland: results from public health workforce pilot study (w przygotowaniu).
6. CMKP. Program specjalizacji w dziedzinie zdrowia publicznego dla lekarzy. Warszawa, 2014. <http://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2014/06/Akredytacja2014-program-zdrowie-publiczne.pdf>
7. Czabanowska K, Włodarczyk C (red). Zatrudnienie w zdrowiu publicznym w Europie. UJ, Kraków 2004.
8. Erasmus. <http://www.erasmus.org.pl/>
9. Gromulska L. Wypowiedzi studentów i absolwentów kierunku zdrowie publiczne na temat studiów i perspektyw zawodowych a oferta kształcenia. W: Ocena potencjału promocji zdrowia w Polsce - Krajowy Plan Rozwoju: Rynek pracy w promocji zdrowia i zdrowiu publicznym. NIZP-PZH, Warszawa 2008.
10. Instytut Psychologii UJ. Informacja dla kandydatów na rok akademicki 2014/2015. [http://www.psychologia.uj.edu.pl/images/uploads/weblog\\_files/Informacja\\_dla\\_kandydat%C3%B3w.pdf](http://www.psychologia.uj.edu.pl/images/uploads/weblog_files/Informacja_dla_kandydat%C3%B3w.pdf)
11. Instytut Zdrowia Publicznego. Wydział Ochrony Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Praktyki Studenckie. <http://www.izp.wnz.cm.uj.edu.pl/studenci/praktyki>
12. Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II. Wydział Nauk Społecznych. Psychologia. <http://e.kul.pl/qlprogram.html?ra=1&etap=0&kid=26&op=2&wid=11>
13. McKee M. Seven goals for public health training in the 21st century. *European Journal of Public Health* 2012, 23(2): 186-187.
14. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Autonomia programowa uczelni. Ramy kwalifikacji dla szkolnictwa wyższego. Projekt Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego „Krajowe Ramy Kwalifikacji w szkolnictwie wyższym jako narzędzie poprawy jakości kształcenia”. MNiSW, Warszawa 2010.
15. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Szkolnictwo wyższe w Polsce 2013. MNiSW, 2013. [http://www.nauka.gov.pl/g2/oryginal/2013\\_07/0695136d37bd577c8ab03acc5c59a1f6.pdf](http://www.nauka.gov.pl/g2/oryginal/2013_07/0695136d37bd577c8ab03acc5c59a1f6.pdf)
16. Nishtar S, Peters H, Sabri B, Bile KM, Jama MA. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. *Health Policy* 2009, (90): 12-25.
17. Ocena potencjału promocji zdrowia w Polsce - Krajowy Plan Rozwoju: Rynek pracy w promocji zdrowia i w zdrowiu publicznym. NIZP-PZH, Warszawa 2008.
18. Polska Komisja Akredytacyjna (PKA). Baza jednostek i kierunków ocenionych (dostęp 10.11.2014).
19. POL-on. Zintegrowany system informacji o nauce i szkolnictwie wyższym. Prowadzone studia na kierunkach. <https://polon.nauka.gov.pl/opi/aa/kierunki/studia?execution=e1s1>

20. Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 października 1970 r. w sprawie utworzenia samodzielnej placówki naukowo-dydaktycznej pod nazwą „Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego” (Dz. U. Nr 29, poz. 247).
21. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 r. w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki. Dz. U. 2007 nr 164 poz. 1166, z późn. zm. (uznany za uchylony).
22. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa. Dz. U. 2012 poz. 631, z późn. zm.
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. Dz. U. 2013 poz. 26.
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2014 r. w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny. Dz. U. 2014 poz. 1125.
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 sierpnia 2011 r. w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne. Dz. U. 2011 nr 165 poz. 993.
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 maja 2003 r. w sprawie specjalizacji oraz uzyskiwania tytułu specjalisty przez farmaceutów. Dz. U. 2003 nr 101 poz. 941.
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2004 r. w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych. Dz. U. 2004 nr 126 poz. 1319.
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Dz. U. 2002 nr 173 poz. 1419.
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2007 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych. Dz. U. 2007 nr 112 poz. 775.
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarzek i położnych. Dz. U. 2003 nr 197 poz. 1923.
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny. Dz. U. 2012 poz. 1489.
32. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 2 listopada 2011 r. w sprawie Krajowych Ram Kwalifikacji dla Szkolnictwa Wyższego. Dz. U. nr 253 z 2011 r. poz. 1520.
33. Szkoła Zdrowia Publicznego. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.  
<https://www.cmkp.edu.pl/struktura-organizacyjna/szkola-zdrowia-publicznego/>
34. The Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER).  
<http://aspher.org/>
35. Turnock BJ. Public health. What it is and how it works. Aspen Publisher, Geithersburg 2001: 209-220. [w]: Cianciara D. Kompetencje pracowników zdrowia publicznego w Polsce - aktualne wyzwania. Probl Hig Epidemiol 2007, 88(2): 121-127.
36. Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Badanie opinii absolwentów na temat kształcenia oraz planów edukacyjno-zawodowych. [w]: Badanie opinii absolwentów uniwersytetu medycznego w Lublinie rok 2012/2013. UM w Lublinie, 2014.
37. Uniwersytet SWPS. Studia jednolite magisterskie. Psychologia zdrowia.  
<http://www.studia.swps.pl/poznan/jednolite-magisterskie/psychologia/psychologia-zdrowia.html>
38. Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym. Dz. U. 2005 nr 164 poz. 1365.
39. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zmianie ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym oraz niektórych innych ustaw. Dz. U. 2014 r. poz. 1198.

40. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Dz. U. 2004 nr 99 poz. 1001.
41. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 lutego 1996 r. w sprawie statutu Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (Dz. Urz. MZ z dnia 10 lutego 1996 r., nr 2, poz. 7).

# EPHO 8

## Zapewnienie struktury organizacyjnej i finansowania

Katarzyna Lewtak<sup>1</sup>  
Rafał Niżankowski<sup>2</sup>  
Maria Piotrowicz<sup>1</sup>  
Dariusz Poznański<sup>3</sup>  
Ewa Urban<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

<sup>2</sup> Uniwersytet Jagielloński - Collegium Medicum, Kraków

<sup>3</sup> Ministerstwo Zdrowia, Warszawa

#### **8.A. Zapewnienia odpowiednich struktur organizacyjnych do realizacji podstawowych działań zdrowia publicznego (EPHOs)**

- Kluczowe działania zdrowia publicznego
- Podmioty systemu zdrowia publicznego w Polsce
- Struktura organizacyjna Ministerstwa Zdrowia
- System laboratoriów zdrowia publicznego
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
- Szkoły Zdrowia Publicznego
- Koordynacja świadczeń dostarczanych przez podmioty pozarządowe
- Nadzór nad systemami i strukturami organizacyjnymi realizującymi EPHOs

#### **8.B. Finansowanie świadczeń zdrowia publicznego**

- Wydatki ponoszone w Polsce na zdrowie publiczne
- Kryteria podejmowania decyzji w zakresie alokacji środków na zdrowie publiczne



## WYKAZ SKRÓTÓW

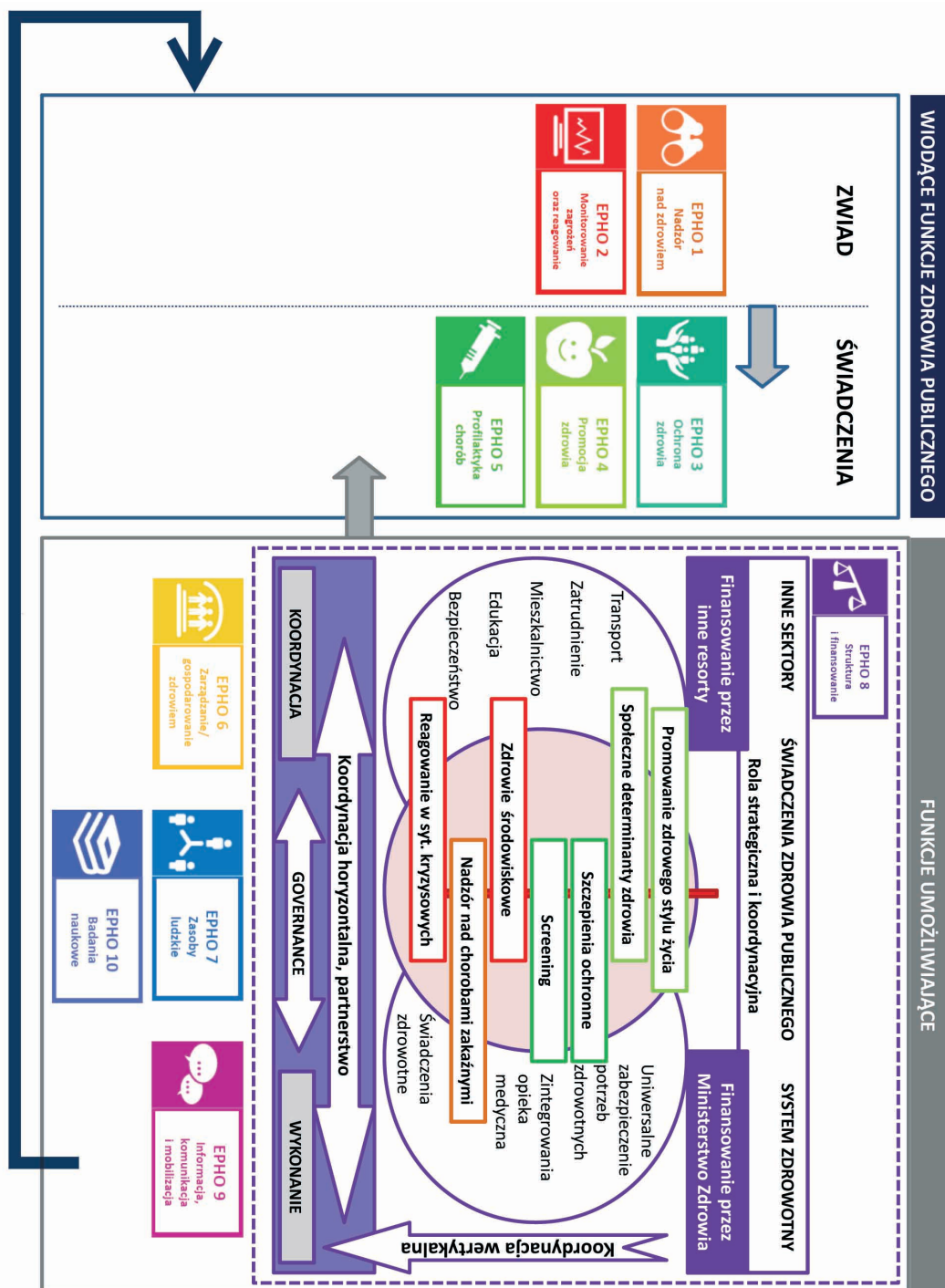
- BIP - Biuletyn Informacji Publicznej
- BSL - biosafety level
- CMKP - Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
- CSIOZ - Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
- EDQM - European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (Europejski Dyrektoriat Jakości Leków i Ochrony Zdrowia)
- GBL - Główna Biblioteka Lekarska
- GIOŚ - Główny Inspektorat Ochrony Środowiska
- ICNPO - International Classification of Non Profit Organizations
- IH - Inspekcja Handlowa
- IJHARS - Inspekcja Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych
- IOŚ - Inspekcja Ochrony Środowiska
- IW - Inspekcja Weterynaryjna
- JST - jednostki samorządu terytorialnego
- KLRIW - Krajowe Laboratorium Referencyjne i Wzorcujące
- KRLD - Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych
- MF EOG i NMF - Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego
- MZ - Ministerstwo Zdrowia
- NFZ - Narodowy Fundusz Zdrowia
- NGOs - non-governmental organizations (organizacje pozarządowe)
- NIZP-PZH - Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny
- NPZ - Narodowy Program Zdrowia
- NRZ - Narodowy Rachunek Zdrowia
- OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju)
- PARPA - Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- PCA - Polskie Centrum Akredytacji
- PIS - Państwowa Inspekcja Sanitarna
- PO KL - Program Operacyjny Kapitał Ludzki
- POIiŚ - Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko
- RM - Rada Ministrów

- SPZOZ - samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
- UOKiK - Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów
- ZHW - Zakład Higieny Weterynaryjnej

Ósma funkcja zdrowia publicznego (EPHO 8) ma na celu zapewnienie zrównoważonego rozwoju organizacji i struktur finansowania dla realizacji poszczególnych działań zdrowia publicznego, podejmowanych w celu maksymalizacji efektu zdrowotnego.

Zadania określone w ustawie o zdrowiu publicznym są realizowane przez organy administracji rządowej, państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia. W realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego mogą uczestniczyć także podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w art. 2 ustawy o zdrowiu publicznym, w tym organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Dla zapewnienia wysokiej jakości opieki i poprawy poziomu zdrowia niezbędne jest odpowiednie finansowanie i struktura systemów ochrony zdrowia, skupionych na człowieku i korzystających z rozwiązań o udowodnionej skuteczności. Wymaga to reorientacji systemów ochrony zdrowia, które powinny: (a) kłaść duży nacisk na profilaktykę, (b) dbać o stałą poprawę jakości, (c) integrować świadczenia usług zdrowotnych, (d) zapewnić ciągłość opieki, (e) wspierać samoopiekę pacjentów, (f) przenieść świadczenia możliwie najbliżej domu pacjenta przy zachowaniu bezpieczeństwa i efektywności kosztowej świadczeń.



**Schemat EPHO 8.**

Opracowanie własne na podstawie European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services (WHO, 2012 EUR/RC 62/Conf. Doc/6 Rev.2) oraz Nurse J. Health 2020 and Strengthening Public Health Services and Capacity in Europe (Slovenia, 2013)

## 8.A. Zapewnienia odpowiednich struktur organizacyjnych, dla realizacji podstawowych działań zdrowia publicznego (EPHOs)

### Kluczowe działania zdrowia publicznego

Obecnie, w wyniku uwarunkowań epidemiologicznych (m.in. rozpowszechnienia chorób przewlekłych i czynników ryzyka tych chorób), demograficznych (wydłużanie czasu życia i starzenia się populacji), społecznych (narastające społeczne nierówności w zdrowiu, kryzys związany z uchodźcami) i ekonomicznych (rosnące koszty opieki zdrowotnej, kryzys ekonomiczny na rynku finansowym) powszechnie oczekuje się zwiększenia wydajności usług zdrowia publicznego.

Rolą zdrowia publicznego jest świadczeniu populacyjnych usług zapobiegawczych i wspieranie innych usług systemu zdrowia, w tym indywidualnych usług leczniczych (medycyny naprawczej).

Zdrowie publiczne wykorzystuje szeroki wachlarz metod (technologicznych, ekonomicznych, legislacyjnych, kontrolnych i egzekwujących prawo) służących modyfikacji środowiska przyrodniczego, antropologicznego i społecznego.

Instrumentarium zdrowia publicznego obejmuje również metody medyczne, takie jak np. szczepienia ochronne, masowe badania przesiewowe czy kontrolę zakażeń. Ponadto obejmuje metody „miękkie” takie jak np. edukacja, marketing społeczny, rzecznictwo oraz inżynierię społeczną (np. rozwój społeczności).

Do kluczowych działań zdrowia publicznego zaliczamy:

- Przywództwo w całym systemie zdrowotnym;
- Współpracę wszystkich sektorów społecznych;
- Wielodyscyplinarne podejście do wszystkich uwarunkowań zdrowia;
- Zaangażowanie polityczne w kreowaniu polityki zdrowia publicznego;
- Partnerstwo z populacjami, którym się służy.

### Podmioty systemu zdrowia publicznego w Polsce

Władzy publicznej oraz przedstawionym poniżej uczestnikom systemu zdrowia publicznego można przypisać następujące rodzaje aktywności: (a) regulacyjną, w tym kontrolno-nadzorczą, (b) organizacyjną oraz (c) finansową (płatniczą).

## Uczestnicy systemu zdrowia publicznego

### 1. Organy administracji publicznej:

- Ministerstwo Zdrowia i inne ministerstwa (m.in. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Ministerstwo Ochrony Środowiska, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego);
  - Rada do spraw Zdrowia Publicznego (przedstawiciele: Prezydenta RP oraz poszczególnych resortów);
  - Konsultanci krajowi i wojewódzcy w poszczególnych dziedzinach medycyny;
- Centralne organy administracji rządowej:
  - Państwowa Inspekcja Sanitarna;
  - Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna;
  - Inspekcja Weterynaryjna;
  - Inspekcja Ochrony Środowiska;
  - Inspektor ds. Substancji Chemicznych;
  - Inspekcja Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych;
  - Państwowa Inspekcja Ochrony Roślin i Nasiennictwa;
  - Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
  - Inspekcja Handlowa;
  - Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;
- Inne podmioty administracji publicznej działające w obszarze zdrowia publicznego:
  - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
  - Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych;
  - Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii;
  - Krajowe Centrum ds. AIDS;
- Wojewodowie i administracja rządowa w województwie;
- Jednostki samorządu terytorialnego:
  - Gminy;
  - Powiaty;
  - Samorząd Województwa;

### 2. Płatnicy publiczni świadczeń opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego:

- Narodowy Fundusz Zdrowia;
- Fundusz Ubezpieczenia Społecznego;
- Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
- Ministrowie jako płatnicy;

3. Podmioty prowadzące działalność naukowo-badawczą i dydaktyczną w zakresie zdrowia publicznego:
  - Szkoły wyższe;
  - Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego;
  - Jednostki naukowe prowadzące działalność badawczo-rozwojową w dziedzinie zdrowia publicznego;
  - Towarzystwa naukowe oraz medyczne towarzystwa zawodowe związane z problematyką zdrowia publicznego;
  - Podmioty prowadzące działalność leczniczą
4. Instytucje stojące na straży przestrzegania praw podmiotowych w sferze zdrowia publicznego:
  - Rzecznik Praw Obywatelskich;
  - Rzecznik Praw Dziecka;
  - Rzecznik Praw Pacjenta;
5. Samorządy zawodowe
6. Organizacje pozarządowe i inne podmioty prowadzące działalność pożytku publicznego.

## Struktura organizacyjna Ministerstwa Zdrowia

Minister Zdrowia jest naczelnym organem administracji rządowej właściwym w sprawach polityki zdrowotnej państwa. Jest on jednoosobowym organem, powołanym do kierowania działem administracji rządowej - zdrowie.

Zakres zadań Ministra Zdrowia reguluje rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 roku w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia.

Minister Zdrowia kieruje działem zdrowie, jest dysponentem części 46 budżetu państwa i jest właściwy w ramach kategorii ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej, jak również w sprawach nadzoru nad produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi, produktami biobójczymi, kosmetykami w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia ludzi, organizacji i nadzoru nad systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego, lecznictwa uzdrowiskowego, kontroluje wykonywanie zawodów medycznych, przestrzeganie warunków sanitarnych oraz nadzór sanitarny nad żywnością.

Ponadto Minister Zdrowia sprawuje nadzór nad Głównym Inspektorem Sanitarnym, Głównym Inspektorem Farmaceutycznym, Inspektorem ds. Substancji Chemicznych, Prezesem Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz 16 instytutami badawczymi.

### Instytuty badawcze nadzorowane przez Ministra Zdrowia:

- Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
- Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie;
- Instytut Matki i Dziecka w Warszawie;
- Instytut Reumatologii im prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie;
- Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie;
- Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie;
- Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie;
- Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w W-wie;
- Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera w Łodzi;
- Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu;
- Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie;
- Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi;
- Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła w Warszawie;
- Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie;
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny w Warszawie;
- Narodowy Instytut Leków w Warszawie.

Istotna rola Ministra Zdrowia przejawia się także w sprawowaniu nadzoru nad działalnością płatnika w systemie - Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).

Ministerstwo Zdrowia zostało utworzone na podstawie przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 r. w sprawie utworzenia Ministerstwa Zdrowia. Ministerstwo stanowi urząd administracji rządowej, obsługujący Ministra Zdrowia.

Zgodnie z regulaminem organizacyjnym, Minister Zdrowia kieruje działem „zdrowie” przy pomocy Sekretarza Stanu, Podsekretarzy Stanu i Gabinetu Politycznego Ministra oraz ministerstwa.

Ministerstwo Zdrowia pełni kluczową rolę w zakresie prowadzenia i wdrażania polityki zdrowotnej w państwie. Wspierane jest przez organy doradcze, do których zaliczamy m.in. Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Ministerstwo Zdrowia posiada funkcje o charakterze strategicznym, politycznym oraz kontrolnym i nadzorczym. Obecnie w ramach Ministerstwa Zdrowia działa 17 departamentów.

Do zadań poszczególnych komórek organizacyjnych ministerstwa należy:

### **Gabinet Polityczny Ministra**

- Prowadzenie spraw powierzonych przez ministra zdrowia wynikających z jego funkcji politycznej, które dotyczą współdziałania ministra z organami władzy państwowej, administracji publicznej i samorządowej, partii politycznych, związków zawodowych i organizacji społecznych;
- Przygotowanie propozycji działań, analiz i raportów odnoszących się do zadań ministra;
- Merytoryczne koordynowanie przygotowywania porad, spotkań, wizyt krajowych i zagranicznych ministra, sekretarza stanu i podsekretarza stanu, udział w tych przygotowaniach.

### **Departament Analiz i Strategii**

- Analizowanie działań strategicznych w zakresie kompetencji ministra zdrowia, w szczególności dotyczących optymalizacji środków przeznaczonych na służbę zdrowia oraz planowania kadr medycznych i zasobów;
- Udział w rozwijaniu działalności informacyjnej niezbędnej do bieżących działań zarządczych w jednostkach samorządu terytorialnego związanych z ochroną zdrowia;
- Współpraca z międzynarodowymi ekspertami oraz organizacjami, m.in. Bankiem Światowym, WHO oraz OECD, aby rozwijać priorytety i strategie zdrowotne w oparciu o ogólnie przyjęte standardy dotyczące zarówno bezpieczeństwa medycznego pacjentów, jak i ekonomicznej optymalizacji działalności podmiotów leczniczych;
- Przygotowanie istotnych z punktu widzenia strategicznego oraz zgodności z działalnością UE Regionalnych Map Potrzeb Zdrowotnych, które są ważnym narzędziem strategicznym, opartym na dokładnej analizie bieżącego stanu zdrowia Polaków.

### **Departament Budżetu, Finansów i Inwestycji**

- Opracowywanie i wykonywanie budżetu państwa w części 46 - Zdrowie, zarówno w układzie tradycyjnym, jak i zadaniowym;
- Opracowanie i prowadzenie nadzoru nad realizacją planów finansowych podległych jednostek budżetowych, a także analiza sytuacji finansowej SPZOZ-ów;
- Koordynowanie spraw związanych z projektami programów i zadań inwestycyjnych, nadzorowanie procesów inwestycyjnych oraz rozliczanie inwestycji budowlanych i zakupów inwestycyjnych;
- Sporządzanie planu działalności dla działu administracji rządowej Zdrowie oraz aktualizowanie Wieloletniego Planu Finansowego Państwa w zakresie wydatków ministra zdrowia.



**Departament Dialogu Społecznego**

- Realizowanie zadań dotyczących spraw zawodowych pracowników ochrony zdrowia we współpracy z samorządami zawodowymi, związkami zawodowymi, organizacjami pracodawców oraz jednostkami samorządu terytorialnego;
- Nadzorowanie wykonywania zadań z zakresu administracji rządowej zleconych organom samorządów zawodowych lekarzy, diagnostów laboratoryjnych oraz aptekarzy.

**Departament Funduszy Europejskich**

- Realizowanie zadań wynikających z pełnienia przez ministra zdrowia funkcji:
  - Instytucji Pośredniczącej dla Priorytetu XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w ramach PO IiŚ;
  - Instytucji Wdrażającej dla Działania 2.3 Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w ramach PO KL;
  - Instytucji Pośredniczącej dla Priorytetu V Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego (MF EOG i NMF);
  - Operatora Programów: PL 07 Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych i PL13 Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu w ramach funduszy norweskich i funduszy EOG 2009-2014 (tj. MF EOG i NMF 2009-2014);
- W wymienionych obszarach wsparcia - programowanie, nadzorowanie przygotowania i przeprowadzenia wyboru projektów oraz zawieranie umów o dofinansowanie, organizację naboru i wybór projektów do wsparcia, monitorowanie działań i projektów, zarządzanie finansowe, ewaluację działań, kontrolę, pomoc techniczną oraz informację i promocję.

**Departament Matki i Dziecka**

- Realizowanie zadań dotyczących profilaktyki zdrowotnej oraz opracowywania i wdrażania rozwiązań systemowych w zakresie opieki zdrowotnej nad kobietami w okresie ciąży, porodu i połogu oraz nad dziećmi i młodzieżą do ukończenia 19 lat;
- Zajmowanie się zagadnieniami dotyczącymi zdrowia prokreacyjnego i leczenia niepłodności, a także stomatologią, medycyną sportową, szczepieniami ochronnymi oraz postanowieniami Konwencji o Prawach Dziecka, w tym związanych z przeciwdziałaniem przemocy wobec dzieci i promowaniem karmienia piersią;
- Wykonywanie zadań związanych z przepisami ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży.

**Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg**

- Kontrolowanie jednostek podległych lub nadzorowanych przez ministra zdrowia w zakresie określonym przepisami prawa;
- Zajmowanie się sprawami dotyczącymi nieruchomości jednostek podległych lub nadzorowanych przez ministra zdrowia, z wyłączeniem NFZ;
- Przyjmowanie skarg i wniosków oraz prowadzenie ich wykazu;
- Ewidencjonowanie fundacji, dla których minister zdrowia jest ministrem właściwym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 kwietnia 1984 r. o fundacjach.

**Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego**

- Prowadzenie spraw związanych z kształceniem przeddyplomowym i podyplomowym kadr medycznych;
- Zajmowanie się merytoryczną obsługą umów zawieranych z jednostkami szkolącymi lekarzy i lekarzy dentyistów w trybie rezydentury. Koordynowanie kwestii dotyczących uznawania kwalifikacji w zawodach medycznych oraz legalizacji dyplomów wydanych przez uczelnie podległe ministrowi zdrowia;
- Wykonywanie zadań wynikających z nadzoru ministra zdrowia nad instytutami badawczymi oraz związanych z funkcjonowaniem uczelni medycznych, uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) oraz Głównej Biblioteki Lekarskiej (GBL);
- Prowadzenie spraw dotyczących powoływania oraz działalności konsultantów krajowych w ochronie zdrowia.

**Departament Organizacji Ochrony Zdrowia**

- Prowadzenie spraw związanych z funkcjonowaniem podmiotów wykonujących działalność leczniczą i wsparciem procesu przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- Nadzorowanie rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- Wykonywanie zadań związanych z akredytacją w ochronie zdrowia oraz określaniem katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, lecznictwa uzdrowiskowego i warunków ich realizacji;
- Prowadzenie spraw związanych z funkcjonowaniem uzdrowisk;
- Współpraca i nadzorowanie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) w zakresie realizacji projektów systemów informacyjnych w ochronie zdrowia i projektów e-zdrowia.

**Departament Pielęgniarek i Położnych**

- Gromadzenie i analizowanie danych dotyczących zawodów pielęgniarki i położnej;

- Prowadzenie spraw związanych z ich kształceniem, współpraca z podmiotami zewnętrznymi w zakresie dotyczącym tych zawodów, wykonywanie zadań związanych z działalnością konsultantów krajowych w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa;
- Beneficjent systemowy wdrażania projektów „Kształcenie zawodowe pielęgniarzek i położnych w ramach studiów pomostowych” oraz „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej” współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

#### **Departament Polityki Lekowej i Farmacji**

- Realizowanie polityki ministra zdrowia dotyczącej produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz prowadzenie procedury legislacyjnej aktów prawnych w tym zakresie;
- Zajmowanie się kwestiami refundacji, bezpieczeństwa oraz dostępności produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
- Prowadzenie postępowania z zakresu importu docelowego.

#### **Departament Polityki Zdrowotnej**

- Realizacja zadań z zakresu transplantologii komórek, tkanek i narządów w Polsce;
- Planowanie i opracowywaniem programów zdrowotnych, w tym Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, a także rozliczanie i monitorowanie ich realizacji.

#### **Departament Prawny**

- Zapewnienie obsługi prawnej ministra zdrowia oraz Ministerstwa Zdrowia;
- Ponoszenie odpowiedzialności za zgodność projektów aktów prawnych przygotowywanych w urzędzie z obowiązującym systemem prawnym oraz zasadami techniki prawodawczej;
- Zapewnienie zastępstwa procesowego ministra zdrowia przed sądami powszechnymi, administracyjnymi i Trybunałem Konstytucyjnym, a także innymi organami;
- Sporządzanie, we współpracy z komórkami organizacyjnymi Ministerstwa, opinii prawnych oraz stanowisk dotyczących przepisów z zakresu ochrony zdrowia.

#### **Departament Spraw Obronnych, Zarządzania kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych**

- Koordynowanie realizacji zadań w ramach przygotowań obronnych państwa dotyczących działu administracji rządowej - Zdrowie;

- Wykonywanie zadań związanych z nadzorem ministra zdrowia nad systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego;
- Koordynowanie całokształtu przedsięwzięć dotyczących zarządzania kryzysowego w zakresie właściwym dla ministra zdrowia;
- Prowadzenie spraw związanych z Rządowym Programem Rezerw Strategicznych w ramach gromadzenia rezerw produktów leczniczych i wyrobów medycznych służących realizacji zadań związanych z zagrożeniem bezpieczeństwa i obronności państwa, porządku i zdrowia publicznego oraz wystąpieniem klęski żywiołowej lub sytuacji kryzysowej;
- Zapewnienie ochrony informacji niejawnych oraz nadzorowanie przestrzegania zasad ochrony danych osobowych w Ministerstwie Zdrowia.

#### **Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego**

- Nadzorowanie NFZ na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- Monitorowanie kontraktowania przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienie ubezpieczonym dostępności do tych świadczeń;
- Prowadzenie spraw wynikających z przepisów o koordynacji systemu zabezpieczenia społecznego oraz związanych z rozliczaniem kosztów leczenia cudzoziemców na terytorium RP na podstawie umów i porozumień międzynarodowych;
- Opracowanie i opiniowanie projektów aktów prawnych w ramach ubezpieczeń zdrowotnych i udzielanie wyjaśnień w zakresie stosowania przepisów dotyczących powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

#### **Departament Współpracy Międzynarodowej**

- Koordynowanie spraw związanych z członkostwem Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej i w organizacjach międzynarodowych w zakresie kompetencji ministra zdrowia;
- Udział w pracach związanych z dostosowaniem polskich przepisów do prawa Unii Europejskiej;
- Przygotowywanie i nadzorowanie realizacji umów międzynarodowych w zakresie ochrony zdrowia i nauk medycznych.

#### **Departament Zdrowia Publicznego**

- Prowadzenie spraw związanych z realizacją zadań dotyczących zdrowia psychicznego oraz Narodowego Programu Zdrowia;
- Nadzorowanie systemu leczenia odwykowego i leczenia uzależnień, jak również służby medycyny pracy i orzecznictwa lekarskiego w tym zakresie;
- Zajmowanie się zagadnieniami dotyczącymi opieki geriatrycznej, gerontologicznej, długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej;

- Wykonywanie zadań w ramach ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, leczenia sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej, a także w ramach zagrożeń zdrowia środowiskowego oraz ochrony radiologicznej pacjenta;
- Prowadzenie spraw dotyczących osób niepełnosprawnych oraz organizacji pozarządowych wykorzystujących środki finansowe z części 46-Zdrowie.

#### **Biuro Dyrektora Generalnego**

- Koordynowanie spraw dotyczących zapewnieniem prawidłowej organizacji i funkcjonowania Ministerstwa Zdrowia;
- Zapewnienie obsługi prawno-organizacyjnej i informatycznej urzędu oraz przeprowadzanie w nim kontroli wewnętrznych;
- Prowadzenie gospodarki majątkowej oraz administrowanie nieruchomościami i infrastrukturą obiektów będących w trwałym zarządzie Ministerstwa Zdrowia;
- Zapewnienie obsługi kancelaryjno-biurowej dyrektora generalnego oraz obsługi administracyjno-technicznej urzędu.

#### **Biuro Ministra**

- Ponoszenie odpowiedzialności za organizacyjne wspomaganie ministra zdrowia i pozostałych członków Kierownictwa;
- Monitorowanie realizacji zadań wynikających z planów pracy i protokołów posiedzeń Rady Ministrów i Komitetu Rady Ministrów;
- Zapewnianie obsługi posiedzeń Kierownictwa;
- Koordynowanie zadań wynikających z programów, planów prac sejmowych i senackich oraz wniosków i postulatów z posiedzeń Sejmu i Senatu RP, a także w zakresie udzielania odpowiedzi na korespondencję otrzymaną z Sejmu i Senatu RP, Kancelarii Prezydenta oraz Kancelarii Prezesa Rady Ministrów;
- Prowadzenie spraw dotyczących przyznawania odznaczeń państwowych oraz odznaki ministra osobom zasłużonym dla ochrony zdrowia;
- Koordynowanie prac związanych z przyznawaniem honorowego patronatu ministra oraz zapewnianie obsługi kancelaryjnej Ministerstwa.

#### **Biuro Prasy i Promocji**

- Zapewnianie obsługi prasowej ministra zdrowia;
- Organizowanie konferencji prasowych i przygotowywanie (we współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi) odpowiedzi na pytania kierowane przez dziennikarzy do ministra i urzędu;
- Prowadzenie strony internetowej Ministerstwa Zdrowia i Biuletynu Informacji Publicznej;
- Nadzorowanie działania promocyjnego komórek organizacyjnych oraz jednostek organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra zdrowia.

## System laboratoriów zdrowia publicznego

Aby skutecznie reagować na pojawiające się zagrożenia zdrowotne w każdym kraju powinna zostać stworzona sieć laboratoriów zdrowia publicznego. Dostarczanie wysokiej jakości usług laboratoryjnych jest kluczowe w każdym systemie zdrowotnym, zarówno dla podejmowania właściwych decyzji klinicznych, jak i monitorowania czynników zagrażających zdrowiu ludności (np. jakość środowiska naturalnego, bezpieczeństwo żywności, antybiotykooporność).

Do podstawowych zadań laboratoriów zdrowia publicznego (tj. podkreślających zdolność do wspierania funkcji zdrowia publicznego) zaliczamy:

- Sprawowanie nadzoru epidemiologicznego, kontrolę i zapobieganie chorobom;
- Zintegrowane zarządzanie zbieranymi informacjami/danymi;
- Wykonywanie wysokospecjalistycznych badań (laboratoria referencyjne);
- Ochronę środowiska naturalnego oraz zdrowia środowiskowego;
- Nadzór nad bezpieczeństwem żywności;
- Ustanawianie regulacji prawnych w odniesieniu do działalności laboratoryjnej, poprawa jakości;
- Kształtowanie polityki zdrowotnej;
- Reagowanie w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej;
- Badania naukowe w obszarze zdrowia publicznego;
- Kształcenie kadr zdrowia publicznego;
- Budowanie partnerstwa, komunikowanie społeczne.

W Polsce nie ma zbudowanego jednolitego systemu laboratoriów zdrowia publicznego. Laboratoria zajmujące się wykonywaniem medycznych badań diagnostycznych czy prowadzeniem monitoringu i kontroli w odpowiednich obszarach (np. bezpieczeństwa żywności, nadzoru epidemiologicznego) umiejscowione są w różnych instytucjach i pozostają pod nadzorem różnych resortów, m.in. Ministra Zdrowia, Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Ministra Środowiska.

Przykładowo, zgodnie z krajowymi ustawami kompetencyjnymi w Polsce organami urzędowej kontroli żywności w rozumieniu art. 4 rozporządzenia (WE) nr 882/2004/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt są: (a) Inspekcja Weterynaryjna (IW), (b) Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS), (c) Państwowa Inspekcja Ochrony Roślin i Nasiennictwa (PIORIN), (d) Inspekcja Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych (IJHARS), (e) Inspekcja Handlowa (IH).

Listy laboratoriów referencyjnych w określonych dziedzinach sporządzane są przez ministrów (m.in. właściwych do spraw zdrowia, rolnictwa) i ogłaszane w stosownych rozporządzeniach. W odniesieniu do kwestii bezpieczeństwa żywności kompetencje nadzorcze nad laboratoriami referencyjnymi podzielone są pomiędzy Ministra właściwego ds. zdrowia oraz Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi.

Działając na podstawie art. 78 ust. 4 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. z 2010 r. Nr 136, poz. 914, z późn. zm. 2) Minister Zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie wykazu laboratoriów referencyjnych i zaliczył do nich:

- Laboratoria Instytutu Żywności i Żywienia;
- Regionalne Laboratorium Badań Żywności Genetycznie Modyfikowanej w Tarnobrzegu;
- Laboratorium Zakładu Bezpieczeństwa Żywności NIZP-PZH;
- Dział Laboratoryjny Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie - Pracownię Badania Pozostałości Pesticydów;
- Samodzielne Laboratorium Identyfikacji Napromieniania Żywności Instytutu Chemii i Techniki Jądrowej.

Z kolei rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 26 maja 2015 r. w sprawie laboratoriów urzędowych i referencyjnych oraz zakresu analiz (zgodność z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia i dobrostanu zwierząt) wykonywanych przez te laboratoria przytacza listę laboratoriów referencyjnych:

- Laboratorium w Zakładzie Badania Pozostałości Środków Ochrony Roślin Instytutu Ochrony Roślin-PIB;
- Laboratorium Kontroli Genetycznie Modyfikowanych Organizmów Instytutu Hodowli i Aklimatyzacji Roślin-PIB;
- Laboratorium w Zakładzie Higieny Pasz Państwowego Instytutu Weterynaryjnego-PIB;
- Laboratorium w Zakładzie Farmakologii i Toksykologii Państwowego Instytutu Weterynaryjnego-PIB;
- Laboratoria Okręgowej Stacji Chemiczno-Rolniczej w Warszawie.

### **Laboratoria Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH**

W Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego-Państwowym Zakładzie Higieny prowadzą działalność następujące laboratoria:

- Laboratoria posiadające akredytację Polskiego Centrum Akredytacji (PCA):
  - Laboratorium Zakładu Bakteriologii;
  - Laboratorium Zakładu Badania Surowic i Szczepionek;

- Laboratorium Zakładu Higieny Radiacyjnej i Radiobiologii;
- Laboratorium Zakładu Parazytologii;
- Laboratorium Zakładu Wirusologii;
- Laboratorium Samodzielnej Pracowni Riketsji, Chlamydii i Krętków Odzwierzęcych;
- Laboratorium Zakładu Higieny Środowiska;
- Laboratorium Zakładu Bezpieczeństwa Żywności;
- Laboratorium Zakładu Badania Wirusów Grypy;
- Laboratoria posiadające akredytację WHO:
  - Krajowy Ośrodek ds. Zakażeń Poliowirusami;
  - Narodowe Laboratorium WHO ds. odry/różyczki;
- Laboratoria referencyjne powołane rozporządzeniem Ministra Zdrowia:
  - Laboratorium Zakładu Bezpieczeństwa Żywności;
- Laboratoria posiadające akredytację EDQM:
  - Laboratorium Zakładu Badania Surowic i Szczepionek;
- NIZP-PZH posiada wdrożony System Zarządzania Jakością spełniający wymagania PN-EN ISO 9001:2008 w zakresie dokonywania oceny ryzyka związanego z obecnością pozostałości pestycydów oraz trwałych zanieczyszczeń w żywności, opiniowania i opracowywania dokumentacji dotyczącej środków ochrony roślin, substancji chemicznych i ich mieszanin na zlecenie klientów przed wprowadzeniem do obrotu, a także badania skuteczności produktów biobójczych (Zakład Toksykologii i Oceny Ryzyka oraz Samodzielna Pracownia Entomologii Medycznej i Zwalczania Szkodników).
- Laboratorium BSL3 NIZP-PZH.

Innymi placówkami posiadającymi laboratoria klasy BSL-3 są w Polsce: Ośrodek Diagnostyki i Zwalczania Zagrożeń Biologicznych Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii w Puławach oraz Państwowy Instytut Weterynaryjny w Puławach.

## **Laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej**

Akredytowane laboratoria PIS wykonują badania w zakresie m.in. higieny komunalnej, jakości wody do spożycia przez ludzi, higieny środowiska, higieny radiacyjnej, epidemiologii czy bezpieczeństwa żywności.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. zawiera listę wojewódzkich oraz powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych wykonujących nieodpłatnie badania laboratoryjne i pomiary:

- wody;
- żywności;
- w budynku mieszkalnym, w budynku użyteczności publicznej, w budynku zamieszkania zbiorowego:



- w zakresie pomiarów czynników fizycznych w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi;
- w zakresie badania stężenia czynników chemicznych w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi;
- w zakresie badania stężenia czynników biologicznych w pomieszczeniach przeznaczonych na pobyt ludzi;
- środowiska pracy:
  - czynniki fizyczne;
  - stężenia pyłów;
  - stężenia czynników chemicznych;
  - czynniki biologiczne;
- czynników chorobotwórczych.

Główny Inspektor Sanitarny w corocznej publikacji „Stan sanitarny kraju” zamieszcza informacje o działalności laboratoryjnej prowadzonej w strukturach PIS. Dla przykładu w 2014 r.:

- laboratoria PIS, działające w zintegrowanym systemie badania żywności, zbadały ogółem 69 779 próbek środków spożywczych, z których 2,96% nie spełniało obowiązujących w kraju wymagań jakości zdrowotnej;
- bazą laboratoryjną umożliwiającą przeprowadzenie badań i pomiarów czynników szkodliwych i uciążliwych w środowisku pracy, oprócz laboratoriów funkcjonujących w 16 wojewódzkich stacjach sanitarno-epidemiologicznych, dysponowało także 57 jednostek PIS szczebla powiatowego. Przeprowadzono 133 949 oznaczeń czynników szkodliwych i uciążliwych, dokonując oceny na 34 117 stanowiskach pracy;
- w ramach badań środków spożywczych laboratoria PIS dokonały analiz laboratoryjnych 2699 suplementów diety.

## **Laboratoria Inspekcji Weterynaryjnej**

W skład systemu weterynaryjnej diagnostyki laboratoryjnej wchodzi 16 Zakładów Higieny Weterynaryjnej (jedno laboratorium ZHW w każdym z województw), wraz z 15 podległymi im pracowniami i oddziałami, Laboratorium Badania Mleka Surowego wchodzące w skład Powiatowego Inspektoratu Weterynarii w Skierniewicach oraz Państwowy Instytut Weterynaryjny-Państwowy Instytut Badawczy w Puławach, jako laboratorium referencyjne, sprawujące nadzór nad jakością badań wykonywanych przez laboratoria ZHW.

Laboratoriami referencyjnymi wchodzącymi w skład systemu w zakresie badań pasz są również Instytut Ochrony Roślin w Poznaniu oraz Instytut Zootechniki-Państwowy Instytut Badawczy Krajowe Laboratorium Pasz w Lublinie.

W ramach systemu diagnostyki laboratoryjnej działają laboratoria wykonujące urzędowe badania mięsa na obecność włośni. Pracownie zlokalizowane są głównie w rzeźniach ale również w zakładach przetwórstwa dziczyzny, zakładach higieny weterynaryjnej, powiatowych inspektoratach weterynarii oraz w prywatnych lecznicach. Pracownie badające mięso w kierunku włośni wchodzi w struktury zakładów higieny weterynaryjnej i są przez nie nadzorowane pod względem merytorycznym.

Laboratoria wchodzące w skład systemu zajmują się diagnostyką weterynaryjną oraz biorą czynny udział w zapewnieniu odpowiedniego poziomu ochrony zdrowia publicznego i ochrony zdrowia zwierząt, monitorując skażenia żywności pochodzenia zwierzęcego substancjami toksycznymi, hormonami, produktami leczniczymi, zanieczyszczeniami środowiskowymi (metalami ciężkimi, pestycydami), zanieczyszczenia żywności drobnoustrojami chorobotwórczymi i larwami pasożytów, jak również diagnozując choroby zakaźne zwierząt, w tym zoonozy. Wszystkie laboratoria urzędowe posiadają certyfikaty akredytacji, zgodnie z normą ISO 17 025 wydane przez PCA.

Wyniki badań przeprowadzanych w urzędowych laboratoriach weterynaryjnych są podstawą do wydawania decyzji administracyjnych w sprawach zwalczania chorób zakaźnych zwierząt, żywności pochodzenia zwierzęcego niespełniającej wymogów pełnego bezpieczeństwa dla konsumentów, materiału biologicznego, pasz i ubocznych produktów zwierzęcych. Są także niezbędne dla certyfikacji towarów na eksport oraz przy imporcie zwierząt lub produktów pochodzenia zwierzęcego.

## **Laboratoria Inspekcji Ochrony Środowiska**

W Inspekcji Ochrony Środowiska funkcjonuje 16 wojewódzkich laboratoriów (posiadających również pracownie w niektórych delegaturach wojewódzkich inspektoratów) i 16 automatycznych sieci monitoringu powietrza atmosferycznego znajdujących się w strukturach organizacyjnych laboratoriów.

Wszystkie laboratoria wojewódzkich inspektoratów ochrony środowiska w 2014 r. posiadały certyfikaty akredytacji laboratoriów badawczych, przyznawane przez PCA.

Nadzór nad jakością badań prowadzonych przez automatyczne sieci monitoringu powietrza prowadzi Krajowe Laboratorium Referencyjne i Wzorcujące (KLRiW) Głównego Inspektoratu Ochrony Środowiska. W roku 2014 Krajowe Laboratorium Referencyjne i Wzorcujące GIOŚ, uczestniczyło w Europejskiej Sieci Krajowych Laboratoriów Referencyjnych ds. Monitoringu Powietrza - AQUILA oraz w międzynarodowych porównaniach międzylaboratoryjnych dla krajowych laboratoriów referencyjnych w zakresie zanieczyszczeń gazowych (SO<sub>2</sub>, CO, NO/NO<sub>2</sub>,

O3) organizowanych przez Wspólne Centrum Badawcze Komisji Europejskiej w Isprze.

### **Laboratoria Inspekcji Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych (IJHARS)**

IJHARS wykonuje badania w 5 laboratoriach Głównego Inspektoratu Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych: w Centralnym Laboratorium w Poznaniu oraz w 4 Laboratoriach Specjalistycznych (w Kielcach, Lublinie, Białymstoku, Gdyni).

Wykaz w/w krajowych laboratoriów referencyjnych właściwych dla poszczególnych przedmiotów i rodzajów badań w zakresie jakości handlowej artykułów rolno-spożywczych zawarty jest w rozporządzeniu Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 10 grudnia 2014 r. w sprawie krajowych laboratoriów referencyjnych w zakresie jakości handlowej artykułów rolno-spożywczych.

Laboratoria Inspekcji, spełniają wymagania stawiane przez Rozporządzenie (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt.

Laboratoria posiadają potwierdzone kompetencje poprzez akredytację zgodną z normą PN-EN ISO/IEC 17025. Przeprowadzane analizy laboratoryjne weryfikowane są poprzez udział w badaniach międzylaboratoryjnych, zarówno krajowych jak i zagranicznych.

### **Laboratoria Inspekcji Handlowej (IH)**

Laboratoria funkcjonują w strukturze Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK) oraz Wojewódzkich Inspektorów Inspekcji Handlowej.

Badaniom laboratoryjnym poddawane są produkty pobrane w toku kontroli prowadzonych przez IH. Najliczniejszą grupę badanych produktów na rynku konsumenckim stanowią produkty spożywcze (większość laboratoriów specjalizuje się w badaniu żywności). Badaniom podlegają również produkty włókiennicze i inne artykuły nieżywnościowe (Specjalistyczne Laboratorium Produktów Włókienniczych i Analizy Instrumentalnej w Łodzi), paliwa i chemia gospodarcza (Specjalistyczne Laboratorium Badania Paliw i Produktów Chemii Gospodarczej w Bydgoszczy) oraz zabawki (Specjalistyczne Laboratorium Badania Zabawek w Lublinie).

## **Laboratoria Państwowej Inspekcji Ochrony Roślin i Nasiennictwa (PIORiN)**

Centralne Laboratorium pełni funkcję krajowego laboratorium referencyjnego w zakresie diagnostyki fitosanitarnej. Laboratoria i Pracownie prowadzone są przy Wojewódzkich Inspektoratach Ochrony Roślin i Nasiennictwa.

## **Laboratoria Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej (IF)**

Zadania Inspekcji Farmaceutycznej określa art. 108 ustawy Prawo farmaceutyczne. Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna sprawuje nadzór nad warunkami wytwarzania i importu produktów leczniczych oraz produktów leczniczych weterynaryjnych, nad jakością i obrotem produktami leczniczymi (z wyłączeniem produktów leczniczych weterynaryjnych) a także nad obrotem wyrobami medycznymi (z wyłączeniem wyrobów medycznych stosowanych w medycynie weterynaryjnej).

Celem nadzoru jest zabezpieczenie interesu społecznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowia i życia ludzi przy stosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

Laboratoria Kontroli Jakości Leków przy Wojewódzkich Inspektoratach Farmaceutycznym o statusie krajowego laboratorium badawczego działają w oparciu o przepisy ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne. Wykonują one badania kontrolne jakości leków recepturowych i aptecznych oraz próbek pobranych podczas kontroli inspektorów farmaceutycznych.

Ponadto, badania jakościowe produktów leczniczych, produktów leczniczych weterynaryjnych, materiałów wyjściowych i produktów pośrednich lub innych składników produktu leczniczego lub produktu leczniczego weterynaryjnego w toku postępowania o udzielenie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu wykonują:

- Narodowy Instytut Leków w Warszawie;
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny w Warszawie - w odniesieniu do produktów immunologicznych, produktów krwiopochodnych i produktów leczniczych stosowanych w diagnostyce serologicznej;
- Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie - w odniesieniu do kontroli seryjnej wstępnej produktów krwiopochodnych;
- Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dra med. Aleksandra Szczygła w Warszawie - w odniesieniu do produktów leczniczych stosowanych w dietach eliminacyjnych;
- Państwowy Instytut Weterynaryjny-Państwowy Instytut Badawczy w Puławach - w odniesieniu do produktów leczniczych weterynaryjnych.

## Akredytacja laboratoriów

Najważniejszym kryterium prawidłowego funkcjonowania laboratorium jest wykonywanie wysokiej jakości usług oraz uzyskiwanie wiarygodnych i powtarzalnych wyników. Laboratorium zobowiązane jest do prowadzenia kontroli wewnętrznej (systematycznej kontroli wszystkich rodzajów badań wykonywanych w laboratorium) i zewnętrznej, zgodnie ze standardami jakości określonymi przez Ministra Zdrowia. Akredytacja jest formą oceny zewnętrznej funkcjonowania laboratorium. Jej podstawą jest norma ISO 15189, oparta na międzynarodowych normach ISO 17025 i 9000. W Polsce jednostką akredytującą laboratoria jest Polskie Centrum Akredytacji (PCA). PCA posiada status państwowej osoby prawnej i jest nadzorowane przez ministra właściwego do spraw gospodarki.

Na stronie Polskiego Centrum Akredytacji (<https://www.pca.gov.pl>) można w wyszukiwarce odnaleźć akredytowane laboratoria w podziale na m.in. laboratoria badawcze, laboratoria medyczne, jednostki inspekcyjne. Wyszukiwania laboratoriów można dokonać wg następujących cech: (a) numer akredytacji, (b) nazwa laboratorium, (c) nazwa organizacji, (d) miejscowość, (e) województwo, (f) dziedzina badań, (g) obiekt badań.

Publikowane informacje dotyczą: (i) numeru akredytacji, daty przyznania akredytacji, daty ważności certyfikatu, zakresu akredytacji, (ii) danych teleadresowych organizacji i laboratorium, (iii) dziedzin badań, (iv) badanych obiektów.

## Ewidencja medycznych laboratoriów diagnostycznych

Ewidencja medycznych laboratoriów diagnostycznych jest prowadzona przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych na podstawie art. 19 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1384 ze zm.) - art. 19. Podstawą prawną wpisu danego laboratorium do ewidencji prowadzonej przez KRDL jest uchwała Nr 137/III/2014 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 maja 2014 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu prowadzenia ewidencji laboratoriów.

Dane zbierane obowiązkowo przy wpisie laboratorium do ewidencji dotyczą: pełnej i skróconej nazwy laboratorium, siedziby i adresu laboratorium, nazwy, adresu i formy organizacyjno-prawnej podmiotu prowadzącego laboratorium, jego numeru w rejestrze przedsiębiorców albo w innym właściwym rejestrze lub w ewidencji. Informacje te są ogólnodostępne na stronie internetowej Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych <http://kidl.org.pl/index.php?page=lista-laboratoriow>, gdzie znajduje się lista medycznych laboratoriów diagnostycznych zlokalizowanych w poszczególnych województwach.

Dane zbierane fakultatywnie przez KRDL i nie udostępniane publicznie dotyczą: (a) informacji o działalności medycznego laboratorium udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki laboratoryjnej (badania laboratoryjne

z uwzględnieniem działów diagnostyki laboratoryjnej, prowadzona kontrola jakości, posiadana aparatura, kwalifikacje personelu i kierownika laboratorium, metraż laboratorium, liczba i przeznaczenie pomieszczeń, data rozpoczęcia działalności) oraz (b) formularza badań genetycznych.

Wymienione działy diagnostyki laboratoryjnej to:

- Hematologia;
- Chemia kliniczna;
- Koagulologia;
- Analityka ogólna;
- Równowaga kwasowo-zasadowa (gazometria);
- Laboratoryjna immunologia medyczna;
- Bakteriologia;
- Wirusologia;
- Mykologia;
- Parazytologia;
- Monitorowanie stężenia leków;
- Toksykologia;
- Serologia chorób zakaźnych i zakażeń;
- Serologia grup krwi;
- Medyczna genetyka laboratoryjna;
- Cytologia;
- Inne.

Rejestr nie komunikuje się z systemami teleinformatycznymi stosowanymi w ochronie zdrowia i nie posiada wypracowanego standardu komunikacyjnego z tymi systemami.

## **Baza laboratoriów badawczych w Systemie POL-on**

POL-on to zintegrowany system informacji o nauce i szkolnictwie wyższym. Głównym zadaniem systemu jest stworzenie globalnej bazy danych o jednostkach naukowych, wyższych uczelniach i nauce polskiej. Określony zakres informacji zebranych w systemie udostępniany jest publicznie.

Moduł „Laboratoria badawcze i aparatura” pozwala na uzyskanie szczegółowych informacji dotyczących jednostek organizacyjnych stanowiących laboratoria badawcze. Funkcjonalności modułu umożliwiają dostęp do następujących informacji:

- Dane jednostki;
- Informacje dotyczące poświadczenia uprawnień (akredytacja, notyfikacja, certyfikacja);
- Informacje związane z profilem działalności;
- Wykaz procedur badawczych i ich zakres;

- Wykaz aparatury badawczej;
- Wdrożone systemy jakości.

Moduł ten oparty jest na zapisach ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki (ostatnia nowelizacja 15 stycznia 2015 r.) oraz rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 29.06.2015 r. w sprawie Systemu Informacji o Nauce.

Niestety, dostępna w systemie wyszukiwarka nie pozwala na wyszukiwanie laboratoriów badawczych wg dziedziny nauki czy obszaru wiedzy.

## Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

Głównym zadaniem narodowych instytutów zdrowia publicznego jest monitorowanie i reagowanie na zagrożenia dla zdrowia. Monitorowanie zagrożeń wymaga sprawowania nadzoru epidemiologicznego oraz posiadania sieci laboratoriów referencyjnych. Z kolei reagowanie na zagrożenia pociąga za sobą konieczność wdrażania interwencji zdrowia publicznego opartych na dowodach (evidence-based public health actions). Podstawowe i uzupełniające funkcje narodowych instytutów zdrowia publicznego wg Centers for Disease Prevention and Control (CDC) przedstawiono w tabeli I .

### Tabela I.

Podstawowe i uzupełniające (potencjalne) funkcje/obszary działań narodowych instytutów zdrowia publicznego. Źródło: Frieden TR, Kaplan JP. Stronger national public health institutes for global health. Lancet 2010, 376: 1721-22.

Podstawowy obszar działań	Uzupełniające obszary działań
Gromadzenie i upowszechnianie informacji z nadzoru epidemiologicznego	Podstawowe informacje o chorobach objętych obowiązkiem sprawozdawczości, w tym raportowanie zgodności z międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi
Posiadanie w strukturze laboratoriów referencyjnych	Ostateczne potwierdzenie choroby/stanu zdrowia
Wykrywanie i zwalczanie epidemii chorób zakaźnych	Szybka reakcja w celu identyfikacji źródła zakażenia
Realizowanie programów odnoszących się do zwalczania konkretnych chorób zakaźnych	Szczepienia ochronne, prewencja i kontrola zakażeń, HIV/AIDS, zapobieganie i zwalczanie chorób przenoszonych drogą płciową itp.
Sprawowanie nadzoru i kontroli nad chorobami niezakaźnymi	Ograniczanie palenia tytoniu, żywienie, zdrowie reprodukcyjne, zdrowie matki i dziecka, nowotwory, choroby układu krążenia

Sprawowanie nadzoru i kontroli nad urazami i wypadkami	Dotyczy zarówno niezamierzonych (wypadki drogowe, upadki) jak i zamierzonych uszkodzeń ciała (zabójstwa, samobójstwa, akty przemocy)
Przywództwo w systemie zdrowia publicznego	Ustanawianie priorytetów, tworzenie polityk i ich implementacja, ustalanie programu badań naukowych w zdrowiu publicznym, opracowywanie wytycznych i rekomendacji
Wspieranie instytucji realizujących działania w obszarze zdrowia publicznego na wszystkich szczeblach	Finansowanie działań, przewodzenie działaniom, wsparcie merytoryczne i techniczne
Medycyna pracy, bezpieczeństwo i higiena pracy	Monitorowanie i opracowanie wytycznych/rekomendacji odnoszących się do zdrowia pracujących
Zdrowie środowiskowe	Bezpieczeństwo żywności, jakość powietrza, wody
Ustanawianie regulacji odnoszących się do leków oraz substancji biologicznie czynnych itp.	Ustanawianie standardów produkcji, testowania, badań klinicznych, monitorowania bezpieczeństwa stosowania
Kształcenie i rozwój kadr zdrowia publicznego	Programy kształcenia, programy specjalizacji, kursy i szkolenia doskonalące, staże, praktyki
Gotowość do sytuacji kryzysowych i reagowanie na nie	Uczestnictwo w krajowym systemie zarządzania kryzysowego
Profilaktyka występowania wad wrodzonych	Wzbogacanie żywności jodem, kwasem foliowym, Nadzór i wsparcie dla zagrożonych populacji
Komunikacja w zdrowiu	Komunikacja społeczna z wykorzystaniem mass mediów, mediów społecznościowych (populacja generalna, grupy ryzyka, politycy, pracownicy ochrony zdrowia)
Monitorowanie i poprawa jakości opieki zdrowotnej	Badania opinii społecznej, satysfakcji pacjentów, personelu placówek ochrony zdrowia oraz nacisk na działania naprawcze

## Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny jest instytutem badawczym, działającym w oparciu o ustawę z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, nadzorowanym przez Ministra właściwego do spraw zdrowia.

Jest najstarszą instytucją zdrowia publicznego w kraju - został powołany do istnienia kilka dni po ogłoszeniu niepodległości Polski, 21 listopada 1918 roku, jako Państwowy Centralny Zakład Epidemiologiczny. W 1923 r. został przemianowany na Państwowy Zakład Higieny (następnie - Państwowy Zakład Higieny),



a w roku 2007 mocą rozporządzenia Ministra Zdrowia na Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny.

Siedziba Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny znajduje się w Warszawie przy ul. Chocimskiej 24. Jedyne oddziały zamiejscowe NIZP-PZH - Zakład Tworzyw Uzdrawiskowych znajduje się w Poznaniu przy ul. Słowackiego 8/10.

Przedmiotem działalności NIZP-PZH jest prowadzenie badań naukowych, prac rozwojowych i prac usługowo-badawczych z zakresu zdrowia publicznego dostosowanych do potrzeb ochrony zdrowia ludności, a także wdrażanie i upowszechnianie wyników prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych.

Podstawowe działania NIZP-PZH obejmują w szczególności:

- projektowanie, organizowanie i prowadzenie badań oraz opracowywanie naukowych podstaw działania w dziedzinie bakteriologii, bromatologii, entomologii, epidemiologii, immunopatologii, mikologii, parazytologii, promocji zdrowia, statystyki medycznej, toksykologii i wirusologii;
- prowadzenie badań stosowanych i działalności opiniodawczej w obszarach: badania nowych antybiotyków i związków biologicznie czynnych, bezpieczeństwa przedmiotów użytku, bezpieczeństwa żywności, ekonomiki zdrowia, oceny jakości i bezpieczeństwa produktów immunologicznych i produktów krwiopochodnych, oceny jakości naturalnych tworzyw uzdrawiskowych, oceny skażeń środowiska, ochrony radiologicznej i radiobiologii, oceny ryzyka w zakresie kompetencji NIZP-PZH, organizacji ochrony zdrowia, edukacji zdrowotnej, stanu zdrowia ludności i jego uwarunkowań, zdrowia środowiskowego oraz w innych obszarach i specjalnościach medycyny zapobiegawczej, ze szczególnym uwzględnieniem:
  - monitorowanie i ocena sytuacji zdrowotnej ludności Polski, z uwzględnieniem ważnych społecznie chorób zakaźnych i niezakaźnych oraz ich czynników ryzyka, a także społecznych nierówności w zdrowiu;
  - polityki zdrowotnej, w tym długoterminowej programów zdrowotnych, ekonomiki, organizacji i finansowania ochrony zdrowia;
  - identyfikacji i charakterystyki czynników patogennych dla ludzi;
  - badania chorobowości szpitalnej;
  - zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi;
  - kontroli seryjnej wstępnej produktów leczniczych i krwiopochodnych;
  - oceny ryzyka zdrowotnego w zakresie chemicznych, biologicznych i fizycznych zanieczyszczeń wody, powietrza oraz żywności i materiałów do kontaktu z żywnością, a także w zakresie zagrożeń epidemicznych;
  - oceny bezpieczeństwa środków spożywczych, wody i substancji dodatkowych, a także nowych technologii i materiałów do kontaktu z żywnością i woda przeznaczoną do spożycia, przedmiotów użytku, naturalnych tworzyw uzdrawiskowych i ich produktów pochodnych;

- oceny bezpieczeństwa środków ochrony roślin oraz bezpieczeństwa i skuteczności produktów biobójczych, w tym stosowanych do dezynfekcji, dezynsekcji, sterylizacji i deratyzacji;
- komunikacji społecznej w zakresie stanu zdrowia ludności;
- opracowywanie analiz i ocen działalności instytucji ochrony zdrowia oraz stanu i rozwoju nauki w dziedzinach objętych problematyką NIZP-PZH;
- inicjowanie i projektowanie prac w zakresie doskonalenia metod prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych, a w szczególności śledzenie rozwoju nauk będących przedmiotem zainteresowania NIZP-PZH oraz inicjowanie prac w celu przystosowania najnowszych zdobyczy wiedzy dla potrzeb ochrony zdrowia ludności;
- podnoszenie naukowych i zawodowych kwalifikacji pracowników NIZP-PZH oraz nadawanie stopni naukowych a także występowanie z wnioskami o nadanie tytułu naukowego na podstawie odrębnych przepisów;
- sprawowanie specjalistycznego nadzoru w dziedzinie epidemiologii, mikrobiologii sanitarnej i higieny, a w szczególności:
  - analiza, ocena, opracowywanie, doskonalenie i ujednolicanie metod badawczych stosowanych w jednostkach organizacyjnych służby sanitarno-epidemiologicznej i w zakładach uzdrowiskowych;
  - sporządzanie opinii, ekspertyz i udzielanie konsultacji w sytuacjach zagrożeń zdrowia;
  - inicjowanie i konsultowanie aktów prawnych, w szczególności z dziedziny zdrowia publicznego, higieny i epidemiologii;
- działalność edukacyjną w zakresie zdrowia publicznego;
- określanie kierunków i zakresu działań promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;
- upowszechnianie wyników badań naukowych i prac rozwojowych;
- prowadzenie prac normalizacyjnych i unifikacyjnych w zakresie ustalonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
- działania na rzecz ochrony zdrowia ludności, a w szczególności:
  - działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (m.in. badania diagnostyczne bakteriologiczne, histopatologiczne, immunologiczne, mikologiczne, parazytologiczne i wirusologiczne, wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego);
  - kontrola jakości i ocena bezpieczeństwa produktów immunologicznych, krwiopochodnych stosowanych w zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi;
  - diagnostyka skażeń środowiska zewnętrznego;

- wydawanie atestów, ocen higienicznych i raportów rejestracyjnych w zakresie bezpieczeństwa żywności i przedmiotów użytku, higieny radiacyjnej, materiałów stosowanych w budownictwie oraz preparatów, materiałów i urządzeń kontaktujących się z wodą przeznaczona do spożycia, naturalnych tworzyw uzdrowiskowych i ich produktów pochodnych, środków ochrony roślin oraz bezpieczeństwa i skuteczności produktów biobójczych, w tym stosowanych do dezynfekcji, dezynsekcji, sterylizacji i deratyzacji;
- ocena poziomu radiacji w elementach środowiska oraz od źródeł promieniowania jonizującego;
- badania specjalistyczne i odwoławcze w innych obszarach zdrowia publicznego.

NIZP-PZH współpracuje z Polską Akademią Nauk, szkołami wyższymi, instytutami badawczymi, jednostkami organizacyjnymi ochrony zdrowia, jednostkami administracji publicznej oraz stowarzyszeniami naukowymi i zawodowymi w kraju, a także współpracuje i utrzymuje łączność z odpowiednimi instytucjami i organizacjami za granicą.

Instytut jest siedzibą redakcji trzech kwartalników naukowych: Medycyny Doświadczalnej i Mikrobiologii, Przeglądu Epidemiologicznego oraz Roczników Państwowego Zakładu Higieny.

## Szkoły Zdrowia Publicznego

### Szkoły Zdrowia Publicznego w Polsce:

- 1991 r. **Szkoła Zdrowia Publicznego w Krakowie** (międzywydziałowa jednostka Akademii Medycznej i Uniwersytetu Jagiellońskiego) kształcąca managerów systemu opieki zdrowotnej we współpracy ze Szkołą Zdrowia Publicznego w Rennes. W 1997 r. weszła w skład Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, przekształcając się w Instytut Zdrowia Publicznego (obecnie w strukturze Wydziału Nauk o Zdrowiu).
- 1992 r. **Szkoła Zdrowia Publicznego Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi** kształcąca głównie inspektorów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (od 2010 r. Ośrodek Kształcenia Lekarzy w zakresie Zdrowia Publicznego).
- 1993 r. **Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego** (jedyna działająca obecnie w Polsce Szkoła Zdrowia Publicznego).

## **Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego**

(patrz: 7.C. Instytucje zajmujące się kształceniem w zakresie zdrowia publicznego)

Od ponad 40 lat Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP należy do najlepszych placówek kształcących kadry dla systemu zdrowia w kraju.

Struktura organizacyjna Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP obejmuje: Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania, Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Zakład Geriatrii i Gerontologii oraz Zakład Organizacji Opieki Zdrowotnej i Orzecznictwa Lekarskiego.

Jednym z głównych zadań dydaktycznych Szkoły jest prowadzenie kursów dla lekarzy w zakresie zdrowia publicznego. Szkoła od lat prowadzi jednolity obowiązkowy kurs ze zdrowia publicznego dla wszystkich specjalizacji lekarskich (wprowadzony od listopada 2005 roku), a uprzednio (od kwietnia 1999 roku) obowiązkowy kurs z promocji zdrowia i kolokwium z prawa medycznego. Od 2015 roku w związku ze zmianami programu specjalizacji lekarskich Szkoła prowadzi równolegle modułowy kurs zdrowia publicznego dla lekarzy wszystkich specjalności rozpoczynających specjalizację w nowym trybie.

Ponadto Szkoła posiada akredytację do realizowania programu kształcenia specjalizacyjnego w zdrowiu publicznym dla lekarzy i osób posiadających tytuł zawodowy magistra w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

W oparciu o posiadane doświadczenie i kadry, Szkoła Zdrowia Publicznego jest partnerem instytucji rządowych w realizacji ustawowych zadań w tym m.in. w zakresie monitorowania i oceny stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa, identyfikacji i analizy rozpowszechnienia czynników stanowiących zagrożenie stanu zdrowia ludności, identyfikacji przyczyn nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych, a także inicjowania i prowadzenia badań naukowych.

## **Koordinacja świadczeń dostarczanych przez podmioty pozarządowe**

Termin „organizacje pozarządowe” (non-governmental organizations; NGOs) obejmuje różne kategorie podmiotów, które nie działają w celu osiągnięcia zysku finansowego i jednocześnie nie należą do sektora rządowego.

### Organizacja pozarządowa (NGO)

zorganizowana grupa osób, nie podlegających zewnętrznej kontroli, które łączy wspólny cel i ukierunkowanie na osiągnięcie zmian w określonej społeczności, obszarze lub sytuacji.

Obszary działalności NGOs lub kwestie wokół których się organizują ujęto w International Classification of Non Profit Organizations (ICNPO). Klasyfikacja ta przyjmuje 12 uniwersalnych obszarów działań organizacji pozarządowych: (a) kultura i wypoczynek; (b) edukacja i badania; (c) zdrowie; (d) usługi społeczne; (e) środowisko naturalne; (f) rozwój (lokalny) i mieszkalnictwo; (g) prawo, rzecznictwo i działalność polityczna; (h) filantropia i promowanie wolontaryzmu; (i) działalność międzynarodowa; (j) religia; (k) stowarzyszenia biznesowe i profesjonalne oraz związki zawodowe; (l) działalność inna niż wyżej wymienione. Przykładowo, w Polsce zgodnie z Ustawą o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (UDPP) obszary działalności organizacji ujęto w 33 kategorie zaliczane do sfery zadań publicznych.

Organizacje pozarządowe i inne podmioty prowadzące działalność pożytku publicznego mogą wykonywać różne zadania w obszarze zdrowia publicznego w ramach realizacji własnych celów statutowych. Organizacje te ze względu na stawiane sobie cele można podzielić na:

- Operacyjne - bezpośrednio prowadzące działalność w danej dziedzinie, w tym w dziedzinie zdrowia publicznego, pomocy społecznej, ochrony środowiska itp.;
- Rzecznicze - promujące określone wartości i rozwiązania, najczęściej w sferze ochrony praw człowieka (w tym np. praw pacjentów) i ochrony środowiska;
- Strażnicze - sprawujące obywatelską kontrolę wobec władz publicznych, np. w zakresie zapewnienia dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Zadania najczęściej przypisywane organizacjom pozarządowym to:

- Zaspokajanie potrzeb indywidualnych i społecznych w małych grupach, w atmosferze życzliwości i solidarności;
- Przyjęcie czynnej postawy obywatelskiej w zakresie spraw tzw. ludzkich i lokalnych;
- Propagowanie pluralizmu i różnorodności życia społecznego;
- Tworzenie sektora społecznego, który realizuje cele indywidualne i społeczne i jest alternatywny wobec rządu;
- Stworzenie mechanizmów współdziałania społecznego w tworzeniu i realizacji polityk społecznych w nowoczesnym społeczeństwie.

W obszarze zdrowia działają organizacje pozarządowe zorientowane na: (a) określone kwestie zdrowotne, np. alkoholizm, aktywność fizyczną; (b) potrzeby i promowanie organizacji/institucji ochrony zdrowia; (c) zdrowotne i społeczne potrzeby oraz prawa określonych grup społecznych, np. kobiet, osób starszych, grup zawodowych, społeczności lokalnych; (d) zdrowotne i społeczne potrzeby oraz prawa pacjentów i ich rodzin, np. niepełnosprawnych, pacjentów onkologicznych, ofiar wypadków.

Główne zadania, które spełniają NGOs w systemie zdrowotnym to dostarczanie świadczeń (service delivery) oraz rzecznictwo zdrowotne (health advocacy). Dostarczane świadczenia należy rozumieć jako medyczne i społeczne, psychologiczne i integracyjne, opiekuńczo-pielęgnacyjne, rzeczowe i finansowe (pomoc w zakupie sprzętu, leków i wyrobów medycznych) oraz edukacyjno-informacyjne i szkoleniowe.

Rzecznictwo zdrowotne jest połączeniem działań jednostek i społeczności zaplanowanych dla uzyskania społecznej i politycznej akceptacji oraz wsparcia określonych celów, programów i inicjatyw zdrowotnych. Często utożsamiane jest z lobbieniem, który ma na celu zmiany legislacyjne poprzez uczestniczenie w procesie tworzenia lub modyfikacji aktów prawnych. Lobbying jest jedną z metod rzecznictwa. Rzecznictwo obejmuje także, m.in.: spotkania publiczne, udział w konsultacjach społecznych, budowanie koalicji z organizacjami i instytucjami, współpracę z mediami.

W dokumencie Światowej Organizacji Zdrowia pt. „Strategic Alliances. The Role of Civil Society in Health” (2001 r.), podkreślono potrzebę systematycznego gromadzenia danych o roli, jaką pełnią organizacje pozarządowe w obszarze zdrowia oraz przedstawienia tzw. dobrych praktyk związanych z ich wkładem w system zdrowotny. Zwrócono uwagę, że zależności pomiędzy sektorem rządowym i pozarządowym są złożone. Pomimo trudności we współpracy, stwierdzono, że korzyści uzasadniają wspólne działania.

W Polsce przepisy prawne zobowiązują różne instytucje i organizacje publiczne do współpracy (finansowej i pozafinansowej) z organizacjami pozarządowymi w celu realizacji celów zdrowotnych (m.in. ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, ustawy samorządowe, ustawa o działalności leczniczej, ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi).

Przekazywanie środków publicznych do organizacji pozarządowych odbywa się na podstawie różnych trybów i ustaw. Jedną z form współpracy pozafinansowej z organizacjami pozarządowymi są konsultacje społeczne dotyczące tworzenia i modyfikowania aktów prawnych z różnych obszarów życia społecznego (regulowane przez Regulamin pracy Rady Ministrów oraz ustawy samorządowe).

Przykładem niedojrzałych mechanizmów prowadzenia takich konsultacji w obszarze zdrowia, były prace nad aktualną ustawą o działalności leczniczej. Zapisy ustawy dotyczące np. działalności hospicjów jako placówek nastawionych na zysk, nie zostały skonsultowane z organizacjami pozarządowymi, co wywołało widoczny w mediach odzew z ich strony. Innym przykładem mogą być przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dotyczące przedstawiciela organizacji pozarządowych w komisjach ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Jak wskazują przedstawiciele środowiska organizacji postawione kandydatom wymagania wykształcenia medycznego lub prawniczego „zablokowało udział autentycznych działaczy społecznych w komisjach”. Organizacje pozarządowe są także zapraszane do współpracy jako gremia eksperckie w różnych przedsięwzięciach. Nierzadko same organizacje tworzą własne ekspertyzy. Przykładem znaczących dokonań jest opracowanie „Europejskich Standardów Opieki nad Dziećmi z Chorobą Nowotworową”, które powstały z inicjatywy Fundacji Jolanty Kwaśniewskiej „Porozumienie bez Barier” oraz European Society for Paediatric Oncology.

Ministerstwo Zdrowia prowadzi współpracę z organizacjami pozarządowymi na podstawie art. 151 ust. 1 ustawy o finansach publicznych oraz art. 11 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Zgodnie z przepisami wyżej wymienionych ustaw, organy administracji publicznej mogą wspierać realizację zadań publicznych lub powierzać ją jednostkom niezaliczonym do sektora finansów publicznych.

Współpraca Ministerstwa Zdrowia z organizacjami pozarządowymi obejmuje zadania z zakresu ochrony i promocji zdrowia. Środki finansowe na ich realizację są planowane zgodnie z limitem określonym w ustawie budżetowej na dany rok. Zlecenie organizacjom pozarządowym realizacji zadań publicznych odbywa się w formie wspierania wykonania tych zadań.

Zadania publiczne zlecane do realizacji organizacjom pozarządowym są wybierane na podstawie priorytetów zdrowotnych (wymienionych w rozporządzeniu w sprawie priorytetów zdrowotnych) oraz zadań określonych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007 - 2015.

Corocznie Ministerstwo Zdrowia przygotowuje dokument pn. „Zadania publiczne zlecane do realizacji organizacjom pozarządowym przez Ministerstwo Zdrowia”, który określa program współpracy z organizacjami pozarządowymi. Po zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia w/w dokumencie zostaje ogłoszony konkurs ofert, dotyczący dofinansowywania zadań publicznych z zakresu ochrony i promocji zdrowia. Procedurę konkursową przeprowadza się zgodnie z przepisami określonymi w ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

## Nadzór nad systemami i strukturami organizacyjnymi realizującymi EPHOs

W dniu 11 września 2015 r. uchwalono ustawę o zdrowiu publicznym, w której określone zostały zadania z zakresu zdrowia publicznego. Ustawa reguluje zasady odpowiedzialności właściwych organów za realizację zadań w zakresie zdrowia publicznego. W art. 4 ustawy koordynację zadań z zakresu zdrowia publicznego powierzono Ministrowi Zdrowia, który może w tym celu powołać Pełnomocnika Rządu do Spraw Zdrowia Publicznego.

Do zadań Ministra Zdrowia ustawa zalicza:

- Przygotowanie projektu Narodowego Programu Zdrowia;
- Monitorowanie realizacji zadań ustawowych;
- Zapewnianie spójności zadań realizowanych przez organy i podmioty, o których mowa w art. 3 ustawy: organy administracji rządowej, państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia, jak również podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego, określonymi w art. 2, w tym organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;
- Sygnalizowanie właściwym organom i podmiotom potrzeby podjęcia określonych zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- Gromadzenie i analizowanie informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i rozpowszechnienia czynników ryzyka oraz udostępnianie tych informacji w sposób uniemożliwiający identyfikację osób, których dotyczą;
- Analizowanie informacji o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.

W myśl ustawy o zdrowiu publicznym powołano do życia Radę do Spraw Zdrowia Publicznego, która zgodnie z art. 6 pełni funkcję opiniodawczo-doradczą dla Ministra Zdrowia. Zastąpi ona dotychczasowy Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia. Rada wspiera międzysektorową politykę zdrowia publicznego i stanowi forum współpracy na tym polu.

Skład Rady:

- Przedstawiciel Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej;
- Przedstawiciele wszystkich ministerstw;
- Konsultanci krajowi w dziedzinach: zdrowia publicznego, epidemiologii, chorób zakaźnych, kardiologii, onkologii klinicznej, diabetologii, psychiatrii, medycyny pracy, zdrowia środowiskowego oraz pielęgniarstwa;



- Maksymalnie czterech przedstawicieli wskazanych przez stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- Przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia;
- Przedstawiciel Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-PZH;
- Przedstawiciel Instytutu Żywności i Żywienia;
- Przedstawiciel Głównego Inspektora Sanitarnego;
- Przedstawiciel Głównego Inspektora Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
- Przedstawiciel Głównego Inspektora Sanitarnego Wojska Polskiego;
- Przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
- Przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej;
- Przedstawiciel Naczelnej Rady Aptekarskiej;
- Przedstawiciel Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
- Nie więcej niż dwóch przedstawicieli reprezentatywnych organizacji pracodawców;
- Przedstawiciel organizacji pozarządowych.

## 8.B. Finansowanie świadczeń zdrowia publicznego

### Wydatki ponoszone w Polsce na zdrowie publiczne

W odniesieniu do świadczeń zdrowia publicznego mamy do czynienia z brakiem klarownych koncepcji teoretycznych dotyczących źródeł i mechanizmów finansowania. Wynika to głównie z różnorodności zadań realizowanych w obszarze zdrowia publicznego, które obejmują m.in.:

- Działania profilaktyczne wobec ryzyka rozprzestrzenienia się chorób;
- Działania podejmowane na rzecz bezpieczeństwa ludności wobec zagrożeń środowiskowych czy katastrof;
- Tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu (infrastruktura, regulacje prawne, badania naukowe).

Źródła finansowania zdrowia publicznego obejmują:

- Budżet państwa i budżety JST;
- Społeczne ubezpieczenie zdrowotne;
- Inne źródła (np. sponsorzy, środki zagraniczne).

## Narodowy Rachunek Zdrowia

Wielkości wydatków ponoszonych w Polsce na zdrowie publiczne i profilaktykę szacowane są w ramach Narodowych Rachunków Zdrowia (NRZ). W Polsce wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne w 2012 roku stanowiły 2% całkowitych wydatków bieżących na zdrowie (około 2 mld zł), zaś w roku 2013 stanowiły 2,6%. Wydatki te w przeliczeniu na 1 mieszkańca naszego kraju należą do najniższych spośród krajów OECD.

Wydatki na zadania z zakresu zdrowia publicznego w klasyfikacji NRZ mogą być ujmowane w następujących grupach wydatków:

- profilaktyka i zdrowie publiczne (HC.6):
  - Opieka nad rodziną, matką i dzieckiem ( planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne, zdrowie matki i dziecka, opieka nad zdrowym dzieckiem);
  - MZ - Programy polityki zdrowotnej (Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu);
  - MZ - Składki na ubezpieczenie zdrowotne dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (np. świadczenia związane z okresem ciąży i połogu);
- Medycyna szkolna:
  - NFZ - Podstawowa opieka zdrowotna - opieka szkolna;
- Zapobieganie chorobom zakaźnym (szczepienia, pozostałe usługi):
  - MZ - Programy polityki zdrowotnej (Program szczepień ochronnych);
  - MZ - Zapobieganie i zwalczanie AIDS (programy profilaktycznie, Krajowe Centrum ds. AIDS);
  - JST - zapobieganie i zwalczanie AIDS (programy profilaktycznie);
- Zapobieganie chorobom niezakaźnym:
  - MZ - Programy polityki zdrowotnej (Program ograniczenia następstw palenia tytoniu, Program badań przesiewowych noworodków w Polsce, Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego - POLKARD);
  - NFZ - Koszty programów profilaktycznych finansowanych ze środków NFZ;
  - JST - Zwalczanie narkomanii, Przeciwdziałanie alkoholizmowi, Izby wytrzeźwień;

- Medycyna pracy:
  - MZ i JST - Medycyna pracy;
  - Ministerstwo Sprawiedliwości - Wydatki na badania dla więźniów;
  - Prywatne - Szacunkowe wydatki pracodawców na medycynę pracy;
- Medycyna sportowa;
- Oświata i promocja zdrowia;
- Pozostałe usługi w zakresie zdrowia publicznego:
  - MZ - Programy polityki zdrowotnej (Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i jej składniki, Program likwidacji niedoboru jodu w Polsce, Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej);
  - JST - Programy polityki zdrowotnej, Publiczna służba krwi;
  - Prywatne - Działania organizacji pozarządowych w zakresie zdrowia publicznego;
- zarządzanie i administracja finansowania ochrony zdrowia (HC.7);
- funkcje powiązane z ochroną zdrowia (HC.R), do których zaliczyć należy: kształcenie i szkolenie personelu medycznego, badania i rozwój w ochronie zdrowia, kontrola żywności, higieny i wody pitnej, zdrowie środowiskowe, nadzór radiologiczny, nadzór i kontrola sanitarna, nadzór epidemiologiczny.

Zadania z zakresu zdrowia publicznego są w Polsce finansowane głównie ze środków publicznych (budżet państwa, budżety JST, NFZ). Stanowią one ok. 70% całkowitych wydatków na zdrowie publiczne i profilaktykę, podobnie jak w przypadku całkowitych wydatków na zdrowie w Polsce (środki publiczne mają również 70% udział w strukturze wydatków). Warto zauważyć, że w przeciwieństwie do opieki zdrowotnej (medycyny naprawczej) większość środków w przypadku zdrowia publicznego pochodzi z podatków pozostających w dyspozycji budżetu państwa oraz JST, a nie ze składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Środki wydatkowane na zdrowie publiczne mieszczą się w kilku pozycjach klasyfikacji budżetowej. Zadania zdrowia publicznego realizowane są przez określone podmioty zarówno w układzie sektorowym (m. in. sektor zdrowotny, edukacyjny) jak również na różnych szczeblach samorządu terytorialnego, zatem poszczególne ministerstwa jak i JST mają możliwość dofinansowywania zadań z obszaru zdrowia publicznego w ramach własnych budżetów.

Wydatki publiczne na zadania w obszarze zdrowia publicznego w 2013 i 2014 roku Przedstawiono w tabeli II.

**Tabela II.**

Wydatki publiczne na zadania w obszarze zdrowia publicznego w 2013 i 2014 roku (w PLN). Źródło: GUS

	2013	2014
<b>1. Budżet państwa na ochronę zdrowia ogółem</b>	<b>7,5 mld</b>	<b>7,4 mld</b>
• Inspekcja Sanitarna	915,4 mln	946,9 mln
• Programy Polityki Zdrowotnej	981,2 mln	929,9 mln
• Publiczna Służba Krwi	97,4 mln	95,7 mln
• Zwalczanie narkomanii	9,7 mln	9,3 mln
• Zespoły metodyczne opieki zdrowotnej (Centra Zdrowia Publicznego)	7,4 mln	4,7 mln
• Przeciwdziałanie alkoholizmowi (finansowanie zadań PARPA)	6,6 mln	6,6 mln
• Zapobieganie i zwalczanie AIDS	6,0 mln	6,0 mln
• Medycyna pracy	1,3 mln	1,2 mln
<b>2. Budżety JST</b>	<b>3,9 mld</b>	<b>3,7 mld</b>
<b>GMINY</b>		
• Przeciwdziałanie alkoholizmowi	391,1 mln	407,2 mln
• Zwalczanie narkomanii	21,2 mln	22,3 mln
• Programy polityki zdrowotnej	8,8 mln	12,7 mln
• Izby wytrzeźwień	2,6 mln	3,0 mln
<b>MIASTA NA PRAWACH POWIATU</b>		
• Przeciwdziałanie alkoholizmowi	246,6 mln	258,6 mln
• Zwalczanie narkomanii	15,5 mln	16,3 mln
• Programy polityki zdrowotnej	43,9 mln	42,5 mln
• Izby wytrzeźwień	39,8 mln	42,3 mln
<b>POWIATY</b>		
• Przeciwdziałanie alkoholizmowi	0,6 mln	0,6 mln
• Zwalczanie narkomanii	0,1 mln	0,1 mln
• Programy polityki zdrowotnej	2,9 mln	3,7 mln
• Izby wytrzeźwień	0,1 mln	0,2 mln
<b>WOJEWÓDZTWA</b>		
• Przeciwdziałanie alkoholizmowi	26,5 mln	29,9 mln
• Zwalczanie narkomanii	5,1 mln	6,2 mln

• Programy polityki zdrowotnej	5,2 mln	8,2 mln
• Medycyna Pracy	86,4 mln	80,6 mln
<b>3. Narodowy Fundusz Zdrowia</b>	<b>61,6 mld</b>	<b>63,2 mld</b>
• Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków własnych NFZ (m.in. program profilaktyki raka szyjki macicy, program profilaktyki raka piersi, program profilaktyki gruźlicy)	152,5 mln	159,8 mln

Obecnie, zgodnie z art. 13 ustawy o zdrowiu publicznym zadania z zakresu zdrowia publicznego są finansowane ze środków pozostających w dyspozycji: ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym ze środków państwowych funduszy celowych, innych ministrów lub centralnych organów administracji rządowej realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w tym ze środków państwowych funduszy celowych, oraz agencji wykonawczych i innych państwowych jednostek organizacyjnych, w tym Narodowego Funduszu Zdrowia, a także jednostek samorządu terytorialnego.

Realizacja zadań objętych ustawą o zdrowiu publicznym nie wyłącza stosowania zasad dysponowania środkami publicznymi, określonych w innych ustawach, w szczególności zasad planowania oraz dysponowania środkami publicznymi zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. 2013 r. poz. 885).

Założono, że na działania profilaktyczne i promocji zdrowia NFZ będzie przeznaczal nie mniej niż 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej - nastąpi zatem zwiększenie tej grupy wydatków (obecnie wynosi on ok. 0,3%).

### **Kryteria podejmowania decyzji w zakresie alokacji środków na zdrowie publiczne**

Alokacja środków na zdrowie publiczne oznacza świadomy podział dostępnych zasobów pomiędzy dwóch lub więcej beneficjentów, zależnie od przyjętych kryteriów takich jak np. potrzeby zdrowotne, wiek, dostępna infrastruktura.

W dyskusji o alokacji budżetu na ochronę zdrowia, w tym na działania zdrowia publicznego, podkreśla się konieczność racjonalnego gospodarowania publicznymi środkami. Poszukiwanie optymalnej alokacji ograniczonych zasobów w sektorze ochrony zdrowia jest dużym wyzwaniem. Ograniczony zasób środków finansowych powoduje, że konieczne jest podejmowanie trudnych rozstrzygnięć.

Efektywność systemu zdrowia publicznego interpretuje się jako maksymalizację osiągniętych korzyści w ramach posiadanego budżetu.

Alokacja środków na poszczególne zadania w obszarze zdrowia publicznego zostanie ujęta w rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy o zdrowiu publicznym).

Obecnie w podejmowaniu decyzji w sprawie alokacji środków na zdrowie publiczne może pomóc zastosowanie kryteriów odnoszących się do kwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako gwarantowanego.

W myśl zapisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawą zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego (należą do nich m.in. programy zdrowotne oraz leczenie uzależnień) jest jego ocena uwzględniająca następujące kryteria:

- Wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu:
  - priorytetów zdrowotnych określonych w przepisach;
  - wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;
- Skutki następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do:
  - przedwczesnego zgonu;
  - niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
  - niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
  - przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby;
  - obniżenia jakości życia;
- Znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:
  - ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia;
  - ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia;
  - zapobiegania przedwczesnemu zgonowi;
  - poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość;
- Skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo;
- Stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego;
- Stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych;
- Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Ponadto, minister właściwy do spraw zdrowia w rozporządzeniu z dnia 21 sierpnia 2009 r. określił poniżej wymienione priorytety zdrowotne, które mogą stanowić kryteria alokacji środków wydatkowanych na realizację zadań w obszarze zdrowia publicznego:

- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu:
  - chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu;
  - nowotworów złośliwych;
  - przewlekłych chorób układu oddechowego;
- ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych;
- zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;
- zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
- zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom;
- ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych:
  - spożywaniem alkoholu;
  - używaniem substancji psychoaktywnych;
  - paleniem tytoniu;
- przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy;
- ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania;
- poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3;
- zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia;
- rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności;
- poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym.

## PIŚMIENNICTWO

### 8.A.

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Introduction to Public Health. In: Public Health 101 Series. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, 2014. <http://www.cdc.gov/publichealth101/laboratories.html>
2. Dercz M, Izdebski H. Prawne aspekty organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce. (Analiza prawa ustrojowego, materialnego i formalnego). Warszawa 2015: 29-110. <http://www.nierownosci.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/6/2015/06/Prawne-aspekty-organizacji-i-funkcjonowania-systemu-zdrowia-publicznego-w-Polsce.pdf>
3. Discussion Paper No 1 CSI/2001/DPI Strategic alliances. The role of civil society in health. Civil society Initiative. External relations and governing bodies. WHO, 2001.

4. Frieden TR, Kaplan JP. Stronger national public health institutes for global health. *Lancet* 2010, 376: 1721-22  
<https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/nphi/pdf/strongernphiforglobalhealth.pdf>
5. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century WHO, 2013.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1)
6. Informacja o realizacji zadań Inspekcji Ochrony Środowiska w 2014 r.  
[http://www.gios.gov.pl/images/dokumenty/raporty/INFORMACJA\\_o\\_realizacji\\_zadan\\_IOS\\_w\\_2014.pdf](http://www.gios.gov.pl/images/dokumenty/raporty/INFORMACJA_o_realizacji_zadan_IOS_w_2014.pdf)
7. Lista laboratoriów Inspekcji Jakości Handlowej Artykułów Rolno - Spożywczych (IJHARS)  
<http://www.ijhars.gov.pl/index.php/laboratoria-mapka-certyfikaty-pca.html>
8. Lista laboratoriów Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów  
[https://uokik.gov.pl/departamenty\\_uokik.php#faq538](https://uokik.gov.pl/departamenty_uokik.php#faq538)
9. Piotrowicz M, Cianciara D. Rola organizacji pozarządowych (NGOs) w życiu społecznym oraz systemie zdrowotnym. *Przeegl Epidemiol* 2013; 67: 151 -155
10. Rozporządzenie (WE) NR 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt.  
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004R0882&from=PL>
11. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 29 czerwca 2015 r. w sprawie Systemu Informacji o Nauce. *Dz.U.* 2015 poz. 944.
12. Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 10 grudnia 2014 r. w sprawie krajowych laboratoriów referencyjnych w zakresie jakości handlowej artykułów rolno-spożywczych. *Dz.U.* 2014 poz. 1796.
13. Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 26 maja 2015 r. w sprawie laboratoriów urzędowych i referencyjnych oraz zakresu analiz wykonywanych przez te laboratoria. *Dz.U.* 2015 poz. 795.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie wykazu stacji sanitarno-epidemiologicznych wykonujących badania laboratoryjne i pomiary ze wskazaniem obszaru. *Dz.U.* 2010 nr 55 poz. 336.
15. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia. *Dz.U.* 2015 poz. 1908.
16. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 r. w sprawie utworzenia Ministerstwa Zdrowia. *Dz.U.* 1999 nr 91 poz. 1018.
17. Sprawozdanie z realizacji zadań Inspekcji Weterynaryjnej w 2015 r.  
[https://www.wetgiw.gov.pl/artykuly/274/pliki/20160704142057\\_sprawozdaniezdzialnociiw-wroku2015.pdf](https://www.wetgiw.gov.pl/artykuly/274/pliki/20160704142057_sprawozdaniezdzialnociiw-wroku2015.pdf)
18. Stan sanitarny kraju w roku 2014.  
[http://gis.gov.pl/images/kafelki/stan\\_sanitarny\\_kraju.pdf](http://gis.gov.pl/images/kafelki/stan_sanitarny_kraju.pdf)
19. Statut NIZP-PZH. <http://www.pzh.gov.pl/o-nas/statut-nizp-pzh/>
20. Uchwała Nr 137/III/2014 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 maja 2014 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu prowadzenia ewidencji laboratoriów.  
<http://kidl.org.pl/index.php?page=uchwaly-xiv-posiedzenia-krdl-z-dnia-22-05-2014-r>
21. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. *Dz.U.* 2015 poz. 1916.
22. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. *Dz.U.* 2014 poz. 1118.
23. Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia. *Dz.U.* 2006 nr 171 poz. 1225.



24. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej. Dz.U. z 2014 r. poz. 1384 ze zm.
25. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej. Dz.U. 2014 poz. 1384.
26. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki. Dz.U. 2014 poz. 1620.
27. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. Dz.U. 2008 nr 45 poz. 271.
28. Współpraca Ministerstwa Zdrowia z organizacjami pozarządowymi.  
<http://www.mz.gov.pl/ministerstwo/organizacje-pozarządowe/współpraca-z-organizacjami-pozarządowymi/>
29. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2015 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia. Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia 2015 poz.  
[http://g.ekspert.infor.pl/p/\\_dane/akty\\_pdf/U04/2015/22/34.pdf#zoom=90](http://g.ekspert.infor.pl/p/_dane/akty_pdf/U04/2015/22/34.pdf#zoom=90)

## 8.B.

1. Golinowska S, Tambor M. Finansowanie zdrowia publicznego. Źródła funduszy a polska ustawa o zdrowiu publicznym. Zdr Pub i Zarz 2015, 13(2): 150-157
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania. Dz.U. 2012 poz. 594.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126.
4. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. Dz.U. 2015 poz. 1916.
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2015 poz. 581.
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych. Dz.U. 2013 poz. 885
7. Wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia za 2013 r.  
<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.html>
8. Wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia za 2014 r.  
<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.html>
9. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.  
<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.html>



# EPHO 10

## Rozwój badań w dziedzinie zdrowia publicznego dla potrzeb polityki i praktyki

Dorota Cianciara<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

<sup>2</sup> Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

#### 10.A. Ustalanie krajowego programu badań

- Ustalanie krajowych priorytetów badawczych w zakresie zdrowia publicznego
- Dostosowanie programu badań w dziedzinie zdrowia publicznego do strategii „Zdrowie 2020”

#### 10.B. Budowanie potencjału

- Dostęp badaczy do danych dotyczących zdrowia
- Integracja działalności badawczej z kształceniem ustawicznym
- Prowadzenie badań w praktyce zdrowia publicznego
- Potencjał do innowacji w zdrowiu publicznym
- Zapewnienie standardów naukowych i etycznych w badaniach

#### 10.C. Koordynacja działalności badawczej

- Koordynacja badań

#### 10.D. Upowszechnienie wiedzy i brokerstwo

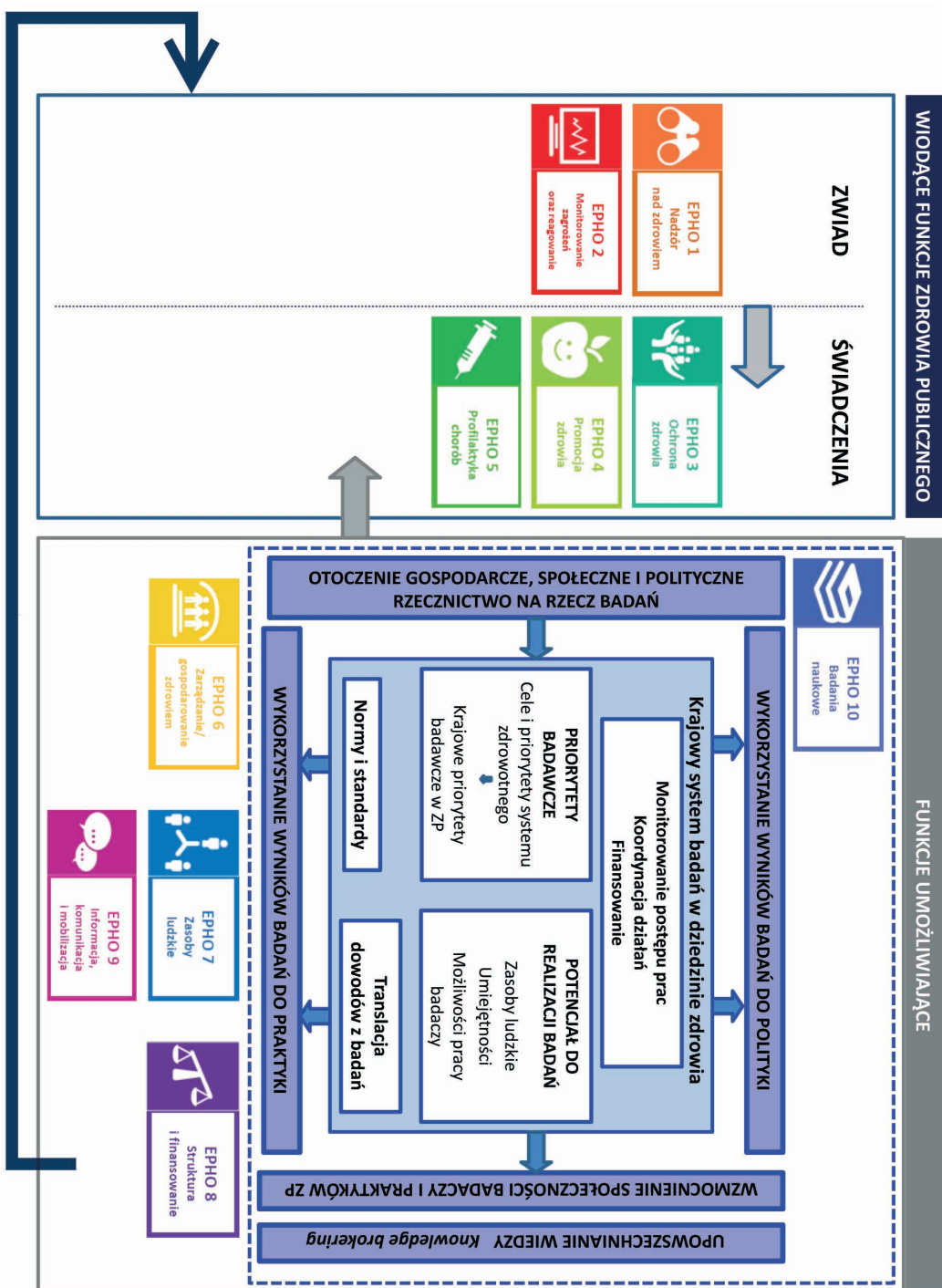
- Mechanizmy i struktury rozpowszechniania wyników badań wśród profesjonalistów ZP
- Mechanizmy translacji dowodów do polityki i praktyki
- Efektywność komunikacji twórców polityk i społeczności badaczy w aspekcie potrzeb twórców polityk

## WYKAZ SKRÓTÓW

- 7.PR - 7. program ramowy UE
- ABW - Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego
- AOTM (AOTMiT) - Agencja Oceny Technologii Medycznych, obecnie Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
- ASPHER - The Association of Schools of Public Health in the European Region
- BAS - Biuro Analiz Sejmowych
- BIP - Biuletyn Informacji Publicznej
- B+R - badania naukowe i prace rozwojowe
- CBOS - Centrum Badania Opinii Społecznej
- CEESTAHC - Central and Eastern Europe Society of Technology Assessment in Health Care
- CIOP-PIB - Centralny Instytut Ochrony Pracy - Państwowy Instytut Badawczy
- CMKP - Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
- CM UJ - Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
- CM UMK - Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika
- COI - Centrum Onkologii - Instytut
- CSIOZ - Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
- DSRK - długookresowa strategia rozwoju kraju: „Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności”
- ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control
- EFSA - European Food Safety Authority
- EPHOs - Essential Public Health Operations, podstawowe działania (funkcje) zdrowia publicznego
- GBAORD - Government Budget Appropriations for R&D, środki asygnowane przez rząd na działalność badawczo-rozwojową
- GERD - Gross Domestic Expenditure on R&D, suma krajowych nakładów wewnętrznych na działalność badawczą i rozwojową
- GUS - Główny Urząd Statystyczny
- HDI - Human Development Index, Wskaźnik Rozwoju Społecznego
- HiAP - Health in All Policies, Zdrowie we wszystkich politykach
- HS - panel „Nauki humanistyczne, społeczne i o sztuce” w konkursach NCN
- HTA - health technology assessment, ocena technologii medycznych

- IOŚ-PIB - Instytut Ochrony Środowiska - Państwowy Instytut Badawczy
- JST - jednostki samorządu terytorialnego
- KEJN - Komitet Ewaluacji Jednostek Naukowych
- KNOW - Krajowy Naukowy Ośrodek Wiodący
- KPB - Krajowy Program Badań
- KPN - Komitet Polityki Naukowej
- KRASP - Konferencja Rektorów Akademickich Szkół Polskich
- KRK - Krajowe Ramy Kwalifikacji
- KSRR - Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie
- KE - Komisja Europejska
- MAiC - Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji
- MEN - Ministerstwo Edukacji Narodowej
- MF - Ministerstwo Finansów
- Minister NiSW - Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego
- MNiSW - Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego
- MON - Ministerstwo Obrony Narodowej
- MRR - Ministerstwo Rozwoju Regionalnego
- MRiRW - Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi
- MSWiA - Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
- MSiT - Ministerstwo Sportu i Turystyki
- MZ - Ministerstwo Zdrowia
- NCBR - Narodowe Centrum Badań i Rozwoju
- NCN - Narodowe Centrum Nauki
- NGOs - Non Governmental Organizations, organizacje pozarządowe
- NIK - Najwyższa Izba Kontroli
- NIL - Naczelna Izba Lekarska
- NIZP-PZH - Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny
- NFZ - Narodowy Fundusz Zdrowia
- NPZ - Narodowy Program Zdrowia, także Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015
- OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development, Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
- OPI - Ośrodek Przetwarzania Informacji
- PAN - Polska Akademia Nauk
- PAP - Polska Agencja Prasowa
- PE - Parlament Europejski
- PES - Państwowy Egzamin Specjalizacyjny
- PIS - Państwowa Inspekcja Sanitarna

- 
- PIW-PIB - Państwowy Instytut Weterynaryjny - Państwowy Instytut Badawczy
- PKB - produkt krajowy brutto
- POZ - podstawowa opieka zdrowotna
- PPdOZ - Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020
- PPP - partnerstwo publiczno-prywatne
- PR - public relations
- RCB - Rządowe Centrum Bezpieczeństwa
- RGIB - Rada Główna Instytutów Badawczych
- RGNiSW - Rada Główna Nauki i Szkolnictwa Wyższego
- RGSW - Rada Główna Szkolnictwa Wyższego
- RMN - Rada Młodych Naukowców
- SIIEG - Strategia Innowacyjności i Efektywności Gospodarki „Dynamiczna Polska 2020”
- SRKL - Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020
- SSP - Strategia Sprawne Państwo 2020
- STRATEGMED - program strategiczny „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych”
- SZP - Szkoła Zdrowia Publicznego
- ŚSRK - średniookresowa strategia rozwoju kraju: „Strategia Rozwoju Kraju 2020”
- UE - Unia Europejska
- UNDP - United Nations Development Programme, Program Rozwoju Organizacji Narodów Zjednoczonych
- WHO - World Health Organization, Światowa Organizacja Zdrowia
- WNoZ - Wydział Nauk o Zdrowiu
- ZP - zdrowie publiczne



**Schemat EPHO 10.**

Opracowanie własne na podstawie European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services (WHO, 2012 EUR/RC 62/Conf. Doc/6 Rev.2) oraz Nurse J. Health 2020 and Strengthening Public Health Services and Capacity in Europe (Slovenia, 2013)



Dziesiąta funkcja zdrowia publicznego (EPHO 10) dotyczy rozwoju badań naukowych w dziedzinie zdrowia publicznego dla potrzeb polityki oraz praktyki.

Badania w dziedzinie zdrowia publicznego są działalnością naukową, podejmowana w celu poprawy dobrostanu, dotyczącą zależności między sytuacją zdrowotną, warunkami zdrowotnymi i społeczną reakcją na tę sytuację. Różnią się one od badań biomedycznych, które koncentrują się na warunkach zdrowotnych a także od badań klinicznych, które zajmują się zależnościami między warunkami zdrowotnymi i reakcją indywidualną.

Badania te służą rozpoznaniu czynników, które mają wpływ na zdrowie populacji albo określeniu efektywnych interwencji zmierzających do poprawy zdrowia i zmniejszenia nierówności w zdrowiu.

Badania w dziedzinie zdrowia publicznego poszukują nowej, dającej się uogólnić wiedzy i są nastawione na cel, jakim jest ochrona, promocja i poprawa zdrowia ludzi.

W ostatnich latach coraz silniejszy akcent kładzie się na wykorzystanie wiedzy/badań/dowodów do tworzenia polityki zdrowotnej, strategii, planów i programów. Żądania, aby działania praktyczne powiązać z wynikami badań formułowane są w różnych obszarach systemu zdrowotnego, w tym również w zdrowiu publicznym.

## 10.A. Ustalanie krajowego programu badań

W 2012 r. krajowe prace B+R były finansowane głównie ze środków budżetowych (7,4 mld PLN), które pokryły 51,4% wszystkich nakładów wewnętrznych na B+R we wszystkich podmiotach wykonujących ten rodzaj działalności, niezależnie od ich charakteru (np. podmioty prywatne komercyjne, przedsiębiorstwa, uczelnie, itd.). Środki rządowe pokryły ok. 72-80% nakładów w uczelniach wyższych oraz instytutach rządowych. Jednocześnie odnotowano wzrost nakładów w sektorze przedsiębiorstw do poziomu 4,6 mld (32,3%), ale większość tych środków (81,1%) zasiła wyłącznie własne prace B+R.

W 2013 r. na prace B+R sektor rządowy wydał 6,8 mln PLN, a kwota ta pokryła 47,3% nakładów wewnętrznych na prace B+R. Udział finansowania budżetowego wyniósł 80,6% nakładów w rządowych jednostkach naukowych i 72,6% w szkolnictwie wyższym.

Rynek badań naukowych w Polsce praktycznie nie funkcjonuje. Porównanie wskaźników GBAORD i GERD w odniesieniu do PKB pokazuje bardzo słabą pozycję Polski na tle innych krajów UE pod względem finansowania prac B+R.

## Ustalenie priorytetów badawczych w dziedzinie zdrowia publicznego

### Proces priorytetyzacji

Dotychczas nie wyznaczono krajowych priorytetów badawczych w dziedzinie zdrowia publicznego (ZP). Nie ma też pewności, jakie priorytety wyznaczono w stosunku do działalności praktycznej ZP i czy można przez nie rozumieć zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych, czy NPZ na lata 2007-2015, czy może innych dokumentów. Projekt ustawy o zdrowiu publicznym, będący aktualnie w fazie konsultacji, zakłada że priorytety działalności praktycznej zostaną wskazane w NPZ.

Nie sprecyzowano również kryteriów, jakie miałyby być użyte w określaniu priorytetów badawczych (np. potrzeby zdrowotne w znaczeniu epidemiologicznym, a nie ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, potencjał, wykonalność, etc.) oraz praktycznych (np. umieralność, chorobowość, DALY, koszty pośrednie, wykonalność, etc.).

Ponadto kwestia badań w dziedzinie ZP, i szerzej - w dziedzinie zdrowia, nie ma silnego umocowania w żadnej perspektywicznej strategii rozwoju kraju. Dotyczy to strategii ważnych dla rozwoju zdrowia oraz rozwoju nauki, tj. Strategii Rozwoju Kraju 2020 (tzw. średniookresowej - ŚSRK), długookresowej strategii rozwoju kraju: „Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności” (DSRK), Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020 (SRKL), Strategii Sprawne Państwo 2020 (SSP), Strategii Innowacyjności i Efektywności Gospodarki „Dynamiczna Polska 2020” (SliEG), a także wspierającej rozwój regionalny Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie (KSRR).

Zarazem odniesień do takich badań nie ma w opublikowanych w lipcu 2014 r. dokumentach implementacyjnych do strategii kluczowych dla ochrony zdrowia, czyli w: Dokumencie Implementacyjnym SRKL - opublikowanym przez MPiPS oraz w Planie działań na rzecz wdrażania strategii Sprawne Państwo 2020 w perspektywie do 2020 roku - opublikowanym przez MAiC. Pokazuje to niedostatki długofalowej krajowej polityki naukowej i zdrowotnej w odniesieniu do ZP.

Szczególną formą dokumentu implementacyjnego jest Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 (PPdOZ), czyli - jak to nazwano - dokument strategiczno-wdrożeniowy. Także ten dokument budzi wątpliwości co do miejsca i rangi badań w dziedzinie ZP w krajowym systemie zdrowotnym.

Potencjalnie najważniejszą ścieżką dofinansowania prac B+R w dziedzinie ZP są środki budżetowe. Są one przyznawane w konkursach ogłaszanych przez NCN, NCBR oraz MNiSW, w których wnioski podlegają procedurze peer review.

W uchwale Rady NCN z lutego 2011 r. zatwierdzono podział na dyscypliny i grupy dyscyplin, w ramach których będą ogłaszane i przeprowadzane konkursy

na realizację projektów badawczych. W podziale wyróżniono trzy główne działy: (1) Nauki humanistyczne, społeczne i o sztuce (HS), (2) Nauki ścisłe i techniczne (ST) oraz (3) Nauki o życiu (NZ). W dziale NZ wskazano dziewięć paneli, w tym panel NZ 7 pod nazwą „Zdrowie publiczne”, w którym wyróżniono 11 podgrup. W październiku 2012 r. zmieniono podział panelu NZ 7 i wyróżniono w nim 16 podgrup (tab.1). We wrześniu 2014 r. uchwałą Rady NCN zmieniono nazwę panelu NZ 7 na „Nauki o lekach i zdrowie publiczne” przy zachowaniu podziału na podgrupy.

W ocenie wniosków o dofinansowanie badań w konkursach ogłaszanych przez NCN (w tym OPUS/PRELUDIUM/SONATA, które są najważniejsze dla badań w dziedzinie ZP) bierze się pod uwagę przede wszystkim spełnienie kryterium badań podstawowych, co nierzadko jest w konflikcie z logiką ZP. Wyklucza to wiele wniosków z ubiegania się o dofinansowanie.

**Tabela 1.**

Podział tematyczny panelu NZ 7 w konkursach NCN.

Podgrupy w panelu NZ 7 (10.02.2011-18. 10.2012)		Podgrupy w panelu NZ 7 (od 18.10.2012)	
NZ7_1	Epidemiologia	NZ7_1	Epidemiologia
NZ7_2	Zagrożenia środowiskowe	NZ7_2	Zagrożenia środowiskowe
NZ7_3	Promocja zdrowia	NZ7_3	Promocja zdrowia, kultura fizyczna
NZ7_4	Prewencja populacyjna	NZ7_4	Prewencja populacyjna
NZ7_5	Organizacja ochrony zdrowia	NZ7_5	Organizacja ochrony zdrowia
NZ7_6	Medycyna pracy	NZ7_6	Medycyna pracy
NZ7_7	Rehabilitacja	NZ7_7	Rehabilitacja
NZ7_8	Farmakoekonomika	NZ7_8	Farmakoekonomika
NZ7_9	Etyka medyczna	NZ7_9	Etyka medyczna
NZ7_10	Etyka weterynaryjna	NZ7_10	Etyka weterynaryjna
NZ7_11	Weterynaryjna ochrona zdrowia publicznego	NZ7_11	Weterynaryjna ochrona zdrowia publicznego
		NZ7_12	Prewencja chorób człowieka
		NZ7_13	Prewencja chorób zwierząt
		NZ7_14	Farmacja, farmakoterapia, farmakologia
		NZ7_15	Toksykologia
		NZ7_16	Inne zagadnienia pokrewne

Wymienione podgrupy (z numerami 1-16) panelu NZ 7 stanowią jedyne istniejące w Polsce doprecyzowanie obszarów badawczych w dziedzinie ZP, niemniej trudno to uznać za określenie priorytetów badawczych. Zarazem tematyka wszystkich wniosków dofinansowanych przez NCN w panelu NZ 7 jest bardzo szeroka, niezaplanowana i nie wiadomo czy rzeczywiście komukolwiek potrzebna (poza samymi badaczami). Wyraża to praktyczną realizację wysoce dyskusyjnej zasady Haldane'a, że o finansowaniu badań powinni decydować wyłącznie badacze, a nie politycy.

Do zadań NCBR należy m.in.: zarządzanie strategicznymi programami badań naukowych i prac rozwojowych oraz finansowanie lub współfinansowanie tych programów. Podstawą do sformułowania przez Radę NCBR strategicznych kierunków badań naukowych i prac rozwojowych jest Krajowy Program Badań (KPB) wyznaczający długookresowe kierunki B+R, ustanawiany przez Radę Ministrów w drodze uchwały.

KPB obejmuje siedem strategicznych interdyscyplinarnych kierunków B+R, w tym „choroby cywilizacyjne, nowe leki oraz medycynę regeneracyjną”. Obszar ten dotyczy wyłącznie rozpoznania przyczyn, diagnostyki i leczenia chorób. Podkreślono znaczenie np. nanofarmakologii, badań nad komórkami macierzystymi, markerów ekspozycji środowiskowej, neurotransmisji, genomiki, transkryptomiki, proteomiki, w rozwoju których upatruje się szansy na wzrost konkurencyjności polskiej gospodarki.

Kierunki KPB wyznaczono na podstawie: (a) długofalowych potrzeb gospodarki, (b) dotychczasowych światowych osiągnięć naukowych w danej dziedzinie/dyscyplinie, (c) szansy na wytworzenie innowacyjnych wyrobów lub świadczenia innowacyjnych usług, (d) priorytetów polityki naukowej UE. Zwraca uwagę, że kryteria te nie mają bezpośrednio żadnego związku z potrzebami zdrowotnymi ludności kraju. A priori eliminują badania w dziedzinie ZP, ponieważ z istoty rzeczy nie istnieją tu możliwości „konkurencyjności na poziomie światowym”, a programy naukowe UE, w tym 7. PR, praktycznie nie uwzględniały ZP. KPB ma obowiązywać przez 10-15 lat. Żaden z konkursów ogłaszanych przez NCBR nie był bezpośrednio związany z pracami B+R w dziedzinie ZP, także program STRATEGMED.

Programy i przedsięwzięcia ogłaszane przez Ministra NiSW nie wzmocniły ZP. W Polskiej Mapie Drogowej Infrastruktury Badawczej w strategicznym obszarze pod nazwą „Wydajna ochrona zdrowia i wzrost efektywności działań prozdrowotnych” wyróżniono 10 przedsięwzięć, a żadne nie jest powiązane ze ZP. W konkursie na KNOW, czyli flagowe jednostki nauki polskiej, w dziedzinie nauk o zdrowiu wyróżniono Centrum Badań Innowacyjnych w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku. Jest to baza naukowa utworzona przez 10 zakładów badań podstawowych i klinicznych, w pracy których położono nacisk na „poszukiwanie nowych markerów wczesnego wykrywania, zapobiegania chorobom cywilizacyjnym oraz ich skutecznej indywidualizowanej terapii w oparciu o innowacyjne techno-

logie wielkoskalowe: w tym genomikę, transkryptomikę, epigenomikę, proteomikę, metabolomikę oraz najnowocześniejsze metody obrazowania medycznego (w tym PET/MRI).”

## Interesariusze i transparentność

Ocena ex post transparentności procesu ustalania priorytetów oraz udziału w nim interesariuszy jest trudna i zależna od informacji, które pozostały w sieci po danym wydarzeniu. Więcej można powiedzieć o efektywności procesu. Ta zaś w odniesieniu do ZP jest niezadowolająca. Żadne istniejące mechanizmy doradztwa nauki (science advice), uzgodnień wewnętrznych, zewnętrznych (w tym międzyresortowych) i konsultacji społecznych nie przyczyniły się do podniesienia rangi badań w dziedzinie ZP.

Nie ma pewności, jakie przyczyny doprowadziły do zmiany zakresu problematyki, a później nazwy panelu NZ 7 w konkursach NCN, ale wydaje się, że było to podyktowane m.in. rzeczywistymi proporcjami w dotychczasowym podziale środków na dofinansowanie wniosków. Przeprowadzona analiza własna wykazuje, że w latach 2011-2014 (stan na 31.12.2014 r.) w konkursach OPUS 1-7, PRELUDIUM 1-7 oraz SONATA 1-7 udział wniosków realnie związanych ze ZP w panelu NZ 7 zmniejszył się we wszystkich trzech rodzajach konkursów z ok. 36% do 6%.

Projekt KPB został przygotowany przez Komitet Polityki Naukowej (KPN) i był poddany uzgodnieniom międzyresortowym oraz konsultacjom społecznym. Uwagi do projektu zgłosiły Ministerstwa: MON, MSWiA, MEN, MRR, MRiRW, MF oraz ABW, RCB, Prokuratura Generalna, PAN, KRASP, RGSW, RGIB, Pracodawcy RP, Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych „Lewiatan”, Business Centre Club. Uwagi zostały uwzględnione. Ministerstwo Zdrowia uwag nie zgłosiło. Ale uwag nie zgłosiła również żadna jednostka naukowa związana ze ZP.

Opracowanie PPdOZ było powiązane z konsultacjami z przedstawicielami środowiska medycznego oraz z ekspertami skupionymi w Zespole ds. opracowania dokumentów programowych dla nowej perspektywy finansowej funduszy strukturalnych na lata 2014-2020 w obszarze zdrowia. W składzie Zespołu, powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia, znaleźli się wyłącznie wysocy rangą urzędnicy i decydenci z sektora zdrowia.

Dostępne informacje nie pozwalają ustalić, czy po ogólnym nakreśleniu w KPB priorytetowych obszarów badań oraz wyrażeniu w PPdOZ potrzeby prowadzenia badań zastosowano którąkolwiek ze znanych metod precyzyjnego ustalania priorytetów badawczych.

Ponadto należy podkreślić, że w najważniejszych ciałach doradczych Ministra NiSW, takich jak: KEJN, RMN, KPN, RGNiSW, RGIB, Rada NCN oraz Rada NCBR, praktycznie nie ma przedstawicieli środowiska ZP, jeśli kierować się informacjami o członkach tych gremiów podanymi w systemie OPI (stan na 30.11.2014).

Wyjątkami od reguły jest obecność prof. W. Hanke w KEJN, prof. D. Koradeckiej w poprzedniej kadencji KPN oraz aktualnej RGIB, dr. I. Radziewicz-Winnickiego w Radzie NCBR. Z tym jednak, że NCBR nie realizuje aktualnie żadnego programu czy projektu w dziedzinie ZP.

## **Wykorzystanie danych epidemiologicznych i na temat systemu opieki zdrowotnej**

W zasadzie w polityce rozwoju wykorzystuje się podstawowe informacje z badań i analiz sytuacji zdrowotnej ludności oraz funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Czasem dokonuje się również porównań z sytuacją w innych krajach.

Niemniej, wyniki takich badań i analiz służą wyłącznie do oceny „jak jest”. Na tej podstawie w polityce rozwoju wyznacza się zdroworozsądkowe kierunki działań, np. „Zmniejszenie liczby zachorowań i przedwczesnych zgonów poprzez zintensyfikowanie działań profilaktycznych i leczniczych skoncentrowanych na najbardziej istotnych z punktu widzenia zachorowalności i śmiertelności jednostkach chorobowych” (SRKL, cel szczegółowy 4. Poprawa zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej).

Jednocześnie w całej polityce rozwoju nie korzysta się z mocnych podstaw naukowych, które wskazywałyby „co i jak zrobić w praktyce”, czyli z zasady Evidence Based Public Health. Pewnym usprawiedliwieniem może być fakt, że niewiele jest krajowych badań w dziedzinie ZP, które byłyby tu pomocne. W niedostatecznym stopniu korzysta się też z wyników badań prowadzonych w innych krajach i w skali międzynarodowej. Niemniej, prosta transpozycja takich ustaleń do polskiego kontekstu nie musi być efektywna. Dlatego zawsze potrzebne są krajowe badania interwencyjne.

Aktualny sposób wykorzystywania wyników badań do celów polityki zdrowotnej ogranicza znaczenie badań w dziedzinie ZP, a badacze sprowadza co najwyżej do roli analityków.

## **Systemy informacyjne**

Od lat nierozwiązanym problemem jest rozbudowa systemów informacyjnych dla potrzeb ochrony zdrowia, pomimo że stanowi to hamulec rozwoju i poprawy efektywności systemu zdrowotnego. Kwestia ta była podnoszona w dokumentach ważnych dla kształtu całego systemu zdrowotnego, takich jak strategię przyjęte przez Radę Ministrów: Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce 2007-2013, ŚSRK, oraz SSP. Ponadto rozwój systemów informatycznych został uwzględniony w sektorowym dokumencie strategiczno-wdrożeniowym, czyli PPdOZ.

Równoległe powstały dokumenty i przepisy przedmiotowo związane z informatyzacją w ochronie zdrowia, takie jak np. Kierunki informatyzacji „e-Zdrowie

Polska” na lata 2011-2015, ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

W 2013 r. NIK negatywnie oceniła realizację przez Ministra Zdrowia i CSIOZ zadań związanych z budową systemu informacyjnego ochrony zdrowia. Krytyczną ocenę zamieściło też czasopismo branżowe Służba Zdrowia.

Jakkolwiek trudno jest oceniać zapisy wspomnianych dokumentów z pozycji nieprofesjonalisty w dziedzinie informatyzacji, nasuwa się spostrzeżenie, że nadrzędnym celem podejmowanych działań jest poprawa obsługi pacjentów, pracy lekarzy i farmaceutów, podmiotów leczniczych i płatnika. Kwestia wykorzystania tworzonych zbiorów danych przez badaczy jest poruszana ogólnikowo. Niemniej schemat systemu informacji ochrony zdrowia zamieszczony na stronie internetowej CSIOZ wskazuje, że dostęp do systemu będą miały także instytuty naukowe. Otwarte jest pytanie o zakres zbieranych informacji oraz ich przydatność do badań naukowych i weryfikacji hipotez, a także zakres interoperacyjności baz. Trudno jest zatem ocenić, czy i w jaki sposób systemy te będą pomocne w prowadzeniu badań.

### **Wykorzystanie dowodów zebranych w innych krajach i w skali międzynarodowej**

Dowody z badań obcych intensywnie i z pożytkiem wykorzystywane są przez AOTM (obecnie AOTMiT), która opiniuje projekty programów zdrowotnych (obecnie programów polityki zdrowotnej) planowanych do realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego (JST). Obowiązek wystawienia opinii wynika z nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, niemniej uzyskanie negatywnej opinii nie jest przeszkodą dla JST we wdrażaniu programu. Opinie AOTM są zamieszczone na stronie internetowej Agencji, od 2013 r. z podaniem nazwy wnioskodawcy. Większość programów zdrowotnych nadsyłanych do Agencji polega na prowadzeniu szczepień ochronnych przeciwko grypie, pneumokokom, meningokokom oraz HPV albo prowadzeniu badań endoskopowych.

Niektóre z opracowań na temat dowodów międzynarodowych upowszechnia się poprzez tłumaczenia na język polski, jednakże nie są znane kanały dystrybucji takich opracowań.

### **Badania świadczeń zdrowotnych**

W skali międzynarodowej od około 10 lat badania świadczeń zdrowotnych, polityk i systemów są uznawane za badania o podstawowym znaczeniu dla systemu zdrowotnego. Żadne odkrycia o charakterze biomedycznym nie mogą

poprawić zdrowia ludzi, jeśli nie ma badań jak je zastosować w różnych systemach opieki zdrowotnej, wśród różnych grup społecznych i w różnych kontekstach społecznych oraz politycznych. Pomimo takiego uniwersalnego stanowiska badania tego typu są nadal zbyt słabo reprezentowane w Polsce.

Formalnie mogą być dofinansowane wyłącznie jako badania podstawowe, nadzorowane przez NCN. W latach 2011-2014 (stan na 31.12.2014 r.) w konkursach OPUS 1-7, PRELUDIUM 1-7 oraz SONATA 1-7 prowadzonych przez NCN w panelu NZ 7 dofinansowano zaledwie dwa wnioski, które odpowiadają tematycznie organizacji ochrony zdrowia. Nie wiadomo natomiast ile złożonych wniosków dotyczyło projektów badawczych poświęconych temu zagadnieniu. Znany jest przypadek dofinansowania badań na temat polityki zdrowotnej przez NCN w panelu HS 5 pn. „Normy i władza”.

Ponadto istnieją inne przykłady badań i analiz, takie jak Ogólnopolskie Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej prowadzone w NIZP-PZH czy sprawozdania roczne z działalności NFZ z kolejnych lat 2004-2014, w których podaje się m.in. informacje o realizacji świadczeń POZ, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz szpitalnej. Finansowe aspekty świadczeń podawano w Zielonych Księgach. GUS publikuje Narodowe Rachunki Zdrowia.

W piśmiennictwie naukowym opublikowanym w latach 2007-2011 w czterech czasopismach popularnych w dziedzinie ZP dość często publikowano prace oceniające satysfakcję pacjentów. Podobne badania wykonuje regularnie CBOS. Ponieważ wiele badań prowadzi się wśród studentów kierunków medycznych oraz pracowników ochrony zdrowia (convenience sample), toteż publikuje się niemało prac na temat wiedzy i postaw pracowników odnośnie do różnych zagadnień. W jakimś sensie ma to związek z badaniami świadczeń i systemów. Poza tym opracowania na temat funkcjonowania systemu zdrowotnego tworzą koncerty doradcze, jak np. Ernst & Young, firmy konsultingowe, uczelnie niepubliczne, stowarzyszenia (np. CEESTAHC) oraz organizacje o charakterze think tank'ów, jak np. Instytut Ochrony Zdrowia czy Instytut Sobieskiego. Zapewne spory odłam takich badań mieści się w szarej literaturze.

Ogólnie zatem można odnotować duże zainteresowanie tą problematyką, chociaż powtarza się utarte wzorce odnośnie do tematyki i metodologii badań. Dla przykładu wyraźnie brakuje interdyscyplinarnego podejścia do problematyki błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych, jakie zaprezentowano w trzecim zeszycie czasopisma *Journal of Public Health Research* (<http://www.jphres.org/issue/view/7>). Poza tym w polskich badaniach dominuje podejście ilościowe, podczas gdy w piśmiennictwie międzynarodowym równie ważne są metody jakościowe, takie jak np. wywiady o różnej strukturze, analiza treści czy mapa konceptów.



## Dostosowanie programu badań w dziedzinie zdrowia publicznego do strategii „Zdrowie 2020”

Strategia „Zdrowie 2020” prezentuje taką wizję zdrowia i działań dla jego rozwoju, która nie znajduje odzwierciedlenia w krajowych dokumentach i działaniach. Po pierwsze, w „Zdrowiu 2020” podkreśla się, że zdrowie, a więc dobrostan, ma podstawową wartość w życiu jednostek, rodzin oraz społeczności. Dlatego dążenie do niego jest celem uniwersalnym, chociaż akceptuje się różne drogi do rozwoju zdrowia. W polskich strategiach przeważa inna konstrukcja logiczna, w której zdrowie jest oderwane od dobrostanu/jakości życia i jest narzędziem do rozwoju gospodarki, przyczyną tego rozwoju. Na przykład w DSRK zdrowie w połączeniu z pracą („Po pierwsze praca i zdrowie”) stanowi budulec kapitału ludzkiego, który służy do „makroekonomicznych ram konkurencyjności i innowacyjności gospodarki”, co ostatecznie służy poprawie jakości życia. W PPdOZ długość życia w zdrowiu warunkuje jakość życia i wzrost gospodarczy. Po drugie, w „Zdrowiu 2020” kładzie się nacisk na budowanie potencjału ZP. Po trzecie, dobitnie akcentuje się potrzebę prowadzenia badań w dziedzinie ZP. Po czwarte, dąży się do stworzenia systemów zdrowotnych skoncentrowanych na ludziach, do partycypacji społecznej i opiera na podejściu „bottom-up”. Polskie dokumenty zdają się prezentować podejście odwrotne „top-down”, tj. oparte na poglądach i decyzjach podejmowanych na wysokich szczeblach zarządzania. Różnice te mają liczne konsekwencje.

### Programy badawcze na temat społecznych uwarunkowań zdrowia

W obecnej konfiguracji zadań dla struktur, które dofinansowują prace B+R ze środków budżetowych nie istnieje żaden specyficzny mechanizm pozwalający na finansowanie badań poświęconych społecznym determinantom zdrowia.

Jednym ze znanych przykładów badań w tym obszarze jest projekt badawczy PolSenior, zamawiany przez MNiSW i realizowany w latach 2007-2011, poświęcony ocenie stanu zdrowia oraz sytuacji społeczno-ekonomicznej ludzi starych w Polsce. Jego kontynuacją miał być projekt PolSenior 2, który został zgłoszony do I konkursu programu strategicznego „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych - STRATEGMED” prowadzonego przez NCBR. W I konkursie STRATEGMED dofinansowanie uzyskało 16 projektów na 33 wnioski ocenione pozytywnie. W zgodzie z założeniami STRATEGMED-u, wszystkie zwycięskie projekty miały charakter biomedyczny lub były związane z telemedycyną. PolSenior 2 uzyskał pozytywną ocenę merytoryczną, ale nie był rekomendowany do dofinansowania. Założenia do II konkursu pozostały niezmiennione.

W takiej sytuacji jedynym rozwiązaniem jest poszukiwanie innych możliwości finansowania badań i analiz. Przykładem może być praca wykonana pod egidą WHO dla potrzeb opracowania pt. „Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce”. Innym - badania na temat kulturowych uwarunkowań zdrowia mężczyzn, które były finansowane przez firmę Siemens. Istnieją też badania, które powstały we współpracy z przemysłem farmaceutycznym. Wszystkie te starania należy uznać za niewystarczające.

### **Badania systemu zdrowotnego ukierunkowane na partycypację społeczną i równość**

System zdrowotny w Polsce nie jest nastawiony na partycypację społeczną i korzysta z niej w bardzo ograniczonym stopniu. W efekcie uczestnictwo nie jest postrzegane jako ważny problem badawczy. Niemniej w polskich czasopiśmie ukazały się artykuły poglądowe na temat funkcjonowania NGOs w systemie zdrowotnym oraz partycypacji społecznej.

Nie można też wykluczyć, że kwestia ta była już podejmowana przez poszczególnych badaczy. Ażeby wykazać istnienie takich badań należałoby wykonać ręczną analizę zawartości czasopism.

### **Programy badawcze ukierunkowane na choroby niezakaźne w cyklu życia**

Aktualnie nie istnieją programy badawcze ukierunkowane na choroby niezakaźne finansowane ze środków publicznych. Pomimo nazwy - „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” - strategiczny program STRATEGMED, nie obejmuje zagadnień ZP i dotyczy wyłącznie diagnostyki i terapii chorób.

W panelu NZ 7 istniała podgrupa tematyczna „prewencja populacyjna”, później dodano zaś „prewencję chorób człowieka”, co pokazuje włączenie perspektywy osobniczej, a także narządowo-tkankowo-komórkowej. Wydaje się zatem, że wnioski z obszaru ZP (populacyjne) mają stosunkowo małą szansę na wygraną w konkursie.

Znane jest badanie NATPOL 2011 w populacji 18-79 lat, wzorowane na Framingham Heart Study, realizowane w partnerstwie z Sanofi-Aventis.

### **Międzysektorowe programy badawcze**

Można przyjąć, że pewne formy współpracy międzyresortowej w zakresie badań realizują CIOP-PIB, nadzorowany przez Ministra Pracy, IOŚ-PIB, który jest instytutem resortowym, nadzorowanym przez Ministra Środowiska, oraz PIW-PIB, nadzór nad którym sprawuje Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Niemniej, posiadane

informacje nie pozwalają na odpowiedź, czy prowadzone są jakiegokolwiek międzysektorowe programy badawcze.

## Programy promocji zdrowia w społeczności

Ponieważ nie istnieje baza danych o takich programach i projektach, a informacje o nich rzadko trafiają do artykułów w piśmiennictwie naukowym, można kierować się wyłącznie własnym doświadczeniem i podać kilka przykładów. Należą tu inspirowane przez WHO projekty: Szkoła Promująca Zdrowie, Zakłady Pracy Promujące Zdrowie, Szpitale i Placówki Medyczne Promujące Zdrowie oraz Miasta Promujące Zdrowie (Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich - SZMP). Najwięcej informacji oraz publikacji na temat metod pracy oraz efektów działalności powstało w Polskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. SZMP prowadzi własną stronę internetową (<http://www.szmp.pl/>), gdzie podaje się podstawowe informacje o prowadzonych działaniach.

Ustawy o samorządzie gminnym, powiatu i województwa nakładają na JST zadania o charakterze ochrony zdrowia (gmina) oraz promocji i ochrony zdrowia (powiat i województwo). Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 r. JST mają zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności poprzez realizację programów polityki zdrowotnej, które dotyczą ważnych zjawisk epidemiologicznych.

Zgodnie z ogłoszoną w 2004 r. wersją ww. ustawy, informacje o realizowanych programach zdrowotnych miały być przekazywane ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. W wyniku nowelizacji ww. ustawy z 2007 r. ustalono zakres przekazywanych informacji. W sierpniu 2008 r. opublikowano arkusze do przekazywania tych informacji.

W wyniku kolejnej nowelizacji w 2010 r. powstała konieczność opiniowania projektów programów przez AOTM. W 2012 r. upowszechniono instrukcję do wypełniania arkuszy sprawozdawczych, na których podaje się informacje o planowanych i zrealizowanych programach zdrowotnych. Informacje te odnoszą się wyłącznie do produktu tych programów, ale nie ich rezultatu ani oddziaływania, a zatem nie dają podstaw do oceny efektów tych programów. W wyniku nowelizacji z 2014 r. programy zdrowotne realizowane przez JST nazywają się „programami polityki zdrowotnej” (art. 5. ust. 29a) i mają być sporządzane na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych (art. 48a). Ogólnie zatem proces zmian trwa nieprzerwanie od 10. lat. Niewiele też wiadomo na temat zawartości i poprawności tych sprawozdań. Równoległe istniał osobny system sprawozdawczości z realizacji NPZ w latach 2008-2011.

W Kielcach od 2006 r. prowadzona jest akcja szczepień przeciwko meningokokom i pneumokokom. Program ten jest realizowany przez JST i podlega

regularnej ocenie. Innym przykładem ewaluacji (zewnętrznej) jest ocena programów profilaktycznych na Pradze-Południe. W piśmiennictwie wyraźnie zaznaczono działalność samorządową na rzecz zdrowia w woj. kujawsko-pomorskim, w tym na rzecz społeczności romskiej. Związek Powiatów Polskich realizuje obecnie (2011-2015) projekt „Portrety szpitali - mapy możliwości, czyli monitorowanie jakości usług publicznych i benchmarking z zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem szpitali, dla których organem założycielskim jest jednostka samorządu terytorialnego” finansowany przez Europejski Fundusz Społeczny (Priorytet V. Dobre rządzenie. Działanie 5.2. Wzmocnienie potencjału administracji samorządowej).

Ogólnie jednak JST raczej nie są zaangażowane w ewaluację prowadzonych programów zdrowotnych. Wiadomo np., że w losowej próbie 209 projektów programów zdrowotnych nadesłanych w 2012 r. przez JST do zaopiniowania przez AOTM aż w 108 nie podano żadnych informacji na temat planowanej ewaluacji przedmiotowego programu. W pozostałych 101 projektach prawidłowy opis odnotowano tylko w 8 przypadkach, co stanowi zaledwie 3,8% wszystkich projektów objętych badaniem (dane własne). Zarazem w poradniku tworzenia samorządowych programów zdrowotnych zaleca się monitorowanie oraz prowadzenie kontroli prawnej realizacji programów.

Należy zauważyć, że ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dopuszcza realizację programów promocji zdrowia, niemniej nie definiuje tego pojęcia. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej z 2011 r. podmioty lecznicze mogą prowadzić promocję zdrowia zgodną z wykładnią Karty Ottawskiej.

## Czynniki ochronne

Zarówno w działalności praktycznej jak również w badaniach w dziedzinie ZP zdecydowanie przeważa perspektywa czynników ryzyka i wydaje się, że czynniki ochronne są brane pod uwagę tylko w przypadku promocji zdrowia psychicznego.

## Regularna ocena HiAP

Zgodnie z posiadaną wiedzą nie dokonywano w Polsce regularnej oceny realizacji zasady Zdrowie we Wszystkich Politykach. Niemniej kilka lat temu podjęto wysiłek oceny pozycji zdrowia w krajowej polityce rozwoju oraz oceny zgodności polskich polityk ze strategią Zdrowie 2020.

Jednocześnie dokonywano całościowej oceny potencjału ZP i(lub) stanu realizacji czy efektywności funkcji ZP (EPHOs) według rezolucji Biura Regionalnego WHO dla Europy. Niemniej, w ograniczonym zakresie, prowadzono wywiady na temat kondycji ZP w Polsce z przedstawicielami środowiska badaczy w dziedzinie ZP i pewne informacje o Polsce są zawarte w raportach międzynarodowych.

## 10.B. Budowanie potencjału

Na potencjał do realizacji badań składają się zasoby ludzkie, umiejętności ludzi, oraz możliwości ich pracy wynikające z właściwości instytucji oraz sprawności i wydajności państwa.

### Dostęp badaczy do danych dotyczących zdrowia

Informacje, które mają znaczenie dla badań w dziedzinie ZP mogą pochodzić z rejestrów medycznych i(lub) rejestrów publicznych. W grudniu 2014 r. Trybunał Konstytucyjny uznał, że dotychczasowe zasady tworzenia rejestrów medycznych są niezgodne z Konstytucją RP i nie mogą być tworzone na podstawie rozporządzenia (sygnatura akt: K33/13).

Zasady prowadzenia takich rejestrów oraz dostęp do danych regulują liczne przepisy, które nie są jednak dostatecznie znane w środowisku badaczy ZP. Dotychczas nie powstało żadne opracowanie poświęcone tej tematyce, które wyjaśniałoby wszystkie problemy i wątpliwości. Zdecydowanie więcej uwagi poświęcono kwestiom prawnym i etycznym badań klinicznych.

### Dostęp do informacji publicznej

Zgodnie z ustawą o informacji publicznej każda informacja o sprawach publicznych podlega udostępnieniu i ponownemu wykorzystywaniu na określonych w ustawie zasadach oraz w określonym trybie. Udostępnienie informacji następuje np. w formie zamieszczenia w BIP oraz na wniosek zainteresowanego, jeśli danej informacji nie ma w BIP. Prawo dostępu do informacji publicznej przysługuje każdemu, z wyjątkiem sytuacji ograniczenia dostępu ze względu na prywatność osoby fizycznej lub tajemnicę przedsiębiorcy. Ponadto przepisy omawianej regulacji stanowią, że nie naruszają przepisów innych ustaw, określających odmienne zasady i tryb dostępu do informacji publicznej, co oznacza, że ustępują one pierwszeństwa regulacjom szczególnym. Jest to ograniczanie zakresu stosowania tej ustawy, która spotyka się z negatywną oceną doktryny - „skonstruowano ją [ustawę] tak, że w dalszym ciągu tajemnice wydają się najważniejsze, a dostęp do informacji mniej istotny”.

Informacje dzieli się na proste i przetworzone, czyli takie, które w orzecznictwie sądowym uznano za jakościowo nowe, powstałe na skutek poddania informacji prostych czynnościom analitycznym oraz intelektualnym. Postępowanie takie nadało informacjom prostym wyraźnie odmienną treść i formę.

Obecnie w powszechnym odczuciu prawo dostępu do informacji publicznej jest w Polsce naruszane ze względu na nieznaną zasad (zarówno po stronie obywateli jak urzędów), niechęć urzędów do dodatkowej ich zdaniem pracy związanej z ujawnieniem informacji, czas oczekiwania na uzyskanie stosownej informacji oraz przewlekłość postępowań przed sądami. Ostatnio obserwuje się również dążenia do ograniczenia dostępu do takich informacji, za próbę czego uznano projekt badawczy dofinansowany przez NCBR pt.: „Model regulacji jawności i jej ograniczeń w demokratycznym państwie prawnym”. Kwestie te mają duże znaczenie dla tych badaczy w dziedzinie ZP, którzy uprawiają desk research.

## Ochrona danych osobowych

Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym. Jednym z aspektów prawa do prywatności jest ochrona tzw. prywatności informacyjnej, na którą składa się uprawnienie jednostek do kontrolowania treści i obiegu informacji, które jej dotyczą. Problematyka ochrony danych osobowych została odrębnie uregulowana na poziomie konstytucyjnym oraz w ustawie o ochronie danych osobowych. Zgodnie z tymi regulacjami każdy ma prawo do nieujawniania informacji na jego temat. Władze publiczne nie mogą pozyskiwać, gromadzić i udostępniać innych informacji o obywatelach niż niezbędne w demokratycznym państwie prawnym. Ustawa chroni dane osobowe, jeśli są one uporządkowane w zestawach, aktach, księgach, skorowidzach, rejestrach i innych zbiorach ewidencyjnych.

Regulacje prawne dotyczące ochrony danych osobowych oraz przetwarzania takich danych stanowią swoistą wypadkową między szeroko unormowanym prawem do prywatności osób, których dane dotyczą, a swobodą zbierania, wykorzystania i przekazywania informacji. Wydaje się, że można wyróżnić dwa aspekty tego prawa: prywatnoprawny i publicznoprawny. Jeśli chodzi o aspekt prywatnoprawny, to można bronić stanowiska, iż przedmiotem ochrony na gruncie ustaw o ochronie danych osobowych jest w istocie pewien emocjonalny (osobisty) stosunek występujący między osobą fizyczną, a dotyczącymi jej danymi. Publicznoprawny wymiar ustawowej regulacji, a zarazem określonego w niej prawa do ochrony danych osobowych, przejawia się m.in. w tym, że ustawa nakłada na podmioty przetwarzające dane osobowe wiele obowiązków związanych bezpośrednio lub pośrednio z poszanowaniem tego prawa, których nieprzestrzeganie zagrożone

jest sankcjami karnymi. Ponadto kontrolę zgodności przetwarzania danych osobowych z prawem, ustawa powierza Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych, który jest centralnym organem administracji publicznej.

Danymi osobowymi (art. 6 ustawy) są wszelkie informacje dotyczące konkretnej osoby, za pomocą których bez większego wysiłku można tę osobę zidentyfikować, pomimo że nie jest ona wyraźnie wskazana. Możliwą do zidentyfikowania jest taka osoba, której tożsamość można określić bezpośrednio lub pośrednio, np. poprzez powołanie się na numer identyfikacyjny albo jeden lub kilka specyficznych czynników określających jej cechy fizyczne, fizjologiczne, umysłowe, ekonomiczne, kulturowe lub społeczne. Informacji nie uważa się za umożliwiającą określenie tożsamości osoby, jeżeli wymagałoby to nadmiernych kosztów, czasu lub działań. Danymi osobowymi są: imię, nazwisko i adres osoby, nadane jej numery (np. PESEL), dane o cechach fizjologicznych, umysłowych, ekonomicznych, kulturowych i społecznych. Nie są nimi pojedyncze ogólne informacje, np. sama nazwa ulicy i numer domu, w którym mieszka wiele osób, czy wysokość wynagrodzenia. Informacja ta będzie jednak stanowić dane osobowe wówczas, gdy zostanie zestawiona z innymi, dodatkowymi informacjami, np. imieniem i nazwiskiem czy numerem PESEL, które w konsekwencji można odnieść do konkretnej osoby. Adres poczty elektronicznej nie stanowi danych osobowych, o ile w treści adresu nie ma np. imienia i nazwiska właściciela. Danymi osobowymi nie są informacje o osobach zmarłych.

Danymi szczególnie chronionymi (tzw. wrażliwymi) są informacje o: pochodzeniu rasowym lub etnicznym, poglądach politycznych, religijnych, filozoficznych, wyznaniu, przynależności do partii lub związku, stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach, życiu seksualnym, skazaniach, orzeczeniach o ukaraniu, mandatach i innych orzeczeniach wydanych w postępowaniu przed sądem lub urzędem.

Przetwarzanie danych osobowych, w tym szczególnie chronionych, wymaga spełnienia pewnych warunków przez administratora danych. W tym dążenia szczególnej staranności w celu ochrony interesów osób, których dane dotyczą, m.in. poprzez: (a) zapewnienie, aby dane były wykorzystane zgodnie z prawem, (b) były adekwatne do celu ich wykorzystania (c) nie były wykorzystywane dłużej, niż wymaga tego realizacja celu, dla którego zostały zgromadzone. Udostępnianie danych jest jedną z form ich przetwarzania. Nad przestrzeganiem prawa obywateli do ochrony ich danych osobowych czuwa niezależny organ - Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych.

Zgodnie z orzeczeniem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie (sygnatura akt: II SA/Wa 2418/11) NFZ musi udostępnić dane pacjentów niezbędne do celów naukowych.

W toku prac nad rozwiązaniami krajowymi uwzględniano umowy międzynarodowe, rekomendacje Rady Europy oraz akty prawne PE (dyrektywa 95/46/WE).

Analiza przepisów międzynarodowych i UE oraz polskiej ustawy o ochronie danych osobowych pozwala przyjąć, iż występujące w nich regulacje są zharmonizowane. Jednak od 2012 r. trwają prace w PE i KE nad zmianą przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

Jednym z diskutowanych rozwiązań jest kwestia rozszerzenia zakresu definicji danych osobowych, tak aby dostosować ją do wymogów społeczeństwa informacyjnego. Badacze w dziedzinie ZP często spotykają się z sytuacją konieczności ochrony danych osobowych.

## Ochrona własności intelektualnej

Pojęcie własności intelektualnej zgodnie z definicją sformułowaną przez Światową Organizację Własności Intelektualnej (World Intellectual Property Organization, WIPO), obejmuje różnorodne wytwory umysłu człowieka, takie jak wynalazki, utwory literackie i artystyczne oraz symbole, nazwy, grafiki i wzory stosowane w szeroko rozumianej gospodarce. Obejmuje ona zarówno wytwory i oznaczenia mające zastosowanie dla celów działalności gospodarczej (własność przemysłowa), jak również dzieła będące przedmiotem praw autorskich, tj. utwory o charakterze naukowym, literackim i artystycznym. Ograniczenia formalne w dostępie do własności intelektualnej hamują rozwój, w tym również badań naukowych. Podkreśla się tu konkurencję dwóch wartości - prawa do korzystania z rozwoju nauki i techniki oraz prawa własności.

Podstawowymi przepisami, które regulują prawo własności intelektualnej w Polsce są dwie ustawy: Prawo o własności przemysłowej oraz o prawie autorskim i prawach pokrewnych.

Własność przemysłowa obejmuje wynalazki (patenty), znaki towarowe, wzory użytkowe i przemysłowe, oznaczenia geograficzne, a także topografie układów scalonych. Prawa własności przemysłowej są udzielane przez uprawniony do tego organ (Urząd Patentowy RP), podlegają wpisowi do odpowiedniego rejestru, a ich zakres jest zdefiniowany na podstawie dokumentacji przedłożonej urzędowi.

Prawa autorskie i pokrewne dotyczą szerokiego zakresu utworów literackich i artystycznych, zapisanych, wykonanych oraz nagranych. Do powstania tych praw nie są wymagane żadne formalności. Utwór powstaje z chwilą ustalenia (tj. inna osoba oprócz autora musi się z nim zapoznać). Jest on przedmiotem prawa autorskiego nawet, jeśli ma postać nieukończoną. W szczególności, wyróżnia się następujące utwory: (a) wyrażone słowem, symbolami matematycznymi, znakami graficznymi (literackie, publicystyczne, naukowe, kartograficzne oraz programy komputerowe), (b) plastyczne, (c) fotograficzne, (d) wzornictwa przemysłowego, (e) architektoniczne, architektoniczno-urbanistyczne i urbanistyczne.



Zbiory, antologie, bazy danych spełniające cechy utworu są przedmiotem prawa autorskiego, nawet, jeżeli zawierają niechronione materiały, o ile przyjęty w nich dobór, układ lub zestawienie ma twórczy charakter, bez uszczerbku dla praw do wykorzystanych utworów.

Autorowi zawsze przysługują autorskie prawa osobiste, które są niezbywalne i nieograniczone w czasie, oraz z reguły także autorskie prawa majątkowe, które mogą być zbyte lub w inny sposób przeniesione na nabywcę (np. licencja).

Różnica między korzystaniem z cudzej własności intelektualnej a przywłaszczeniem jej sobie jest niekiedy płynna. Kwestie ochrony własności intelektualnej w sytuacji pozyskiwania przez badacza danych z cudzych zbiorów rozwiązywana jest zazwyczaj za pomocą współautorstwa artykułów naukowych i innych opracowań. Nie są mi znane żadne szczegółowe regulacje czy też zalecenia w tej sprawie.

## Integracja działalności badawczej z kształceniem ustawicznym

### Strategia rozwoju akademickich badań w dziedzinie ZP

Zgodnie z posiadaną wiedzą nie istnieje żaden dokument na temat rozwoju badań w dziedzinie ZP w strukturach akademickich. Można sądzić, że na uczelniach medycznych rozwój badań w dziedzinie ZP odbywa się na drodze pośredniej, tj. poprzez pomnażanie dorobku naukowego zdrowia publicznego za pomocą dorobku medycyny ogólnej i klinicznej.

Wśród 11 uczelni medycznych (9 uniwersytetów medycznych, CM UJ, CM UMK) tylko w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach istnieje samodzielny Wydział Zdrowia Publicznego. W pozostałych uczelniach jednostki organizacyjne związane ze ZP są częścią Wydziałów Nauk o Zdrowiu (WNoZ). WNoZ mają bardzo różnorodną strukturę organizacyjną i obejmują podjednostki specjalizujące się w różnych zagadnieniach, przy czym zazwyczaj działa tam ośrodek (np. zakład, klinika, katedra) pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego. Poza tym spotyka się całe spektrum tematyki, poczynając od nauk podstawowych (np. fizjologia, biochemia, genetyka, neurochemia, immunobiochemia), a kończąc na różnych naukach klinicznych (np. perinatologia, anestezjologia i intensywne terapie, dermatologia estetyczna, radiologia zabiegowa, patmorfologia). Istniejąca struktura WNoZ nie jest zgodna z charakterem nauk o zdrowiu według klasyfikacji OECD (tab. II), ale ma poważne zalety w ocenie parametrycznej jednostek naukowych, ponieważ powiększa dorobek wydziałów o prace ze wspomnianych dziedzin.

Również dydaktyka w dziedzinie ZP ma słabą pozycję w strukturach akademickich. Zgodnie z polską Klasyfikacją zawodów i specjalności, istnieje zawód nauczyciela akademickiego w naukach medycznych (numer 231009), farmaceutycznych (231004) oraz w naukach o kulturze fizycznej (231010), nie ma natomiast zawodu nauczyciela akademickiego w obszarze nauk o zdrowiu, względnie - nauk o życiu, bądź w obszarze ZP. Słaba pozycja ZP jest wyraźnie widoczna w niskich wymaganiach stawianych kandydatom na studia na kierunku ZP.

W Polsce stosuje się kilka klasyfikacji nauk, w których ZP zajmuje inną pozycję, w wyniku czego jest dziedziną nieoookreśloną .

### Tabela II.

Podgrupy i obszary tematyczne w grupie nauk medycznych i o zdrowiu wg klasyfikacji OECD (2007).

<p><b>3.1. Medycyna ogólna:</b> anatomia i morfologia; genetyka człowieka; immunologia; neuronauki (w tym psychofizjologia); farmakologia i farmacja; chemia medyczna; toksykologia; fizjologia (w tym cytologia); patologia.</p>
<p><b>3.2. Medycyna kliniczna:</b> andrologia; ginekologia i położnictwo; pediatria; serce i ukł. sercowo-naczyniowy; ch. naczyń obwodowych; hematologia; ukł. oddechowy; intensywne terapia i medycyna ratunkowa; anestezjologia; ortopedia; chirurgia; radiologia, medycyna nuklearna i obrazowa; transplantologia; stomatologia, chirurgia i medycyna jamy ustnej; dermatologia i ch. weneryczne; gastroenterologia i hepatologia; urologia i nefrologia; onkologia; okulistyka; otolaryngologia; psychiatria; neurologia kliniczna; geriatryka i gerontologia; medycyna ogólna i wewnętrzna; inne dziedziny med. klinicznej; medycyna alternatywna i komplementarna.</p>
<p><b>3.3. Nauki o zdrowiu:</b> nauki o opiece zdrowotnej i świadczeniach (w tym administrowanie i finansowanie); polityka zdrowotna i świadczenia; pielęgniarstwo; żywienie i dietetyka; <b>zdrowie publiczne</b> i środowiskowe; medycyna tropikalna; parazytologia; ch. zakaźne; epidemiologia; zdrowie pracujących; nauka o sporcie i sprawności fiz.; nauki społeczno-biomedyczne (w tym planowanie rodziny, zdrowie seksualne, psychoonkologia, polityczne i społeczne skutki badań biomedycznych); etyka medyczna; uzależnienia.</p>
<p><b>3.4.</b> <b>Biotechnologia medyczna:</b> biotechnologia związana ze zdrowiem; manipulacja w komórkach, tkankach, organach lub organizmie (rozwój wspomagany); technologie określania funkcji DNA, białek i enzymów i ich wpływu na rozwój chorób i utrzymanie zdrowia (diagnostyka i terapia genetyczna); biomateriały (dot. implantów, urządzeń i czujników); etyka związana z biotechnologią medyczną.</p>
<p><b>3.5. Inne nauki medyczne:</b> medycyna sądowa, inne nauki medyczne.</p>

## **Dostępność funduszy dla badań w szkołach zdrowia publicznego**

W 1991 r. utworzono Szkołę Zdrowia Publicznego (SZP) w Krakowie jako jednostkę międzyuczelnianą UJ oraz AM im. Mikołaja Kopernika w Krakowie. Sześć lat później weszła w skład nowoutworzonego Wydziału Ochrony Zdrowia, a w 2007 r. zmieniono tę nazwę na Wydział Nauk o Zdrowiu.

Aktualnie w Polsce działa tylko jedna SZP (pod taką nazwą) w CMKP w Warszawie. Szkoła prowadzi kształcenie podyplomowe dla lekarzy i osób o wykształceniu magisterskim (w tzw. zawodach mających zastosowanie w ochronie zdrowia) przewidziane programem specjalizacji w dziedzinie ZP. Ponadto prowadzi kursy z dziedziny ZP, obowiązkowe dla wszystkich lekarzy, którzy kształcą się w którejsz z 77. specjalności lekarskich oraz 9. lekarsko-dentystycznych.

SZP działa na tych samych zasadach jak całe CMKP i uczelnie wyższe, tzn. znaczące środki na prowadzenie badań może pozyskiwać tylko w trybie grantów. Dodatkowe środki, jakie CMKP otrzymuje z MNiSW na tzw. działalność statutową są bardzo skromne i nie wystarczające. Dzielone są między jednostki organizacyjne CMKP, w tym SZP, wg kryterium wagi publikacji danej jednostki w poprzednim roku, mierzonej współczynnikiem IF. W obecnych uwarunkowaniach kadrowych i finansowych badania realizowane w SZP polegają na badaniach typu desk research albo są badaniami ankietowymi realizowanymi wśród słuchaczy kursów. Placówka działa pod różnymi nazwami, w tym „Studium Medycyny Społecznej” nieprzerwanie od 1971 r., kiedy powołano CMKP.

SZP CMKP nie jest aktualnie członkiem ASPHER. Obecnie członkami ASPHER są: następujące jednostki z Polski: (a) Department of Public Health and Social Medicine, Medical University of Gdansk, (b) School of Public Health in Bytom, Medical University of Silesia, (c) Institute of Public Health, Faculty of Health Sciences, Medical College, Jagiellonian University, (d) Department of Preventive Medicine, Faculty of Health Sciences, Poznan University of Medical Sciences, (e) Public Health Training Centre, National Institute of Public Health-National Institute of Hygiene. Wszystkie wymienione jednostki działają na ogólnych zasadach finansowania nauki w Polsce, tj. środki na badania mogą uzyskać w wyniku konkursów na granty.

## **Umiejętności badawcze w programach kształcenia**

W procesie kształcenia (nauczania-uczenia się) w dziedzinie ZP na poziomie przed- oraz podyplomowym umiejętności badawcze, dotyczące metodologii badań przydatnych w tej dziedzinie, nie są uwzględnione w dostatecznym stopniu. Osobiste doświadczenia związane z recenzowaniem rozpraw i artykułów sugerują niedostateczne przygotowanie pracowników do prowadzenia badań społecznych.

Nie opracowano listy kompetencji pracownika ZP, takich jak np. wykazy z USA, Kanady, Wielkiej Brytanii czy Australii (dot. kompetencji promotora zdrowia), w których duży nacisk został położony na umiejętności analityczne i szacowania problemów. Istnieje tylko ogólny opis zawodu (tab. 10.3).

## Studia I, II i III stopnia

W uchylonym rozporządzeniu Ministra NiSW z 2007 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów w treściach kształcenia na kierunku ZP nie było osobnego bloku tematycznego poświęconego umiejętnościom badawczym. Jakkolwiek kwestie te mogły pojawiać się w innych treściach, to jednak w dużej mierze było to zależne od prowadzącego zajęcia oraz polityki uczelni. Umiejętności badawcze nie były ujęte w efektach kształcenia ani na I (licencjackim), ani na II (magisterskim) stopniu kształcenia. Stwierdzono jednak, że absolwent studiów II stopnia posiada umiejętność „identyfikowania i prognozowania zagrożeń i problemów zdrowotnych określonej zbiorowości” oraz „ma wpojone nawyki ustawicznego kształcenia i rozwoju zawodowego oraz jest przygotowany do podejmowania wyzwań badawczych i podjęcia studiów trzeciego stopnia (doktoranckich)”. W obowiązujących aktualnie Krajowych Ramach Kwalifikacji (KRK) [28] opisane są tylko efekty kształcenia w kategoriach wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych, tzn. nie ma tu wskazanych treści kształcenia. Zgodnie z KRK w zakresie nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz o kulturze fizycznej (nie dotyczy studiów na kierunku lekarskim, lekarsko-dentystycznym, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa) osoba posiadająca kwalifikacje II stopnia „potrafi współdziałać w planowaniu i realizacji zadań badawczych w zakresie dziedzin nauki i dyscyplin naukowych, właściwych dla studiowanego kierunku studiów” (umiejętność M2\_U08) oraz „posiada umiejętność przygotowania pisemnego opracowania w zakresie dyscypliny naukowej, właściwej dla studiowanego kierunku studiów” (M2\_U13). Ponadto osoba ta „rozumie potrzebę uczenia się przez całe życie, potrafi inspirować i organizować proces uczenia się innych osób” (kompetencja społeczna M2\_K01). Nadzór nad studiami I oraz II stopnia sprawuje Polska Komisja Akredytacyjna.

Wiele wydaje się wskazywać, że coraz więcej prac licencjackich, a nawet magisterskich ma charakter prac poglądowych, a nie badawczych.

Ponadto na niektórych uniwersytetach medycznych prowadzone są studia doktoranckie w dziedzinie ZP. Plany i programy takich studiów ustalają uczelnie.

## Kształcenie podyplomowe

W obowiązującym uprzednio programie specjalizacji w dziedzinie ZP dla lekarzy (do 31.03.2014 r., tzw. stary tryb) problematyka badawcza była poruszana

wyrywkowo i horyzontalnie, tj. treści te były rozproszone w różnych kursach i formach kształcenia. Niemniej oczekiwano, że ostatecznym efektem szkolenia specjalizacyjnego będzie np. umiejętność „samodzielnego przygotowania i prowadzenia badań pozwalających na ocenę stanu zdrowia określonych grup ludności, a także badania zjawisk mających wpływ na zdrowotność albo związanych ze zdrowotnością”. Osoba specjalizująca się miała też odbyć 3-tygodniowy staż w jednostce naukowo-badawczej. Jednym z warunków pozwalających na zaliczenie toku szkolenia i przystąpienia do PES było przygotowanie pracy dyplomowej, która mogła mieć różną formę, w tym „raportu z badania - w całości zaprojektowanego i przeprowadzonego przez specjalizującego się”.

W programie specjalizacji w dziedzinie ZP dla lekarzy obowiązującym od 1 października 2014r. (tzw. tryb modułowy) znajdują się 2 kursy poświęcone umiejętnościom badawczym, tj.: „Metody analizy danych na potrzeby epidemiologii i promocji zdrowia” (5 dni, 40 godz. dydaktycznych) oraz „Biostatystyka” (10 dni, 80 godz.). Wyraźnie brakuje metodologii badań społecznych. Lekarz kształcący się w tej specjalizacji jest zobowiązany do „napisania pracy naukowej opublikowanej w recenzowanym czasopiśmie medycznym, której lekarz jest autorem lub współautorem, lub pracy pogłądowej”. Szkolenie specjalizacyjne trwa 4 lata, z tego 34 tygodnie zajmują obowiązkowe staże zewnątrz (poza jednostką macierzystą), w tym 12 tygodni w jednostce naukowo-badawczej, a 26 tygodni i 3 dni zajmują 22 kursy specjalizacyjne.

Farmaceuci, diagnosty laboratoryjni oraz osoby o innych zawodach, mających zastosowanie w ochronie zdrowia mogą odbywać kształcenie specjalizacyjne w dziedzinie ZP w starym trybie. W programie specjalizacji nie ma silnego akcentu na umiejętności analityczne i badawcze. Jednym z warunków zaliczenia kształcenia jest napisanie pracy dyplomowej. Szkolenie podyplomowe lekarzy i pozostałych wymienionych grup podlega procedurze akredytacji.

Od 2003 r. pielęgniarki i położne mogły specjalizować się w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Program kształcenia nie obejmował problematyki badawczej. Od 24 sierpnia 2015 r. zostanie zlikwidowana ta ścieżka nauczania i specjalizacje dla pielęgniarek i położnych będą mogły być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa/położnictwa, a pielęgniarki dodatkowo będą mogły specjalizować się w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - ochronie zdrowia pracujących .

## **Umiejętności specjalisty zdrowia publicznego**

Przy widocznych niedostatkach związanych z nauczaniem umiejętności badawczych w kształceniu przed- i podyplomowym według polskiej Klasyfikacji zawodów i specjalności specjalista w dziedzinie ZP powinien prowadzić badania naukowe i publikować ich wyniki (tab. III). Zarazem nikt nie weryfikuje tych

umiejętności, podobnie jak umiejętności praktycznych, ponieważ nie powstał system akredytacji ośrodków ani certyfikacji pracowników pracujących w realnym kontakcie z populacjami docelowymi, na przykład pracowników JST.

### Tabela III.

Opis zawodu „specjalista zdrowia publicznego” (kod 228204) wg Klasyfikacji zawodów i specjalności (2010).

<b>Synteza</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wykonuje zadania związane ze zwalczaniem ekologicznych zagrożeń zdrowotnych, kontroluje i ocenia stan sanitarny i stan zdrowia populacji na określonym terenie, zapobiega masowym zagrożeniom zdrowotnym, działając w ramach krajowych i międzynarodowych placówek, instytucji i organizacji sanitarno-epidemiologicznych;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>kontroluje stan higieniczny zakładów pracy, zakładów opieki, placówek oświatowych, kulturalnych i innych;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ocenia stan higieniczny grup społecznych i zawodowych, współdziała w promocji zachowań prozdrowotnych jednostek i społeczeństwa.</li> </ul>
<b>Zadania zawodowe</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>kontrolowanie i ocenianie stanu zdrowia określonych populacji oraz ewidencjonowanie chorób i patologii wynikających ze skażenia środowiska czynnikami biologicznymi, fizycznymi i chemicznymi;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>organizowanie pracowni diagnostycznych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych i nadzorowanie ich;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>oznaczanie stopnia zanieczyszczenia gleby, wód, powietrza i innych elementów środowiska;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>wykrywanie źródeł zanieczyszczeń ekologicznych;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>przeprowadzanie kontroli sanitarnych zakładów wytwórczych, usługowych i innych i ocenianie ich stanu sanitarnego;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>wydawanie ekspertyz dotyczących działalności gospodarczej i usługowej zakładów objętych przepisami o spełnianiu określonych warunków sanitarno-epidemiologicznych;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>prowadzenie dokumentacji, sporządzanie raportów o stanie sanitarno-epidemiologicznym powierzonego terenu w zakresie analityki środowiska, z wykorzystaniem systemów informatycznych w ewidencji i przetwarzaniu danych sanitarno-epidemiologicznych;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>współdziałanie z innymi specjalistami i placówkami ochrony zdrowia w zwalczaniu epidemii i innego rodzaju masowych zagrożeń zdrowotnych wynikających ze skażeń środowiska;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>uczestniczenie w działaniach dotyczących promocji zdrowia i zapobiegania chorobom;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• doskonalenie swojej wiedzy i umiejętności, między innymi przez uczestnictwo w podyplomowym kształceniu ustawicznym;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ewidencja zagrożeń higieniczno-sanitarnych czynnikami biologicznymi, fizycznymi i chemicznymi;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• przeprowadzanie kontroli higieniczno-sanitarnych zakładów pracy, żłobków, przedszkoli, szkół, zakładów żywienia i innych instytucji społecznych;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• opracowywanie ekspertyz dotyczących higieny żywności i żywienia, higieny komunalnej, higieny dzieci i młodzieży, higieny pracy, warunków życia, pracy i stanu odżywienia ludności;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• opracowywanie przepisów i norm higieniczno-sanitarnych;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• prowadzenie oświaty zdrowotnej;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sporządzanie dokumentacji dotyczącej stanu higieniczno-sanitarnego ludności, kontrolowanych instytucji, sporządzanie planów działania prozdrowotnego;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• przygotowywanie opinii, wniosków, świadectw i orzeczeń.</li> </ul>
<b>Dodatkowe zadania zawodowe</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• wykonywanie badań analitycznych środowiska przy użyciu odpowiedniej aparatury i odczynników oraz przeprowadzanie prób biologicznych;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• kierowanie laboratorium (działem) w stacji sanitarno-epidemiologicznej lub placówce równorzędnej;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• pełnienie dyżurów specjalistycznych i udzielanie konsultacji za pomocą środków łączności telefonicznej i wideofonicznej;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• branie udziału w doskonaleniu zawodowym (szkoleniu) innych pracowników medycznych oraz prowadzenie badań naukowych i publikowanie ich wyników.</li> </ul>

## Bodźce do prowadzenia badań

Awans (doktoraty, habilitacje, profesury) pracowników naukowych zatrudnionych w szkołach wyższych i instytutach badawczych jest uzależniony od dorobku, który zależy głównie od liczby publikacji oraz punktów uzyskanych ze te publikacje. Ocena dorobku piśmienniczego badacza ma również wpływ na ocenę jego wniosku o dofinansowanie badań ze środków publicznych. Do oceny dorobku piśmienniczego badacza stosuje się przede wszystkim kryteria z systemu oceny parametrycznej jednostek naukowych wg rozporządzenia Ministra NiSW. Najwyżej punktowane (15-50 pkt.) są publikacje w czasopismach posiadających współczynnik wpływu IF, znajdujących się w bazie Journal Citation Reports (JCR) (tzw. lista A). Mniejszą wagę (1-10 pkt.) mają publikacje w czasopismach naukowych nieposiadających IF (tzw. lista B). Inne rodzaje publikacji mają ściśle określoną wagę punktową, ale np. listy do redakcji, polemiki czy podręczniki akademickie nie mają żadnej wymiernej wartości. Lista czasopism punktowanych ukazuje się pod koniec danego roku kalendarzowego. Tak więc publikowanie pracy w danym

czasopiśmie wiąże się z ryzykiem straty punktów, jeśli czasopismo uzyska ocenę niższą od spodziewanej. System oceny jednostek i pracowników ma bardzo wiele wad, ale jest wygodny z administracyjnego punktu widzenia.

Wszyscy nauczyciele akademicy podlegają okresowej ocenie pod kątem należytego wykonywania obowiązków (kształcenie i wychowywanie studentów, prowadzenie prac B+R, uczestnictwo w pracach uczelni) oraz przestrzegania prawa autorskiego i praw pokrewnych, a także prawa własności przemysłowej. W ocenie bierze się pod uwagę ocenę wystawioną przez studentów i doktorantów. Zasady, tryb oceny oraz podmiot dokonujący oceny są wskazane w statutach uczelni. Ocena wykonywana jest nie rzadziej niż raz na dwa lata. Dwie kolejne oceny negatywne skutkują wypowiedzeniem stosunku pracy. Ocena mianowanych profesorów zwyczajnych odbywa się nie rzadziej niż raz na cztery lata. Pracownicy naukowcy instytutów badawczych również podlegają okresowym ocenom, w których bierze się pod uwagę liczbę i jakość patentów i wdrożeń, publikacje naukowe oraz prowadzone i planowane prace B+R.

## Prowadzenie badań w praktyce zdrowia publicznego

### Kultura pracy uwzględniająca prowadzenie badań

Problematyka budowania klimatu korzystnego dla badań, tzw. kultury organizacyjnej sprzyjającej badaniom, jest coraz bardziej popularna i opisywana w piśmiennictwie np. w kontekście szkolnictwa wyższego czy działalności WHO.

Stworzenie kultury sprzyjającej badaniom wymaga spełnienia wielu wymagań odnoszących się do instytucji, przywództwa (lidera zmian) oraz zespołu. W przypadku instytucji ważne są m.in.: (a) posiadanie jasnej wizji, czym są badania, (b) określenia celów, jakim mają służyć, (c) ustalenia norm i standardów ich wykonania, (d) znalezienia partnerów ze świata nauki, (e) koordynacji pracy, (f) przeznaczenia na ten cel odpowiednich środków. Wszystkie te działania powinny mieć charakter systemowy. W Polsce istnieją przykłady zaangażowania się w badania w trakcie działalności praktycznej ZP, np. badania realizowane przez pracowników PIS, niemniej nie ma to symptomów działań systemowych.

Stymulacją do badań realizowanych przez praktyków mogą być niektóre projekty finansowane ze środków zagranicznych. Na przykład w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy w programie „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” były realizowane ogólnopolskie badania na temat zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży prowadzone przez pracowników PIS.



## **Porozumienia praktyków i badaczy w sprawie prowadzenia badań**

Różne formy porozumień praktyków z badaczami w dziedzinie ZP musiały już być zawierane, niemniej z powodu braku systemu gromadzenia informacji na ten temat, trudno jest ocenić ich liczbę, charakter i zakres współpracy.

Z powodu wymagań jakie stawiane są przez NCBR wnioskodawcom, którzy ubiegają się o dofinansowanie prac B+R, coraz częściej dochodzi - z inicjatywy badaczy - do partnerstwa z praktykami oraz z przemysłem.

## **Poszukiwanie nowych rozwiązań**

Należy sądzić, że podstawowy mechanizm, jaki mógłby zapewnić praktykom identyfikację nowych rozwiązań problemów zdrowotnych oraz wykonanie pilotażu tych rozwiązań jest związany z przystąpieniem praktyków ZP do przewodów doktorskich.

## **Potencjał do innowacji w zdrowiu publicznym**

### **Tworzenie potencjału do innowacji**

Aktualnie innowacyjność w dziedzinie ZP jest ograniczona przez bardzo wiele czynników w skali makro, mezo i mikro. W makroskali przeważa wąskie spojrzenie na innowacje. W krajowej polityce naukowej najsilniejszy akcent położono na innowacje techniczne i technologiczne, produktowe, a nie organizacyjne i społeczne, toteż ZP ma niewiele do zaoferowania w tej perspektywie.

W lipcu 2013 r. Minister NiSW ogłosiła komunikat o ustanowieniu przedsięwzięcia pod nazwą „Inkubator Innowacyjności”. Celem przedsięwzięcia było wsparcie procesu zarządzania wynikami B+R, a w szczególności komercjalizacji ich wyników. Realizacja przedsięwzięcia powinna przyczynić się do promocji osiągnięć naukowych, zwiększenia ich wpływu na rozwój innowacyjności oraz wzmocnienia współpracy między środowiskiem naukowym a otoczeniem gospodarczym. W styczniu 2014 r. wyłoniono 12 Inkubatorów, wśród których nie ma żadnej uczelni medycznej.

W skali mezo i mikro znaczenie mają nie dość intensywne kształcenie studentów i doskonalenie pracowników w metodologii badań oraz planowaniu i realizacji interwencji ZP, brak wsparcia dla badań i działań praktycznych, brak interoperacyjności systemów informacji, a także ograniczenia w dostępie do danych.

Ponadto znaczącą przeszkodą jest brak: kultury badawczej (np. autoplagiaty), kultury innowacyjnej (otwartość środowiska na nowe pomysły), mentoringu (starsi

uczają młodszych), forum wymiany myśli i doświadczeń (sieci, społeczności praktyków, seminaria, etc.), komunikacji (badaczy z praktykami oraz badaczy z administracją jednostek), motywacji i systemu gratyfikacji za dodatkowe innowacyjne działania (podwyżki, promocja, awans, szkolenia zagraniczne, wizyty studyjne, etc.), czasu (nadmiar zadań dydaktycznych, pościg za IF, za dodatkowym zarobkiem) i wiele innych czynników.

Efektom tych niedostatków są opinie badaczy ZP wyrażone w 2013 r. w badaniu pt.: „Moja praca w zdrowiu publicznym” (N=249). I tak: tylko co czwarty respondent twierdził, że reforma nauki jest korzystna dla praktyki ZP, a co czternasty (7,2%) przyznał, że reforma nauki idzie w dobrym kierunku.

### **Polityki wspierające tworzenie potencjału**

Dokument pt. „WHO Global Code of Practice for the International Recruitment of Health Personnel”, przyjęty na 63. Zgromadzeniu Ogólnym WHO w 2010 r., został przetłumaczony na język polski, zamieszczony na stronie internetowej Biura WHO w Polsce.

Dokument dotyczy migracji międzynarodowych wysoko wykwalifikowanych pracowników sektora zdrowia i ma znaczenie przede wszystkim dla krajów wysyłających, ale także przyjmujących oraz migrantów. Artykuł 6. Kodeksu zwraca uwagę krajom członkowskim WHO na konieczność prowadzenia długofalowej polityki kadrowej, rozwoju systemów informacyjnych oraz badań na temat zasobów kadrowych. W obliczu emigracji z Polski lekarzy i pielęgniarek, coraz częściej migracji o charakterze cyrkulacyjnym, Kodeks ten powinien być znany oraz wykorzystywany w stopniu większym niż obecnie. Powinien być także bardziej znany w innych krajach rozwiniętych .

NIL podaje liczby wydanych zaświadczeń, na podstawie których lekarze mogą ubiegać się o uznanie kwalifikacji w krajach UE, a więc także podjąć pracę zawodową. Liczba wydanych zaświadczeń nie dowodzi skali migracji zarobkowej. Nie istnieje taki rejestr w stosunku do badaczy, toteż nie można ocenić liczby naukowców, którzy chcieli wyjechać lub wyjechali z Polski. W powszechnym odczuciu nie jest to jednak zjawisko incydentalne, także w ZP.

Fundacja na rzecz Nauki Polskiej prowadzi (bez naboru nowych wniosków) programy zachęcające młodych uczonych po doktoracie pracujących za granicą (Polaków i obcokrajowców) do kontynuowania kariery naukowej w Polsce. Adresowany był wyłącznie do badaczy w dziedzinach bio, info, techno. Programy TEAM, WELCOME, HOMING PLUS są realizowane w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna gospodarka 2007-2013 (Priorytet I. Badania i rozwój nowoczesnych technologii, Działanie 1.2).

Znaczący wpływ na rozwój ZP w Polsce może mieć import myśli poprzez udział zagranicznych recenzentów w ocenie artykułów naukowych i wniosków o dofinansowanie badań ze środków budżetowych, a także zatrudnianie profesorów wizytujących.

### **Wzmocnienie współpracy**

Zgodnie z posiadanymi informacjami nie powstały specjalne programy zacieśniania współpracy badawczej w dziedzinie ZP między Polską a innymi krajami na osi północ-południe oraz południe-południe w Europie. Współpraca międzynarodowa odbywa się głównie poprzez uczestnictwo danych jednostek w projektach programu zdrowia publicznego UE, udział w programach ramowych i Horyzoncie 2020, dofinansowanie projektów przez fundusze norweskie i fundusze EOG, Szwajcarsko-Polski Program Współpracy, w wyniku współpracy z ECDC czy EFSA, na podstawie umów bilateralnych oraz za pośrednictwem społecznościowych portali badaczy.

Istniejące bazy informacji o projektach badawczych (Nauka Polska, POL-on) są tak niedoskonałe i zarazem nieaktualne, że scharakteryzowanie lub oszacowanie zjawiska współpracy międzynarodowej jest niemożliwe. Kwestia ta wymagałaby dodatkowego rozpoznania poprzez zapytania skierowane bezpośrednio do poszczególnych jednostek naukowych.

PPP ciągle jest niedocenionym i słabo wykorzystanym sposobem na prowadzenie badań w dziedzinie ZP, chociaż istnieją tu pewne doświadczenia (np. NATPOL 2011). Pewną formę partnerstwa stanowi np. konkurs na prace badawcze ogłaszany przez Polpharmę, w którym mogą startować wyłącznie pracownicy zakładu naukowego, jednostki naukowo-badawczej lub jednostki badawczo-rozwojowej, a wniosek może dotyczyć kontynuacji badań rozpoczętych wcześniej.

### **Innowacje oparte na medycynie tradycyjnej**

Pomimo, że medycyna tradycyjna oraz CAM (complementary and alternative medicine) jest aprobowana i wykorzystywana w populacji generalnej, jest całkowicie lekceważona przez badaczy. Przedstawiciele medycyny akademickiej, w tym np. NIL, mają szczególnie nieprzychylny stosunek do homeopatii. Otwarcie studiów podyplomowych „Homeopatia w medycynie niekonwencjonalnej i farmacji” przez Śląski Uniwersytet Medyczny spotkało się z ostrą krytyką, a uczelnię nazwano prześmiewczo „Śląskim Uniwersytetem Magicznym”. Nie są mi znane badania na temat skuteczności metod medycyny tradycyjnej ani prace nad regulacją takiej działalności.

## Bodźce dla innowacji

Corocznie Minister Zdrowia przyznaje nauczycielom akademickim nagrody indywidualne za działalność dydaktyczną, naukową, organizacyjną oraz za całokształt dorobku, a także zespołową nagrodę dydaktyczną.

Nagrody za osiągnięcia dydaktyczne przyznaje się „za innowacyjne metody prowadzenia zajęć dydaktycznych oraz za nowatorskie przygotowanie materiałów dydaktycznych”. Nagrody za osiągnięcia organizacyjne przyznaje się m.in. za poprawę „jakości dydaktyki i kształcenia, poprzez nowatorskie systemy wdrażania systemów jakości kształcenia oraz Krajowych Ram Kwalifikacji”;

Innowacyjność jako podłoże do przyznania nagrody naukowej jest słabo podkreślona, ponieważ nagrodę przyznaje się za „osiągnięcia będące podstawą nadania stopnia naukowego doktora lub stopnia doktora habilitowanego”. W składzie Zespołu do Spraw Nagród Ministra Zdrowia dla Nauczycieli Akademickich, który ocenia wnioski w sprawie tych nagród, nie ma przedstawicieli ZP.

Ponadto istnieją nagrody przyznawane przez inne podmioty, takie jak np. „Prymariusz” (przyznawany przez serwis informacyjny Medexpress oraz czasopismo Służba Zdrowia), „Portrety Polskiej Medycyny” (Rynek Zdrowia), „Liderzy zmian w ochronie zdrowia” (Wolters Kluwer, Uczelnia Łazarskiego), „Czerwona Kokardka” (Krajowe Centrum ds. AIDS) czy nagroda im. Ludwika Rajchmana (NIZP-PZH). W poszczególnych jednostkach zazwyczaj przyznawane są nagrody wewnętrzne wg stosownych regulaminów.

## Zapewnienie standardów naukowych i etycznych w badaniach

### Kodeksy postępowania

W 2012 r. Zgromadzenie Ogólne PAN przyjęło Kodeks etyki pracownia naukowego. Podkreślono tam uniwersalne zasady pracy w nauce takie jak: sumienność, wiarygodność, obiektywizm, bezstronność, niezależność, otwartość, przejrzystość, odpowiedzialność, rzetelność, troska o młode pokolenia badaczy oraz odwaga w sprzeciwianiu się poglądom sprzecznym z wiedzą naukową oraz praktykom niezgodnym z zasadami rzetelności naukowej.

Reprezentanci nauk społecznych sformułowali standardy jakości badań rynku i opinii społecznej, które mają znaczenie dla badań w dziedzinie ZP. Biorąc pod uwagę własne obserwacje dotyczące piśmiennictwa naukowego w dziedzinie ZP oraz tematykę różnych konferencji - kwestie kodeksów i standardów postępowania w badaniach w dziedzinie ZP nie są dostrzegane.

Jednocześnie nie sformułowano kodeksu etycznego pracy w dziedzinie ZP, promocji zdrowia czy edukacji zdrowotnej, ani też - wzorem zagranicznym - nie podjęto w piśmiennictwie szerszej dyskusji na ten temat.

## Struktury i mechanizmy

Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 1999 r., i w zgodzie z wieloma innymi przepisami, przy okręgowych izbach lekarskich, uczelniach medycznych i instytutach badawczych działają komisje bioetycznej. Komisje te wydają opinie na temat eksperymentów medycznych i wyrażają zgodę na ich prowadzenie. MZ oraz NIL jako drogowskaz do oceny podają „Zasady prawidłowego prowadzenia badań klinicznych” (Good Clinical Practice) opracowane w oparciu o Deklarację Helsińską i będące międzynarodowym standardem medycznym, etycznym i naukowym w zakresie planowania, prowadzenia, dokumentowania i ogłaszania wyników badań prowadzonych z udziałem ludzi.

Inne badania medyczne, jak np. badania ankietowe, niebędące eksperymentem medycznym nie muszą być urzędowo rozpatrywane i akceptowane przez komisję. Niemniej badacz powinien zgłosić takie badanie do oceny zgodnie z przyjętą procedurą oraz przedstawić ocenę związaną z potencjalnym naruszeniem dobra pacjenta. Projekty badań ankietowych są zazwyczaj oceniane przez komisje, bezwzględnie w przypadku wątpliwości i zastrzeżeń wobec projektu.

Projekty badań zgłaszanych do 7.PR były oceniane przez ekspertów zewnętrznych w procedurze ethics screening, ethics review oraz ethics follow-up and audit. Badacze, którzy chcą składać wnioski do programu Horyzont 2020 powinni dokonać etycznej samooceny wniosku, który będzie jeszcze oceniany przez ekspertów zewnętrznych.

## 10.C. Koordynacja działalności badawczej

W opinii WHO koordynacja badań jest składową krajowego systemu badań w dziedzinie zdrowia. System taki powinien pełnić cztery zasadnicze funkcje: (1) określić priorytety badawcze, (2) stworzyć potencjał do realizacji badań, (3) określić normy i standardy, (4) zapewnić translację dowodów z badań do praktyki.

Wypełnienie tych funkcji jest możliwe w wyniku: (a) monitorowania postępów prac, (b) koordynacji działań oraz (c) finansowania. Czynniki te są ze sobą ściśle powiązane i trudne do rozdzielania. Dlatego analizując kwestie związane z koordynacją należy mieć na uwadze pozostałe elementy systemu badań.

## Koordynacja badań

### Bazy danych o badaniach

Nie ma aktualnej i jednorodnej bazy informacji o zakończonych i trwających projektach badawczych z dziedziny ZP uwzględniającej źródła finansowania. Nawet w odniesieniu do środków budżetowych. Na przykład w bazie „Nauka Polska” za pomocą słów kluczowych „zdrowie publiczne” można zidentyfikować 46 prac badawczych realizowanych w latach 2001-2013. W bazie „POL-on”, czyli w systemie informacji o szkolnictwie wyższym, figuruje pięć projektów z lat 2009-2013 (tab. IV). W bazach tych można dokonać wyszukiwania projektów poprzez użycie kryteriów dodatkowych, np. w bazie „POL-on” wg klasyfikacji GBAORD. Prowadzi to do uzyskania jeszcze innych wyników.

Nie ma pewności czy bazy te są kompletne, czy dostarczają wszystkich informacji o danym projekcie. Dla przykładu - wyszukiwanie projektów naukowych w bazie „POL-on” za pomocą kryteriów dodatkowych (tj.: klasyfikacja GBAORD + rozdział 7. Ochrona zdrowia) prowadzi do wyświetlenia (stan na 12.11.2014 r.) zaledwie 15. tytułów projektów, z tego 9. zakończonych, a 6. w trakcie realizacji. W opisach efektów projektów zakończonych podano zaledwie dwa działania popularyzatorskie - po jednym w dwóch projektach. Zgodnie z informacjami tej bazy żaden z zakończonych projektów nie przyniósł żadnych innych efektów w postaci: publikacji, patentów i praw ochronnych, wdrożeń, konferencji, efektów praktycznych, ani udoskonalenia w sferze nieruchomości lub infrastruktury. Jeśli nawet brak informacji o efektach tych projektów wynika wyłącznie z braku należytej staranności w wypełnianiu formularza (czyli pominięcia tych danych w sprawozdaniu), to dowodzi skali problemów związanych ze stworzeniem mapy wykonanych badań.

#### Tabela IV.

Liczba projektów badawczych z dziedziny zdrowia publicznego w bazie „Nauka Polska” oraz „POL-on” wg haseł kluczowych. Opracowanie własne. Stan na 12.11.2014 r.

Hasło kluczowe	Baza danych			
	Nauka Polska		POL-on	
	Liczba projektów	Lata	Liczba projektów	Lata
Zdrowie publiczne	46	2001-2011	5	2009-2013
Promocja zdrowia	85	1998-2013	3	2010-2012
Profilaktyka	217	1998-2013	3	2008-2012
Ochrona zdrowia	84	1998-2013	3	2011-2013

## **Badania zlecone**

Nie mamy pełnej wiedzy o badaniach zleconych przez podmioty, takie jak urzędy centralne (np. MZ) czy JST - ich liczbie i tematyce. Jeszcze mniej wiadomo o stosowanych przy tym procedurach, ponieważ w wielu przypadkach dzieje się to na drodze nieograniczonego przetargu, zamówień z wolnej ręki czy konkursów. Prześledzenie tych dróg finansowania B+R wymaga przeglądania informacji podawanych na stronie BIP poszczególnych urzędów, co w praktyce uniemożliwia analizę zjawiska. Stanowi to również znaczne utrudnienie dla potencjalnych wykonawców takich badań, ponieważ powinni stale śledzić Biuletyny, aby wystąpić z ofertą, jeśli są przygotowani do danego rodzaju badania. I chociaż z własnego doświadczenia wiadomo, że niektóre JST (np. Urząd Miasta Warszawy) zlecają pewne rodzaje badań, to raczej należą do wyjątków. Znane są też przypadki zleceń MZ. Doświadczenia z innych krajów wskazują, że w przypadkach prowadzenia badań zleconych powstają napięcia i nieporozumienia między zleceniodawcą i zleceniobiorcą odnośnie do m.in. prawa własności do wyników badania.

## **Wielodyscyplinarne partnerstwo**

W ZP przeważa tzw. podejście silosowe. Partnerstwa z jednostkami naukowymi, które działają w obszarze innych nauk są bardzo rzadkie (np. PolSenior). Częściej dochodzi do zatrudnienia w ośrodkach ZP reprezentantów innych dziedzin czy dyscyplin. Na potrzeby konkursów NCBR zawiązywane są partnerstwa z podmiotami prywatnymi. Niemniej wielodyscyplinarność oraz interdyscyplinarność badań należy do rzadkich zjawisk. Transdyscyplinarność, jeśli istnieje, jest niewidoczna.

Zjawisku temu towarzyszy silny biomedyczny rys ZP w Polsce. Z analizy artykułów oryginalnych zamieszczonych w latach 2007-2011 w czterech czasopismach ważnych dla dziedziny ZP w Polsce wynika, że badane zmienne obejmowały najczęściej parametry anatomiczne, fizjologiczne, poznawcze i behawioralne. Ogólnie daje się odnotować nacisk na biomedyczne i intrapersonalne determinanty zdrowia, przy braku zainteresowania uwarunkowaniami interpersonalnymi, społecznymi czy systemowymi. Dominują badania opisowe, korelacyjne i wyraźnie brakuje badań interwencyjnych.

## **Inne kwestie związane z koordynacją, nie wymienione w narzędziu WHO**

W Polsce nie został opracowany klucz, według którego można by w jednolity sposób klasyfikować różne rodzaje badań w dziedzinie zdrowia oraz ZP. Znaczącą

pomocą w koordynacji byłoby stworzenie takiego klucza - systemu klasyfikacji wszystkich badań w dziedzinie zdrowia, np. na wzór systemu brytyjskiego opracowanego przez UK Clinical Research Collaboration w 2006 r. w celu pierwszego mapowania badań. Ten sam podział, tzw. HRCS (Health Research Classification System), wykorzystano w drugim studium w 2012 r. HRCS uwzględnia 8 głównych kategorii badań oraz 48 podkategorii. Większość z nich została dodatkowo opisana i uszczegółowiona. Jakkolwiek system ten został pomyślany dla badań klinicznych, to w znacznym stopniu uwzględnia behawioralne i społeczne aspekty etiologii chorób, ich leczenia, prewencji pierwotnej, a nawet promocji zdrowia. Finalnym celem systemu HRCS jest uzyskanie równowagi w finansowaniu różnych obszarów badawczych.

Brak jednorodnego systemu klasyfikacji badań oraz systemu zbierania, gromadzenia i udostępniania danych o pracach B+R w dziedzinie ZP (oraz zdrowia) uniemożliwia ocenę stanu rzeczy, co z kolei czyni bezskutecznym jakiegokolwiek próby koordynacji badań. W efekcie należy oczekiwać zarówno powielania badań jak ich braku w ważnych obszarach.

Znaczący wpływ na koordynację badań mogą mieć także inne czynniki, takie jak: sieci badaczy i jednostek naukowych, nieformalne i formalne komitety do tych spraw, społeczności praktyków, dobra komunikacja w środowisku naukowym oraz z otoczeniem gospodarczym, społecznym i politycznym, a także rzecznictwo na rzecz badań. Wszystkie wydają się niedostatecznie rozwinięte i zawodne w realiach krajowych.

## 10.D. Upowszechnienie wiedzy oraz brokerstwo

Rozpowszechnienie wyników badań wśród innych badaczy jest zjawiskiem typowym, chociaż niedostatecznie dynamicznym. Równie ważne jest rozpowszechnienie tej wiedzy wśród innych grup, w tym polityków i praktyków różnych zawodów, aby móc ją z pożytkiem wykorzystać w życiu społecznym. W systemie ochrony zdrowia proces przepływu i wykorzystania wiedzy z badań nazywany jest coraz częściej translacją wiedzy. Translacja służy wypełnieniu luki między tym co wiemy z badań, a tym co robimy w rzeczywistości - tzw. luki „wiedzieć-robić” (know-do-gap). Obecnie w piśmiennictwie międzynarodowym opisywanych jest wiele metod translacji wiedzy. Jedną z wielu metod prowadzenia tego procesu jest brokerstwo, czyli translacja za pomocą wykwalifikowanych pośredników.



## Mechanizmy i struktury rozpowszechniania wyników badań wśród profesjonalistów ZP

### Promowanie transferu wyników badań do jednostek badawczych

Transfer ten odbywa się głównie poprzez publikowanie wyników badań w artykułach naukowych oraz w raportach, prezentację wyników na niektórych konferencjach, zamieszczanie informacji na stronie internetowej jednostki, a także w trakcie spotkań seminaryjnych w jednostkach naukowych oraz w towarzystwach naukowych. Pewne możliwości stwarzają angielskojęzyczne wirtualne serwisy społeczności naukowców.

Dodatkowe możliwości stwarzają konferencje prasowe oraz robocze kontakty z dziennikarzami. Niektóre wybrane osiągnięcia są podawane w serwisach informacyjnych, takich jak np.: Nauka w Polsce (serwis PAP), Medexpress czy Rynek Zdrowia. Liczba nowych informacji zwiększa się w takim wielkim tempie, że coraz więcej badań i ich wyników, a także opracowań teoretycznych ginie w szumie informacyjnym. Selekcja wg kryterium ważności badań i (lub) publikacji pozostaje w gestii samych badaczy i adresatów serwisów.

Nie stworzono profesjonalnego brokerstwa wiedzy w dziedzinie ZP, ani indukowanego przez środowisko badaczy, ani wspieranego odgórnie. W marcu 2013 r. Minister NiSW ogłosiła komunikat o ustanowieniu programu pod nazwą „Brokery Innowacji”. Celem konkursu była realizacja działań, które służą poprawie efektywności procesu komercjalizacji wyników badań naukowych, stworzeniu infrastruktury społecznej do wsparcia komercjalizacji wiedzy oraz integracji środowiska naukowego z otoczeniem gospodarczym, a także upowszechnianie wyników badań naukowych w środowisku przedsiębiorców.

W konkursie miało zostać wyłonionych do finansowania maksymalnie 30 wniosków złożonych przez podstawowe jednostki organizacyjne uczelni, które współpracują z uczelnianymi centrami transferu technologii. We wrześniu 2013 r. wyłoniono 30 podmiotów, w tym dwa należące do uczelni medycznych we Wrocławiu oraz Łodzi powiązane odpowiednio z wydziałem farmaceutycznym i lekarskim.

### Sieci badawcze

Żaden istniejący system informacji nie pozwala oszacować ile i jakich sieci badawczych krajowych i międzynarodowych zostało zawiązanych w obszarze ZP. Niemniej wiadomo, że sieci takie istnieją, np. związane z zapobieganiem i zwalczaniem chorób zakaźnych.

## Wsparcie dla krajowych czasopism

W 2010 r. Minister NiSW ogłosiła program „Index Plus”, którego celem było umiędzynarodowienie i unowocześnienie polskich czasopism wydawanych przez uczelnie nieotrzymujące dotacji na podstawową działalność statutową, podmioty działające na rzecz nauki oraz biblioteki naukowe niewchodzące w skład jednostek naukowych. Zgodnie z komunikatem z grudnia 2010 r. dofinansowanie na powyższe cele otrzymały 42 podmioty (spośród 62 wnioskujących) na ogólną kwotę 3 348 100 zł. W 2012 r. ogłoszono II edycję konkursu, ze zmienionymi warunkami, w której dofinansowanie otrzymało 88 projektów (na 357 wniosków) na ogólną kwotę 11 mln zł. Beneficjentem były m.in. czasopisma: „Przegląd Epidemiologiczny” i „Roczniki Państwowego Zakładu Higieny”.

## Pomoc w tłumaczeniu prac na język angielski

Krajowe czasopisma dziedzinowe ZP mają różną politykę wobec zamieszczania prac w języku angielskim - poczynając od konieczności zamieszczania wszystkich rodzajów prac po angielsku, poprzez publikowanie prac oryginalnych w języku angielskim a poglądowych w polskim albo podawanie dwóch wersji językowych każdego artykułu, a kończąc na równouprawnieniu obu języków. Autorzy artykułów, jeśli chcą publikować w języku angielskim, muszą sami pisać po angielsku albo tłumaczyć swoje prace na język angielski, względnie zatrudnić na własny koszt tłumacza. Czasami możliwe jest wsparcie finansowe ze strony jednostki. W przypadku prac powstających z grantów możliwe jest pokrycie tych kosztów z grantu. Czasopisma zatrudniają tłumacza językowego, którego rolą jest czuwanie nad poprawnością językową.

Proces tłumaczenia prac na język angielski jest kłopotliwy i długotrwały i nie zawsze zwieńczony efektem w postaci „plain language”. Trzeba podkreślić, że prace z dziedziny ZP, bliskie naukom społecznym i politycznym, powinny operować bardzo szerokim zakresem słownictwa. Wymaga to dużo lepszej znajomości języka niż w przypadku nauk medycznych. Ogólnie coraz więcej prac ukazuje się w wersji angielskiej i może to mieć niekorzystne konsekwencje, zwłaszcza dla praktyki ZP oraz polityki zdrowotnej. Poprzez ograniczenie dostępu do wyników badań, przy braku nowoczesnych mechanizmów translacji wiedzy, pogłębia się istniejący już dystans między badaczami i twórcami polityk oraz praktykami.

## Mechanizmy translacji dowodów do polityki i praktyki

### Udział badaczy w tworzeniu polityki

Twórcy polityk są w znaczącym stopniu samowystarczalni w poszukiwaniu, interpretowaniu i wykorzystywaniu dowodów naukowych ważnych do kreowania polityki. Jakkolwiek istnieją różne formy wpływania badaczy na politykę zdrowotną (np. doradztwo nauki, uzgodnienia wewnętrzne, zewnętrzne, konsultacje społeczne), to nie przynoszą znaczących efektów pod postacią zwiększenia rangi ZP w krajowej polityce rozwoju. Wiele decyzji w ochronie zdrowia miało bardziej podłoże polityczne niż umocowanie w dowodach naukowych.

Jeszcze mniejszy jest wpływ badaczy w dziedzinie ZP na kreowanie poszczególnych polityk sektorowych, innych niż polityka zdrowotna. W ocenie skutków regulacji, którą należy przeprowadzić w odniesieniu do projektów aktów normatywnych w randze ustawy (z wyjątkiem budżetowej), ale także aktów wykonawczych niższego rzędu, do minimalnych kryteriów zalicza się tylko: (a) wskazanie podmiotów, na które oddziałuje akt normatywny, (b) wyniki przeprowadzonych konsultacji, w szczególności jeśli obowiązek zasięgnięcia takich opinii wynika z przepisów prawa, (c) przedstawienie wyników analizy wpływu aktu normatywnego w szczególności na: (i) sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety JST, (ii) rynek pracy, (iii) konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki, (iv) sytuację i rozwój regionalny. Tym samym ocena wpływu (oddziaływania) danej regulacji na zdrowie, jakkolwiek rodząca szereg problemów, nie jest brana pod uwagę i nie ma formalnej przestrzeni do współdziałania twórców polityk sektorowych z profesjonalistami ZP.

Konsultacje publiczne, obowiązkowe z mocy różnych ustaw i regulaminów, nie przekładają się na jakość stanowionego prawa. Praktyka dowodzi, że często stanowią one fasadę, a konsultacje są pozorowane. Pod względem wskaźnika przejrzystości w tworzeniu polityk Polska zajmuje 120 miejsce w rankingu 148 państw ujętych w The Global Competitiveness Index (kryterium nr 1.12).

Pozycji badań w dziedzinie ZP w ochronie zdrowia nie wzmacnia również planowany zestaw wskaźników, które mają być użyte do monitorowania strategii rozwoju (DSRK, SSP, KSRR) lub ewaluacji (ŚSRK). W SRKL są to zaś wskaźniki realizacji.

Każda strategia ma własne wskaźniki związane ze zdrowiem. I tak - ŚSRK uwzględnia tylko HDI obliczony przez UNDP oraz Global Competitiveness Index podawany przez World Economic Forum. SSP obejmuje dwa - odsetek wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego w określonym czasie oraz współczynniki współ-

płatności przez pacjentów za leki refundowane. Źródłem tych danych mają być odpowiednio wojewodowie oraz MZ z NFZ. Zgodnie zaś z intencją SRKL, która przewiduje użycie szerszego spektrum 13. wskaźników związanych ze zdrowiem, dane do ich obliczenia będą dostępne głównie na podstawie Programu badań statystycznych statystyki publicznej, a źródłem informacji będą GUS, GUS/NIZP-PZH, COI, MZ, MEN, Eurostat czy OECD. Do wyjątków należy wskaźnik pn. Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (Euro Health Consumer Index), który ma być szacowany przez Polską Izbę Ubezpieczeń, oraz „poziom aktywności fizycznej społeczeństwa”, którego wartości bazowe oraz poziom docelowy mają być określone przez MSiT na podstawie badań zleconych przez to Ministerstwo. W KSRR występują trzy wskaźniki (zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych, liczba lekarzy na 10000 mieszkańców, liczba pielęgniarek i położnych na 10000 mieszkańców) podawane przez GUS. W DSRK w ogóle nie podano źródła informacji do obliczenia wskaźników.

W PPdOZ podano zaś, że nazwy i wartości wskaźników dla narzędzi dotyczących ochrony zdrowia w poszczególnych województwach określone są w Regionalnych Programach Operacyjnych.

## **Materiały informacyjne dla twórców polityk**

Komunikacja w piśmie badaczy ZP z twórcami polityk odbywa się za pomocą tradycyjnych form, takich jak komunikaty prasowe, biuletyny czy obszerne raporty i opracowania. Badacze, często we współpracy z rzecznikami prasowymi jednostek, działami komunikacji społecznej lub działami PR, tworzą materiały informacyjne na różne tematy lub udostępniają inne (np. zagraniczne) teksty. Wydaje się, że badacze żywią również nadzieję, że politycy i decydenci lub ich asystenci czytają piśmiennictwo fachowe.

Policy brief nie jest zwykłym sprawozdaniem z przeprowadzonych badań ani monografią danego zagadnienia. Jest krótkim tekstem, który prezentuje problem, streszcza wyniki badania (badań), proponuje rozwiązania i wyjaśnia ich skutki. Pisanie policy brief jest szczególną umiejętnością, którą należy wyćwiczyć. Obecnie pisanie policy briefs nie należy do codziennej praktyki badaczy w dziedzinie ZP. Posiadane informacje nie wskazują, aby prowadzone były szkolenia badaczy poświęcone kształtowaniu tej umiejętności. Nie wydaje się też, aby badacze sygnalizowali taką potrzebę.

Wsparcie merytoryczne dla posłów i organów Sejmu zapewnia Biuro Analiz Sejmowych (BAS). Do jego zadań należy doradztwo z zakresu; (a) tematyki prawnej i ustrojowej oraz (b) polityki społecznej, gospodarczej i międzynarodowej. W szczegółowym opisie doradztwa w tym drugim zakresie nie wymienia się problematyki zdrowotnej, chociaż wskazano np. obszary rozwoju społecznego, edukacji, nauki itd. Jedną z form działania BAS jest przygotowywanie publikacji.

Biuro wydaje „Studia BAS”, „Analizy BAS” oraz „INFOS”. Działalność BAS pod pewnymi względami odpowiada idei translacji wiedzy i brokerstwa.

„Studia BAS” są kwartalnikiem, w którym zamieszcza się publikacje eksperckie, prezentujące ważne bieżące zagadnienia społeczne i gospodarcze kraju. Istotnym elementem publikacji jest porównywanie danych empirycznych z różnych krajów. Za publikację w „Studiach BAS” przyznaje się 7 punktów MNiSW.

„Analizy BAS” to niecykliczna seria wydawnicza, dostępna jedynie w formie elektronicznej. Publikacja uzupełnia drukowane formy wydawnicze. Tematyka kolejnych numerów nawiązuje do problematyki współczesnych zagadnień społeczno-gospodarczych, a także prawnych. Prezentuje efekty prac ekspertów biura, warte przekazania szerokiemu gronu odbiorców.

„INFOS Zagadnienia społeczno-gospodarcze” to biuletyn z krótkimi publikacjami informacyjno-analitycznymi, który jest najbardziej zbliżony do formy policy brief. INFOS - jak podaje BAS - jest neutralny politycznie. Ukazuje się zgodnie z kalendarzem posiedzeń Sejmu. Zgodnie z informacją na stronie Sejmu (<http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/publikacjeBAS.xsp?seria=3>) autorami tekstów są pracownicy BAS oraz uznane autorytety naukowe.

W latach 2010-2014 ukazało się 111 biuletynów INFOS, z tego ok. 11% dotyczyło zagadnień szczególnie ważnych dla problematyki zdrowotnej (tab. V).

W kwartalniku „Studia BAS” w okresie tym ukazało się (stan na 10.12.2014 r.) 15 zeszytów z czego dwa były związane z problematyką zdrowotną (starzenie się społeczeństwa oraz zdrowie dzieci i młodzieży). W „Analizach BAS” problematyka zdrowotna pojawiała się okazjonalnie.

#### Tabela V.

Tematyka opracowań związanych ze zdrowiem w INFOS w latach 2010-2014.

Tytuł	Autorzy	Afiliacja autorów
<b>2014 r. - 22 biuletyny</b>		
Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce	Barbara Woynarowska Anna Oblacińska	UW IMiD
<b>2013 r. - 23 biuletyny</b>		
Wynagrodzenia w Polsce	Wojciech Stefan Zgliczyński	BAS
Nierówności społeczne w Polsce	Monika Wójcik-Żołądek	Doktorantka UW
Mieszkalnictwo socjalne w Polsce	Dorota Mantey	UW
<b>2012 r. - 22 biuletyny</b>		
Starzenie się społeczeństwa polskiego	Grzegorz Ciura Jolanta Szymańczak	BAS

Ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce	Monika Wójcik-Żołądek	Doktorantka UW
Epidemia otyłości a interwencja władz publicznych	Justyna Osiecka-Chojecka	BAS
Składki na ubezpieczenie zdrowotne rolników	Grzegorz Ciura	BAS
<b>2011 r. - 22 biuletyny</b>		
Prawo wobec narkotyków i narkomanii. Polska na tle niektórych państw europejskich	Justyna Sobeyko Piotr Bejnarowicz	Adwokat Doradca podatkowy
<b>2010 r. - 22 biuletyny</b>		
Współczesna polityka rodzinna wobec kryzysu dietności	Bożena Balcerzak- -Paradowska	IPiSS
Problemy restrukturyzacji szpitali publicznych w Polsce	Grzegorz Ciura	BAS
Prawno-etyczne dylematy in vitro	Jan Lipski	BAS

## Materiały informacyjne dla profesjonalistów ochrony zdrowia

Nie licząc artykułów w czasopiśmie naukowych, powstają różne materiały adresowane do audytorium profesjonalnego, takie jak: drukowane materiały konferencyjne (streszczenia lub pełne teksty wystąpień), różnorodne handouts. W formie elektronicznej rozpowszechniane są prezentacje z konferencji i kursów, ważne informacje i opracowania bywają dostępne na stronach internetowych jednostek. Tworzenie materiałów informacyjnych dla profesjonalistów jest ściśle powiązane z oceną parametryczną jednostek oraz badaczy i od niej zależne. Formy komunikacji naukowej, które nie są punktowane (np. podręczniki akademickie, komunikaty prasowe czy policy briefs) są dla badaczy całkowicie bezwartościowe. W języku potocznym mówi się o chorobach, takich jak „punktoza” i „impaktfaktoza”, które trawią badaczy.

Wiele czasopism recenzowanych publikuje pełne teksty artykułów w formie on-line w trybie otwartego dostępu. Niemniej wiele innych stosuje politykę dostępu poprzez rejestrację i logowanie. Dostęp do informacji poprawił się w ostatnich latach, niemniej ciągle istnieją poważne bariery w dostępności.

## Spotkania i debaty

Upowszechnia się zwyczaj, że konferencje naukowe odbywają się pod patronatem przedstawicieli władz publicznych, którzy zazwyczaj otwierają te spotkania. Obecność tych osób w trakcie całej konferencji jest rzadko

spotykana. Coraz więcej konferencji, które odbywają się z udziałem polityków i decydentów ma charakter dyskusji panelowych z komunikacją jednokierunkową, to jest bez dialogu ze słuchaczami. W powszechnym odczuciu większe znaczenie mają rozmowy kularowe i kontakty osobiste.

## Raporty z oceny programów

Nie stworzono mechanizmu regularnego, okresowego udostępniania wyników oceny programów zdrowotnych realizowanych w kraju.

Minister Zdrowia prowadzi aktualnie 13 programów zdrowotnych, z czego 11 jest realizowanych na podstawie art. 48. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Natomiast wieloletni Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych jest realizowany na podstawie ustawy z 2005 r. o ustanowieniu tego programu, a Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej jest realizowany na podstawie uchwały Nr 164/2010 Rady Ministrów z 2010 r. Tylko dwa z nich opisano na stronie MZ pod kątem uzyskiwanych efektów (tab. VI).

### Tabela VI.

Wykaz programów zdrowotnych Ministra Zdrowia realizowanych w 2014 r. oraz obecność i charakter sprawozdania (stan na 10.12.2014 r.).

Nazwa programu	Sprawozdanie na stronie MZ
Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych	poziom zgłaszalności na badania
Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo Naczyniowego POLKARD	–
Program Wieloletni na lata 2011-2020 „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”	–
Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym	–
Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2014-2017	–
Program badań przesiewowych noworodków w Polsce	–
Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2011-2015	–
Zapewnienie samowystarczalności RP w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych	–
Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne	–

Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej	stan zdrowia jamy ustnej i potrzeby profilaktyczno-lecznicze
Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce	—
Program Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016	—
Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego	—

Centralny Ośrodek Koordynujący (COK) działający w strukturze COI pełni na poziomie centralnym funkcję koordynatora populacyjnych programów: Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. Na poziomie wojewódzkim działają Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące (WOK). COK podaje regularnie informacje o bieżącym objęciu oraz objęciu danym programem populacji docelowej w podziale na województwa i gminy.

W czerwcu 2014 r. NIK negatywnie oceniała skuteczność realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych przez Ministra Zdrowia w latach 2009-2013. Zarzuty dotyczyły m.in.: (a) nieokreślenia wskaźników docelowych, (b) niedokonywania analiz efektywności działań edukacyjno-informacyjnych, mających na celu zwiększenie udziału kobiet w badaniach profilaktycznych, (c) uchybień formalnych i finansowych.

Nie są podawane do powszechnej wiadomości informacje na temat realizacji programów zdrowotnych realizowanych przez JST na poziomie gminy, powiatu i województwa, które są przekazywane przez wojewodów do MZ na podstawie rozporządzenia z 2008 r.

Doświadczenie uczy, że zdecydowana większość programów zdrowotnych realizowanych przez różne podmioty podlega ocenie według wskaźników produktu. Z rzadka podejmowane są wysiłki oceny rezultatu, a wyjątkowo - oddziaływania.

## Efektywność komunikacji twórców polityk i społeczności badaczy w aspekcie potrzeb twórców polityk

### Spójność między priorytetami zdrowotnymi i badawczymi

W obecnym stanie trudno jest dowieść spójności między polityką zdrowotną i nauką i ich priorytetami. Przyjąwszy, że priorytetami polityki zdrowotnej są problemy wskazane w rozporządzeniu MZ z 2009 r., to należy do nich 12 zagadnień, w tym dotyczących tzw. big killers (choroby serca i naczyń, nowotwory,



urazy w następstwie wypadków), big cripplers (przewlekłe schorzenia układu kostno-szkieletowego, zaburzenia psychiczne, cukrzyca i otyłość), chorób zakaźnych, niektórych czynników ryzyka behawioralnego i środowiskowego, grup społecznych (matki, małe dzieci, młodzież ucząca się do czasu ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej) oraz rodzajów opieki zdrowotnej (długoterminowa, geriatryczna).

Priorytety te są uwzględniane (jako jeden z elementów) w zaliczeniu świadczeń opieki zdrowotnej do grupy świadczeń gwarantowanych (art. 31a, ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Nadrzędnym celem określenia ww. priorytetów zdrowotnych było ustalenie reguł finansowania świadczeń przez NFZ.

Wskazane w rozporządzeniu priorytety zdrowotne różnią w pewnym stopniu od priorytetów (celów) wskazanych w NPZ 2007-2015, w tym pominięto np. problemy przewlekłych chorób układu oddechowego oraz próchnicy u dzieci.

Przyjąwszy zaś, że priorytety badawcze w dziedzinie ZP zostały sformułowane przez Radę NCN i są zawarte w dziedzinach panelu NZ 7, to ich spójność z priorytetami polityki zdrowotnej jest dorozumiana, ponieważ dziedziny w NZ 7 opisano w bardzo ogólny sposób. Jeśli zaś uznamy, że priorytetami badawczymi w dziedzinie zdrowia jest KPB, to spójność krajowej polityki naukowej i zdrowotnej staje się problematyczna.

## **Kontakty międzynarodowe**

Istotny wpływ na działania praktyczne oraz badawcze związane z potrzebami polityki zdrowotnej ma współpraca z WHO. Współpraca z partnerami zagranicznymi, odbywająca się w ramach programów dofinansowywanych przez KE nie przekłada się na efekty polityczne. Efekty tych programów nie były raportowane do MZ, toteż nie mogły mieć znaczenia dla polityki.

## **Dokumenty dotyczące kierunków polityki zdrowotnej**

W dniu 29 listopada 2006 r., zgodnie z ustawą o Narodowym Planie Rozwoju, Rada Ministrów przyjęła Strategię Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce 2007-2013. Miała ona typowy charakter wertykalny, sektorowy.

Po roku 2009, w nowym systemie zarządzania polityką rozwoju, wśród wszystkich ogólnokrajowych dokumentów strategicznych, największy wpływ na problematykę ochrony zdrowia mają ŚSRK, DSRK, SRKL, SSP oraz SliEG. Ich dopełnieniem jest KSRR. Wspomniana Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia od czerwca 2013 r. została wchłonięta przez SRKL. Obecne podejście polega na horyzontalnym rozmieszczeniu zdrowia i ochrony zdrowia w polityce rozwoju.

W przedmiotowych strategiach zintegrowanych (SRKL, SSP, SliEG) problematyka zdrowia została porozdzielana, a różne aspekty zdrowotne trafiły do różnych strategii. SRKL obejmuje szerokie spektrum zagadnień - od stylu życia do finansowania systemu ochrony zdrowia. W SSP dominuje optyka infrastruktury systemu zdrowotnego. W SliEG zdrowie i ochrona zdrowia występują jako koło zamachowe dla rozwoju gospodarki oraz nowych technologii, a także środowisko do tworzenia nowych miejsc pracy.

W strategiach nadrzędnych, tj. w ŚSRK oraz DSRK (zatwierdzonych w tej kolejności w odstępie czterech miesięcy), zdrowie znalazło inne umiejscowienie. W ŚSRK jest elementem obszaru strategicznego „sprawne i efektywne państwo”, a w DSRK należy do obszaru „konkurencyjności i innowacyjności gospodarki”. Ogólnie zdrowie i ochrona zdrowia mają niską rangę w polityce rozwoju.

### Zasady włączania technologii medycznych do systemu

Poniższe informacje dotyczą tylko trzech wybranych obszarów technologii związanych ze zdrowiem. Wydaje się, że najbardziej uporządkowane są kwestie leków wydawanych na podstawie recepty, a zwłaszcza refundowanych. Duża swoboda panuje na polu suplementów diety, a nieuregulowane są kwestie technologii informatycznych (np. m-zdrowie).

Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych jest organem administracji rządowej właściwym do spraw: (a) dopuszczenia do obrotu produktów leczniczych, (b) dopuszczenia do obrotu produktów biobójczych, (c) wprowadzania do obrotu i używania wyrobów medycznych oraz (d) badań klinicznych. Zasady pracy urzędu wynikają z zapisów ustawowych. Nadzór nad jakością produktów leczniczych, w tym także nad reklamą produktów leczniczych, prowadzi Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna poprzez Wojewódzkich Inspektorów Farmaceutycznych oraz Głównego Inspektora Farmaceutycznego.

Kwestia refundacji jest rozwiązana ustawowo. Niezależna Rada Przejrzystości, powoływana przez MZ, na podstawie oceny HTA dokonanej przez analityków AOTM (obecnie AOTMiT) formułuje opinie na temat zasadności finansowania ze środków publicznych produktów leczniczych (i grup leków), środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, a także programów zdrowotnych realizowanych ze środków publicznych. Ocena technologii medycznej prowadzi się wg wytycznych AOTM, zarządzenia Prezesa AOTM z 2010 r. oraz rozporządzenia MZ.

Kwestie związane z wprowadzaniem do obrotu, nadzorem nad warunkami sprzedaży, składem, oznakowaniem oraz reklamą suplementów diety regulują odrębne przepisy, w tym ustawa o bezpieczeństwie żywności. Kwestie te pozostają

stają w gestii PIS. Jednocześnie powszechnie podnoszą się głosy o potencjalnej szkodliwości suplementów diety oraz ich nadmiarze na rynku.

Oprogramowania komputerowe oraz aplikacje mobilne do monitorowania stanu zdrowia pozostają poza kontrolą prawną.

## PIŚMIENICTWO

### 10.A.

1. Główny Urząd Statystyczny. Nauka i technika 2013. GUS, Warszawa 2013: 64.
2. Orłowski W. Komerccjalizacja badań naukowych w Polsce. Bariery i możliwości ich przełamania. Pricewaterhouse Coopers (PWC), Warszawa, lipiec 2013.  
<http://www.biznes.edu.pl/upload/files/komerccjalizacja-badan-naukowych-w-polsce-prof.-w.-orlowski.pdf>
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126.
4. Najwyższa Izba Kontroli. Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 r. Nr ewidencyjny: P/14/060. NIK, Warszawa 10.12.2014.  
<http://www.nik.gov.pl/kontrol/wyniki-kontroli-nik/kontrol,13409.html>
5. Uchwała Nr 157 Rady Ministrów z dnia 25 września 2012 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kraju 2020. Monitor Polski 2012, poz. 882.
6. Uchwała Nr 16 Rady Ministrów z dnia 5 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju. Polska 2030. Trzecia Fala Nowoczesności. Monitor Polski 2013, poz. 121.
7. Uchwała Nr 104 Rady Ministrów z dnia 18 czerwca 2013 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020. Monitor Polski 2013, poz. 640.
8. Uchwała Nr 17 Rady Ministrów z dnia 12 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia strategii „Sprawne Państwo 2020”. Monitor Polski 2013 poz. 136.
9. Uchwała Nr 7 Rady Ministrów z dnia 15 stycznia 2013 r. w sprawie Strategii Innowacyjności i Efektywności Gospodarki „Dynamiczna Polska 2020”. Monitor Polski 2013, poz. 73.
10. Uchwała Rady Ministrów z dnia 13 lipca 2010 r. Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie. Monitor Polski 2011, Nr 36, poz. 423.
11. Ministerstwo Zdrowia. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-220. Warszawa 2014.
12. Uchwała nr 5/2011 Rady Narodowego Centrum Nauki w sprawie określenia dyscyplin, w ramach których będą ogłaszane i przeprowadzane konkursy na realizację projektów badawczych. NCN, Kraków, 10 lutego 2011r.  
[http://www.ncn.gov.pl/sites/default/files/pliki/uchwaly-rady/uchwala05\\_2011.pdf](http://www.ncn.gov.pl/sites/default/files/pliki/uchwaly-rady/uchwala05_2011.pdf); załącznik do uchwały: [http://www.ncn.gov.pl/sites/default/files/pliki/uchwaly-rady/uchwala05\\_2011-zal.pdf](http://www.ncn.gov.pl/sites/default/files/pliki/uchwaly-rady/uchwala05_2011-zal.pdf)
13. Uchwała nr 81/2012 z dnia 18 października 2012 r. Rady Narodowego Centrum Nauki w sprawie zmiany uchwały nr 5/2011 z dnia 10 lutego 2011 r. z późn. zm., w sprawie określenia dyscyplin i grup dyscyplin, w ramach których będą ogłaszane i przeprowadzane konkursy Narodowego Centrum Nauki. NCN, Kraków, 18 października 2012.  
[http://www.ncn.gov.pl/sites/default/files/pliki/uchwalyrady/2012/uchwala81\\_2012.pdf](http://www.ncn.gov.pl/sites/default/files/pliki/uchwalyrady/2012/uchwala81_2012.pdf); załącznik do uchwały: [http://www.ncn.gov.pl/sites/default/files/pliki/uchwaly-rady/2012/uchwala81\\_2012-zal1.pdf](http://www.ncn.gov.pl/sites/default/files/pliki/uchwaly-rady/2012/uchwala81_2012-zal1.pdf)

14. Uchwała Rady Narodowego Centrum Nauki z dnia 11 września 2014 r. Zmiana uchwały nr 5/2011 z dnia 10 lutego 2011 r. z późn. zm., dotycząca określenia dyscyplin i grup dyscyplin, w ramach których są ogłaszane i przeprowadzane konkursy NCN. NCN, Kraków, 11 września 2014.  
[http://www.ncn.gov.pl/sites/default/files/pliki/uchwaly-rady/2014/uchwala67\\_2014.pdf](http://www.ncn.gov.pl/sites/default/files/pliki/uchwaly-rady/2014/uchwala67_2014.pdf);  
załącznik do uchwały:  
[http://www.ncn.gov.pl/sites/default/files/pliki/uchwaly-rady/2014/uchwala67\\_2014-zal1.pdf](http://www.ncn.gov.pl/sites/default/files/pliki/uchwaly-rady/2014/uchwala67_2014-zal1.pdf)
15. Narodowe Centrum Nauki. Regulamin przyznawania środków na realizację zadań finansowanych przez Narodowe Centrum Nauki w zakresie projektów badawczych, staży po uzyskaniu stopnia doktora oraz stypendiów doktorskich. OPUS 8 - załącznik nr 2.  
[http://www.ncn.gov.pl/userfiles/file/konkursy\\_ogloszone\\_2014-09-15/opus-zal2.pdf](http://www.ncn.gov.pl/userfiles/file/konkursy_ogloszone_2014-09-15/opus-zal2.pdf)
16. UK Parliament. The Haldane principle.  
<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmdius/168/16807.htm>
17. Krajowy Program Badań. Założenia polityki naukowo - technicznej i innowacyjnej państwa. Załącznik do uchwały nr 164/2011 Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2011 r.  
[http://www.ncbr.gov.pl/gfx/ncbir/pl/defaultopisy/23/1/1/krajowy\\_program\\_badan.pdf](http://www.ncbr.gov.pl/gfx/ncbir/pl/defaultopisy/23/1/1/krajowy_program_badan.pdf)
18. Boccia S, Keskimäki I, Riccardi W. Public health research. W: McKee M, Rechel B. (red.). Facets of Public health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press, New York 2014: 285-300.
19. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Utworzenie bazy aparaturowej na rzecz Centrum Badań Innowacyjnych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.  
<http://cbi.umb.edu.pl/>
20. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2011 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania dokumentów programowych dla nowej perspektywy finansowej funduszy strukturalnych na lata 2014 - 2020 w obszarze zdrowia. Dz.Urz.MZ.11.7.65.
21. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2012 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania dokumentów programowych dla nowej perspektywy finansowej funduszy strukturalnych na lata 2014-2020 w obszarze zdrowia. Dz.Urz. MZ.2012.68.
22. Dahlgren G, Whitehead M. Europejskie strategie przeciwdziałania społecznym nierównościom w zdrowiu: osiaganie poprawy stanu zdrowia. Część 2. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2010.
23. Ministerstwo Zdrowia. Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce 2007-2013. Warszawa. Czerwiec 2005.  
<http://www.fundusze-strukturalne.gov.pl/informator/npr2/dokumenty%20strategiczne/strategia%20rozwoju%20ochrony%20zdrowia%20w%20polsce.pdf>
24. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Dz. U. Nr 113, poz. 657 z późn.zm.
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Dz.U. 2010 nr 252 poz. 1697 z późn.zm.
26. Najwyższa Izba Kontroli. Informatyzacja szpitali. Informacja o wynikach kontroli. Nr ewid.: 20/2013/P/12125/KZD. NIK, Warszawa, 10 kwietnia 2013 r.  
<http://www.nik.gov.pl/plik/id,4849,vp,6462.pdf>
27. Nyczaj K. Informatyzacja ochrony zdrowia. Służba Zdrowia 2013, nr 17-24 (4218-4225): 58-62.
28. Sprawozdania z działalności NFZ.  
<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=11>
29. Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga. Warszawa, 21 grudnia 2004.
30. Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II. Wersja trzecia. Warszawa listopad 2008.
31. Magda I, Szczygielski K. Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia. Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Ernst & Young, Warszawa, 2011.
32. Jaros P, Kobierski J, Hałdaś M, Gąszcz K, Krystek J. WZW typu C. Konieczność zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia. Raport systemowy. HTA consulting. Kraków, sierpień 2014.

33. Dreptała A, Grabowska-Woźniak E, Gryglewicz J, Kamiński SS, Korkosz T, Paczek K, Wójcik A. Stan opieki reumatologicznej w Polsce. Streszczenie raportu projektu badawczego. Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2011.
34. Łanda K, Nowicki M, Bagińska A, Mossoczy A. Ocena i możliwości poprawy systemu finansowania immunizacji czynnej i biernej ze środków publicznych w Polsce. Opracowanie systemowe dotyczące zarządzania koszykiem świadczeń. Wersja 1.0 Kraków, kwiecień 2012.
35. Gujski M, Kalbarczyk WP, Tytko Z, Ścibek A. Zdrowie priorytetem politycznym państwa - analiza i rekomendacje. Wyd. 2 poprawione. Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013.
36. Krajewski-Siuda K, Romaniuk P. Zdrowie publiczne. Stan obecny, reformy ostatnich 20 lat, model docelowy. Instytut Sobieskiego, Warszawa 2011.
37. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. (red.). Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. PolSenior. Termedia, Poznań, 2012.
38. WHO Regional Office for Europe. Społeczne nierówności w zdrowiu. World Health Organization, Copenhagen 2012.
39. Cianciara D. Zdrowie - męska rzecz. Raport Siemens 2012.  
[http://www.siemens.pl/pool/healthcare/raport\\_siemens\\_2012.pdf](http://www.siemens.pl/pool/healthcare/raport_siemens_2012.pdf)
40. Spaczyński M, Nowak-Markwitz E, Januszek-Michalecka L, Karowicz-Bilińska A. Profil socjalny kobiet a ich udział w Programie Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w Polsce. Ginekol Pol. 2009, 80, 833-838.
41. Ostrowska A. (red.). Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia. Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet. Warszawa 2013.
42. Piotrowicz M, Cianciara D. Associations and foundations in the field of health care and their role in the health system of Poland. *Przegl Epidemiologiczny* 2013, 67(1):63-8, 145-9.
43. Piotrowicz M, Cianciara D. The role of non-governmental organizations in the social and the health system. *Przegl Epidemiol.* 2013;67(1):69-74, 151-5.
44. Marzano G, Lubkina V, Skurvydas A. Citizens' participation in healthcare: a productive opportunity or just a populist ethic idea? *Hygeia Public Health* 2013, 48(2): 129-136.
45. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn.zm.
46. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje. Dz.U. 2008 nr 163 poz. 1024.
47. Bartosiewicz-Nizotek M. Ewaluacja programów profilaktycznych realizowanych na terenie dzielnicy Praga-Południe. Raport końcowy. Warszawa, grudzień 2011.  
[http://www.pragapl.d.waw.pl/assets/files/ogloszenia2/spoleczne\\_i\\_zdrowie/2012/wsiz\\_ewaluacja.pdf](http://www.pragapl.d.waw.pl/assets/files/ogloszenia2/spoleczne_i_zdrowie/2012/wsiz_ewaluacja.pdf)
48. Leźnicka M. Rola samorządu terytorialnego w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych mieszkańców - na przykładzie województwa kujawsko-pomorskiego. *Probl Hig Epidemiol* 2007, 88(4): 499-506.
49. Leźnicka M, Stolarz J. Ocena jakości i efektywności projektów realizowanych w ramach programu „Rozwiązywanie Problemów dla Poprawy Zdrowia - Inicjatywa Kujawsko-Pomorska. *Probl Hig Epidemiol* 2006, 87(2): 146-149.
50. Leźnicka M, Klawe J. Jak Romowie zamieszkujący województwo kujawsko-pomorskie oceniają swój stan zdrowia? *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(2): 341-346.
51. Wójcik M, Kłosowska B, Rudka R, Skóbel B. Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować. Poradnik dla pracowników jednostek samorządu terytorialnego. Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej, Warszawa 2013.  
<http://adst.mp.pl/s/www/opzg/Samorz%C4%85dowe-programy-zdrowotne.pdf>
52. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654.

53. Tyszko P. Zdrowie i ochrona zdrowia w krajowych dokumentach strategicznych. Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, 2009.
54. Włodarczyk CW, Kowalska I, Mokrzycka A, Goryński P, Wojtyniak B. Wyzwania dla systemu zdrowotnego w perspektywie programu Zdrowie 2020. Raport.
55. Brandt H. Public Health capacities in Europe (preliminary results). Solidarity in health - Closing the gap between European Union States. 8th November 2011, Poznań.
56. Aluttis CA, Chiotan C, Michelsen M, Costongs C, Brand H, on behalf of the public health capacity consortium (2013). Review of Public Health Capacity in the EU. Final Report. European Commission Directorate General for Health and Consumers, Luxembourg 2013.  
[http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/docs/report\\_ph\\_capacity\\_2013\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/report_ph_capacity_2013_en.pdf)
57. WHO Regional Office for Europe. Review of public health capacities and services in the European Region. World Health Organization, Copenhagen 2012.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/172729/Review-of-public-health-capacities-and-services-in-the-European-Region.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/172729/Review-of-public-health-capacities-and-services-in-the-European-Region.pdf?ua=1)
58. Bjegovic-Mikanovic V, Jovic-Vranes A, Czabanowska K, Otok R. Education for public health in Europe and its global outreach. Global Health Action 2014, 7: 23570.  
[http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/23570/html#CIT0054\\_23570](http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/23570/html#CIT0054_23570).

## 10.B.

1. Council on Health Research for Development. Framework & guides for system strengthening. Capacity.
2. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Dz. U. Nr 113, poz. 657 z późn.zm.
3. Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne. Dz.U. 2005 nr 64 poz. 565 z późn.zm.
4. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej. Dz.U. 2001 nr 112 poz. 1198 z późn.zm.
5. Aleksandrowicz TR. Komentarz do ustawy o dostępie informacji publicznej, Warszawa 2002: 81.
6. Siedlecka E. Informacja to władza. Władza niechętnie się nią dzieli. Gazeta Wyborcza, 30.11.2014.
7. Mednis A. Ochrona prawna danych osobowych a zagrożenia prywatności - rozwiązania polskie. W: Wyrzykowski M. (red.). Ochrona danych osobowych, Warszawa 1999: 167.
8. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Dz.U. 1997 nr 133 poz. 883 z późn.zm.
9. Barta J, Fajgielski P, Markiewicz R. Komentarz do art.1 ustawy o ochronie danych osobowych. Publikacje LEX- dostęp 6 grudnia 2014 r.
10. Kowalik A. ABC ochrony danych osobowych. GIODO. Wydawnictwo Sejmowe 2007.  
<http://www.podarujserce.eu/files/ABC-Ochrony-danych-osobowych.pdf>
11. Frey D. Informacje wrażliwe mogą służyć do badań naukowych. Rzeczpospolita. Prawo. 15.02.2012.
12. Rada Europy. Komitet Ministrów. Rekomendacja nr R (83) 10 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie ochrony danych osobowych i gromadzenia i przetwarzania dla celów badań naukowych i statystycznych. Komitet Ministrów, 23 września 1983 r.
13. Potempa A. Zarządzanie prawami własności intelektualnej i ich wycena w przedsiębiorstwie. W: Promińska U. (red.). Własność intelektualna w działalności przedsiębiorców, Fundacja Rozwoju Przedsiębiorczości, Łódź 2010.
14. Ustawa z dnia 30 czerwca 2000 r. Prawo własności przemysłowej. Dz.U. 2001 nr 49 poz. 508 z późn. zm.
15. Ustawa z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych. Dz.U. 1994 nr 24 poz. 83 z późn. zm.

16. Warmińsko-Mazurska Agencja Rozwoju Regionalnego. Własność intelektualna - zagadnienia wstępne.  
<http://www.wlasnosc-intelektualna.pl/wlasnosc-intelektualna.html?start=1>
17. Organisation for Economic Co-operation and Development. Revised fields of science and technology (FOS) classification in the Frascati Manual. OECD, 26 February 2007.  
<http://www.oecd.org/science/inno/38235147.pdf>
18. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Klasyfikacja zawodów i specjalności.  
[http://www.psz.praca.gov.pl/klasyfikacja\\_zawodow/index.php?letter=N](http://www.psz.praca.gov.pl/klasyfikacja_zawodow/index.php?letter=N)
19. Cianciara D, Gajewska M, Lewtak K, Urban E, Piotrowicz M. Jak przebiega rekrutacja na studia w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce? *Hygeia Public Health* 2014; 49(3):478-489.
20. Lewtak K, Piotrowicz M, Gajewska M, Urban E, Cianciara D. Ilu badaczy w dziedzinie zdrowia publicznego jest w Polsce? Gdzie pracują? W: Cianciara D. (red.). *Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2014:257-291.
21. Instytut Zdrowia Publicznego. Wydział Nauk o Zdrowiu. Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum. Informator.  
<http://www.izp.wnz.cm.uj.edu.pl/documents/32289789/32875795/Informator%20o%20IZP>
22. The Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice. Core Competencies for Public Health Professionals. Revised and Adopted by the Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice: June 26, 2014.  
[http://www.phf.org/resourcestools/Documents/Core\\_Competencies\\_for\\_Public\\_Health\\_Professionals\\_2014June.pdf](http://www.phf.org/resourcestools/Documents/Core_Competencies_for_Public_Health_Professionals_2014June.pdf)
23. Public Health Agency of Canada. Core Competencies for Public Health in Canada: Release 1.0. Ottawa, September 2007.  
<http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-eng090407.pdf>
24. Public Health Resource Unit. Public Health Skills and Career Framework. Multidisciplinary/multi-agency/multi-professional. April 2008 (updated March 2009).  
[http://www.phorcast.org.uk/document\\_store/1318857881\\_bNPm\\_public\\_health\\_skills\\_and\\_career\\_framework.pdf](http://www.phorcast.org.uk/document_store/1318857881_bNPm_public_health_skills_and_career_framework.pdf)
25. Australian Health Promotion Association. Core Competencies for Health Promotion Practitioners.  
<http://research.uow.edu.au/content/groups/public/@web/@criphn/documents/doc/uow101717.pdf>
26. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 r. w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki. Dz.U. 2007 nr 164 poz. 1166.
27. Standardy kształcenia dla kierunku studiów: zdrowie publiczne. Załącznik nr 117.
28. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 2 listopada 2011 r. w sprawie Krajowych Ram Kwalifikacji dla Szkolnictwa Wyższego. Dz.U. 2011 nr 253 poz. 1520.
29. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Program specjalizacji Zdrowie publiczne. Program podstawowy dla lekarzy po stażu dyplomowym (bez żadnej specjalizacji). Warszawa 2002.
30. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Program specjalizacji w dziedzinie zdrowia publicznego dla lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, lub zrealizowanego i zaliczonego modułu podstawowego. Warszawa 2014.
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych Dz.U. 2003 nr 197 poz. 1922.

32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne. Dz.U. 2013 poz. 1562.
33. Klasyfikacja zawodów i specjalności 2010.
34. Obwieszczenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 5 marca 2014 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie kryteriów i trybu przyznawania kategorii naukowej jednostkom naukowym. Dz.U. 2014 poz. 1126.
35. Wróblewski AK. Pozycja nauki polskiej w międzynarodowych rankingach. *Infos - zagadnienia społeczno-gospodarcze* 2013, 15(152).
36. Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym. Dz.U. 2005 nr 164 poz. 1365 z późn. zm.
37. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych. Dz.U. 2010 nr 96 poz. 618.
38. Hanover Research. Building a Culture of Research: Recommended Practices. Washington, May 2014.  
<http://www.hanoverresearch.com/media/Building-a-Culture-of-Research-Recommended-Practices.pdf>
39. World Health Organization. The WHO strategy on research for health. World Health Organization, Geneva 2012.  
[http://www.who.int/phi/WHO\\_Strategy\\_on\\_research\\_for\\_health.pdf](http://www.who.int/phi/WHO_Strategy_on_research_for_health.pdf)
40. Olejniczuk-Merta A. Innowacje społeczne. *Konsumpcja i Rozwój*. 1/2013:21-34.
41. Komunikat Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2013 r. o ustanowieniu przedsięwzięcia pod nazwą „Inkubator Innowacyjności”. *Monitor Polski* 2013, poz. 599.
42. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. 18 mln zł na wsparcie komercjalizacji wyników badań. 30 stycznia 2014.  
<http://www.nauka.gov.pl/aktualnosci-ministerstwo/18-mln-zl-na-wsparcie-komercjalizacji-wynikow-badan.html>
43. Lewtak K, Piotrowicz M, Gajewska M, Urban E, Cianciara D. Wstępne wyniki badania „Moja praca w zdrowiu publicznym”. W: Cianciara D. (red.). *Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2014:257-291.
44. World Health Organization. WHO Global Code of Practice for the International Recruitment of Health Personnel. May 2010.
45. Redemptoris Missio. Globalny kodeks postępowania WHO w sprawie międzynarodowej rekrutacji personelu medycznego. Fundacja pomocy humanitarnej. 2013.  
<http://medicus.ump.edu.pl/pliki/project-health/wazne-pliki/CoP%20polish%20version.pdf>
46. Makulec A. Konsekwencje migracji wysoko wykwalifikowanego kapitału ludzkiego dla krajów wysyłających i migrantów na przykładzie personelu medycznego. *Ośrodek Badań nad Migracjami*. CMR Working papers 61/119. Luty 2013.
47. Edge JS, Hoffman SJ. Empirical impact evaluation of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel in Australia, Canada, UK and USA. *Globalization and Health* 2013, 9:60.
48. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie nagród ministra dla nauczycieli akademickich. Dz.U. 2013 poz. 296.
49. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2013 r. w sprawie powołania Zespołu do Spraw Nagród Ministra Zdrowia dla Nauczycieli Akademickich. Dz.Urz. Min. Zdr. 2013.32.
50. Polska Akademia Nauk. Kodeks etyki pracownika naukowego. Komisja ds. etyki w nauce. Załącznik do uchwały 10/2012 Zgromadzenia Ogólnego PAN, 13 grudnia 2012.



51. Sulek A. Polskie standardy jakości realizacji badań rynku i opinii społecznej w terenie. Program Kontroli Jakości Pracy Ankieterów na podstawie Interviewer Quality Control Scheme (IQCS) ze zmianami z dnia 26 lutego 2010 r.
52. Public Health Leadership Society. Principles of the Ethical Practice of Public Health, 2002.
53. Public Health Leadership Society. Skills for the Ethical Practice of Public Health, 2004.
54. Coalition of National Health Education Organizations. Code of ethics for health education profession. February 2011.
55. Thomas JC, Sage M, Dillenberg J, Guillory VJ. A Code of Ethics for Public Health. *Am J Public Health*. 2002 July; 92(7): 1057-1059.
56. Petrini C, Gainotti S. A personalist approach to public-health ethics. *Bull World Health Organ*. 2008, 86(8): 624-629.
57. Sindall C. Does health promotion need a code of ethics? *Health Promotion International* (2002), 17(3):201-203.
58. Cianciara D, Sytnik-Czetwertyński J. Ethics and law in public health. *Hygeia Public Health* 2014, 49(3): 377-381.
59. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych. *Dz.U.* 1999 nr 47 poz. 480.
60. Ministerstwo Zdrowia. Zasady prawidłowego prowadzenia badań klinicznych. Good clinical practice (GCP). Warszawa, wrzesień 1998.
61. European Commission. Ethics for researchers. Facilitating Research Excellence in FP7. [http://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/fp7/89888/ethics-for-researchers\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/fp7/89888/ethics-for-researchers_en.pdf)
62. European Commission. The EU's Framework Programme for Research and Innovation. How to complete your ethics self-assessment?. Version 1.0, 11 July 2014. [http://ec.europa.eu/research/participants/portal/doc/call/h2020-h2020-msca-itn-2015/1620147-h2020\\_-\\_guidance\\_ethics\\_self\\_assess\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/research/participants/portal/doc/call/h2020-h2020-msca-itn-2015/1620147-h2020_-_guidance_ethics_self_assess_en.pdf)

## 10.C.

1. World Health Organization. World Health Report 2013. Research for universal health coverage. World Health Organization, Geneva 2013: 95-124.
2. Olsińska E. (red.). Stan zdrowia mieszkańców Warszawy w latach 2009-2011. Biuro Polityki Zdrowotnej. Miasto Stołeczne Warszawa, Warszawa, grudzień 2013.
3. Olsińska E. (red.). Stan zdrowia mieszkańców Warszawy w latach 1999-2008. Biuro Polityki Zdrowotnej. Miasto Stołeczne Warszawa, Warszawa, styczeń 2011.
4. Ministerstwo Zdrowia. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne. Warszawa 2014.
5. Hegger I, Janssen SWJ, Keijsers JFEM i in. Analyzing the contribution of a government-commissioned research project: a case study. *Health Research Policy and Systems* 2014; 12:8.
6. Piotrowicz M, Gajewska M, Urban E, Lewtak K, Cianciara D. Priorytety badawcze i stan badań w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce. W: Cianciara D. (red.). Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2014: 194-220.
7. Health Research Classification System. List of research activity codes. <http://www.hrcsonline.net/rac/overview>
8. UK Clinical Research Collaboration. UK health research analysis. May 2006. <http://www.ukcrc.org/wp-content/uploads/2014/03/Health-Analysis-Report-FULL-final.pdf>
9. UK Clinical Research Collaboration. UK health research analysis. 2012. <http://www.ukcrc.org/wp-content/uploads/2014/03/2UKHealthResearchAnalysis-1.pdf>

10. Council on Health Research and Development. Framework & guides for system strengthening. Coordination.
11. Cooksey D. A review of UK health research funding. December 2006: 24.

#### 10.D.

1. Komunikat Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 13 marca 2013 r. o ustanowieniu programu pod nazwą „Brokerzy Innowacji”. Monitor Polski 2013, poz. 162.
2. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Brokerzy innowacji wyłonieni. 19 września 2013. <http://www.nauka.gov.pl/aktualnosci-ministerstwo/brokerzy-innowacji-wylonieni.html>
3. Komunikat nr 22 Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 grudnia 2010 r. o przyznanych środkach finansowych na realizację projektów w ramach programu pn. „Index plus”. [http://www.nauka.gov.pl/g2/oryginal/2013\\_05/fd3e197519f449af57c5215ec3669b7c.pdf](http://www.nauka.gov.pl/g2/oryginal/2013_05/fd3e197519f449af57c5215ec3669b7c.pdf)
4. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Index Plus. <http://www.nauka.gov.pl/index-plus/>
5. Rechel B, McKee M. Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. *The Lancet* 2009; 374 (9696): 1186-1195,
6. Uchwała nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. Regulamin pracy Rady Ministrów. Monitor Polski nr 13, poz. 221.
7. Ministerstwo Gospodarki. Reforma regulacji. Wytyczne do oceny skutków regulacji (OSR). Październik 2006 r. <http://www.mg.gov.pl/NR/rdonlyres/49F92D8B-5D7B-4D1E-AB62-F9E12365DFB9/56421/Wytyczne-ndoocenyskutkowregulacji1.pdf>
8. Włodarczyk WC, Kowalska I, Mokrzycka A. Szkice z polityki zdrowotnej Unii Europejskiej. Wolters Kluwer, Warszawa 2012: 218-248.
9. Markowski G. Konsultacje publiczne - uregulowania prawne a praktyka. Biuro Analiz Sejmowych. INFOS 2014, 20(180).
10. Schwab K. (red.). The Global Competitiveness Report 2013-2014. Full Data Edition. World Economic Forum 2013: 317. [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GlobalCompetitivenessReport\\_2013-14.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalCompetitivenessReport_2013-14.pdf)
11. Najwyższa Izba Kontroli. Realizacja zadań „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”. Informacja o wynikach kontroli. Nr ewid. 16/2014/P/13/130/KZD. NIK, Warszawa, 12.06.2014 r. <http://www.nik.gov.pl/plik/id,6962,vp,8809.pdf>
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje. Dz.U. 2008 nr 163 poz. 1024.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126.
14. PHIRE - Public Health Innovation and Research in Europe. Country Report - Poland. European Public Health Association (EUPHA), December 2012. [http://www.eupha.org/repository/projects/PHIRE\\_Country\\_Reports/Poland\\_PHIRE\\_Country\\_Report\\_30nov12.pdf](http://www.eupha.org/repository/projects/PHIRE_Country_Reports/Poland_PHIRE_Country_Report_30nov12.pdf)
15. PHIRE - Public Health Innovation and Research in Europe. Innovations Report - Poland. European Public Health Association (EUPHA), December 2011. [http://www.eupha.org/repository/projects/PHIRE\\_Innovation\\_Reports/Poland\\_PHIRE\\_Innovation\\_Dec11.pdf](http://www.eupha.org/repository/projects/PHIRE_Innovation_Reports/Poland_PHIRE_Innovation_Dec11.pdf)

16. Ministerstwo Zdrowia. Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce 2007-2013. Warszawa. Czerwiec 2005.  
<http://www.funduszeuropejskie.gov.pl/informator/npr2/dokumenty%20strategiczne/strategia%20rozwoju%20ochrony%20zdrowia%20w%20polsce.pdf>
17. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o Narodowym Planie Rozwoju. Dz.U. Nr 116, poz. 1206 z późn. zm.
18. Ustawa z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Dz.U. 2011 nr 82 poz. 451 z późn.zm.
19. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. Dz.U. 2001 nr 126 poz. 1381 z późn.zm.
20. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Dz.U. 2011 nr 122 poz. 696 z późn. zm.
21. Agencja Oceny Technologii Medycznych. Wytyczne oceny technologii medycznych (HTA), wersja 2.1. Warszawa, kwiecień 2009.  
[http://www.aotm.gov.pl/www/assets/files/wytyczne\\_hta/2009/Wytyczne\\_HTA\\_pl\\_MS\\_29052009.pdf](http://www.aotm.gov.pl/www/assets/files/wytyczne_hta/2009/Wytyczne_HTA_pl_MS_29052009.pdf)
22. Zarządzenie nr 1/2010 Prezesa Agencji oceny Technologii medycznych z dnia 4 stycznia 2010 r. w sprawie wytycznych oceny świadczeń opieki zdrowotnej.  
[http://www.aotm.gov.pl/www/assets/files/wytyczne\\_hta/2010/Zarzadzenie\\_Nr\\_1\\_04012010.pdf](http://www.aotm.gov.pl/www/assets/files/wytyczne_hta/2010/Zarzadzenie_Nr_1_04012010.pdf)
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2 kwietnia 2012 r. w sprawie minimalnych wymagań, jakie muszą spełniać analizy uwzględnione we wnioskach o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu oraz o podwyższenie urzędowej ceny zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, które nie mają odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu.  
[http://www.aotm.gov.pl/www/assets/files/wytyczne\\_hta/2012/Rozporzadzenie\\_MZ\\_minimalne\\_wymagania\\_03042012\\_pol.pdf](http://www.aotm.gov.pl/www/assets/files/wytyczne_hta/2012/Rozporzadzenie_MZ_minimalne_wymagania_03042012_pol.pdf)
24. Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia. Dz.U. 2006 nr 171 poz. 1225 z późn.zm.
25. Mirek A. Cyber zdrowie poza prawną kontrolą?. Rynek Zdrowia 22 listopada 2014.
26. Rotaub R. Czy mobilne aplikacje pomagają rozwiązywać problemy zdrowotne Polaków? Rynek Zdrowia. 22 listopada 2014.

